

ЗМІСТ

Алергічний риніт: оптимальне лікування сучасними препаратами	2
Діагностика та лікування фаринголарингеального рефлюксу	9
Операційні техніки в функціональній корекційній ринохірургії ..	12
Полоскання носа	17
Важливі конференції та симпозиуми для отоларингологів	21

АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ: ОПТИМАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ СУЧАСНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Федір Юрочко

Алергічний риніт (АР) є частим захворюванням у багатьох країнах, яке уражає 10–20% осіб загальної популяції. Декілька досліджень вказують на те, що частота АР зростає.

АР характеризується свербінням у носі, чханням, водянистими виділеннями з носа та закладеністю носа. Додатковими проявами є біль голови, порушення нюху та кон'юнктивальні симптоми. Відповідно до тривалості експозиції алергенів АР поділяють на цілорічний АР (ЦАР) та сезонний АР (САР) (табл. 1).

Деякі інші захворювання можуть спричиняти подібні прояви (табл. 2). Іноді в одного пацієнта можуть бути кілька захворювань носа та приноскових пазух,

Таблиця 1. Характеристики алергічного риніту

Ознака	Сезонний	Цілорічний
Закладеність носа	Непостійна	Завжди, переважаюча ознака
Виділення з носа	Водянисті, часто	Серозно-слизисті, стікання в носоглотку, непостійні
Чхання	Завжди	Непостійно
Розлади нюху	Непостійно	Часто
Кон'юнктивальні симптоми	Часто	Нечасто
Астма	Непостійно	Часто
Хронічний синусит	Іноді	Часто

що ускладнює діагностику та потребує особливої тактики лікування.

Діагностика АР часто проста, проте іноді може бути дуже складною і запутаною. Її найважливішими елементами є анамнез алергії (сімейний та особистий), клінічні прояви та попереднє лікування. Слід завжди з'ясувати наявність захворювань нижніх дихальних шляхів, шкірні симптоми та харчову алергію. Обов'язково треба виконувати риноскопію, найліпше за допомогою ендоскопа, а при підозрі на хронічний синусит хворого слід скерувати на КТ пазух.

Механізм АР

АР є наслідком ІgЕ-опосередкованої алергії, асоційованої з клітинним

Таблиця 2. Захворювання, які можуть імітувати АР

NARES (неозинофільний риніт з еозинофілією)
Аспіринова гіперчутливість
Ендокринні, професійні, постінфекційні риніти
Медикаментозний риніт
Викривлення переділлки носа
Ідіопатичний риніт
Назальний поліпоз
Хронічний синусит
Гранульоматоз Вегенера
Муковісцидоз
Доброякісні та злоякісні пухлини

Алергічний каскад

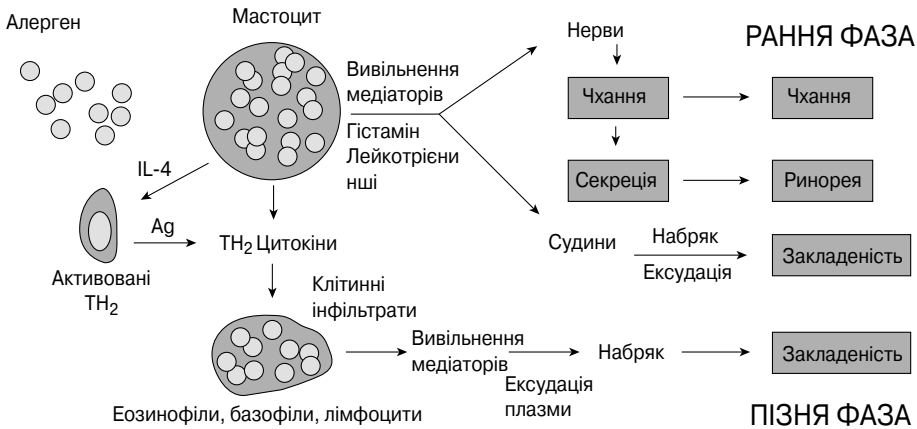


Рисунок 1. Механізм алергічного запалення в носі.

запаленням слизової носа різної інтенсивності. За останні 15 років в механізмі розвитку АР з'ясовано суттєву роль еозинофільного запалення, посиленої експресії ендотеліальних та епітеліальних молекул адгезії, а також хемокінів та цитокінів. Вважають, що гістамін є основним медіатором, проте інші медіатори, такі як лейкотрієни, простагландини та кініни, також мають вплив на симптоматику та перебіг АР (рис. 1). Крім цих елементів патогенезу, у розвиток захворювання залучені нейральні механізми — вивільнення нейропептидів з холінергічних та пептидергічних нервів. Тобто АР є двокомпонентним захворюванням: його початок пов'язаний з потраплянням алергену на слизову оболонку носа (місцевий компонент) з наступною генералізацією процесу в алергічний каскад (другий компонент). Зрозуміло, що ефективне лікування АР повинне бути також двокомпонентним (дія і на місцеві процеси, і на алергічний каскад).

Лікування алергічного риніту

Для лікування АР нині застосовують три основних напрямки: контроль довілля пацієнта, фармакотерапію та імунотерапію. Тут буде розглянуто фармакотерапію як найбільш вивчений, ефективний та практичний спосіб лікування АР.

Фармакотерапія АР не зумовлює повне вилікування, скоріше контроль симптомів. З цією метою призначають ендоназальні кортикостероїди, системні та місцеві антигістамінні препарати, кромони, деконгестанти, антихолінергічні препарати. Останніми роками вивчають ефект модифікаторів лейкотрієнових рецепторів та моноклональні антитіла для лікування АР.

Характеристика видів фармакологічного лікування наведена в таблицях 3 та 4, адаптованих з американського та європейського консенсусів 2000 року.

У цій статті буде обговорено два найпопулярніших класи препаратів, які використовують при лікуванні АР, оскільки решта медикаментів мають досить слабку дію і їх рідко застосовують для постійного лікування АР.

Таблиця 3. Посимптомне фармакологічне лікування АР.

Симптом	Суттєве поліпшення	Помірне поліпшення	Невелике поліпшення	Нема впливу
Чханья	ЕКС, антигістамінні	Ендонозальні антигістамінні, стабілізатори мастоцитів		Деконгестанти, місцеві антихолінергічні
Свербіння в носі	ЕКС, антигістамінні	Ендонозальні антигістамінні, стабілізатори мастоцитів		Деконгестанти, місцеві антихолінергічні
Закладеність носа	ЕКС, місцеві деконгестанти	Пероральні деконгестанти, ендонозальні стабілізатори мастоцитів	Ендонозальні антигістамінні	Місцеві антихолінергічні
Виділення з носа	ЕКС, антигістамінні, антихолінергічні	Ендонозальні антигістамінні, стабілізатори мастоцитів		Деконгестанти

Таблиця 4. Характеристики фармакологічного лікування.

	Пероральні антигістамінні	Ендонозальні антигістамінні	ЕКС	Місцеві деконгестанти	Іпратропіум бромід	Назальні кромони
Ринорея	++	++	+++	0	++	+
Чханья	++	++	+++	0	0	+
Свербіння носа	++	++	+++	0	0	+
Закладеність носа	+	+	+++	++++	0	+
Очні симптоми	++	0	++	0	0	0
Початок дії	1 год.	15 хв.	12 год.	5–15 хв.	15–30 хв.	Змінний
Тривалість дії	12–24 год.	6–12 год.	12–48 год.	3–6 год.	4–12 год.	2–6 год.

Антигістамінні препарати

Гістамін є основним медіатором у розвитку АР, його роль у розвитку алергічної реакції в носі доведена появою симптомів АР після провокаційної проби з гістаміном, а також тим, що ці симптоми (за винятком закладеності носа) можна ліквідувати антигістамінними препаратами (H_1 -блокаторами).

Використання антигістамінних препаратів I покоління переважно обмежене їх седативними та антихолінергічними властивостями, а також коротким періодом напіввиведення. Однак деякі препарати I покоління мають відносно низький потенціал седації та інших побічних ефектів. До цих препаратів належить трипролідін, клемастин, диметинден. Препарати II покоління мають низький потенціал седації, хоча седативна дія їх дуже індивідуальна і в окремих осіб можуть виникнути легкі прояви седації при прийомі деяких препаратів II покоління. Антигістамінні препарати II покоління зручні своєю фармакокінетикою — вони повільно виводяться, що дозволяє приймати їх 1 раз на добу. Проте препарати II покоління вирізняє відносно висока вартість, що робить лікування ними найдорожчим серед усіх інших методів лікування АР.

