

ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ АБСЦЕДУЮЧИХ ЕПІГЛОТИТІВ НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ АРХІВНОГО МАТЕРІАЛУ ЗА 2008–2014 рр.

Проф. Г. І. Гарюк, проф. Т. В. Почуєва, доц. О. О. Кулікова, В. Л. Давиденко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Останнім часом одним із найпоширеніших гострих інфекційно-запальних захворювань гортані став епіглотит. Гострий епіглотит — тяжке бактеріальне запалення надгортанника, черпакувато-надгортанних складок та прилеглих тканин, для якого є характерним швидко наростаюча дихальна недостатність та інтоксикація.

Мета роботи — виявити особливості перебігу епіглотиту за даними ретроспективного аналізу архівного матеріалу, проаналізувати вагомість клінічних досліджень, проведених цим хворим, визначити типові схеми обстеження й лікування. Вивчено ретроспективні результати лікування 120 хворих на гострий епіглотит та абсцес надгортанника, що перебували на лікуванні з 2008 по 2014 р. Найбільшу захворюваність на гострий епіглотит спостерігають у пацієнтів працездатного віку (21–60 років) із домінуванням осіб чоловічої статі. Основну частку госпіталізації склали пацієнти з госпіталізацією понад 2 дні (81,7%). Супутня патологія в разі гострого епіглотиту була наявною в 79% хворих і є досить різноманітною.

Висновки. Хворі на епіглотит мають отримувати інтенсивну протизапальну і дезінтоксикаційну терапію з постійним контролем життєво важливих функцій та їх корекції.

Ключові слова: епіглотит, абсцес надгортанника, трахеотомія, біохімічні показники, УЗД гортані.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ЭПИГЛОТТИТОВ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА ЗА 2008–2014 гг.

Проф. Г. И. Гарюк, проф. Т. В. Почуева, доц. Е. А. Куликова, В. Л. Давиденко

В последнее время одним из самых распространенных острых инфекционно-воспалительных заболеваний гортани стал эпиглоттит. Острый эпиглоттит — тяжелое бактериальное воспаление надгортанника, черпаловидно-надгортаных складок и окружающих тканей, для которого характерны быстро нарастающая дыхательная недостаточность и интоксикация.

Цель работы — выявить особенности течения эпиглоттита по данным ретроспективного анализа архивного материала, проанализировать значимость клинических исследований, проведенных этим больным, определить типовые схемы обследования и лечения. Изучены ретроспективные результаты лечения 120 больных острым эпиглоттитом и абсцессом надгортанника, находившихся на лечении с 2008 по 2014 г. Наибольшая заболеваемость острым эпиглоттитом наблюдается у пациентов трудоспособного возраста (21–60 лет) с доминированием лиц мужского пола. Основную долю госпитализации составили пациенты с госпитализацией более 2 сут (81,7%). Сопутствующая патология при остром эпиглоттите имела место у 79% больных и весьма разнообразна.

Выводы. Больные эпиглоттитом должны получать интенсивную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию с постоянным контролем жизненно важных функций и их коррекции.

Ключевые слова: эпиглоттит, абсцесс надгортанника, трахеотомия, биохимические показатели, УЗИ гортани.

ISSUES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT FOR ACUTE ABSCESSSED EPIGLOTTIS BY ANALYZING ARCHIVAL MATERIAL DURING 2008–2014

H. I. Hariuk, T. V. Pochyeva, O. O. Kulikova, V. L. Davidenko

Recently, epiglottitis has become one of the most common acute infectious and inflammatory diseases of the larynx. Acute epiglottitis is severe bacterial inflammation of an epiglottis, aryepiglottic folds and surrounding tissues. One of the main characteristic of its disease is fast growing of respiratory failure and intoxication. The purpose of this study is to reveal peculiarities of epiglottitis according to a retrospective analysis of the archival materials, to analyze the importance of clinical studies that were prescribed to these patients; to define typical ways of examination and treatment. The retrospective analyses has been analyzed on the base of the 120 patients' case histories diagnosed with an epiglottis and an abscess of epiglottis during 2008–2014 y. The greatest incidence of acute epiglottitis is observed in patients of working age (21–60 years), with predominance of males. The patients with hospitalization more than 2 days were the main part of the whole hospitalization (81.7%). Comorbidity in acute epiglottitis occurred in 79% of patients and was very varied.

