

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

**№ 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 алергенспецифическая 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

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

препаратам проводили на уровне выделенного микробного ценоза. Хотя по классической методике необходимо проводить индивидуальное исследование каждого отдельного штамма, в реальности в составе ассоциаций зачастую происходит общее повышение резистентности за счет взаимной ингибиции ферментов (например, пенициллиназы).

Выделенные от больных микробные ассоциации проявляют различную чувствительность к антибиотикам. Наиболее эффективной оказалась группа цефалоспоринов. К ним чувствительными были 457 ассоциаций. К хинолонам чувствительными были 320 ассоциаций.

Параллельно с изучением чувствительности к антимикробным препаратам бактериальных штаммов изучали чувствительность изолированных штаммов грибов к антимикотикам.

Анализ приведенных данных не выявил достоверных различий по чувствительности к антимикотическим препаратам штаммов, изолированных от пациентов исследуемой и группы сравнения.

Отмечена тенденция повышения чувствительности у плесневых грибов к препаратам ит-

раконазолу и амфотерицину Б, у грибов рода *Candida* к антимикотику полиеновой группы – нистатину.

#### **Выводы**

1. Таксономический спектр исследованных бактериальных штаммов, изолированных от больных купальными риносинуситами, был представлен 6 родами бактерий: *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus* и *Providencia*, микрофлора группы сравнения характеризовалась тенденцией меньшего видового разнообразия: в ходе исследований не было выявлено представителей 3-х родов микроорганизмов: *Proteus*, *Klebsiella* и Дрожжи.

2. Штаммы микроорганизмов, выделенные от больных купальными риносинуситами, наиболее чувствительны к группе цефалоспоринов и хинолонов, наименее чувствительны к группе макролидов.

3. От больных купальными риносинуситами выявлен высокий процент выделения плесневых грибов *Aspergillus niger* – доминирующий вид.

4. Большинство штаммов плесневых грибов были чувствительны к итраконазолу.

© С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, 2018

*С.М. ПУХЛИК (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **СУБЛИНГВАЛЬНАЯ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ И НАЗОФАРИНГИТАХ**

Расширяя наши познания о роли атопии в воспалительных реакциях слизистой оболочки, ассоциированной с лимфоидной тканью (MALT), исследователи рекомендуют шире прибегать к аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) при аллергических заболеваниях.

**Цель исследования** – обобщить наш опыт по оптимизации консервативного лечения аллергического ринита (АР) и хронического назофарингита (ХНФ) методом АСИТ.

#### **Пациенты и методы исследования**

Клинико-лабораторному обследованию в динамике подвергнуто 109 детей в возрасте от 4 до 14 лет. После клинического, аллергологического и иммунологического обследования выяснилось, что у 45 детей из 109 имеются хронический назофарингит и круглогодичный персистирующий аллергический ринит (КПАР) и сезонный интермиттирующий аллергический ринит (СИАР), у 32 – хронический назофарингит,

гипертрофия глоточной и небных миндалин, КПАР и СИАР, у 32 – хронический назофарингит, рецидивирующий тонзиллит и КПАР и СИАР. При проведении кожно-аллергического тестирования выяснилось, что у 40 детей была гиперчувствительность к аллергенам домашней пыли, у 18 – к пыльцевым аллергенам, у 32 – к пылевому и пыльцевым аллергенам, у 19 – к пылевому, пыльцевому, эпидермальным и пищевым аллергенам.

АСИТ проведена всем 109 обследованным, причем 12 детей иммунотерапию получали после хирургической санации хронической патологии лимфаденоидного глоточного кольца глотки. Мы использовали отечественные диагностические и лечебные аллергены производства ООО «Иммунолог» (Винница). Для сублингвальной АСИТ использовали драже с бытовыми аллергенами (клещи домашней пыли и перо подушки) и с индивидуально подобранными