Оскільки антигістамінні препарати мають незначний вплив на закладеність носа, то для вирішення цієї проблеми при лікуванні АР їх поєднують з пероральними деконгестантами (наприклад, псевдоефедрином). Фіксовані комбінації (антигістамінні препарати I покоління та пероральні деконгестанти) зручні для пацієнтів, оскільки ефективно усувають усі назальні симптоми та неназальні симптоми АР (наприклад, кон'юнктивальні прояви та кропивницю). В Україні не зареєстровано фіксованих комбінацій антигістамінних препаратів II покоління з пероральними деконгестантами, а з фіксованих високоякісних комбінованих препаратів доступний Актифед — комбінація трипролідину, препарату I покоління з низьким потенціалом седації, та псевдоефедрину. Препарат доступний у формах таблеток та сиропу, останній схвалено для застосування у дітей від 6-місячного віку. Цей факт свідчить про високу безпечність препарату та розширює терапевтичні можливості у виборі методу лікування АР у малих дітей.

Отже, Актифед є найбільш прийнятним системним компонентом лікування хворих з АР. Тепер треба визначитися з другим обов'язковим компонентом — місцевим.

Ендонозальні кортикостероїди

Запровадження в 1973 році глюкокортикостероїдів, які вводили місцево в ніс без істотного ризику системних побічних ефектів, було основним досягненням у лікуванні АР.

ЕКС є найефективнішими препаратами в лікуванні АР. Вони добре контролюють свербіння носа, чхання, виділення з носа та закладеність носа в більшості пацієнтів. Вони є препаратами першого ряду, особливо коли на перший план виступає закладеність носа. Полегшення настає через 4-12 годин після першого введення, максимальний ефект розвивається через 2 тижні. ЕКС мають швидший та триваліший ефект, ніж антигістамінні препарати, вартість лікування ними є нижчою, ніж вартість антигістамінних препаратів II покоління. Для підтримання ефективності ЕКС треба приймати постійно, навіть за відсутності симптомів, а після досягнення ефекту (зникнення симптомів) дозу слід зменшити до мінімально можливої.

У світі доступні такі ЕКС: будесонід, флунізолід, триамцинолону ацетонід, бетаметазону натрію фосфат, беклометазону дипропіонат, мометазону фураат, флутиказону пропіонат. В Україні доступні останні три препарати, тому далі розглядатимуться тільки вони.

Вибір ендонозального кортикостероїда

Було виконано багато порівняльних досліджень ефективності та безпечності ЕКС при алергічному риніті. Системна безпечність ЕКС визначається біодоступністю препарату, тобто відсотком препарату від введеної дози, яка потрапляє в системний кровоплин.

Біодоступність беклометазону приблизно 17%, тому його не схвалено до застосування дітям у віці до 12 років. Також його небажано застосовувати тривалий час або в комбінації з інгаляційними кортикостероїдами (при лікуванні супутньої астми) внаслідок високого ризику системних кортикостероїдних побічних ефектів.

Біодоступність флутиказону та мометазону становить менш як 1%. У численних дослідженнях не виявлено пригнічуючого впливу цих препаратів на гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову систему (ГГН-систему) та на ріст дітей. Зокрема в дослідженні 2003 року флутиказон при лікуванні дітей віком 2–3 роки не викликав у них змін функціонування ГГН-системи. Отже, ці препарати мають високу активність і залишаються високобезпечними.

Далі постає таке запитання: який із ЕКС найбільш оптимальний для лікування АР? Беклометазон необхідно залишити для короткочасного застосування особам, яким більше 12 років. Проте за необхідності повторних курсів ЕКС небажано продовжувати лікування ним з огляду на проблеми безпечності (імовірної системної дії внаслідок відносно високої біодоступності). Практичним лікарям необхідно робити вибір між флутиказоном та мометазоном. Деякі фундаментальні дослідження засвідчили помірне переважання мометазону за силою дії, а клінічні дослідження АР — статистично несуттєво гіршу дію мометазону.

Мометазон ліпший?

У 2002 році виконано добре сплановане фундаментальне дослідження, у якому на культурах клітин вивчали активність, селективність і специфічність мометазону та флутиказону щодо їх дії на глюкокортикоїдні рецептори.

Дія кортикостероїдів проявляється через глюкокортикоїдні рецептори. Останні входять до числа ядерних стероїдних рецепторів, до яких також належать прогестеронові, естрогенові, мінералокортикоїдні та андрогенові рецептори. Ці рецептори за структурою дуже подібні, і багато синтетичних сполук можуть зв'язуватися з більш як одним видом рецепторів. Дослідження засвідчило, що за потенціалом активації генів (тобто за силою) мометазон та флутиказон не відрізняються між собою. Проте мометазон має досить сильно виражений активуючий вплив на прогестеронові рецептори, тобто високу прогестинову активність (сила дії на прогестеронові рецептори така ж, як і на глюкокортикоїдні рецептори).

Неадекватна активація прогестеронових рецепторів, імовірно, може порушити регуляцію місячного циклу та/або погіршити передменструальний синдром. Такі ефекти можуть бути вираженіші або важчі в жінок з попередніми менструальними розладами. Зрозуміло, що надмірна активація прогестеронових рецепторів урешті-решт може мати стерилізуючий ефект. Хоча необхідно виконати адекватно сплановані клінічні дослідження, які з'ясують, чи ці спостереження *in vitro* мають якесь клінічне значення.

Також мометазон досить сильно збуджує мінералокортикоїдні рецептори (ця його активність більш як у 10 разів більша, ніж флутиказону). Хоча така концентрація є дещо вищою від тієї, яка стимулює глюкокортикоїдні рецептори, навіть невелика дія на мінералокортикоїдні рецептори може призвести до розладів гомеостатичних механізмів, які регулюють електролітний баланс. Це може призвести до клінічних проявів після довготривалого використання мометазону або після його відміни.

Результати цього скрупульозно спланованого і точного дослідження висвітлюють нові суттєві проблеми, які можуть бути підґрунтям для появи побічних ефектів ЕКС. Зрозуміло, що порівняно з флутиказоном при застосуванні мометазону є високою ймовірність спостерігати ефекти, пов'язані з дією на прогестеронові та мінералокортикоїдні рецептори. Імовірно, різні особи або групи осіб можуть мати більшу або меншу чутливість до розладів цих важливих гормональних систем, а ефекти можуть бути набагато суттєвіші в разі пролонгованого використання препаратів. Ці міркування можуть вплинути на рішення, який ЕКС слід призначити з урахуванням профілю безпечності в пацієнта.

Головне — не сила дії, головне вміння (у фармакологічному аспекті — селективність) діяти на рецептори

Потужність впливу на кортикостероїдні рецептори визначає фармакологічну силу дії. Мометазон нібито ліпший. Проте силою своєї дії він "б'є" не тільки

по глюкокортикоїдних рецепторах, а й по інших кортикостероїдних рецепторах (прогестеронових та мінералокортикоїдних), а тому “чиста” глюкокортикоїдна дія теоретично менша, а небажаних ефектів — більше. Тому всі ці факти наводять на думку, що селективнішу дію має флутиказон, і його можна вважати найбільш оптимальним ЕКС серед усіх нині доступних.

Тактика лікування АР

При лікуванні АР необхідно визначити терміни “легкий”, “помірний” та “важкий”, а також “епізодичний”, “довготривалий” та “часті симптоми”. *Легкий АР* — пацієнт має кілька симптомів, які не впливають на його щоденну активність та/або сон; пацієнт знає про симптоми АР і те, що вони підлягають лікуванню, проте він може переносити їх без особливої потреби лікуватися. *Помірний АР* — симптоми виражені настільки, що можуть порушувати щоденну активність та/або сон пацієнта; пацієнт справді хоче лікуватися, оскільки його якість життя змінена. *Важкий АР* — симптоми настільки виражені, що пацієнт не може жити повноцінним життям протягом дня та/або не може спати вночі за відсутності лікування. *Епізодичний АР* — симптоми тривають не більш як 14 днів при САР та не більш як 1 місяць при ЦАР. *Довготривалий АР* (у випадку САР) — симптоми тривають більш як 2 місяці. *Часті симптоми АР* (у випадку ЦАР) — симптоми проявляються протягом принаймні 2 днів на тиждень протягом щонайменше 3 місяців на рік.