Conclusions. Patients with epiglottitis must receive intensive anti-inflammatory and disinfection therapy with constant control of vital functions and their correction.

Keywords: epiglottitis, an abscess of epiglottis, tracheotomy, biochemical indicators, sonography of the larynx.

Останнім часом одним із найпоширеніших гострих інфекційно-запальних захворювань гортані став епіглотит. Гострий епіглотит — це тяжке бактеріальне запалення надгортанника, черпакувато-надгортанних складок

та прилеглих тканин, для якого характерні підвищення температури тіла, інколи вище 39 °С, швидко наростаюча дихальна недостатність та інтоксикація. У випадках несвоєчасної діагностики або призначення неадекватної терапії

епіглотит може стати безпосередньою причиною смерті пацієнта. За даними літератури, смертність у дорослих складає 7 %, у дітей — від 6 до 20 % (у разі запізнілої діагностики). Летальні наслідки зумовлені:

1) швидкою обструкцією верхніх дихальних шляхів та неможливістю інтубації, яка потребує негайної трахеостомії пацієнта;

2) розвитком парафарингіту й медіастиніту, який спричиняє інтоксикацію з поліорганною патологією.

Основу патогенезу цього захворювання складає розрив капілярів із появою дрібних крововиливів під дією респіраторних вірусів, після чого бактеріальна флора проникає в підслизову оболонку надгортанника, викликаючи запалення та його набряк.

За даними вітчизняної та зарубіжної літератури, немає єдиної чіткої класифікації епіглотиту. Деякі автори вважають, що гострий епіглотит — це особлива нозологічна форма, що виникає в дітей 2–4 років, викликана *Haemophilus influenza*, решта — що гострий епіглотит — особлива форма набряково-катарального ларингіту [8]. Гострий епіглотит у дитячому віці добре досліджено у вітчизняній та іноземній медичній літературі [2, 3, 6] на відміну від гострого епіглотиту в дорослого населення.

Традиційно вважалося, що це захворювання частіше спостерігають у дітей. Проте, як засвідчила низка досліджень, за останні 50 років визначають значне збільшення випадків цієї патології і в дорослих.

Частота епіглотиту в різних країнах (на 100 000 населення):

- Квебек (Канада) — 6 випадків;
- Стокгольм (Швеція) — 14 випадків;
- Женева (Швейцарія) — 34 випадки;
- США — 1 випадок.

Якщо етіологія епіглотиту в дітей добре вивчена а більшість авторів виявляють у хворих *Haemophilus influenza* типу b (Hib), що спонукало в багатьох країнах створити вакцину проти Hib, включення якої у календар вакцинації значно зменшило рівень захворюваності на епіглотит у дітей, то в дорослих такої

закономірності немає. Переважання Hib під час бактеріологічного дослідження дорослих хворих на гострий епіглотит не виявив жоден дослідник. У нашій клініці в 2001–2005 рр. також було проведено таке дослідження [1, 4]. Установлено, що запалення надгортанника в дорослих викликає різноманітна мікрофлора.

Найчастіше висівають β -гемолітичні стрептококи груп А, В і С (*Streptococcus pyogenes*), пневмококи (*Streptococcus pneumoniae*), клебсієли (*Klebsiella pneumoniae*), псевдомони, золотистий стафілокок (*Staphylococcus aureus*), *Haemophilus parainfluenzae*, *Mycobacterium*, а також віруси простого герпесу (1 типу) і парогрипу. У пацієнтів на імуносупресію різного генезу в разі захворювання висівають грибок виду кандиди, зокрема *Candida albicans* [4].

