

*М.І. ЯЩЕНКО, Є.В. ДЬОМІНА, О.В. БОНДАРЕНКО, Н.О. ШУШЛЯПІНА,
В.І. ШАПОШНИКОВА (ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

АУТОГЕМОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ РЕЦИДИВУЮЧИХ ГАЙМОРИТІВ

Хронічні синусити займають провідні позиції у структурі захворювань ЛОР-органів. Особливості перебігу запальних захворювань навколоносових порожнин обумовлені різними факторами, в тому числі й наявністю у пацієнтів супутньої соматичної патології (цукровий діабет, імунодефіцитні стани, сенсibiliзація організму). Це потребує додаткового призначення відповідних медикаментозних препаратів (загальнозмощуючих, імуностимулюючих), що не завжди є можливим в силу характеру та вираженості супутньої патології. Актуальним залишається використання немедикаментозних методів лікування, одним з яких є аутогемотерапія, котра сприяє активізації захисних реакцій організму у хворих на хронічні рецидивуючі запальні процеси і тим самим призводить до зниження частоти рецидивів.

Нами в ЛОР клініці Харківського національного медичного університету було обстежено та проліковано з 2014 по 2018 рр. 47 пацієнтів на хронічний гнійний гайморит (17 жінок та 30 чоловіків), що страждали на цукровий діабет I типу у віці від 20 до 63 років. Всім пацієнтам проводилось загальноклінічне обстеження, огляд ЛОР-органів, рентгенографія або комп'ютерна томографія навколоносових порожнин, мікробіологічне дослідження виділень в області середнього носового ходу; дослідження нюхової та дихальної функцій. За методом лікування всі хворі були розподілені на 2 рівнозначні за статтю та віком клінічні групи: I – 23 особи отримували традиційну терапію: антибактеріальні, протизапальні, дегідратаційні препарати, секретолітики; пункція верхньощелепних синусів з дренажуванням. II – 24 особи, яким поряд з традиційним лікуванням призначався курс аутогемотерапії: після забору венозної крові з ліктьової вени в кількості 2 мл її одразу вводили

пацієнту внутрішньом'язово. В наступний період щодня 1 раз на добу кількість крові, що вводилась, збільшували на 2 мл, доводячи до 8 мл з подальшим зменшенням її об'єму по 2 мл до початкового рівня – 2 мл. Курс лікування складав 7 днів. Ефективність лікування визначалась на підставі порівняльної оцінки до та одразу після лікування динаміки клінічної картини, даних функціональних методів дослідження (дихальна, нюхова функції), стану мікробного пейзажу патологічного осередку. Спостереження в катамнезі складало 1 рік.

Так, у осіб, які отримували традиційну терапію в комбінації з курсом аутогемотерапії (II група) ознаки одужання: покращення загального стану, зниження інтоксикаційного синдрому, зникнення головного болю, зменшення гнійного відокремлюваного з порожнини носу, відновлення носового дихання та нюхової функції, спостерігались в більш ранні терміни (3-4 доба). Мікробіологічне дослідження носового секрету показало зменшення ступеню обсіменіння слизової оболонки в 1,2 рази при зменшенні чисельності патогенних штамів мікроорганізмів. Повне купірування симптомів загострення спостерігалось на 7-8 добу, проте у в хворих, котрі отримували тільки традиційне лікування, ці терміни були подовжені, що складало 10-12 днів. Період між рецидивами збільшувався з 3 до 10-12 місяців у осіб II клінічної групи. В той час як у пацієнтів першої групи рецидивування запального процесу спостерігалось у термін до 3-х місяців.

Таким чином, враховуючи простоту виконання, доступність, практично відсутність протипоказань та позитивний клінічний ефект аутогемотерапії, можна рекомендувати цей метод для широкого використання в практиці лікаря оториноларинголога.

© М.І. Ященко, Є.В. Дьоміна, О.В. Бондаренко, Н.О. Шушляпіна, В.І. Шапошникова, 2018

М.І. ЯЩЕНКО, М.В. КАЛАШНИК, О.О. КАРЧИНСЬКИЙ (ХАРКІВ, УКРАЇНА) **ПЕРЕВАГИ СУЧАСНИХ ТЕРМОГРАФІВ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РИНОСИНУСИТІВ**

Актуальність: У зв'язку із значною поширеністю захворювань навколоносових пазух

(ННП), їх частою хронізацією, виникненням ускладнень, та не завжди адекватним прове-

денням діагностичних заходів, виникає необхідність пошуку точних, простих та доступних методів дослідження, що дозволяють підвищити якість верифікації клінічного діагнозу, особливо на первинному рівні лікувально-профілактичних закладів. Тому на сучасному етапі науково-технічного прогресу приваблює увагу, модифікована дистанційна інфрачервона термографія (ДІТ) з цифровою обробкою термограм.

