

ЛІКУВАННЯ ЕКСУДАТИВНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ**Д.Т. Оріщак, Н.В. Василюк, О.Р. Оріщак, Г.В. Хрептюк, Р.М. Фіщук**
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”**ЛЕЧЕНИЕ ЭКСУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА****Д.Т. Орищак, Н.В. Василюк, О.Р. Орищак, Г.В. Хрептиук, Р.М. Фищук**
ГВУЗ “Ивано-Франковский национальный медицинский университет”**TREATMENT OF SEROUS OTITIS MEDIA****D.T. Orishchak, N.V. Vasyliuk, O.R. Orishchak, H.V. Khreptiuk, R.M. Fishchuk**
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Резюме. Екссудативний середній отит (ЕСО) – це серозне запалення слизової оболонки слухової труби і барабанної порожнини, яке розвивається на фоні дисфункції слухової труби. Характеризується наявністю в барабанній порожнині серозно-слизистого вмісту. Захворювання зустрічається частіше в дітей, ніж у дорослих.

Мета роботи: порівняти ефективність різних методів лікування ЕСО.

Матеріал і методи дослідження: обстежено 46 хворих на ЕСО віком від 22 до 55 років, з них 26 жінок та 20 чоловіків, які знаходилися на стаціонарному та амбулаторному лікуванні у відділенні мікрохірургії ЛОР-органів ЦМКЛ з 2012 р. по 2016 р. Тривалість захворювання становила від 10-15 днів до 1 місяця. У всіх пацієнтів екссудативний середній отит розвивався на фоні персистуючого алергічного риніту. Всім пацієнтам проведено комплексне обстеження: аналіз скарг, даних анамнезу захворювання та ЛОР-огляд, що включав отоскопію, ендоскопічний огляд порожнини носа та носоглотки, аудіометрію, імпедансометрію, лабораторні дослідження. Обстежених хворих було розділено на дві групи. До першої групи включено 21 пацієнта, які отримували консервативну базисну терапію алергічного риніту (АР) і ЕСО. До другої групи – 25 пацієнтів, які отримували базисну консервативну терапію АР і лікування ЕСО методом міринготомії та шунтування барабанної порожнини.

Результати роботи. Аналіз проведеного дослідження показав, що у 9 хворих першої групи покращення слуху наступило на 3-4 день проведеного лікування. У 12 хворих проведене лікування не дало ефекту. Пацієнти другої групи – 14 осіб, яким було проведено міринготомію з евакуацією секрету із барабанної порожнини та наступним введенням глюкокортикоїдів у барабанну порожнину, відмічали покращення слуху одразу після проведеної маніпуляції, або на другий день. У 11 хворих другої групи під час міринготомії отримано густий слизистий ексудат. Цим хворим проведено шунтування. Шунт видаляли після повного очищення барабанної порожнини та відновлення функції слухової труби.

Висновки. Більш ефективним і раціональним методом лікування ЕСО є міринготомія. У пацієнтів з густим слизистим секретом у барабанну порожнину з метою попередження виникнення адгезивних хронічних отитів та повноцінної санації барабанної порожнини, відновлення функції слухової труби доцільно проводити міринготомію з наступним шунтуванням.

Ключові слова: екссудативний середній отит, лікування.

Резюме. Экссудативный средний отит (ЭСО) – это серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости, которое развивается на фоне дисфункции слуховой трубы. Характеризуется наличием в барабанной полости серозно-слизистого содержимого. Болезнь встречается чаще у детей.

Цель работы: сравнить эффективность разных методов лечения ЭСО.

Материалы и методы. Обследовано 46 больных с ЭСО в возрасте от 22 до 55 лет, 26 женщин и 20 мужчин, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении в отделении микрохирургии ЛОР – органов ЦГКБ с 2012 по 2016 годы. Длительность заболевания составляла от 10-15 дней до 1 месяца. У всех пациентов ЭСО развивался на фоне персистирующего аллергического ринита. Всем пациентам проведено комплексное исследование: анализ жалоб, данных анамнеза заболевания и осмотра ЛОР-органов (отоскопия, эндоскопический осмотр полости носа, носоглотки, аудиометрия, импедансометрия, лабораторные исследования). Исследованные больные были разделены на две группы. Первая группа включала 21 пациента, которые принимали консервативную базисную терапию аллергического ринита и ЭСО. Вторая группа – 25 пациентов, которые принимали базисную консервативную терапию аллергического ринита и лечение ЭСО методом мириготомии и шунтирования барабанной полости.

