

УДК 616.213616-007.61-002.3-07-089

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, Ю.М. АНДРЕЙЧИН, А.П. КОВАЛИК,  
І.В. МАЛЬОВАНА, І.А. ГАВУРА, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, В.І. ОМЕЛЯШ,  
І.В.ШЕВАГА, В.А. ЛЕВЧУК*

## **ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ МЕЗОТИМПАНИТ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЗАДНІХ КІНЦІВ НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИН**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
МОЗ України»; КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»;  
Терноп. обл. комунальна клінічна лікарня; Кам'янець-Подільська міська лікарня  
№1; Кременецьке медичне училище ім. Арсена Річинського*

Випадки гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин і хронічного гнійного мезотимпаніту зустрічаються досить часто в практичній діяльності отоларинголога. Нерідко ці два види патології поєднуються між собою [7, 9]. Таке поєднання зустрічається в 50% випадків [7]. Гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин відіграє значну роль в патології середнього вуха [5, 6, 8], в тому числі при хронічному гнійному мезотимпаніті [7, 9]. Тому діагностика і лікування хворих на хронічний гнійний мезотимпаніт з приводу гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин має велике значення, особливо для тих, хто готується до тимпанопластики [8]. У керівництвах з оториноларингології, навіть фундаментальних [3, 4], автори не зупиняються на деталях резекції задніх кінців нижніх носових раковин, хоча це для початкуючих отоларингологів має певне значення. Отоларингологи – початківці, особливо ті, яким не можуть допомогти більш досвідчені колеги, часто після перших невдалих спроб зробити резекцію задніх кінців нижніх носових раковин в подальшому або відмовляються від цієї операції, або виконують видалення нижнього краю всієї раковини, що є надто травматичним втручанням, яке може викликати атрофічний процес [7, 9].

**Мета** – виявити частоту гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин у хворих на хронічний гнійний мезотимпаніт,

описати методи діагностики і методику лікування у названого контингента хворих.

### **Матеріали і методи**

В ЛОР-відділеннях Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні (нині – КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»), Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні, Кам'янець-Подільської міської лікарні №1 та Кременецької центральної комунальної районної лікарні у 188 хворих віком від 16 до 63 років, з хронічним гнійним мезотимпанітом, у яких планувалося проведення тимпанопластики, в процесі передопераційної підготовки, поряд з обстеженням інших ЛОР – органів, ми ретельно досліджували носову частину глотки, особливу увагу звертаючи на стан задніх кінців нижніх носових раковин, гіперплазія яких відіграє важливу роль в патології слухової труби і прогнозі результатів тимпанопластики [7]. Крім того, в ЛОР-клініці Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України») вивчена частота розвитку гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин у 100 осіб віком від 20 до 50 років без хронічного запалення середнього вуха [7].

При виявленні гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин визначались її форма, розміри, відношення до хоан та ін-

ших елементів носової частини глотки. Для діагностики цієї патології, крім звичайної передньої і задньої риноскопії, порожнина носа і носова частина глотки досліджувалась дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ [9]. Цей метод виявився ефективним при діагностиці аденоїдних вегетацій у дітей та осіб дорослого віку [2, 11]. Перевага його в тому, що при цьому відпадає необхідність використання лобного рефлектора і джерела світла. Поряд з цим, даний метод дозволяє добре оглянути ділянку, що оглядається [9]. За показаннями, виконувалася анемізація слизової оболонки порожнини носа шляхом змазування її 2% розчином дикаїну (10% розчином лідокаїну) з 0,1% розчином адреналіна. При задній риноскопії ми звертали увагу на три ознаки: 1) збільшення розмірів задніх кінців нижніх носових раковин, при цьому вони нерідко частково прикривають і нижні відділи задніх кінців середніх носових раковин; 2) виступання задніх кінців нижніх носових раковин ніби подовжує їх назад, і вони виступають на верхню поверхню м'якого піднебіння; 3) характер гіперплазії: у частини хворих раковина має нерівну, дрібногорбисту поверхню, що нагадує ягоду малини (папілярна), у інших вона гладенька (фіброзна гіперплазія) [7, 9]. Як правило, слизова оболонка має блідо-синюшний колір. Фіброзну (гладку) гіперплазію задніх кінців нижніх носових раковин слід диференціювати від збільшення задніх кінців нижніх носових раковин, обумовленого їх катаральним набряком. З цією метою проводиться глибока анемізація порожнини носа до носової частини глотки шляхом змазування ватничком, змоченим 2% розчином дикаїну з адреналіном 1:1000. У випадку катарального набряку задній кінець нижніх носових раковин зменшується після цієї процедури, а при гіперплазії залишається незмінним [9]. Об'єм збільшення задніх кінців нижніх носових раковин може мінятися, що пов'язано з емоційним станом пацієнта, застосуванням судинозвужуючих засобів. Тому доцільно оглянути хворого кілька разів, щоб отримати уявлення про справжній стан задніх кінців нижніх носових раковин [9]. Одним з факторів, що підтримують запальний процес у середньому

