

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

№ 3-с

травень
2018

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні технології діагностики та лікування в оториноларингології» (14-15 травня 2018 р.).

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

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

Підписано до друку 19.04.2018 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 1000 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вітка».

<i>Палій М.А., Левицька С.А., Андрушко С.Д.</i> Pандас-синдром – новий показ до тонзилектомії?	86
<i>Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А, Пилипюк Д.Н.</i> Алгоритмы медикаментозного сопровождения у больных после хирургического лечение стенозов гортани и трахеи	87
<i>Піонтковська М.Б., Суворкіна А.О.</i> Хронічні дистрофічні фарингіти у жінок зрілого віку: введення в проблему	87
<i>Писанко В.М., Мельников О.Ф., Миронюк Б.М., Кудь Л.А, Тимченко С.В.</i> Стан імунітету у дітей у віддалений період після оперативного втручання на структурах лімфоглоткового кільця	88
<i>Плаксивий О.Г., Восвідка Є.М., Мазур О.О., Калуцький І.В., Мельник Є.С.</i> Основні критерії діагностики та принципи лікування хворих з паретичною дисфонією	89
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В., Кудрик А.П.</i> Анатомо-морфологічне обґрунтування лікування хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт	90
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Куруляк Н.Г., Сучеван В.В.</i> Деякі особливості назофарингеальної карциноми в генетичному аспекті	91
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Цуркан М.М.</i> Диференційно-діагностичні критерії та принципи лікування гіпертрофії язикового мигдалика	93
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</i> Дифтерія: сучасні аспекти, класифікація, ускладнення, профілактика	95
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Цуркан М.М., Квасницький І.Б.</i> До питання класифікації хронічного гіперпластичного ларингіту та передракових захворювань гортані	97
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</i> Використання препарату назонекс в комплексній терапії гострих гнійних синуситів у дітей	98
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Чифурко Т.Г., Сучеван В.В.</i> Клініко-анатомічна класифікація травматичних носових кровотеч та ступені важкості в залежності від об'єму крововтрати	99
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Мельник Є.С., Цуркан М.М.</i> Клінічна картина та основні принципи лікування хворих з травмами гортані і трахеї	100
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Чифурко Т.Г., Цуркан М.М.</i> Класифікація, клінічні прояви, принципи лікувальної тактики остеом ППН	102
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</i> Комплексне лікування гострих захворювань лор органів з застосуванням препарату фламідез	104
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В., Волощук Н.В.</i> Позаорганні пухлини ший як результат малігнізації бокової кістки	105
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В., Кудрик А.П.</i> Протиепідемічні та лікувально-діагностичні заходів при дифтерії	105
<i>Плаксивий О.Г., Чифурко Т.Г., Цуркан М.М., Калуцький І.В., Мазур О.О.</i> Клініка, діагностика, ускладнення, лікування парафарингеальної флегмони	106
<i>Почуєва Т.В., Давиденко В.Л., Кулікова О.О., Головка Н.А.</i> Стан хрящової тканини у хворих на гострий епіглотит у дорослих при різних формах запалення	107
<i>Пухлик С.М., Дедикова І.В., Козак Т.П.</i> Хирургическая тактика лечения детей с кондуктивной тугоухостью	109
<i>Пухлик С.М., Добронравова И.В., Титаренко О.В.</i> Оптимизация лечения больных с функциональными нарушениями голоса	110
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В.</i> Вплив знеболюючих засобів при тонзилектомії	111
<i>Пухлик С.М.</i> Адекватная антибактериальная терапия бактериальных риносинуситов. Клинический пример	112
<i>Самусенко С.А., Головка Н.А., Филатова И.В., Фадеев П.А., Семененко А.В., Мирошниченко Е.Г., Тимошенко Ю.В.</i> Коморбидные состояния у отоларингологических больных по материалам КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №30»	113

АДЕКВАТНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Риносинусит (РС) – инфекционный воспалительный процесс бактериальной или вирусной этиологии, локализирующийся в слизистой оболочке носа и околоносовых пазухах (ОНП). Воспалительные заболевания носа и ОНП являются ведущими в оториноларингологии по частоте обращаемости больных, как в поликлиники, так и в ЛОР-стационары. Чаще всего РС развивается на фоне острой респираторной вирусной инфекции. РС не только часто приводит к временной потере трудоспособности, но и существенно сказывается на качестве жизни больных. Спектр возбудителей острого бактериального синусита остается относительно постоянным, наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) и *Haemophilus influenzae* (гемофильная палочка). Реже возбудителями могут быть *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*. *M. catarrhalis* чаще является возбудителем острого РС у детей.

