

Для покращання роботи імунної системи, яка долає вірусну інфекцію, призначали добову дозу вітаміну С (90мг) для розсмоктування одну таблетку. Добова доза вітаміну С складає 70-100 мг для дорослих; для дітей віком від 5 до 10 років – 50 мг; 11-13 років – 60 мг; для юнаків 14-17 років – 80 мг; для дівчат 14-17 років – 70 мг. Вітамін С – це сильний захисник організму від вірусів тому, що він стимулює утворення макрофагів, активізує роботу лейкоцитів, приймає участь у синтезі інтерферону.

Дітям віком після 12 років та дорослим призначали під час їжі одну таблетку «Селен активний» (50 мкг) на протязі 10-12 днів для синтезу глутатіонпероксидази, що є головним ферментом організму, з метою підвищення захисних сил організму. Крім того, селен є могутнім антиоксидантом для попередження перекисного окислення клітинних мембран. Селен збільшує активність Т-лімфоцитів, антитіл та інтерферонів.

Клінічні спостереження показали, що комплексне лікування грипу та ГРВІ поліпшує перебіг захворювання та зменшує кількість ускладнень.

© А.А. Лайко, Л.А. Шух, Н.Ю. Павловська, 2021

С.О. ЛАКИЗА, Р.А. АБИЗОВ, С.С. САМОЙЛЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЛАРИНГОЦЕЛЕ. ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

Ларингоцеле (ЛЦ) – це кістоподібна, наповнена повітрям пухлина, яка при розвивається на рівні шлуночків гортані. Зустрічається вона досить рідко, переважно у чоловіків середнього віку. Вперше це утворення описав хірург наполеонівської армії Larey, котрий спостерігав його у жителів Єгипту під час експедиції Бонапарта 1798-1801 рр. ВЛ. Грубер в 1857 р. довів, що філогенетично ларингоцеле є аналогом так званих повітряних мішків у антропоїдних мавп — орангутангів і горил. Термін «ларингоцеле» був введений вперше Р. Вірховим в 1867 р.

За походженням ларингоцеле поділяються на істинні (вроджені), зумовлені аномалією ембріонального розвитку гортані, і симптоматичні, тобто набуті в результаті виникнення в гортані яких-небудь перешкод на шляху повітряного струменю при видиху (пухлина, гранульома, рубцевий стеноз та ін.). Найчастіше утворення набутих ларингоцеле спостерігається у складувів, трубачів, деколи і у співаків.

Досить цікавими є дані приведені N.Costinescu, згідно з якими дивертикули гортані, з яких при відповідних умовах утворюються

Під час контакту з хворими показане використання марлевих респіраторів, часте миття рук та промивання носа і глотки наступними розчинами: хьюмер, аква маріс, салін, фізіомер, ізотонічним розчином натрію хлориду та ін.. Варто наголосити, що доцільно провітрювати кімнати протягом короткого часу, але інтенсивно; усі вікна і двері повинні бути відкритими. Ледве відкриті вікна – це неадекватна альтернатива їх широкому розкриттю. Клінічні спостереження показали, що такий обсяг профілактичних заходів доволі ефективний, але повністю не попереджує виникнення грипу та ГРВІ.

Для профілактики грипу доцільно проводити щорічну вакцинацію тому, що вірус грипу кожний рік міняє антигенну структуру. Згідно з рекомендаціями ВООЗ вакцинації також підлягають діти починаючи з 3-місячного віку життя та вагітні з другого триместру вагітності. Напружений імунітет формується протягом 2-4 тиж.

Таким чином, запропонований метод лікування грипу та ГРВІ свідчить про доцільність його застосування у пацієнтів. Клінічні спостереження показали про відсутність ускладнень.

ларингоцеле, явище далеко не рідке. Так, майже у всіх дітей, які померли при різних причинах, на аутопсії виявляються дивертикули, які поширюються доверху. А за даними Kordoleva, у 25% дорослих є дивертикули гортані, що досягають ділянки щитоподібно-під'язикової мембрани, в той час, як ні в кого із них під час життя не виявлялось ознак ларингоцеле.

За локалізацією ларингоцеле поділяються на внутрішні, зовнішні і змішані. Спочатку вони виникають в ділянці шлуночків гортані, далі поширюються в передньо-латеральну область шиї. Мішкоподібна пухлина формується завдяки киллоподібному випинанню шлуночка гортані, яке проникає в товщу тканин через щілину в щитопід'язиковій мембрані, або шляхом розшарування її в місцях найменшої щільності. Діагноз ЛЦ встановлюють при ларингоскопії і огляді передньої поверхні шиї.

