

ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ TORHINOLARYNGOLOGY

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2-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 осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю **«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»** (7-8 жовтня 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»

Мельников О.Ф., Заболотная Д.Д., Рыльская О.Г., Шматко В.И., Тимченко М.Д., Фараон И.В., Заяц Т.А., Василенко Т.Ю.	
Влияние фитопрепарата эсберитокс на факторы локального иммунитета ротовой полости	56
Мельников О.Ф., Заболотный Д.И., Прилуцкая А.Д., Каминская А.И., Кушниренко Т.И.	
Ринитал в профилактике рецидивов ангионевротического отека аллергического генеза	57
Мельников О.Ф., Кушниренко Т.И.	
Иммуномодулирующие свойства препарата Циннабсин (in vitro)	57
Мельников О.Ф., Марушко Ю.В., Кривохатская Л.Д., Цимар А.В., Сидоренко Т.В.	
Клинико-патофизиологическая оценка свойств и эффективности препарата Лизак	58
Мінін Ю.В., Карась А.Ф., Дерябіна О.Г., Карась Га., Кучеренко Т.І.	
Використання ММСК пуповини та хондроцитів для регенерації хрящової тканини в експерименті	59
Мінін Ю.В., Кучеренко Т.І., Чуканов О.М., Павлюк О.В.	
Особенности stanu орофарингеальной области у хворих з синдромом обструктивной зупинки дихання під час сну	60
Москалик О.Є., Бариляк А.Ю.	
Оцінка якості життя пацієнтів у перші три місяці після виникнення однобічних парезів гортані	61
Никулин М.И. Никулин И.М.	
Этиопатогенетическая терапия больных вазомоторным ринитом	63
Осадча Т.М., Гавриленко Ю.В., Сербін О.М.	
Особенности дослідження слуху у дітей з розладами аутистичного спектру	64
Пилипюк М.В., Бандиш Т.В., Пилипюк Д.М., Стойкова М.М.	
Тактика лікування хворих на ракові ураження орофарингеальної зони	65
Плаксивий О.Г., Калущький І.В., Мазур О.О., Чифурко Т.Г., Незборецький І.В., Войцеховська Н.В.	
Кількісна та якісна оцінка гідропсу лабіринту при хворобі Мен'єра	65
Плаксивий О.Г., Чифурко Т.Г., Калущький І.В., Мазур О.О., Цуркан М.М., Кульчицька Т.Л.	
Принципи лікування ексудативного отиту та показання до шунтування барабанної порожнини	67
Пухлик С.М., Евчева А.Ф.	
Методы лечения больных с злокачественными опухолями кожи наружного уха и носа	69
Пухлик С.М., Суворкина А.А.	
Алгоритм диагностики хронических фарингитов аллергической природы	71
Пухлик С.М., Щелкунов А.П., Щелкунов А.А.	
Особенности течения острых риносинуситов индуцированных грибковой флорой	72
Пухлік С.М., Колесніченко В.В.	
Порівняння ефективності застосування транексамової кислоти та амінокапронової кислоти відносно зменшення ризику кровотеч при тонзилектомії	70
Самусенко С.О.	
Особенности захворюваності дітей на хвороби ЛОР-органів в мегаполісі	73
Спіжак І.І., Тімен Г.Е., Малишева Т.А., Васлович В.В.	
Вплив нервових ембріональних клітин на морфологічний стан першого нейрону слухового шляху при аміноглікозидному ототоксикозі	79
Тімен Г.Є., Писанко В.Н., Чубко С.П., Мудрый А.С.	
Хирургическое лечение ангиофибромы основания черепа	75
Тімен Г.Е., Писанко В.М., Миронюк Б.М., Куліненко М.Г.	
Тимпаноластика у дітей (досвід відділу ЛОР-патології дитячого віку)	81
Тімен Г.Е., Писанко В.М., Миронюк Б.М., Куліненко М.Г., Віннічук П.В.	
Кохлеарна імплантація у дітей з хронічним середнім отитом	80

опухолевого процесу, однак через 6 і 9 місяців діагностован рецидив у 17 (42,5%) пацієнтів. Етим больним проводилось хірургічне висічення в межах здорових тканин.

