

# МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

**«СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ  
ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

**29-30 вересня 2025 р.**  
**м. Івано-Франківськ, Україна**





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

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ  
«СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ,  
ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

**29-30 вересня 2025 р.**

Івано-Франківськ – 2025

## СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ В ОТИАТРІЇ. ЗА ТА ПРОТИ

**Актуальність:** симультанні операції в отіатрії відомі давно. Більшість авторів із скепсисом ставляться щодо їх виконання, не заперечуючи взагалі їх необхідність, але піддають сумніву можливі наслідки таких операцій. Багато закордонних хірургів використовують симультанні операції в отіатрії. Спираючись на власний досвід, автори доводять високу ефективність та безпечність таких операцій у дорослих та дітей: Simon (2010), Lindsay (2019), Yi-Bo Huang et al. (2021), Schuman, Labadie (2022). До сього дня окремим питанням стоїть доцільність виконання симультанних операцій при різноманітних формах патології середнього вуха.

**Мета дослідження:** визначити роль та місце симультанних операцій в практиці отохірургії та доповнити показання та протипоказання щодо їх виконання.

**Матеріали та методи:** Симультанні операції в отіатрії використовували у пацієнтів віком від 7 до 60 років. Загалом оперовано 185 хворих із патологією вуха та супутньою патологією носа та носоглотки. Вушні діагнози: хронічний гнійний середній отит (ХГСО), хронічний секреторний середній отит (ХССО), травматичні ураження середнього вуха із розривом барабанної перетинки: ізольована акубаротравма (АБТ) та мінно-вибухова травма (МВТ). Із власних міркувань пацієнтів із холестеатомою середнього вуха в дослідження не включали. Аналізували ближні (3-6 місяців) та тривалі (12 місяців) наслідки хірургічного втручання. Порівнювали до- та післяопераційні результати отомікроскопії. Вивчали також післяопераційні показники тональної порогової аудіометрії: рівень порогів повітряно проведених (ППЗ) та кістково проведених звуків (КПЗ), обсяг скорочення кістково-повітряного інтервала (КПІ) Задовільний морфологічний результат операції визначали при наявності цілісної тимпанальної мембрани, повітряної барабанної порожнини та відсутності гное-течі. Задовільний функціональний результат визначали при наявності ППЗ у межах 30 дБ, КПЗ у межах 20 дБ, та суттєвого скорочення КПІ. Результати обробляли методами варіаційної статистики.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Усі пацієнти розподілені на три групи. Перша група була найбільш чисельною (n=105). Це були діти та підлітки із ХССО та супутньою назальною патологією (гіперплазія лімфонодального кільця, хронічний риносинусит із скривленням перегородки носа). Пацієнти другої групи (n=46) - підлітки та дорослі пацієнти мали ознаки туботимпанального ХГСО із фіксованою ретракцією тимпанальної мембрани, кондуктивною приглухуватістю та супутнім хронічним риносинуситом із скривленням перегородки носа. Третя група (n=34) - це дорослі пацієнти із травматичним розривом барабанної перетинки, наслідками контузії та ознаками супутнього риносинуситу.

В першій групі виконувалась два типи операцій: аденотонзилотомія та шунтування барабанної порожнини. Інший варіант – аденотомія, септопластика, транстимпанальне або субанулярне шунтування барабанної порожнини. Післяопераційний період із типовим перебігом відзначали у всіх випадках на тлі використання симптоматичної терапії, назальних топічних стероїдів та деконгестантів. Шунт встановлювали на 3-6 місяців.

В другій групі виконували діагностичну тимпано-аттикотомію, резекцію ретракційної кишені та субанулярне шунтування неотимпанальної порожнини. Одномоментно із цим виконувалась септум-операція. У 40% пацієнтів цієї групи виконували ультразвукову редукцію нижніх носових раковин. Отриманий при септум-операції матеріал використовували при реконструкції середнього вуха. Так, при резекції ретракційної кишені використовували хрящову платівку. У деяких випадках пластику латеральної стінки аттика виконували фрагментом кісткового остову перегородки носа (lamina perpendiculis). Відмодельовану платівку хряща із охрястям використовували при виконанні етапу мембранопластики. Операцію завершували встановленням субанулярного шунта на строк 6-12 місяців. В післяопераційному періоді, окрім препаратів симптоматичної терапії призначали антибіотики, деконгестанти та тривале лікування топічними назальними стероїдами впродовж 1 місяця.