вусі, є хронічний сальпінгіт, який в свою чергу, зумовлений наявністю гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин. Оскільки пацієнти на протязі багатьох років страждають на цю патологію, то вони не завжди скаржаться на порушення функцій носа. Однак при ціленаправленому розпитуванні вдається з'ясувати, що їх турбують порушення прохідності носа, збільшення секреції, відчуття «хлопання» у вухах при ковтальних рухах. Нерідко обстежувані відмічають погіршення носового дихання в горизонтальному положенні тіла. Як правило, такий стан у них відмічається на протязі ряду років, тому назвати більш-менш точно строк появи цих змін вони не можуть [7, 9]. Наш досвід показує, що ця патологія у хворих на хронічний середній гнійний отит негативно впливає на його перебіг і на результати як консервативного лікування, так і хірургічного втручання. Ефективним методом лікування осіб з гіперплазією задніх кінців нижніх носових раковин при хронічному середньому гнійному отиті є резекція. Така тактика себе виправдовує, особливо при слизових і слизово-гнійних виділеннях з вуха у хворих на хронічний гнійний мезотимпаніт з супутнім тубоотитом [9]. За наявності подібної перешкоди міняється фізіологічний напрямок струменя повітря під час дихання в носовій частині глотки і в ділянці глоткового отвору слухових труб, а це, крім того, веде до різних порушень рефлекторного характеру і сприяє загостренню процесу у вусі під час нежитя, при катарі верхніх дихальних шляхів [9]. У всіх пацієнтів виконана резекція задніх кінців нижніх носових раковин за методикою І.А. Яшана і співавторів [10].

#### ***Методика операції***

Перед хірургічним втручанням обов'язково проводяться дослідження крові, включаючи тести на час згортання, тривалість кровотечі, кількість тромбоцитів. Вимоги такі ж, як і при операції на лімфаденоїдному глотковому кільці. Втручання виконується під місцевим знеболенням. Після премедикації (препарати атропіну, промедолу, димедролу) в горизонтальному положенні хворого здійснюється місцева анестезія. Горизонтальному положенню віддаєть-

ся перевага з двох міркувань: 1) при такому положенні здебільшого зберігається кровонаповнення носових раковин і вони не зменшуються; 2) це дає можливість попередити порушення кровообігу ортостатичного характеру, погіршення кровопостачання мозку і можливий стан непритомності [10]. Операція проводиться під аплікаційною анестезією розчином дикаїну чи лідокаїну, перевага надається лідокаїну як менш токсичному препарату. Судинозвужуючі засоби не застосовуються. Змоченим у розчині анестетика ватничком кілька разів змазується ділянка задніх кінців нижніх носових раковин. Оскільки використовується анестетик без адреналіна, що збільшує токсичність розчину, то звертається увага на те, щоб його не передозувати: ватка на зонді не міняється, занурюється в анестетик і вдруге змазуються задні відділи порожнини носа. Таким чином, для анестезії звичайно достатньо двохразового змазування поверхні слизової оболонки порожнини носа. При цьому об'єм задніх кінців нижніх носових раковин не змінюється, що полегшує проведення хірургічного втручання. Для видалення задніх кінців раковин використовується ріжуча носова петля. Основні труднощі полягають у тому, щоб надіти її на задній кінець нижньої носової раковини. Оскільки це виконується без достатнього зорового контролю, то даний етап вимагає застосування відповідних прийомів. Петлю слід заготовити відповідно до наявних умов. Діаметр її має бути не дуже великим, щоб легко провести в носову частину глотки через загальний носовий хід. Форма петлі повинна відповідати обрисам кінця раковини. Звичайно надається дротяній петлі форма кола діаметром 15 мм. Тільки при значній гіперплазії діаметр її збільшується. Відповідне значення має положення самої петлі відносно трубки інструмента, з якої петля виходить: доцільно відігнути вбік площину петлі відносно трубки так, щоб після проведення інструменту через загальний носовий хід петля опинилась збоку – саме там, де розташований задній кінець нижньої носової раковини. Наступний етап – це натягування петлі на кінець раковини. Обережним підтягуванням до себе вона просувається доти, доки з'явиться опір, що свідчить про те, що

петля захопила край раковини. Тільки після цього, просуваючи пальці в кільця ручки петлі, оператор зтягує саму петлю, не відсікаючи зразу тканини. Це необхідно для того, щоб створити більш сприятливі умови для тромбування невеликих судин в ділянці тканин, що видаляються. Після відсікання тканин хворий шляхом сякання видуває видалений відрізок в серветку, яку хірург утримує біля носа хворого. Подібним чином видаляється і задній кінець другої раковини, якщо в цьому є необхідність. Кровотеча звичайно невелика і зупиняється самостійно. Тампонада порожнини носа після видалення задніх кінців нижніх носових раковин в більшості випадків не проводиться. Лише у окремих пацієнтів виконується передня тампонада носа з достатнім заповненням турундою задніх відділів порожнини носа. Турунда, якщо вона була введена, видаляється на наступний день.

