

ГО «УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ»
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

Журнал
**вушних,
носових
і горлових
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 3-с

травень
2018

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні технології діагностики та лікування в оториноларингології» (14-15 травня 2018 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 19.04.2018 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 1000 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

Самусенко С.А., Головка Н.А., Филатова И.В., Арнольди В.М., Рюмина Т.Н., Чуваков В.Л., Безпечный С.В. Современные особенности клиники, диагностики и лечения внутричерепных осложнений	115
Самусенко С.О., Головка Н.А., Лозова Ю.В., Распопова И.Ю. Маркерна патологія як джерело індикаторів якості надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги дітям	116
Синайко И.О., Лобова О.В. Наш опыт лечения пациентов с функциональными гипотонусными нарушениями голоса	118
Скобская О.Е., Малышева А.Ю., Киселева И.Г., Кваша Е.М. Ранние диагностические критерии бульбарной формы миастении	119
Сліпецький Р.Р., Галай О.О. Основні зміни у TNM-8 при пухлинах голови та шиї	119
Сонник Н.Б., Лобурец В.В., Подовжний А.Г. Гипертрофия миндалин лимфоузловатого кольца в сочетании с патологией уздечек губ и языка у детей	120
Тімен Г.Є., Безега М.І., Лобурец В.В. Особливості надання допомоги пацієнтам з гострим середнім отитом, ускладненим мастоїдитом	121
Тімен Г.Є., Писанко В.М., Вінничук П.В., Миронюк Б.М., Савчук Л.А., Руденька К.Л., Сапїжак І.І., Хоменко М.Г. слухова реабілітація дітей з атрезією зовнішніх слухових проходів за допомогою імплантаційних систем кісткової звукопровідності	122
Тімен Г.Є., Писанко В.Н., Чубко С.П., Мудрий А.С. Хирургическое лечение ангиофибромы основания черепа	123
Тинітовська О.І. Зміни системного гуморального та клітинного імунітету у пацієнтів з різними станами лімфоузловатого кільця після застосування мукозальних вакцин	124
Титаренко О.В., Титаренко О.А., Добронравова И.В., Лисовецкая В.С. Наши наблюдения больных с субъективным шумом в ушах	125
Тишко Ф.О., Островська О.О., Щукіна Н.Л. Парааурикулярні нориці і кісти	126
Тишко Ф.О., Островська О.О., Затушевський О.М. Онкологічна хвороба: множинні пухлини ларинготрахеальної і паратрахеальної локалізації	127
Троян В.І., Назаренко К.Г., Сінайко І.О. Аналіз захворюваності та ефективності лікування хворих на рак гортані в ЛОР-клініці ЗДМУ за 2014-2017 роки	128
Хоботова Н.В. Низкоэнергетическое лазерное излучение в комплексной терапии больных с хроническим полипозным риносинуситом	129
Цвірінько І.Р., Заболотна Д.Д. Стан носового дихання в пацієнтів після видалення доброякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки	129
Центило В.Г., Минаев А.А., Навка О.П. Ретинированный дистопированный сверхкомплектный зуб полости носа	130
Цепколенко А.В. Возможности клеточных технологий в современной ринохирургии	131
Цьолко Т.Р., Галай О.О., Дуда О.Р., Шмідт М.Р., Бондаренко С.Г., Лудчак В.Ю., Сендега І.М., Друзюк О.В., Сліпецький Р.Р., Карп С. Ю. Вплив радикального хірургічного втручання на якість життя у ЛОР-онкохворих	132
Шевченко Т.О., Сушко Ю.О., Сребняк І.А. Попередження післяопераційних сенсоневральних ускладнень у хворих на хронічний гнійний середній отит з тимпаносклерозом за результатами превентивного лікування	134
Шевчук Ю.В., Гнатюк С.М., Гнатюк В.В. Наш досвід знеболення при проведенні хірургічних втручань в дитячій оториноларингології	135
Шидловська Т.А., Куреньова К.Ю., Іванченко Т.Г., Козак-Волошаненко Ю.М. Роль фонопедії при відновленні голосу у дітей та підлітків з функціональною афонією	136
Шидловська Т.А., Куреньова К.Ю., Пойманова О.С., Коровай О.О. Врахування стану вібраторних коливань голосових складок при порушеннях голосу	137
Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Козак М.С., Овсяник К.В., Петрук Л.Г. Функціональний стан кровообігу головного мозку у військовослужбовців, які отримали акутравму в реальних бойових умовах, в залежності від стану слухової функції	137
<i>Журнал вушних, носових і горлових хвороб, №3-с, 2018</i>	167

інструкції, протягом 3 місяців і після закінчення прийому препарату, через 10 днів, повторно збирали РГС.

