

ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ ТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ TORHINOLARYNGOLOGY

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1-С (2) 2019

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

ЗАБОЛОТНИЙ Д.І.

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА

САМБУР М.Б.

ЗАСНОВНИКИ

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

Громадське об'єднання «Українське наукове
медичне товариство лікарів-оториноларингологів»

ВИДАВНИК

ТОВ «ВІСТКА»

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

03057, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 3

Тел. +38044 483 12 82

Тел./факс +38044 483 15 80

АДРЕСА ВИДАВНИКА

01042, Україна, м. Київ, Новопечерський пров., 5

Тел./факс +38044 583 50 94

Спеціальний випуск журналу «Оториноларингологія» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ, ХІРУРГІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ» (20-21 травня 2019 р.).

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

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації: серія KB №23640-13480P,
видане Міністерством Юстиції України 20.12.2018 р.

Видання засновано у січні 1924 р. і до грудня 2018 р. виходило під назвою
«Журнал вушних, носових і горлових хвороб»

Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Волощук Н.В. Фіброларингоскопія в діагностиці захворювань гортані у дорослих та дітей	120
Плаксивий О.Г., Чифурко Т.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Мельник Є.С. Малігнізація гігантської інвертованої папіломи носа	120
Пухлік С.М. Некоторые маркеры воспаления дыхательных путей у больных с аллергическим ринитом и сопутствующей бронхиальной астмой	88
Пухлік С.М. Поиск новых решений в профилактике и лечении аллергического ринита	89
Пухлік С.М., Дедикова І.В., Колесніченко В.В. Аналіз протирецидивного лікування хворих на алергічні риніти, які ускладнюються поліпозним риносинуситом	83
Пухлік С.М., Євчева А.Ф. Патогенез і канцерогенез поверхневих новоутворень шкіри зовнішнього вуха і носа	84
Пухлік С.М., Колесніченко В.В. Особливості застосування розчину транексамової кислоти при виконанні тонзилектомії відносно ризику виникнення періопераційних кровотеч	85
Пухлік С.М., Суворкіна А.О. Чи існує алергічний фарингіт?	86
Пухлік С.М., Чурсина А. Оценка эффективности и безопасности сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии при поллинозах у детей	87
Пухлік С.М., Щелкунов А.П. Совершенствование методов диагностики и лечения шилоподъязычного синдрома	87
Руденко Л.М., Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Осадча Т.М. Застосування психокорекційної програми у дітей, хворих на хронічний тонзиліт і цукровий діабет 1-го типу	122
Скоробогатий В.В., Шевлюк П.П., Гусакова О.О., Гусаков О.Д., Каширін В.О., Кокоркін Д.М. Ще раз про лікування ронхопатії	90
Соннік Н.Б., Подовжний О.Г., Куролес Т.В., Лобурець А.В. Гіпертрофія лімфоглоткового кільця у поєднанні з пномаліями вуздечок язика та губ у дітей	91
Терещенко Ж.А., Дідковський В.Л., Литовченко Н.М. Обґрунтування симультанного хірургічного лікування одонтогенних риносинуситів грибкового походження: тактика та показання	92
Тімен Г.Е., Писанко В.М., Вінничук П.В., Миронюк Б.М., Хоменко М.Г. Кохлеарна імплантація у дітей з аномалією розвитку завитки	93
Тинітовська О.І. Визначення мікробіоценозу верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з різним станом лімфоглоткового кільця	94
Титаренко О.В., Титаренко О.А., Лисовецкая В.С., Добронравова И.В. Центральные слуховые расстройства	95

рії захворювання, загальний та огляд ЛОР-органів, ендоскопічне дослідження носоглотки, аудіо- та імпедансометрія, пальцеве дослідження носоглотки (за потребою), лабораторні обстеження. Матеріал для імунологічних досліджень (слина та кров) брали до операції, через тиждень, місяць та рік після втручання. А також до та після імунотерапії. Всім дітям проводилось оперативне лікування, відповідно до патології: аденотомія, тонзилотомія, аденотомія + тонзилотомія. Для проведення імунотерапії використовували імуномодулятор, вибраний за результатами проведених досліджень *in vitro*, який призначали на 10 днів, а потім, через 10-денний проміжок, застосовували мукозальну вакцину.