На сучасному етапі можна констатувати підвищення частоти виникнення гострих епіглотитів у дорослих і тяжкості їх ускладнень; відсутність протоколів надання медичної допомоги дорослим хворим з епіглотитом; нез'ясованість ролі стану поряд розташованих органів і особливостей сполучної тканини в пацієнтів у разі виникнення епіглотитів; відсутність об'єктивних методів діагностики стадії запального процесу надгортанника, окрім скопічних, свідчать про необхідність та актуальність дослідження для підвищення ефективності діагностики та лікування цієї патології.

Мета роботи — виявити особливості перебігу епіглотиту за даними ретроспективного аналізу архівного матеріалу, відсоток летальних випадків. Проаналізувати вагомість клінічних, мікробіологічних, інструментально-лабораторних досліджень, проведених цим хворим, визначити типові схеми обстеження й лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У міській клінічній лікарні № 30 м. Харкова за останні 6 років (2008–2014) спостерігали 120 пацієнтів із гострим епіглотитом. Серед них було 72 (60 %) чоловіки і 48 (40 %) жінок. Діагноз було клінічно верифіковано за МКХ-10.

Цим же хворим було зроблено коагулограму та проведено клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження, включаючи «білки гострої

фази» запалення. Підвищення цих показників потребує посилення протизапальної та дезінтоксикаційної терапії, або свідчить про початок ускладнення. Також окрім звичайних скопічних досліджень ми впроваджуємо ультразвукове дослідження (УЗД) гортані під час епіглотиту, що має величезну перспективу як швидкий, недорогий і об'єктивний метод дослідження.

За даними літератури, пацієнта з гострим епіглотитом лікують в умовах операційної палати або в палаті інтенсивної терапії. Оскільки наша клініка є спеціалізованою й надає медичну допомогу другого рівня, більшість пацієнтів лікувалися у звичайних боксованих палатах і лише за необхідності екстреної оперативної допомоги їх переводили до операційної. У разі абсцесу надгортанника його розкривають ножом Тобельта під місцевою аплікаційною анестезією, за інфільтративної форми хворі отримували консервативну терапію.

У терапії гострого епіглотиту будь-якої форми доцільно застосовувати антибіотики (переважно β -лактами, в тому числі й захищені клавулановою кислотою), наприклад сульбактам 1,0 — 4 рази на день в/в. Доцільно призначати два сумісних антибіотики, наприклад, цефалоспорин

III–IV генерації і похідне фторхінолону (левофлоксацин, ципрофлоксацин, абактал). Парентерально призначають в/в преднізолон 2–3 мг/кг або дексаметазон 0,5 мг/кг у разі виражених дихальних порушень, анагететики, антипірететики, дезінтоксикаційну (реосорбілакт в/в, крап.), протинабрякову (L-лізин) терапію, а також місцеву антибактеріальну (інгаляції) і протизапальну (місцево спрей тантум-верде), нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) — найчастіше застосовують диклофенак в/м. Якщо проведена терапія не поліпшила стан хворого, проводили трахеостомію.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізовано захворюваність на гострий епіглотит на основі ретроспективного аналізу 120 історій хвороб пацієнтів із діагнозом епіглотит та абсцес надгортанника за 2008–2014 рр. Найвні ускладнення цієї патології, що потребували термінової трахеотомії в 4 випадках і 2 випадках, ускладнення медіастинітом, що потребували переведення до торакального відділення й завершилися летально, вимагають розробки нових специфічніших і ранніх діагностичних заходів для своєчасного надання