Результаты работы. Анализ проведенного исследования показал, что у 9 больных первой группы улучшение слуха наступило на 3-4 день проводимого лечения. У 12 больных – лечение не дало эффекта. Пациенты второй группы – 14 человек, которым было проведено мириготомия с эвакуацией секрета из барабанной полости и последующим введением глюкокортикоидов в барабанную полость, отмечали улучшение слуха сразу после проведенной манипуляции, или на второй день. В 11 больных второй группы при мириготомии получено густой слизистый экссудат. Этим больным проведено шунтирование. Шунт удаляли после полной очистки барабанной полости и восстановления функции слуховой трубы.

Выводы. Более эффективным и рациональным методом лечения ЭСО является мириготомия. У пациентов с густым слизистым секретом в барабанную полость с целью предупреждения возникновения адгезивных хронических отитов и полноценной санации барабанной полости, восстановления функции слуховой трубы целесообразно проводить мириготомию с последующим шунтированием.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, лечение.

Abstract. Serous otitis media is a serosal inflammation of the mucous membrane of the auditory tube and the tympanic cavity which develops on the background of Eustachian tube dysfunction. It is characterized by the presence of seromucous exudate in the tympanic cavity. The disease occurs more often in children than adults.

The objective of the research was to compare the effectiveness of different methods of treating serous otitis media.

Materials and methods. The study included 46 patients with serous otitis media at the age of 22-55 years. There were 26 females and 20 males who were treated as inpatients and outpatients in the department of microsurgery of ENT-organs in Ivano-Frankivsk Central City Clinical Hospital during 2012-2016. Disease duration ranged from 10-15 days to 1 month. In all the patients, serous otitis media developed on the background of persistent allergic rhinitis. All the patients underwent comprehensive examination: their complaints as well as anamnestic data were analyzed, ENT examination including the endoscopic examination of the nasal cavity and the nasopharynx, otoscopy, audiometry,

impedancemetry and laboratory investigations was performed. All patients were divided into 2 groups: Group I included 21 patients receiving conservative therapy for allergic rhinitis and serous otitis media; Group II comprised 25 patients receiving conservative therapy for allergic rhinitis and treatment of serous otitis media applying myringotomy and bypass surgery of the tympanic cavity.

Results. The analysis of the study revealed that in 9 patients of Group I, an improvement in hearing occurred on the third-fourth days after treatment. In 12 patients, treatment was ineffective. 14 patients of Group II who underwent myringotomy with the evacuation of the fluid from the tympanic cavity and subsequent injection of glucocorticoids into the tympanic cavity noted an improvement in hearing immediately after the procedure or the day after. In 11 patients of Group II, a thick mucous exudate was obtained during myringotomy. These patients underwent bypass surgery. The shunt was removed after a thorough cleaning of the tympanic cavity as well as the restoration of the auditory tube function.

Conclusions. Myringotomy is more effective and rational method of treating serous otitis media. Myringotomy with subsequent bypass surgery is recommended for patients with a thick mucous exudate in the tympanic cavity in order to prevent chronic adhesive otitis as well as to perform a complete sanation of the tympanic cavity and to restore the auditory tube function.

Keywords: serous otitis media; treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Екссудативний середній отит (ЕСО) – це серозне запалення слизової оболонки слухової труби і барабанної порожнини, яке розвивається на фоні дисфункції слухової труби. Характеризується наявністю в барабанній порожнині серозно-слизистого вмісту [2, 3, 4]. Захворювання зустрічається частіше в дітей, ніж у дорослих [5, 7].

Проблеми, пов'язані з лікуванням ЕСО, незважаючи на успіхи у вивченні етіології і патогенезу цього захворювання залишаються актуальними. Приступаючи до лікування ЕСО, необхідно враховувати наступні критерії:

- в основі захворювання лежить запальний процес з переважанням фази ексудації;
- основними принципами його виникнення є тривала тубарна дисфункція і імунні порушення;
- захворювання характеризується затяжним перебігом і схильністю до рецидивування [1, 6].