Після проведення хірургічного видалення гіпертрофованих тканин мигдаликів лімфоїдного кільця (аденотомії або/та тонзилотомії), патологічна симптоматика зникає на протязі першого тижня. Рецидивів гіпертрофічних процесів в зазначеній області не виявили на протязі всього терміну спостереження. При обстеженні пацієнтів через рік після проведення оперативного втручання щодо скарг на наявність запальних захворювань, то у 19 хворих із 40 (47,5 %) кількість епізодів запальних захворювань верхніх дихальних шляхів була 3 і більше раз. Слід відзначити, що 8 пацієнтів із 19 до операції не скаржились на часті гострі респіраторні інфекції.

Стосовно імунного статусу, то перші дні після операції не супроводжується суттєвими відхиленнями. При цьому морфологічні дослідження видалених мигдаликів свідчать про морфологічні ознаки наявності вже існуючої можливої функціональної дефектності локальних імунокомпетентних структур. Через 1 місяць після операції має місце зниження рівня секреторного IgA в РС та збільшення в сироватці крові рівня IgM і зниження кількості IgA, що

може вказувати на збільшення інфікування носоглотки та ротоглотки, що саме обумовлене дефектністю функціонування захисних систем.

Показано, що у мазках РГС всіх пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з приводу гіпертрофії структур лімфоїдного кільця спостерігається достовірне перевищення відсотка Лф над таким у дітей контрольної групи, що дає основу для ствердження про те, що оперативне втручання з приводу аденоїдних вегетацій тільки на нетривалий строк сприяє зменшенню вмісту в РГС Лф, а через рік рівень цих клітин знову зростає вище контрольних значень.

Зниження рівня IgA в сироватці крові може розцінюватись як крок до формування вторинного імунодефіциту, а збільшення ЦІК та IgM в сироватці крові як збільшення мікробного навантаження і первинної імунної реакції.

В експерименті було застосовано культивування *in vitro* мононуклеарів венозної крові дітей після оперативного втручання з приводу гіпертрофії структур лімфоїдного кільця в присутності різних препаратів з можливим імуномодуючим впливом на продукцію регуляторних цитокинів. Показано, що для їх імуноабілітації краще застосовувати фітопрепарати.

Проведення в післяопераційному періоді імунотерапії сприяє покращенню імунного статусу пацієнтів, а саме: нормалізує клітковий склад та вміст sIgA в РГС, позитивно впливає на кількість IgM, IgA та $IL-1\beta$ в сироватці крові. Клінічні спостереження на протязі 6 місяців за 21 хворим, що отримували ІТ свідчать, що епізоди ГРВІ у них мали поодинокій характер. Слід відзначити, що до ІТ 17 обстежених скаржились на «часті простудні захворювання».

Отримані дані свідчать про доцільність проведення ІТ в післяопераційному періоді після оперативних втручань з приводу гіпертрофії носоглоткового та піднебінних мигдаликів.

© В.М. Писанко, О.Ф. Мельников, Б.М. Миронюк, Л.А. Кудь, С.В. Тимченко, М.Д. Тимченко, 2019

С.М. ПУХЛІК, І.В. ДЄДИКОВА, В.В. КОЛЕСНІЧЕНКО (ОДЕССА, УКРАЇНА)

АНАЛІЗ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНІ РИНИТИ, ЯКІ УСКЛАДНЮЮТЬСЯ ПОЛІПОЗНИМ РИНОСИНУСИТОМ

Одним з факторів підтримання гомеостазу людини є носове дихання. По різних літературних джерелах від 23 % до 31 % пацієнтів з порушенням носового дихання хворіють на поліпозний риносинусит (ПР). Деталізація зна-

чення окремих факторів привела до ствердження, що основою причиною ПР є хронічне запалення, яке персистує. А досить часто поєднання ПР з алергічним ринітом (АР), бронхіальною астмою, аспіриновою триадою тощо, а також

результати багатьох риноцитологічних, гістологічних, гістохімічних досліджень дають можливість стверджувати, що у хворих на ПР алергія є, якщо не головним, то супутнім станом.

АР є глобальною проблемою сучасності як самостійне захворювання, а також як провідник чи партнер бронхіальної астми. Єдиним методом лікування, який може позитивно змінити плин алергічного процесу є специфічна імунотерапія (СІТ). Поліпозний риносинусит (ПР) є одним з ускладнень алергічного риніту, яке потребує не тільки майже постійного використання протиалергічної фармакотерапії, а й хірургічного лікування і носить завзятий та рецидивуючий характер.

