

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 дітей	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

ных об изменении маркеров воспаления дыхательных путей при формировании сочетанной патологии (АР и БА).

Цель данного исследования: оценка особенностей состояния маркеров воспаления дыхательных путей у лиц с сочетанной патологией.

Исследования выполнены у 96 больных, из которых у 25 человек был изолированный АР с давностью заболевания $8,4 \pm 5,2$ лет – группа сравнения, у 71 больного АР сочетался с БА – основная группа, с длительность заболевания составляла $12,6 \pm 7,0$ ($p=0,011$) лет. Возраст больных был несколько выше среди больных основной группы: $44,9 \pm 13,1$ лет. В группе сравнения – $39,2 \pm 12,1$ лет ($p=0,048$). У больных основной группы на 19,9% чаще (у 63,5% против 44% в группе сравнения) диагностировалась персистирующая форма АР. Кроме того, больные основной группы имели несколько более тяжелое течение болезни. В частности у 8,3% больных этой группы было тяжелое течение АР, по сравнению с группой сравнения.

Результаты. Клинической особенностью больных АР без астмы была большая субъективная окраска заболевания: большая частота и выраженность жалоб. При наличии сопутствующей патологии на первый план выходили жалобы на клинические проявления БА: дневные и ночные приступы удушья, потребность в бронхолитиках короткого действия и т.д. Объективные проявления АР в обоих случаях носили чаще всего однонаправленный характер, но разную степень выраженности. Так при сочетанной патологии у больных была большая выраженность цианоза слизистой носа и ее отечности слизистой: $2,2 [1,0;4,0]$ против $1,72$

$[1,0;3,0]$ балла, $p=0,003$ и $1,89 [0;3,0]$ против $1,52 [1,0;3,0]$ балла соответственно ($p=0,014$).

У больных обеих групп АР протекал с изменением клеточного состава покровного эпителия, что исследовалось с помощью назоцитогаммы. Однако, если при изолированном АР в мазках со слизистой преобладал рост числа эозинофилов ($21,5 [0,2; 64,7]$ % против $1,32 [0;11,4]$ % в основной группе; $p=0,0001$) и тучных клеток: ($2,54 [0; 9,6]$ % против $0,0065 [0; 0,30]$ %; $p=0,0001$), то у больных с сочетанной патологией – наблюдался рост бокаловидных клеток ($6,91 [0; 26,5]$ % против $4,3 [1,0; 7,8]$ % в группе сравнения; $p=0,044$), нейтрофилов ($38,9 [1,6; 98,2]$ против $26,2 [6,2; 76,6]$ % в группе сравнения; $p=0,038$) и снижение содержания в мазках лимфоцитов ($6,45 [0; 24,7]$ % против $14,5 [2,9; 38,7]$ % в группе сравнения; $p=0,0001$) и макрофагов ($3,52 [0; 21,5]$ % против $7,2 [2,1; 14,0]$ % в группе сравнения; $p=0,001$), при этом в обеих группах выявлено снижение содержания клеток мерцательного эпителия, особенно содержащих ворсинки. Такая клеточная перестройка отражает характер воспаления: при АР без БА оно чаще носит эозинофильный характер, при сочетании АР и БА – к эозинофильному присоединяется нейтрофильное воспаление.

Таким образом, в зависимости от наличия или отсутствия у больных АР сопутствующей БА меняется характер течения этого заболевания: снижается выраженность субъективной симптоматики, но усиливается выраженность воспалительных изменений в дыхательных путях, а паттерн воспаления переходит от преимущественно аллергического (эозинофильного) к эозинофильно-нейтрофильному.

© С.М. Пухлик, 2019

С.М. ПУХЛИК (ОДЕССА, УКРАИНА)

ПОИСК НОВЫХ РЕШЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

При лечении АР используются наиболее часто следующие основные группы препаратов: патогенетические средства – антигистаминные препараты и глюкокортикостероиды и симптоматические средства – носовой душ, сосудосуживающие капли в нос. Место каждого препарата определяется его действием на разные звенья патогенеза, симптомами заболевания и их тяжестью, а также возрастом больного и нали-

чием у него заболеваний, ограничивающих назначение тех или иных лекарственных средств.

