

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ»

30 вересня – 1 жовтня 2024 р.



м. Івано-Франківськ, Україна

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

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ»**

30 вересня – 1 жовтня 2024 р.

Івано-Франківськ – 2024

«Синтекістка» в рану. Контрольна група включала 10 практично здорових осіб чоловічої статі. Всім хворим до початку лікування брали кров з ліктьової вени, отримували сироватку, в якій визначали рівні кортизолу, прозапальних цитокінів та аутоалергічних реакцій на білки нервової тканини.

Результати: Було встановлено, що рівень кортизолу перевищував контрольні значення у хворих на ЧМТ обох груп протягом спостережень – до 1 місяця.

Алергічних реакцій на алоантигени нервової тканини не було виявлено протягом спостережень. Прозапальний цитокін – інтерлейкін-8 залишався підвищеним у порівнянні з контролем протягом 1 місяця. Макрофагальний протеїн – MIP-1b був підвищеним в термін спостережень 10 діб і приходив до рівня норми, як і інтерлейкін-8 в термін спостережень у другій групі.

Висновки:

Вплив ТЛК на рівень стресорного чинника – кортизолу в сироватці крові був однаковим в обох групах як по динаміці так і тривалості підвищеного рівня. Зниження рівня кортизолу до кінця першого місяця після ЧМТ в обох групах може свідчити про характерні риси травматичної хвороби незалежно від характеру лікування.

Алергічні реакції на алоантигени нервової тканини- ЗБМ і білок S-100 виражені слабо, і це свідчить про невисокий рівень аутоімунізації при даному характері ЧМТ.

Прозапальні цитокіни (інтерлейкін-8, Mip-1b) та хемокин – інтерлейкін-8 були підвищені в обох групах спочатку спостережень, однак в термін спостережень частково приходили до норми тільки в групі із застосуванням БКС «Синтекістка».

В.В. Кішук, О.Д. Бондарчук, 2024

*В.В. КІЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, О.Д. БОНДАРЧУК,
К.А. ЛОБКО, А.С. ІСНЮК*

ОЦІНКА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗІВ ГОРТАНІ ТА ТРАХЕЇ У ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: Вибір підходу лікування стенозів у сьогоденні має критичну значимість зважаючи на те, що окрім стенозів дихальних шляхів при склеромі, значну частину пацієнтів даної категорії в умовах нашого відділення, склали військовослужбовці із посттравматичними стенозами гортані та трахеї.

При склеромі спостерігаються виражені проліферативні зміни слизової оболонки дихальних шляхів з послідовним формуванням рубцевих стенозів та неспецифічним враженням усіх органів і систем організму в результаті інтоксикації та хронічної гіпоксії. В Українському склеромному центрі на базі ЛОР-клініки ВНМУ ім. М.І. Пирогова і високоспеціалізованого клінічного Центру отоларингології та склероми з малоінвазивними технологіями КНП ВОКЛ ім. М.І. Пирогова продовжують виявлятися нові випадки склероми з важким субкомпенсованим стенозом гортані та трахеї, що зумовлені рубцевими та інфільтративними процесами, в той же час значну частку пацієнтів із стенозами з 2022р. займають військовослужбовці, що мають посттравматичні стенози дихальних шляхів.

Мета: Порівняти ефективність стентування та дилатаційної верхньої трахеобронхоскопії із бужуванням в залежності від причини розвитку стенозу дихальних шляхів.

Матеріали та методи: Нами проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 51 хворого: 1-а група 38 хворих на склерому з хронічним субкомпенсованим стенозом гортані і трахеї в період з 2019 по 2024 рр. У 27 (71,05%) хворих проведено трахеобронхоскопію з бужуванням місця стенозу, вібромасажем з глюкокортикостероїдним гелем. У 8 (21,05%) хворих проведено ендоскопічне стентування стентами типу Дюмона. У 3 (7,9%) хворих проведено ен-

доскопічне стентування трахеї Т-подібними силіконовими стентами. 2-а група 13 хворих із посттравматичними стенозами гортані і трахеї в період з 2022 по 2024 рр. У 5 (38,46%) хворих проведено трахеобронхоскопію з бужуванням місця стенозу, вібромасажем з глюкокортикостероїдним гелем. У 8 (61,53%) хворих проведено ендоскопічне стентування стентами типу Дюмона. Термін стентування від 4 до 6 місяців, із послідуочим видаленням.