Метою нашого дослідження було порівняння ефективності СІТ у пацієнтів хворих на ПР на тлі цілорічного та сезонного АР, а також визначення її ролі у стабілізації стану щодо рецидивів ПР після хірургічного лікування.

У дослідженні взяли участь 140 пацієнтів з ПР 3-4 ступеня та цілорічним та/чи сезонним АР, 62 з яких були прооперовані з приводу ПР. 53 пацієнти основної групи №1 мали сезонний АР, який ускладнився ПР і лікувалися інтраназально кортикостероїдами та СІТ пилковими алергенами. 42 пацієнти основної групи №2 мали цілорічний АР, який ускладнився ПР і лікувалися інтраназально кортикостероїдами та СІТ побутовими алергенами. 45 пацієнтів контрольної групи №1 мали АР, який ускладнився ПР і лікувалися без СІТ. 31 особа основної групи №3 була прооперована з приводу ПР та лікувалася інтраназальними кортикостероїдами у післяопераційному періоді. 31 особа контрольної групи №2 до зазначеного лікування використовувала

СІТ причинними алергенами. Всі пацієнти були репрезентативні по статі і віку. Постановка діагнозу та рішення щодо методів лікування відбувалися за допомогоюбору анамнезу, загальноклінічного обстеження, ендоскопічного огляду, риноманометрії, загального та специфічного алерготестування.

Результати дослідження оцінювались за даними риноманометрії (носове дихання) та ендоскопічного огляду (стан поліпів). 48 із 53 (90,6%) пацієнтів основної групи №1 та 30 із 42 (71,4%) пацієнтів основної групи №2 мали достовірне поліпшення стану носового дихання і зменшення розміру поліпів. 22 із 45 (48,9%) пацієнтів контрольної групи №1 мали поліпшення стану носового дихання і розмірів поліпів. У 5 (16,1%) пацієнтів основної групи №3 та у 17 (54,8%) пацієнтів контрольної групи №2 протягом 2-х років після хірургічного лікування була зафіксована наявність поліпів у середньому та/чи загальному носовому ході (ПР 2,3,4 ступеня).

Висновки: 1) використання СІТ у комплексному лікуванні хворих на ПР на тлі АР приводить до більш вираженої позитивної динаміки усунення симптомів. 2) У пацієнтів з сенсibiliзацією до пилкових алергенів при ПР на тлі АР при використанні СІТ у комплексному лікуванні позитивна динаміка більш виражена (при $P < 0,01$), ніж у пацієнтів з сенсibiliзацією до побутових алергенів (при $P < 0,05$). 3) Результати протирецидивної терапії після хірургічного лікування пацієнтів хворих на ПР з сенсibiliзацією до алергенів, які не можна усунути (більшість респіраторних алергенів) значно кращі (при $P < 0,01$), якщо використовувати СІТ причинними алергенами.

© С.М. Пухлік, І.В. Дедикова, В.В. Колесніченко, 2019

С.М. ПУХЛІК, А.Ф. ЄВЧЕВА (ОДЕССА, УКРАЇНА)

ПАТОГЕНЕЗ І КАНЦЕРОГЕНЕЗ ПОВЕРХНЕВИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА І НОСА

Актуальність. Відомо, що злоякісні новоутворення є однією з найважливіших сучасних медико-біологічних та соціально-економічних проблем в світі і, зокрема, в Україні. Так, щорічно в Україні діагностуються більш ніж 20 000 випадків поверхневих злоякісних новоутворень голови і тулубу, що складає 44,5 випадків на 100 тис. населення.

Топічна і диференційна діагностика хронічних станів: актинічного кератозу та хвороби

Боуена і cancer in situ є досить складним та непростим завданням, хоча клінічні прояви захворювання у вигляді зміни кольору та розмірів новоутворень спостерігаються достатньо рано. На жаль на цьому етапі хворі не звертаються за медичною допомогою. Однак ці ознаки вже можуть свідчити про агресивність процесу.

Патогенез та канцерогенез. Так, актинічний кератоз (АК) – це новоутворення епідермального шару шкіри, яке виникає по перше при