

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

№ 5-с

жовтень
2018

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні досягнення в оториноларингології» (1-2 жовтня 2018 р.).

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

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

Підписано до друку 17.09.2018 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 1000 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

орбітотомія. Орбітотомії бувають проста, кісткова, комбінована. По локалізації: верхня, нижня, латеральна та медіальна. За характером розсічених м'яких тканин: транскон'юнктивальна, транспальпебральна, транскутанна, транскон'юнктивально-транскутанна, ендоназальна та транссинуоїдальна.

Мета. визначити пріоритетну тактику хірургічного лікування внутрішньоорбітальної гематоми при різних механізмах її виникнення.

Матеріали та методи: Під нашим спостереженням за період 2017-2018 рр. було 8 пацієнтів із внутрішньоорбітальною гематомою. Із них у 4-х пацієнтів причиною гематоми була ЧМТ із контузією орбіти, 1-му пацієнту проводилась ін'єкція в ретробульбарний простір, 3 пацієнтам проводилась ендоскопічна ендоназальна полісинусотомія. У двох пацієнтів із контузією орбіти експозиція від травми до надання допомоги складала близько 24 годин, ще у двох - близько 72-х годин. У пацієнта із ретробульбарною ін'єкцією та після полісинусотомії - від 2-х до 4-х годин. Лікування проводилось комплексне, як консервативне: гемостатичні, протинабрякові, антибактеріальні засоби, так і хірургічне – орбітотомія.

Результати: Всім пацієнтам після встановлення діагнозу було проведено комплексне

лікування із виконанням орбітотомії. У двох пацієнтів із контузією орбіти, що звернулись за медичною допомогою у термін більше ніж 72 години була виконана верхня та нижня латеральна транскутанна орбітотомія. Іншим 5-м хворим виконана ендоскопічна ендоназальна трансетмоїдальна орбітотомія, одному пацієнту – комбінована: ендоскопічна ендоназальна трансетмоїдальна та верхня латеральна тарскутанна орбітотомія. Одування із повним та частковим збереженням зору відмічалось у всіх хворих. Однак, період одужання пацієнтів, яким проводилась транскутанна орбітотомія, подовжувався від 3-х до 5-ти діб, у порівнянні з пацієнтами, яким виконувалась ендоскопічна ендоназальна орбітотомія. У хворих після транскутанної орбітотомії залишились косметичні дефекти повік та обмеження їх рухливості, що не спостерігалось у іншій групі пацієнтів, яким проводилась ендоназальна орбітотомія.

Висновки: 1. Тактика лікаря при виникненні внутрішньоорбітальної гематоми направлена на зменшення внутрішньоорбітального тиску в короткий термін.

2. При виборі хірургічного підходу до лікування внутрішньоорбітальної гематоми пріоритетним, є ендоназальна трансетмоїдальна орбітотомія.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховський, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.С. Існюк, Я.П. Грицун, В.В. Максимчук, 2018

В.В. КИЩУК, А.С. ІСНЮК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО, А.С. ІСНЮК, Я.П. ГРИЦУН, В.В. МАКСИМЧУК (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

АНТИМІКРОБНА ДІЯ ПРИРОДНИХ ТА СИНТЕТИЧНИХ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА УМОВНО-ПАТОГЕННІ МІКРООРГАНІЗМИ У ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ

У комплексі етіотропних та патогенетичних лікувальних заходів при ураженні тканин як специфічними збудниками, так і опортуністичними мікроорганізмами у хворих на склерому місцева терапія відіграє важливе значення. Елімінація умовно-патогенних мікроорганізмів слизових оболонок верхніх дихальних шляхів сприяє відновленню балансу мікробіоценозу та посиленню локального захисту слизової оболонки.

Мета: нашої роботи було порівняти дію антисептиків природного та синтетичного походження на клінічні штами мікроорганізмів, які виявленні на слизових оболонках верхніх дихальних шляхів у хворих на склерому.

Матеріали та методи: порівняльну дію антисептиків вивчали на клінічних штаммах *K. rhinoscleromatis*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *K.pneumoniae*, виділених із слизових оболонок верхніх дихальних шляхів у хворих на склерому. Для порівняльної оцінки використовували антисептичні препарати сангвіритрин, хлорофіліпт, декасан та мірамістин.