Тактика при САР

Якщо АР легкий або епізодичний, але пацієнт хоче лікуватися, то рекомендують пероральні антигістамінні препарати. Якщо у пацієнта помірний АР, довготривалий АР або легкий АР, при якому не допомагають антигістамінні препарати, то рекомендують ЕКС. Це стосується як дітей, так і дорослих. Якщо у пацієнта важкий АР або якщо ЕКС не дають ефекту при помірному АР, то рекомендують комбінацію антигістамінних та ЕКС або підвищення дози ЕКС без перевищення рекомендованої дози (особливо в дітей). Якщо ці заходи недостатньо ефективні, то рекомендують додавати симптоматичне лікування (місцеві деконгестанти при закладеності носа, іпратропіум при водянистих виділеннях, анальгетики в разі болю голови) або короткий курс системних кортикостероїдів. У пацієнтів з важким АР, який важко піддається фармакотерапії, рекомендують специфічну імунотерапію, яку починають за 2 місяці до сезону пилкування.

Тактика при ЦАР

Дорослі

Іноді симптоми виражені настільки слабо, що хворі не потребують лікування, тоді рекомендують уникання алергенів і контроль довкілля. При легкому АР та епізодичному АР рекомендують антигістамінні препарати. Якщо цього недостатньо або в пацієнта помірний АР чи часті симптоми АР, то рекомендують ЕКС протягом кількох місяців постійно. Після 3 місяців успішного лікування його можна припинити і відновити в разі повторної появи симптомів. Якщо ЕКС діють недостатньо або є важкий АР, то рекомендують комбінацію антигістамінних препаратів і ЕКС. Якщо така комбінація ефективна, то відміняють або ЕКС, або антигістамінні препарати, залежно від важкості та типу симптомів. Якщо ж така комбінація недостатньо ефективна, то необхідно виконати додаткові обстеження для виключення інших захворювань неалергічного походження (див. вище). При виключенні інших захворювань і неефективності комбінації ЕКС з антигістамінними препаратами, рекомендують короткий курс місцевих деконгестантів або короткий

курс системних кортикостероїдів. Для підсилення ефективності антигістамінних ліпше відразу ж починати з комбінованих препаратів — антигістамінні плюс пероральні деконгестанти (див. вище). Якщо медикаментозне лікування не може усунути закладеність носа внаслідок гіпертрофії чи гіперплазії, то рекомендують хірургічне втручання на нижніх носових раковинах, яке повинно бути мінімально інвазивним. При рефрактерних до лікування водянистих виділеннях рекомендують іпратропіум місцево. Специфічна імунотерапія не дає настільки добрих результатів, як при пилковій алергії; дещо ліпші результати отримують при алергії до кліща домашнього пилу та шерсті домашніх тварин.

Діти

Принципи лікування в дітей такі ж, як і в дорослих, проте особливий наголос роблять на побічних ефектах лікування. При лікуванні ЦАР у дітей необхідно уникати системних стероїди. Найбільшу увагу слід приділити униканню алергенів. Лікуванням вибору при ЦАР різного ступеня є антигістамінні препарати. У разі їх недостатньої ефективності призначають ЕКС у вікових рекомендованих дозах. При недостатній ефективності призначають комбіноване лікування. Якщо контроль симптомів недостатній, слід обміркувати необхідність імунотерапії.

Висновки

Для лікування АР необхідно обирати агресивний підхід. ЕКС — безпечні та найбільш ефективні препарати для лікування АР у всіх вікових групах. Нині ЕКС вважають препаратами першого ряду для лікування багатьох випадків АР. Антигістамінні препарати посідають своє місце в лікуванні АР, вони потрібні при легких випадках АР та як доповнює лікування АР в разі недостатньої ефективності ЕКС. Вибір препарату треба робити індивідуально, з урахуванням його профілю безпечності (селективності дії, впливу на інші рецептори, імовірність системної дії).

Використана література

1. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Allergic Disorders: Promoting Best Practices—The Allergy Report. 2000. Available at: <http://TheAllergyReport.com/main.html>. Accessed March 30, 2001
2. P. van Cauwenberge et al Consensus statement EAACI on the treatment of allergic rhinitis *Allergy* 2000; 55: 116-134
3. Mandl M, Nolop K, Lutsky BN, et al. Comparison of Once Daily Mometasone Furoate and Fluticasone Propionate Aqueous Nasal Sprays for the Treatment of Perennial Rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997;79:370-378
4. R. J. H. Austin, Meschera B. et al. *Eur Respir J* 2002; 20: 1386 — 1392
5. Allergic rhinitis in South Africa: diagnosis and management Consensus Document : South African Allergic Rhinitis Working Group. *S Afr Med J* 1996; 86: 1315-1328
6. University of Michigan Health System. Allergic rhinitis. *Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2002 Jul.* 12 p.
7. Nathan RA Changing strategies in the treatment of allergic rhinitis *Ann Allergy Asthma Immunol* Vol 77, Oct, 1996, 255-259
8. Galant S. P. Lack of effect of fluticasone propionate aqueous nasal spray on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in 2- and 3-year-old patients, 2003 in <http://www.looksmart.com>

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ФАРИНГОЛАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

Скорочений виклад

Tutuian R., Castell D.O.

Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 2004, 12: 174-179

Широко відомо, що гастроєзофагальний рефлюкс (гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, ГЕРХ) може супроводжуватися скаргами на певні прояви горла та гортані, що часто описують як фаринголарингеальний рефлюкс (ФЛР). Такі скарги неспецифічні і можуть бути викликані також і стіканням слизу з носоглотки, запаленнями верхніх дихальних шляхів, різними подразниками, наприклад, тютюновим димом, надмірним напруженням голосу чи захворюваннями гортані.

Клінічні критерії

Вважають, що аж 10% пацієнтів, яких скеровують до ЛОРів, мають симптоми та прояви, які можна зарахувати до ГЕРХ. Хоча деякі пацієнти можуть мати типові для ГЕРХ прояви (наприклад, печію та закидання шлункового вмісту), проте багато мають тільки охриплість голосу, проблеми з мовою, бліду слизову глотки або біль і почервоніння глотки. До гортанних проявів, пов'язаних з ГЕРХ, належать набряк, гіперемія та зміни між черпакуватими хрящами, гранульоми, контактні виразки, поліпи, підкладковий стеноз, стенози задньої частини голової щілини.

Найсучасніша інформація щодо наявності гортанних проявів при ГЕРХ походить з великого багатоцентрового дослідження, в якому брали участь 6215 пацієнтів з Німеччини, Австрії та Швейцарії (дослідження *ProGERD*). Основною кінцевою точкою цього триваючого вже 5 років проспективного дослідження є визначення ефективності ендоскопічних досліджень, а вторинною точкою є оцінка позашлункових проявів ГЕРХ. Попередній аналіз 6215 пацієнтів засвідчив високу частоту позашлункових проявів (67%), тоді як гортанні захворювання (охриплість голосу, запаленням слизової та відчуття стороннього тіла в горлі) виявлено в 10,4% пацієнтів. Багатофакторний аналіз факторів ризику появи позашлункових проявів з'ясував прямий зв'язок хвороб гортані з віком пацієнта та триванням ГЕРХ більш як 1 рік, а також зворотний зв'язок з підвищеним індексом маси тіла та курінням. Автори висунули гіпотезу, що несподіваний зворотний зв'язок з курінням може бути пов'язаний з меншим відчуттям пацієнтами гортанних проявів.

Варто зазначити, що гіперемія, яку виявляють при ларингоскопії, є слабкою ознакою імовірного ФЛР. Натомість ліпші передумови для діагностики дає сукупність кількох проявів, наприклад, набряк і гіперемія медіальної поверхні черпаків, лукоподібне потовщення між черпаками і шорсткість задньої стінки глотки.

