

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

№ 5-с

жовтень
2018

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні досягнення в оториноларингології» (1-2 жовтня 2018 р.).

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

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

Підписано до друку 17.09.2018 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 1000 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І.</i> Принципи викладання отоларингології лікарям-курсантам на циклах спеціалізації за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина»	84
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Геруш О.Л., Яковець К.І., Мельник Є.С.</i> Клінічна ефективність рослинного препарату імупрет у лікуванні дітей з хронічним аденоїдитом	85
<i>Плаксивий О.Г., Левицька С.А., Калуцький І.В., Мазур О.О., Купчик О.Л.</i> До питання класифікацій хронічних синуситів	86
<i>Пухлик С.М., Добронравова І.В., Титаренко О.В.</i> Коллагенозы в фоніатрии	87
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В., Дєдикова І.В.</i> Сучасні можливості для хірургічного лікування піднебінних мигдаликів	88
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В., Дєдикова І.В.</i> Ускладнення при хірургічному лікуванні піднебінних мигдаликів	89
<i>Пухлик С.М., Щелкунов А.П.</i> Характеристика чувствительности микроорганизмов и грибов, выделенных от больных купальными риносинуситами, к антибактериальным и антимикотическим препаратам	90
<i>Пухлик С.М.</i> Сублингвальная аллергенспецифическая иммунотерапия при аллергических ринитах и назофарингитах	91
<i>Самусенко С.А., Головка Н.А.</i> Наш опыт и особенности лечения больных с посттравматическими дакриоциститами	92
<i>Сліпецький Р.Р., Галай О.О.</i> Нові розробки в галузі лікування раку голови та шиї – вплив імунотерапії	94
<i>Сонник Н.Б., Подовжний А.Г., Зачепіло С.В., Лобурець А.В.</i> Гіпертрофія мигдаликів лімфонодального кільця у поєднанні з патологією вуздечок язика та губ у дітей	95
<i>Тімен Г.Є., Безега М.І., Лобурець А.В.</i> Лікувальна тактика пацієнтів з гострим середнім отитом, ускладненим мастоїдитом	96
<i>Тімен Г.Э., Писанко В.Н., Сапизжак И.И., Чубко С.П.</i> Срединные кисты шеи	97
<i>Тімен Г.Е., Цимбалюк В.І., Малишева Т.А., Сапизжак І.І., Васлович В.В.</i> Вплив нейрональних ембріональних клітин на морфо-функціональний стан завитка при змодельованому аміноглікозидному ототоксикозі (електронно-мікроскопічне дослідження)	98
<i>Титаренко О.В., Титаренко О.А., Добронравова І.В., Лисовецкая В.С.</i> Поражения уха при аутоиммунных заболеваниях	99
<i>Тишко Ф.О., Островська О.О., Щукіна Н.Л., Затушевський О.В.</i> Інвазивна холестеатома у людей похилого віку	100
<i>Тишко Ф.О., Островська О.О., Щукіна Н.Л., Затушевський О.В.</i> Парааурикулярні нориці і кісти	100
<i>Троян В.И., Синайко И.А., Лобова Е.В.</i> Современные проблемы хирургического лечения флегмон шеи	101
<i>Хоролец О.В., Каширин В.А.</i> Динамика концентрации бактериального эндотоксина и показателей Т-клеточного иммунитета у больных раком гортани	102
<i>Цимар А.В., Пушкарьова В.М., Чорній О.В.</i> Місцева терапія запальної патології горла	104
<i>Цимар А.В., Пушкарьова В.М., Чорній О.В.</i> Сучасна протизапальна терапія в ринології	106
<i>Цьолко Т.Р., Галай О.О.</i> Рідкі клінічні форми пухлин слинних залоз	108
<i>Черкес М.Б., Бундз А.Р.</i> Дакріоцистити у дітей. Причини виникнення та вибір адекватного сучасного підходу для лікування	109
<i>Чернишева И.Э.</i> Опыт использования назальных спреев на основе куюльницкой грязи в лечении хронических ринитов	111
<i>Шевлюк П.П., Гусаков А.Д.</i> Возможности тимпанометрии в определении функции среднего уха у недоношенных новорожденных детей	112

