

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 фониатрии	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

выраженной инъекцией сосудов, отеком слизистой голосовой складки на стороне поражения, гипертрофией противоположной суставу вестибулярной складки, ограничением подвижности пораженной половины гортани. При микроларингостробоскопии определялось снижение амплитуды колебаний, больше на стороне артрита, асинхронность стробоскопических колебаний, отсутствие смещения слизистой по краю голосовых складок и полного замыкания голосовой щели, отрицательный «стробоскопический комфорт». В 3 случаях при болезни Шегрена на фоне отечной, бледной слизистой гортани был выражен фиброз по краю голосовых складок (*sulcus glottidis*) с соответствующей стробоскопической картиной. В 7 случаях (5 – при ревматизме, 1 – при СКВ, 1 – при ревматоидном полиартрите) определялась картина гипотонусной дисфонии на фоне явлений хронического субатрофического фаринголарингита. В 2 случаях (1 – при ревматизме и 1 – при ревматоидном артрите) органической патологии голосового аппарата обнаружено не было, а дисфонические явления расценены как фона-

стения за счет наличия отрицательного «стробоскопического комфорта». При острых формах артрита перстнечерпаловидного сустава неревматической этиологии клиническая картина была более яркой и весьма напоминала симптомы перихондрита гортани. Отмечалась резкая болезненность при попытке фонации, дисфагия, выраженная охриплость, фебрильная температура. При ларингоскопии – яркая гиперемия, инфильтрация и отечной слизистой, неподвижность голосовой складки на стороне поражения при полном отсутствии каких-либо движений в перстнечерпаловидном суставе. Стробоскопию произвести не удалось из-за отсутствия звучного голоса.

На основании проведенных наблюдений мы отметили более агрессивное течение банальных артритов гортани, наличие как органической, так и функциональной патологии гортани у больных с коллагенозами. Это позволило разработать алгоритм своевременной диагностики и лечения пациентов, снизить их инвалидизацию, что особенно актуально для лиц голосоречевых профессий.

© С.М. Пухлик, И.В.Добронравова, О.В.Титаренко, 2018

С.М. ПУХЛИК, В.В. КОЛЕСНИЧЕНКО, І.В. ДЄДИКОВА (ОДЕСА, УКРАЇНА)

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ

Сучасна отоларингологія має у своєму розпорядженні широкий вибір методик тонзилектомії, що відрізняються методом впливу на мигдалики, об'ємом крововтрати, вираженістю післяопераційного болювого синдрому і тривалістю періоду відновлення. Усі методи умовно розділяють на холодні та гарячі. Холодні методи включають класичну інструментальну дисекцію, часткову тонзилектомію з використанням мікродібридера, гармонійного скальпеля та кріохірургію. Гарячі методи включають застосування електрокаутера, лазерного та радіочастотного методів.

Класична інструментальна дисекція – найбільш широко застосовувана методика, виконується як з місцевим, так і з загальним знеболенням. Болювий синдром найменш виражений, особливо у порівнянні з «гарячими» методами. Менша ймовірність вторинних кровотеч ніж при використанні електрокаутера, але відмічається більша інтраопераційна крововтрата і

більша ймовірність первинних кровотеч. Однією з переваг є економічна доступність, так як холодна інструментальна тонзилектомія не потребує коштовного обладнання. Серед переваг використання ультразвукового скальпеля відмічають меншу інтраопераційну крововтрату. Відносно ймовірності вторинних кровотеч метод займає проміжне положення між класичною дисекцією та «гарячими» методами. Широкому розповсюдженню метода заважають висока коштовність обладнання та особливості технічного обслуговування апаратури. Використання мікродібридера для тонзилектомії базується на застосуванні пристрою, що обертається зі швидкістю 6000 обертів на хвилину та зрізає м'яку тканину мигдаликів «лезом» і одночасно видаляє зрізані ділянки у відсмоктувач. Даний метод можна застосовувати для часткового (інтракапсулярного) видалення мигдаликів. Кріохірургія – вплив холодом з температурними параметрами нижче порога кріостійкості тканини, що при-

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-