### ***Результати та обговорення***

З обстежених 188 осіб з хронічним гнійним мезотимпанітом гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин виявлена у 93 (49,47%). Із 100 осіб без патології вуха збільшення задніх кінців нижніх носових раковин визначено у 17 (17%). Таким чином, гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин у хворих на хронічний гнійний мезотимпаніт зустрічалась майже в 3 рази частіше, ніж у обстежених без патології середнього вуха. Це вказує на зв'язок захворювання з гіперпластичним ринітом [7]. При передній риноскопії вираженої гіперплазії передніх відділів нижніх носових раковин не спостерігалось у жодного пацієнта. Слизова оболонка порожнини носа мала звичайне забарвлення, але вранці у хворих відмічалась невелике збільшення кількості секрету – звичайно слизового чи слизово-гнійного характеру, без запаху. Діагноз допомогло поставити обстеження із застосуванням задньої риноскопії та риноскопії дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ. Серед обстежених у 33 (35,5%) мала місце папілярна, у 60 (64,5%) - фіброзна гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин. Згідно з нашою класифікацією [1], І ступінь гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин

(задні кінці раковин наполовину перекривають хоани) мала місце у 10 (10,74%) пацієнтів, II ступінь (задні кінці раковин на дві третини перекривають хоани) – у 70 (75,28%), III ступінь (задні кінці раковин повністю перекривають хоани, дотикаючись до лемеша) – у 13 (13,98%). За результатами визначення прохідності слухової труби всі обстежені розподілені наступним чином. Прохідність слухової труби у жодного з них не реєструвалась при звичайному ковтанні, ковтанні з закритим носом (дослід Тойнбі) і при досліді Вальсальви. Під час продування за Політцером слухова труба виявилась прохідною у 80 (86,02%) осіб, при катетеризації – у 13 (13,98%). Таким чином, у всіх хворих не вдалося досягти прохідності слухової труби за допомогою звичайного ковтання, ковтання з закритим носом (дослід Тойнбі) чи самопродування (дослід Вальсальви), і тільки більш енергичні заходи (продування за Політцером і катетеризація), яких не може застосовувати обстежуваний, дозволяли досягти у них проштовхування повітря через слухову трубу. Після резекції задніх кінців нижніх носових раковин тампонада носа проводилась лише у 10 (10,74%) з 93 пацієнтів. Турунди з носа видалялись у них на 2-й день після операції. До задньої тампонади носа ми ніколи не вдавались. Резекція задніх кінців нижніх носових раковин призвела до поліпшення стану слухової труби, ліквідації гіперсекреції, а прохідність слухової труби відновилась у 76 (81,72%) з них, поліпшилась – у 17 (18,28%); виділення з вуха припинились у 85 (91,4%), зменшились – у 8 (8,6%) пацієнтів. Отже, при існуванні гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин методом вибору є їх резекція.

## Література

1. Протасевич Г.С., Ковалик П.В., Ковалик А.П., Глух Є.В., Говда О.В. Класифікація патології задніх відділів носа // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – В. 4. – С. 270-273.
2. Протасевич Г.С., Яшан О.І., Корицький В.Г., Шевага І.В. Клініка і діагностика аденоїдних

## Висновки

1. Гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин у хворих на хронічний гнійний мезотимпаніт виявлена в 49,47% випадків.

2. Гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин при хронічному гнійному мезотимпаніті зустрічалась майже в 3 рази частіше, ніж у осіб без цієї патології середнього вуха.

3. Діагностика гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин проводиться за допомогою задньої риноскопії (риноскопії дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ).

4. Гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин фіброзного характеру спостерігалась у 64,5%, папілярною вона була у 35,5% осіб.

5. Гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин I ступеня виявлена у 10,74% хворих, II ступеня – у 65,28%, III ступеня – у 13,98%.

6. У всіх пацієнтів відмічалось порушення функції слухової труби.

7. Після резекції задніх кінців нижніх носових раковин прохідність слухової труби відновилась у 81,72% хворих, поліпшилась – у 18,28%; виділення з вуха припинились у 91,4%, зменшились у 8,6% осіб.

8. Резекція задніх кінців нижніх носових раковин, описана в даній роботі, є ефективним методом, що дозволяє відновити функцію слухової труби і підготувати пацієнтів до тимпанопластики.

9. У осіб з хронічним гнійним мезотимпанітом необхідно ретельно досліджувати задні кінці нижніх носових раковин і при виявленні гіперплазії ставити питання про резекцію раковин.