Висновки: Діагноз встановлювали по клінічними ознаками і без урахування морфології у

60% випадків (матеріал досліджувався тільки після операції). Рецидив захворювання був у 25 больних, що склало 25,5%. Хірургічне лікування проводилось в межах здорових тканин, без додаткової візуалізації (кольорової).

© С.М. Пухлик, А.Ф. Евчева, 2019

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

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНКСАМОВОЇ КИСЛОТИ ТА АМІНОКАПРОНОВОЇ КИСЛОТИ ВІДНОСНО ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ КРОВОТЕЧ ПРИ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

Хірургічне лікування хворих з рецидивуючим тонзилітом відзначається високими показниками ефективності. Високою є ефективність хірургічного лікування і з погляду профілактики розвитку метатонзиллярних ускладнень. Тонзилектомія є загальноприйнятою та стандартизованою у більшості країн процедурою і вважається рутинною операцією в практиці оториноларинголога. Проте вона пов'язана з такими можливими ускладненнями, як періопераційна кровотеча, набряк язика, травма язикоглоткового нерва, магістральних судин, підшкірна емфізема обличчя і шиї, пневмомедіастинум і пневмоторакс. Найбільш частим ускладненням тонзилектомії, що потребує особливої уваги навіть у найдосвідченіших хірургів є періопераційна кровотеча. Різні види кровотеч після тонзилектомії можуть бути класифіковані: за характером судини, що кровоточить - артеріальна, венозна, паренхіматозна (капілярна) кровотеча; за часом виникнення – інтраопераційна (первинна), рання (в перші кілька годин), пізня (через кілька днів); за ступенем кровотечі (слабка, помірна, профузана). Так як не існує єдиної стандартизованою класифікації видів кровотеч, це призводить до значних коливань показників частоти кровотеч у різних дослідженнях, що проводяться різними авторами. Частота періопераційних кровотеч коливається в межах від 1 до 10%. Для зупинки кровотечі застосовується кілька груп препаратів: коагулянти, що збільшують утворення фібрину тромбів: тромбін, фібриноген; препарати факторів згортання крові: антигемофільний кріопреципітат, концентрат фактора VIII, вітаміну К, стимулятор утворення VIII фактора згортання крові, фактора Віллебрандта десмопресин; інгібітори протеаз, які впливають на їх активність: аprotинін (контрикал, гордокс); антагоністи

гепарину: протаміну сульфат; стимулятори адгезивно-агрегаційної функції тромбоцитів; препарати кальцію і магнію; засоби, що зменшують проникненість судинної стінки, вітамінні препарати: рутин, аскорбінова кислота, троксевазин; етамзилат натрію (дицинон). Однією з груп препаратів, які впливають на фібриноліз є препарати, що впливають на перехід плазміногену в плазмін. Серед них в Україні доступні для використання епсилон-амінокапронова та транексамова кислоти. З лабораторних методів дослідження, що дозволяють оцінити ступінь впливу препаратів на активність фібринолізу можна використовувати визначення рівня Д-димеру і РФМК в крові.

Метою нашої роботи було **порівняння ефективності застосування транексамової кислоти та амінокапронової кислоти** в періопераційному періоді при виконанні операції тонзилектомії. У дослідження було включено 40 пацієнтів, яким виконувалася двостороння тонзилектомія. Всі пацієнти були розділені на 2 групи: 20-ти пацієнтам першої групи вводили транексамову кислоту з розрахунку 5 мг/кг, 20 пацієнтам другої групи вводили ϵ -амінокапронову кислоту з розрахунку 0,07 г/кг. Вплив транексамової і ϵ -амінокапронової кислот на систему фібринолізу оцінювали за концентрацією Д-димеру і РФМК в крові. Показники визначали до введення інгібіторів фібринолізу і після завершення операції. Отримані лабораторні та клінічні дані дозволяють зробити висновок, що транексамова кислота має більш виражену антифібринолітичну дію в порівнянні з амінокапроновою кислотою. Більш виражене гальмування фібринолізу транексамовою кислотою відображається зменшенням крововтрати під час операції і зменшенням епізодів первин-

них та вторинних кровотеч після операції. З огляду на ці дані, транексамову кислоту мож-

на рекомендувати як потенційно корисну при виконанні тонзилектомії.

