

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

Журнал
**вушних,
носових
і горлових
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 3-с

травень
2017

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів **«Фармакотерапія та хірургічні методи лікування захворювань ЛОР-органів у дорослих та дітей»** (15-16 травня 2017 р.).

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

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

Підписано до друку 19.04.2017 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 700 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

ендоскопічне дослідження носоглотки, аудіо-та імпедансометрія, пальцеве дослідження носоглотки (за потребою), лабораторні дослідження.

При аналізі клінічної картини у дітей з гіпертрофією носоглоткової мигдалини було виявлено: утруднення носового дихання, виділення з носу, порушення сну, хропіння, дисфункція слухової труби, кашель.

Усім дітям, за результатами неефективної консервативної терапії, проводилось оперативне лікування, відповідно до патології: аденотомія, тонзилотомія, аденотомія+тонзилотомія. До аденотомії з поверхні аденоїдів брали мазки-відбитки. Видалені аденоїди направлялись на патоморфологічне дослідження.

Матеріал для імунологічних досліджень (слина та кров) брали до операції, через тиждень та місяць після втручання. Контрольну групу (для імунологічних досліджень) склали 10 хворих без ознак запальних захворювань (викривлення носової перетинки, гіпертрофічний риніт). Статистична обробка даних проведена з використанням непараметричних критеріїв.

Після операції дітям проводився ЛОР-огляд одразу та через 1 тиждень та 1 місяць піс-

ля операції. Клінічний ефект розцінювався як позитивний у випадках, коли скарги хворих і об'єктивна симптоматика повністю зникали або спостерігалось їх значне зменшення. Через 1 місяць після операції позитивна динаміка відмічена у всіх хворих.

Щодо стану імунної системи, то після оперативного втручання суттєвих відхилень в перші дні виявлено не було за виключенням помірного зниження кількості клітин лімфоїного ряду в ротоглотковому секреті (РС) хворих. При цьому морфологічні дослідження тканин аденоїдних вегетацій свідчать про ознаки наявності вже існуючої можливої функціональної дефектності локальних імунокомпетентних структур. У віддаленому періоді після операції має місце зниження рівня секреторного IgA в РС та збільшення в сироватці крові рівня IgM, що може вказувати на збільшення інфікування носо- та рото глотки, що саме обумовлене дефектністю функціонування захисних систем. Подальший аналіз змін місцевого та системного стану імунітету під впливом оперативного втручання має бути пов'язаний із дослідженням противірусних чинників імунітету, зокрема з рівнем інтерферонів (α, γ) та антитіл до різних вірусів.

© В.М. Писанко, О.Ф. Мельников, Б.М. Миронюк, Л.А. Кудь, С.В. Тимченко, М.В. Тимченко, 2017

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

ВПЛИВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ВВЕДЕННЯ ІНГІБІТОРІВ ФІБРИНОЛІЗУ НА ПРОВЕДЕННЯ І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРЕБІГ ОПЕРАЦІЇ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

Тонзилектомія – одна з найпоширеніших операцій в оториноларингології. У спеціалізованих відділеннях стаціонарів частка тонзилектомій досягає до 20% від всіх хірургічних втручань. У хворих рецидивуючим тонзилітом досі найбільш ефективним, а, нерідко, і єдиним методом лікування залишається виконання тонзилектомії. Одним із критеріїв виконання тонзилектомії є частота ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, віддалені результати лікування. Тонзилектомії супроводжуються післяопераційними первинними і вторинними кровоточами, їх частота варіює в межах від 0,1 до 8-10%. До різних чинників, що впливають на об'єм крововтрати під час виконання тонзилектомії, та частоту виникнення післяопераційних кровотеч відносяться аномалії розташування судин, наявність рубців, спайок, особливості хірургічної техніки, порушення механізмів згортання крові, вид знеболювання, використання гемостатичних

препаратів. Транексамова кислота відноситься до гемостатичних препаратів з групи інгібіторів фібринолізу. Цей препарат є широко доступним більше 30 років, але тільки нещодавно він почав регулярно використовуватися в багатьох хірургічних дисциплінах. На сьогоднішній день не проводилося масштабних рандомізованих досліджень, які б підтвердили переваги використання транексамової кислоти для зниження частоти і важкості кровотеч після виконання тонзилектомії. Два нещодавно опублікованих експериментальних дослідження проведених у 2013 і 2015 роках на невеликому клінічному матеріалі, присвячених виникненню кровотеч у дорослих після виконання тонзилектомії, вказують на потенційно корисну роль транексамової кислоти в запобіганні післяопераційної кровотечі при виконанні тонзилектомії.

