

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.

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

характер. У части больных жалобы круглогодичные, но имеют период обострения в весенне-летний период, а также наличие аллергических заболеваний в семье.

Затем проводился клинический осмотр – фарингоскопия, выполнялся ряд клинических и инструментальных методов исследования: ОАК, исследование IgE, Цитологическое исследование глоточной и носовой слизи.

Таким образом мы выделили основные жалобы, характерные для всех форм хронического

фарингита: першение, боли, жжение в горле. Однако остальные жалобы могут варьировать. Поэтому мы считаем важным на первом этапе обследования таких больных использовать диагностический алгоритм уже на этапе сбора анамнеза для дальнейшего грамотного ведения больного и решения вопроса о необходимости дальнейшего аллергологического обследования, что станет целью нашего следующего исследования.

© С.М. Пухлик, А.А. Суворкина, 2021

*С.М. ПУХЛИК, О.В. ТИТАРЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ СИНДРОМА СЛАДЕРА**

Невралгия крылонебного узла нередко имеет вторичный характер и в большинстве случаев протекает на фоне какой-либо патологии полости носа или придаточных пазух. Помимо парасимпатических и симпатических волокон, п. pterigopalatinus содержит чувствительные корешки, которые имеют связи с реснитчатым и ушным узлами. В связи с полиморфностью проявлений данной невралгии, пациенты нередко обращаются с жалобами на болезненные ощущения в ухе, глотке, не обращая внимания на носовую симптоматику.

Мы наблюдали 7 случаев проявления синдрома Сладера. Только в 1 из них невралгия не была связана с носовой патологией и возникла после перенесенной герпетической инфекции верхних дыхательных путей. У 3 пациентов диагностировано обострение хронического гнойного гемисинусита, причем у 2 – одонтогенного характера. У 2 лиц периодическое подострое течение наблюдалось на фоне искривления носовой перегородки и обострения хронического вазомоторного ринита, у 1 – при рецидивирующем бактериальном тонзиллите. Ведущей жалобой было появление нарастающего пароксизмального болевого симптома, причем нередко не в зоне локализации источника возникновения невралгии. Чаще всего боль локализовалась в области неба с иррадиацией в ухо, шею, затылок, глазное яблоко. Трое из пациентов были направлены в клинику от смежных специалистов (невропатологов, стоматологов, окулистов), которыми уже был проведен малоэффективный курс терапии. Отличительным характером невралгии было появление расстройства носовой вегетатики, которое сопровождалось гиперсекрецией слизи, усилением отека слизистой оболочки полости носа, щеки,

односторонним затруднением носового дыхания, гиперемией конъюнктивы, слезотечением. В межприступном периоде в 3 случаях отмечалась гипестезия мягкого и твердого нёба, боковой стенки глотки, парестезии лица. 4 пациента жаловались на появления шума в ухе на стороне поражения. Причем у двоих он был связан с развившимся тубоотитом, носил постоянный низкочастотный характер. У 1 пациента появлялись щелкающие звуки в ухе, вероятно связанные с судорожными сокращениями мышц глотки. У одного больного диагностирована острая сенсоневральная тугоухость вирусной этиологии без воспалительного процесса в среднем ухе, вестибулопатия.

Всем пациентам назначалась КТ придаточных пазух носа, на которой оценивалось не только их состояние, но и окружающих анатомических образований (носоглотки, среднего уха, крылонебной ямки) для исключения, в первую очередь, опухолевой причины заболевания.

Отличительным диагностическим признаком заболевания являлось прекращение (3) или снижением интенсивности (4) болевого симптома на фоне смазывания боковой стенки носа 10% раствором лидокаина. Однако однократного применения было недостаточно, боль возвращалась после окончания действия лекарственного препарата. Поэтому назначали его в виде закапывания в нос, лежа на соответствующем боку 3-4 раза в день. Однако первоочередной задачей лечебной тактики была санация источника инфекции, и как следствия – вторичной невралгии. Помимо этиотропной назначалась патогенетическая терапия: системное применение нестероидных противовоспалительных препаратов, кортикостероидных гормонов, противосудорожных медикаментов (финлепсин,