Белафські та співпр. розробили і впровадили 9-ступеневий індекс проявів рефлюксу (*RSI*) та стандартизовані пристрої для кількісної оцінки проявів ФЛР (табл. 1), а також 9-ступеневу шкалу змін у ділянці глотки і гортані (*RFS*) та стандартизовані пристрої для кількісної оцінки клінічних та ендоскопічних змін, характерних для ФЛР (табл. 2). Це зроблено для поліпшення вірогідності діагностики, оцінки важкості захворювання, поліпшення документування та обґрунту-

Таблиця 1.
Компоненти індексу проявів рефлюксу (RSI)

Як сильно нижчезказані скарги проявляються у Вас протягом останнього місяця?		0 – нема жодних проявів 5 – сильно виражені прояви					
1	Охриплість або проблеми з голосом	0	1	2	3	4	5
2	Блідість глотки	0	1	2	3	4	5
3	Надмірна кількість слизу в глотці	0	1	2	3	4	5
4	Утруднення ковтання звичайної їжі, рідини чи таблеток	0	1	2	3	4	5
5	Кашель після їди або після лягання в ліжко	0	1	2	3	4	5
6	Утруднене дихання або випадки задухи	0	1	2	3	4	5
7	Утруднене або неможливе відкашлювання	0	1	2	3	4	5
8	Відчуття наявності чогось у горлі або «каменя» в горлі	0	1	2	3	4	5
9	Печія, біль у грудній клітці, диспепсія або відрижка кислим	0	1	2	3	4	5
Сума балів		(0-45)					

Таблиця 2.
Компоненти шкали змін у ділянці гортані (RFS)

Показник	Шкала, пункти
Підскладковий набряк	Є – 2 Нема – 0
Звуження шлуночків	Часткове – 2 Повне – 4
Почервоніння/гіперемія	Тільки в ділянці черпаків – 2 Дифузне – 4
Набряк голосових складок	Легкий – 1 Помірний – 2 Виражений – 3 Поліпозний – 4
Поширений набряк слизової гортані	Легкий – 1 Помірний – 2 Виражений – 3 З закриттям просвіту – 4
Розростання в ділянці задньої комісури гортані	Легке – 1 Помірне – 2 Виражене – 3 З закриттям просвіту – 4
Гранульома/гранульоматоз	Є – 2 Нема – 0
Потовщена слизова гортані/інші	Є – 2 Нема – 0
Разом	0-24

вання лікування пацієнтів з ФЛР. Цю шкалу запропонували як практичний спосіб опису пошкодження тканин гортані рефлюксом, і багато вчених почало її використовувати для документування результатів лікування.

Чутливість і специфічність вказаних гортанних проявів оцінював Гікс та співпр., які на прикладі здорових добровольців засвідчили прояви в глотці та гортані, пов'язані з рефлюксом. Під час виконання ендоскопічного дослідження гортані у 105 здорових добровольців без кислотного рефлюксу і без гортанних проявів у 87% засвідчено наявність принаймні одної патологічної зміни в ділянці гортані. Найчастіше виявляли потовщення між черпаками (71%), почервоніння медіальної поверхні черпаків (30%), шорсткість задньої стінки глотки (21%), лукоподібне почервоніння між черпакуватими хрящами (15%) та зернистість на медіальній стінці черпакуватих хрящів (14%). Ці дані наводять на думку, що слід обережно ставити діагноз ФЛР тільки на основі клінічних проявів.

Ельшлягер та співпр. підтвердили прогностичну цінність *RFS* у дослідженні 76 пацієнтів зі скаргами на прояви в дихальних шляхах (87% охриплість, 53% кашель та 50% печія), в яких виконали рН-метрію гортаноглотки.

У пацієнтів ставили *RFS* як позитивний, якщо рН перевищувала 7 і засвідчували ФЛР, якщо проявлявся хоча б один епізод рефлюксу в гортаноглотці. Приблизно у 20% пацієнтів не засвідчено ні *RFS*, ні ФЛР, у 27,6% пацієнтів засвідчено і *RFS*, і ФЛР, а в решти 52,7% — наявність одного з цих проявів. Частота позитивної реакції на лікування, спрямоване на гальмування виділення соляної кислоти, становила від 83% у пацієнтів з балами за шкалою *RFS* більше 7 і звичайним результатом рН-метрії гортаноглотки, до 44% у пацієнтів без жодних відхилень у діагностичних тестах. На підставі поданих результатів автори зробили висновок, що шкалу *RFS* і рН-метрію гортаноглотки треба враховувати як доповнюючі методи в діагностиці ФЛР.

Роль рН-метрії гортаноглотки в діагностиці фаринголарингеального рефлюксу

Внутрішньостравохідну рН-метрію вважають золотим стандартом у діагностиці ГЕРХ. Для діагностики ФЛР використовують подвійні зонди. У найсучасніших дослідженнях, опублікованих Мальдонадо і співпр., оцінено поширеність ФЛР у 20 здорових добровольців із застосуванням подвійного зонда з трьома електродами. Будова зонда дозволила розмістити рН-метричні датчики на 2 см вище і 5 см нижче від входу в стравохід. Було засвідчено, що у 90% здорових добровольців не виявлено жодних епізодів рефлюксу або один короткочасний епізод. Це вказує на те, що рефлюкс є рідкісним явищем у популяції здорових осіб.

Складним може бути підтвердження зв'язку між проявами з боку ЛОР органів та епізодами рефлюксу, зафіксованими рН-метрією. Частково це є наслідком хронічного характеру проявів та змінності частоти і короткотривалості рефлюксу. Нурдзій та співпр. оцінили зв'язок між рН-метрією, якою виявляли ФЛР, і скаргами та проявами з боку гортані, які тривали більш як 3 місяці. Не дивно, що виявлено невелику залежність між рефлюксом і всіма гортанними проявами, за винятком печії. Автори зробили висновок: якщо для діагностики ФЛР скарг і гортанних проявів недостатньо, то для діагностики слід виконати рН-метрію гортаноглотки або вдатися до емпіричного лікування.

Продовження в наступних номерах додатку
“Практична оториноларингологія”

ОПЕРАЦІЙНІ ТЕХНІКИ В ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ КОРЕКЦІЙНІЙ РИНОХІРУРГІЇ

Скорочений виклад

Huizing E. H., de Groot J. A. M.

Functional Reconstructive Nasal Surgery, Thieme Int. Stuttgart 2002, www.thieme.com

1. Доступ до каудального краю хряща переділки носа. Напівпоперечний розтин з правого боку

Інструменти: затискач Коттля, гачок крила носа, скальпель (лезо №15), ніж Коттля.

- Затискач Коттля накладають на стовпчик носа правою рукою, а потім перекладають його в ліву руку. Тягнувши затискач вліво і дорзально, відкривають край переділки носа (рис. 1).
- Асистент тримає гачок, відтягуючи крило носа.
- Розріз на 2 мм вперед і паралельно каудальному краю хряща переділки носа. Кілька делікатних розтинів дозволяє візуалізувати хрящ. Якщо шкребти скальпелем його передній край, то чути характерний звук і видно характерний перламутрово-білий колір хряща, що вказує на ідентифікацію переднього краю хряща.
- За допомогою ножа Коттля (або гострими чи гострими, злегка викривленими ножицями) виконуючи сепарування в каудальному напрямку, відшаровують охрястя від хряща переділки носа.

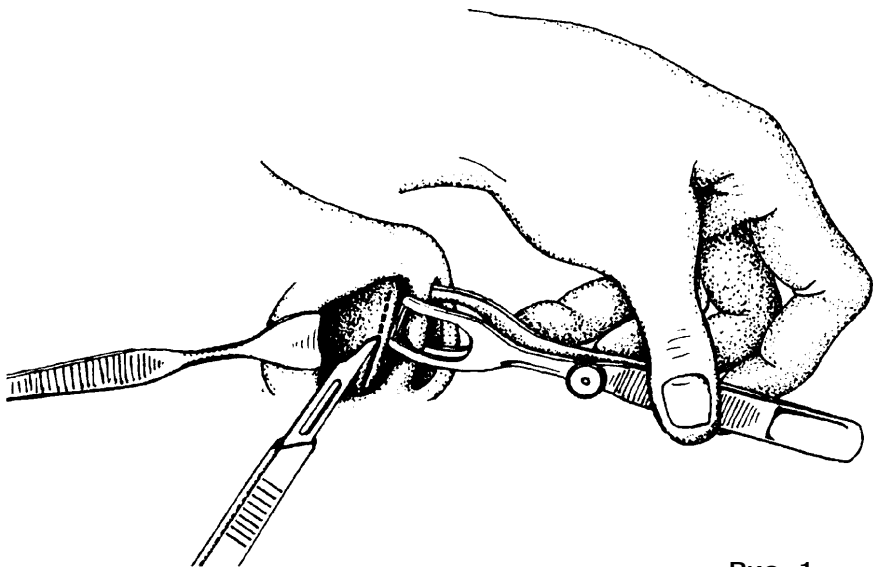


Рис. 1

2. Препарування каудального краю хряща переділки носа

Інструменти: гострий двозубий гачок, гострий простий гачок, ніж Коттля, гострі або гострі, злегка викривлені ножички.