Результати: Нами порівнювались результати комплексного лікування з використанням патогенетичної консервативної терапії та дилатаційної трахеобронхоскопії (з бужуванням стенозів) з вібромасажем, а також комплексне лікування із стентуванням трахеї трахеобронхеальними силіконовими прямими, Т-подібними або самофіксуючимися стентами Дюмона в залежності від типу стенозу (тип мембрани, «web-like», «горло пляшки», складні змішані стенози). Перед проведенням стентування усім хворим проведено ендоскопічну ларинготрахеобронхоскопію, а також СКТ гортані та трахеї із визначенням локалізації, протяжності, діаметру та щільності стенозованої ділянки та послідуочим підбором оптимального розміру стенту або дилатаційного трахеобронхоскопу.

Проведений аналіз віддалених результатів лікування показав значно нижчий рівень рестенозування у групі хворих на склерому із регулярною дилатаційною трахеобронхоскопією, у порівнянні із пролонгованим стентуванням, яке давало тимчасовий ефект із подальшим прогресуванням стенозу у хворих на склерому, за рахунок проліферації грануляційної тканини в ділянці країв стенту. У групі з посттравматичними стенозами дихальних шляхів, позитивна динаміка спостерігалась у пацієнтів, яким проводилось пролонговане стентування, яке давало стійке відновлення прохідності дихальних шляхів. Вагоме значення у попередженні рестенозування мала планова комплексна консервативна терапія та постійний моніторинг стану пацієнта в післяопераційному періоді.

Висновки:

Ендотрахеальне стентування є пріоритетним у лікуванні військовослужбовців із посттравматичними стенозами дихальних шляхів.

Регулярна дилатаційна трахеобронхоскопія у хворих на склерому із стенозами дихальних шляхів була більш ефективна, у порівнянні із пролонгованим стентуванням, яке давало тимчасовий ефект із подальшим прогресуванням стенозу, за рахунок проліферації грануляційної тканини в ділянці країв стенту.

Безпосередні результати лікування у всіх групах хворих були позитивними – відмічалося істотне поліпшення дихання. В той же час у далекоглядній перспективі стентування попереджувало прогресування стенозу у військовослужбовців, а у хворих з трахеостомією – відновлювало фонацію.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховський, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.С. Існюк, 2024

*В.В. КИЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, О.Д. БОНДАРЧУК,
К.А. ЛОБКО, А.С. ІСНЮК*

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТОНЗИЛОТРЕНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Проблема гострих та хронічних захворювань лімфоїдного апарату є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині. Хворі, з патологією лімфоїдного 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). Мигдалики – імунокомпетентний орган: за участі системи мононуклеарних фагоцитів, системи комплементу, білків гострої фази, інтерферонів, лізоциму, формують місцевий імунітет. Піднебінні мигдалики, виконуючи інформаційну функцію, приймають участь у продукції антигенів та формуванні «клітин імунної пам'яті», беруть участь у реакціях системного імунітету.