Пацієнти третьої групи страждали від наслідків АБТ та МВТ із шумовими ефектами. Також відзначалась симптоматика хронічного риніту із викривленням носової перегородки. При отоскопії, у пацієнтів із АБТ мала місце перфорація передніх квадрантів тимпанальної мембрани із ознаками помірної комбінованої приглухуватості. У пацієнтів із наслідками МВТ відзначали субтотальний дефект барабанної перетинки із ознаками важкої комбінованої приглухуватості або практичної глухоти. При ревізії барабанної порожнини у таких хворих знаходили сторонні тіла

(металеві або залишки пороху), чисельні грануляції та поширений спайковий процес із тотальною іммобілізацією ланцюга слухових кісточок. Матеріал для етапу мембранопластики (фрагменти хряща та охрястя) отримували при виконанні одномоментної септопластики. Після операції призначали симптоматичну терапію, антибіотики, деконгестанти, топічні назальні стероїди.

Найбільш вдалий морфологічний та функціональний результат операції отримали пацієнти першої групи. В 92% випадків мале місце відновлення носового дихання та вентиляції барабанної порожнини із суттєвим покращенням слуху: скорочення КПІ у межах 20-25 дБ, та рівень ППЗ до 30 дБ. Подібні наслідки мали також і пацієнти другої групи. Так, 88% оперованих пацієнтів відчували відновлення носового дихання із суттєвим покращенням слуху. При отоскопії, в більшості випадків відзначався повітряний стан неотимпанальної порожнини. Скорочення КПІ трималось у межах 25-30 дБ. Через 3-6 місяців у пацієнтів із наслідками АБТ повне відновлення цілісності барабанної перетинки та відновлення повітряного стану неотимпанальної порожнини відзначено в 86% випадків. Суттєве покращення слуху із зниженням інтенсивності вушного шуму отримали 78% пацієнтів, при цьому скорочення КВІ у більшості не перевищувало межу 15-20 дБ. Складнішими виявились результати лікування у пацієнтів із наслідками МВТ. Через 3-6 місяців після операції повне відновлення носового дихання та цілісності барабанної перетинки отримали 86 % пацієнтів, однак суттєве відновлення слуху, або зниження інтенсивності вушного шуму мале місце лише в поодиноких випадках.

**Заключення:** враховуючи власний досвід лікування дітей та підлітків із супутньою ЛОР-патологією, автори доводять, що використання симультанних операцій, на сьогоднішній час, набуває ознак рутинної риноотохірургії. Такі різновиди втручання стають більш поширеними в хірургічній практиці дитячого та підліткового віку. Доведено, що використання симультанних операцій у дітей та підлітків стають більш безпечними на тлі використання ендоскопічної техніки, особливо при роботі в зоні глоткового вічка слухової труби, ошадливої септопластики та на етапі редукції носових раковин. Другий важливий аспект «за» це суттєві переваги перед класичними методами лікування, і перш за все – скорочення строків перебування на ліжку та оптимізація страхової історії хвороби пацієнта зі скороченням витрат на його лікування, що є важливим під час воєнного стану.

Серед аргументів «проти» на першому місці є той факт, що в жодному національному та закордонному протоколі надання хірургічної допомоги пацієнтам із наслідками вибухової травми вуха не позначено, що лікування треба починати із резекції перегородки носа. За нашими спостереженнями така практика є доволі поширеною і нажалі іноді не виправданою. Методика двоетапної операції є доволі громіздкою та іноді затягує виконання основного хірургічного етапу лікування на довготривалий термін. Частково виправдовує таку практику спостереження спонтанного закриття перфорації в перші місяці після етапу септопластики. Така практика також має і гуманітарний аспект: військовий після поранення потребує особливої уваги, соціальної реабілітації та достатнього терміну для відпочинку і наших силх йому допомогти.

Автори мають за необхідне підкреслити протипоказання до симультанних операцій. Це перш за все – всі варіанти супутніх хронічних соматичних захворювань у стадії декомпенсації, цукровий діабет першого та другого типу, вроджені вади сполучної тканини (келоїдна хвороба) та інше. Ускладнюють виконання симультанних операцій гіперпластичний полісинусит, холестеатома середнього вуха та поширений гнійно-деструктивний процес, наявність або підозра щодо ускладнень внаслідок МВТ – осколкові ураження скроневої кістки, вушна лікворея, підозра або наявна внутрішньо-черепна патологія тощо.