- Асистент за допомогою гострого двозубого гачка відтягує вліво перетинчасту частину переділки носа. За допомогою простого гачка, накладеного на каудальний край хряща переділки, переміщують його вправо.
- Тканини, які оточують каудальний край хряща переділки носа, розпрепарують за допомогою ножа Коттля або злегка викривленими ножичками.
- Волокна сполучної тканини, розміщені біля основи каудальної частини переділки носа, слід делікатно розшарувати, завдяки чому отримують більшу свободу у препаруванні.

3. Утворення кишені в стовпчику носа

Інструменти: злегка викривлені тупокінцеві ножички Кнаппа.

- Кишеню в стовпчику носа утворюють, вводячи ножички Кнаппа через напівпоперечний розтин між медіальніми ніжками хрящів крил носа. Препарування виконують у дорзальному напрямку до носової ості (*spina nasalis*), а також у вентральному напрямку між склепіннями крильних хрящів – до верхівки носа.
- Слід звернути увагу на те, що потрібно звільнити передньонижній кут хрящової частини переділки носа (рис. 2).

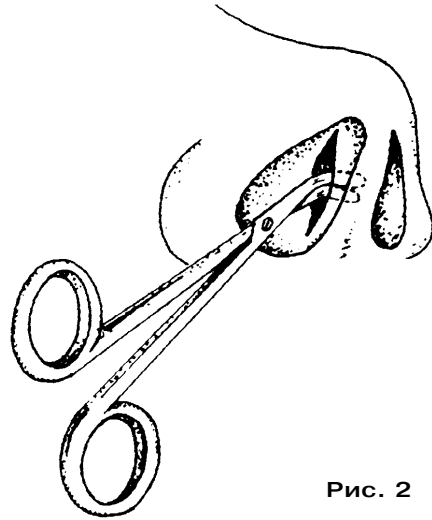


Рис. 2

4. Препарування тканин основи носа

Інструменти: злегка викривлені тупокінцеві ножички Кнаппа.

1. Основу стовпчика носа слід захопити великим і вказівним пальцями лівої руки, щоб відтягнути її донизу. Ножички Кнаппа слід ввести в ділянку нижнього краю поперечного розтину і розшарувати тканини в сагітальній площині.
2. Кінець ножичок перебуває в місці, заповненому пухкою сполучною тканиною між слизовою губ і круговим м'язом рота, — місці, яке називають "магічною площиною" (*magic plane*).
3. Волокна сполучної тканини, які є в магічній площині, розшаровують делікатними розширюючими рухами ножичок: спочатку медіально, потім уліво, а потім управо. Якщо метою операції є також і звуження основи носа, то об'єм препарування повинен виходити поза межі прикріплення крил носа (рис. 3).

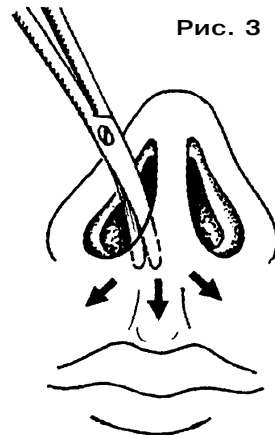


Рис. 3

5. Тунелі переділки носа – передній і задній (“верхній тунель”)

Інструменти: носове дзеркало середньої довжини, распатор Коттля, ніж Бівера №64.

- Відшаровують слизово-охрясний клапоть (мукоперихондрій) за допомогою распатора Коттля. Якщо нема рубців, то препарування виконують тупим кінцем распатора, виконуючи “замітальні” рухи. Точки зрошень і рубці пересякають гострим кінцем распатора або ножем Бівера №64 (“передній верхній тунель”).
- Препарування тунелю розширюють у дорзальному напрямку в ділянці кісткового скелета переділки носа (“задній верхній тунель”).

6. Підслизовий тунель у ділянці дна носової порожнини (“нижній тунель”)

Інструменти: носове дзеркало середньої довжини з малими ручками (дзеркало Коттля), простий распатор МакКенті, викривлений распатор МакКенті.

- Дзеркало вводять так, щоби після його розкривання було видно передню носову ость, вкриту волокнами сполучної тканини.
- Положення носової ості встановлюють за допомогою распатора МакКенті.
- Окістя відшаровують латерально від носової ості за допомогою короткого кінця распатора. Такий спосіб препарування дає можливість отримати доступ до грушоподібного отвору. Продовжуючи відшарування окістя, візуалізують край отвору. Відсепарування тканин у цій ділянці може бути складним й іноді потребує докладання більших зусиль. Щоб запобігти пошкодженню слизової оболонки, її необхідно відшаровувати, утримуючи постійний контакт інструмента безпосередньо з поверхнею кістки.
- За допомогою злегка викривленого кінця распатора, утворюють уздовж дна порожнини носа підокістний тунель. Використання дзеркала дає можливість виконувати сепарування під контролем зору.
- Препарування тунелю можна виконувати медіально аж до сполучної ділянки (*joint area*), використовуючи гострий кінець распатора Коттля.

7. Сполучення верхніх тунелів переділки носа та тунелю дна порожнини носа

Інструменти: носове дзеркало середньої довжини, ніж Бівера №64, распатор Коттля.

- Верхній і нижній тунелі з одного і того ж боку сполучають, препаруючи “гострим шляхом” і перерізаючи щільні, часто утворюючі рубці волокна, які розміщені латерально відносно передньої носової ості. Найліпшим способом утворення сполучення є препарування з боку нижнього тунелю (рис. 5).
- Увага! Нижні тунелі виконують тільки у складних випадках, особливо якщо наявні великі гребені та шипи, а також у разі реоперацій, коли бракує частини скелета переділки носа. У випадках, коли деформації однобічні, достатньо тільки нижнього тунелю на боці викривлення.

8. Мобілізація переділки носа (принцип “маятникових дверей”)

Інструменти: носове дзеркало середньої довжини, распатор Коттля, переділкові ножички, зігнуті під кутом.

- Препарування верхнього тунелю слід виконувати в каудальному напрямку аж до сполучної ділянки (щілина між хрящем і *premaxilla* [передній відрізок

піднебінного відростка верхньої щелепи, розміщений трохи назад від грушоподібного отвору], яку теж називають верхньощелеповим гребенем). Якщо в цьому місці є патологічний гребінь, то тунель продовжують до верхівки гребеня, який утворює викривлення.

- Препарування тунелю розширюють у дорзальному напрямку в ділянці кісткового скелета переділки носа ("задній верхній тунель").
- Щоб мобілізувати (зробити рухомою) хрящову частину переділки, необхідно:
 1. Відрізати її від кісткового скелета переділки (задня хондротомія).
 2. Відділити від передньої носової ості, *premaxilla* та носового гребеня піднебінної кістки (рис. 4).
- Задню хондротомію виконують за допомогою гострого кінця распатора Коттля або ножа Коттля. Розріз виконують у щілині між хрящем переділки носа і перпендикулярною пластинкою ситоподібної кістки, якщо в цьому місці немає викривлень переділки. Якщо таке викривлення є, то задню хондротомію виконують спереду (вентральніше), у хрящовій частині викривлення. Потім усувають викривлений фрагмент переділки.
- Розтин тканин у сполучній ділянці (за допомогою гострого кінця распатора Коттля) звільняє основу хрящової частини переділки носа. Якщо треба горизонтально вирізати смужку хряща біля його основи (наприклад, усунути гребінь, щоб отримати зниження піраміди носа), то горизонтальний розтин на необхідному рівні виконують за допомогою зігнутих переділкових ножиць. Смужку хряща усувають, відпрепаровуючи її з місця сполучної ділянки за допомогою распатора Коттля.

