

ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ TORHINOLARYNGOLOGY

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2-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 осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ**» (7-8 жовтня 2019 р.).

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

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації: серія KB №23640-13480P, 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»

Тімен Г.Е., Писанко В.М., Миронюк Б.М., Хоменко М.Г., Кудь Л.А. Лікування дітей з середнім секреторним отитом	74
Тимчук С.М., Ковтуненко О.В., Хоботова Н.В. Наш досвід лікування злоякісних новоутворень ЛОР-органів зовнішньої локалізації	81
Титаренко О.В., Титаренко О.А., Лисовецька В.С., Добронравова И.В. Дискоординація слуха при односторонній тугоухості	76
Тишко Ф.О., Островська О.О., Шукіна Н.Л., Затушевський О.В., Стась П.В. Відновно-реконструктивна хірургія стійких стенозів та атрезій гортаноглотки, гортані, шийного відділу стравоходу	82
Троян В.І., Костровський О.М., О.В. Лобова Використання ІТ в самостійній роботі студентів на кафедрі оториноларингології ЗДМУ	77
Троян В.І., Костровський О.М., Сінайко І.О. Проблемно-орієнтоване навчання на кафедрі оториноларингології ЗДМУ	77
Троян В.І., Сінайко І.О., Кришталь В.М. Ефективність лікування осіб голосомовних професій хворих на хронічний тонзиліт	78
Цепколенко А.В. Регенеративная терапия и профилактика вторичных атрофических ринитов	83
Цимар А.В., Тинітовська О.І. Визначення факторів імунопатологічної направленості у пацієнтів із захворюваннями лімфоглоткового кільця	84
Чернишева И.Э. Некоторые аспекты профилактики бактериальных осложнений острых респираторных инфекций	85
Шевлюк П.П., Гусаков А.Д., Кокоркин Д.Н. Состояния среднего уха у недоношенных детей и его влияние на скрининг слуха	86
Шидловська Т.А., Ковальчук П.М. Гігієнічні умови праці на виробництві азотовмісних сполук	87
Шидловська Т.А., Костицька І.О., Навальківська Н.Я. Стан слухової функції у хворих на цукровий діабет II типу	88
Шидловська Т.В., Куреньова К.Ю., Шевцова Т.В., Пойманова О.О., Молочек Ю.А. Характеристика стану стовбуромозкового відділу слухового аналізатора у хворих на функціональні порушення голосу за даними акустичної імпедансометрії і слухових викликаних потенціалів	89
Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Козак М.С., Овсяник К.В., Петрук Л.Г. Стан біоелектричної активності головного мозку у осіб, які отримали акутравму в зоні проведення бойових дій	90
Шкорботун В.О., Шкорботун Я.В. Особенности диагностики грибковых тел навколоносовых синусів ятрогенного генезу	91
Шушляпина Н.О., Лупыр А.В., Яценко М.И., Носова Я.В., Худаева С.А., Чернякова А.Е., Анохина Е.А. Компьютерная капилляроскопия, как диагностический критерий оценки методов радиоволнового и лазерного воздействия на нижние носовые раковины при хроническом гипертрофическом рините	92
Ямполь О.І., Левицька С.А., Гоженко А.І. Кореляція генетично успадкованої продукції інтерлейкіна 1β і частоти респіраторних інфекцій у дітей	93
Ямполь О.І., Левицька С.А., Гоженко А.І. Обтяжений алергологічний анамнез і часті рецидиви респіраторних інфекцій у дітей	94
Яценко М.І., Бондаренко О.В., Сирота І.Ю., Дьоміна Є.В. Застосування інтраназальних глюкокортикостероїдів при лікуванні алергічного риніту	94

рентним тонзилітом в стані ремісії не відзначалось значних змін рівня циркулюючих імунних комплексів, так як і в пацієнтів після загострення даного захворювання, - де відзначалося незначне підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів, що швидше за все було пов'язане з наявністю «слідів» гострого запального процесу. При визначенні антитіл до лімфоцитів мигдаликів в досліджуваних груп пацієнтів з рекурентним тонзилітом та після тонзилектомії, в порівнянні отриманих результатів - з КГ не показало істотних змін. При визначенні продукції лімфокінів типу LIF при контакті лімфоцитів крові з сполучнотканинним антигеном, а саме

при підвищенні продукції, можна говорити про можливу патогенетичну роль деяких реакцій клітинного типу, чи автоімунні механізми даного захворювання. Але, враховуючи отримані результати частота продукції LIF клітинами крові при рекурентному тонзиліті є нижчим, ніж – після тонзилектомії.

Висновки

Враховуючи отримані результати, можна сказати, що визначення факторів імунопатологічної направленості в крові пацієнтів із захворюваннями лімфоглоткового кільця, може бути одним із ефективних методів діагностики прогресування даної патології.