Основными целями при лечении острого и рецидивирующего РС являются: сокращение длительности заболевания; предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений; эрадикация возбудителя; предотвратить переход острого синусита в хронический. В случае необходимости **антимикробного лечения бактериального синусита**, антибиотик для лечения синусита обычно выбирается эмпирически в силу известных недостатков культурального исследования материала из околоносовых пазух и инвазивности методик его забора. Эффективная системная антибиотикотерапия обеспечивает более быстрое выздоровление и более высокий процент эрадикации возбудителей. Антибиотикотерапия благодаря угнетению роста бактерий способствует быстрому уменьшению отека слизистой оболочки носа и околоносовых пазух и, таким образом, восстановлению адекватного дренирования и вентиляции полости пазух. Левофлоксацин препарат выбора в случае реакции повышенной чувствительности к бета-лактамам антибиотикам и риска резистентности к антибиотикам, неудачи терапии после 3 дней, получения антибиотиков в предыдущие 4-6 недель, тяжелые инфекционные заболевания, требующие госпитализации. В последнее время для лечения бактериальных инфекций рекомендуется руководствоваться принципом «первый и самый лучший», который гласит: «для достижения высокой клинической и бактериологической эффективности в качест-

ве препарата первой линии следует назначать антибиотик с наиболее благоприятными фармакокинетическими фармакодинамическими, бактериологическими свойствами, с учетом профиля его безопасности и удобства применения». При таком подходе быстро и эффективно эрадируются все возбудители синуса, что обеспечивает положительный клинический результат, предотвращает рецидив заболевания и дальнейшее развитие резистентности.

Клинический случай. Пациентка М., 25 лет. Поступила в ЛОР-отд с жалобами на боли в правом ухе и в заушной области, гнойные выделения из уха и правой половины носа, субфебрильную температуру. Заболела остро простудой. Лечилась у ЛОР-врача поликлиники. Диагностирован острый риносинусит, с 7 дня получала антибиотик – амоксициллин клавуланат по 1 г 2 раза в сутки, сосудосуживающие капли в нос. 5 дней назад заболело ухо, через два дня врачом поликлиники выполнен парацентез б/перепонки, добавлены капли Нормакс в ухо.

Об-но: нос – гиперемия, отек, справа в среднем носовом ходе гной. Умеренная болезненность при надавливании на переднюю стенку. АД- в слуховом проходе сливкообразный гной без запаха. Гиперемия б/перепонки, в задне-нижнем квадранте парацентезное отверстие. Нависания задне-верхней стенки нет. Самостоятельно ухо продуть не может. Умеренная болезненность сосцевидного отростка на верхушке. На КТГ носа – затенение всей верхнечелюстной пазухи клеток решетчатого лабиринта справа, затенение клеток сосцевидного отростка без нарушения структур.

Диагноз: Правосторонний острый риносинусит. Правосторонний острый гнойный средний отит с мастоидальной реакцией.

Больная получала в/в Левакселу по 500 мг 1 раз в сутки, ежедневные пункции пазухи справа с промыванием раствором бетадина, продувание уха (в первые дни через катетер) и введением препарата Нормакс дважды в день. Через 5 дней после начала терапии состояние больной значительно улучшилось – гноетечение из уха прекратилось, перфорация еще не закрылась. Пазуха хорошо промывается, гноя нет. Результат бактериологического исследования – золотистый стафилококк 6 ст. Чувствителен к фторхинолонам, ряду цефалоспоринов. К амоксициллину нечувствителен. На 7-й день – перфорация закрылась, слух – кондуктивные нару-

