

2. В разі запалення парааурикулярної нориці і кісти, коли у пацієнтів з'являються скарги на біль в привушній ділянці, припухлість, підвищення температури тіл призначається 10-денний курс антибіотикотерапії та щоденне промивання через норицевий хід розчином антисептика, а після ліквідації запалення – їх видалення.

3. Абсолютним показом до видалення парааурикулярної нориці є її нагноєння. В таких випадках її легше видалити маючи орієнтири.

4. Нами застосовується класична методика видалення ПВН з еліпсоїдним шкіряним розрізом навколо нориці з наступним його вилученням із м'яким тканин і резекцією частини вушного хряща, якщо ніжка розташована в ньому. Косметичний ефект досягається шляхом маскування рубця в привушній складці.

В жодному випадку після нашого лікування (ні в ранньому післяопераційному, ні в віддаленому періодах) жодного випадку рецидивів парааурикулярних нориць нами не спостерігалось.

© Ф.О. Тишко, О.О. Островська, Н.Л. Щукіна, 2018

Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, О.М. ЗАТУШЕВСЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОНКОЛОГІЧНА ХВОРОБА: МНОЖИННІ ПУХЛИНИ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНОЇ І ПАРАТРАХЕАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

В онкологічній практиці нерідко зустрічаються доброякісні і злоякісні пухлини різноманітної будови і навіть однієї локалізації. В таких випадках вони видаляються одночасно різними підходами до місця їх локалізації або шляхом розширення операційного. В залежності від природи пухлин, їх локалізації, розповсюдженості їх хірургічне лікування доповнюється променевим, хіміотерапевтичним (тобто, застосовують комплексне або комбіноване лікування).

Найскладнішою в анатомічно-топографічному і гістологічному відношенні є шия людини. Тому, саме там можна зустріти одночасну локалізацію пухлин різної гістологічної будови: зі слизової оболонки, гладеньких м'язів, нервових оболонок, хрящів гортані, трахеї, слинних залоз, щитовидної і паращитовидних залоз. Саме тому, хочемо поділитися нашим досвідом діагностики і лікування пацієнтки з одночасною наявністю парагангліоми трахеостравохідної борозни та лейоміосаркоми підголовного простору.

Парагангліома (хемодектома) – це хеморецепторне утворення, яке розвивається частіше з гломусів у ділянці розгалуження загальної сонної артерії (у біфуркації) або на внутрішньозадній поверхні на початку шийної частини внутрішньої сонної артерії, в зоні дуги аорти, яремної цибулини, блукаючого нерва та інших ділянках де є хеморецептори. Переважно страждають на цей різновид пухлин жінки у віці 20-50 років. Пухлини переважно однобічні, ростуть повільно, роками, у 15-20% злоякісні форми, що

метастазують в регіональні лімфатичні вузли (Абизов Р.А., 2001).

Лейоміосаркома – надзвичайно досить рідка форма злоякісної пухлини, що походить з гладкої м'язової тканини, та характеризується раннім метастазуванням у віддалені органи. В групу ризику по захворюваності лейоміосаркомой входять жінки 40-50 років і старше.

Отже, хвора М., 66 років, поступила у ЛОР-відділення КМКЛ №12 в 2017 році зі скаргами на осиплість голосу протягом 3 місяців, порушення дихання, задишку, що поступово посилювалась (діагностовано стеноз в стадії компенсації) та останні місяці заважала пацієнтці повноцінно працювати.

Із анамнезу хвороби відомо, що 2 роки тому пацієнтка була прооперована з приводу лейоміоми трахеї (в 2015 виконана циркулярна резекція трахеї з накладанням міжтрахеального анастомозу). Післяопераційний період перебігав важко: в ранньому терміні спостерігався стеноз верхніх дихальних шляхів I-II ст., реактивний набряк в ділянці присінка гортані і діагностовано парез лівої голосової складки (чого не було до операції). На післяопераційному КТ органів ший і грудної клітки: просвіт трахеї вільний, діагностовано об'ємне утворення в ділянці лівої трахеостравохідної борозни (1,2см*0,7см*1,8см) (також не було діагностовано до операції). В пізньому післяопераційному періоді зафіксовано 2 епізоди ідіопатичного набряку вестибулярного відділу гортані зі стенозом II ст., що купувались медикаментозно за місцем проживання).

