

атестаційну комп'ютерну тестову програму, затверджену в установленому порядку, а також комплект з 16 білетів за всіма розділами програми. В кожному білеті перед слухачем поставлено чотири питання із різних розділів, що дозволяє екзаменувати лікаря з широкого кола питань програми..

Слухачі, які виконали програму циклу спеціалізації, підлягають атестації на визначення рівня знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Онкоотоларингологія». Слухачам, які успішно складуть іспит, буде видано сертифікат лікаря-спеціаліста встановленого зразка.

Після рецензування завідувачем відділу онкопатології ЛОР-органів ДУ «Інститут

отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», доктором медичних наук, професором Е.В. Лукачем та завідувачем кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктором медичних наук, професором А.Л. Косаковським навчальний план та програма циклу спеціалізації за спеціальністю «Онкоотоларингологія», а також екзаменаційні білети до даного циклу були затверджені Вченою радою НУОЗ України імені П.Л. Шупика 10.03.2021 року (Протокол №3). Даний навчальний план та програма циклу спеціалізації за спеціальністю "Онкоотоларингологія" чинна протягом 5 років від дати затвердження.

© В.О. Шкорботун, Р.А. Абизов, Н.В. Божко, В.В. Кривша, С.О. Лакиза, О.О. Пелешенко, С.С. Самойленко, 2021

*В.О. ШКОРБОТУН, М.О. ОВСІЄНКО, Я.С. НАЧЕСА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **НЮХОВА ДИСФУНКЦІЯ В ФОРМУВАННІ ВІДЧУТТЯ НЕЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ НОСОВОГО ДИХАННЯ**

Носове дихання являється унікальним і складним фізіологічним механізмом, при якому реалізується одразу декілька функцій носа. При вдиханні повітря через ніс включаються механізми його очищення, зігрівання, зволоження та інші адаптивні реакції організму. Важливою складовою серед них є нюхова рецепція з тригерною системою вазомоторного регулювання опору повітрю в носових ходах зі зміною площі та товщини слизової оболонки порожнини носа і виділення слизу.

В публікаціях з вивчення дихальної та нюхової функцій носа є значна кількість наукових робіт, але інформації щодо вивчення впливу нюхової рецепції, на якість життя за рівнем задоволеності пацієнтами носовим диханням ми не знайшли.

**Мета дослідження:** вивчити вплив нюхової рецепції на задоволеність пацієнтів дихальною функцією носа в залежності від порушення прохідності носових ходів.

**Матеріали і методи.** На базі отоларингологічного відділення КНП «КМКЛ №9» (клінічна база кафедри оториноларингології НУОЗУ імені П.Л. Шупика) нами обстежено 56 пацієнтів, що скаржились на незадоволеність якістю носового дихання. Вік хворих від 18 до 46 років, жінок було 25 (44,6%), чоловіків – 31 (55,4%).

Окрім вивчення анамнестичних даних та загального оториноларингологічного обстеження, всім пацієнтам проведено опитування щодо якості життя за опитувальником Sino-nasal Outcome Test –

22 (SNOT-22), ринопневмометрія за методикою ПАРМ (риноманометр «OPTIMUS» Україна, св. держреєстр. №14777/2015) та ольфактометрія із застосуванням набору психофізичних тестів «Sniffin' Sticks» (Burghardt®, Wedel, Germany).

**Результати та обговорення.** За результатами дослідження встановлено, що між суб'єктивними показниками якості життя за SNOT-22 та кількісними показниками дихальної і нюхової функцій носа, існує певна залежність.

Виявлено, що у пацієнтів зі скаргами на незадоволеність носовим диханням, що підтверджено опитуванням SNOT-22, порушення повітротоку за результатами риноманометрії – підвищення загального опору проходження повітря через носові ходи ( $R150$  (заг) > 0,25 ПА/см<sup>3</sup>/сек), відмітили у 41 (73,2%) хворих, тоді, як у 15 (26,8%) осіб прохідність носових ходів була в межах норми –  $R150$  (заг) < 0,25 ПА/см<sup>3</sup>/сек.

За результатами проведеної ольфактометрії, у 17 (30,4%) пацієнтів із 56 встановлена нормосмія, у 37 (66,1%) – гіпосмія і у 2 (3,5%) – аносмія. При аналізі отриманих результатів, звертає на себе увагу те, що у 11 (73,3%) пацієнтів з 15, у котрих прохідність носових ходів за показником загального опору повітря в носових ходах була в межах норми, теж виявлена різна ступінь гіпосмії. Необхідно зазначити, що за результатами опитування пацієнтів перед ольфактометрією, вказані особи не завжди відмічали порушення сприйняття запахів чи смаку,

Якщо порушення якості життя за рахунок синопназальних симптомів можна пояснити підвищеним опором проходження повітря через ніс, то у випадках з  $R150$  (заг)  $< 0,25$  Па/см<sup>3</sup>/сек незадоволеність носовим диханням потребує іншого пояснення.