вегетаций у дітей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2014. – № 3-с. – С. 148-149.

3. Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1963. – Т. 3.
4. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997.

5. Тимен Г.Э., Кузык И.В., Кобзарук Л.И., Миронюк В.Н., Хоцяновский К.А. Диагностика и лечение секреторных отитов у детей // Ювілейна науково-практична конференція, присвячена 100-річчю з дня народження видатного вченого, члена-кореспондента АН України, професора Олексія Сидоровича Коломійченка: Матеріали. – К.: Просвіта, 1998. – С. 649- 654.
6. Яшан И.А. Показания и подготовка больного к тимпанопластике // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. – № 5. – С. 45-54.
7. Яшан И.А., Протасевич Г.С., Ковалик П.В., Яшан А.И. Гиперплазия задних концов нижних носовых раковин у больных хроническим мезотимпанитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – № 2. – С. 83-84.
8. Яшан И.А., Протасевич Г.С., Лавецкий Р.Т., Масик А.Ф. Влияние санации полости носа и носоглотки на исход тимпанопластики // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – № 6. – С. 51.
9. Яшан И.А., Протасевич Г.С., Яшан О.И. Диагностика і лікування хворих на хронічний гнійний мезотимпаніт з гіперплазією задніх кінців нижніх носових раковин // Журн. вушних, носових горлових хвороб. – 2001. – № 5. – С. 70-73.
10. Яшан И.А., Протасевич Г.С., Яшан О.И., Гавура И.А., Ивашкевич Ю.Р. До техніки резекції задніх кінців нижніх носових раковин //Актуальні питання мікрочірургії вуха та захворювань верхніх дихальних шляхів. – К.: Київська медична академія післядипломної освіти, 1997. – С. 97-98.
11. Яшан О.И., Протасевич Г.С., Гавура И.А., Гавура А.И., Стахів О.В., Говда О.В. Клініка і діагностика аденоїдних вегетацій у дорослих // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – № 3-с. - С. 244.

## References

1. Protasevych GS, Kovalyk PV, Kovalyk AP, Gluh JeV, Govda OV. Classification of posterior nasal pathology. Zdobutky klinichnoi' ta eksperymental'noi' medycyny. 1999;(4):270-3. Ukrainian.
2. Protasevych GS, Jashan OI, Koryc'kyj VG, Shevaga IV. Clinic and diagnosis of adenoid vegetations in children. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2014;(3-s):148-9. Ukrainian.
3. Manual of Otorhinolaryngology. Volume 3. Likhachev AG, editor. Moskow: Medgiz; 1963. Russian.
4. Manual of Otorhinolaryngology. Soldatov IB, editor. Moskow: Meditsina; 1997. Russian.
5. Timen GE, Kuzyk IV, Kobzaruk LI, Mironiuk VN, Khotsianovskii KA. Diagnosis and treatment of secretory otitis media in children. Proceedings of jubilee scientific conference dedicated to 100th anniversary of Professor OI Kolomyichenko. Kiev: Prosvita; 1998. P. 649-54. Russian.
6. Iashan IA. Indications and preparation of the patient to tympanoplasty. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1979;(5):45-54. Russian.
7. Iashan IA, Protasevich GS, Kovalik PV, Iashan AI. Hyperplasia of the rear ends of the lower turbinate in patients with chronic tubotympanic suppurative otitis media. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1989;(2):83-4. Russian.
8. Iashan IA, Protasevich GS, Lavetskii RT, Masik AF. Influence of rehabilitation of the nasal cavity and nasopharynx on the outcome of tympanoplasty. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1984;(6):51. Russian.
9. Jashan IA, Protasevych GS, Jashan OI. Diagnosis and management of chronic otitis media associated with hypertrophy of rear ends of lower turbinate. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2001;(5):70-3. Ukrainian.
10. Jashan IA, Protasevych GS, Jashan OI, Gavura IA, Ivashkevych JuR. Rear ends of the lower turbinate resection technique. In: Aktual'ni pytannja mikrohirurgii' vuha ta zahvorjuvan' verhnih dyhal'nyh shljahiv. Kiev: Kyi'vs'ka medychna akademija pisljadyplomnoi' osvity; 1997. P. 97-8. Ukrainian.
11. Jashan OI, Protasevych GS, Gavura IA, Gavura AI, Stahiv OV, Govda OV. Clinic and diagnosis of adenoid vegetations in adults. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2011;(3-s):244. Ukrainian.

Надійшла до редакції 19.12.14.

© Г.С. Протасевич, О.И. Яшан, Ю.М. Андрейчин, А.П. Ковалик, І.В. Мальована, І.А. Гавура, В.Г. Корицький, В.І. Омеляш, І.В.Шевага, В.А. Левчук, 2015