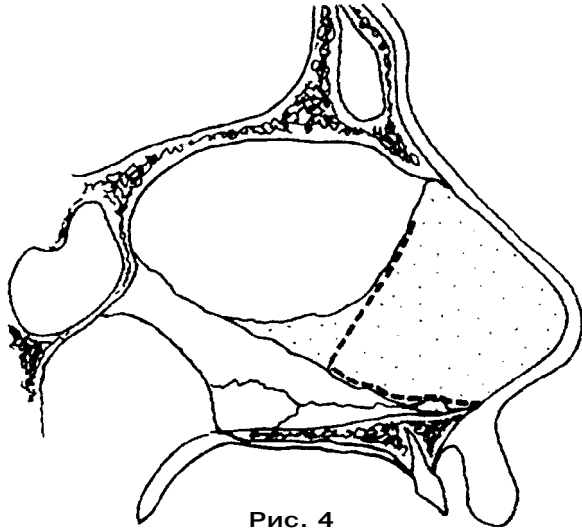


Рис. 4

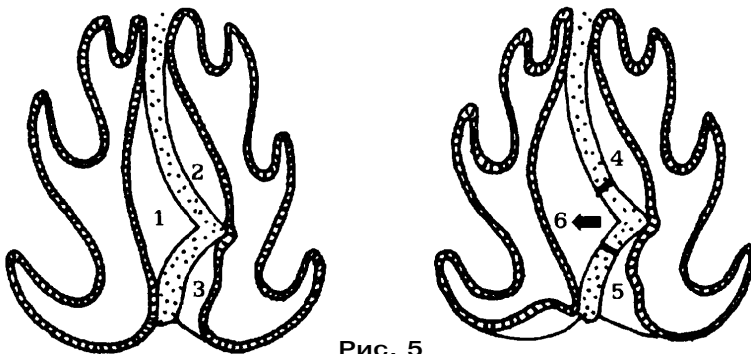


Рис. 5

9. Резекція шипа переділки носа (рис. 5)

- На протилежному відносно викривлення боці виконують верхній тунель (1).
- На боці викривлення верхній тунель продовжують над рівнем шипа (2).
- Нижній тунель продовжують у напрямку найбільш виступаючої частини шипа. Слід уникати відшарування мукоперихондрію на найбільш виступаючій частині шипа, оскільки це може призвести до розриву мукоперихондрію (3).
- Шип реzeкують за допомогою долота 7 мм (або ножичок Коффлера), виконуючи розріз над шипом (4).
- Аналогічний розтин виконують нижче шипа (5).
- Потім можна відпрепарувати вивільнений шип за допомогою распатора Коттля, виламати й усунути його за допомогою щипців Блейкслі (6).

Продовження в наступних номерах додатку
“Практична оториноларингологія”

ПОЛОСКАННЯ НОСА

Скорочений виклад

Кшеський А., Тушинська А.

Magazyn otorynolaryngologiczny, special edition, Feb 2004.

Початковим відділом дихальних шляхів людини є порожнина носа. У ділянці порожнини носа та приносових пазух вдихуване повітря зволожується приблизно до 90% вологості, зігрівається до 31–34°C та очищається від забруднень. Об'єм кожної половини носа становить приблизно 20 мл, а поверхня — 160 см², тобто в 4,5 разу більша, ніж поверхня кулі такого самого об'єму. Через цей простір протягом доби проходить приблизно 10 тисяч літрів повітря, тобто приблизно 115 мл за секунду.

Слизова оболонка носа відіграє дуже важливу роль як "перша лінія оборони" перед потенційно шкідливими органічними та неорганічними частинками вдихуваного повітря. Бактерії, віруси, грибки, алергени, хімічні токсини осідають на покритій клейким слизом поверхні. Цей слиз складається з 95% води та 3% муцину. Решта 2% становлять інші складники, а саме імуноглобуліни, альбуміни, ферменти, інтерлейкіни, фактор некрозу пухлин та ін. Слиз, який вкриває дихальні шляхи людини, відрізняється за хімічним складом, але головною його складовою завжди є вода. Тому відповідне наводнення організму є невід'ємною умовою його правильного функціонування.

Товщина слизу, який вкриває слизову оболонку, становить від 0,5 до 1 мм. Згідно з теорією Лукаса та Дугласа, слиз можна поділити на шар, у якому рухаються війки, або "фаза сіль", та густий і клейкий шар, який рухають війки, або "фаза гель". Транспорт слизу, який називають слизово-війковим транспортом, відбувається завдяки синхронізованому руху війок у напрямку хоан та глотки, де слиз заковтується без жодного суб'єктивного відчуття людини.

При температурі людського тіла війки рухаються з частотою від 12 до 20 Гц, а рух слизу відбувається зі швидкістю 3–25 мм за хвилину. Механізм синхронізованого руху війок дуже чутливий до різних факторів. Стіерна (2001) вважає, що однією з функцій оксиду азоту, який утворюють клітини епітелію приносових пазух, є стимуляція руху війок. Велика концентрація оксиду азоту збільшує частоту руху війок, а мала призводить до дисфункції. При алергічному риніті спостерігають підвищену концентрацію оксиду азоту, а при хронічному синуситі чи синдромі Картагенера — її зменшення. Згідно з Проетцом (1956) при зменшенні відносної вологості до 50% руху війок припиняються через 10 хвилин, а при 30% — вже через 3–5 хвилин. Для правильної роботи війок дихального епітелію оптимальною є температура повітря 18–37°C, а при температурі 7–12°C рух війок повністю зупиняється. Пошкоджена під час гострої вірусної інфекції робота війок повертається до норми після завершення гострої фази хвороби. При гнійному синуситі частота руху війок зменшується або вони завмирають, рух відновлюється після очищення приносових пазух і порожнини носа промиванням цих ділянок фізіологічним розчином натрію хлориду (Гузінг та Грут, 2003).

На значення гігієни носа для підтримання здоров'я першими звернули увагу йоги ще 3 тисячі років тому. Згідно з Еліаде (1997), хатха-йога надає великого значення "очищенням", до яких належить процедура "неті", що полягає в очищенні порожнини носа за допомогою волокон, введених через ніздрі. Натомість

“капалабхаті” включає три варіанти очищення порожнини носа, зокрема втягання води через ніс і випльовування її через рот.

Нині довкілля, в якому живе людина, поступово все більше забруднюється. В атмосферу викидаються незліченні об'єми пилу, диму (у т. ч. вихлопних) та газів (зокрема, оксиди сірки, азоту та хлор). Ще в 1895 році у *British Medical Journal* описували “цивілізований ніс” як один з найбрудніших органів людини. Для підтримання гігієни носа тоді рекомендували занурювати обличчя в миску з чистою холодною або прохолодною водою, делікатно втягувати її в ніс, а потім видувати.

Нині полоскання носа рекомендують при різних захворюваннях носа та приносних пазух. При алергії значення полоскання носа полягає в очищенні слизової оболонки носа від алергенів, чим обмежують їх контакт зі слизовою. Коротший час контакту з алергенами зменшує прояви алергічного риніту. Очищення порожнини носа зменшує проникання алергенів у нижні дихальні шляхи. Результати цитологічних досліджень алергіків підтверджують позитивний ефект полоскання носа на перебіг захворювання. Докази ефективності настільки виразні, що Міжнародне товариство *Allergy Foundation* рекомендує полоскання носа фізіологічним розчином як рутинний метод при лікуванні алергічних ринітів.

При гострому та хронічному синуситі полоскання носа є допоміжним лікуванням, яке сприяє очищенню порожнини носа від густого гнійного або слизисто-гнійного вмісту, а також зволожує слизову оболонку носа. Такі процедури поліпшують та полегшують носове дихання.

Полоскання носа зменшує сухість слизової носа, пов'язаної з 1) віком, 2) проживанням у будинках, побудованих з матеріалів, які висушують повітря (бетон, гіпс), 3) перебуванням у приміщеннях зі зменшеною вологістю внаслідок центрального опалення взимку.

Засвідчено також, що полоскання носа зменшує скарги працівників сучасних багатоповерхових офісних будинків, пасажирів літаків та осіб, які працюють у заплених приміщеннях.

Багато років ринохірурги рекомендують полоскання носа після операцій, щоб створити корисні умови для правильного перебігу процесів загоєння. Усунення таким чином струпів, кірок та слизу запобігає післяопераційним інфекціям та утворенню синехій порожнини носа.

Немає однозначної думки про те, яким має бути склад та концентрація розчину для полоскання носа. Найчастіше застосовують 0,9% розчин натрію хлориду, тобто т. зв. фізіологічний (ізотонічний) розчин. Є спроби застосування гіпертонічних розчинів, які містять навіть 8% натрію хлориду. Також рекомендують розчини морської солі, мінеральних солей, які добувають з глибинних шахт та поліелектролітні розчини. Обмірковують доцільність збагачення розчинів додатковими складниками з лікувальною та допоміжною дією.

Окремою проблемою є буферність розчину для отримання відповідного рН. Ще одним суперечливим і часто досліджуваним питанням є вплив певних розчинів на ефективність слизово-війкового транспорту та частоту руху війок. На жаль, є багато досліджень, які свідчать про ефективність полоскання носа тільки щодо клінічних даних, або ж вони мають тільки описове значення чи були проведені з малою кількістю пацієнтів. У небагатьох дослідженнях порівнюють окремі препарати і рецепти розчинів для полоскання. І все ж немає сумніву щодо високої ефективності полоскання носа.