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

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

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Хронические фарингиты (ХФ) – это одна из наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей, встречается у 3-5 % взрослого населения и относится к одной из малоизученных видов патологии в современной оториноларингологии. ХФ занимают ведущее место по обращаемости в амбулаторной практике оториноларингологов. Однако статистические данные по этой патологии неполные, так как большое количество пациентов могут проходить лечение у специалистов общей практики, гастроэнтерологов, невропатологов и других смежных специалистов. Все существующие источники по данной тематике подчеркивают, что этиология и патогенез хронических фарингитов изучены недостаточно. Основа патогенеза ХФ остается спорной, и на сегодняшний день актуальным остается поиск причинно-следственных связей патологических изменений в верхних дыхательных путях с влиянием смежной и сопутствующей патологии.

Хронический фарингит – это хроническое воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки. Здесь следует подчеркнуть, что суффикс «ит», обычно подразумевающий воспалительную патологию, на самом деле охватывает целый ряд состояний, которые не всегда связаны с инфекцией.

Глотка является аэродигестивным перекрестком, который участвует в процессах дыхания, глотания, фонации, вкуса и обоняния. Поэтому симптомокомплекс, возникающий при этой патологии, разнообразный, включает в себя: боли в горле, першение, жжение, кашель, поперхивание, ощущение комка в горле, неприятный привкус во рту, нарушение глотания, а в некоторых случаях и нарушение сна, аппетита, ощущение нервозности. Существует единая концепция болезней верхних дыхательных путей, которая получила широкое признание. Однако большинство обращает внимание на влияние риносинусита, игнорируя при этом факторы глотки в нижних дыхательных путях,

особенно при аллергической природе фарингита, который до сегодняшнего дня остается не до конца освещенным (Shabih H.1991). Наиболее вероятным симптомом при хроническом фарингите аллергической природы остается ощущение щекотания в глотке, вероятно спазматического явления, сравнимого с тем, что вызывает чихание. Вероятнее всего, он является аллергическим, так как он не присутствует ни при парестезиях глотки органического происхождения, ни при многих дизестезиях, которые свидетельствуют о психосоматическом процессе.

В современной науке выделяют патологии слизистых оболочек аллергической этиологии. Аллергический конъюнктивит или симптомы конъюнктивы присутствуют у 30-71% пациентов с аллергическим ринитом. Blochmichel E 1993, Leonardi A 2015. Эозинофильный эзофагит считается специфической формой пищевой аллергии. Petr Hruz 2014. Почему же глотка, которая подвергается влиянию как респираторных, так и пищевых аллергенов, выпала из внимания современной науки.

Исходя из вышеизложенного, нами разработан диагностический алгоритм обследования таких больных. В него входит: тщательный сбор анамнеза жизни (вредные привычки, условия работы, контакт с вредными веществами), анамнез заболевания, алергоанамнеза по времени возникновения проявлений аллергии (персистирующая или интермиттирующая формы), по коморбидности (АР, БА, аллергический эзофагит

и пр.); выявление причинно значимых аллергенов в (дыхательные и/или респираторные), взаимосвязь с оральной аллергией и др., наличие хронических заболеваний ЖКТ, психогенных заболеваний (используем психосоматический опросник, отсутствие местных симптомов воспаления); клинический осмотр, исследование глоточной слизи на клеточный состав, назоцитограмма, ОАК, IgE.