У клініці отоларингології НУОЗ з 2000 року проліковано 11 хворих із даною патологією. Ретроспективний аналіз показав, що найбільш часто зустрічаються так звані внутрішні ЛЦ (8 випадків –72%). Менш часто ми спостерігали

зовнішні або комбіновані ЛЦ (3 випадки – 28%). Узагальнюючи клінічну симптоматику можна констатувати, що внутрішнє ларингоцеле являє собою припухлість, вкритою нормальною слизовою оболонкою, розміщену на рівні шлуночка і черпако-надгортанної складки. Ця припухлість може займати більшу частину присінка гортані, прикриваючи голосові складки і викликаючи порушення дихання і голосоутворення. Зовнішнє ларингоцеле розвивається повільно – протягом багатьох місяців і навіть років; розташовується на передньо-боковій поверхні шії, по медіальному краю грудиноключично-соскоподібного м'язу. Воно має вигляд овальної припухлості, вкритою нормальною шкірою. При пальпації пухлини симптом крепітації, як при підшкірній емфіземі, не виявляється. Пухлина не болюча, не спаяна з навколишніми тканинами, при натискуванні вона зменшується, при припиненні тиску вона швидко набуває попередньої форми, при потугах — збільшується. Наповнення повітрям проходить безшумно. При пальпації пухлини над верхнім краєм щитоподібного хряща можна визначити впадину, яка веде до того місця, в ділянці котрого ніжка ЛЦ пронизує щитоподібну мембрану. При перкусії пухлини визначається тимпанічний звук. При фонації або ковтанні внутрішнє ЛЦ опорожняється безшумно, в той час як вихід повітря із зовнішнього ларингоцеле супроводжується характерним шумом, зумовленим повітряним струменем. Цей шум може бути чутний

© С.О. Лакиза, Р.А. Абизов, С.С. Самойленко, 2021

С.А. ЛЕВИЦЬКА, О.М. ПОНИЧ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЯ ПРИНОСОВИХ СИНУСІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

Епілепсія є надзвичайно важливою медичною і соціальною проблемою з огляду на чисельні ускладнення, психічні захворювання, передчасну смерть. Глобальне дослідження впливу хвороб, травм і чинників ризику (The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010), проведене в 2010 році, показало, що тільки ВІЛ-інфекція характеризувалася більшою інвалідизацією в порівнянні з важкою неконтрольованою епілепсією.

В літературі зустрічаються непоодинокі випадки розвитку епілепсії у пацієнтів із запальними захворюваннями приносних пазух. Запальний та неопластичний процес у приносних пазухах може бути джерелом патологічних імпульсів, які за умов підвищеної судомної готовності можуть провокувати розвиток нападів. Перші випадки

на відстані або вислуханий за допомогою фонендоскопа.

При рентгенологічному та КТ дослідженні ЛЦ візуалізується як округло-овальне просвітлення з одного або обох боків гортані с чітко окресленим контуром, тільки в області проекції шлуночків гортані, або з поширенням зовні від великого рогу щитоподібного хряща і латеральніше останнього. При боковій проекції це просвітлення може поширюватися до під'язикової кістки, відтискуючи до заду черпако-надгортанну складку. Однак, у всіх випадках, ЛЦ зберігає зв'язок із шлуночком гортані.

Випадкове виявлення ларингоцеле завжди повинно насторожувати лікаря на предмет наявності походження цієї аномалії в результаті наявності пухлини в ділянці шлуночка гортані, чи якої-небудь іншої гортанної локалізації. Поєднання ларингоцеле і раку гортані – явище не таке вже і рідке і описане багатьма авторами (Lebogren – 15%; Meda – 1%; Leroux – 8%; Rogeon – 7%).

Диференційну діагностику проводять з вестибулярними кістами гортані, доброякісними і злоякісними пухлинами, інфекційними гранульомами та різними вадами розвитку гортані.

Видалення внутрішнього ЛЦ проводиться під контролем підвісної мікроларингоскопії. Операція при зовнішньому або комбінованому ЛЦ полягає в висіченні із зовнішнього доступу повітряного мішка, який не спаяний з навколишніми тканинами і досить легко від них відділяється.

позитивного ефекту хірургічного лікування верхньощелепного синуситу на перебіг епілепсії описані ще в 70-х роках двадцятого століття.

Мета нашого дослідження полягала у вивченні ефективності ендоскопічної хірургії верхньощелепного синусу на перебіг епілепсії.

За період з 2015 по 2020 роки проліковано 7 пацієнтів з епілепсією. Вік пацієнтів коливався від 14 до 22 років, з них 2 – жінок, 5 – чоловіків. У всіх пацієнтів в анамнезі відсутні синусити, носова обструкція з приводу викривлення носової перегородки і хронічного вазомоторного риніту виявлена у 4. На МРТ приносних пазух знайдено кісту правого верхньощелепного синусу (у 2), лівого (у 4), гіпогенезію верхньощелепного синусу – у 1 пацієнта. Кісти локалізувалися на нижній стінці пазухи і варіювали в розмірах від 15 до 22 мм.