

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ОТОЛАРИНГОЛОГІВ
ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С.КОЛОМІЙЧЕНКА АМН УКРАЇНИ

Журнал
**ВУШНИХ,
НОСОВИХ
І ГОРЛОВИХ
ХВОРОБ**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 3-с

травень
2011

Київ – «Просвіта»

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів «Діагностика та лікування хронічних захворювань ЛОР-органів», (16-17 травня 2011 р.).

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

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

Підписано до друку 21.04.2011 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 700 прим. Замовлення 9-0305.

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

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

гом). При трансназальній відсепаровці пухлини інколи використовували мікрориноскопію.

Кровотрата при проведених операціях, в середньому, склала біля 300-400мл. В окремих випадках, загальна кількість втраченої хворими крові під час видалення ангіофіброми носоглотки склала до 1800 мл. Більшість операцій супроводжувались внутрішньовенними трансфузіями, які включали кровозамінники, а по показанням – еритроцитарну масу, цільну кров та компоненти крові.

При пухлині 1 стадії (за класифікацією В.С. Погосов та співавт., 1987) кровотеча, зазвичай, складала 100-200мл. При пухлині 2 стадії – 300мл. При 3 стадії – 300-400мл, при 4 стадії, коли мало місце інтракраніальне поширення новоутворення, то крововтрата може становити в середньому 700-800мл, а в окремих випадках – до 1800мл. Також виражені крововтрати можуть бути при поширенні пухлини до передхребтової фасції. В такому випадку пухлина, зазвичай, дуже щільна і погано відсепарується від навколишніх тканин і крововтрата може сягати до 800мл, при невеликому розмірі самої пухлини.

В жодному спостереженні не перев'язувались зовнішні сонні артерії.

Після видалення пухлини проводилась ревізія післяопераційної порожнини з наступною її тампонадою марлевым тампоном, змащеним синтоміциновою емульсією, та передньою тампонадою порожнини носу. Хворому накладувалась монокулярна давлюча пов'язка на стороні втручання, а також пращоподібна пов'язка.

© Г.С. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова, О.І. Паламар, 2011

*Г.С. ТІМЕН, В.П. ЯЦЕНКО, В.М. ПИСАНКО, С.П. ЧУБКО, С.Н. АЛХІМОВА
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ КРОВОТРАТИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АНГІОФІБРОМИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

Основна проблема, з якою зустрічаються хірурги, під час видалення ангіофіброми, являється кровотеча.

Для попередження масивної крововтрати під час операції використовуються достатньо складні методи, серед яких: емболізація привідних судин, керована глибока гіпотонія, імбібіція основи пухлини різними розчинами, перев'язка зовнішньої сонної артерії і т. д.

Для прогнозування інтраопераційної крововтрати і визначення методу її запобігання

Тампони із порожнини носу і трепанаційної порожнини, як правило, видалялись на наступний день. При видаленні тампонів в абсолютній більшості випадків значної крововтрати не спостерігалось.

В післяопераційному періоді хворим призначали: антибактеріальну, дегідратаційну, десенсибілізуючу, симптоматичну терапію, систематичний туалет носу і трепанаційної порожнини з маззю Симановського. При необхідності проводили корекцію водно – електrolітного балансу.

Післяопераційний період у всіх хворих протікав гладко.

16 хворих до поступлення у відділ ЛОР-патології дитячого віку було прооперовано по місцю проживання. Вони поступили з рецидивом захворювання.

Результати лікування хворих юнацькою ангіофібромою основи черепа, в термін спостереження від 6 міс. до 20 років, були наступними: синехії, поліпи в трепанаційній порожнині, були відмічені у 7 хворих, у одного хворого був гострий гайморит в післяопераційному періоді 2 рази. Рецидиви новоутворення розвинулись у 16 (19%) хворих. Однократні рецидиви – у 10 хворих, двохкратні у 2 хворих, трьохкратні у 3 хворих, та 4 кратні у 1 хворого.