Мета дослідження: Підвищення якості діагностики хворих з гострими навколоносовими синуситами на основі використання дистанційної інфрачервоної термографії (ДІТ).

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 300 осіб (жінок – 139, чоловіків – 161) віком від 19 до 91 років. З них, хворих на гострий синусит – 200 осіб (моносинусит – 82, білаторальний синусит – 57, полісинусит – 61), та група контролю – 100 осіб. Дані ґрунтуються на аналізі результатів обстеження пацієнтів і комплексному лікуванні хворих з гострими навколоносовими синуситами. Вік пацієнтів коливався 19-91 років.

Усім хворим та пацієнтам групи контролю проводила ДІТ ННП термографом 3-го покоління на базі мікроболометричної матриці форматом 384x288 елементів зі спектральним діапазоном чутливості 8 ÷ 14 мкм з вбудованим екраном. Технічні можливості термографу та його діагностичні переваги при запаленні ННП порівнювались з аналогічними приладами попередніх років (Радуга-2 та ТВ-03) зі спектральним діапазоном чутливості 3 ÷ 5 мкм, рентгенографії ППН та КТ ППН.

Результати: При оцінці інформативності термографів третього покоління на базі мікро-

болометричної матриці в діагностиці ГРС встановлено, що чутливість фіксації термографічних зображень на 89-91% вища, ніж при використанні термографів Радуга-2 та ТВ-03. Частота відтворення кадрів від 20% до 90% вища, що призводить до можливості в реальному часі проводити термоскопічну діагностику зображень. А температурний дозвіл чутливіший майже в 3 рази від аналогічних параметрів, отриманих термографами Радуга-2 та ТВ-03.

Інформативність методу ДІТ при діагностиці захворювань навколоносових синусів у порівнянні з рентгенографією ННП становила 70%, проти 66%, специфічність – 95%, проти 90,9%, та точність – 78% проти 68,75% ($p < 0,05$). У порівнянні з КТ ННП відзначено, що чутливість при застосуванні КТ є істотно вищою і становить 92% проти 70% при ДІТ але має істотно нижчу специфічність: 82,6% при КТ та 95% при термодіагностиці ($p < 0,05$).

Чутливість ДІТ ННП передньої групи була істотно вищою за чутливість рентгенографії ННП ($p < 0,05$) і становила: при моносинуситах 84% проти 66%, при білаторальних синуситах – 73% проти 66%, та при полісинуситах – 66% проти 59% відповідно. Але була істотно нижчою у порівнянні з КТ ННП, де ці показники при дослідженні гострих риносинуситів відповідали 88%, 94%, 88% ($p < 0,05$).

Висновки: Уніфікована тепловізійна методика кількісного та якісного аналізу розподілу й динаміки змін аномальних теплових полів людини в діагностиці гострих синуситів не потребує значних матеріальних витрат є спрощеною й достатньо інформативною, та може бути запропонована до широкого використання в практиці лікаря оториноларинголога.

© М.І. Яценко, М.В. Калашник, О.О. Карчинський, 2018

*М.І. ЯЦЕНКО, М.В. КАЛАШНИК, О.В. БОНДАРЕНКО, О.О. АНОХІНА, Є.В. ДЬОМІНА
(ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

ОБґРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСИТІВ ОДОНТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Актуальність. Одонтогенний верхньощелепний синусит (ОВС) – запальне захворювання слизової оболонки верхньощелепної пазухи (ВЩП), викликане одонтогенною інфекцією. Дане захворювання є досить поширеним і складає від 26 до 40% серед всіх запальних захворювань верхньощелепної порожнини (Тимо-

феєв А.А., Весова Є.П., Ушко Н.А.). Джерелом інфекції є хронічні запальні процеси в області великих та малих верхніх корінних зубів, які прилягають до нижньої стінки пазухи, сторонні тіла ВЩП (пломбірувальний матеріал, імпланти, гранульоми верхівок коренів зубів). На сьогоднішній день не відпрацьована загальноприйнята