

аметр пухлини на 0,5 з гістологічно чистим краєм в зоні деструкції пухлини. При цьому загальна доза енергії, що подається, для тканини пухлини повинна складати 15 Вт/см², а час термоабляції повинен тривати, в середньому, 3-4 хвилини.

Пропонований спосіб було застосовано у 24 хворих. Сумарний рівень об'єктивних відпо-

відей на лікування склав 85,7 %. Застосування радіочастотної термоабляції з гістологічною експрес-діагностикою чистоти краю зони абляції дозволяє вірогідно покращати безпосередні результати лікування у хворих з місцево поширеним хіміорадіорезистентним раком ротового відділу глотки.

© В.І. Троян, О.В. Лобова, Ф.О. Сінайко, 2017

*В.І. ТРОЯН, І.М. НІКУЛІН, М.І. НІКУЛІН, О.М. КОСТРОВСЬКИЙ,
О.В. ЛОБОВА, І.О. СІНАЙКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Кафедра заснована в січні 1968 року і має дві клінічні бази: ЛОР-відділення на 60 ліжок в 3-ій міській клінічній лікарні та дитяче ЛОР-відділення на 40 ліжок в 5-й дитячій клінічній лікарні. Засновником і першим завідувачем кафедри був професор А.А. Корнієнко, який завідував кафедрою з 1968 по 1987 рр. У штаті кафедри були доценти В.О. Скоробогатий, І.М. Нікулін, а з 1970 року на кафедрі почав працювати доцент Е.Ф. Богацький. Під керівництвом професора А.А. Корнієнко було захищено три кандидатські дисертації асистентами В.О. Скоробогатим, Т.О. Трет'яковою і Г.Я. Міссіонжнік. З 1988 р завідувачем кафедри був обраний за конкурсом к.мед.н., доцент І.М. Нікулін. В період керівництва кафедрою доцентом Нікуліним була виконана і захищена кандидатська дисертація асистентом М.І. Нікуліним. Науковим напрямком кафедри, керованої професором А.А. Корнієнко та доц. І.М. Нікуліним, було вивчення запальних захворювань верхніх дихальних

шляхів та профпатології. У 2000 році кафедру очолив доктор мед. наук, професор, лікар вищої категорії В.І. Троян.

В даний час на кафедрі оториноларингології працюють професор В.І. Троян, доценти І.М. Нікулін, М.І. Нікулін, О.М. Костровський, асистенти Лобова О.В., Сінайко І.О. Науковим напрямком кафедри в даний час є вдосконалення методів діагностики та хірургічного лікування хворих на злоякісні новоутворення верхніх дихальних шляхів і реконструктивно-відновного лікування патології носа та біляносових пазух з використанням сучасної ларингеальної та ринологічної ендоскопічної апаратури. У науковому процесі використовуються сучасні технології викладання з використанням комп'ютерних програм навчання і тестового контролю.

Колектив кафедри спільно з лікарями практичної охорони здоров'я плідно працює над підвищенням якості оториноларингологічної допомоги населенню м. Запоріжжя та області.

© В.І. Троян, І.М. Нікулін, І.О. Нікулін, О.М. Костровський, О.В. Лобова, І.О. Сінайко, 2017

В.І. ТРОЯН, І.О. СІНАЙКО, О.В. ЛОБОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ПРОФІЛАКТИКА ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГОРТАНІ

Одним з компонентів комбінованого лікування хворих на рак гортані є променева терапія. Не дивлячись на постійне вдосконалення її методичного і технічного арсеналу, під час її проведення в 40-60% випадків виникають ускладнення у вигляді різних видів радіаційного епітеліиту гортані. При радіаційних епітеліітах виникає гіперемія, набряк, утворюється наліт і

виразка. Процес може іноді переходити на підлеглі шари тканин. З часом тут можуть з'явитися трофічні розлади, некротичні ділянки, приєднується інфекція і виникає трофічна виразка, що є одним з основних обмежень, що перешкоджає ефективному протипухлинному лікуванню у цієї категорії хворих. Це викликає необхідність у розробці способу прогностичної оцінки тяж-

кості променевиx реакцій слизової оболонки гортані та їх профілактики.

