МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
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

№ 5-с

жовтень
2016

Київ – "Просвіта"

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів **«Сучасні методи консервативного та хірургічного лікування в оториноларингології»** (3-4 жовтня 2016 р.).

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

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

Підписано до друку 19.09.2016 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 600 прим. Замовлення №9-0969

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

Виробничо-торговельна фірма "Просвіта", Київ-32, б-р Т.Шевченка, 46

умовах виконання Закона України «Про вищу освіту» з метою оптимізації витрат часу під час практичних занять і клінічних лекцій доцільно, насамперед, висвітлювати нозології класу А, які виділені процедурою АВС В.Парето. Серед захворювань, що найчастіше зустрічаються на амбулаторному прийомі сімейного лікаря; що відносяться до станів, які вимагають надання ургентної допомоги або підлягають епідеміологічному контролю; а також запитань баз даних ліцензійних іспитів КРОК-2 і КРОК-3.

Вказаний принцип використовується нами для підготовки студентів під час практичних занять і клінічних лекцій з оториноларингології, а також для підготовки до ліцензійних іспитів КРОК-2 і КРОК-3.

© В.В. Кіщук , А.І. Барціховський, І.В. Дмитренко, К.А. Лобко, О.Д. Бондарчук, П.А. Рауцкіс, С.В. Скічко, Я.П. Грицун, С.О. Шамрай, В.В. Максимчук, 2016

В.В. КІЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКІЙ, О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ МІДІ В КОМПЛЕКСНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ

Склерома – важке хронічне інфекційне захворювання людини із специфічним враженням слизової оболонки дихальних шляхів та неспецифічним всіх органів та систем організму в цілому. Збудником склероми є паличка Фріша-Волковича, що відноситься до клебсієльозних інфекцій. Етіопатогенетично склерома схожа на озену, при якій спостерігається значне зниження заліза в організмі цих хворих. З літератури відомо, що при склеромі порушені процеси тканинного дихання (Степаненко Н.П., 1963), газообміну (Дерепа К.П., 1966), пригнічується функція кровотворного апарату (Бариляк Р.О., Сахелашвілі Н.А., 1967). Вказані зміни, на думку приведених авторів, пояснюються хронічною інтоксикацією і кисневим голодуванням організму.

Одним з найважливіших і біологічно активних хімічних елементів в організмі людини являється мідь, що входить в структуру деяких ферментів, пігментів, гормонів, що беруть участь в процесах дихання і проявляють позитивний вплив на гемопоез (Бабаєв Ш.В., Прієв М.Г., 1967)

Вивчення обміну міді у хворих на склерому представляє собою інтерес з точки зору розширення уявлень про патогенез захворювання і розробки нових методів патогенетичної терапії хвороби.

В літературі приводять суперечливі дані відносно вмісту міді в крові хворих на склерому (Бабенко Г.А. зі співав., 1963; Мякинникова М.В., 1967). Враховуючи ці дані нам представляється доцільним дослідити динаміку вмісту міді у хворих на склерому при застосуванні в лікуванні сполук що містять мідь, які знаходились на лікуванні та спостереженні в Республіканському склеромному центрі, що розташований на базі ЛОР-клініки Вінницької обласної лікарні. Поруч з визначенням міді в крові до і після комплексного лікування, для більш глибокого аналізу про характер змін у вмісті міді в організмі, визначалась активність ферменту (церулоплазміну), що вміщує в собі мідь. Фармація доволі багата на препарати що містять мідь, але в нашому дослідженні було вирішено у комплексне лікування хворих на склерому ввести 1% сульфат міді, який давно застосовується в терапевтичній практиці для лікування анемій, імунодефіцитних станів та ін.

Мідь визначалася за спектральним аналізом, церулоплазмін – за методикою Г.А. Бабенко (1963).

Всього обстежено 47 хворих (19 чоловіків і 28 жінок) у віці від 18 до 65 років. Контролем слугували 20 практично здорових людей. Активність церулоплазміну визначалась у 10 осіб – донорів станції переливання крові.

Показники міді вирахувані в мг% на золу, активність церулоплазміну – в умовних одиницях. У осіб контрольної групи вміст міді в крові в середньому дорівнював 11.5±0,45 мг%, активність церулоплазміну 27,1 ±0,66 умовних одиниць (у.о.).

