

пневматизація барабанної порожнини, ФТЛ, а також проводилась аудіометричне та імпендансометричне дослідження.

Ефективність оперативного лікування також залежить від тривалості наявності порушень слухової труби. При тривалості захворювання до 3-х місяців після аденотомії, септум-операції, вазотомії через 14 днів проводилось аудіометричне дослідження, що показало відновлення слуху у 70% хворих, 30% потрібно було проводити продування вуха за Політцером, якого було достатньо для відновлення прохідності слухових труби та слухових функцій. При тривалості ССО більше 4 місяців ефективність лікування захворювання 60%, а у дітей з тривалістю дисфункції слухової труби і відповідно ССО більше 6 місяців ефективність в плані покращення слуху за даними аудіометрії і тимпанограми складає не більше 40%.

Висновки. Таким чином: ефективність лікування ССО прямо пропорційно залежить від тривалості дисфункції слухових труби на фоні супутньої патології. При тривалості ССО до 3 місяців ефективність як консервативного так і оперативного лікування по усуненню причини дисфункції слухової труби висока. При тривалості захворювання більше 4 місяців у разі помірного покращення в результаті лікування супутньої патології і у разі тривалості дисфункції більше 6 місяців, особливо з обох боків з кістково-повітряним розривом більше 25-30 дБ. Показано шунтування барабанних порожнин.

Слід відмітити, що нормальна прохідність слухової труби ще не означає її нормальне функціонування, а критеріями ефективності лікування є нормалізація отоскопічної картини та відновлення слухової функції.

Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Лудин О.І. (Чернівці, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ НА ХРОНІЧНИЙ АДЕНОЇДИТ З ВИКОРИСТАННЯМ РОСЛИННОГО ПРЕПАРАТУ ІМУПРЕТ

Частота розвитку хронічного аденоїдиту (ХА) складає до 10% у хворих без гіпертрофії глоткового мигдалика, а при гіпертрофії — значно більше (від 21,5 до 83,7%).

Мета. Вивчити клінічні прояви ХА та оцінити ефективність застосування рослинного препарату Імупрет в комплексному лікуванні дітей з хронічним аденоїдитом.

ХА — наслідок перенесеного раніше гострого аденоїдита. Він часто супроводжується збільшенням глоткового мигдалика і наростаючими ознаками захворювання. Попадання в гортань слизу і гною, особливо ночами, викликає тривалий кашель. Хронічне запалення в носоглотці призводить до хронічного запалення слухової труби і до зниження слуху. ХА супроводжується симптомами хронічної інтоксикації: підвищена стомлюваність, головний біль, поганий сон, зниження апетиту.

При ХА виявляється значне зниження секреторного імуноглобуліну А в ротоглотковому секреті і числа Т- і В-лімфоцитів у самому мигдалику, а також зниження активності фагоцитозу і кількості Т- і В-лімфоцитів крові. Отже, при хронічному аденоїдиті відбувається гіпофункціональний стан глоткового мигдалика і з'являється недостатній рівень імуноглобулінового захисту слизової оболонки глотки.

При наявності ХА діти скаржаться на утруднене носове дихання (90 %), хрипіння під час сну (60 %), зниження апетиту (55 %), слизово-гнійні виділення з порожнини носа (75 %), гугнявість (45 %), порушення сну (25 %), субфебрилітет (20 %), порушення слуху (12 %), енурез (8 %). ХА в 65,4% випадків супроводжує захворювання приносових пазух і в 76% ексудативний отит.

Матеріали і методи дослідження. У клінічному дослідженні брали участь 72 дитини з ХА віком від 3-х до 12 років. Основну групу склали 52 хворих, контрольну – 20 пацієнтів. У групи не включалися хворі з наявністю запальних процесів в інших ЛОР-органах.

При проведенні дослідження оцінювалася динаміка таких симптомів: виділення з носа; закладеність носа; порушення слуху; нічний кашель. Вивчалися також такі параметри як частота загострень на протязі періоду спостережень; тривалість загострення хронічного аденоїдиту; частота ускладнень (синусит, отит, трахеобронхіт).