Нами було розроблено спосіб прогностичної оцінки тяжкості променевиx реакцій з боку багаточарового плоскоклітинного епітелію гортані шляхом використання маркерів окисної модифікації білка і якщо отримані нами у хворих показники альдегідфенілгідразони (АФГ) мали значення $\geq 4,25$ у.од. г/білка, а карбоксіфенілгідразони (КФГ) $\geq 2,79$ у.од. г/білка, то це свідчило про наявність пошкодження білко-

виx структур ендотеліа мікросудин з подальшим порушенням мікроциркуляції, що являється причиною виникнення і розвитку тяжких променевиx реакцій з боку багаточарового плоскоклітинного епітелію гортані.

Таким чином, спосіб дозволяє з більшою вірогідністю прогнозувати тяжкість радіаційного епітелію в разі порушення прооксидантного гомеостазу, та дає змогу вчасно проводити патогенетичнообґрунтовану профілактичну корекцію цих порушень.

© В.І. Троян, І.О. Сінайко, О.В. Лобова, 2017

О.І. ТИНІТОВСЬКА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ

Актуальність: На сьогоднішній день досліджено, що мигдалики лімфо глоткового кільця Пирогова-Вальдеєра в організмі людини відіграють важливу роль в становленні та функціонуванні місцевого та системного гуморального імунітету (Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, 1999; Т.І. Гарашенко, 1999). Однак, зростає тенденція до розвитку хронічного процесу в мигдаликах, значно змінюється спектр мікробної флори, часто виявляють асоційовані форми у вигляді вірусно-бактеріальних, анаеробно-аеробних, бактеріально-грибкових комбінацій (Є.В. Сміянов, 2012). Тому при виявленні даної патології все більшу увагу приділяють новим методам консервативного лікування, та розробці нових клініко-імунодіагностичних засобів (Д.І. Заболотний, 1998). Проте, при неефективності консервативного лікування даної патології, та при можливих ураженнях як системних, так і органних – проводиться хірургічне лікування – тонзилектомія. Оскільки хірургічне лікування проводиться в умовах локально – системної імунної недостатності, то після проведення тонзилектомії, враховуючи ряд стресових факторів імунна недостатність значно посилюється, що може в подальшому негативно вплинути на період ремісії (О.Ф. Мельников, 2000; В.В. Кіщук, 2001).

Враховуючи можливі негативні наслідки післяопераційного періоду на фоні імунодефіциту є необхідним використання імунорегуляції та імуноадаптації, та пошук нових комбінацій імунозамінюючої терапії.

Незважаючи на численні публікації питання лікувальної тактики при хронічному тонзиліті залишається актуальним.

Мета: Оцінити ефективність імунореабілітації у пацієнтів з хронічним тонзилітом.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось у 55 осіб віком від 16-45 років. З них 15 осіб склали контрольну групу, в котрих не було виявлено ніяких захворювань верхніх дихальних шляхів. Група пацієнтів з хронічним тонзилітом, котрі на момент обстеження були в стадії ремісії – 20 осіб. І 20 пацієнтів, котрі перенесли тонзилектомію (1-5 років після операції) та на момент дослідження не скаржились на стан здоров'я.

В даних групах пацієнтів визначався рівень секреторного та мономерного імуноглобуліну А, рівень γ -інтерферону і фактора некрозу пухлин (ФНО α) ротоглоткового секрету, котрий збирали до та після мукозальної вакцинації та обробляли для імуноферментних та цитологічних досліджень (Д.І. Заболотний, 2008; А.В. Демьянова, 2003).

Препарат Респіброн призначали для прийому обстежуваним пацієнтам згідно інструкції протягом 3 місяців, протягом перших 10 днів місяця пацієнти приймали препарат і 20 наступних днів перерви. І через 10 днів після закінчення курсу прийому препарату збирали рото глотковий секрет.

Всі отримані результати були статистично оброблені з застосуванням непараметричного критерію U (Вилкінсона-Манна-Уїтні).

Результати: При спостереженні за станом здоров'я досліджуваних груп було встановлено, що після хірургічного лікування хронічного тонзиліту пацієнти скаржились на збільшення частоти захворювань верхніх дихальних шляхів,