

ГО «УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ»  
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

**Ж**урнал  
**вушних,  
носових  
і горлових  
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ  
ДВОМІСЯЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

Заснований у січні  
1924 року

**№ 5-с**

жовтень  
2017

---

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «**Досягнення сучасної оториноларингології**» (2-3 жовтня 2017 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

---

Підписано до друку 14.09.2017 р.  
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 700 прим. Замовлення №

---

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

---

## ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПРИ ВИКОНАННІ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ І ЇХ ВПЛИВ НА ОБ'ЄМ КРОВОВТРАТИ ТА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ

Найбільш частим ускладненням тонзилектомії, що потребує особливої уваги навіть у найдосвідченіших хірургів є переопераційна кровотеча. В цілому, повідомлення з різних клінік і країн відносно виникнення кровотеч після тонзилектомії досить сильно відрізняються. В середньому їх частота варіює в межах від 0,1 до 8-10%.

Як фактори ризику виділяють вік старше 12 років, чоловічу стать пацієнта, тривалість самої операції, досвід хірурга, використовувану техніку при видаленні мигдаликів, обсяг інтраопераційної крововтрати, методи інтраопераційного гемостазу, підвищений артеріальний тиск, супутні захворювання верхніх дихальних шляхів, прийом НПЗЗ.

Одним з факторів, що впливає на післяопераційний перебіг тонзилектомії і може мати вплив на частоту післяопераційних ускладнень, таких як кровотеча, є вибір між місцевим і загальним знеболюванням. Існує лише декілька досліджень, що до того ж мають досить протилежні результати, відносно впливу вибору анестезії на частоту переопераційних кровотеч.

У дослідженні (K.S. Kennedy, C.G. Strom, 1990) епізоди кровотечі виникли у 5 із 150 пацієнтів (3%), яким було виконано тонзилектомію з використанням загальної анестезії. 13 епізодів з 87 (15%) зареєстровано при використанні місцевої анестезії. Чотири випадки первинної кровотечі, які відбулися протягом 24 годин після тонзилектомії становлять 25%. Дванадцять випадків вторинних кровотеч відмічалися через 24 години після тонзилектомії (75% всіх випадків кровотечі). У дослідженні (Tisch, Bruder, Maier, 2002) взяли участь 1063 пацієнти, що перенесли тонзилектомію. Епізоди кровотечі виникли у 16 (4,12%) з 388 пацієнтів з використанням ендотрахеального наркозу та у 51 (7,55%) з 675 пацієнтів, які були прооперовані під місцевою анестезією. Більшість епізодів спостерігалася в день операції (46 із 51). Однак у 6 з 16 пацієнтів, яким використовувався ендотрахеальний наркоз післяопераційні кровотечі виникали після 6-го післяопераційного дня. За дослідженням Bredenkemp, Wackum, об'єм крововтрати при використанні місцевої анестезії менше на 30-35% у порівнянні з ендотрахеальним наркозом. У порівняльному дослідженні 1 349 тонзилектомій, з яких 367 операцій, були проведені під загальною анестезією, та 982 операцій під міс-

цевою анестезією отримали такі результати: середній об'єм крововтрати 43 мл та 31 мл, відповідно (S.M. Naik, S.S. Naik, 2013).

**Мета роботи:** Порівняти вплив застосування місцевої анестезії та ендотрахеального наркозу при виконанні операції тонзилектомії на об'єм крововтрати та частоту виникнення післяопераційних кровотеч.

**Пацієнти і методи:** Було обстежено 46 пацієнта у віці від 18 до 40 років, яким планово проведено хірургічне втручання в обсязі двосторонньої тонзилектомії. Пацієнти розділені на дві групи. Першу групу склали 27 пацієнтів, що були прооперовані з використанням місцевої анестезії 1% розчином лідокаїну. Контрольну групу склали 19 пацієнтів, яким була виконана двостороння тонзилектомія з використанням ендотрахеального наркозу.

Проводилась оцінка таких параметрів, як об'єм крововтрати під час операції, наявність кровотечі в післяопераційному періоді, період її виникнення (первинна - до 24 годин після операції, вторинна - пізніше 24 годин після операції).