У одному випадку проводилась променева терапія. Батьки хворого відмовились від оперативного лікування. Хворий пройшов курс променевої терапії (сумарна доза 60ГР). Після чого спостерігався повний регрес пухлини. Малігнізації пухлини не відмічалось ні в одному випадку.

нами проведений аналіз відеозображень ангіофіброми основи черепа (АОЧ) на КТ.

КТ дослідження представляють можливість в сірошкальному градієнті отримати достатньо чітку структурованість тканини пухлини, особливості її топографічного розташування. А поміж тим, виявилось, що можливо використовувати ці дані для оцінки ступеню кровонаповнення пухлини.

Кожний зріз пухлини мав певну градацію сірошкального градієнту, який оцінювався у балах.

При цьому було прийнято, що певна вага кожного балу, який евристично встановлював відповідний відсоток кровонаповнення пухлини.

Бал (q)=1 – слабе кровонаповнення, (q)=2 – помірне кровонаповнення, (q)=3 – повне кровонаповнення, (q)=4 – інтенсивне кровонаповнення.

В залежності від значення показника (q) нами було розроблено наступний алгоритм прогнозування та реабілітаційних заходів при хірургічному лікуванні ангіофіброми основи черепа.

При q=1 та q=2, оперативне втручання може здійснюватись без емболізації судин в передопераційному періоді, а q=3 та q=4 – оперативне втручання не може здійснюватись без емболізації судин в передопераційному періоді.

При q=3 оперативне втручання рекомендовано проводити з попередньою емболізацією судин, та має бути готовність до проведення інфузійної терапії компонентів крові, цільної крові та свіжозамороженої плазми.

При q=4 оперативне втручання потребує обов'язкової попередньої емболізації привідних судин та масивної інфузійної терапії.

Достовірність даної методики показано в нашій клініці при проведенні оперативних втручань з приводу АОЧ, що дає можливість практичним лікарям без складних розрахунків та затрат часу, без залучення спеціалістів із інших галузей, швидко, зручно та достатньо точно прогнозувати можливу крововтрату під час видалення пухлини.

© Г.С. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова, 2011

Ф.О. ТИШКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Останнім часом хірургічні втручання на верхньощелепних пазухах різко скоротилися завдяки широкому застосуванню фармацевтичних препаратів до яких відносяться, в першу чергу, муколітики. В арсеналі лікарських засобів є достатня їх кількість (цинабсин, синупрет та інші), які не тільки зменшують в'язкість слизу, ексудату, але зменшують набряк тканин, що в свою чергу покращують санацію придаточних пазух, покращують активність мукоциліарного кліренсу. Однак, питання пункцій придаточних пазух носа та хірургічного лікування з порядку денного і сьогодні не знято.

Класична гайморотомія майже не застосовується при банальних гайморитах, яка раніше застосовувалася досить широко.

Вона доцільна лише при грубих розповсюджених змінах в слизовій оболонці, викликаних серйозною патологією.

Сьогодні найбільш поширеним хірургічним втручанням є так звана мікрогайморотомія. Для її виконання застосовують троакари та відповідної конструкції хірургічні інструменти. Але введення троакара в порожнину верхньощелепної пазухи через її передню стінку викликає надломи кістки із зануренням цих надломів в порожнину. Ці надломи знаходячись в середині синуса, в процесі регенерації тканин є причиною утворення рубцевих зрощень зі слизовою оболонкою, що викликає утворення різноманітних карманів, заважаючи природній санації пазухи. Є випадки, коли використовують троа-

каротомію синуса ендоназально через нижній носовий хід. В таких випадках дане втручання вже не можна назвати ощадливим.

