

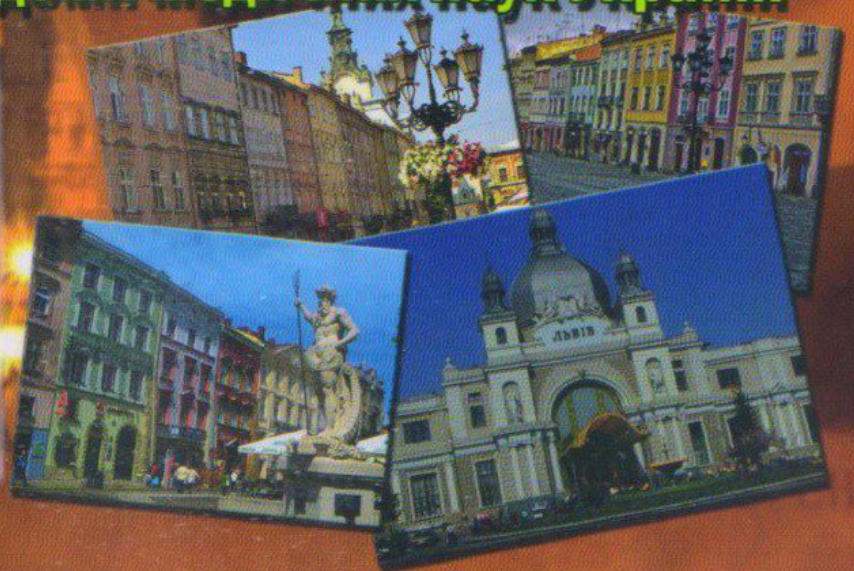
МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,

присвяченій 30-річчю з дня заснування
Національної академії медичних наук України

1-3 жовтня 2023 р.
м. Львів, Україна



Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
Національної академії медичних наук України»

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,
ПРИСВЯЧЕНА 30-РІЧЧЮ З ДНЯ
ЗАСНУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

2-3 жовтня 2023 р.

Львів – 2023

розчином прозерину.

АМК спреї є біотехнологічний продукт, що ґрунтується на використанні олігопептидів та факторів росту, отриманих з тромбоцитів власної крові пацієнта. В основі АМК лежить завдання отримання кріолізату тромбоцитів людини високого ступеня якості із мінімального об'єму крові пацієнта, гарантованої для достатнього клінічного ефекту. Прозерин, відомий як «золотий стандарт», є інгібітором ацетилхолінестерази та потенціює дію ендogenous ацетилхоліну. Недолік останнього як хімічного медіатора гальмує передачу нервового імпульсу.

Оцінка нюхового тестування на 5-у та 10-у добу від початку терапії показала: при легкій гіпосмії поліпшення у всіх 11 пацієнтів та повне відновлення у 3 з них 10-у добу – відновлення у всіх спостережуваних; при середній гіпосмії у 4 – на 5-у добу покращен-

ня, на 10-у добу – відновлення у 4 та покращення – у 1; при тяжкій – покращення у 1 на 5-у добу, значне поліпшення – на 10-у добу, у 1 пацієнта – без змін.

У всіх фіксованих спостереженнях жодних побічних ефектів не спостерігалось, пацієнтові 56 років, зі стійкою постковідною аносмією більше 4-х місяців спільно з невропатологами рекомендовано тривале застосування аутомезоконцентрату тромбоцитів разом з мікроіригаторами, часткове відновлення через 1 місяць, продовжує лікування.

Висновок. Наші спостереження дозволяють рекомендувати колегам поєднане використання терапії біотехнологічних препаратів та антихолінестеразної терапії у лікуванні стійких постковідних сенсоневральних гіпосмії.

© С.М. Пухлік, О.В. Цепколенко, 2023

С.М. ПУХЛІК, А.П. ЩЕЛКУНОВ, О.А. ЩЕЛКУНОВ

ВІВЧЕННЯ МІКРОБІОТИ, ПРИ ПАТОЛОГІЇ РОТОГЛОТКИ, ЯКІ УТВОРЮЮТЬ БІОПЛІВКИ

Одеський національний медичний університет

Хронічні запальні захворювання носа та лімфоїдного глоткового кільця Пирогова-Вальдейера є однією з найважливіших проблем отоларингології.