Вміст міді у крові хворих на склерому при поступленні їх в клініку був значно знижений, і в середньому дорівнював 7,35±0,35 мг%, активність церулоплазміну – 13,17±0,07 у.о.

Після проведеного комплексного лікування із застосуванням 1% сульфату міді по 15

крапель 3 р/д per os протягом 14 діб, вміст міді в крові збільшувався в середньому на 2,30 мг%, активність церулоплазміну по суті не змінювалась, і дорівнювала в середньому 13,25±0,09 у.о.

Таким чином, в організмі хворих на склерому має місце значне зниження вмісту міді, що підтверджується паралельним зниженням церулоплазміну. Ці дані дають можливість обґрунтованого застосування мікродоз міді в комплексному лікуванні хворих на склерому та спонукають до пошуку нових патогенетичних засобів терапії даної категорії хворих.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховській, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, Я.П. Грицун, 2016

В.В. КІЩУК, Я.П. ГРИЦУН, І.В. ДМИТРЕНКО, О.Д. БОНДАРЧУК,
К.А. ЛОБКО, А.І. БАРЦИХОВСЬКИЙ (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СКЛЕРОМИ

Склерома – важке хронічне інфекційне захворювання людини з специфічним враженням слизової оболонки дихальних шляхів і неспецифічним – внутрішніх органів і систем організму, які знижують працездатність хворих і нерідко призводять до інвалідності (Дмитренко І.В., 2010). Хронічний бронхіт та емфізема легень, різної ступені вираженості, - звичайні супутники склероми, зустрічаються від 55 до 57% хворих (Дерепа К.П., 1966). Інші зміни органів дихання , як ателектаз легеневої тканини (28,2% хворих), бронхоектазії (14,1%), пневмонія , плеврит зустрічаються значно рідше і в запущених стадіях патологічного процесу.

Гістологічне дослідження органів дихання вказують на те, що по мірі розгалуження бронхіального дерева специфічне запалення в бронхах поступово змінюється неспецифічними гострими або хронічними процесами. Враження бронхіального дерева веде у хворих на склерому до порушення бронхіальної прохідності насамперед погіршується дренажна функція бронхів. Деструктивні процеси слизової та стінки бронхів призводять до порушення діяльності миготливого епітелію та перестальтики мускулатури бронхів , що в свою чергу призводить до поглиблення гіпоксії (Дерепа К.П., 1966).

Для лікування хворих на склерому застосовувались різноманітні засоби та методи: медикаментозні, дилятаційні, хірургічні та інші. Проблема лікування склероми повністю не вирішена , хоча в супереч старим поглядам при регулярному лікуванні (1 раз в рік), склерому можна вважати клінічно стабілізованою . Враховуючи патогенез даного захворювання, в основі якого лежить довготривала гіпоксія та інтоксикація організму, і, як результат, відповідні патологічні зміни органів та систем людини, терапія склероми має бути комплексною етіопатогенетичною і починатись якомога в ранніх стадіях хвороби. Тому приділяється багато уваги розробці та впровадження нових препаратів та схем лікування .

До базисної схеми лікування склероми додають також інгаляційні глюкокортикостероїди. Їх висока клінічна ефективність та безпечність в значній мірі визначається особливостями їх фармакокінетики . Препарати даної групи володіють досить низькою системною біодоступністю, котра складається з інгаляційної біодоступності та пероральної (визначається кількістю речовини, що потрапила в ШКТ після інгаляцій). Важливу роль в формуванні загальної системної біодоступності інгаляційних глюкокортикостероїдів грає ефект «першого проходження», завдяки якому відбувається інактивація великої частини лікарської речовини і знижується вираженість його системної дії.

Глюкокортикостероїд флютиказону пропіонат у рекомендованих для інгаляції дозах має потужну протизапальну дію на дихальні шляхи. Що має невелику біодоступність, виражений ефект «першого проходження», високою клінічною ефективністю та співвідношення ці-на/ефективність .

В схему комплексного лікування входить використання інгаляційного флютиказону пропіонату в дозі 0,5-2 мг двічі на добу протягом 10 днів.

Під нашим спостереженням знаходилось 40 хворих. 20 хворих отримували інгаляційні кортикостероїди – флютиказону пропіонат і 20 хворих – що отримували інгаляції із ротокан та гідрокортизоном.

Виявлено, що терапевтична дія флютиказону пропіонату розвивається вже через 24 годи-

ни після початку лікування у тих хворих, які раніше не використовували інгаляційні стероїди.

