

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

ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ІЗ НАСЛІДКАМИ АКУБАРОТРАВМИ ТА МІННО-ВИБУХОВИХ УШКОДЖЕНЬ СЕРЕДНЬОГО ВУХА

Актуальність

Відомо, що мінно-вибухова травма (МВТ) є результатом впливу на організм бойового засобу вибухової дії в зоні прямого ураження вибуховою хвилею та супроводжується пошкодженням тканин будь якої локалізації. Акубаротравма (АБТ), це специфічне ураження внаслідок дії звуків високої інтенсивності, які супроводжуються зміною тиску (ударною хвилею), що призводить до ушкодження апарату звукопроведення, периферичного та центрального відділів слухового аналізатора. Відомо, що бойова травма вуха має широкий діапазон патологічних проявів: від ізольованою АБТ до важких уражень середнього та внутрішнього вуха у поєднанні із важкою МВТ. Основні вражаючі елементи травми – надлишковий тиск (баротравма), акустичний «удар» із ураженням елементів внутрішнього вуха, термобаричний «вплив» із опіками слухового проходу та вмісту барабанної порожнини і контузія тканин зовнішнього та середнього вуха.

Матеріали та методи

За період війни лікували та обстежували 1125 пацієнтів із травматичними ураженнями середнього вуха, із них 508 (45,9%) пацієнтів оперовані із приводу розриву барабанної перетинки, а 617 пацієнтів проходили стабілізаційний курс консервативної терапії. У 82 (16,2%) пацієнтів оперативне втручання виконано із обох сторін. У 3 пацієнтів мале місце осколкове ураження скроневої кістки, яке у двох випадках супроводжувалось масивною кровотечею та ліквореєю. В ході обстеження використовували загально-клінічні та специфічні методи обстеження: аудіологічні тести, КТ скроневих кісток та навколоносових пазух. Результати лікування обробляли методами варіаційної статистики.

Результати лікування

В ході обстеження та подальшого лікування прийшли до висновку, що ізольована (лише у межах середнього вуха) АБТ була переважною, а саме 78% серед всіх оперованих пацієнтів. Наслідки МВТ із важкою втратою слуху та вестибулярними розладами відмічали у 22 % хворих. Вагома частка хворих із супутніми ознаками хронічного риносинуситу та викривленням перегородки носа оперована двоетапно: спочатку септум-операція, а далі через 2-3 місяці – етап тимпанопластики. Всього таким способом оперовано 43 % пацієнтів. Останнім часом стали використовувати одноетапний симультанний підхід: одночасна септопластика, вазотомія носових раковин із одномоментною тимпанопластикою. Симультанні операції застосовані у 38 випадках (30 хворих із ізольованою АБТ та 8 хворих із наслідками важкої МВТ).

За результатами хірургічного втручання прийшли до висновку, що у пацієнтів із АБТ збережений та рухливий ланцюг слухових кісточок виявлений в переважній більшості випадків. В поодиноких випадках визначали ізольований спайковий процес поміж медіальною стінкою барабанної порожнини і ланцюгом слухових кісточок без суттєвої втрати слуху. У пацієнтів із МВТ в переважній більшості випадків визначали наслідки контузії та опікової травми зовнішнього вуха та елементів барабанної порожнини. В наслідок цього формувалась розповсюджений спайковий процес всіх елементів середнього вуха із частковою або тотальною втратою рухливості ланцюга слухових кісточок. Окрім цього, в глибині барабанної порожнини знаходили елементи бойового знаряддя – частки металу, порошу тощо. Етап реконструкції середнього вуха виконували із використанням фрагмента фасції скроневого м'яза (67%) та хрящового імплантату із охрястям козелка, або вушної раковини. Реконструкцію ланцюга слухових кісточок використали у 12 % випадків – переважно шляхом переміщення ковадла, заміщення ковадло-стремінцевого суглобу із використанням аллоімплантів пластипору.

Три пацієнта із осколковими ураженнями скроневої кістки оперовані шляхом формування широкого антростоїдального доступу, із подальшим видаленням осколків. На момент операції у двох випадках мала місце значна кровотеча із розривом сигмоподібного синусу та ліквореєю за рахунок потрошення кістки на межі середньої черепної ями. Кровотеча та лікворея зупинені шляхом облітерації трепанаційної порожнини переміщенням живлячого м'язового тампона із верхньої (скронева зона) та нижньої (стерно-мастоїдальній) зони. У всіх трьох випадках тривалі аудіологічні обстеження були невтішні – підвищення порогів повітряно-проведених звуків на межі

70-80 дБ, при кістково-повітряному інтервалі у межах 15-20 дБ. У одного пацієнта внаслідок важкого поранення сформувалась скронева епілепсія із когнітивними розладами.

Нажаль, в умовах бойових дій загалом вдалось відстежити віддалені результати лікування до 48 % оперованих хворих. Через 3-6 місяців, у пацієнтів із наслідками АБТ повне відновлення цілісності барабанної перетинки та відновлення повітряного стану неотимпанальної порожнини відмічено в 89% випадків. Суттєве покращення слуху із зниженням інтенсивності вушного шуму отримали 88% пацієнтів, при цьому скорочення кістково-повітряного інтервалу сягало межі 25-30 дБ. Складнішими виявились результати лікування у пацієнтів із наслідками МВТ. Через 3-6 місяців після операції повне відновлення цілісності барабанної перетинки отримали 82 % пацієнтів. При цьому, скорочення кістково-повітряного інтервалу не перевищувало межі 15-20 дБ, а суттєве зниження інтенсивності вушного шуму мале місце лише в поодиноких випадках.

Заключення

За даними нашого дослідження, серед хворих із травматичними ураженнями середнього вуха лідирує ізольована АБТ, яка оперується із задовільними морфологічними та функціональними результатами у 89% випадків. Серед пацієнтів із наслідками МВТ задовільний морфологічний ефект операції досягається у 82 % випадків, чого не можна сказати про функціональні наслідки. Важкий морфологічний стан вуха перед операцією обумовлений загальним впливом вибухової, термобаричної, контузійної та акустичної травми. В наслідок цих факторів формуються місцеві дистрофічні зміни вмісту зовнішнього слухового проходу та барабанної порожнини. Подолання цих змін у ближньому та віддаленому післяопераційному періоді може суттєво вплинути на подальшу долю оперованого вуха і є актуальним предметом наших подальших досліджень. На нашу думку, тактика двоетапної рино-отохірургії у хворих на хронічні отити та наслідки вибухової травми виправдана часом, але при наявності доброякісного перебігу захворювання цілком можлива одночасна септум-операція із тимпанопластикою, яка є ефективною у більшості випадків.

© Д.М. Кокоркін, В.В. Скоробогатий, О.О. Гусакова, П.П. Шевлюк, О.І. Тилля, С.Д. Нікітчин, Є.О. Славчева, Б.О. Гребінков, 2025

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