В рідкій фазі РГС визначали вміст фактора некрозу пухлин (ФНО- α), інтерлейкіну-1 β (прозапальних цитокінів); α -інтерферону та γ -інтерферону (протизапальних цитокінів); лімфокіна, фактору торможення міграції лейкоцитів. Згідно рекомендацій (О.Ф. Мельников, 2017; Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, та співав., 2008). Результати були статистично оброблені з застосуванням непараметричного критерія U (А.Н. Герасимов, 2007).

Результати дослідження. При проведенні даних досліджень було встановлено, що в обох групах пацієнтів, в порівнянні з КГ, був підвищений вміст прозапальних цитокінів. Рівень α -

інтерферону – був найнижчий у пацієнтів після ТЕ, а зміни вмісту γ -інтерферону – незважаючи на значні флуктуації, не були достовірними в усіх групах. При цьому найбільша функціональна активність лімфокіна спостерігалась при ХТ. Застосування обох МВ у пацієнтів з ХТ і після ТЕ сприяли посиленню захисних властивостей РГС, що супроводжувалось нормалізацією рівнів інтерферонів та інших цитокінів. А от зниження інтенсивності гальмування міграції лейкоцитів при ХТ спостерігалось лише після застосування Бронхо-Ваксому.

Висновки. Отримані результати, по застосуванні даних вакцин як локальної, так і системної дії, дозволяють рекомендувати їх для підвищення мукозального імунітету, особливо при наявності хронічного тонзиліту.

© О.І. Тинітовська, 2018

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

НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУБЪЕКТИВНЫМ ШУМОМ В УШАХ

Адекватная терапия пациентов с субъективным шумом в ушах является одной из непростых проблем оториноларингологии и требует предварительной топической диагностики, которая позволяет судить об уровне и степени поражения слухового анализатора с учетом индивидуальных характеристик каждого больного.

Нами обследовано 48 больных, у которых субъективный шум в ушах был ведущей жалобой при обращении. Возраст пациентов колебался от 28 до 68 лет. Сроки обращения – от 2 месяцев до 6 лет от момента появления жалоб. После сбора анамнеза и осмотра ЛОР органов исследовали слуховую функцию пороговой и надпороговой тональной, речевой аудиометрией, импедансометрией. Дополнительно выполняли реоэнцефалографию, доплерографию сосудов головного мозга и позвоночника, при необходимости – МРТ головного мозга. Из наблюдаемой группы снижение слуха выше возрастной нормы отмечалось у 26 пациентов. Причем у 17 из них отмечался сдвиг пороговой адаптации при удовлетворительных показателях речевой аудиометрии, что указывало на периферический характер нарушения слуха. Поражение слуховых структур у 21 больного в области ствола мозга, подкорковых и корковых отделов слуховой системы оценивалось по повышению порогов разборчивости речи, акустического

рефлекса, данным исследования сосудов головного мозга и МРТ. Данная группа лиц требовала обследования совместно с невропатологами. Такие нарушения слуха наблюдались при вертебро-базиллярной недостаточности, атеросклерозе, эндо- и экзогенных интоксикациях. У 8 больных наблюдался посттравматический шум в ушах и голове после перенесенных легких травм головного мозга, которые сопровождались кратковременным нарушением координации движений, вестибулярными расстройствами.

Установление предварительного уровня возникновения шума является важным для выбора методов и средств лечения. При поражении улитки, ствола слухового нерва назначался полный комплекс лечения острой или хронической сенсоневральной тугоухости, включающий кортикостероидные гормоны, ноотропы, ангиопротекторы, дезагреганты, цитопротекторы. Второй группе больных с центральным генезом ушного шума помимо традиционного комплекса терапии назначались психолептические средства – малые транквилизаторы, анксиолитики, антиконвульсанты, редуцирующие психомоторное возбуждение, антидепрессанты, оказывающие успокаивающее и антифобическое действие. С этой же целью применялись различные методы рефлексотерапии. Особую роль играла нейропротекторная терапия в ком-

плексе назначения антиоксидантов, глиатилина и реамберина, способствующих регрессу очаговых неврологических симптомов, в частности, ушного шума. Патогенетически обоснованным методом лечения обеих групп больных являлась внутривенная озонотерапия, способствующая улучшению микроциркуляции и уменьшению тканевой гипоксии как во внутреннем ухе, так и сосудах головного мозга. При наличии кохлеовестибулярного синдрома рационально назначение комплекса специально разработанных упражнений для устранения

вестибулярной симптоматики, а при выраженном шуме в ушах – звукотренирующей терапией.

