

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.

кількість помилок здійснюється лікарями саме при комбінованій терапії, адже, в більшості випадків П. немає достатньої доказової бази, підвищує ризик побічних реакцій, а також існують перспективи недоцільних чи нераціональних взаємодій між призначеними ліками.

За даними ВООЗ питання П. визнана серйозною проблемою для всіх країн, на сайті зазначено, що: «більше половини ліків неправильно призначають, відпускають або продають, а половина всіх пацієнтів, які отримують лікарські засоби, неправильно вживають їх». Це призводить до марного витрачання ресурсів, виникнення загроз для здоров'я, які можуть привести до госпіталізації пацієнта чи навіть летального результату.

Основними факторами ризику П. є: стан здоров'я пацієнта; соціальні та демографічні показники; зростання частоти лікарських взаємодій і широке застосування фармакотерапії; постійне збільшення кількості генериків ЛЗ та їх

номенклатури (в Україні цей показник є більшим ніж 80%); зростання ринку безрецептурних ЛЗ (в Україні це до 60% загального обсягу ринку ЛЗ); агресивний маркетинг; міфотворчість у фармакотерапії; застосування ЛЗ придбаних через інтернет, без призначення лікаря, тощо.

Дана проблема в умовах пандемії COVID-19 стала досить гострою, зважаючи на велику кількість пацієнтів з коморбідністю чи мультиморбідністю. Тому, завданням кожного лікаря є розробка і реалізація ефективних механізмів забезпечення коректного призначення ЛЗ, тільки при наявності відповідних показань та інформування пацієнтів про потенційні ризики. І незважаючи на те, що боротьба з поліпрагмазією в Україні ведеться, як правило, шляхом фармаконагляду, також необхідним є постійне підвищення лікарської кваліфікації і залучення клінічного провізора в заклади охорони здоров'я, як фахівця у сфері раціональної фармакотерапії.

© О.І. Тинітовська, 2021

*О.В. ТИТАРЕНКО, О.А. ТИТАРЕНКО, В.С. ЛИСОВЕЦКАЯ, И.В. ДОБРОНРАВОВА  
(ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **ДИСФУНКЦИЯ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ**

Дисфункция евстахиевой трубы является актуальной круглогодичной проблемой из-за полиморфности и полиэтиологичности заболевания. Мы наблюдали 126 взрослых пациентов с острыми или обострениями хронических дисфункций. Воспалительный отек слизистой оболочки евстахиевых труб у всех больных, в первую очередь, был связан с патологией носоглотки, полости носа и придаточных пазух: вирусными риносинуситами (23), острыми и хроническими бактериальными синуситами (37), аллергическими ринитами (38), искривлением носовой перегородки (57), гипертрофией лимфоидной ткани, аденоидитом (7), рубцовыми изменениями в области устьев после оперативных вмешательств (6), наличием кист носоглотки (4), опухолевых процессов (9). При данных видах патологии происходило активное или пассивное повышение давления в носоглотке с последующим забросом ее содержимого в устья слуховых труб и развитием интратимпанального воспалительного процесса (катарального, гнойного среднего отита, хронического катара среднего уха, адгезивного среднего отита). Хронизация воспалительного процесса приводила к повышению сосудистой проницаемости, пролиферативному процессу и развитию рубцовых стриктур евстахиевых труб у

16 больных. При отомикроскопии у пациентов отмечалось втяжение и ограничение подвижности барабанной перепонки (38), рубцовые изменения (27), наличие в толще петрификатов в сочетании с участками атрофии, ретракционные карманы (26), желтушность окраски, наличие уровня жидкости и пузырьков воздуха (56). У 7 пациентов обнаружено зияние слуховой трубы на фоне субатрофического процесса полости носа и носоглотки, ГЭРБ, а также при длительном применении топических кортикостероидов у больных с аллергическим ринитом и полипозным риносинуситом. У данных пациентов ведущими жалобами было не снижение слуха, а чувство давления в ухе, появления посторонних звуков, аутофония с выраженным резонансом собственного голоса, шум при дыхании.

Исследование слуха проводилось пороговой тональной аудиометрией, при которой у всех пациентов выявлен кондуктивный компонент тугоухости. У 45 пациентов обнаружена смешанная тугоухость. Большую диагностическую ценность предоставляли данные импедансометрии. Тимпанометрия проводилась дважды, до и после продувания ЕТ, что позволяло провести оценку ее проходимости. Тимпаногаммы тип «С» обнаружены у 76 больных, типа «В» – у 67. У 34 больных выявлена двусторонняя кондуктивная

тугоухость с различными типами тимпаногрaмм. У 10 пациентов на фоне клапанной дисфункции слуховой трубы обнаружен ее накачивающий эффект, что проявлялось повышением давления в барабанной полости при тимпанометрии. Следует отметить, что жалобы, анамнестические данные и данные объективного обследования у них практически не отличались от вышеприведенных нозоформ. Диагноз был установлен только по данным тимпанометрии. При зиянии слуховой трубы обнаружены высокоамплитудные «А» и «Д» типы. У 97 пациентов с дисфункцией евстахиевой трубы акустический рефлекс не регистрировался.

