

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

**Ж**урнал  
**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 «Вітка».

---

<i>Палій М.А., Левицька С.А., Андрушко С.Д.</i> Pандас-синдром – новий показ до тонзилектомії?	86
<i>Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А, Пилипюк Д.Н.</i> Алгоритмы медикаментозного сопровождения у больных после хирургического лечение стенозов гортани и трахеи	87
<i>Піонтковська М.Б., Суворкіна А.О.</i> Хронічні дистрофічні фарингіти у жінок зрілого віку: введення в проблему	87
<i>Писанко В.М., Мельников О.Ф., Миронюк Б.М., Кудь Л.А, Тимченко С.В.</i> Стан імунітету у дітей у віддалений період після оперативного втручання на структурах лімфоглоткового кільця	88
<i>Плаксивий О.Г., Восвідка Є.М., Мазур О.О., Калуцький І.В., Мельник Є.С.</i> Основні критерії діагностики та принципи лікування хворих з паретичною дисфонією	89
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В., Кудрик А.П.</i> Анатомо-морфологічне обґрунтування лікування хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт	90
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Куруляк Н.Г., Сучеван В.В.</i> Деякі особливості назофарингеальної карциноми в генетичному аспекті	91
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Цуркан М.М.</i> Диференційно-діагностичні критерії та принципи лікування гіпертрофії язикового мигдалика	93
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</i> Дифтерія: сучасні аспекти, класифікація, ускладнення, профілактика	95
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Цуркан М.М., Квасницький І.Б.</i> До питання класифікації хронічного гіперпластичного ларингіту та передракових захворювань гортані	97
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</i> Використання препарату назонекс в комплексній терапії гострих гнійних синуситів у дітей	98
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Чифурко Т.Г., Сучеван В.В.</i> Клініко-анатомічна класифікація травматичних носових кровотеч та ступені важкості в залежності від об'єму крововтрати	99
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Мельник Є.С., Цуркан М.М.</i> Клінічна картина та основні принципи лікування хворих з травмами гортані і трахеї	100
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Чифурко Т.Г., Цуркан М.М.</i> Класифікація, клінічні прояви, принципи лікувальної тактики остеом ППН	102
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</i> Комплексне лікування гострих захворювань лор органів з застосуванням препарату фламідез	104
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В., Волощук Н.В.</i> Позаорганні пухлини ший як результат малігнізації бокової кістки	105
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В., Кудрик А.П.</i> Протиепідемічні та лікувально-діагностичні заходів при дифтерії	105
<i>Плаксивий О.Г., Чифурко Т.Г., Цуркан М.М., Калуцький І.В., Мазур О.О.</i> Клініка, діагностика, ускладнення, лікування парафарингеальної флегмони	106
<i>Почуєва Т.В., Давиденко В.Л., Кулікова О.О., Головка Н.А.</i> Стан хрящової тканини у хворих на гострий епіглотит у дорослих при різних формах запалення	107
<i>Пухлик С.М., Дедикова І.В., Козак Т.П.</i> Хирургическая тактика лечения детей с кондуктивной тугоухостью	109
<i>Пухлик С.М., Добронравова И.В., Титаренко О.В.</i> Оптимизация лечения больных с функциональными нарушениями голоса	110
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В.</i> Вплив знеболюючих засобів при тонзилектомії	111
<i>Пухлик С.М.</i> Адекватная антибактериальная терапия бактериальных риносинуситов. Клинический пример	112
<i>Самусенко С.А., Головка Н.А., Филатова И.В., Фадеев П.А., Семененко А.В., Мирошниченко Е.Г., Тимошенко Ю.В.</i> Коморбидные состояния у отоларингологических больных по материалам КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №30»	113

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОНДУКТИВНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Всемирная организация здравоохранения прогнозирует к 2030 году увеличение количества лиц с социально-значимым снижением слуха. Около 30% всех случаев тугоухости обусловлено заболеваниями среднего уха. 15-17% среди всех заболеваний уха занимает секреторный отит (СО), причем многие авторы отмечают неуклонный рост заболеваемости этой патологией.

Образование и длительное продуцирование экссудата в барабанной полости (БП) ставится в прямую зависимость от обтурации гипертрофированной и/или воспаленной лимфоидной тканью устья слуховой трубы (СТ) с дисфункцией ее и нарушением аэрации БП у детей. При затяжном течении данного патологического процесса последствия могут принимать конкретные формы самостоятельных заболеваний, когда если не на единственное, то на первое место выносятся потеря слуха.

**Целью** нашего исследования является оптимизация хирургической тактики лечения кондуктивной тугоухости (КТ) при СО у детей с гипертрофированными аденоидными вегетациями (ГАВ) и хроническим назофарингитом (ХН).

В соответствии с поставленной целью мы наблюдали за 78 детьми в возрасте от 3 до 12 лет, которым была выполнена аденотомия (АТ), по поводу ГАВ 2-3 степени, двух- или одностороннего СО и КТ 3 степени. Все дети до хирургического лечения находились под активным наблюдением с консервативной терапией в течение 3 месяцев без стойкого позитивного эффекта. Обязательным пунктом консервативного ведения пациентов был, как минимум, месячный курс лечения интраназальными кортикостероидами. В основную группу №1 вошло 23 ребенка, которым во время АТ была выполнена одно- или двухсторонняя миринготомия (МТ) (миринготомий 37). В основную группу №2 вошел 21 ребенок, которому во время АТ была выполнена МТ с установкой шунтов (шунтирование 35). Вентиляционные трубки удерживались в тече-

ние 3 месяцев и удалялись принудительно, если до этого срока не самоликвидировались. В контрольную группу вошли 34 ребенка, которым была выполнена только АТ.

Для уточнения диагноза и фиксации результатов исследования всем пациентам были выполнены следующие исследования: осмотр ЛОР-органов с помощью эндоскопии, речевая и тональная аудиометрия, тимпанометрия, общеклинические исследования.

Для интерпретации результатов мы оценивали наличие признаков экссудата в БП при отоэндоскопии через 1 месяц после оперативного лечения. Контрольные аудиограммы выполнялись всем участникам исследования через 2 недели после удаления шунтов у пациентов основной группы №2.

**Результаты.** У 25 детей из 34 (73,53%) контрольной группы, у 19 детей из 23 (82,6%) основной группы №1 и ни у одного пациента основной группы №2 через 1 месяц после хирургического лечения не осталось признаков наличия экссудата в БП при отоэндоскопии. У 19 пациентов из 34 (55,88%) контрольной группы, у 15 из 23 (65,22%) пациентов основной группы №1 и у 18 из 21 (85,71%) пациентов основной группы №2 через 15 недель после оперативного лечения по данным аудиограммы слух восстановился до нормы.

**Выводы.** 1) Не у всех пациентов КТ при СО и блокировке соустья СТ зависит от наличия экссудата в БП. 2) Шунтирование БП при АТ обеспечивает полноценное устранение экссудата из БП по сравнению с АТ с МТ, но разница недостоверна ( $P > 0,05$ ). 3) АТ при КТ, СО и ХН меньше способствует освобождению БП от экссудата по сравнению с сочетанной АТ и шунтированием БП при  $P < 0,05$ . 4) Наилучшие результаты для восстановления слуха после оперативного лечения пациентов с КТ 3 степени при СО и блокировке соустья СТ дает АТ с шунтированием БП при  $P < 0,05$  для АТ с МТ и при  $P < 0,01$  для изолированной АТ.