

з аденоїдитом є ефективним, як з точки зору пацієнтів та їх батьків, так і з точки зору лікаря.

Високий терапевтичний ефект, добра його переносимість, зручність застосування,

практична відсутність побічних ефектів дозволяють рекомендувати «Цинабсин» для профілактики й лікування гнійного аденоїдиту.

© Ю.В. Деева, Ю.В. Шевчук, 2018

*Ю.В. ДЕЕВА (КИЕВ, УКРАЇНА)*

## **АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА**

Инфекционные заболевания ЛОР-органов – широко распространенная патология, в ряде случаев требующая назначения антибактериальной терапии. Чаще всего врачи встречаются с острым тонзиллитом. Острое воспаление лимфоидной ткани глоточного кольца – острый тонзиллит – является наиболее частым состоянием среди детей и подростков в возрасте от 5 до 15 лет. Болеют лица молодого, наиболее работоспособного возраста. Исследования последних лет показывают, что самыми частыми бактериальными возбудителями острых инфекций верхних дыхательных путей являются *Streptococcus pneumoniae* (42%), *Haemophilus influenzae* (29-38%), *Moraxella catarrhalis* (17-20%), *S. pyogenes* (15-23%). В терапии острых инфекций верхних дыхательных путей и уха важная роль отводится макролидам, в частности кларитромицину. Спектр активности кларитромицина характеризуется наиболее высокой среди макролидов активностью в отношении стрептококков, в том числе *S. pneumoniae* и *S. pyogenes*, метициллинчувствительных штаммов *Staphylococcus aureus*, превосходящей таковую эритромицина в 2-4 раза.

В последние годы все большее внимание привлекает способность *S. pyogenes* персистировать в эпителиальных клетках человека, что может быть одной из причин снижения эффективности  $\beta$ -лактамов антибиотиков. Кларитромицин способен проникать внутрь клеток и сохранять свою активность в различных внут-

риклеточных структурах и тем самым обеспечивать эрадикацию  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А при неэффективности терапии острого тонзиллита пенициллинами.

Среди всех кларитромицинов на рынке Украины особый интерес вызывает «Фромилид Уно», производства компании KRKA, который представляет собой уникальную лекарственную форму. «Фромилид Уно» имеет защитную кислотоустойчивую оболочку, способствующую медленному высвобождению активного вещества в тонком кишечнике. Таблетка также содержит альгинат кальция, который в присутствии воды набухает и постепенно вытесняет молекулы кларитромицина, в результате чего обеспечиваются постоянное всасывание препарата и возможность однократного приема его в течение суток. При сравнении однократного («Фромилид Уно») и двукратного («Фромилид») применения антибиотика выявлено, что фармакокинетика этих двух форм практически идентична: достоверно сравнимы пиковая и остаточная (в течение 24-36 ч) концентрации активного вещества. Достоверно уменьшились колебания концентрации кларитромицина и его метаболита (14-гидроксикларитромицина) в плазме.

Все вышеизложенное, а также результаты ряда клинических исследований позволяют рекомендовать «Фромилид» для адекватной этиопатогенетической терапии острого тонзиллита.

«Фромилид Уно» – доказанная эффективность с удобством приема 1 раз в сутки.

© Ю.В. Деева, 2018

*О.В. ДІХТЯРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **«СИНДРОМ МОВЧАЗНОГО СИНУСА»: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

У зв'язку з широким використанням і впровадженням в оториноларингології комп'ютерної томографії та відеоендоскопії значно по-

кращилася діагностика та виявлення патологічних процесів ураження носа і навколососових пазух. Одним з таких станів є «синдром мовчаз-

ного синуса». Цей синдром все більше являє інтерес для лікарів-отоларингологів сьогодення.