За даними літератури, ЕСО залежно від основного фактора можна розділити на 2 варіанти: яке розвивається внаслідок тривалої тубарної дисфункції та внаслідок імунних порушень. Перебіг захворювання в кожному випадку має свої особливості, але останні 2 стадії (мукозна і склеротична) перебігає однаково [4, 6].

У зв'язку з тим, що при цьому захворюванні достатньо швидко розвивається склеротичний процес у барабанній порожнині, основним завданням при лікуванні ЕСО ми вважаємо швидке усунення негативного тиску в середньому вусі і зупинку затяжного запалення. Своєчасність і адекватність цих заходів дозволить зупинити процес на стадії менш виражених морфологічних змін.

Мета роботи: порівняти ефективність різних методів лікування ЕСО.

Матеріал і методи

Обстежено 46 хворих на ЕСО віком від 22 до 55 років, з них 26 жінок та 20 чоловіків, які знаходилися на стаціонарному та амбулаторному лікуванні у відділенні мікрохірургії ЛОР-органів ЦМКЛ з 2012 р. по 2016 р. Тривалість захворювання становила від 10-15 днів до 1 місяця. У всіх пацієнтів екссудативний середній отит розвивався на фоні персистуючого алергічного риніту. Всім пацієнтам проведено комплексне обстеження: аналіз скарг, даних анамнезу захворювання та ЛОР-огляд, що включав отоскопію, ендоскопічний огляд порожнини носа та носоглотки, аудіометрію, імпедансометрію, лабораторні дослідження. Обстежених хворих було розділено на дві групи. До першої групи включено 21 пацієнта, які отримували консервативну базисну терапію алергічного риніту (АР) і ЕСО. До другої групи – 25 пацієнтів, які отримували базисну консервативну терапію АР і лікування ЕСО методом міринготомії та шунтування барабанної порожнини.

Результати та їх обговорення

Аналіз проведеного дослідження показав, що в 9 хворих

першої групи покращення слуху наступило на 3-4 день проведеного лікування. У 12 хворих проведено лікування не дало ефекту. Пацієнти другої групи – 14 осіб, яким було проведено міринготомію з евакуацією секрету із барабанної порожнини та наступним введенням глюкокортикоїдів у барабанну порожнину, відмічали покращення слуху одразу після проведеної маніпуляції, або на другий день. У 11 хворих другої групи під час міринготомії отримано густий слизистий ексудат. Цим хворим проведено шунтування. Шунт видаляли після повного очищення барабанної порожнини та відновлення функції слухової труби. За даними літератури, особливо на заході, найпоширенішим методом лікування даного захворювання є теж шунтування барабанної порожнини [5]. Деякі автори є прибічниками більш консервативних методів лікування [6]. Зокрема, спосіб балонної дилатації хрящового відділу слухової труби відомий в Європі з 2010 року, ефективність якого становить 70% при стійкій дисфункції. На сьогоднішній день з цією метою використовують балонний дилататор фірми “Spiggle & Theis” (Німеччина), який розширюється шляхом введенням в нього фізрозчину та досягнення тиску в 10 атм. Час експозиції роздутого балона складає 2 хвилини, після чого тиск знижується, балон здувається та видаляється [6].

Висновки

Більш ефективним і раціональним методом лікування ЕСО є міринготомія. У пацієнтів з густим слизистим секретом у барабанну порожнину з метою попередження виникнення адгезивних хронічних отитів та повноцінної санації барабанної порожнини, відновлення функції слухової труби доцільно проводити міринготомію з наступним шунтуванням.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть спрямовані на розширення показань до міринготомії та шунтування барабанної порожнини з метою попередження виникнення можливих ускладнень.

Література

1. Гринько І. І. Лікування дисфункції слухової труби шляхом її балонної дилатації / І. І. Гринько // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2016. – №5 – С.26.
2. Желтов А. Я. Оценка характера вегетативной иннервации слуховой трубы по данным микроциркуляции крови в слизистой оболочке нижних носовых раковин / А. Я. Желтов, В. А. Каширин, А. А. Гусакова // Ринология. – 2016. – №2. – С.30–36.
3. Климанцева Т. В. Роль вегетативного дисбаланса при вазомоторных тубо-отопатиях и риносинусопатиях / Т. В. Климанцева // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2008. – №3 – С. 64–65.
4. Крук М. Б. Функціональний стан слухової труби при хронічному середньому ателектатичному отиті / М. Б. Крук // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – №5 – С.65–66.
5. Косаковский А. А. Досвід лікування дітей з секреторним

середнім отитом / А. А. Косаковський, І. А. Косаковська // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №5. – С.102–103.
6. Кузик И. В. Рациональное лечение больных секреторным средним отитом / Кузик И. В., Тимен Г. Э., Коберник О. В. // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2016. – №5. – С.74.
7. Лайко А.А. Фармакотерапія запалення слухової труби у

дітей / А. А. Лайко, О. Ф. Мельников, Ю. В. Гавриленко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – №5 – С.65–66.

