

плексе назначения антиоксидантов, глиатилина и реамберина, способствующих регрессу очаговых неврологических симптомов, в частности, ушного шума. Патогенетически обоснованным методом лечения обеих групп больных являлась внутривенная озонотерапия, способствующая улучшению микроциркуляции и уменьшению тканевой гипоксии как во внутреннем ухе, так и сосудах головного мозга. При наличии кохлеовестибулярного синдрома рационально назначение комплекса специально разработанных упражнений для устранения

вестибулярной симптоматики, а при выраженном шуме в ушах – звукотренирующей терапией.

Проводимая терапия с учетом диагностики уровня возникновения ушного шума и комплексности патогенетических лечебных звеньев позволила добиться эффекта у 34 больных, преимущественно при периферическом поражении слухового анализатора (15 человек). При центральном генезе уменьшение шума достигнуто у 19 пациентов и требовало повторных курсов терапии.

© О.В. Титаренко, О.А. Титаренко, И.В. Добронравова В.С. Лисовецкая, 2018

Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, Н.Л. ЦУКІНА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПАРААУРИКУЛЯРНІ НОРИЦІ І КІСТИ

Серед аномалій розвитку зовнішнього і середнього вуха чинне місце посідають парааурикулярні вроджені нориці (ПВН) та кісти. За твердженням Богомільського М.Р. (2016), парааурикулярні нориці та кісти – найрозповсюдженіша аномалія розвитку зовнішнього вуха з якою доводиться мати справу лікарю-оториноларингологу в практичній діяльності. У світі нараховується 0,1-0,9% осіб, що мають ПВН (Kavuturu V.S., 2013). Вперше ця аномалія розвитку була описана вченим Ван Хоузингером в 1864 р. В літературі можна зустріти багато назв цього явища: преаурикулярна нориця, біля вушна фістула, ушна фістула, преарикулярна пазуха або синус.

Парааурикулярні нориці – є вродженим пороком розвитку зовнішнього вуха, що виникає під час формування вушної раковини на 5-6 тижні внутрішньоутробного розвитку. За даними літератури у 27,3% вони мають спадковий характер походження. Переважно парааурикулярні нориці і кісти успадковуються за аутосомно-рецесивним типом (Богомільський М.Р., 2016). В цьому випадку вони, як правило, однобічної локалізації. В разі двобічної локалізації ПВН деякі автори (Emery, Salama, 1981; Kavuturu, 2013) мають підтвердження аутосомно-домінантного типу успадкування парааурикулярних нориць, що пов'язано з передачею 8q11.1-q13.3 ланок хромосоми (Bozan, 2016). Приблизно в 50% випадків ПВН є наслідком спорадичної аномалії (Kuczkowski, 2011). Проте, залишається поширеною думка, що парааурикулярні нориці і кісти є ектопованими сірчаними залозами і

після їх видалення та розрізу мікропрепарату в просвіті їх знаходили сірку.

Парааурикулярні нориці і кісти, як правило, мають безсимптомний перебіг. Виявляються вони при звичайному оториноларингологічному огляді одразу після народження або через деякий час після. Проте, найчастіше їх діагностують під час нагноєння та першого епізоду відвідування лікаря з приводу цієї проблеми. Типовими збудниками розвитку запалення ПВН є стафілококова і стрептококова флора, в деяких випадках протей (Kavuturu, 2013). Щодо лікувальної тактики ПВН однозначної думки немає. Існують погляди, що парааурикулярні кісти і нориці потрібно видаляти в будь-якому випадку або лише під час загострення (шляхом розтину і дренивання), або при нагноєнні виконувати розтин і дренивання, а у віддалений термін після загострення – хірургічне видалення ПВН.

Таким чином, враховуючи актуальність цієї патології та спірні питання щодо правильної тактики лікування, великий діапазон післяхірургічних рецидивів парааурикулярних нориць (рецидивування після хірургічного видалення ПВН складає від 5 до 42% в залежності від хірургічної техніки, виду анестезії і досвіду хірурга (Gupta et al., 2015; Тімен Г.Е., 2008; Prasad, 1990), хочемо поділитися власними досвідом і висновками щодо парааурикулярних нориць і кіст:

1. Лікуванню (терапевтичному, а особливо хірургічному) мають підлягати лише пацієнти з запаленням або нагноєнням парааурикулярної нориці. В разі безсимптомного перебігу пацієнти з парааурикулярними норицями лише динамічно спостерігаються.

