

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

ендоскопічними методами, які включали в себе діатермічну електроексцизію, лігування, кліпування, резекцію пухлини зі слизової товстої кишки. Вибір методу лікування залежав від макроскопічного виду пухлини, розміру .

**Результати.** Всі пацієнти незалежно від виду лікування протягом двох років проходили діагностичну колоноскопію з обов'язковою біопсією з місця видалення пухлини (частіше рубця). Рецидив склав 21% після хірургічного лікування і 17% після використання ендоскопічних методик.

**Висновки.** В ході дослідження виявлено, що ворсинчаті пухлини великих розмірів можуть бути успішно видалені за допомогою ендоскопічних методик у процесі лікувальної колоноскопії, що позбавляє пацієнтів від ряду ускладнень, пов'язаних з інтраабдомінальними операціями.

## ЛІКУВАННЯ ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ: РЕЦИДИВИ ТА ВПЛИВ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Марцінковська І.Р., Донецька Ю.В.*

*Науковий керівник: доц. Лупир А.В.*

*Харківський національний медичний університет, кафедра отоларингології*

Поєднання поліпозного риносинуситу (ПРС), бронхіальної астми (БА) і непереносимості нестероїдних протизапальних препаратів являє собою серйозну проблему. ПРС – це рецидивуюча хвороба, яка веде до ускладнення носового дихання й нюху, також являється фактором ризику маніфестації бронхіальної астми.

**Мета:** Аналіз лікування поліпозного риносинуситу.

**Матеріали та методи.** На базі Харківської ОКЛІ провели аналіз історій хвороби 65 хворих у віці від 21 до 78 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в 2014-2016 році з діагнозом «Поліпозний риносинусит». Визначено 2 групи пацієнтів: пацієнти з ПРС (46) і пацієнти з ПРС, асоційованим з БА середнього ступеня тяжкості (19).

**Результати:** Велика частина пацієнтів має вік від 50 до 65 років. У випадку ПРС, асоційованого з БА, середній вік пацієнтів ( $50,9 \pm 15$  років) менше, ніж у пацієнтів з ПРС ( $60 \pm 17,3$  років). Більшість хворих (39%) госпіталізовані з приводу ПРС в 1 раз, проте були пацієнти (2 з 65), які перенесли поліпектомію вже в 9 раз. Крім того, частота госпіталізації пацієнтів 1 групи майже вдвічі менше, ніж пацієнтів 2 групи. Середня тривалість хвороби у пацієнтів 1 групи (ПРС) становить 6,2 року, у пацієнтів 2 групи (ПРС + БА) - 11,7 років. Ремісія у пацієнтів з коморбідною патологією триває менше (4,7 років), ніж у випадку ПРС без БА (8,7 років). Також у ході дослідження розрахували показник еозинофільно-лімфоцитарного індексу: підвищений рівень ( $> 0,1$ ) виявлено у 36,8% і 72,3% пацієнтів з 1 і 2 групи відповідно. Усім пацієнтам проведено хірургічне лікування поліпів. У 39% випадків поліпектомія проведена ендоскопічним методом. Поліпшення перебігу БА після поліпектомії відзначено у 45% хворих з коморбідною патологією, при цьому у частини хворих відзначено зменшення дози глюкокортикостероїдів.

**Висновки.** 1. Поєднання ПРС з бронхіальною астмою обумовлює більш ранній початок захворювання, часте рецидивування поліпів і астми, меншу тривалість періоду ремісії. 2. Для діагностики має значення розрахунок еозинофільно-лімфоцитарного індексу, який за даними проведеного дослідження підвищений у 36.8% пацієнтів з ПРС і 72.3% з ПРС + БА. 3. Хірургічне лікування пацієнтів із поєднаною патологією в 45% випадків покращує перебіг бронхіальної астми і позитивно впливає на якість життя пацієнтів.