© А.В. Цимар, О.І. Тинітовська, 2019

И.Э. ЧЕРНИШЕВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ОРВИ, при которых поражается слизистая полости рта и глотки, переносит около 30 млн. человек в год. Взрослый человек переносит около 3 ОРВИ в год, ребенок – до 6 раз. На сегодняшний день существует более 500 различных возбудителей ОРВИ. Угрожающими симптомами при ОРВИ являются: повышение температуры тела выше 40⁰ С; температура тела выше 38⁰ С более 3 дней; выраженные симптомы интоксикации; резкая слабость, озноб, сильная головная боль, ломота в мышцах; сильная боль в горле более 2 дней. 50 % осложнений ОРВИ составляют риносинуситы, синуситы развиваются за счет отека слизистой оболочки полости носа, естественные соустья пазух блокируются, вентиляция нарушается, секрет в их просвете задерживается. Возбудителями острого синусита чаще всего являются вирусы. В отличие от бактериальных инфекций, для терапии которых создано большое количество антибиотиков, для

лечения вирусных инфекций, в первую очередь, верхних и нижних дыхательных путей, имеется ограниченное количество действительно эффективных средств.

Цель исследования. Изучение применения препарата циннабсин в сравнении с деконгестантами.

Нами обследовано 30 больных (21 женщина и 9 мужчин) в возрасте от 19 до 59 лет. У всех пациентов длительность заболевания составляла около 2-х недель. Всем пациентам проводили общеклинические функциональные исследования. 15 пациентов (I группа) получали циннабсин по схеме, 15 больных (II группа) – местные деконгестанты. Данные обработаны с помощью методов вариационной статистики. Для каждого показателя определяли среднее арифметическое \bar{M} , среднюю ошибку среднего арифметического m . Достоверность показателей определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Таблица 1

Результаты клинической эффективности лечения больных катаральным риносинуситом

Группы больных	Симптомы в баллах	
	до лечения	после лечения
I группа (циннабсин)	13,56±1,02	2,11±0,14
II группа (деконгестанты)	13,73±1,07	5,78±0,08

Результаты лечения больных катаральным риносинуситом

Показатели	Количество больных	
	I группа	II группа
Клиническое выздоровление	6 (40,00 %)	1 (6,67 %)
Значительное улучшение	8 (53,33 %)	4 (26,66 %)
Улучшение	1 (6,67 %)	7 (46,67 %)
Отсутствие эффекта	-	3 (20,00 %)
Ухудшение	-	-

Для больных катаральным риносинуситом был создан банк самоконтроля пациентов, с помощью которого оценивали степень затруднения носового дыхания, высыхание слизистой, фронтальное напряжение, выделения из носа, нарушения сна и дневной активности. Согласно представленным результатам лечения, уменьшение симптомов было более значимым при использовании циннабсина, что подтверждается данными многих исследователей. Как видно из таблицы 2, применение циннабсина для лечения катарального риносинусита более эффективно по сравнению с деконгестантами.

© И.Э. Чернишева, 2019

Выводы

1. Терапия осложнений ОРВИ остается актуальной по нынешний день.
2. Основная тактика терапии риносинуситов должна включать: противовирусные, противоотечные, секретолитические, а также препараты восстанавливающие работу мукоциллиарного клиренса.
3. Циннабсин – специализированный, натуральный комплексный препарат для лечения риносинуситов, воздействующий на ведущие звенья патогенеза риносинусита.

П.П. ШЕВЛЮК, А.Д. ГУСАКОВ, Д.Н. КОКОРКИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕГО УХА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СКРИНИНГ СЛУХА

Актуальность. Отоакустическая эмиссия (ОАЭ) на сегодняшний день – это один из основных методов ранней диагностики патологии слухового анализатора у новорожденных детей. К сожалению, данный вид исследования не дает 100% результат, но помогает заподозрить нарушения звуковоспринимающего аппарата ребенка. На получение положительных результатов во время проведения ОАЭ влияет много факторов: начиная от состояния ребенка (плач, крик, беспокойное поведение), наличие обученного медперсонала и заканчивая помещением, где проводится исследование (отсутствие шума, помех от электромеханических приборов). Согласно литературным данным, которые находятся в свободном доступе, использование ОАЭ у детей возможно с 3-5 дня после рождения. Данные сроки исследования применимы к детям, родившимся в срок предполагаемых родов. А как быть с детьми, которые родились недоношенными? Когда и где проводить исследование данной категории детей? Ведь кроме тех неблагоприятных факторов, которые присутствуют у доношенных детей, при проведении ОАЭ присоединяется еще и незрелость систем организма, в частности слухового анализатора, и наличие сочетанной воспалительной патологии.

Материалы и методы. Для получения ответов нами проанализировано состояние 76 недоношенных детей, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных. Постконцептуальный возраст детей на момент исследования составил в среднем 37 недель. Ведущей патологией при рождении являлось перинатальное поражение ЦНС. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с теми или иными ее проявлениями (синдром угнетения ЦНС, синдром повышенной нейрорефлекторной возбудимости, судорожный синдром) отмечены почти у 98% новорожденных недоношенных детей, у подавляющего большинства было установлено наличие внутриутробной инфекции. Наиболее частым проявлением воспалительной патологии являлось поражение органов