2. В разі запалення парааурикулярної нориці і кісти, коли у пацієнтів з'являються скарги на біль в привушній ділянці, припухлість, підвищення температури тіл призначається 10-денний курс антибіотикотерапії та щоденне промивання через норицевий хід розчином антисептика, а після ліквідації запалення – їх видалення.

3. Абсолютним показом до видалення парааурикулярної нориці є її нагноєння. В таких випадках її легше видалити маючи орієнтири.

© Ф.О. Тишко, О.О. Островська, Н.Л. Щукіна, 2018

4. Нами застосовується класична методика видалення ПВН з еліпсоїдним шкіряним розрізом навколо нориці з наступним його вилученням із м'яким тканин і резекцією частини вушного хряща, якщо ніжка розташована в ньому. Косметичний ефект досягається шляхом маскування рубця в привушній складці.

В жодному випадку після нашого лікування (ні в ранньому післяопераційному, ні в віддаленому періодах) жодного випадку рецидивів парааурикулярних нориць нами не спостерігалось.

Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, О.М. ЗАТУШЕВСЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОНКОЛОГІЧНА ХВОРОБА: МНОЖИННІ ПУХЛИНИ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНОЇ І ПАРАТРАХЕАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

В онкологічній практиці нерідко зустрічаються доброякісні і злоякісні пухлини різноманітної будови і навіть однієї локалізації. В таких випадках вони видаляються одночасно різними підходами до місця їх локалізації або шляхом розширення операційного. В залежності від природи пухлин, їх локалізації, розповсюдженості їх хірургічне лікування доповнюється променевим, хіміотерапевтичним (тобто, застосовують комплексне або комбіноване лікування).

Найскладнішою в анатомічно-топографічному і гістологічному відношенні є шия людини. Тому, саме там можна зустріти одночасну локалізацію пухлин різної гістологічної будови: зі слизової оболонки, гладеньких м'язів, нервових оболонок, хрящів гортані, трахеї, слинних залоз, щитовидної і паращитовидних залоз. Саме тому, хочемо поділитися нашим досвідом діагностики і лікування пацієнтки з одночасною наявністю парагангліоми трахеостравохідної борозни та лейоміосаркоми підголовного простору.

Парагангліома (хемодектома) – це хеморецепторне утворення, яке розвивається частіше з гломусів у ділянці розгалуження загальної сонної артерії (у біфуркації) або на внутрішньозадній поверхні на початку шийної частини внутрішньої сонної артерії, в зоні дуги аорти, яремної цибулини, блукаючого нерва та інших ділянках де є хеморецептори. Переважно страждають на цей різновид пухлин жінки у віці 20-50 років. Пухлини переважно однобічні, ростуть повільно, роками, у 15-20% злоякісні форми, що

метастазують в регіональні лімфатичні вузли (Абизов Р.А., 2001).

Лейоміосаркома – надзвичайно досить рідка форма злоякісної пухлини, що походить з гладкої м'язової тканини, та характеризується раннім метастазуванням у віддалені органи. В групу ризику по захворюваності лейоміосаркомой входять жінки 40-50 років і старше.

Отже, хвора М., 66 років, поступила у ЛОР-відділення КМКЛІ №12 в 2017 році зі скаргами на осиплість голосу протягом 3 місяців, порушення дихання, задишку, що поступово посилювалась (діагностовано стеноз в стадії компенсації) та останні місяці заважала пацієнтці повноцінно працювати.

Із анамнезу хвороби відомо, що 2 роки тому пацієнтка була прооперована з приводу лейоміоми трахеї (в 2015 виконана циркулярна резекція трахеї з накладанням міжтрахеального анастомозу). Післяопераційний період перебігав важко: в ранньому терміні спостерігався стеноз верхніх дихальних шляхів I-II ст., реактивний набряк в ділянці присінка гортані і діагностовано парез лівої голосової складки (чого не було до операції). На післяопераційному КТ органів ший і грудної клітки: просвіт трахеї вільний, діагностовано об'ємне утворення в ділянці лівої трахеостравохідної борозни (1,2см*0,7см*1,8см) (також не було діагностовано до операції). В пізньому післяопераційному періоді зафіксовано 2 епізоди ідіопатичного набряку вестибулярного відділу гортані зі стенозом II ст., що купувались медикаментозно за місцем проживання).