Лікування при ХА здійснюється комплексне, яке складається з засобів місцевого і загального характеру, різноманітність яких надто велика. Одним з ефективних засобів з протизапальною дією є фітопрепарати. Імупрет володіє вираженою протизапальною дією і високою клінічною ефективністю

(В.В.Березнюк, 2002). Після прийому імупрету при ГРВІ, хронічних захворюваннях глотки суттєво покращуються деякі показники системи імунітету (О.Ф.Мельников і співав., 2007, 2013). Пацієнти основної групи отримували додатково до стандартного комплексу лікування препарат Імупрет, до складу якого входять 7 лікарських рослин: кора дуба, листя горіха, трава тисячелистника, хвощ, кульбаба, алтей, ромашка. Діти віком від 3 до 6 років приймали препарат по 10 крапель 3 рази у день; віком від 6 до 12 років – по 15 крапель 3 рази на протязі 12-14 днів. Дітям з частими загостреннями ХА курс лікування складав 1 місяць.

Результати. Оцінка клінічних проявів проводилася на 3, 6 і 9 день лікування за такими симптомами, як закладеність носа, характер та інтенсивність ринореї, утруднення носового дихання в день та в ночі (зі слів батьків).

Оцінка ступеню відновлення носового дихання та позитивна динаміка в зменшенні інтенсивності і характеру ринореї була достовірно краще у пацієнтів основної групи вже на 6 день спостереження. На 9 добу лікування ринорея у пацієнтів основної групи припинилась повністю, а носове дихання у дітей основної групи було достовірно кращим, ніж у дітей контрольної групи. Контрольний ендовідеоскопічний огляд порожнини носа та носоглотки показав відсутність явищ загострення ХА на 9-10 день у пацієнтів основної групи та на 12-13 день у контрольній групі.

Дослідження встановило, що включення препарату Імупрет в схему комплексного лікування хронічного аденоїдиту у дітей підвищує ефективність лікування і прискорює процес одужання, супроводжується більш легким перебігом і достовірно меншою тривалістю захворювання.

Висновки. 1.Отриманий позитивний ефект використання Імупрету в лікуванні хронічного аденоїдиту у дітей обумовлений комплексним впливом біофлавіноїдів, що входять в склад рослинного препарату на імунний статус організму в цілому.

2.У дітей з гіпертрофією глоткового мигдалика з хронічним аденоїдитом застосування Імупрету приводить до ліквідації запалення і зменшення ступені гіпертрофії аденоїдів.

3.Позитивні результати лікування свідчать про те, що Імупрет, який продемонстрував високу переносимість, можна використовувати, як засіб неспецифічної профілактики.

4. Комбінований рослинний препарат Імупрет в проведеному дослідженні показав свою ефективність в якості як імуномодулятора, так і протизапального засобу.

Сажин С.І. (Чернівці, Україна)

АНАМНЕСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ВІРУС-ІНДУКОВАНОГО ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Вступ. Бронхіальна астма (БА) залишається важливою медико-соціальною проблемою в більшості країн світу, а прямі та непрямі витрати, пов'язані з хворобою є доволі значними. Характерними для хронічного захворювання є періоди загострення та ремісії.

Оновлені рекомендації Глобальної ініціативи щодо астми під час пандемії, спричиненої новим штамом коронавірусу SARS-CoV-2, пропонують утриматися від позапланових візитів до лікарні під час нападу хвороби, натомість рекомендують у більшості випадків проводити консультації з лікарем у дистанційному режимі та дотримуватися індивідуального плану лікування БА. Віртуальні візити передбачають оцінку характерних для загострення скарг у пацієнтів, проте аналіз фізикальних даних та об'єктивне обстеження не є доступним під час подібних консультацій. Це може призводити до помилок у діагностиці тяжкості загострення та виборі полегшувального лікування нападного періоду захворювання, тому актуальним є пошук додаткових показників для підвищення ефективності діагностики та прогнозування ступеня тяжкості загострення БА.

Мета роботи – оцінити анамнестичні характеристики для прогнозування тяжкості нападу захворювання та персоніфікації тактики ведення пацієнтів дитячого віку.

Матеріали і методи. Проаналізовані дані 47 медичних карт пацієнтів дитячого віку, які госпіталізовані до пульмоалергологічного відділення обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» з приводу загострення бронхіальної астми. Групоформувальною ознакою вважали тяжкість бронхообструктивного синдрому нападного періоду бронхіальної астми, яку визначали за клінічною бальною шкалою. Сформовані дві клінічні групи: до першої (I) – увійшли 22