На основі проведених досліджень, можна

© В.О. Шкорботун, М.О. Овсієнко, Я.С. Начеса, 2021

зробити висновок, що однією з причин порушення формування відчуття задоволеності пацієнтів якістю носового дихання при достатній прохідності носових ходів ( $R150$  (заг)  $< 0,25$  Па/см<sup>3</sup>/сек), може бути дисфункція нюхового рецептора (гіпосмія чи аносмія).

*Н.О. ШУШЛЯПІНА, Ю.В. СВІТЛИЧНА, А.В. ДЗИЗА, Я.В. НОСОВА (ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

### **ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗИВОЇ ОБОЛОНКИ НОСА ПРИРЕСПІРАТОРНО-НЮХОВИХ ПОРУШЕННЯХ ЗА ДАНИМИ РИНОЦИТОГРАМ**

Цитологічне дослідження слизової оболонки різних органів, зокрема, порожнини носа і навколоносових пазух – неінвазивний діагностичний метод, широко використовуваний в клінічній практиці. Він дозволяє лікарю визначати склад і кількість клітинних елементів в матеріалі і оцінювати їх стан (деструкцію, проліферацію, дистрофію, некроз та ін.), констатувати напруженість реактивних здібностей організму, стежити за динамікою відновлення органів чи процесу загоєння в них. Тому, актуальним є вивчення особливостей структурних змін слизової оболонки носа в залежності від ступеня обструкції порожнини носа і тривалості порушення респіраторно-нюхових порушень по даним риноцитограм.

В мазках із порожнини носу виявлялися клітини респіраторного епітелію, що мали конічну форму, чітко помітну війкову облямівку на апікальному полюсі, хвістоподібно звужений базальний кінець, овальні або округлі ядра та базофільну цитоплазму. Збільшення кількості даних клітин здебільшого свідчило про запальний процес. Відрив війок, вакуолізація цитоплазми, каріопікноз, каріорексис, каріолізіс, голі ядра, нерівний контур цитоплазми відображали дистрофічні зміни війкового епітелію.

Зустрічалися, хоча і рідко, келихоподібні клітини, що мали овально-округлу форму, слабо базофільну цитоплазму зі слизовими вакуолями та ексцентрично розташоване, подекуди сплюснене ядро. Зменшення кількості келихоподібних клітин і дегенеративні зміни в них були ознаками, що притаманні атрофічному процесу в СО носа.

В РЦГ (риноцитограм) виявлялися метапластично змінені (плоскоклітинна метаплазія) клітини циліндричного епітелію, що характеризувалися втратою війок. Наявність великої кількості плоского епітелію в мазку свідчило про

наявність запального процесу, а також про атрофію СО порожнини носа.

Серед епітеліальних клітин також спостерігалися базальні епітеліоцити, які відносяться до малодиференційованих клітин, що беруть участь в процесах регенерації епітелію. Вони мали маленькі розміри, величиною з лімфоцит, округлої або полігональної форми з гіперхромним, центрально розташованим ядром і базофільною цитоплазмою у вигляді вузького обідка. Наявність в мазках великої кількості даних клітин свідчило про порушення трофічної і механічної функції СО, про ослаблення міжклітинного та епітеліо-мезенхімального поєднань, які відповідають як за цілісність міжклітинних контактів, так і за закріплення епітеліоцитів на базальній мембрані. Внаслідок таких подій, відбувається легке травмування епітелію, що і обумовлює виражену десквамацію базальних клітин.

В клітинному представництві на постійній основі спостерігалися нейтрофільні гранулоцити (нерідко вони з явищами розпаду) і лімфоцити. Велика кількість нейтрофільних гранулоцитів свідчила про гостре гнійне запалення, або загострення хронічного запального процесу. Переважання серед клітинних елементів лімфоцитів було притаманно хронічному запальному процесу. Крім того, в окремих спостереженнях зустрічати у великій кількості еритроцити, що доводило підвищену проникність судинної стінки СО порожнини носа. В РЦГ був присутній слиз, а також виявлялась бактеріальна і мікотична контамінація, що було слідством порушення захисної функції СО.

За результатами вивчення цитологічних препаратів, а саме в залежності від переважання в них того чи іншого виду клітин та наявності запальних елементів і мікроорганізмів тип РЦГ ми оцінювали як запальний (гостро-запальний, хронічно-запальний, хронічно-запальний із загостренням), десквамативний, атрофічний.

© Н.О. Шушляпіна, Ю.В. Світлична, А.В. Дзиза, Я.В. Носова, 2021