

Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації
Одеський Національний медичний університет
Одеське обласне товариство оториноларингологів

ХІІІ З'їзд оториноларингологів України

20-22 вересня 2021 р.

Одеса – 2021

Редакційна колегія

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); доктор медичних наук М.Б. Самбур; доктор медичних наук, професор С.М. Пухлік; доктор медичних наук, професор О.М. Борисенко; доктор біологічних наук, професор С.В. Верьовка; доктор медичних наук, професор Д.Д. Заболотна; кандидат біологічних наук А.Ф. Карась; доктор медичних наук, професор Е.В. Лукач; доктор медичних наук В.І. Луценко; доктор медичних наук, професор О.Ф. Мельников; доктор медичних наук В.М. Писанко; доктор медичних наук, професор Т.А. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

Адреса редакції: 01680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3, тел. +38 044 483 12 82

Підписано до друку 10.09.2021 р.

Зам. 9-1000. Формат 60x84/8. Тираж 1400 прим.

Виготовлено ФОП Чудутова Г.Ю.

Висновки. Злоякісні пухлини шкіри зовнішнього носа можуть розвинути в результаті дії провокуючих факторів та пролонгованої їх дії (шкідливих агентів), так як зовнішній ніс є відкритою зоною. І тому своєчасне звертання людини до лікаря на ранній стадії розвитку змін шкіри зовнішнього носу це життєва необхідність, для того щоб своєчасно провести адекватне обстеження,

спостереження і при необхідності лікування. Для зменшення кількості злоякісних пухлин шкіри потрібно проводити профілактику, яка полягає в уникненні людиною надмірного навантаження фізичних (УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги), хімічних (контакт із сажею, з сіркою, смолами, дьогтем та миш'яком) та термічних агентів, що призводять до малігнізації пухлинного процесу.

© С.М. Пухлік, А.Ф. Євчева, І.Е. Чернишева, 2021

С.М. ПУХЛІК, В.В. КОЛЕСНІЧЕНКО (ОДЕСА, УКРАЇНА)

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВИКОРИСТАННЯ ТРАНКСАМОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ВИКОНАННІ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

Рецидивуючий тонзиліт одне з найпоширеніших ЛОР захворювань. Тонзилектомія, як метод хірургічного лікування пов'язана з крововтратою та супроводжується частими періопераційними кровотечами. Частота ускладнень може сягати 10%. Для контролю кровотеч доцільне використання гемостатичної терапії. Різноманітність існуючих сьогодні гемостатичних препаратів досить невелика. На даний момент перспективними для активного вивчення і подальшого використання відносно покращення гемостазу є препарати з групи інгібіторів фібринолізу.

Найбільшу активність серед препаратів цієї групи має синтетичне похідне амінокислоти лізин – транексамова кислота. Антифібринолітична дія транексамової кислоти полягає в оборотньому блокуванні ділянок зв'язування лізину на молекулі плазміногену. Транексамова кислота сьогодні досить широко використовується для зменшення крововтрати при операціях у кардіохірургії, ортопедії та травматології, урологічних операціях та при кесаревому розтині. На даний час продовжують активно проводитися дослідження відносно ефективності застосування розчину транексамової кислоти у ЛОР спеціальності, зокрема при виконанні тонзилектомії.

Ми провели огляд досліджень, що були опубліковані за останні роки в цій області. У рандомізованому контрольованому дослідженні, проведеному в 2011 році George A, Kumar R та співавторами, одноразове внутрішньовенне введення транексамової кислоти в дозі 10 мг / кг в преопераційному періоді асоціювалося з меншою крововтратою (36,64 мл) в порівнянні з контрольною групою (66,32 мл). У подвійному сліпому рандомізованому дослідженні проведеному в Бразилії в 2012 році Brum M та співавторами, в якому 95 дітей перенесли

тонзилектомію, автори дійшли до висновку, що транексамова кислота у дозі 10 мг / кг до операції не давала значного зниження крововтрати під час операції, а також зменшення частоти вторинних кровотеч протягом 10 днів після операції. Широкий системний огляд та метааналіз застосування транексамової кислоти при тонзилектомії, проведений Chan CC, Chan YY в 2013 році підтвердив, що використання транексамової кислоти достовірно зменшувало крововтрату під час операції, але не виявив будь-якого зниження частоти епізодів кровотеч після тонзилектомії. За даними дослідження, проведеного Robb PJ та Thorning G в 2014 році в Англії, периопераційне застосування транексамової кислоти в одноразовій дозі 10 мг / кг може знизити частоту первинних кровотеч після тонзилектомії. Результати цього дослідження вказують на потенційну користь і необхідність великого проспективного багаточетрового рандомізованого контрольованого дослідження. На даний час не існує досить чітких вказівок відносно дози, яку рекомендовано застосовувати в періопераційному періоді. У дослідженні 2018 року Saad D Elzayat та Ahmed S Elgebaly отримали позитивні результати відносно зменшення обсягу крововтрати при використанні транексамової кислоти за розрахунком 15 мг / кг при тонзилектомії у педіатричній практиці. Публікація Koizumi M та співавторів за 2019 рік, що відображає результати дослідження, проведеного в Японії з використанням даних ретроспективної когорти з 117 598 пацієнтів 750 лікарень, які перенесли тонзилектомію в період між 2010 і 2016 роками, вказала на відсутність достовірних відмінностей в об'ємі крововтрати і частоті післяопераційних кровотеч при використанні транексамової кислоти.