зводить до некротизації охолоджених ділянок тканини. В даний час цей метод використовується рідше. Застосування лазера - характеризується помірним набряком тканин і кровотечею. Використання неодимового лазера дозволяє контактним і безконтактним методом виконати лазерний гемостаз, що забезпечує безкровність оперативного втручання. Застосування вуглецевого лазера дозволяє виконання лазерної тонзилотомії. Ця методика рекомендується для лікування обструкції дихальних шляхів при гіпертрофії мигдаликів, однак не застосовується для екстракапсулярного видалення мигдаликів. Є дослідження, що вказують на більш довгий реабілітаційний період, та більш виражені больові відчуття в післяопераційному періоді.

Електрокоагуляція – видалення тканини мигдаликів за допомогою електричного струму високої частоти. Метод є найбільш розповсюдженим у США. При його застосуванні температура може сягати 300-400 градусів Цельсія, що допомагає гемостазу, але сприяє тепловому навантаженню прилеглих тканин і, отже, викликає більше больових відчуттів і дискомфорту в

післяопераційному періоді та підвищує ймовірність вторинних кровотеч.

Монополярна радіочастотна абляція проводиться шляхом занурення зонда в тканину мигдаликів на протязі 3-4 сеансів, з використанням місцевого знеболення, викликає мінімальні больові відчуття в післяопераційному періоді. Метод коагуляції базується на перетворенні радіочастотної енергії в іонну дисоціацію. Потрібне загальне знеболювання, однак операція супроводжується мінімальною термічною травматизацією тканин (температура сягає від 40С до 70С), характеризується помірним відновним періодом і меншою частотою вторинних ускладнень. Одна з найсучасніших хірургічних процедур трансоральна роботизована радикальна тонзилектомія виконується з використанням робот-асистованої хірургічної системи «da Vinci». Це мінімально інвазивна хірургія, з високим ступенем точності і безпеки, використовується переважно для лікування пухлин мигдаликів, однак, потребує забезпечення досить коштовним обладнанням і на даний час не представлена в Україні.

© С.М. Пухлік, В.В. Колесніченко, І.В. Дєдикова, 2018

С.М. ПУХЛІК, В.В. КОЛЕСНІЧЕНКО, І.В. ДЄДИКОВА (ОДЕСА, УКРАЇНА)

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ

На сьогодні тонзилектомія є однією з найпоширеніших операцій в оториноларингології. Частка виконання тонзилектомії досягає до 20% від усіх хірургічних втручань. Проте, виконання тонзилектомії пов'язане з такими можливими ускладненнями, як первинна і вторинна кровотеча, інфекції, набряк язика, травма язико-глоткового нерва, сонної артерії, підшкірна емфізема обличчя і шиї, пневмомедіастинум і пневмоторакс.

Найбільш частим ускладненням тонзилектомії, що потребує особливої уваги, є переопераційна кровотеча. В цілому, повідомлення з різних клінік і країн відносно виникнення кровотеч після тонзилектомії сильно відрізняються. У дослідженні (Windfuhr J.P., 2015) серед 2 137 прооперованих пацієнтів кількість епізодів кровотечі склала 111 (5,2%). В інших спостереженнях післяопераційний кровотеча спостерігається частіше – у 6,5% (Seehafer M., 2001) і 7,5% (Attner P., 2009) оперованих хворих. За даними анкетування проведеного у Австрії (Sarny S.,

2011) приблизно 100 пацієнтів (24,6% з 407) вказали на епізоди післяопераційної кровотечі, але тільки 79 з них (19,4% з 407) були зареєстровані в лікарні. Sarny S. (2011) робить висновок, що частота кровотечі значно вище, ніж повідомляється і сильно пов'язана з визначенням дизайну досліджень.

Різні види кровотеч після тонзилектомії можуть бути класифіковані: за характером судини, що кровоточить – артеріальна, венозна, паренхіматозна кровотеча; за часом виникнення – інтраопераційна, рання (в перші кілька годин), пізня (через кілька днів); за ступенем кровотечі (слабка, помірна, профузна). Так як не існує єдиної стандартизованою класифікації видів кровотеч, це призводить до значних коливань показників частоти кровотеч у різних дослідженнях, що проводяться різними авторами.

