

ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ TORHINOLARYNGOLOGY

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1-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 весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ, ХІРУРГІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ» (20-21 травня 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»

Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Волощук Н.В. Фіброларингоскопія в діагностиці захворювань гортані у дорослих та дітей	120
Плаксивий О.Г., Чифурко Т.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Мельник Є.С. Малігнізація гігантської інвертованої папіломи носа	120
Пухлік С.М. Некоторые маркеры воспаления дыхательных путей у больных с аллергическим ринитом и сопутствующей бронхиальной астмой	88
Пухлік С.М. Поиск новых решений в профилактике и лечении аллергического ринита	89
Пухлік С.М., Дєдикова І.В., Колесніченко В.В. Аналіз протирецидивного лікування хворих на алергічні риніти, які ускладнюються поліпозним риносинуситом	83
Пухлік С.М., Євчева А.Ф. Патогенез і канцерогенез поверхневих новоутворень шкіри зовнішнього вуха і носа	84
Пухлік С.М., Колесніченко В.В. Особливості застосування розчину транексамової кислоти при виконанні тонзилектомії відносно ризику виникнення періопераційних кровотеч	85
Пухлік С.М., Суворкіна А.О. Чи існує алергічний фарингіт?	86
Пухлік С.М., Чурсина А. Оценка эффективности и безопасности сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии при поллинозах у дітей	87
Пухлік С.М., Щелкунов А.П. Совершенствование методов диагностики и лечения шилоподъязычного синдрома	87
Руденко Л.М., Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Осадча Т.М. Застосування психокорекційної програми у дітей, хворих на хронічний тонзиліт і цукровий діабет 1-го типу	122
Скоробогатий В.В., Шевлюк П.П., Гусакова О.О., Гусаков О.Д., Каширін В.О., Кокоркін Д.М. Ще раз про лікування ронхопатії	90
Соннік Н.Б., Подовжний О.Г., Куролес Т.В., Лобурець А.В. Гіпертрофія лімфоглоткового кільця у поєднанні з пномаліями вуздечок язика та губ у дітей	91
Терещенко Ж.А., Дідковський В.Л., Литовченко Н.М. Обґрунтування симультанного хірургічного лікування одонтогенних риносинуситів грибкового походження: тактика та показання	92
Тімен Г.Е., Писанко В.М., Вінничук П.В., Миронюк Б.М., Хоменко М.Г. Кохлеарна імплантація у дітей з аномалією розвитку завитки	93
Тинітовська О.І. Визначення мікробіоценозу верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з різним станом лімфоглоткового кільця	94
Титаренко О.В., Титаренко О.А., Лисовецкая В.С., Добронравова И.В. Центральные слуховые расстройства	95

Нажаль, на даний час у протоколах відносно хірургічного лікування рецидивуючого тонзиліту немає чітких рекомендацій відносно тактики застосування інгібіторів фібринолізу. Потребують подальшого дослідження такі важливі параметри, як час введення відносно початку оперативного втручання, доцільність вживання таблетованих форм інгібіторів фібринолізу напередодні оперативного втручання та період часу на протязі якого доцільно їх використовувати, доцільність інтраопераційного введення. Також немає чітких рекомендацій відносно дозування розчину транексамової кислоти. Розрахунки коливаються від 10 до 30 мг\кг маси тіла інтраопераційно, та від 5 до 10 мг\кг відносно підтримуючої дози.

Метою нашої роботи було уточнення рекомендацій відносно використання транексамової кислоти в переопераційному періоді у дорослих при виконанні операції тонзилектомії. Нами було обстежено 137 пацієнтів, яким було планово проведено хірургічне втручання в обсязі двосторонньої тонзилектомії. Оперативні втручання виконували з використанням місцевої анестезії 1% розчином лідокаїну та з використанням загального ендотрахеального наркозу. Було виділено дві групи пацієнтів, що напередодні операції на протязі трьох діб приймали транексамову кислоту у таблетованій формі у розрахунку 250 мг\кг, розділену на три прийо-

ми. Не було отримано статистично достовірної різниці відносно інтраопераційної крововтрати у порівнянні з групами, що не отримували транексамову кислоту напередодні. Також, для визначення найбільш раціональної дози введення транексамової кислоти було виділено 2 групи пацієнтів, які предопераційно отримували розчин транексамової кислоти у розрахунку 10мг\кг та 20мг\кг відповідно. Також проводилась статистична обробка даних відносно доцільності додаткового одноразового інтраопераційного введення розчину транексамової кислоти у розрахунку 10мг\кг при виконанні операції з використанням ендотрахеального наркозу.

Для оцінки проведеного хірургічного втручання враховувалися такі показники: тривалість операції, об'єм крововтрати під час операції, наявність та кількість епізодів кровотечі в післяопераційному періоді. Також, для оцінки ефективності впливу транексамової кислоти на активність фібринолізу використовувались такі кількісні лабораторні показники стану фібринолізу, як Д-димер та РФМК.