Від класичної гайморотомії мікрогайморотомія відрізняється ще і тим, що замість утворення співвустя між верхньощелепною пазухою і порожниною носа через нижній носовий хід, виконується розширення до відповідного рівня природного співвустя або зі сторони верхньощелепної пазухи, або зі сторони порожнини носа. В останньому випадку проводиться втручання в середньому носовому ході з резекцією гачкоподібного відростку. Розширення природного отвору потребує резекції навколишньої кістки та слизової оболонки, що згодом призводить до формування рубцевої тканини, яка звужує реконструйоване співвустя з порушенням міграційної здатності слизової оболонки в майбутньому.

Наявність ендоскопічної оптики дає можливість, застосовуючи класичний підхід до f. canina, виконувати трепанаційне вікно невеликих розмірів, видалити патологічні утворення з максимальним збереженням здорової слизової оболонки.

Дослідивши природне співвустя і переконавшись у відсутності в його області патологічних змін, не доцільно проводити його розширення з причин вказаних вище.

Більш доцільним буде з боку нижнього носового ходу через пункційний отвір ввести в пазуху тимчасово катетер відповідного

ЗМІСТ

И.И. Абабий, С.А. Дьякова, В.Е. Гаврилуца, С.Б. Парий, А.В. Грекова (Кишинев, Молдова) К вопросу о факторах риска среднего отита у детей первого года жизни	2
И.И. Абабий, С.А. Дьякова, Л.А. Данилов, А.Я. Кябуру, Д.И. Киртока, Р. Женед (Кишинев, Молдова) Клинико-морфологическая характеристика среднего отита у детей	3
И.И. Абабий, М.К. Манюк, П.И. Абабий, Л.А. Данилов, С.А. Дьякова, В. И. Гаврилуца (Кишинев, Молдова) Наш опыт функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух у детей	4
И. Абабий, В. Осман, В. Кабак, Б. Киртока (Кишинев, Молдова) Морфология рубцовых изменений слизистой голосовых связок после оперативных вмешательств с использованием микрохирургии и ЛАЗЕР-СО2 (модель на собаках)	5
Абабий И.И., Парий С.Б., Кябуру А.И., Манюк М.К., Дьякова С.А., Капатич В.Е. Особенности диагностики и слуховой реабилитации детей с нейросенсорной тугоухостью	250
Р.А. Абизов, С.О. Лакиза, О.Ю. Ромась, С.С. Самойленко, Н.Я. Навальківська (Київ, Україна) Іригаційна терапія атрофічного фарингіту в осіб голосомовних професій	6
Р.А. Абизов, О.О. Пелешенко, С.С. Самойленко, В.О. Шкорботун, В.В. Кривша (Київ, Україна) Сучасні аспекти підготовки лікарів отоларингологів на передатестаційних циклах	7
Р.А. Абизов, І.Р. Цвірінько, Н.В. Божко (Київ, Україна) Аналіз впливу супутніх захворювань на розвиток ускладнень у хворих з флегмонами шиї в отоларингологічній практиці	8
Р.А. Абизов, С.О.Лакиза, Я.В. Шкоба, Т.М. Голубок-Абизова, С.С. Самойленко (Київ, Україна) Ефективність та безпечність іригаційної терапії у хворих на гострі захворювання носа та приносних порожнин	9
Р.А. Абизов, Я.В. Шкоба, Т.М. Голубок-Абизова, В.Р. Абизов (Київ, Україна) Ступенева антибіотикотерапія хворих на гострий та загострення хронічного риносинуситу	10
Д.А. Алексеева, О.К. Никитина (Санкт-Петербург, Россия) Поражения тройничного нерва при герпетической инфекции	12
В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут (Донецк, Украина) Физиотерапевтическое лечение одонтогенных гайморитов	12
В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут (Донецк, Украина) Магнитно-лазерная терапия острых гайморитов в пожилом и старческом возрасте	13
С.В. Андреев, М.С. Чернявская (Днепропетровск, Украина) Неинвазивный метод лечения острых гнойных гайморитов	14
Ю.М. Андрейчин (Тернопіль, Україна) Дослідження ендотеліальної дисфункції у хворих на верхньощелепний синусит	16
Ю.М. Андрейчин, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, В.Г. Корицький (Тернопіль, Україна) Застосування мукорегулятора «Флюдитек» в лікуванні хронічного секреторного отиту у дітей	16
А. Антохи, И. Антохи, С. Ветричан, Е. Цивиренко, Э. Чернолев, А. Бажуреану (Кишинев, Молдова) Миринопластика с использованием препарата «Regesan» в эксперименте	17