Отримано 17.05.2017 року
Завершено рецензування 22.05.2017 року
Прийнято 12.06.2017 року

DOI: 10.21802/acm.2017.1.7

PLASMA LEVEL OF HIGH-SENSITIVE C-REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND ARTERIAL HYPERTENSION

Wael Rumaneh

Ivano-Frankivsk National Medical University

Abstract. Arterial hypertension is an independent predictor of acute myocardial infarction. Nowadays, plasma level of high-sensitive C-reactive protein is a marker of cardiovascular risk.

The objective of the research was to evaluate plasma level of high-sensitive C-reactive protein in patients with acute myocardial infarction and arterial hypertension depending on myocardial remodeling type.

Materials and methods. 130 patients with myocardial infarction (63 individuals with concomitant arterial hypertension and 67 individuals without it) were observed. Transthoracic echocardiogram was used. To evaluate plasma level of high-sensitive C-reactive protein the ELISA method was applied.

Results. Plasma level of high-sensitive C-reactive protein in patients with acute myocardial infarction increased by 5.11 times compared to the control group: (10.67 [5.43; 12.89]) mg/l and (2.09 [1.40; 4.60]) mg/l, respectively ($p < 0.001$). In myocardial infarction and arterial hypertension, this parameter increased by 6.57 times (to (13.73 [7.05; 15.17]) mg/l) ($p < 0.001$), and by 1.27 times ($p < 0.05$) as compared to patients without arterial hypertension. No differences in plasma level of high-sensitive C-reactive protein were detected in patients with different types of left ventricular remodeling.

Conclusions. Acute myocardial infarction caused by high plasma level of high-sensitive C-reactive protein is severer in co-existent arterial hypertension. There are no differences in blood levels of high-sensitive C-reactive protein depending on the type of left ventricular remodeling.

Keywords: myocardial infarction; arterial hypertension; high-sensitive C-reactive protein; left ventricular remodeling.

Problem statement and analysis of the recent research

Coronary heart disease (CHD) is known to be a major cause of death and disability in developed countries [1]. Although CHD mortality has gradually declined over the last decades in western countries, it still causes about one-third of all deaths in people older than 35 years [2].

The 2016 Heart Disease and Stroke Statistics update of the American Heart Association has recently reported that in the USA, 15.5 million persons older than 20 years of age suffer from CHD [3], whilst the reported prevalence increases with age for both women and men and it has been estimated that approximately every 42 seconds, an American suffers from myocardial infarction (MI) [4].

High blood pressure is a major risk factor for MI and stroke. The American Heart Association has identified it as 1 of the 7 components of ideal cardiovascular health. Based on 2011 to 2012 data, 82.3% of children and 42.2% of adults met these criteria [3].

Nowadays, arterial hypertension (AH) affects 1 billion

people worldwide and causes 7.5 million death every year [5]. The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2009 to 2012 estimated the prevalence of hypertension (age adjusted) among US adults ≥ 20 years of age to be 32.6%. This equates to an estimated 80.0 million adults ≥ 20 years of age who have high blood pressure (38.3 million men and 41.7 million women), extrapolated to 2012 data [3].

The age-related correlation between AH and the incidence of MI and stroke was determined: 54% of cases of acute disturbances of cerebral circulation and 47% of cases of acute coronary syndrome caused by high blood pressure [6].

C-reactive protein (CRP) is a liver-derived pattern recognition molecule that increases in inflammatory states. It rapidly increases within hours after tissue injury, and it suggests that it is a part of the innate immune system and contributes to host defense. Since cardiovascular disease is at least in part an inflammatory process, CRP has been investigated in the context of arteriosclerosis and subsequent vascular disorders. Based on multiple epidemiological and intervention studies, minor