Висновки

1. Максимального покращення стану при лікуванні було досягнуто протягом 4-5 діб від початку лікування флютиказоном. Пацієнти відмічали значне покращення загального стану: зменшення задишки, кашлю, сухості слизових порожнини носу та глотки. При об'єктивному дослідженні: зменшувалась кількість кірок в порожнині носа та густого в'язкого слизу, відновлювався нюх, зменшувалися в розмірах та ставали більш пласкими інфільтрати як в порожнині носа так і в підскладковому просторі гортані, покращувався тембр голосу та гортанне дихання.

2. Застосування флютиказону пропіонату в комплексному лікуванні хворих на склерому призводить до більш швидкого регресу симптомів, покращення загального стану, якості життя.

© В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.І. Барциховський, 2016

В.В. КІЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКІЙ, О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕКУРЕТНОГО (ХРОНІЧНОГО) ТОНЗИЛІТУ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Проблема гострих та хронічних захворювань лімфоглоткового апарату є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині.

Хворі, з патологією лімфоглоткового кільця становлять значну частку амбулаторних пацієнтів, як отоларингологів так і педіатрів та терапевтів. Діагноз захворювання встановлюється у 19-20% випадків серед 20 діагнозів, що найбільш часто встановлюється отоларингологами (за даними Medical Data Management).

Тезис: «Визначити мигдалики як «хворі» або «інфіковані» шляхом клінічного огляду не можна».

Твердження: під тонзилітом (в значенні діагнозу) потрібно розуміти запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму, а отже, з додатково виникаючою симптоматикою.

Коментар: при клінічному огляді можна визначити запальні зміни оточуючих мигдалик тканин і утворень, які характеризують запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму і сприяють рецидивам захворювання.

Рекурентний (хронічний) тонзиліт – запалення піднебінних мигдаликів, яке проявляється пригніченням неспецифічних факторів природньої резистентності організму, порушенням гуморальної, клітинної ланок імунітету і супроводжується інфекційно-алергічною інтоксикацією організму з можливим розвитком місцевих і загальних ускладнень.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10): гострий тонзиліт J 03.0, рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт J 35.0.

Рекурентний тонзиліт (J 35.0) МКХ-10:

- як правило, викликається великою кількістю бактеріальних збудників. Атаки гострого тонзиліту повторюються через деякий час після проведення антибактеріальної терапії. Показом до тонзилектомії є частота і важкість таких епізодів;
- слід розрізняти рецидивуючий тонзиліт;
- викликається тим же збудником, що і попередній епізод тонзиліту. Якщо це БГСГА (Str. pyogenes) – це показання до тонзилектомії.

Вірогідні ознаки рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту:

- неприємний запах з рота і / або присмак у роті (халітоз);
- казеозно-гнійні пробки і / або рідкий гній в лакунах мигдалин;
- гіперемія передніх піднебінних дужок (симптом Гізе);
- набряк верхнього кута, утвореного передньою і задньою піднебінними дужками (симптоми Зака і Преображенського);
- рубцеві спайки між мигдалинами і піднебінними дужками;
- збільшені регіональні лімфовузли біля кута нижньої щелепи по передньому краю m. sternocleidomastoideus (валик Корицького).

Немає жодної специфічної ознаки або симптомокомплексу, які були б властиві тільки для рекурентного тонзиліту. І тим більше характеризували функцію піднебінних мигдаликів.

Одним із самих складних завдань в тонзилярній проблемі є вибір ефективного лікування хворих на рекурентний тонзиліт. В цьому плані самим важливим моментом є стратегічне питання: як лікувати хворого – консервативно чи хірургічно?

Вибір стратегії лікування хворих на рецидивуючий тонзиліт завжди був суб'єктивним і