Синдром мовчазного синуса (СМС) – це безболісна інволюція верхньощелепної пазухи внаслідок оклюзії остеомеатального комплексу з розвитком енофтальма. Хоча діагноз, як правило, передбачається клінічно, підтверджується характерними радіологічними ознаками. Вперше ці клінічні симптоми були описані професором Гарвардської медичної школи W.W. Montgomery в 1964 р., однак термін «синдром мовчазного синуса» вперше ввів в 1994 р. С. Soracsa. У літературі цей синдром характеризується як захворювання, що рідко зустрічається, однак власний досвід спостереження 7 випадків цього синдрому впродовж 2 років на базі клініки оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця, говорить про гіподіагностику, пов'язану з недостатнім освітленням даної патології в літературі.

Клінічно усі хворі мали прояви орбітальної асиметрії – енофтальм, з опущенням очного яблука донизу, в результаті западання всередину передньої стінки верхньощелепної пазухи. Симптоми, характерних для гаймориту, були відсутні. Отже, хворі звертались по допомогу до офтальмологічного відділення. Відповідно до класифікації Kass, усі хворі мали 3-ю стадію розвитку ателектазу максиллярного синусу: енофтальм, асиметрія обличчя.

«Золотим стандартом» діагностики СМС є комп'ютерна томографія (КТ) навколоносових пазух, яка і була виконана всім хворим, що забезпечило високу деталізацію кісткових структур, на відміну від магнітно-резонансної томографії.

Серед обстежених було 4 (57%) пацієнти жіночої статі і 3 (43%) – чоловічої у віці від 24 до 63 років (середній вік – 42±3 роки).

Клінічний випадок: жінка, 57 років. При надходженні пред'являла скарги на болі в області щоки справа, дискомфорт при русі правого очного яблука, косметичний дефект з боку пра-

вого ока. Дані скарги виникли в серпні 2016 р. на тлі відносного здоров'я. Пацієнтка консультувала офтальмологом, рекомендована санація хронічного осередку запалення. При огляді: енофтальм з боку правого ока. При передній риноскопії: носове дихання не утруднене, слизова оболонка рожева, волога, перегородка носа суттєво не викривлена, нижні носові раковини набряклі, виділень в порожнині носа немає. Інші ЛОР-органи без особливостей. На КТ: затемнення максиллярного синусу праворуч і зменшення в розмірів за рахунок втягнення кісткових стінок.

На підставі отриманих клінічних і радіологічних ознак був виставлений діагноз: синдром мовчазного синуса.

Пацієнтці проведено ендоскопічну верхньощелепну антростомію з відновленням її вентиляції. На тлі проведеного лікування хвора відзначила зникнення болю в області очного дна справа, дискомфорту при русі правого очного яблука. На повторному КТ через 1 рік відзначалася пневматизація всіх навколоносових пазух, обсяг правого максиллярного синусу збільшився на 20%. Також відзначено зменшення енофтальма на 1-2 мм.

У всіх 7 пацієнтів, вдалося домогтися достатнього розширення співустя і повної санації пазухи. Жодному з них не потрібно було проведення реконструкції нижньої стінки орбіти.

Висновок: Синдром мовчазного синуса характеризується безболісним енофтальмом, пов'язаних з інволюцією верхньощелепної пазухи внаслідок обструкції її отвору. Типовим є звернення до офтальмолога зі скаргами на появу енофтальма, диплопії, що з'явилися протягом 0,5-1 року після загострення симптомів хронічного синуситу.

Оптимальним сучасним методом лікування даної патології являється ендоскопічне хірургічне втручання – антростомія (за необхідністю – мікрогайморотомія), яка дозволяє відновити аерацію верхньощелепної пазухи.

© О.В. Діхтярук, 2018

*В.Я. ДІХТЯРУК, О.В. ДІХТЯРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ**

Перший медичний опис раку молочної залози знайдено ще в єгипетському тексті, датованому 2500 роком до н.е.: «Опукла пухлина в грудях (...) на дотик – неначе кулька з обгортки».

Щодо лікування давній автор зазначив: «Лікування такої хвороби немає». Вже за часів Гіппократа, близько 400-го року до нашої ери з'явилося спеціальне позначення раку – karkinos (краб).