Одним из важных компонентов, составляющих комплексную терапию аллергического ринита, принято считать ограничение контакта слизистой оболочки дыхательных путей с пылью. В связи с этим разработка действенных мероприятий, направленных на это, является весьма актуальной.

Новым направлением в лечении аллергического ринита может стать применение комбинированных препаратов, содержащих солевой раствор, а также ряд лечебных средств с хорошо изученными свойствами. Препарат Назомер, спрей назальный – это средство для уменьшения симптоматики и восстановления слизистой оболочки полости носа при воспалительных процессах инфекционного и аллергического происхождения. Содержит раствор морской соли, провитамин декспантеноли природный гиалуронат натрия.

Нами на базе областного аллергоцентра и клиники оториноларингологии проведено открытое пилотное клиническое испытание препарата Назомер с целью оценки эффективности его в качестве элиминационной, защитной, регенеративной терапии больных сезонным персистирующим АР (САР) в период пыления сорных трав (полынь, лебеда, амброзия, циклахена) круглогодичным АР.

Исходя из поставленной цели, нами было проведено обследование 54 пациентов (29 мужчин и 25 женщин), возрастной диапазон – от 18 до 35 лет. Все пациенты были распределены в 2 группы: основная (О) – 30 пациентов и контрольная (К) – 24 человека. Диагноз сезонного АР был установлен 30 пациентам и круглогодичный АР у 24 человек.

Пациенты со средней степенью тяжести АР получали антигистаминный препарат второго поколения и современный топический глюкокортикостероид с минимальной степенью биодоступности (мометазона фураат или флутиказона фураат). Пациенты основной группы в качестве носового душа использовали Назомер 2-3 раза в день, больные контрольной группы – физиологический солевой раствор также 2-3 раза в день. Длительность наблюдения 10 дней.

© С.М. Пухлик, 2019

Результаты исследования

С момента начала лечения и до 10 суток пациенты обеих групп отмечали улучшение самочувствия, регрессию субъективных симптомов, что подтвердилось данными объективного исследования. Начиная с 5 дня у пациентов основной группы среднее значение выраженности признаков было меньше по сравнению с контрольной. Данная динамика наблюдалась и в последующие дни лечения.

Большинство симптомов АР значительно уменьшилось или практически исчезло (нарушение обоняния) к 10 дню лечения, что говорит об эффективности назначенной терапии. Особенно эффективным этот процесс отмечен в основной группе, где применялся препарат Назомер.

При приеме Назомера значительно быстрее и эффективнее снимаются симптомы раздражения слизистой оболочки носа, что сопровождается аллергическое воспаление. Именно, добавление к ирригационной терапии солевым раствором декспантенола и гиалуроната натрия значительно подавляют местный воспалительный процесс. Это подтверждается анализом назоцитограмм (рис.4), где наряду со снижением количества эозинофилов уменьшается число лейкоцитов, что соответствует бактериальному воспалению, сопровождающее аллергическое.

Выводы

1. Назальный спрей Назомер достоверно эффективен для элиминации аллергенов из полости носа. Он способствует уменьшению сопутствующего местного воспалительного процесса.

2. Спрей Назомер рекомендован в профилактических и терапевтических целях больным сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом.

*В.В. СКОРОБОГАТИЙ, П.П. ШЕВЛЮК, О.О. ГУСАКОВА, О.Д. ГУСАКОВ,
В.О. КАШИРИН, Д.М. КОКОРКИН (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

ЩЕ РАЗ ПРО ЛІКУВАННЯ РОНХОПАТІЇ

Ронхопатія або хропіння сьогодні являє собою остаточно не вирішену проблему, яка знаходиться на межі багатьох спеціальностей, а саме оториноларингології, сомнології, пульмонології, кардіології, неврології, терапії, ендокринології. За статистикою близько 20 % дорослого населення відносять себе до категорії лю-

дей, які хропуть уві сні. У віці 30-35 років ця проблема стосується 40 % чоловіків і 20 % жінок. Основною причиною акустичного феномена під час хропіння уві сні є патологічні та вікові зміни з боку верхніх дихальних шляхів, зокрема глотки і носової порожнини: скривлення перегородки носа, гіпертрофія (збільшення)