### **Результати**

У групі прооперованих з використанням місцевої анестезії середній об'єм крововтрати склав 61 мл (від 35 до 69 мл). Було зареєстровано 4 епізоди виникнення первинної кровотечі. У трьох випадках кровотеча була зупинена притисканням ватно-марльових тампонів, та парентеральним введенням розчину транексамової кти у розрахунку 25 мг/кг маси тіла. Один епізод для здійснення гемостазу потребував накладання лігатури у ніші піднебінної мигдалини. Не було зареєстровано епізодів виникнення вторинної кровотечі.

У групі прооперованих з використанням ендотрахеального наркозу середній об'єм крововтрати склав 84 мл (від 62 до 102 мл). У трьох випадках для здійснення гемостазу виникла необхідність у прошиванні ніші піднебінної мигдалини з залишенням ватно-марлевого тампону. Було зареєстровано 3 епізоди виникнення первинної кровотечі, що була зупинена притисканням ватно-марльових тампонів, та парентеральним введенням інгібіторів фібринолізу. Жоден з випадків не потребував додаткового хірургічного втручання. Зареєстровано 1 випадок вторинної кровотечі, що виникла на 7-у добу і зупинилась самостійно. Ймовірно причина виникнення

була пов'язана з порушенням рекомендацій відносно дієти.

**Висновки:** Отримані дані вказують на менший об'єм крововтрати у пацієнтів прооперованих з використанням місцевої анестезії, ніж у пацієнтів прооперованих з використанням ен-

дотрахеального наркозу. Недостатньо статистичних даних для здійснення висновків відносно частоти виникнення первинних і вторинних кровотеч у пацієнтів прооперованих з використанням різних видів знеболювання, що потребує подальшого вивчення цього питання.

© С.М. Пухлік, В.В. Колесніченко, 2017

*С.М. ПУХЛИК, Р.П. КРАМАРЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **РИНИТЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Согласно последним данным по состоянию на начало 2017 г., население Украины по возрасту старше 64 лет составило 15,5%. С расширением числа пожилых людей врачи сталкиваются с увеличением числа жалоб на состояние носа у них. Вероятно, несколько механизмов лежат в основе патогенеза ринитов у этих больных, в том числе воспалительные процессы и влияния старения на физиологию носа, и с взаимным воздействием между этими двумя факторами.

Среди всего населения встречаются аллергические и неаллергические риниты. А у пожилых людей как они протекают?

Хотя пик заболеваемости АР встречается у молодых людей, аллергический ринит широко распространен и среди пожилых людей. В самом деле, Национальный центр по статистике здравоохранения США в докладе 2005 года заявил, что 10,7% лиц между 45-64 лет, 7,8% больных 65-75 лет и 5,4% пациентов старше 75 страдают от аллергического ринита. Исследования показали, что симптомы аллергического ринита уменьшаются и чувствительность кожных аллергических проб с возрастом менее информативна. Такие изменения могут быть из-за возрастных изменений в иммунной системе.

Распространенность неаллергического ринита больше среди женщин и число подобных случаев увеличивается с возрастом. Больше, чем 60% больных в возрасте старше 50 лет страдают от ринита неаллергической этиологии.

С возрастом происходят анатомические и физиологические изменения в носу, которые могут повлиять на характер и течение ринита. Потеря поддержки кончика носа развивается из-за ослабления волокнистой соединительной ткани в верхних и нижних отделах крыльчатых хрящей. Потеря коллагена и эластина, гипоплазия верхнечелюстного альвеолярного отростка, сокращение мускулатуры лица приводят к зависанию кончика носа. Кроме того, ослабление и

фрагментации хряща перегородки и втягивание колумеллы носа приводит к изменениям в самой полости носа. Сочетание этих структурных изменений может уменьшить носовой клапан и приводит к жалобам на носовую обструкцию, что часто встречается в гериатрической практике. У пожилых пациентов часто отмечается атрофия эпителия слизистой оболочки полости носа, что связывают с обезвоживанием. Эти факторы могут приводить к образованию густой слизи у пожилых больных. Считается, что густая слизь вместе со снижением мукоцилиарного клиренса могут привести к характерным для ринита жалобам: постназальный затек, кашель и затрудненное носовое дыхание. Причиной для уменьшения увлажнения вдыхаемого воздуха могут быть возрастные изменения в сосудах полости носа. Снижается тонус сосудов в подслизистом слое, нарушается кровообращение и все это приводит к уменьшению способности к увлажнению и согреванию вдыхаемого воздуха у стариков.