шения до 25 дБ. Пазухи безболезненные, носовое дыхание сохранено. Выписывается домой, под наблюдение врача поликлиники, рекомендовано – Леваксела в табл. по 500 мг 1 раз в день. Курс – 5-7 дней. Синупрет-экстракт – 1 табл. 3 раза. Промывание носа и Фликс – по 2 дозы 2 раза в день

Респираторные фторхинолоны, например левофлоксацин (Леваксела), который действует быстро, имеет широкий спектр активности, об-

ладает бактерицидным эффектом и может применяться один раз в сутки, что делает его удобным для пациента. Препарат Леваксела является генерическим АБ, произведенным в Европе (Словения), что гарантирует его высокое качество при доступной цене.

Эффективная системная антибиотикотерапия обеспечивает более быстрое выздоровление и более высокий процент эрадикации возбудителя.

© С.М. Пухлик, 2018

*С.А. САМУСЕНКО, Н.А. ГОЛОВКО, И.В. ФИЛАТОВА, П.А. ФАДЕЕВ, А.В. СЕМЕНЕНКО,
Е.Г. МИРОШНИЧЕНКО, Ю.В. ТИМОШЕНКО (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)*

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ КУОЗ «ХАРЬКОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №30»

Коморбидность определяют как сосуществование двух и более заболеваний или синдромов у одного и того же пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (Белялов Ф.И., 2011; Верткин А.Л., 2008; Пальцев М.А., 2008 и др.). Число коморбидных заболеваний значительно повышается с возрастом: от 10% у лиц до 19 лет и до 80% у пожилых (Van den Akker M et al., 1998). По данным Вгусе S.G. и соавторов (2011), у молодых лиц от 18 до 29 лет с ожирением более двух хронических заболеваний имели 22% мужчин и 43% женщин. Наиболее часто встречаются комбинации из двух или трех нозологий, но в 2,7% случаев у одного пациента могут сочетаться до 6-8 болезней одновременно (Вертин А.П., Скотников А.С. 2009).

Литературные данные свидетельствуют о том, что коморбидность давно является проблемой терапевтов и врачей общей практики. «Узкие» специалисты хотя и сталкиваются с проблемой коморбидности довольно часто, но в основном занимаются лечением профильного заболевания (Вертин А.Л., Скотников А.С., 2013). В последние годы интерес отоларингологов к проблеме коморбидности у отоларингологических больных значительно вырос, анализировались различные заболевания ЛОР-органов и коморбидные состояния, патогенетически взаимосвязанные между собой, являющиеся осложнением или фоновым состоянием (Лучихин Л.А., 2010; Пухлик С.М., 2013). В то же время совпадающие по времени болезни, не имеющие

патогенетической общности, часто не учитываются в практической деятельности и не анализируются, хотя и составляют хронологическую коморбидность.

Целью настоящего исследования было проведение анализа коморбидности у пациентов стационара специализированной отоларингологической Харьковской городской клинической больницы №30 за 2017 г. За этот период в двух клинических отделениях стационара пролечено 5513 больных в возрасте от 19 до 86 лет. В 1-м клиническом отделении – 2792 пациента с негнойной ЛОР-патологией, травмами и кровотечениями из лор-органов и поступивших на плановое оперативное вмешательство. Во 2-м клиническом отделении с гнойно-воспалительной патологией ЛОР-органов находилось 2721 больной. В возрастных группах больные были распределены практически равномерно, составляя 26,1%, 22,1%, 24,9% и 26,7% соответственно до 30, 40, 50 и старше 50 лет. При этом пациенты до 40 лет составили 48,3%, а удельный вес лиц старше 40 лет был все же несколько выше – 51,6%. Невропатологом в стационаре проконсультировано 4896 пациентов, было установлено 5112 диагнозов. Значимой патологии не выявлено у 293 больных, наличие двух диагнозов имело место у 220 пациентов (4,8%). Терапевтом проконсультирован 3231 пациент, выявлено 4698 заболеваний (около 30% больных имели 2 и более диагноза). В целом почти у 43% больных стационара была выявлена или зарегистрирована соматическая или неврологическая пато-