Існує багато факторів ризику, серед яких виділяють вік і стать пацієнта, техніку і тривалість самої операції, досвід хірурга, обсяг інтраопераційної крововтрати, методи інтраопера-

ційного гемостазу, підвищений артеріальний тиск, супутні захворювання верхніх дихальних шляхів, застосування нестероїдних протизапальних засобів та глюкокортикостероїдів, вибір між місцевим і загальним знеболюванням. Так, за даними Національного проспективного дослідження результатів тонзилектомії, опублікованого Королівської колегією хірургів Великобританії, найменший ризик вторинної післяопераційної кровотечі (1,7%) спостерігалися після звичайної інструментальної техніки тонзилектомії; видалення мигдаликів з моно- або біполярної коагуляцією судин супроводжувалось збільшенням частоти післяопераційної кровотечі (2,9-2,7% відповідно). Ймовірність ризику вторинної післяопераційної кровотечі при тонзилектомії методом кобляції займає середнє положення між холодними методами та електрокоагуляцією.

Окрім кровотечі, існує перелік і інших можливих ускладнень. При тонзилектомії проходження голкою інфікованої тканини мигдалика може призводити до поширення інфекції в навколишні тканини і сприяти виникненню за-

пальних процесів у корені язика, м'якому піднебінні, парафарингеальному просторі, призводити до флегмони дна порожнини рота, флегмони шиї, медіастиніту. У літературі описано трохи більше 30 випадків розвитку підшкірної емфіземи після тонзилектомії (Panerari A.C., 2005).

Вивчення летальності, пов'язаної з тонзилектомією, показало, що на 261 273 тонзилектомій, зроблених в 63 ЛОР-установах СРСР, було 26 (1: 10 000) смертей. У зарубіжній практиці летальні випадки мають місце частіше (4,5: 10 000), що пов'язується із застосуванням головним чином загального наркозу, з виникненням кровотеч, аспіраційних бронхолегеневих ускладнень і ін. За даними (Goldman J.L., 2013) летальні випадки класифікували як пов'язані з медикаментами (22%), легеневі і кардіореспіраторні чинники (20%), кровотечі (16%), періопераційні події (7%), прогресування основного захворювання (5%) та нез'ясовні (31%). Необхідні подальші дослідження для зменшення рівня переопераційних ускладнень та зменшення кількості летальних випадків при виконанні тонзилектомії.

© С.М. Пухлік, В.В. Колесніченко, І.В. Дедикова, 2018

С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ И ГРИБОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ КУПАЛЬНЫМИ РИНОСИНОСИТАМИ, К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ И АНТИМИКОТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ

Воспалительные заболевания околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний верхних дыхательных путей. Характер и течение инфекционного процесса во многом определяется видом возбудителя и его патогенности. Острый синусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции (5-10%) Наиболее часто высеивается в содержимом пазух кокковая флора. В последнее время наблюдается рост удельного веса условно-патогенных бактерий в качестве возбудителя воспаления при острых синуситах. При этом для острых синуситов, в отличие от хронических, характерна монофлора. Безусловная роль в первичном повреждении слизистой оболочки ОНП отводится респираторным вирусам, которые выявляются в полости носа и ОНП более чем в 50% больных острыми гнойными синуситами.

Значительное увеличение числа острых синуситов отмечается в период вспышки (эпидемии) гриппа, ОРВИ, что имеет место в зимний период года. Особый интерес вызывают ежегодные вспышки острых риносинуситов, преимущественно гайморозтмоидитов, у отдыхающих в летний купальный период в курортной местности, в частности в г. Одессе и Одесской области. Наши наблюдения проводились на протяжении более 10 лет. В ходе нашей работы проводилось выделение и идентификация штаммов микроорганизмов, которое необходимо, в том числе, для определения чувствительности к антибиотикам и антимикотикам для разработки и включения в схему лечения адекватной антимикробной и антимикотической терапии. С учетом того, что большинство микроорганизмов было изолировано в составе многокомпонентных ассоциаций, определение чувствительности к антимикробным