Вегетативная нестабильность может привести к гиперактивности парасимпатической нервной системы и вызвать дисбаланс в симпатической/ парасимпатической активности, что приводит к заложенности носа и ринорее у стариков. Причиной медикаментозной формы ринита являются лекарства, которые включают механизмы изменения вегетативной регуляции слизистой оболочки носа и сосудистой сети. Это имеет особое значение для пожилых пациентов, так как полипрагмазия стала распространенной проблемой среди престарелого населения с растущим количеством коморбидных состояний. Хотя число лиц старше 65 лет составляет менее 15% от общей численности населения, этой группе приходится более одной трети всех отпускаемых по рецепту лекарств. Кроме того, 57% американских женщин старше 65 лет регулярно принимают не менее пяти препаратов и 12% используют не менее десяти лекарств.

<i>Писанко В.М.</i> Ефективність бактеріальних лізатів при імунпрофілактиці хронічних риносинуситів у дітей	79
<i>Писанко В.Н., Винничук П.В., Миронюк Б.Н.</i> Хирургическая реабилитация детей с тугоухостью и глухотой (опыт отделения ЛОР-патологии детского возраста)	80
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Мельник Є.С., Рошкулець І.Є.</i> Випадок малігнізації гігантської інвертованої папіломи носа	81
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Рошкулець Є.І., Філінський А.Л.</i> Основні клінічні ознаки, типи та нозологічні форми синдрому сонного апное	83
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Геруш О.Л., Рошкулець Є.І., Філінський А.Л.</i> Клінічна ефективність рослинного препарату Імупрет у лікуванні дітей з хронічним аденоїдитом	84
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Рошкулець І.Є.</i> Діагностичні критерії та принципи лікування ексудативного отиту	85
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О.</i> Пряма піднаркозна ларингоскопія в діагностиці та лікуванні захворювань гортані протягом 10 років за матеріалами ЛОР-відділення ОКЛ	86
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Рошкулець Є.І.</i> До питання малігнізації бокової кістки шиї в бронхіогенний рак	86
<i>Попович В.І., Кошель І.В.</i> Порівняльна ефективність комбінованого препарату і комплексного лікування в терапії алергічного риніту	87
<i>Пухлик С.М.</i> Роль грибкової інфекції при хроническом воспалении небных миндалин и возможности лечения	88
<i>Пухлик С.М.</i> Метаанализ применения препарата Кандибиотик при заболеваниях наружного и среднего уха	89
<i>Пухлік С.М., Запорожченко П.О., Дедікова І.В.</i> Можливості фотодинамічної терапії хронічного тонзиліту	90
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В.</i> Застосування різних видів знеболювання при виконання тонзилектомії і їх вплив на об'єм крововтрати та частоту виникнення післяопераційних кровотеч	91
<i>Пухлик С.М., Крамаренко Р.П.</i> Риниты у пожилых людей	92
<i>Соколенко Я.Б., Чернокур А.А., Господ О.Н., Сапронова Е.В., Федоренко А.А.</i> Диагностика гранулематоза Вегенера у пациентов с явлениями хронического риносинусита	93
<i>Соколовська М.Ю., Грицевич М.Ю.</i> Рідкісний випадок швидкого росту гігантського поліпу у дитини	94
<i>Сонник Н.Б., Лобурець В.В., Подовжний А.Г.</i> Тактика оказания помощи детям с гипертрофией миндалин лимфоглоточного кольца, сочетанной с патологией уздечек губ и языка	95
<i>Терещенко Ж.А., Островська О.О., Тимощенко Н.М.</i> Особливості лікування хворих на одонтогенний гайморит	96
<i>Терещенко Ж.А., Островська О.О.</i> Лікування викривлень перегородки носа	97
<i>Тімен Г.Є., Писанко В.М., Миронюк Б.М., Хоменко М.Г., Кудь Л.А., Кобзарук Л.І., Вінничук П.В., Кобзарук В.В., Руденька К.Л., Сапіжак І.І., Чубко С.П.</i> Тактика лікування дітей з середнім секреторним отитом (досвід відділення ЛОР-патології дитячого віку ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України)	98
<i>Тімен Г.Є., Писанко В.Н., Чубко С.П., Мудрий А.С.</i> Доброкачественные новообразования ЛОР-органов у детей	99