Проводимая терапия с учетом диагностики уровня возникновения ушного шума и комплексности патогенетических лечебных звеньев позволила добиться эффекта у 34 больных, преимущественно при периферическом поражении слухового анализатора (15 человек). При центральном генезе уменьшение шума достигнуто у 19 пациентов и требовало повторных курсов терапии.

© О.В. Титаренко, О.А. Титаренко, И.В. Добронравова В.С. Лисовецкая, 2018

Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, Н.Л. ЩУКІНА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПАРААУРИКУЛЯРНІ НОРИЦІ І КІСТИ

Серед аномалій розвитку зовнішнього і середнього вуха чинне місце посідають парааурикулярні вроджені нориці (ПВН) та кісти. За твердженням Богомільського М.Р. (2016), парааурикулярні нориці та кісти – найрозповсюдженіша аномалія розвитку зовнішнього вуха з якою доводиться мати справу лікарю-оториноларингологу в практичній діяльності. У світі нараховується 0,1-0,9% осіб, що мають ПВН (Kavuturu V.S., 2013). Вперше ця аномалія розвитку була описана вченим Ван Хоузингером в 1864 р. В літературі можна зустріти багато назв цього явища: преаурикулярна нориця, біля вушна фістула, ушна фістула, преаурикулярна пазуха або синус.

Парааурикулярні нориці – є вродженим пороком розвитку зовнішнього вуха, що виникає під час формування вушної раковини на 5-6 тижні внутрішньоутробного розвитку. За даними літератури у 27,3% вони мають спадковий характер походження. Переважно парааурикулярні нориці і кісти успадковуються за аутосомно-рецесивним типом (Богомільський М.Р., 2016). В цьому випадку вони, як правило, однобічної локалізації. В разі двобічної локалізації ПВН деякі автори (Emery, Salama, 1981; Kavuturu, 2013) мають підтвердження аутосомно-домінантного типу успадкування парааурикулярних нориць, що пов'язано з передачею 8q11.1-q13.3 ланок хромосоми (Bozan, 2016). Приблизно в 50% випадків ПВН є наслідком спорадичної аномалії (Kuczkowski, 2011). Проте, залишається поширеною думка, що парааурикулярні нориці і кісти є ектопованими сірчаними залозами і

після їх видалення та розрізу мікропрепарату в просвіті їх знаходили сірку.

Парааурикулярні нориці і кісти, як правило, мають безсимптомний перебіг. Виявляються вони при звичайному оториноларингологічному огляді одразу після народження або через деякий час після. Проте, найчастіше їх діагностують під час нагноєння та першого епізоду відвідування лікаря з приводу цієї проблеми. Типовими збудниками розвитку запалення ПВН є стафілококова і стрептококова флора, в деяких випадках протеї (Kavuturu, 2013). Щодо лікувальної тактики ПВН однозначної думки немає. Існують погляди, що парааурикулярні кісти і нориці потрібно видаляти в будь-якому випадку або лише під час загострення (шляхом розтину і дренивання), або при нагноєнні виконувати розтин і дренивання, а у віддалений термін після загострення – хірургічне видалення ПВН.

Таким чином, враховуючи актуальність цієї патології та спірні питання щодо правильної тактики лікування, великий діапазон післяхірургічних рецидивів парааурикулярних нориць (рецидивування після хірургічного видалення ПВН складає від 5 до 42% в залежності від хірургічної техніки, виду анестезії і досвіду хірурга (Gupta et al., 2015; Тімен Г.Е., 2008; Prasad, 1990), хочемо поділитися власними досвідом і висновками щодо парааурикулярних нориць і кіст:

1. Лікуванню (терапевтичному, а особливо хірургічному) мають підлягати лише пацієнти з запаленням або нагноєнням парааурикулярної нориці. В разі безсимптомного перебігу пацієнти з парааурикулярними норицями лише динамічно спостерігаються.