Також є дані щодо аплікаційного використання транексамової кислоти.

Опубліковане в 2015 році дослідження Hinder D та Tschopp K виявило незначну різницю в загальній частоті післяопераційних кровотеч (19% і 22% відповідно) при аплікаційній застосуванні розчину транексамової кислоти в області ніш піднебінних мигдалин. Однак дослідження, проведене в Німеччині в 2019 році Schwarz W та Ruttan T, показало перспективні результати щодо аплікаційного застосування транексамової кислоти

для контролю післяопераційних кровотеч у пацієнтів, які перенесли тонзилектомію.

Як ми бачимо, результати багатьох досліджень досить суперечливі, а інколи, навіть, протилежні. Однак, висновки всіх публікацій вказують на необхідність проведення додаткових досліджень в даній області і потенційну користь від використання розчину транексамової кислоти в ЛОР практиці.

© С.М. Пухлік, В.В. Колесніченко, 2021

С.М. ПУХЛИК, А.А. СУВОРКИНА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ХРОНИЧЕСКИЙ ФАРИНГИТ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Хронические фарингиты (ХФ) это одна из наиболее часто встречаемых патологий верхних дыхательных путей, с которой обращаются пациенты к оториноларингологам. Исследования показывают, что в течение года с жалобами на боли в горле обращается 16% взрослого населения (Anthony R 2013). В литературе часто используется термин «тонзиллофарингит» или «фаринготонзиллит», который отсутствует в МКБ-10. На сегодняшний день в лечении хронических фарингитов предлагаются как медикаментозные методы, которые включают в себя антибактериальные препараты, противовоспалительные, антидепрессанты и т.д., так и разнообразные физиотерапевтические методы, такие как магнитолазерофорез и акупунктура (И.В. Милюневский 2011; Ф.Д. Евчев, 2016; А.И. Крюков, 2018).

Однако основа патогенеза ХФ остается спорной, и на сегодняшний день дискутируются вопросы этиологии и патогенеза хронического фарингита, который, по мнению большинства авторов, является полиэтиологическим заболеванием (Li Z., 2019).

Согласно данным ВОЗ, в настоящее время около 5% взрослого населения планеты и 15% детского страдают аллергическими заболеваниями. На сегодня насчитывается более 80 млн. аллергиков в Европе и более 65 млн. в США. Согласно прогнозам ученых, через 3-4 года в Европе аллергией будет страдать каждый второй житель.

Современная наука выделяет патологии аллергической этиологии с клиническими проявлениями в области слизистых оболочек. Аллергический конъюнктивит или симптомы конъюнктивы присутствуют у 30-71% пациентов с аллергическим ринитом (Leonardi A, 2015).

Эозинофильный эзофагит считается специфической формой пищевой аллергии.

Целью нашей работы является анализ посредством библиографического обзора, клинических особенностей хронических фарингитов аллергической этиологии.

В ретроспективном исследовании участвовало 85 пациентов. Все они жаловались на боли в горле. У всех был тщательно собран анамнез жизни, анамнез болезни, семейный и аллергический анамнез. При сборе анамнеза всем пациентам был предложен разработанный нами опросник жалоб, характерных для хронического фарингита. А также тест на наличие влияния соматического статуса пациента в развитии тревожных состояний и депрессий, основанный на опроснике (GAD-7) scale, тесте PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) и госпитальной шкале (HADS). После анализа данных опросников, пациенты были разделены на три группы. В первой группе больных были выявлены следующие жалобы: боли в горле, першение, жжение, неприятный привкус во рту, поперхивание, частые изжоги. Часть данных больных обследованы и наблюдаются у гастроэнтерологов по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Во второй группе отмечались жалобы на ощущение «комка» в горле, першение, поперхивание, характерные для хронического фарингита, а также жалобы на раздражительность, отсутствие аппетита, ощущение тревоги, нервозности и паники, проблемы со сном, присущие для пациентов с тревожными расстройствами и депрессиями. В третьей группе пациенты жаловались на: першение, жжение, боли в горле, кашель, чихание, заложенность и выделения из носа, слезотечение. У некоторых пациентов жалобы носят сезонный