

мин. В 30-летнем возрасте храп встречается у 20% мужчин и 5% женщин, а в возрасте 60 лет – 60% и 40% соответственно. Учитывая вышеописанные факты можно говорить об актуальности рассмотрения данного вопроса.

Цель. Изучить особенности таких нозологических форм как ронхопатия и СОАС. Выбрать правильную тактику при лечении данной патологии врачом оториноларингологом.

Материалы и методы.

Для лечения данной патологии в ЛОР-клинике ЗГМУ используется метод радиочастотной увулопалатоластики аппаратом CelonLab ENT.

За последние два года прооперирован 21 пациент с ронхопатией возрастом от 18 до 71 года. Среди них: женщин – 3 (14,2%), мужчин – 18 (85,5%). СОАС отмечался у 6 (28,6%), нарушение носового дыхания – у 7 (33,3%), гипертрофия небных миндалин II-III ст. – 1 (4,8%).

Типы хирургических вмешательств, которые применялись:

- подслизистая радиочастотная термоабляция (РЧТА) мягкого неба – 9,
- микроувулопалатопластика – 11,

- операции в полости носа (септопластика, кристотомия, вазотомия) – 7,
- интратонзиллярная РЧТА небных миндалин – 1,
- электроувулотомия – 1.

Полученные результаты. Использование методики радиочастотной термоабляции в борьбе с ронхопатией позволило у (13) 61,9% пациентов полностью устранить явления храпа, у (8) 38,1% – значительно уменьшить их проявления. У 5 пациентов с СОАС значительно уменьшилось количество остановок дыхания.

Выводы. Универсального метода борьбы с храпом нет. Решение требует особого подхода в каждом конкретном случае. Оперативному вмешательству всегда должны предшествовать специфические исследования, дабы исключить синдром обструктивного апноэ сна средней и тяжелой степени, что является противопоказанием к хирургическому лечению. Использование малоинвазивных методик, таких как РЧТА, обеспечивает дозированное воздействие на точечные структуры и приводит к хорошему функциональному результату, что улучшает качество жизни пациентов и их близких.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, Р.В. Стоев, 2018

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОСТНАЗАЛЬНОЙ РИНОРЕИ

Синдром постназальной ринореи (СПР) – клиническое проявление воспалительного процесса в верхних дыхательных путях, которое приводит к затеканию слизи по задней стенке глотки и развитию регулярного кашля, который обусловлен механической стимуляцией афферентной дуги кашлевого рефлекса.

Причинами СПР служат различные заболевания:

Болезни ЛОР-органов:

- хронический ринит – катаральный, аллергический, вазомоторный;
- хронический синусит – бактериальный, продуктивный, грибковый;
- искривление перегородки носа;
- хронический аденоидит, аденоидные вегетации;
- сумка Торнвальда.

Проблемы системы пищеварения:

- гастро-эзофагальный рефлюкс;
- дивертикулы, грыжи пищевода.

Вредные привычки: алкоголизм, курение.

Клиническая картина:

- ощущение скопления густой слизи в задних отделах полости носа и в носоглотке и стекания её по задней стенке глотки;
- сильный кашель, вплоть до рвоты, особенно ночью и утром, при отсутствии патологических изменений в легких;
- отхождение слизистых сгустков оранжево-коричневого цвета; заложенность носа;
- зуд и жжение в носоглотке;
- головная боль, слабость.

При осмотре определяются скопления слизи на дне полости носа, под задними концами нижних носовых раковин. При фарингоскопии – слизистые тяжи, тянущиеся из носоглотки за мягким небом.

Учитывая полиэтиологичность и полиморфность клинических данных при СПР, необходимо проводить качественную диагностику заболеваний, проявляющихся этим симпто-

мом. Помимо тщательного изучения жалоб, данных анамнеза, физикального осмотра необходимо проводить бакпосев со слизистой оболочки, мокроты, консультации смежных специалистов аллерголога, гастроэнтеролога, невропатолога, пульмонолога. Обязательным является эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки, компьютерная томография. Только такое многогранное обследование позволит выяснить причину СПР и подобрать адекватную терапию.