Галай О.О. Пухлини голови та шиї: вірус папіломи людини та інші фактори ризику	24
Гаман Ю.В., Лешак В.І., Сабов О.О. Інтра- та постопераційні назальні ліквореї	25
Гасюк Ю.А., Безега М.І., Зачепило С.В. Ускладнення FESS: орбітотомія і назальна лікворея	26
Горолюк Д.О. Метод вестибулометрії для експрес-оцінки функціонального стану військовослужбовців	27
Гусакова О.О., Скоробогатий В.В., Кокоркін Д.М., Шевлюк П.П. Особливості клініки та хірургічної реабілітації пацієнтів, що отримали баротравму вуха в умовах бойових дій	28
Данилюк Н.В., Капущак В.Д., Лазарчук В.М. Дивертикул Ценкера: патологія на межі спеціальностей, клінічний випадок	29
Деєва Ю.В. Переваги місцевої терапії у лікуванні запальних захворювань глотки	30
Деєва Ю.В., Довгич С.В. Вплив пневматизації носової порожнини та приноскових пазух на перебіг хронічного поліпозного риносинусита	31
Заболотна Д.Д., Забродська Л.В., Цвірінько І.Р., Шафінський О.В. Анафілаксія у пацієнта з коморбідною патологією	32
Заболотна Д., Діхтярук В., Ісмагілов Е., Кізім Я., Герц В. Сучасний підхід в діагностиці та лікуванні інвертованої папіломи верхньощелепного синусу	33
Заболотний Д.І., Верьовка С.В., Тимченко М.Д., Заболотна Д.Д., Заєць Т.А., Молдованов І.А., Мельников О.Ф. Вміст факторів росту та інтерферонів в екстрактах з назальних поліпів хворих на хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів	34
Калашник-Вакуленко Ю.М., Коцар О.В., Лупир А.В., Юревич Н.О., Калашник М.В., Яценко М.І., Карчинський О.О., Дзиза А.В., Алексєєва В.В. Клініко-бактеріологічні особливості при хронічному фарингіті	35
Калашник М.В., Крилова І.В., Анохіна О.О., Калашник-Вакуленко Ю.М., Лупир А.В., Григоров С.М., Чернякова О.Є., Юревич Н.О., Мойсєєв М.В., Карчинський О.О., Сокольников А.О. Клінічний перебіг акубаротравм середнього вуха	36
Кізім В.В., Герц В.Д., Коровіцький П.Р., Чемеркіна І.О. Підходи до хірургічного лікування кістозних новоутворень гортані	37
Кіцера Ол.Ол. Хронічні негнійні отити: диференційна діагностика	38
Кіщук В.В., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Григун Я.П. Динаміка поширеності склероми в Україні за даними Українського склеромного центру (ВОКЛ ім. М.І. Пирогова) за 2001-23 рр.	39
Кіщук В.В., Бондарчук О.Д. Стан деяких показників системного імунітету у хворих на фронто-базальну травму в найближчому періоді після хірургічного лікування із застосуванням біокомпозитного матеріалу	40

Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С.	
Оцінка методів лікування стенозів гортані та трахеї у пацієнтів в залежності від причини розвитку	41
Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С.	
Наш досвід застосування тонзилотрену в комплексному лікуванні хворих на хронічний тонзиліт	42
Кіщук В.В., Існюк А.С., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А.	
Зміни індикаторних факторів запалення та факторів захисту локального імунітету у хворих на склерому при застосуванні модифікованої терапії з включенням пробіотичного препарату	43
Криничко Л.Р., Науменко О.М.	
Аналіз рецидивів хронічного риносинусита з урахуванням його ендотипу після FESS	45
Кокоркін Д.М., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О., Шевлюк П.П., Тилля О.І.	
Наш досвід симультанних операцій в отіатрії	46
Кокоркін Д.М., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О., Шевлюк П.П., Тилля О.І.	
Наш досвід надання хірургічної допомоги хворим із наслідками акубаротравми та мінно-вибухових ушкоджень середнього вуха	48
Косаковський А.Л.	
Сучасні можливості фітотерапевтичного менеджменту та профілактики ГРВІ	50
Косаковський А.Л., Головня О.М., Гунько С.Г., Косаківська І.А., Синяченко В.В., Халілов І.Р.	
Антимікробна дія засобів «Колдісепт наноСільвер назальний спрей» та «Колдісепт наноСільвер спрей для горла»	51
Кошель І.В.	
Аспіринова тріада (синдром Самтера). Стан проблеми	52
Крук М.М., Крук О.М.	
До проблеми діагностики хронічної дисфункції слухової труби – тубарної дисфункції	53
Крук М.Б., Крук М.М.	
Наш досвід діагностики хронічного середнього ателектатичного отиту	54
Кулініченко М.Г., Сухно Н.І.	
Методика проведення інтракохлеарної електрокохлеографії у дітей після кохлеарної імплантації	55
Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Шух Л.А., Калита І.М.	
Клінічні особливості та принципи лікування вазомоторних і алергічних ринітів у дітей	56
Ламза Н.В., Моргачова Г.К., Лищенко Д.В., Фаннан А.	
Наш досвід ведення пацієнтів з холестеатою зовнішнього слухового проходу	58
Левицька С.А.	
Рациональне лікування гострих риносинуситів: про ймовірності і шанси	59
Левицька С.А., Понич О.М.	
Екссудативний отит у дітей: вибір лікувальної тактики	60
Лобко К.А., Кіщук В.В., Існюк А.С., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Федотова В.В.	
Ускладнення септопластики у практиці ЛОР-лікаря	61