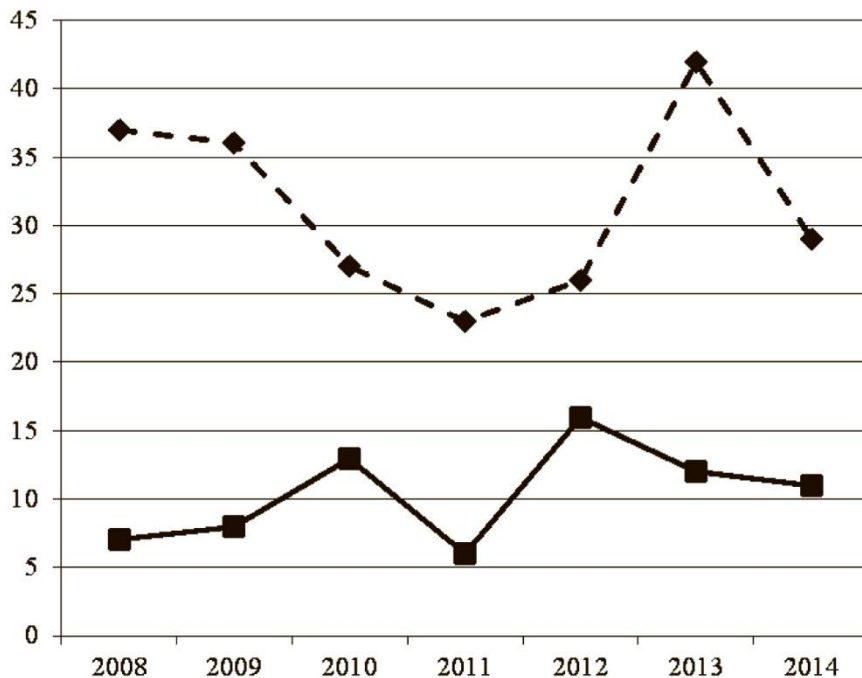


Рис. 1. Кількість осіб, що захворіли на гострий епіглотит та абсцес надгортанника за 2008–2014 рр.

—◆— Гострий епіглотит; —■— Абсцес надгортанника

повноцінної допомоги цій категорії хворих, що завжди вважалися і за ступенем тяжкості, і прогностично тяжкими.

Окреслено 4 напрямки, що є перспективними для розв'язання поставлених завдань.

1. Нами розпочато роботу з дослідження «білків гострої фази» запалення й оксипроліну крові як індикатора розпаду хрящової тканини (надгортанника в разі його абсцедування) й пошуку препаратів, що знижують гостроту запалення; ми вбачаємо перспективу в застосуванні НПЗП нового покоління, що не мають дефектів попередніх.

2. Необхідно підвищувати рівень діагностики на догоспітальному етапі й інформованість терапевтів і лікарів загальної практики про таку тяжку патологію.

3. Усі хворі на епіглотит мають перебувати під постійним медичним спостереженням із контролем життєво важливих функцій та їх корекції. Найдоцільніше таких хворих лікувати в палаті інтенсивної терапії.

4. Із нашої точки зору, доцільно вести агресивнішу хірургічну тактику стосовно хворих на епіглотит: рання діагностика абсцедування після використання УЗД надгортанника дасть змогу своєчасно виконати розтин сформованого гнійника, запобігти можливим ускладненням, а в разі наростання стадії стенозу — провести цим хворим трахеотомію.

Зі 120 пацієнтів у 85 (71 %) виявлено інфільтративну форму гострого епіглотиту (з них 2 — посттравматичні епіглотити), у 35 (29 %) діагностовано абсцес надгортанника. Порівняно з даними про захворюваність на гострий епіглотит за 2001–2005 рр. [1], у нас визначається зростання захворюваності на абсцес

надгортанника за абсолютною кількістю госпіталізованих за роками.

Вік хворих був у межах від 16 до 74 років, складаючи в середньому 44,8 року: 16–25 років — 9 (7,6 %); 26–35 років — 25 (20,8 %); 36–45 років — 27 (22,5 %); 46–55 років — 25 (20,8 %); 56–65 років — 22 (18,3 %); 66–74 років — 12 (10 %). Найбільший рівень захворюваності на гострий епіглотит спостерігають у пацієнтів працездатного віку (21–60 років) із домінуванням осіб чоловічої статі.

Час від початку захворювання до госпіталізації коливався від 1 до 14 днів, складаючи в середньому 2,65 доби. Виявлено, що за тривалості захворювання від 1 до 3 діб госпіталізовано 98 осіб (81,7 %), від 4 до 6 діб — 15 (12,5 %), від 7 до 8 діб — 5 (4,1 %), понад 10 діб — 2 хворих (1,7 %).