Во многих случаях избавление или эффективная коррекция основного заболевания помогает вылечить постназальный затек.

В ЛОР клинике ЗГМУ широко применяются малоинвазивные хирургические методики для проведения коррекции внутриносовых и

глочных структур с целью устранения этого недуга. К ним относятся: подслизистые вазотомии нижних носовых раковин с использованием радиочастотной термоабляции, ультразвуковой крио-деструкции, шейверной резекции. Широко проводятся эндоскопические полисинусотомии при бактериальных, грибковых и продуктивных синуситах; различные виды септопластики; удаление сумки Торнвальда; аденотомии с использованием шейвера.

Проведение этих операций, которые направлены на санацию воспалительного очага, восстановление нормального строения полости носа и носоглотки, приведение в норму дренажа и вентиляции околоносовых пазух, позволяет снизить проявления СПР или же вовсе избавиться от этого синдрома.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2018

В.О. ОЛЬХОВСЬКИЙ, М.В. ГУБІН (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНІ КРИТЕРІЇ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ ТУПОЇ ТРАВМИ ДЕЯКИХ ОРГАНІВ АПАРАТУ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

Апарат зовнішнього дихання (АЗД), включає в себе повітроносні шляхи, легені, грудну клітку із м'язами. Завдяки АЗД забезпечується нормальна життєдіяльність організму людини. Разом з тим, постраждали з не смертельною тупою травмою органів АЗД, розривами стінок гортані, трахеї та паренхіми легенів, переломи хрящів гортані та ребер, стають об'єктом судово-медичної експертизи живих осіб, яка проводиться в ході досудового та судового слідства.

Погляди фахівців судових медиків на застосування тих або інших кваліфікуючих ознак тяжкості тілесних ушкоджень при судово-медичній оцінці зазначених травм, різняться, про що свідчить аналіз спеціалізованих літературних джерел. Перш за все суперечливими є погляди на те, які саме травми АЗД, необхідно відносити до небезпечних для життя. Зокрема, згідно «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (введені в дію наказом МОЗ України №6 від 17.01.1995 р.), тупу травму гортані, трахеї, легенів необхідно відносити до тяжких тілесних ушкоджень тільки при наявності небезпечних для життя явищ, перелічених у п. 2.1.3 «о».

Метою даної роботи став аналіз клініко-експертних критеріїв оцінки тупої травми деяких органів апарату АЗД у постраждалих при експертизі живих осіб, для підвищення ефективності судово-медичної діагностики.

В ході роботи для аналізу було за типологічним принципом відібрано 31 експертизу із приводу тупої травми органів АЗД, яку проведено на протязі останнього року у відділі судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ). Загалом за цей період часу у даному відділі було проведено 6700 судово-медичних експертиз із приводу різних травм. За результатами проведеної роботи встановлено, що експертизи з приводу тупої травми органів АЗД складають 0,5 % загальної річної кількості експертних досліджень при експертизі живих осіб. За механізмом виникнення ушкоджень у переважній кількості випадків – 28 (90,3 % спостережень) має місце ударна дія тупих твердих предметів на шию та ділянку грудної клітки.

При судово-медичній експертній оцінці експертами встановлена наступна ступінь тяжкості тілесних ушкоджень:

1) Тяжкі тілесні ушкодження за критерієм «небезпека для життя» «Правил...» встановлені в 1 випадку (3,2 % спостережень) закритої тупої травми шиї з ушкодженням гортані з розвитком механічної асфіксії, в 2 випадках (6,4 % спостережень) травми грудної клітки, із закритими переломами декількох ребер, забиттям, розривом легенів, гемопневмотораксом та розвитком травматичного шокатяжкого ступеня;