

ного синуса». Цей синдром все більше являє інтерес для лікарів-отоларингологів сьогодення.

Синдром мовчазного синуса (СМС) – це безболісна інволюція верхньощелепної пазухи внаслідок оклюзії остеомеатального комплексу з розвитком енофтальма. Хоча діагноз, як правило, передбачається клінічно, підтверджується характерними радіологічними ознаками. Вперше ці клінічні симптоми були описані професором Гарвардської медичної школи W.W. Montgomery в 1964 р., однак термін «синдром мовчазного синуса» вперше ввів в 1994 р. С. Sopaçar. У літературі цей синдром характеризується як захворювання, що рідко зустрічається, однак власний досвід спостереження 7 випадків цього синдрому впродовж 2 років на базі клініки оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця, говорить про гіподіагностику, пов'язану з недостатнім освітленням даної патології в літературі.

Клінічно усі хворі мали прояви орбітальної асиметрії – енофтальм, з опущенням очного яблука донизу, в результаті западання всередину передньої стінки верхньощелепної пазухи. Симптоми, характерних для гаймориту, були відсутні. Отже, хворі звертались по допомогу до офтальмологічного відділення. Відповідно до класифікації Kass, усі хворі мали 3-ю стадію розвитку ателектазу максиллярного синусу: енофтальм, асиметрія обличчя.

«Золотим стандартом» діагностики СМС є комп'ютерна томографія (КТ) навколоносових пазух, яка і була виконана всім хворим, що забезпечило високу деталізацію кісткових структур, на відміну від магнітно-резонансної томографії.

Серед обстежених було 4 (57%) пацієнти жіночої статі і 3 (43%) – чоловічої у віці від 24 до 63 років (середній вік – 42 ± 3 роки).

Клінічний випадок: жінка, 57 років. При надходженні пред'являла скарги на болі в області щок, справа, дискомфорт при русі правого очного яблука, косметичний дефект з боку пра-

вого ока. Дані скарги виникли в серпні 2016 р. на тлі відносного здоров'я. Пацієнтка консультувала офтальмологом, рекомендована санація хронічного осередку запалення. При огляді: енофтальм з боку правого ока. При передній риноскопії: носове дихання не утруднене, слизова оболонка рожева, волога, перегородка носа суттєво не викривлена, нижні носові раковини набряклі, виділень в порожнині носа немає. Інші ЛОР-органи без особливостей. На КТ: затемнення максиллярного синусу праворуч і зменшення в розмірів за рахунок втягнення кісткових стінок.

На підставі отриманих клінічних і радіологічних ознак був виставлений діагноз: синдром мовчазного синуса.

Пацієнтці проведено ендоскопічну верхньощелепну антростомію з відновленням її вентилізації. На тлі проведеного лікування хвора відзначила зникнення болю в області очного дна справа, дискомфорту при русі правого очного яблука. На повторному КТ через 1 рік відзначалася пневматизація всіх навколоносових пазух, обсяг правого максиллярного синусу збільшився на 20%. Також відзначено зменшення енофтальма на 1-2 мм.

У всіх 7 пацієнтів, вдалося домогтися достатнього розширення співустя і повної санації пазухи. Жодному з них не потрібно було проведення реконструкції нижньої стінки орбіти.

Висновок: Синдром мовчазного синуса характеризується безболісним енофтальмом, пов'язаних з інволюцією верхньощелепної пазухи внаслідок обструкції її отвору. Типовим є звернення до офтальмолога зі скаргами на появу енофтальма, диплопії, що з'явилися протягом 0,5-1 року після загострення симптомів хронічного синуситу.

Оптимальним сучасним методом лікування даної патології являється ендоскопічне хірургічне втручання – антростомія (за необхідністю – мікрогайморотомія), яка дозволяє відновити аерацію верхньощелепної пазухи.

© О.В. Діхтярук, 2018

В.Я. ДІХТЯРУК, О.В. ДІХТЯРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ

Перший медичний опис раку молочної залози знайдено ще в єгипетському тексті, датованому 2500 роком до н.е.: «Опукла пухлина в грудях (...) на дотик – неначе кулька з обгортки».

Щодо лікування давній автор зазначив: «Лікування такої хвороби немає». Вже за часів Гіппократа, близько 400-го року до нашої ери з'явилося спеціальне позначення раку – karkinos (краб).