Для порівняльної характеристики антимікробних властивостей препаратів щодо обраних клінічних штамів використовували метод серійних двократних розведень препарату в рідкому поживному середовищі згідно загальноприйнятій методиці із визначенням мінімальної бактеріостатичної та мінімальної бактерицидної кон-

центрацій (МБСК та МБЦК, відповідно) згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України №167 від 05.04.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

Результати: В процесі визначення антимікробної дії антисептиків методом серійних розведень в рідкому поживному середовищі, нами було встановлено, що як синтетичні (декаметоксин, мірамістин), так і природні сполуки четвертинного нітрогену (сангвіритрин) виявили високу активність щодо клінічних штамів грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів. Бактерицидну дію декасану та мірамістину на штами *S. aureus* спостерігали в мінімальних концентраціях $2,1 \pm 0,99$ мкг/мл та $4,7 \pm 1,4$ мкг/мл відповідно, а для *S. pyogenes* – $3,1 \pm 0,40$ мкг/мл та $8,3 \pm 0,76$ мкг/мл. У сангвіритрина бактерицидна концентрація препарату становила $15,7 \pm 2,44$ мкг/мл щодо штамів золотистих стафілококів та $25,9 \pm 4,2$ мкг/мл щодо β -гемолітичних стрептококів. На відміну від піогенних коків, клебсієли проявили вищу чутливість до дії сангвіритрину. Так, мінімальні бактерицидні концентрації сангвіритрину щодо штамів *K. pneumoniae* та *K. rhinoscleromatis*

дорівнювали $12,5 \pm 1,91$ мкг/мл та $2,2 \pm 0,84$ мкг/мл відповідно. Декаметоксин мав згубну дію на клебсієли в концентраціях $17,5 \pm 3,06$ мкг/мл та $6,25 \pm 0,64$ мкг/мл, а мірамістин – $20,3 \pm 4,69$ мкг/мл та $7,8 \pm 1,1$ мкг/мл відповідно. Хлорофіліпт мав найнижчу активність серед досліджених препаратів *S. aureus* – $54,9 \pm 9,45$ мкг/мл, а *S. pyogenes* – $93,7 \pm 10,4$ мкг/мл хлорофіліпту, відповідно. Мінімальна бактерицидна концентрація хлорофіліпту для клінічних штамів клебсієл становила $500,2 \pm 76,42$ мкг/мл (*K. pneumoniae*) та $390,2 \pm 7,92$ мкг/мл (*K. rhinoscleromatis*).

Висновки: 1. Клінічні ізоляти клебсієл мають вищу чутливість до дії природних антисептиків, які входять до складу препарату сангвіритрин, а клінічні штами *S. aureus* та *S. pyogenes* – до поверхнево-активних синтетичних сполук (декасан, мірамістин), хлорофіліпт, який має антимікробну дію завдяки фенолоальдегідам у складі препарату, мав найнижчу активність серед досліджених препаратів.

2. Обґрунтований підбір антисептичних засобів для місцевого застосування є важливим фактором у комплексному лікуванні хворих на склерому.

© В.В. Кіщук, А.С. Існюк, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховський, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.С. Існюк, Я.П. Грицун, В.В. Максимчук, 2018

*В.В. КИЩУК, К.А. ЛОБКО, О.Д. БОНДАРЧУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.Д. ЛОБКО,
А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

НАЗАЛЬНА ЛІКВОРЕЯ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ – ТАКТИКА ЛОР-ЛІКАРЯ ЩОДО ЛІКУВАННЯ

В останні роки патологією фронто-базальної ділянки частіше займаються ЛОР-спеціалісти, ніж лікарі-нейрохірурги. Цьому сприяв активний прогрес та впровадження в практику лікаря-оториноларинголога ендоскопічної техніки при втручаннях на лор-органах. Назальна лікворея (НЛ) не є виключенням. НЛ – патологічний стан витікання цереброспінальної рідини (ліквору) з порожнини черепа через ніс, внаслідок порушення цілісності кісток основи черепа та твердої мозкової оболонки. Лікворні простори і порожнина носа розмежовані природними бар'єрами: ситоподібною пластинкою гратчастої кістки, церебральні стінки навколоносових пазух і з'єднаної з кістками склепіння та основи черепа твердої мозкової оболонки. При порушенні цілісності вище вказаних бар'єрів створю-

ються умови для відтоку ЦСР з лікворних просторів в порожнину носа. Через загрозу інфікування лікворної системи, у зв'язку з виникненням сполучення зовнішнього середовища з порожниною черепа, НЛ являє собою небезпечний для життя стан. Крім того НЛ становить небезпеку, щодо прогресуючого зниження внутрішньочерепного тиску з розвитком атрофічних процесів в головному мозку і порушень функцій ЦНС.