Основну частку госпіталізації склали пацієнти з госпіталізацією понад 2 доби (81,7 %). Причиною несвоечасної госпіталізації є пізнє звертання по медичну допомогу, а також несвоечасна діагностика на догоспітальному етапі.

Зростання такої тяжкої патології, як гострий епіглотит, можна пояснити загальною імуносупресією, яка констатується серед населення України останнім часом [5, 7, 9].

У більшості осіб захворювання починалося гостро, супроводжувалося підвищенням температури тіла до 37,6–38,7 °С, болем у горлі, неможливістю ковтання, ознаками інтоксикації, диспное. Класичний симптом (слинотеча) зумовлений утрудненням ковтання, визначали в більшості пацієнтів. Щоб полегшити дихання, хворі намагаються сидіти в характерному положенні — нахилившись уперед і витягнувши підборіддя. На зазначену симптоматику слід орієнтуватися під час огляду хворого,

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком та статтю

Кількість та стать хворих	Вік, роки					
	16–25	26–35	36–45	46–55	56–65	66–74
Абсолютна	9	25	27	25	22	12
Чоловіки	5	15	16	18	12	6
Жінки	4	10	11	7	10	6
Відносна, %	7,6	20,8	22,5	20,8	18,3	10
Чоловіки	4,2	12,5	13,3	15	10	5
Жінки	3,4	8,3	9,2	5,8	8,3	5

постановки діагнозу й проведення диференційної діагностики у хворих із такими скаргами.

У разі розвитку абсцесу надгортанника спостерігали тяжкий загальний стан хворого, різко виражену симптоматику епіглотиту, підвищення температури тіла до 38,2–39,7 °С, нестерпний біль у горлі, відчуття браку повітря, вимушене положення тіла. Під час непрямой ларингоскопії (за допомогою гортанного дзеркала) або фібрларингоскопії (огляд гортані за допомогою гнучкого оптичного ендоскопа) на початкових стадіях виявляють почервоніння гортані, надгортанник потовщений, набряклий. У більш пізньому періоді розвитку абсцесу набряк посилюється, наявне кулеподібне утворення, ділянка запалення ущільнена, в її центрі може візуалізуватися жовта пляма — скупчення гною. Під час огляду гортані хворого виявляють яскраво-червоний, потовщений, малорухливий, зміщений назад і донизу надгортанник, на якому можуть визначатися пухирі, заповнені геморагічною рідиною. Набряк і гіперемія часто поширюються на черпакувато-надгортанні складки, черпакуваті хрящі, вестибулярні складки. Іноді набряклі тканини абсолютно закривають грушоподібний синус, у решті випадків він різко вибухає. Щільна інфільтрація черпакувато-надгортанних складок викликає обмеження рухливості хрящів.

Гострий епіглотит ускладнився набряком гортані у 8 (6 %) осіб, стенозом гортані 1 ступеня — у 2 (1,7 %), стенозом гортані 2 ступеня — у 1 (0,8 %), стенозом гортані 3 ступеня — у 1 (0,8 %) людини. У 3 (2,5 %) осіб це захворювання ускладнилося парафарингеальним абсцесом, у 1 (0,8 %) — флегмоною дна порожнини рота, у 2 (1,7 %) — флегмоною шиї та верхньошийним гнійним медіастинітом. У 7 (5,8 %) осіб епіглотит супроводжувався гострим ларингітом. Аналізуючи супутні захворювання за даними анамнезу та клінічного обстеження пацієнтів, було виявлено хронічні захворювання серцево-судинної системи у 18 (15 %) осіб, у 3 (2,5 %) хворих супутнім захворюванням була бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця — у 9 (7,5 %), кардіосклероз — у 7 (5,8 %), гіпертонічна хвороба — у 9 (7,5 %),