Мета роботи. Вивчити вплив використання транексамової кислоти в передопераційному

періоді у дорослих на перебіг і післяопераційний період при виконанні операції тонзилектомії.

Пацієнти і методи. Було обстежено 26 пацієнтів у віці від 18 до 37 років, яким було планово проведено хірургічне втручання в обсязі двосторонньої тонзилектомії. Всі оперативні втручання були виконані одним хірургом з використанням місцевої анестезії 1% розчином лідокаїну. У передопераційному періоді пацієнтам була введена транексамова кислота в кількості 10 мг / кг внутрішньовенно. Контрольну групу склали 25 пацієнтів, яким була виконана двостороння тонзилектомія без попереднього введення транексамової к-ти. Для оцінки проведеного хірургічного втручання враховувалися такі показники: тривалість операції, об'єм крововтрати під час операції, наявність кровотечі в післяопераційному періоді, терміни нормалізації температури тіла, оцінка болю в спокої і при прийомі їжі з використанням візуально-аналогової шкали.

Результати. Середній обсяг крововтрати при тонзилектомії з використанням транексамової кислоти склав 48 мл (від 30 до 70 мл), в контрольній групі – 67 мл (від 40 до 90 мл). Післяопераційні кровотечі в основній групі виникли у 3 пацієнтів в період першої доби після операції, були зупинені притисненням ватно-марлевого

тампона. У контрольній групі було зареєстровано 4 епізоди виникли післяопераційних кровотеч. У 3-х випадках, кровотеча була зупинена притисненням ватно-марлевого тампона. 1 епізод потребував прошивання ніші піднебінної мигдалини з залишенням ватно-марлевого тампону і додаткового введення інгібіторів фібринолізу. Отримані в ході аналізу дані щодо крововтрати були статистично достовірні ($p < 0,001$), що говорить про меншу крововтрати при виконанні двосторонньої тонзилектомії з використанням транексамової кислоти. Була проведена оцінка больових відчуттів в спокої і при прийомі їжі за даними 10 бальною візуально-аналогової шкали. Не було отримано статистично достовірних даних про відмінності в основній і контрольній групах.

Висновки. Транексамова кислота є ефективним препаратом для зменшення крововтрати в ході операції і профілактики периопераційних кровотеч, скорочує терміни перебування пацієнтів у стаціонарі в післяопераційному періоді. Транексамова кислота має сприятливий профіль безпеки. Проведене дослідження підтверджує потенційну користь використання транексамової кислоти при виконанні тонзилектомії і вказує на необхідність проведення подальших досліджень.

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

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

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Термин «вазомоторный ринит» отражает клинические проявления заболевания – способность слизистой оболочки носа набухать вследствие застоя венозной крови в кавернозных телах носовых раковин, что проявляется затруднением носового дыхания без признаков воспалительного процесса. Если оценить частоту хронических ринитов, то на долю вазомоторных ринитов приходится до 20% всех больных.

По нашему мнению, хронические вазомоторные нарушения не являются воспалительным процессом в полости носа и могут быть вызваны нарушениями вегетативной нервной системы, частыми проявлениями ваготонии, с характерными симптомами пониженного артериального давления, редким пульсом, потливостью, и т.п. Кроме того, вазомоторные нарушения могут развиваться при резком ис-

кривлении носовой перегородки, когда отмечается контакт слизистой оболочки со слизистой. В большинстве случаев вазомоторными реакциями объясняется клиника медикаментозного ринита, как реакция на длительное применение сосудосуживающих капель. Достаточно большое количество больных с вазомоторными процессами составляют пациенты с гормональными расстройствами – гипотиреоз и т.н. «ринит беременных», где в основе снижения тонуса сосудов носа лежит повышенное содержание эстрогенов в этот период гестации.