Кіщук В.В., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Бондарчук О.Д., Рауцкіс П.А., Скічко С.В., Грицун Я.П., Шамрай С.О., Максимчук В.В. Принцип Парето у підвищенні ефективності підготовки студентів з оториноларингології в умовах виконання «Закону про вищу освіту» 59
Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховській А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Грицун Я.П. Застосування сульфату міді в комплексному патогенетичному лікуванні хворих на склерому 60
Кіщук В.В., Грицун Я.П., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Барцихівський А.І. Наш досвід використання інгаляційного флутиказону пропіонату у комплексному лікуванні склероми 61
Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховській А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Грицун Я.П. Сучасний підхід до консервативного лікування рекуретного (хронічного) тонзиліту на засадах доказової медицини 62
Ковалик А.П., Ковалик П.В., Береговий Д.В. Бактеріальна мікрофлора і її чутливість до антибіотиків, виділена із слизової оболонки гортані здорових людей і хворих на рубцевий стеноз гортані 65
Ковтуненко А.В., Тымчук С.Н., Бакаев А.А. Комплексное применение эндоскопических и топических методов диагностики при злокачественных заболеваниях верхнечелюстной пазухи 66
Ковтуненко О.В., Тимчук С.М., Шпортько Б.В. Сучасна морфологічна діагностика метастазів раку гортані у регіонарні лімфатичні вузли 67
Кокоркин Д.Н., Шаменко В.А. Гистиоцитоз из клеток лангерганса у детей 68
Костишин І.Д., Гірна Г.А., Романчук В.Р. Закриття дефекту нижньої щелепи у онкостоматологічних хворих 69
Костишин І.Д., Гірна Г.А., Романчук В.Р., Ткач В.Є., Остап'як І.М. Превентивні дисекції і опромінення регіонарних лімфатичних вузлів шиї при плоскоклітинному раку шкіри обличчя 70
Кошель І.В. Спадкова схильність до хронічного поліпозного риносинуситу за даними клініко-генеалогічного аналізу 71
Кривша В.В., Пелешенко О.О. Особливості вестибулометричного обстеження пацієнтів з кохлеовестибулярними порушеннями 72
Крук М.Б., Крук М.М. Проблеми класифікації хронічних негнійних середніх отитів 73
Кузык И.В., Тимен Г.Э., Коберник О.В. Рациональное лечение больных секреторными средними отитами 74
Кузык И.В., Тимен Г.Э., Коберник О.В. Лечение детей с гнойными средними отитами, в том числе, осложненными мастоидитами 74
Кулікова О.О., Гарюк Г.І., Губін В.М., Чуваков В.Л. Структура і характер ізольованих і ускладнених ушкоджень носа і вуха за останні 3 роки за даними ургентного кабінету ЛОР-клініки ХМАПО 76
Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Синяченко В.В., Шух Л.А., Сегал В.В. Пластика «клапана» носа у дітей 77
Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Шух Л.А., Сегал В.В., Павловська Н.Ю., Осадча Т.М. Досвід лікування обмеженого зовнішнього отиту у дітей 78
Лакиза С.О., Самойленко С.С. Деякі особливості лікування хворих на рак гортані 78
Левицька С.А. Особливості будови носової порожнини і навколоносових пазух у хворих на хронічні синусити 80
Левицька С.А. Кореляція інтенсивності головного болю з розмірами верхньощелепних синусів у хворих на синусити 81
Левицька С.А. Зв'язок інтенсивності головного болю і результатів комп'ютерної томографії навколоносових синусів 81
Левицька С.А. Генетична детермінованість розвитку хронічних синуситів 81
Левицька С.А. Роль нормобіонтів носоглотки в розвитку гнійного синуситу 82
Левицька С.А. Генетичні аспекти імунної відповіді при назальному поліпозі 83
Лукач Е.В. Ефективність фотодинамічної терапії в ЛОР-онкології 83
Лукач Е.В., Сережко Ю.О., Клочков Є.І. Ендоскопічний ефект відсутності аутолюмінесценції у діагностиці новоутворень гортані 85
Лупир А.В. Факторний аналіз клініко-патогенетичних показників у пацієнтів з поліпозним риносинуїтом 85
Луценко В.І., Бєлякова І.А., Градюк Н.М. Оцінка ефективності кохлеарної імплантації у дорослих з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою за даними мовної аудіометрії на фоні завад 86
Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Радевич І.Ю., Куруляк Н.Г. Використання пробіотичних препаратів у комплексному лікуванні хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт із цукровим діабетом 1-го типу 87

Зміст

Абизов Р.А., Божко Н.В., Оніщенко Ю.І. Мінімізація післяопераційного больового синдрому при застосуванні електрозварювання в онкоотоларингології 2

Абизов Р.А., Ониценко Ю.І. Позитивний вплив на перебіг онкологічного процесу електрозварювальних технологій у хворих на рак гортані серединної локалізації (спостереження у віддалений період) 3

Амонов А.Ш. Некоторые анатомические особенности среднего и внутреннего уха при проведении кохлеарной имплантации у детей 4