При НЛ основна скарга хворого – виділення рідини з носу, як правило, посилюється при нахилі голови вперед. Важливим симптомом є порушення нюху: аносмія або гіпосмія, частіше з одного боку, можливе порушення зору, головні болі.

Для постановки діагнозу пацієнтам обов'язково призначали виконання МРТ та СКТ

ЗМІСТ

<i>Абизов Р.А., Белоусова А.О., Самойленко С.С., Божко Н.В.</i> Досягнення ВЧ-електрозварювання в онкоотоларингології	2
<i>Абизов Р.А., Ромась О.Ю., Шкоба Я.В.</i> Удосконалення корекційних заходів при явищах дисфагії, після хірургічного лікування хворих з патологією ЛОР-органів	3
<i>Андреев А.В., Пухлик С.М., Тагунова И.К., Богданов К.Г., Чурсина А.Н.</i> Гипертрофия язычной миндалины и сопутствующие заболевания	4
<i>Андреев С.В., Чернявская М.С.</i> Консервативная терапия после подслизистой резекции носовой перегородки	4
<i>Байрак Д.М., Потапова Н.Я., Горбулин В.П.</i> Синдром Тричера Коллинза. Клинический случай	5
<i>Барияк А.Ю., Савка Т.Б., Барияк Ю.Р., Москалик О.Є., Крук М.М.</i> Хірургія одного дня при операціях на носі	7
<i>Безшапочний С.Б., Лобурець А.В., Лобурець В.В.</i> Клінічна ефективність застосування сольового спрею, що містить гіалуронат натрію та декспантенол, після функціональних ендоназальних втручань	8
<i>Безшапочний С.Б., Лобурець А.В., Сонник Н.Б., Лобурець В.В.</i> Комплексний підхід до питань реабілітації пацієнтів після ендоназальної синусотомії	9
<i>Безшапочный С.Б., Сонник Н.Б., Иванченко С.А., Гришина И.С.</i> Применение эффективных комбинаций в лечении риносинуситов	10
<i>Бобров А.Л., Борисенко О.М., Папп О.В., Міщанчук Н.С., Насиров В.А.</i> Оцінка ефективності застосування функціональної електростимуляції після під'язиково-лицевого анастомозу у пацієнтів з ураженням лицевого нерва різної етіології	123
<i>Богданова Т., Юршевич Э., Климец В.</i> Использование рёберного хряща при ревизионной риносептопластике. Мой опыт	11
<i>Богданов К.Г., Тагунова И.К., Андреев А.В., Богданов В.К.</i> Варианты консервативного лечения обострения хронического мезотимпанита и динамика некоторых показателей клеточного иммунитета мукоперисто барабанной полости	12
<i>Бредун О., Мельников О.</i> Імунно-морфологічні кореляції при патології піднебінних мигдаликів у дітей	13
<i>Винничук П.В., Тимен Г.Э., Писанко В.Н., Руденька Е.Л., Мудрый А.С.</i> Хирургия врождённых и приобретенных дефектов крыла носа	14
<i>Волосевич Л.І., Тимченко С.В., Поляковська О.О., Смагіна Т.В., Мельников О.Ф.</i> Дослідження мікрофлори та цитологічних показників ротоглоткового секрету у хворих на алергічний риніт з різним станом піднебінних мигдаликів	14
<i>Гавриленко Ю.В.</i> Сучасний вибір лікування хронічного тонзиліту у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу	15
<i>Галай О.О., Керунчик В.Т., Бондаренко С.Г., Дуда О.Р., Друзюк О.В., Карп С.Ю., Лудчак В.Ю., Сендега І.М., Сліпецький Р.Р., Цьолко Т.Р., Шмідт М.Р.</i> Гіпербарична оксигенація при лікуванні хворих з пухлинами голови та шиї	16
<i>Гаргін В.В., Алексеева В.В., Лунир А.В., Юревич Н.О.</i> Мінливість верхньощелепного синусу та компонентів остіомеатального комплексу під впливом запальних процесів	125
<i>Гарюк Г.І., Гарюк О.Г., Світличний О.Є.</i> Значення локалізації патологічного носового опору повітряному потоку при виборі способу лікування	17
<i>Гарюк Г.І., Кулікова О.О., Чумакова А.В., Лозова Ю.В.</i> Імунний статус дітей, хворих на секреторний середній отит, інфікованих вірусом Епштейн-Барр	18
<i>Гербіш Ю.О., Світличний В.В., Семчишин І.М., Семенюк О.О.</i> Ураження слухового аналізатора при вибуховій травмі за даними 66 військового мобільного госпіталю	19