Під час перебування хворої у ЛОР-відділенні КМКЛ №12 виконано фіброскопію гортані (діагностовано новоутворення правого підголосового простору, що на 1/3 перекриває просвіт гортані), КТ і МРТ шиї з контрастуванням (діагностовано новоутворення в просвіті гортані, що росте з правої підголосової її стінки та об'ємне утворення в ділянці лівої трахеостравохідної борозни розміром 1,3см*1,0см*2,2см). Відносна рідкість і не типовість ситуації, мізерність клінічних ознак створили певні труднощі в розпізнаванні патології, особливо в проведенні диференційної діагностики. Тому додатково пацієнтці виконано УЗД щитовидної та паращитовидних залоз (діагностовано багатовузловий зоб, метастаз лімфовузла?) та гормональне дослідження функції (підвищений рівень паратгормону).

На підставі отриманих результатів було прийнято рішення виконати ларинготрахеостомию. Під час операції абластично видалено з правої бокової стінки гортані в підголосовому

просторі пухлину, що виявилась лейоміосаркомою (ймовірніше це метастазування та злоякісна трансформація доброякісної лейоміоми трахеї, яка була видалена у пацієнтки в 2015 році), та пухлину в ділянці лівої трахеостравохідної борозни яйцевидної форми, гладкої поверхні брудно-червоного кольору, на розрізі – світло-сірого кольору, що виявилась парагангліомою. Перев'язку сонної артерії не проводили, пухлину вилучили шляхом поступового відшарування від інтими судини. За даними літератури, майже у половини пацієнтів, можна провести її видалення без перев'язки судин (Абизов Р.А., 2001).

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. В ранньому післяопераційному періоді повернулась рухливість лівої половини гортані. Метастазів в лімфовузлах на внутрішні органи за даними МРТ і КТ не виявлено.

Зараз пацієнтка проходить курс променевої терапії та планується в подальшому закріплення ларинготрахеостоми.

© Ф.О. Тишко, О.О. Островська, О.М. Затушевський, 2018

В.І. ТРОЯН, К.Г. НАЗАРЕНКО, І.О. СІНАЙКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ В ЛОР-КЛІНІЦІ ЗДМУ ЗА 2014-2017 рр.

Канцерогенне навантаження на мешканців м. Запоріжжя, зумовлене високим рівнем антропогенного забруднення довкілля, сприяє збільшенню захворювання раком гортані (РГ), яке в області за даними Національного канцер-реєстру 2014-2017 рр. збільшилось від 6,2 до 7,1 на 100 тис. населення. В зв'язку з чим нами було проведено аналіз захворюваності на РГ, ефективність лікування та його недоліки.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 262 історій хвороб пацієнтів на РГ які знаходились на спеціалізованому лікуванні в ЛОР – клініці ЗДМУ за період 2014-2017 роки.

Результати дослідження. Вік пацієнтів колихався від 42-82 років. Середній вік склав $(58,63 \pm 1,23)$ років. Співвідношення чоловіків до жінок складає 21,5:1. За стадіями хворі розділялись таким чином: I-II стадії – 123 (47,8%), III стадія – 97 (37,1%), IV стадія – 42 (15,1%). Всі пацієнти отримали комбіноване лікування з хіру-

ргічним компонентом на першому етапі. У хворих з I та II стадіями в схему хірургічного лікування з різними за обсягом резекціями було включено абластику методом радіочастотної термоабляції. При III-IV стадіях проводили різні за обсягом ларингектомії. У 22 пацієнтів з IV стадією лікування виконувалось лише хіміо-променевим методом, який зазвичай носив паліативний характер. Тривалість дворічного безрецидивного періоду після отриманого лікування була наступною: у хворих з I – II стадією вона складала 94,3%, з III стадією 82% пацієнтів, IV – 38%.

Висновки: високий відсоток (47,8%) госпіталізованих з I – II стадією свідчить про своєчасну діагностику РГ в м. Запоріжжі. Збільшення трирічної безрецидивної виживаності хворих з I – II стадіями викликане впровадженням абластики методом РЧТА та профілактикою місцевих післяопераційних та променевих ускладнень. Недоліками слід вважати наявність значного відсотка хворих з IV стадією.

© В.І. Троян, К.Г. Назаренко, І.О. Сінайко, 2018