хронічний бронхіт — у 7 (5,8 %), хронічний гепатит — у 5, новоутворення легені — у 1 (0,8 %), цукровий діабет (ЦД) 2 типу — у 6 (5 %), ЦД 1 типу — у 2 (1,7 %), лімфопроліферативне захворювання — у 1 (0,8 %), хронічний тонзиліт — у 5 (4 %), хронічний пієлонефрит — у 2 (1,7 %), хронічний фарингіт — у 5 (4 %), виразкова хвороба шлунка — в 1 (0,8 %), захворювання глотки — в 1 (0,8 %), карієс зубів — у 2 (1,7 %), реконвалесцент із туберкульозу легень — у 2 (1,7 %), гепатит С — у 1 (0,8 %), туберкульоз легенів — у 2 (1,7 %), остеохондроз шийного відділу хребта — у 2 (1,7 %), ревматоїдний артрит — у 1 (0,8 %), новоутворення сечових шляхів — у 1 (0,8 %), вузловий зоб щитоподібної залози — у 1 (0,8 %) особи. Як убачаємо зі всього переліченого, супутня патологія в разі гострого епіглотиту, наявна в 79 % хворих, досить різноманітна, і дійти однозначного висновку про взаємозв'язок характеру клінічного перебігу гострого епіглотиту і сполучної лор-патології неможливо. Порівняння характеру поширення запальних змін зі скаргами хворих доводить, що залучення в процес лише надгортанника, особливо його язикової поверхні, супроводжується сильним болем у горлі, а перехід запалення на черпакувато-надгортанні складки, їх набряк викликають явища стенозу гортані.

Аналіз периферичної крові хворих засвідчив, що в разі інфільтративної форми гострого епіглотиту зміни в клінічних показниках крові головним чином зводяться до збільшення кількості лейкоцитів, підвищення частки паличкаядерних і сегментоядерних лейкоцитів. У хворих на абсцес надгортанника зміни в крові були чіткішими: кількість лейкоцитів збільшувалася до 27×10^9 г/л, кількість паличкаядерних і сегментоядерних нейтрофілів також зросла. Підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) спостерігали в 79 % пацієнтів, підвищення загального фібриногену ($9,4 \pm 3,2$ г/л) — у 91,4 %.

Гострий епіглотит слід диференціювати з флегмонозним ларингітом, гортанною ангіною, ангіною Людвіга, паратонзилітом, аспірацією стороннього тіла, травмою глотки, гортані.

Гострий епіглотит клінічно може виявлятися як інфільтративний або абсцедуючий запального процес. Для абсцесу надгортанника характерним є тяжкий клінічний перебіг у зв'язку зі швидко наростаючими й небезпечними ускладненнями для здоров'я і життя пацієнта. Це захворювання потребує додаткових поглиблених досліджень.

Із метою профілактики розвитку ускладнень: паратонзиллярного, парафарингеального абсцесу та медіастиніту лікар, з одного боку, має вчасно визначити симптоми для оперативного втручання: розкриття абсцесу надгортанника, за необхідності — трахеотомія або за наявності парафарингіту — розтин його зовнішнім шляхом. У разі встановлення діагнозу або навіть підозри на розвиток медіастиніту — термінова консультація та переведення в торакальне відділення для розв'язання питання про обсяг і підходи оперативного втручання. Паралельно хворий із перших хвилин перебування в стаціонарі починає отримувати інтенсивну протизапальну й дезінтоксикаційну терапію з постійним контролем життєво важливих функцій та їх корекції. Найдоцільніше лікувати таких хворих у палаті інтенсивної терапії. Відразу після доставки хворого до стаціонарного відділення йому призначають антибіотики широкого спектра дії. Водночас, якщо хворий нещодавно отримував лікування цефалоспоринами III покоління (цефтриаксон, емсеф та ін.) із приводу інших захворювань (пневмонія, бронхіт, гнійний синусит тощо), або він належить до групи ризику (супровідні туберкульоз

легенів, ЦД та інші системні захворювання), доцільно призначити 2 антибіотики широкого спектра дії з різних, але поєднаних груп (абіпім + абактал; сульбактам + абактал або ципринол — усе в/в). Паралельно призначають дезінтоксикаційну, протизапальну терапію, що включає як парентеральне введення глюкокортикоїдів, так і НПЗП (наприклад, диклофенак в/м).