<i>Калашиник М.В., Крылова И.В., Яценко М.И., Калашиник Ю.М.</i> Наш опыт лечения секреторных средних отитов	41
<i>Карп С.Ю., Білінський Б.Т., Галай О.О., Бондаренко С.Г., Дуда О.Р.</i> Фактори ризику утворення стом в ділянці голови та шиї	42
<i>Кізім В.В., Толчинський В.В., Кізім Я.В.</i> Можливості використання біомаркерів в діагностиці ларингофарингеального рефлюксу при неопластичних захворюваннях гортані	43
<i>Кіцера Ол.Ом., Кіцера Ол.Ол.</i> Мікромеханіка органа Корті – нові дані зарубіжної літератури	44
<i>Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Барціховський А.І., Грицун Я.П., Існюк А.С., Мельников О.Ф., Тимченко М.Д.</i> Зміни гуморального системного імунітету, як об'єктивний критерій процесу реабілітації у хворих на фронто-базальну травму	45
<i>Кіщук В.В., Грицун Я.П., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Максимчук В.В.</i> Якість життя як показник ефективності лікування хворих із різними формами склероми	45
<i>Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Грицун Я.П., Максимчук В.В.</i> Тактика лікаря при внутрішньоорбітальних гематомах різного генезу	46
<i>Кіщук В.В., Існюк А.С., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Грицун Я.П., Максимчук В.В.</i> Антимікробна дія природних та синтетичних антисептичних препаратів на умовно-патогенні мікроорганізми у хворих на склерому	47
<i>Кіщук В.В., Лобко К.А., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко А.Д., Барціховський А.І., Грицун Я.П.</i> Назальна лікворея різного походження – тактика ЛОР-лікаря щодо лікування	48
<i>Кіщук В.В., Максимчук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Грицун Я.П.</i> Епідеміологія та клініко-морфологічна характеристика злоякісних пухлин гортаноглотки за даними Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру	49
<i>Ковтуненко А.В., Тымчук С.Н., Бакаев А.А.</i> Роль эндоскопической хирургии в радикальном лечении больных раком верхнечелюстной пазухи	50
<i>Ковтуненко О.В., Тимчук С.М., Шпортко Б.В.</i> Сучасні особливості хірургічного лікування регіонарних метастазів у хворих на рак гортані	51
<i>Кондратишко Е.</i> Хирургическое лечение заболеваний слезно-дренажной системы. Как я это делаю	52
<i>Крук М.М., Бариляк А.Ю.</i> Відновлення слизової оболонки носа після ендоскопічних ошадливих хірургічних втручань	53
<i>Крук М.Б., Кіцера О.О., Цимар А.В.</i> Про співпрацю львівських і польських отоларингологів	53
<i>Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Шух Л.А., Павловська Н.Ю.</i> Діагностика та лікування алергічного риніту у дітей дошкільного віку	54
<i>Левецька С.А.</i> Молекулярно-генетичні предиктори хронічних синуситів	55
<i>Левецька С.А.</i> Чутливість і специфічність діагностичних критеріїв гнійного синуситу у дітей	56
<i>Левецька С.А.</i> Використання Цинабсину в лікуванні і профілактиці захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей	57
<i>Левецька С.А., Понич О.М., Палій М.А.</i> Чутливість та специфічність тимпанометрії у дітей	62
<i>Лукач Е.</i> Як все таки лікувати рак гортані при різних маніфестаціях хвороби	63
<i>Лукач Е.В., Діхтярук В.Я., Серезько Ю.О., Красій Р.І., Стрижак В.В., Пашковський В.М.</i> Результати лікування хворих із злоякісними новоутвореннями ротової частини глотки	64
<i>Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калущький І.В.</i> Мікробний пейзаж вмісту порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит з цукровим діабетом і типу	65
<i>Маланчук В.А., Рыбачук А.В., Лукач Э.В., Гусейнов А.Н.</i> Реконструктивно-восстановительные методики при хирургии средней зоны лица	66