Однак Гіппократ висловив думку, що «рак краще взагалі не лікувати – так хворий проживе довше», тому що хірургічні операції ставили під загрозу життя пацієнта і, як правило, закінчувалися сумним результатом. Лише після того, як у 1846 р. дантист Вільям Мортон запропонував загальну анестезію у вигляді інгаляційного ефірного наркозу, а в 1865 р. шотландський лікар Джозеф Лістер запропонував карболову кислоту в якості антисептика, почався сяючий період хірургічного радикалізму в онкології.

У 1896 р., через рік після відкриття Вільгельмом Рентгеном Х-променів, Емілю Груббе, двадцятирічному студенту-медику з Чикаго, прийшла в голову натхненна думка використовувати рентгенівські промені для лікування раку молочної залози. Почався новий напрям ракової медицини – радіаційна онкологія.

Єдиними відомими причинами виникнення раку у людей були чинники навколишнього середовища, такі як радій, азбест, тютюн, сажа (соматична теорія). Пейтон Раус (Нобелівський лауреат 1959 р.) виявив, що рак може передаватися від птаха до птаха шляхом введення пухлинних клітин з допомогою ін'єкцій (вірусна теорія раку).

У Другу світову війну в 1943 р. під час повітряного нальоту на порт Барі в Італії було використано сотні тон гірничого газу. У потерпілих цей газ убивав нормальні білі кров'яні тільця в організмі, і це спонукало фармакологів розмірковувати про можливе використання аналогічного хімічного препарату, щоб нищити рак білих кров'яних клітин. На започаткування хіміотерапії – «хімічної зброї» проти ракових клітин надихнула, в буквальному сенсі, війна.

У 1860 р. селекціонер гороху Грегор Мендель доказав, що спадкові риси передаються генами (теорія спадковості), які містять дезоксирибонуклеїнову кислоту (ДНК), яка є головним носієм генетичної інформації. Дослідник Джордж Біدل доказав, що гени переносять інструкції для синтезу білків – складних багатовимірних молекул, які є основними робочими структурами клітини. А вже у 1970 р. дослідники Вермус та Бішоп (Нобелівські лауреати 1989

р.), досліджуючи саркому Рауса у курей, показали, що тільки один ген (онкоген) викликає переродження в клітині і викликає рак. Вчені довели, що попередники ракових генів існують у нормі у всіх живих істот (птахів, тварин і у людей) у двох варіантах: протоонкогена (той, що породжує рак) і антиокогена, або супресора раку (той, що стримує поділ).

Завдяки активації онкогенів та одних сигнальних шляхів і інактивації генів супресорів та інших сигнальних шляхів, в клітині з'являється рушій, що стимулює розмноження (патологічний мітоз), блокується процес клітинної смерті і завдяки цьому клітини стають «безсмертними» навіть після кількох поколінь поділу, клітини набувають здатності налагоджувати своє власне кровопостачання судинами (раковий ангиогенез) та мігрувати до інших органів, проникати в інші тканини й колонізувати ці органи.

Усвідомлюючи ключову роль кіназ в фізіології клітин, дослідники в 1980-х роках розробили біля 30 нових препаратів.

Станом на 2009 р. секвеновано геном різних форм лейкемії, меланоми, раку легень, яєчків, підшлункової залози, і складено повний каталог мутацій для кожного типу цих форм раку.

В майбутньому лікування хворих буде індивідуальним, в залежності від мутацій в тих чи інших генах та ушкоджених сигнальних шляхах, які будуть виявлені при секвенуванні геному хворого, і спричиняють зростання і тривання пухлини. Для лікування раку, а також для відновлення того чи іншого органу після хірургічного втручання обов'язково будуть використовувати стовбурові клітини.

Очевидно, секрет перемоги над раком полягає в тому, щоб знайти способи і запобігти мутаціям в уразливих клітинах, або способи знищувати клітини-мутанти, не перешкоджаючи при цьому нормальному діленню. Лаконічність цього твердження не відповідає грандіозності завдання. Злоякісне і нормальне клітинне ділення так переплетені генетично, що розплести їх, відокремити один від одного – мабуть, одна з найсерйозніших наукових проблем, що стоять перед людством.

© В.Я. Діхтярук, О.В. Діхтярук, 2018