ВИСНОВКИ

1. Епіглотит — тяжке захворювання, прогноз якого нині складний. У всіх випадках хворих на епіглотит необхідно поглиблено обстежувати (як біохімічним, так і візуалізуючим способом — УЗД гортані).

2. Попередні чинники розвитку гострого епіглотиту, напевно, слід глибше вивчати на дослідженнях біохімічного й імунологічного плану, тобто на рівні обміну речовин клітин.

3. Бактеріологічне дослідження цих хворих також не виявило переваги якогось одного мікробного агента, що ускладнює профілактику цієї патології у дорослих і підбір емпіричної антибіотикотерапії.

4. Під час встановлення діагнозу або навіть за підозри розвитку медіастиніту — термінова консультація торакального хірурга та переведення цих хворих до торакального відділення для розв'язання питання про обсяг і підходи оперативного втручання.

У перспективі необхідно посилити увагу терапевтів та лікарів загальної практики до клініки та ранньої діагностики гострого епіглотиту на догоспітальному етапі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гарюк Г. И. Характер клинического течения острых эпиглоттитов и сопряженной лор-патологии / Г. И. Гарюк, Н. Н. Попов // Междунар. мед. журн. — 2006. — Т. 12, № 2. — С. 52–55.
2. Глинская И. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика различных форм инфекции, вызванной Haemophilus influenza типа В / И. Н. Глинская // Военная медицина. — 2011. — № 4. — С. 73–78.
3. Давыдова В. М. Основные принципы и показания к антибиотикотерапии при лечении болезней органов дыхания у детей / В. М. Давыдова // Практич. медицина. — 2010. — № 40. — С. 40–48.
4. Попов Н. Н. Микрофлора надгортанника больных катаральной и некротической формами эпиглоттита / Н. Н. Попов // Вісн. ХНУ ім. В. Н. Каразіна (Сер. «Медицина»). — 2007. — № 774, Вип. 14. — С. 123–128.

5. Романова О. А. Особливості інтерферонового статусу та цитокінового профілю хворих з герпесвірусними інфекціями / О. А. Романова, А. Ю. Волянський, Т. А. Сидоренко // Тези доповідей наук.-практ. конф. «Стратегія і тактика боротьби з інфекційними захворюваннями», присвячена 125-річчю ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова АМНУ». — Х., 2012. — С. 78.

6. Савенкова М. С. Острый эпиглоттит у детей (этиопатогенез, диагностика, лечение) / М. С. Савенкова, В. А. Бычков, Г. Л. Балясинская // Вопр. совр. педиатрии. — 2008. — № 5. — С. 91–97.

7. Серкова В. К. Вміст цитокінів і С-реактивного протеїну у хворих з хронічною серцевою недостатністю / В. К. Серкова // Укр. кардіологіч. журн. — 2006. — № 3. — С. 64–67.

8. Солдатский Ю. Л. Заболевания гортани / Ю. Л. Солдатский // Педиатрическая фармакология. — 2008. — № 2. — С. 20–25.

9. Характеристика змін імунологічної реактивності у хворих на передракові захворювання верхніх дихальних шляхів / М. Б. Самбур, Д. І. Заболотний, Т. Д. Савченко [та ін.] // Матеріали XI з'їзду оториноларингологів України, 17–19 травня 2010 р., Судак. — К. : Преса України, 2010. — С. 361.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2016 РІК

КАФЕДРА ГЕНЕТИКИ, АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ ПЛОДА

Зав. кафедри проф. Назаренко Л. Г. тел. 93-41-87; 93-00-72

Акушерство та гінекологія. Випуск 2016 р.	01.09–30.12
Скринінгові програми в перинатальній медицині (для акушерів-гінекологів, неонатологів, генетиків, лікарів сімейної медицини, лікарів УЗД)	03.10–02.11
Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	04.11–02.12

КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ — СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Зав. кафедри проф. Корж О. М. тел. 725-24-73

Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	16.05–14.06
Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	24.10–22.11

КАФЕДРА МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Зав. кафедри проф. Ніконов В. В. тел. 715-33-41; 711-29-73

Медицина невідкладних станів (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	10.10–09.11
--	-------------