

# 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»

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

продовженому ультрафіолетовому опроміненню незалежно від віку, по друге – виникає у хворих похилого віку із хронічними дистрофічними процесами шкіри та продовженому ультрафіолетовому опроміненню. З точки зору доказової медицини ультрафіолетове опромінення є відповідальним за ініціацію і пухлинної прогресії актинічного кератозу в плоскоклітинний рак шкіри («так званий каскад розвитку раку шкіри»). УО є індуктоване пошкодження ДНК і супресія протипухлинного імунітету. Ці дві основні зміни, являються розвитком поверхневого раку шкіри зовнішнього вуха і носа. Припускається що до основних чутливих клітин які пошкоджуються від ультрафіолетового опромінення є кератоцити і фібробласти. В основі пошкодження лежать процеси окислювання, хронічного запалення та трансформації експресії подавляючи пухлинних генів (TP53). Пошкодження ДНК епітеліальних клітин шкіри стається під дією як UVA, так і UVB – спектрів сонячного світла, незважаючи на те, що вони між собою відрізняються. Опромінення спектра UVB є більш енергоємним і на пряму абсорбується ДНК в клітинах шкіри, формує при цьому поперечні міжмолекулярні зв'язки між цитозіновими і тиміновими основами, що призводять до циклобутанових пиримидінових димерів. Даний вид пошкодження поновлюється шляхом складного молекулярного механізму ексцізійної репарації нуклеотидів (nucleotide excision repair, NER). Генетичні порушення молекулярного шляху

NER є причиною таких захворювань, як пігментна ксеродерма і синдром Коккейна.

Спектр UVA представляє основну частину УО, які досягають поверхні землі. Але спектр UVA є менш енергоємним ніж UVB, тому більш довгі хвилі UVA- спектра проникають значно глибше в шкіру. Даний вид опромінення запускає виробку великої кількості активних форм кисню в клітинах шкіри, що призводить до окисного пошкодження ДНК. Дія активних форм кисню на ДНК призводить до утворення 8-оксо – 2 дезоксигуанозину. Даний вид пошкодження поновлюється шляхом механізму видалення пошкоджених частин (base excision repair, BER). При значному пошкодженні ДНК запускається процес апоптозу, що призводить до гибелі клітин.

Але у випадках коли пошкодження частки ДНК не відновлюються і клітини виживають, пошкодженні нуклеотиди призводять до розвитку перманентних мутацій і їх акумуляції які активізують пухлинну прогресію.

**Висновки:** 1. Фотоканцерогенез АК включає два механізми – пошкодження ДНК прямим (UVB) або опосередкованим (UVA).

2. UVB – індуквана активація рецептора епідермального фактору росту є ключовою ланкою в підтриманні подальшою клітинною проліферації.

3. Експресія гена TP53 активізується в клітині під дією цитологічних або мутагенних агентів, які промотують або гибель клітини, або її виживання.

© С.М. Пухлік, А.Ф. Євчева, 2019

*С.М. ПУХЛІК, В.В. КОЛЕСНІЧЕНКО (ОДЕСА, УКРАЇНА)*

### **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РОЗЧИНУ ТРАНКСАМОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ВИКОНАННІ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ ВІДНОСНО РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ**

Тонзилектомія залишається однією з найпоширеніших операцій у арсеналі оториноларинголога. Частка тонзилектомій варіює від 10% до 30% від усіх хірургічних втручань в умовах стаціонарів ЛОР. Нечастим, але досить вагомим ускладненням при виконанні тонзилектомії є можливість виникнення первинних та вторинних кровотеч. Їх частота коливається в межах від 1 до 10%. Також, вагомим параметром, що потребує подальшого зменшення є об'єм інтраопераційної крововтрати. Нажаль, на даний час лікарі обмежені у використанні засобів, що можуть впливати на покращення гемостазу через

невелику кількість таких засобів. Однією з груп препаратів, що впливають на третю ланку гемостазу є інгібітори фібринолізу. Серед них висока ефективність відмічається у розчині транексамової кислоти. На даний час продовжують активно проводитися дослідження відносно ефективності застосування р-ну транексамової кислоти, не лише у оториноларингології, але і інших хірургічних спеціальностях. За даними опитування, проведеного у Великобританії у 2018 році майже 70% хірургів та анестезіологів використовували розчин транексамової кислоти під час планової хірургії.

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-