Диагностика идиопатического нарушения носового дыхания, применяемая клиницистами, основывается на субъективных жалобах пациента и ринологическом осмотре врачом, что является диагнозом исключения аллергической и воспалительной патологии полости носа. Еди-

Паламарчук В.В., Пашковський В.М., Старченков В.Ю. Статокінетичні дослідження при «антарктичному синдромі»	82
Паламарчук В.В., Пашковський В.М., Яценко Л.Д., Старченков В.Ю. Деякі аспекти професійного раку верхніх дихальних шляхів та суміжних органів	83
Паламарчук В.В., Потебня Г.П., Щербак О.А., Пашковський В.М. Перспектива застосування вакцинотерапії в онкоотоларингології	84
Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А., Бандыш Т.В., Юрин А.С., Пилипюк Д.Н. Комплексное лечение злокачественных опухолей полости рта и глотки	85
Пионтковская М.Б., Друмова А.Н. Профилактика и метафилактика хронических постимплантационных гайморитов	86
Пионтковская М.Б., Цепколенко А.В. Эстрогенозависимый фарингоневротический синдром: введение в проблему	86
Писанко В.М., Мельников О.Ф., Миронюк Б.М., Кудь Л.А., Тимченко С.В., Тимченко М.В. Порушення імунного статусу в до- та ранній післяопераційний період у дітей з гіпертрофією структур лімфоглоткового кільця	87
Попович В.І., Кошель І.В., Пілецька Л.І. Вивчення ефективності препарату синупрет в лікуванні гострого післявірусного риносинуситу у дітей	120
Пухлік С.М., Колесніченко В.В. Вплив передопераційного введення інгібіторів фібринолізу на проведення і післяопераційний перебіг операції тонзилектомії	88
Пухлик С.М., Крамаренко Р.П. Диагностический алгоритм вазомоторного ринита	89
Пухлик С.М., Щелкунов А.П., Даюб А.А. Шилоподъязычный синдром, варианты диагностики и лечения	90
Самбур М.Б., Мельников О.Ф. Експериментальне дослідження модулюючого впливу імунотропних препаратів різного походження на ефективність вакцинації антигенами вірусу грипа	92
Скоробогатий В.В. Цефиксим в практиці оториноларинголога	93
Сліпецький Р.Р., Фецич Т.Г. Органозберігаючі операції при ранньому раку гортані: нові підходи та їх результати	94
Соколенко Я.Б., Чернокур А.А. Отдалённые результаты хирургического лечения больных с посттравматической деформацией лобной пазухи	95
Сонник Н.Б., Лобурец В.В., Подовжний А.Г. Тактика лечения детей с гипертрофией миндалин лимфоглоточного кольца, сочетающихся с патологией уздечек губ и языка	95
Тинітовська О.І. Імунореабілітація хворих на хронічний тонзиліт	99
Титаренко О.В., Добронравова И.В., Лисовецкая В.С., Титаренко О.А. Лечение кандидозных тонзиллофарингитов	96
Тишко Ф.О., Гичка С.Г., Тишко Д.Ф., Холоденко Т.Ю., Лук'яненко С.С. Причинні фактори формування паратонзиліту та паратонзиллярного абсцесу	121
Троян В.І., Лобова О.В., Сінайко Ф.О. Лікування рецидивного хіміорадіорезистентного раку ротового відділу глотки	97
Троян В.І., Нікулін І.М., Нікулін І.О., Костровський О.М., Лобова О.В., Сінайко І.О. Історія кафедри оториноларингології Запорізького державного медичного університету	98
Троян В.І., Сінайко І.О., Лобова О.В. Профілактика променевих реакцій слизової оболонки гортані	98
Цьолко Т.Р., Галай О.О. Реконструкція орбіти після резекції верхньої щелепи	100
Чернишева И.Э. Использование местных иммуномодуляторов в профилактике и лечении пациентов с ЛОР-патологией	101