Автори переконані, що використання симультанних операцій в отіатрії цілком виправдано перш за все у хворих із доброякісним перебігом хронічного середнього отиту та травматичними дефектами барабанної перетинки у всіх вікових групах. Окремого дослідження потребує питання лікування наслідків МВТ із важкою приглухуватістю. Враховуючи інтраопераційні знахідки: розповсюджений спайковий процес, грануляції, сторонні тіла, наслідки опікової травми зовнішнього слухового проходу можна сподіватись на ефективність виконання лише морфологічного варіанту тимпанопластики.

Автори залишають за собою право до подальшого вдосконалення техніки хірургічного втручання при симультанних операціях в отіатрії. Будуть розроблятись подальші рекомендації щодо доцільності симультанних операцій в окремих вікових групах та при різноманітних формах хронічного середнього отиту.

|                                                                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С.</b>                                                   |    |
| Мигдалики у центрі уваги: 30 років клінічної практики в Україні                                                                                 | 36 |
| <b>Кіщук В.В., Існюк А.С., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Грициун Я.П.</b>                                     |    |
| Принципи медикаментозної терапії склероми                                                                                                       | 37 |
| <b>Кокоркін Д.М., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О., Шевлюк П.П., Тилля О.</b>                                                                   |    |
| Симультанні операції в отіатрії. За та проти                                                                                                    | 38 |
| <b>Кокоркін Д.М., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О., Шевлюк П.П., Тилля О.І., Нікітчин С.Д., Славчєва Є.О., Гребінков Б.О.</b>                   |    |
| Хірургічна допомога хворим із наслідками акубаротравми та мінно-вибухових ушкоджень середнього вуха                                             | 40 |
| <b>Колоскова О.К., Косаковський А.Л., Марусик У.І., Косаківська І.А., Герчик В.І., Грушецька Н.П.</b>                                           |    |
| Доцільний вибір у лікуванні гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів у дитячому віці                                                           | 42 |
| <b>Коровіцький П.Р., Герц В.Д., Малєєв Д.О., Толчинський В.В.</b>                                                                               |    |
| Порівняльна характеристика хірургічних підходів до лікування парезу гортані                                                                     | 43 |
| <b>Косаковський А.Л., Косаківська І.А.</b>                                                                                                      |    |
| Сенсоневральна приглухуватість. Світові тенденції в лікуванні                                                                                   | 44 |
| <b>Кошель І.В.</b>                                                                                                                              |    |
| Запальний ендотип вторинного хронічного риносинуситу: сліпа пляма в практиці отоларинголога                                                     | 45 |
| <b>Кошель І.В.</b>                                                                                                                              |    |
| Хронічний риносинусит не-тип 2: доступна терапія складної проблеми                                                                              | 46 |
| <b>Кривіша В.В., Лакиза С.О., Пелешенко О.О., Самойленко С.С., Шингірей Н.В., Шкорботун В.О.</b>                                                |    |
| Цикли тематичного удосконалення з отоларингології в загальномедичній практиці                                                                   | 47 |
| <b>Кришталь В.М., Ганчева О. В., Сінайко І. О., Троян В. І.</b>                                                                                 |    |
| Ключові патогенетичні варіанти формування ларингофарингеального рефлюксу                                                                        | 48 |
| <b>Крук М.Б., Крук М.М.</b>                                                                                                                     |    |
| До питання своєчасної діагностики дисфункції слухової труби                                                                                     | 49 |
| <b>Крук М.М., Крук М.Б., Бариляк А.Ю.</b>                                                                                                       |    |
| Визначення об'єму просвіту верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з обструктивним апное сну за допомогою конус-променевої комп'ютерної томографії | 50 |
| <b>Куліненко М.Г., Миронюк Б.М.</b>                                                                                                             |    |
| Вплив кохлеарної імплантації на вестибулярну функцію у дітей після кохлеарної імплантації за даними стабілометрії                               | 51 |
| <b>Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Калига І.М., Шух Л.А.</b>                                                                                       |    |
| Досвід лікування хронічного переднього сухого риніту                                                                                            | 52 |
| <b>Ламза Н.В., Василенко М.Г., Лищенко Д.В., Моргачова Г.К.</b>                                                                                 |    |
| Наш досвід лікування гострого середнього отиту на тлі зовнішнього отиту                                                                         | 53 |
| <b>Левицька С.А.</b>                                                                                                                            |    |
| Рациональне лікування гострих риносинуситів у дітей                                                                                             | 54 |
| <b>Лищенко Д.В., Ламза Н.В., Моргачова Г.К.</b>                                                                                                 |    |
| Клінічний випадок пацієнта з пневмомастоїдумом                                                                                                  | 55 |