Ізотонічний (фізіологічний) розчин натрію хлориду, ізотонічні розчини морської солі, ізотонічні розчини мінеральних солей

Нуутінен і співпр. (1986) виконали дослідження 93 пацієнтів з хронічними алергічними та атрофічними ринітами, озоною, хронічними синуситами, поліпами носа та після операцій у ділянці порожнини носа. Вони використовували фізрозчин, дозований за допомогою спеціальної помпи. Зменшення інтенсивності симптомів засвідчили 91% пацієнтів, а 71% пацієнтів, які застосовували протиалергічні ліки (переважно ендоназальні кортикостероїди), додатково засвідчили збільшення ефективності цих медикаментів. Досліджуваний розчин ефективно зволожував атрофічну, суху слизову носа, вимивав засохлі кірки та відігравав допоміжну роль у лікуванні алергічних станів.

Гольмстрьом та співпр. (1997) виконали дослідження 48 працівників деревообробної промисловості. Перед застосуванням ізотонічного розчину морської солі для полоскання носа 4 рази на день протягом 3 тижнів у всіх працівників виконали ЛОР огляд, анкетування, дослідження пікового об'єму видиху через ніс (*nasal peak expiratory flow, NPEF*) та легені (*lung peak expiratory flow, LPEF*), а також дослідження слизово-війкового транспорту. В 11 осіб (22%) засвідчено алергічний риніт, а в 22 (46%) ознаки гіперреактивності слизівки носа, визначеної як подразнення (чхання, водянисті виділення з носа, закладеність носа) внаслідок експозиції на дим, запахи, продукти харчування та кліматичні фактори.

Через три тижні носове дихання поліпшилось, зменшились свербіння, чхання, стікання виділень у носоглотку. Слизово-війковий транспорт поліпшився, а в групі хворих з алергічним ринітом збільшився *NPEF*. Показники *LPEF* не змінилися. Після закінчення дослідження 88% працівників виразили бажання продовжувати такий метод лікування. Серед цих осіб були також і такі, які до лікування не виявляли жодних скарг.

Бахман та співпр. (1986) виконали подвійне сліпе дослідження, яке порівнювало лікування розчином мінеральної солі та фізрозчину. У дослідження включили осіб з хронічним синуситом із тривалістю захворювання принаймні 6 місяців, у яких головною скаргою була закладеність носа. Лікування полягало у використанні 200 мл вказаних розчинів для полоскання носа за допомогою іригатора двічі на день протягом 7 днів. Крім того, пацієнтам дозволяло самостійно додатково застосовувати фізрозчин залежно від потреби. Пацієнти з обох груп повідомляли про поліпшення носового дихання без статистично суттєвої різниці між групами. Пацієнти з групи фізрозчину потребували частішого додаткового застосування аерозолі. Ендоскопічне та рентгенографічне дослідження засвідчило поліпшення стану приносових пазух. Також поліпшився слизово-війковий транспорт (сахариновий тест). Результати риноманометрії не засвідчили жодних змін до лікування та після нього. Автори роблять висновок, що полоскання носа фізрозчином та розчином мінеральної солі ефективно для консервативного лікування хронічного синуситу.

Таккарелло та співпр. (1999) порівнювали застосування фізрозчину з ізотонічним розчином морської солі при хронічному синуситі. Засвідчено, що саме тільки полоскання носа зменшує макроскопічні прояви запалення слизової носа (при ендоскопії) та поліпшує якість життя хворих. Застосування фізрозчину суттєво поліпшило стан слизової носа, що було засвідчено при ендоскопії, натомість розчин морської солі більше поліпшував якість життя.

Гіпертонічні розчини натрію хлориду

Тальбот та співпр. (1997) описали дослідження слизово-війкового кліренсу (сахариновий тест) у 21 добровольця, які не курили, не перебували в запиленних приміщеннях, не мали проявів алергії, не приймали симпатоміметиків чи антигістамінних ліків. Сахаринний тест повторювали в них після застосування 0,9% або 3% розчину натрію хлориду (обидва розчини мали рН 7,6), а потім процедуру повторювали ще раз — іншого дня з іншим розчином. Засвідчено, що в 15 (71%) досліджуваних час сахаринного тесту скоротився після застосування гіпертонічного розчину (3%), натомість застосування ізотонічного розчину (0,9%) поліпшило слизово-війковий транспорт тільки в 10 (48%) осіб. Відсоткове зменшення часу сахаринного тесту становило 17 і 2% після застосування гіпертонічного та ізотонічного розчинів відповідно. Автори зробили висновок, що хворим із хронічним синуситом (а також і після операцій на пазухах) слід використовувати гіпертонічний розчин натрію хлориду, а пацієнти з іншими захворюваннями можуть мати більшу користь від фізрозчину.

Адам і співпр. (1998) досліджували полоскання носа гіпертонічним розчином у пацієнтів із застудою. Учені з'ясували, чи таке лікування зменшує скарги і/або скорочує тривалість запалення. Пацієнтів поділили на три групи: група гіпертонічного розчину, група ізотонічного розчину, група контролю. Протягом 7 днів пацієнти заповнювали анкету щодо проявів захворювання, в якій серед інших було й таке запитання: "Чи відчуваєте знову себе здоровим?" У дослідженні взяли участь 143 особи, 119 з яких закінчили дослідження. Усі групи не відрізнялися між собою щодо тривалості хвороби. Крім того 32% осіб з групи гіпертонічного розчину повідомили про печіння під час полоскання носа порівняно з 13% осіб з групи фізрозчину. Тільки 44% осіб групи гіпертонічного розчину використали б його повторно при наступній застуді. Автори роблять висновок, що гіпертонічний розчин при полосканні носа з гострою вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів не зменшує прояви з боку слизової носа і тривалість хвороби, а навіть дещо подовжує її.

Боек та співпр. (1999) *in vitro* вивчали вплив концентрації розчинів солі на частоту руху війок (*ciliary beat frequency, CBF*). Фрагменти нормальної слизової оболонки брали для дослідження під час операції на гіпофізі з доступу через клиноподібну пазуху. Після забору матеріал промивали і зберігали в розчині Рінгера-Лока, який не має впливу на *CBF*. Частоту руху вимірювали при застосуванні фотоелектричного методу за Інгельсом (1991) попередньо в розчині Рінгера-Лока, а також в 0,9, 7,0 та 14,4% розчинах натрію хлориду. Засвідчено, що фізрозчин (0,9%) та 14,4% розчин натрію хлориду незворотно гальмують рух війок. Учені зробили висновок, що фізрозчин не можна застосовувати ні для досліджень слизово-війкового транспорту в контрольній групі, ні навіть як розчинник, а також як препарат для полоскання носа. Розчин 7% приводив до зворотного гальмування руху війок, тому тільки його рекомендують для хворих. Розбіжність результатів цього дослідження з позитивними результатами полоскання фізрозчином у попередніх дослідженнях при хронічному синуситі та інших захворюваннях пояснюється, імовірно, позитивним впливом очищення у процесі полоскання носа, а не впливом фізрозчину на слизово-війковий транспорт. Повідомлення Боека не має безпосереднього підтвердження з інших досліджень, хоча вже вказане дослідження Адама (1998) підтверджує ці результати, а саме: невелике подовження часу тривання гострої респіраторної вірусної інфекції щодо контрольної групи як для гіпертонічного, так і для ізотонічного розчинів.