Байрак Д.М., Степанова Н.С., Гранкова В.М. «Морские» наружные отиты 4

Безбах Д.І., Мілоченко Т.Г. Хірургічні втручання на гортані у хворих на транссексуалізм, хондроларингопластика та фемінізація голосу 6

Безега М.І. Лікування пацієнтів з гострим отитом, ускладненим мастоїдитом 6

Безшапочный С.Б. Современная концепция антибактериального лечения бактериальных риносинуситов 7

Безшапочный С.Б. Рациональное лечение аллергических ринитов 54

Безшапочний С.Б., Лобурець В.В., Подовжній О.Г. Ураження параназальних синусів грибкової етіології: сучасний підхід до вирішення проблеми 8

Безшапочний С.Б., Лобурець В.В. Способи післяопераційної реабілітації пацієнтів, що перенесли ендоназальну фронтотомія 9

Березнюк В.В., Лыщенко Д.В., Моргачева А.К., Березнюк И.В. Ранняя диагностика и лечение гранулематоза Вегенера с поражением среднего уха и носа 10

Блувштейн Г.М., Філатов В.Ф., Гарюк О.Г., Павлова О.О. Деякі методичні аспекти стапедопластики 12

Богданов К.Г., Тагунова И.К. Ближайшие и отдалённые результаты иммунокоррегирующей терапии в комплексном лечении обострения хронического мезотимпанита 13

Борисенко О.М., Мініна Г.Ю. Порушення слухової функції в залежності від розташування акустичної невриноми 14

Васильєв В.М. До 175 річчя НМУ імені О.О. Богомольця. Спогади про вчителя 14

Винничук П.В., Тимен Г.Э., Руденька Е.Л., Чащева Е.Г., Мудрый А.С. Меатотимпанопластика у больных со стенозами наружных слуховых проходов 15

Внукова М.О., Савчук Л.В., Совєцька А.В., Чекерда В.О. Ефективність застосування лазерної хірургії в лікуванні гіпертрофії та хронічного запалення язикового мигдалика 16

Гавриленко Ю.В., Лайко А.А., Карась А. Ф., Карась Г.А. Дослідження клітин крові дітей, хворих на хронічний тонзиліт на тлі цукрового діабету 1 типу 17

Гавриленко Ю.В., Лайко А.А., Степанова О.В. Клінічні особливості стану ЛОР-органів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу за даними анкетування 18

Гавриленко Ю.В., Лайко А.А., Мітюряєва І.О., Гнилоскуренко Г.В. Кореляція показників мікроциркуляції слизової оболонки носа та бульбарної мікроскопії у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу на тлі хронічної патології ЛОР-органів 19

Галай О.О., Бондаренко С.Г., Дуда О.Р., Друзюк О.В., Лудчак В.Ю., Сендега І.М., Сліпецький Р.Р., Цьолко Т.Р., Шмідт М.Р. Голосове протезуванні у хворих після ларингектомії – ускладнення та їх профілактика 19

Гарюк О.Г., Гарюк Г.И., Нечипоренко А.С. Объективное состояние функции носового дыхания у больных с храпом и синдромом обструктивного апноэ сна 20

Гарюк Г.І., Бичкова Н.С. Фармакотерапевтичний захист, чи альтернативна зупинка носової кровотечі у хворих тривало приймаючих дезагреганти 21

Гарюк Г.І., Меркулов О.Ю., Михайленко Н.М., Каніщева І.М., Арнольді В.М., Лисенко В.В., Тимошенко Ю.В., Світличний О.Є. Деякі сучасні проблеми інвазивної та неінвазивної діагностики патологічних процесів порожнини носа та навколоносових синусів 22

Гарюк Г.І., Філатова І.В., Арнольді В.М., Тимошенко Ю.В., Безпечний С.В., Світличний О.Є. Два спостереження парезу зворотнього гортанного нерву різної етіології 23

Герасимюк М.І., Яшан О.І. Рівні інтерлейкіну-4 і інтерферону-гама у комплексній оцінці ефективності та прогнозуванні результатів консервативного лікування хронічного тонзиліту 24

Гірна Г.А., Костишин І.Д., Лукач Е.В., Романчук В.Р. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з карциномами ротової порожнини і ротоглотки шляхом імунокорекції 25

Глазунова С.С. Модель психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з КІ у практиці роботи Міського медичного центру проблем слуху та мовлення «СУВАГ» 26