

ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ TORHINOLARYNGOLOGY

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ 1-С (2) 2019

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

ЗАБОЛОТНИЙ Д.І.

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА

САМБУР М.Б.

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Інститут отоларингології
ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії
медичних наук України»

Громадське об'єднання «Українське наукове
медичне товариство лікарів-оториноларингологів»

ВИДАВНИК

ТОВ «ВІСТКА»

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

03057, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 3

Тел. +38044 483 12 82

Тел./факс +38044 483 15 80

АДРЕСА ВИДАВНИКА

01042, Україна, м. Київ, Новопечерський пров., 5

Тел./факс +38044 583 50 94

Спеціальний випуск журналу «Оториноларингологія» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні дослідження, хірургічні та терапевтичні підходи в оториноларингології» (20-21 травня 2019 р.).

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

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації: серія КВ №23640-13480Р,
видане Міністерством Юстиції України 20.12.2018 р.

Видання засновано у січні 1924 р. і до грудня 2018 р. виходило під назвою
«Журнал вушних, носових і горлових хвороб»

відсоток транзиторних мікроорганізмів. В групі пацієнтів, що приймали ОМ-85 було встановлено, зниження рівня транзиторної флори в РС пацієнтів хворих на ХТ та після ТЕ, не торкаю-

чись при цьому кількісного складу резидентної флори ротової порожнини, що може розглядатись як позитивний вплив на умовно-патогенну флору.

© О.І. Тинітовська, 2019

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

ЦЕНТРАЛЬНЫЕ СЛУХОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

В подавляющем большинстве случаев причиной звуковоспринимающей тугоухости являются периферические расстройства, однако по данным литературы у 10-20% лиц взрослого возраста встречаются центральные нарушения слуха (как изолированные, так и сочетанные с кохлеарной патологией). Как правило, у молодых людей это чаще возникает после перенесенных вирусных инфекций, интоксикации, на фоне врожденной патологии, у лиц старше 60 лет – при церебральном атеросклерозе, дисциркуляторной энцефалопатии, деменции, болезни Альцгеймера.

Было обследовано 37 пациентов в возрасте от 56 до 87 лет с центральными расстройствами слуха, при этом у всех наблюдалась сочетанная перцептивная тугоухость, у 22 из них – пресбиакузис. Комплекс аудиологического обследования включал тональную и надпороговую аудиометрию. Большую информацию при подозрении на данный диагноз предоставляет речевая аудиометрия, дихотические речевые тесты, слуховая адаптация (тест распада тона), которые выявляют степень нарушения разборчивости речи. При импедансометрии пик тимпаногамм, как правило, был тип «А», акустического рефлекс отсутствовал или был снижен. 7 пациентам для определения уровня поражения слухового пути было произведено исследование КСВП. У большинства пациентов субъективно не нарушалась способность воспринимать простые звуки, но при этом возникали трудности с распознаванием более сложной звуковой информации. В результате проведенного анкетирования данной группы лиц выявлено, что основными клиническими проявлениями для постановки диагноза служило нарушение понимания речи в шумной обстановке (37), при разговоре по телефону (28), прослушивании музыки (32), определении локализации звукового источника (26), нарушении восприятия быстрого тем-

па речи (37); при быстром появлении большого количества новой информации (32); увеличении фонетической сложности (29); при акустико-фонетическом сходстве слов (32), уменьшении зрительного контакта с говорящим (28), использовании современных слов (25); при увеличении расстояния от источника речи (35). У пациентов возникало частое переспрашивание (33), несоответствующая реакция на вопрос (28), просьба переформулировать сказанное (25), сложности при изучении иностранных языков или запоминания текста (34). Данные аудиологического обследования и опроса служили основными критериями для постановки диагноза, поскольку на сегодняшний день не существует достоверных методов диагностики центральных нарушений слуха. В связи с этим мы использовали комплексный подход с привлечением смежных специалистов: невропатологов, нейрохирургов, психологов. Из дополнительных методов обследования прибегали к сонодоплерографии сосудов головы и шеи для изучения мозгового кровотока, контрастной компьютерной томографии и магнитнорезонансной визуализации, которые давали информацию о наличии органических изменений головного мозга, количественной оценке объемов кортикального и субкортикального серого вещества, подкорковых ядер, белого вещества и ликворных пространств. В лечебной тактике данной группы больных, помимо медикаментозной терапии, необходимо проводить психологическую адаптацию пациента совместно с его родственниками: рекомендовать смотреть на говорящего, использовать простой лексикон, медленную и четкую речь, желателен в тихом месте.