Продовження в наступних номерах додатку
"Практична оториноларингологія"

ВАЖЛИВІ КОНФЕРЕНЦІЇ ТА СИМПОЗІУМИ ДЛЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ

INTERNATIONAL WORKSHOP ON MICRO-ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

Mainz, Germany 02-06-2005 - 04-06-2005

Director: Prof. Dr. Dr. hc WJ Mann

Department: Department of ORL-HNS Mainz

Address: University of Mainz, School of Medicine, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, Germany

Phone number: +49-6131-177361

Fax number: +49-6131-176637

Email: gosepath@hno.klinik.uni-mainz.de

Information: PD Dr. Jan Gosepath

XVIII IFOS WORLD CONGRESS

Rome, Italy 25-06-2005 - 30-06-2005

Director: Prof Dr D Passali

Department: Dept of Otorhinolaryngology

Address: Policlinico Le Scotte, Viali Bracci - 53100 Siena, Italy

Phone number: +39-0577-40035

Fax number: +39-0577-47940

Email: passali@unisi.it; bellussi@unisi.it

Website: www.ifosrome2005.com

Information: Scientific Secretariat: bellussi@unisi.it Organizing Secretariat: ifos@gruppotriumph.it

INTERNATIONAL SYMPOSIA 2005

Rome, Italy 30-06-2005 - 02-07-2005

Director: F.M. Passali

Department: Dept of Otorhinolaryngology

Address: Policlinico Le Scotte, Viali Bracci - 53100 Siena, Italy

Phone number: +39-0577-40035

Fax number: +39-0577-47940

Email: bellussi@unisi.it

Website: www.internationalsymposia2005ent.org

ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES IN ENDOSCOPIC SINUS AND SKULL BASE SURGERY

Zurich, Switzerland 04-07-2005 - 06-07-2005

Director: Daniel Simmen, Hans Rudolf Briner and Nick Jones

Address: ORL-Zentrum, Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, CH-8029 Zürich, Switzerland

Fax number: 41 1 387 28 02

Email: info@orl-zentrum.com

Website: www.orl-zentrum.com

Information: PD Dr. Daniel Simmen, Dr. Hans Rudolf Briner

OTORHINO 2005 MUNICH – CONFERENCE AND COURSE IN PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE EAR AND NOSE

Munich, Germany 11-07-2005 - 15-07-2005

Director: Prof. Dr. med. A. Berghaus

Department: Department of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery

Address: Ludwig-Maximilians-University of Munich, Marchioninstr. 15, D-81377 Munich, Germany.

Phone number: +49-89-7095-3892

Fax number: +49-89-7095-6892

Email: elisabeth.pfrogner@med.uni-muenchen.de

Website: www.otorhino.de

Information: Elisabeth Pfrogner

ENDONASAL SINUS AND SKULL BASE SURGERY

Zürich, Switzerland 14-09-2005 - 16-09-2005

Director: Dr. Daniel Simmen, Dr. Hans Rudolf Briner

Department: ORL-Zentrum

Address: Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, CH-8029 Zürich, Switzerland

Phone number: +41-1-387-2807

Fax number: +41-1-387-2808

Email: travnicek@orl-zentrum.com

Website: www.orl-zentrum.com

Information: Dr. Daniel Simmen, Dr. Hans Rudolf Briner

RHINOPLASTY AND FACIAL PLASTIC SURGERY

Zürich, Switzerland 19-09-2005 - 20-09-2005

Address: ORL-Zentrum, Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, CH-8029 Zürich, Switzerland

Phone number: +41-1-387-2807

Fax number: +41-1-387-2808

Email: travnicek@orl-zentrum.com

Website: www.orl-zentrum.com

Information: Dr. Daniel Simmen, Dr. Hans Rudolf Briner

NOSE 2005 - "THE STATE OF THE ART"

Porto, Portugal 05-10-2005 - 08-10-2005

Director: Antonio Sousa Vieira, MD and Fausto Fernandez, MD

Phone number: +351-222-043-570

Fax number: +351-222-043-693

Email: congress.porto@abreu.pt

Website: www.nose2005.com

Information: Viagens Abreu, SA C/O Congress Department Av. dos Aliados 207 4000-067 Porto Portugal

11th CONGRESS OF THE INTERNATIONAL RHINOLOGIC SOCIETY

Sydney, Australia 25-10-2005 - 29-10-2005

Director: Kevin Kane

Address: 66 King Street, Sydney NSW 2001, Australia

Phone number: +61-2-9248-0800

Fax number: +61-2-9248 0894

Email: irsaustralia2005@tourhosts.com.au

Website: www.irsaustralia2005.com

Information: IRS 2005 Congress Managers

V RHINIFORUM

Marseille, France 21-11-2005 - 23-11-2005

Director: Prof. Patrick Dessi, Prof. Elie Serrano and Prof. Jean-Michel Klossek

Email: emoureu@europa-organisation.com

Information: Eric Moureu, Assistant Chefs de Projet, EUROPA ORGANISATION, 5, rue Saint Pantaléon - BP 844, 31015 Toulouse Cedex 6, France.

XVIII INTERNATIONAL FESS COURSE

Hradec Kralove, Czech Republic 25-11-2005 - 27-11-2005

Department: Department of ORL/HNS

Address: University Hospital Hradec Kralove

Phone number: +42-049-583-2465

Fax number: +42-049-583-2033

Email: vokurka@fnhk.cz
 Information: Jan Vokurka, M.D.,PhD

ENDOSCOPIC SINUS SURGERY DISSECTION COURSE

Barcelona, Spain 02-12-2005 - 04-12-2005
 Language: Spanish
 Department: Garcia-Ibanez Otologic Institute
 Address: 91, Dr Roux St., 08017 Barcelona, Spain
 Phone number: +34-93-205-0204
 Fax number: +34-93-205-4367
 Email: info@iogi.org

10th ASIAN RESEARCH SYMPOSIUM ON RHINOLOGY

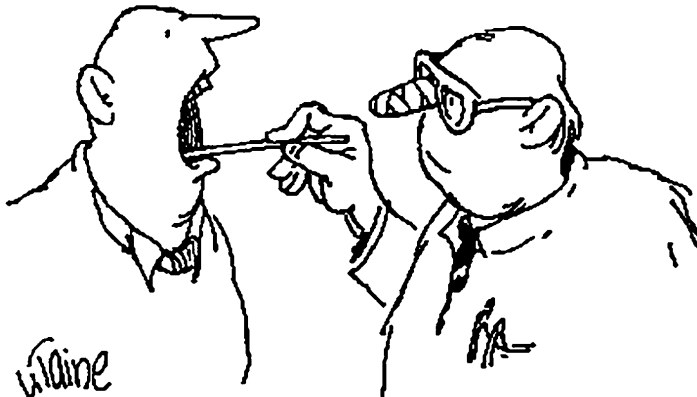
Kuala Lumpur, Malaysia 02-12-2005 - 04-12-2005
 Director: Dr Balwant Singh Gendeh
 Address: 19 Jalan Folly Barat, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia
 Phone number: +60-3-2093-0100
 Fax number: +60-3-2093-0900
 Email: acadmed@po.jaring.my

XXIst CONGRESS OF EUROPEAN RHINOLOGIC SOCIETY, XXV I.S.I.A.N

Tampere, Finland 11-06-2006 - 16-06-2006
 Director: Markus Rautiainen
 Department: Dept. of Otorhinolaryngology
 Address: Head and Neck Surgery, Tampere University Hospital, PO Box 2000, Tampere, Finland.
 Phone number: +358-3-247-4181
 Fax number: +358-3-247-4366
 Email: info@ers2006isian.com
 Website: www.ers2006isian.com

22nd CONGRESS OF EUROPEAN RHINOLOGIC SOCIETY, 27th I.S.I.A.N

Crete, Greece 15-06-2008 - 19-06-2008
 Director: Dr Anthony G Papavassiliou
 Address: 17 Loukianou St., 106 75 Athens, Greece
 Phone number: +30-210-723 1723
 Fax number: +30-210-723 1723
 Email: antpapav@hol.gr



Видавництво «Медицина світу»

Адреса редакції журналу: 79071, м. Львів, вул. Кульпарківська, 131.
Тел./факс: (0322) 63-34-65, Е-пошта: msvitu@mail.lviv.ua, тел.: (044) 249-70-05.

www.msvitu.lviv.ua

Передплата журналу на 2005 рік здійснюється у всіх відділеннях зв'язку України.
Передплатний індекс (укр. мовою) 40299.
Передплатний індекс (рос. мовою) 90140.

Читайте:
Переклади статей
для практичних лікарів
з популярних медичних
журналів США і Європи

Оглядові статті
провідних фахівців України

Сучасні міжнародні рекомендації
з діагностики і лікування

Редакційна колегія

Відповідальний редактор *Володимир Павлюк*

Науковий редактор *Олег Жарінов*

Відповідальний за випуск *Федір Юрочко*

Члени редакційної колегії

*Ігор Грицюк, Роман Шиян, Володимир Семенів, Ігор Тумак,
Богдан Борис, Федір Юрочко, Вікторія Харламова, Андрій Ягенський*

Літературний редактор *Василь Юрчук*

Художньо-технічний редактор *Зіновій Матчак*

Комп'ютерна верстка *Мирослав Дуб*

Кольороподіл *Петро Клим*

Передрук із журналу — тільки з письмового дозволу редакції.
Реєстраційне свідоцтво: серія КВ №8612 від 05.04.2004
Підписано до друку 12 травня 2005. Формат 70x100/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Обл. вид. арк. 8,5. Зам.

Друк ТзОВ «Видавництво Мс», тел. (0322) 63-34-65