Отримані у результаті дослідження дані підтверджують доцільність використання транексамової кислоти при виконанні тонзилектомії і дозволять дати рекомендації відносно часу, кратності, необхідності попереднього застосування та розрахунку рекомендованих доз введення.

© С.М. Пухлік, В.В. Колесніченко, 2019

С.М. ПУХЛІК, А.О. СУВОРКІНА (ОДЕСА, УКРАЇНА)

ЧИ ІСНУЄ АЛЕРГІЧНИЙ ФАРИНГІТ?

Хронічні фарингіти дуже рідко є самостійним захворюванням, так як являють собою відповідну реакцію слизової оболонки на вплив як зовнішніх, так і внутрішніх різноманітних шкідливих чинників. Клінічні прояви варіюють в залежності від етіопатогенетичних чинників. Аналіз даних літератури встановлює залежність семіотики хронічних фарингітів не тільки із впливом шкідливих факторів зовнішнього середовища, а також з патологією травної, імунної систем, шийного відділу хребта, ендокринних процесів організму, ряду імуно-біохімічних та цитологічних відхилень.

Довготривалі клінічні прояви у вигляді болю, дисфагії, кашлю, мають досить нав'язливий характер, викликаючи психологічні

розлади і значно знижують якість життя людини.

Лікування хронічних катаральних, гіпертрофічних, атрофічних фарингітів широко освітлено у багатьох джерелах літератури. На сьогодні у лікуванні хронічних фарингітів пропонуються як медикаментозні методи, які включають в себе антибактеріальні, протизапальні препарати, антидепресанти та інші, так і різноманітні фізіотерапевтичні методи,

Але залишається ще одне питання. Чи існує алергічний фарингіт? Впродовж багатьох років різні науковці вже ставили таке питання (Debain JJ 1966., Filou MP 1967, Marek Modrzynski 2004). Все більше клінічних досліджень проводиться із використанням антагоніс-

тів H2 рецепторів на слизову оболонку рото глотки, які відображують очевидне покращення клінічних симптомів фарингіту. (Shabih H. Zaidi 1991., Kumari JO, 2008). Та дослідження, підкріплені результатами інструментальних методів,

відсутні. Таким чином, потрібні подальші дослідження для підтвердження наявності H2-рецепторів у слизовій оболонці глотки. І якщо це так то вся філософія лікування хронічного фарингіту повинна бути модифікована.

© С.М. Пухлік, А.О. Суворкіна, 2019

С.М. ПУХЛИК, А. ЧУРСИНА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ У ДЕТЕЙ

Сублингвальная аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) в силу ее доступности является перспективным методом лечения в детской аллергологии. В Украине есть возможность проводить ее с помощью лечебных аллергенов в виде драже для рассасывания и в виде водно-глицериновых капель под язык.

Цель работы: изучить эффективность и безопасность АСИТ при поллинозах у детей. Под наблюдением находилось 90 детей с поллинозами, получавших сублингвальную АСИТ пыльцевыми аллергенами. Возраст больных был от 5 до 15 лет. Эффективность АСИТ оценивали на основе динамики клинической картины болезни, показателей иммунного ответа (уровней IgE, ЦИК). Сублингвальная АСИТ проводилась в течение 1-3 лет и более.

Результаты. Сублингвальная АСИТ оказывала благоприятное влияние на течение поллинозов после первого курса лечения у 67% больных. Наиболее эффективной Сублингвальная АСИТ была у детей с моновалентной пыль-

цевой сенсibilизацией (90%), риноконъюнктивальным синдромом (75,5%), с умеренно выраженной гипериммуноглобулинемией E (74,4%). Было отмечено увеличение числа детей с хорошими и отличными результатами лечения в зависимости от сроков лечения. Положительное влияние сублингвальной АСИТ на течение поллинозов сопровождается отсутствием нарастания уровня общего IgE, ЦИК в период цветения растений. У 8 (8,8%) детей при проведении сублингвальной АСИТ было отмечено возникновение побочных явлений (обострение аллергического ринита, атопического дерматита, аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы), системных аллергических реакций не возникало. Сублингвальная АСИТ является эффективным и безопасным методом лечения поллинозов у детей. Сравнительная оценка эффективности и безопасности между разными формами сублингвальной АСИТ (драже и капли) будет проведена позже.

© С.М. Пухлік, А. Чурсина, 2019

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

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА

Шилоподъязычный синдром – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур. Синдром проявляется хронической болью в глубоком отделе боковой области лица, иррадиирующей в корень языка, глотку и ухо, дисфагией, симптомами нарушений кровообращения головного мозга. Больные с разными ди-

агнозами лечатся у разных специалистов, чаще всего назначается симптоматическое лечение оказывается малоэффективным либо не даёт вообще какого либо результата. Синдром причиняет тяжёлые страдания больным, снижает качество жизни.

С внедрением в практику обследования больных компьютерной томографии, возможности диагностики гипертрофированного шило-