Сложности реабилитации таких пациентов состоят в том, что данную группу лиц практически невозможно слухопротезировать, поскольку слуховые аппараты обычно плохо им помогают или дают эффект лишь в ограничен-

ных ситуациях. Слухопротезирование частично эффективно у лиц со смешанной и сочетанной перцептивной тугоухостью, при условии опыта использования слухового аппарата, так как с возрастом центральные нарушения слуха преобладают над периферическими. Своевременное выявление данной патологии позволяет назначить адекватное лечение, а также разработать рациональную тактику ведения и реабилитации больных с центральными слуховыми расстройствами.

дают над периферическими. Своевременное выявление данной патологии позволяет назначить адекватное лечение, а также разработать рациональную тактику ведения и реабилитации больных с центральными слуховыми расстройствами.

© О.В. Титаренко, О.А. Титаренко, В.С. Лисовецкая, И.В. Добронравова, 2019

*Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, Н.Л. ЩУКІНА, О.В. ЗАТУШЕВСЬКИЙ, П.В. СТАСЬ
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ХІРУРГІЯ ГЛОТКИ, ГОРТАНІ, ШИЙНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ В ПРАКТИЦІ УСУНЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ РУБЦЕВИХ СТЕНОЗІВ І АТРЕЗІЙ ТА ІНШИХ НАБУТИХ І ВРОДЖЕНИХ ДЕФЕКТІВ

Різноманітні за походженням та наслідками травми шиї та її органів (гортані, трахеї, глотки і шийного відділу стравоходу), що виникають внаслідок збройних конфліктів, дорожньо-транспортних ситуацій, побутових сутичок, випадків на виробництві (в т.ч. опіків лугами та кислотами) потребують негайної кваліфікованої медичної допомоги заради збереження життя травмованої людини. Як правило, пацієнти, що залишаються живими в пізньому післятравматичному періоді змушені дихати через трахеостому та харчуватися через гастростому внаслідок формування рубцевих звужень або атрезій глотки (гортаноглотки), шийного відділу стравоходу (чи всього стравоходу), вестибулярного відділу гортані або всієї порожнини гортані. На щастя, комбіновані травми шиї та її органів зі своїми наслідками зустрічаються рідко, але є, на жаль, найбільшою проблемою відновно-реконструктивної хірургії, оскільки одночасно вирішуються питання відновлення органів з різною анатомо-функціональною задачею, що потребує складних, багатоетапних реконструктивно-відновних операцій.

З 1969 по 2019 рік прооперовано 10 пацієнтів різного віку з комбінованими ураженнями органів шиї (гортані, трахеї, глотки та стравоходу), які умовно розподілені на такі групи:

1. Відрив гортані, гортаноглотки від під'язикової кістки.

2. Рубцевий стеноз та атрезії глотки (частіше гортаноглотки), що поєднаний з рубцевим стенозом чи атрезією вестибулярного відділу гортані та шийного відділу стравоходу.

3. Атрезія глотки та рубцева облітерація стравоходу.

4. Формування дивертикулу в шийному відділі стравоходу.

Обстеження таких пацієнтів потребує ендоскопічних та променеви (рентгенографія, КТ, МРТ) методів дослідження.

Для відновлення дихальної, фонаторної, ковтальної функцій та прохідності стравоходу нами були виконані наступні комбінації хірургічних втручань, такі як підпід'язикова фарингостомія, фарингоезофагостомія з одномоментною ларингопластикою. У разі відриву гортані та гортаноглотки від під'язикової кістки проводилось формування гортаноглотки, вестибулярного відділу гортані та ларингопексія. При наявності дивертикулу шийного відділу стравоходу – дивертикулектомія. В разі комбінації атрезії шийного відділу стравоходу та дивертикулу шийного відділу стравоходу – дивертикулотомія з наступною пластиком шийного відділу стравоходу та формування фарингоезофагостоми стінкою дивертикулу. У випадку поєднання рубцевого звуження чи атрезії гортаноглотки, шийного відділу стравоходу, гортані – одночасна ларингостомія, підпід'язикова фарингостомія, езофарингостомія з послідуною їх пластиком. При цьому, важливо зберегти чи відновити розподільчу функцію гортані, так звану «гортанно-стравохідну стрілку».

Застосовуючи вище перераховані методи хірургічного лікування, у всіх оперованих пацієнтів отримані позитивні результати: відновлені фонаторна, дихальна, ковтальна функції та прохідність стравоходу.

Таким чином, рубцеві стенози та атрезії комбінованого характеру, як наслідок, переважно перенесеної травми, відносяться до інвалідизуючих станів, що потребують багатоетапного