Мікробіота ротової порожнини дуже гетерогенна і включає від кількох сотень до кількох тисяч різноманітних видів. Порушений баланс біоплівок ротової порожнини формує схильність до багатьох захворювань; бактеріальні спільноти відіграють вирішальну роль у підтримці фізіологічних, метаболічних та імунологічних функцій.

Нині відомо, що більше 99% бактерій існують у природних екосистемах над вигляді вільно плаваючих клітин, а вигляді прикріплених до субстрату біоплівок (Biofilms). Деякі дослідники вважають, що планктонну форму можна розглядати лише як спосіб переміщення мікробної клітини від однієї поверхні до іншої, тобто як короточасний стан у житті бактерій. Більш того, для жодного виду бактерій не описано існування тільки в планктонному стані за всіх можливих умов зростання.

Утворення біоплівок та їх функціонування – приклад складного соціальної поведінки бактерій, регульованої і керованої як сигналами з довкілля, та й міжклітинними зв'язками. В даний час явище міжклітинного спілкування бактерій, що отримало назву "quorum sensing" - QS (почуття кворуму), розшифровано та описано. Цей тип міжклітинного спілкування та утворення біоплівок відіграє ключову роль у взаєминах бактерій з живими організмами. Перевага колективної поведінки бактерій визначається глибокими змінами у метаболізмі бактеріальних клітин при досягненні ними певної критичної густини.

Мета дослідження: провести обстеження хворих на хронічну патологію глотки та лімфоглоткового кільця використовуючи дані кількісного визначення флори в осередку запалення та здатність даних мікроорганізмів утворювати біоплівки, здійснити пошук найбільш оптимальних препаратів, що впливають на біоплівки шляхом їх руйнування.

Виходячи з опублікованих даних, частота

інфекцій, зумовлених біоплівкою, становить 65-80%. Більше того, за деякими даними, понад 60% внутрішньолікарняних інфекцій пов'язані з мікроорганізмами, що перебувають у біоплівках. Видовий склад біоплівок у значній частині випадків представлений: *S. aureus*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *E. coli*. Прикладом статичного методу вивчення освіти біоплівок є культивування мікроорганізмів у 96-лункових пластикових планшетах.

Методи. Суть методу полягає в наступному: суспензію бактерій вносять в лунки планшета і після інкубації в оптимальних умовах планктонна фаза популяції бактерій видаляється разом з живильним середовищем, а біоплівку, що утворилася, виявляють різними методами. Наприклад, до методів, які візуалізують структуру мікробних співтовариств і дозволяють ідентифікувати мікроорганізми у складі біоплівок, слід віднести електронну мікроскопію, метод флюоресцентної гібридизації *in situ*, метод визначення оптичної щільності та ін. Найбільш простий із перерахованих є метод визначення оптичної щільності. Він і використовувався у наших дослідженнях.

Матеріали. Усього було обстежено 56 осіб із різною патологією глотки. Ми бачимо, що найбільшу біоплівку утворюючу здатність має *St. Aureus*. Найбільшою руйнівною здатністю біоплівок мають речовини – дефлю в 27 випадках без розведення і в 6 випадках – у розведенні 1:10, бетадин – у 24 випадках, з них 17 у розведенні 1:10; 6 у розведенні 1:20 та 1 випадок – у розведенні 1:40; пробіотичний препарат *Vac. Megaterium* – у 18 випадках, у розведенні 1:10 – у 9 випадках.

У зіві 33 випадки виявлення *St. Aureus*, з них у 12 випадках біоплівка не утворюється, у 15 випадках утворюється помірної щільності та у 6 випадках високої щільності.

Найбільш значущі лікарські речовини, які пригнічують біоплівкоутворювальну здатність наступні – лисобакт 21 без розведення, гексаліз 18 без розведення і 9 у розведенні 1:10, пробіотичний препарат *Str. Salivarius* 24 випадки без розведення, пробіотичний препарат *Vac. Megaterium* у 12 випадків без розведення.