Г.Е. Тімен, В.М. Писанко, Б.М. Миронюк, Л.І. Кобзарук (Київ, Україна) Можливості використання електрокохлеографії та отоакустичної емісії в діагностиці скалярної приглухуватості	216
Г.Є. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова, О.І. Паламар (Київ, Україна) Хірургічне лікування ангіофіброми основи черепа	217
Г.Є. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова (Київ, Україна) Алгоритм прогнозування крововтрати при хірургічному лікуванні ангіофіброми основи черепа	218
Ф.О. Тишко (Київ, Україна) Хірургія верхньощелепних пазух	219
Ф.О. Тишко (Київ, Україна) Проблеми діагностики захворювань гортані і ошадливих операцій	220
В.О. Тишко, С.Г. Гичка, І.О. Кузьмук Лікувальна тактика у хворих з поєднаною патологією викривлення перегородки носа та вазомоторний риніт	253
В.Н. Ткаченко (Київ, Україна) Отдалённые результаты устранения резко выраженных сколиоза и кифоза носа	221
В.Н.Ткаченко (Київ, Україна) Дифференциальная диагностика обострения хронического фарингита	221
В.В. Толчинский, Н.Г. Мироненко (Донецк, Украина) Роль видеэндоскопии в выборе тактики хирургического лечения рака гортани	222
В.В. Толчинский, Е.Н. Трофимова (Донецк, Украина) Эндоnazальные кортикостероиды в лечении медикаментозного ринита	223
В.И. Троян, А.Н. Костровский, И.А. Синайко, Е.В. Лобова (Запорожье, Украина) Состояние интраоперационной микрогемодинамики в щитовидном хряще у больных раком гортани I-II стадий	224
А.Е. Федоренко, В.П. Болтоносков, О.А. Цыбуля, Е.В. Щербак (Донецк, Украина) Комплексное лечение острого посттравматического среднего отита у детей	225
С.В. Филимонов, В.Н. Филимонов, В.Г. Бородулин (Санкт-Петербург, Россия) О необходимости диагностической тимпанотомии в случаях неясной тугоухости	226
И.М. Храпко, С.А. Храпко (Донецк, Украина) Особенности хирургических техник коррекции костного свода при чрезмерном развитии четырехугольного хряща	227
А.В. Цимар (Львів) До питання консервативного лікування хронічного гнійного середнього отиту	228
А.В. Цимар, В.М. Пушкарьова (Львів, Україна) Місцева терапія аденоїдиту	228
И.Э. Чернышева (Одесса, Украина) Диагностика и лечение хронического тонзиллита с позиций доказательной медицины	230
С.В. Чернышенко, Т.А. Дурягина, Э.Н. Рамазанов, С.Н. Мазлумьянц (Симферополь, Украина) Клиника «Genesis». Современный подход к решению проблем здоровья	231
Р.Т. Чортківський, В.А. Левчук, Д.В. Береговий, В.Г. Корицький, В.А. Башинський, І.М. Гомза (Чортків, Кременець, Волочиск, Тернопіль; Україна) Септофіт в місцевому лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей	232
Н.А. Чухольская, И.В. Приступа, Ю.В. Сятковская (Витебск, Беларусь) Опыт применения гомеопатических препаратов в лечении острых и хронических синуситов в амбулаторной практике	233