

ного лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

Ю.М. Андрейчин, В.В. Ніколов, В.Г. Корицький і співавтори (2012) в тезах «Лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей» описують результати застосування перорального цефалоспоринового антибіотика III – го покоління Фламифікс (цефіксим) як антимікробного засобу в комплексному лікуванні гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у 20 дітей віком від 10 до 18 років. Фламифікс (цефіксим) призначався досередини дітям 10-12 років по 1 капсулі (100 мг) двічі на добу, дітям 13-18 років – по 1 капсулі (200 мг) також двічі на добу. Лікування

проводилось протягом 7 днів. Отримано позитивні результати. Підкреслюється, що застосування препарату Фламифікс (цефіксим) для загального лікування дітей на гострий середній гнійний отит в доперфоративній стадії підвищує ефективність терапії дітей з даною патологією.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини за період з 2012 по 2013рр. опублікована 1 наукова робота (тези) по застосуванню препарату Фламифікс для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення не тільки для оториноларингологів, а й для інших фахівців (педіатрів, сімейних лікарів та ін.).

© В.В. Ніколов, К.О. Яшан, 2014

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН, С.С. АНТОНЕВИЧ (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

НАШ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНТРОХОАНАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

В последнее десятилетие отмечен значительный рост числа хронических заболеваний околоносовых пазух (ОНП). Весомое место среди них занимают полипозные риносинуситы. Этому способствуют различные экзо- и эндогенные факторы:

1. Хроническое инфицирование слизистой оболочки ОНП и аномалии развития остиомеатального комплекса.

2. Имунные нарушения, возникающие вследствие аутоаллергии к слизистой оболочке полости носа и ОНП.

3. Грибковое поражение слизистой оболочки ОНП приводящее к эозинофильной реакции с последующей полипозной гиперплазией.

4. Различные аэродинамические нарушения связанные с патологическим строением внутриносовых структур (шипы, гребни перегородки носа и др.)

5. Врожденная недостаточность мукоцилиарной транспортной системы.

Среди полипозных поражений слизистой оболочки ОНП довольно часто встречаются хоанальные полипы. Это одиночные образования на ножке происходящие из верхнечелюстной пазухи или задних клеток решетчатого лабиринта. Реже основная пазуха является источником возникновения такого полипа. В силу особенностей строения полости носа он растет в сторону хоан. Солитарность его объясняется тем, что ножка формируется из псевдокисты,

расположенной на стенке пазухи. Наиболее часто хоанальные полипы растут из верхнечелюстного синуса и называются антрохоанальными (АХП). По данным литературы к возникновению АХП приводят анатомические особенности строения полости носа:

1. Деформации перегородки носа в виде шипов или гребней.

2. Аномальное строение средней носовой раковины.

3. Наличие широкого добавочного соустья с верхнечелюстной пазухой.

Указанные аномалии приводят к нарушению аэродинамики полости носа, направляя основную массу воздушного потока в просвет пазухи, вследствие чего повреждается эпителиальный покров, образуются ложные кисты, из которых и формируется ножка полипа.

За последние два года в ЛОР клинике ЗГМУ прооперировано 12 больных с АХП. Диагноз ставился на основании клинических данных, эндоскопического обследования и КТ ОНП. У всех пациентов отмечался односторонний процесс, при исследовании дыхания через нос определялось затруднение на выдохе, в полости носа и пазухе отсутствовало гнойное содержимое, на КТ остальные параназальные синусы были без признаков воспаления, при эндоскопии определялось большое дополнительное соустье с верхнечелюстной пазухой, через край которого свисала ножка полипа. У 8-ми боль-

ных в костной части перегородки носа на стороне полипа определялся шип или гребень, у 4-х - задний конец средней носовой раковины был развернут в сторону носоглотки.

Всем больным произведена эндоназальная операция под эндоскопическим контролем. Перед удалением полипа, при помощи обратного выкусывателя, производилось расширение соустья кпереди, что в большинстве случаев, позволяло удалить полип единым блоком вместе с его кистозной частью. После чего производилась ревизия пазухи через соустье и при обнаружении псевдокист их удаление. Во время операции, в обязательном порядке, производилась коррекция перегородки носа и носо-

вых раковин. Все больные были выписаны из клиники на 4-5 день в удовлетворительном состоянии и с восстановленным дыханием через нос.

Выводы:

операции под эндоскопическим контролем показали несомненную эффективность в удалении антрохоанальных полипов;

перед полипотомией необходимо расширить соустье, удалить кистозную часть полипа и произвести тщательную ревизию пазухи;

произвести коррекцию внутриносовых структур для восстановления нормальной аэродинамики полости носа с целью предотвращения рецидива полипа.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, С.С. Антоневиц, 2014