Наступний за кількістю виявлений мікроорганізм – *Streptococcus viridans*. У зіві 56

випадки, з них у 12-ти біоплівки не утворюються, у 33 випадках помірні, у 6-ти щільні. За чутливістю до препаратів бачимо наступне – лисобакт 24 без розведення, 3 у розведенні 1:10; гексаліз 27 без розведення, 12 у розведенні 1:10, 3 у розведенні 1:20; пробіотичний препарат *Str. Salivarius* 30 випадків без розведення, 15 випадків 1:10 та 9 1:20; *Vac. Coagulans* 15 без розведення, 3 у розведенні 1:10, 5 у 1:20; пробіотичний препарат *Vac. Megaterium* у 21 випадок без розведення, 6 у розведенні 1:10.

Решта мікроорганізмів висівалися в незначних кількостях. З них слід виділити найбільш патогенні мікроорганізми, такі як *Pseudomonas aeruginosa*, який у зіві висівався в 4 випадках, утворюючи щільні біоплівки і був не чутливий до жодного з досліджуваних препаратів. Так само бета (β)-гемолітичний стрептокок, який висівався у 5ти випадках, але біоплівки не утворював і відповідно чутливість до препаратів не визначалася.

Висновки.

1. Метод визначення біоплівкоутворювальної здатності мікроорганізмів за оптичною щільністю матеріалу обов'язково потрібно дублювати кількісним посівом на флору та визначення чутливості до антибіотиків для більшої достовірності отриманих даних та можливим застосуванням антибіотиків, відповідно до чутливості у доповненні до лікування.

2. В результаті проведеного нами дослідження були виявлені мікроорганізми, з найбільшою здатністю до біоплівкоутворення, а також підібраний спектр медичних препаратів, які доступні та найбільш дієві в придушенні біоплівкоутворювальних здібностей мікроорганізмів, але бажано до кожного пацієнта підходити індивідуально.

3. Використовуючи отримані нами дані щодо препаратів, що пригнічують біоплівкоутворювальну здатність мікроорганізмів, ми вважаємо за можливе їх застосування в практиці, але проведена робота вимагає продовження та підтвердження на більшій кількості обстежуваних та пролікованих пацієнтів.

© С.М. Пухлік, А.П. Щелкунов, О.А. Щелкунов, 2023

Пухлік С.М., Щелкунов А.П., Щелкунов О.А. Вивчення мікробіоти при патології ротоглотки, які утворюють біоплівки	118
Руденька К.Л., Покришень Д.О. Усунення вроджених дефектів вушних раковин	120
Руденька К.Л., Покришень Д.О. Хірургічна корекція складених вушних раковин	121
Сабов О.О., Лешак В.І., Смоланка А.В., Гаман Ю.В. Ретроспективний аналіз посттравматичних, інтра- та постопераційних назолікворей після видалення пухлин основи черепа трансназальним шляхом	121
Савчук О.О., Василенко Д.М. Рецидивуючий поліхондрит: клінічний випадок	122
Сережко Ю.О. Операційний ларингоскоп для створення шляху до задньої комісури гортані	123
Сліпецький Р.Р. Пластичність ракових стовбурових клітин та пухлинне мікрооточення при пухлинах голови та шиї як фактори негативного прогнозу та рецидиву	124
Соннік Н.Б., Лобурець В.В., Подовжній О.Г. Посттравматичний полісинусит в дитячій практиці	125
Сребняк І.А., Борисенко О.М., Шербул-Трохименко О.В., Кузьмук І.О. Тактика лікування пацієнтів з секреторним середнім отитом та застійним мастоїдитом в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії	126
Сребняк І.А., Борисенко О.М., Шербул-Трохименко О.В., Теслюк В.Р., Тарасенко А.К. Характер травматичних уражень слухового аналізатору при мінно-вибуховій травмі військового часу	127
Тарасенко А.К., Сребняк І.А., Борисенко О.М., Нечипоренко П.В. Особливості ураження середнього вуха після отримання мінно-вибухової травми в умовах активних бойових дій	129
Тинітовська О.І., Чорній О.В. Визначення основних діагностичних критеріїв у пацієнтів з храпом та обструктивним апное під час сну	130
Тишко Ф.О. Екстра- та ендоларингеальна хірургія паралітичних стенозів гортані	131
Толчинський В.В., Герц В.Д., Кізім В.В., Коровіцький П.Р., Телуха К.І. Особливості діагностики фарингоспазму, у пацієнтів, що перенесли трахеостравохідне протезування	132