© О.В. Титаренко, О.А. Титаренко, В.С. Лисовецкая И.В. Добронравова, 2021

*Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ГЛОТКОВО-СТРАВОХІДНА ДИСФАГІЯ ТРАВМАТИЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

Порушення функції ковтання відноситься до інвалідизуючої патології і є проблемою невропатологів, психіатрів, отоларингологів і хірургів. Виникає в результаті порушення інервації з боку n. vagus (X пара), n. glossopharyngeus (IX пара), n. hypoglossus (XII пара) або дентального походження, або також атрофії нервів.

Проблемою оториноларингологів і хірургів є механічна дисфагія, що настає в результаті механічних та хімічних (опіки) травм (закритих і відкритих) односторонніх або двосторонніх, а також за наявності дивертикулів шийного відділу стравоходу.

Найбільш небезпечними є відкриті травми гортаноглотки, гортані (травми надгортанника). Гортань і гортаноглотка опускаються вниз, зіваюча рана призводить до порушення прийому їжі, втрати слини, голосу і повного дискомфорту, є можливість розвитку аспіраційної пневмонії. Механічна дисфагія ліквідується тільки хірургічним шляхом.

В таких випадках проводиться мобілізація гортані, переміщення її в верх, накладається анастомоз між гортанню і гортаноглоткою, відновлюється анатомічна структура надгортанника, всього вестибулярного відділу гортані та гортаноглотки. Мобілізована гортань зшивається з краями гортаноглотки, досягаючи герметичності. Препарується під'язикова кістка, до якої підшивається гортань, накладається анастомоз між гортанню та гортаноглоткою та нервами передньої групи ший; проводиться ревізія гілок n. vagus, видаляється рубцева тканина, яка порушує інервацію м'язів ший. Голова нахиляється вниз і фіксується в опу4щеному стані протягом 7-10 діб з

Комплекс лечебных мероприятий включал консервативную и оперативную санацию верхних дыхательных путей, катетеризации евстахиевых труб с введением интратимпанально кортикостероидов, лидазы. 14 пациентам выполнено шунтирование барабанной перепонки.

В процессе лечения мы отмечали, что нормализация тимпанометрической кривой происходила значительно позже, чем исчезновение жалоб пациентов, отскопической картины заболевания и восстановления нормальных показателей тональной пороговой аудиометрии, что указывает на приоритетное значение тимпанометрии в диагностике дисфункции евстахиевой трубы.

метою утримання гортані в анатомічних структурах ший. Прийом їжі per os дозволяється на 8-10 добу після операції.

Вказана травма ший, гортані, гортаноглотки потребує негайної хірургічної допомоги. Смертність висока. Здебільшого операцію ларингопексію проводять в пізньому післяопераційному періоді, відновлюючи всю структуру ший, гортані, гортаноглотки з метою відновлення функцій ковтання, дихання і голосу.

Під нашим спостереженням знаходилось 20 пацієнтів: у 5 пацієнтів після хімічних опіків настало рубцювання (стенози і атрезія) гортаноглотки та шийного відділу стравоходу; у 7 пацієнтів часткові дефекти гортані (прокольні, горизонтальні) після операцій з приводу злоякісних пухлин; у 5 – відрив гортані від під'язикової кістки, кореня язика, гортаноглотки; у 3 пацієнтів виявлено глотково-стравохідний дивертикул. Всі пацієнти прооперовані з позитивним результатом. Проведені операції: у 5 – відновлення прохідності гортаноглотки та шийного відділу стравоходу одночасно з формуванням вестибулярного відділу гортані; у 7 – реконструкція гортаноглотки та вестибулярного відділу гортані; у 5 – проведені ларингопексія з одночасним відновленням вестибулярного відділу гортані; у 3 пацієнтів видалений дивертикул Ценкера. Отримано позитивний результат з відновлення функцій ковтання, дихання і голосу.

Відновлювально-реконструктивна хірургія гортані, гортаноглотки, шийного відділу стравоходу доцільно і раціонально проводити одночасно і своєчасно. У віддаленому періоді відновлення анатомічної структури і функцій