

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

вающий эффект согласно протокола (Гострый середний отит – Клінічна настанова, рекомендована для впровадження в Україні розширеною нарадою державних експертів від 30 листопада 2017 р. затверджена на розширеній нараді державних експертів у відповідності до Наказу МОЗ України №1422 від 29.12.2016 р. та Наказу МОЗ України №302 від 21.03.2017).

Анализ полученных данных лечения острого среднего отита у 6995 пациентов различных возрастных групп показал, что Кандибиотик является эффективным средством местного лечения воспалительных заболеваний среднего уха. Он обладает широким спектром антибактериального и антимикотического действий и может применяться в качестве монопрепарата при

нетяжелой форме острого среднего отита, а также при начальных проявлениях ОСО, способствуя уменьшению вероятности назначения системных антибактериальных средств. Назначение Кандибиотика актуально и при ОСО тяжелого течения в составе комплексной терапии, поскольку в первые дни заболевания у таких больных ярко выражен болевой синдром, который эффективно купируется синергичным действием анестетика (лидокаин 2%) и глюкокортикостероида (беклометазон). Результаты клинического исследования позволяют рекомендовать препарат КАНДИБИОТИК, капли ушные производства “Гленмарк Фармасьютикалз Лтд” для широкого клинического применения при лечении среднего отита у детей и взрослых.

© С.М. Пухлик, 2019

С.М. ПУХЛИК, А.Ф. ЕВЧЕВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ НАРУЖНОГО УХА И НОСА

Актуальность: Сегодня отмечается рост злокачественного поражения кожи носа и уха во всем мире, в частности в Одесском регионе. Наиболее распространенными являются злокачественное поражение базального слоя эпидермиса в виде двух карцином – базальноклеточной (БК) и плоскоклеточной (ПК). Из них чаще встречается базальноклеточная карцинома кожи. Ежегодно около 100 новых случаев БК регистрируется на 100 000 населения и развивается преимущественно в пожилом возрасте.

Длительное время эти опухоли могут клинически протекать без агрессии, которая меняется при пролонгированном действии вредных агентов.

Угрожающим является агрессивное течение злокачественного процесса обладающий инфильтративным или деструктивным ростом, что вынуждает проводить расширенное хирургическое иссечение с образованием различной формы дефектов.

В Лор-онко отделении применялись следующие методы лечения: лучевая терапия, хирургическое иссечение, криодеструкция и комбинированное лечение. В целом тактика лечения опухолей кожи зависела от формы роста, морфологии и наличия осложнений. Основным способом лечения был комбинированный.

По данным архива используемые методы лечения в Лор-онко отделении в 80% случаев ока-

зывали удовлетворительный лечебный результат. Однако несмотря на широкий арсенал методов лечения наблюдалась пролонгация процесса и рецидив. Такой результат вынуждает клиницистов к поиску новых подходов и разработки более эффективных методов диагностики и лечения.

Цель исследования: определить эффективность используемых методов лечения больных с злокачественными опухолями кожи наружного носа и уха на основании архивных данных за 2010 по 2015гг.

Материал и методы: Это ретроспективный анализ данных лечения 98 больных раком кожи наружного носа и уха в Лор-онко отделении за 5 лет (с 2010 по 2015 гг). Из них у 58 больных был базальноклеточный рак – I группа и у 40 плоскоклеточный рак – II группа. I группа пациентов получала комбинированное лечение: лучевая терапия + операция, II группа – лучевая терапия + криотерапия.

Результаты: в Лор-онко отделении за 5 лет проведено лечение рака кожи наружного носа и уха у 98 больных по радикальной программе. Наблюдение в течении 5 лет больных показало отсутствие пролонгации процесса у 100% больных I-й группы, однако у 8 больных (13,8%) был рецидив в виде узловых образований через 4 и 5 месяцев. Этим пациентам проводилось повторное хирургическое иссечение. У больных II-й группы также у 100% отсутствовала пролонгация

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

Висновки: Діагноз встановлювали по клінічним ознакам і без урахування морфології у

60% випадків (матеріал досліджувався тільки після операції). Рецидив захворювання був у 25 больних, що становило 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 стандартизованої 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-