

# 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»

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

видного отростка значительно увеличились. Кроме того, данный метод исследования позволяет определить не только наличие гипертрофии шиловидного отростка, но и взаиморасположение сосудов шеи, других анатомических структур соответственно шиловидному отростку, степени отклонения отростка, а также определения плотности близлежащих тканей, что позволяет с большой долей вероятности судить о наличии или отсутствии их воспаления, это имеет большое значение для дифдиагностики бессимптомной гипертрофии от шилоподъязычного синдрома. Нами предложен метод компьютерной томографии шиловидного отростка с контрастированием сосудов, который позволяет более тщательно визуализировать отросток и взаиморасположение магистральных сосудов шеи с их предлежанием друг к другу, наличие деформации сосудов в виду давления на них шиловидного отростка. Также нами предложен и разрабатывается метод УЗИ диагностики, что позволит упростить и удешевить обследование данных больных.

За прошедшие 7 лет нами обследовано и пролечено 124 человека. С длительностью заболевания от одного года до 03-17 лет. Чаще всего подобные больные лечились у невропатологов и им выставлялись диагнозы остеохондроз шейного отдела позвоночника и фарингоневроз. Назначаемое лечение результатов не давало.

Нами разработаны рекомендации для практических врачей, позволяющие диагностировать данную патологию. Диагноз выставляется на основании жалоб больного, данных визуального, пальпаторного исследования, компьютерной томография шиловидного отростка с

контрастированием магистральных сосудов шеи.

Лечение: консервативное, хирургическое. Проводимое консервативное лечение: блокады в область парафарингеального пространства с введением лидокаина 2% и кортикостероидов, назначение седативных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств. Кличество инъекций в парафарингеальное пространство разное, от пяти до десяти раз, до исчезновения симптоматики или её значительного купирования. В завершении курса инъекций в парафарингеальное пространство вводился пролонгированный кортикостероид, что позволяет значительно продлить период благополучия у некоторых больных. При повторных КТ исследованиях пролеченных таким образом больных отмечается отсутствие роста шиловидного отростка и оссификации шилоподъязычной связки (24 больных). Чего нельзя сказать о не лечёных. Повторно через несколько лет обследовано 15 больных. Только у двоих отросток и связка не изменились. У 13 больных отмечено увеличение размеров шиловидного отростка, оссификация связки либо закрытие зон фрагментации. Хирургическое лечение: резекция шиловидного отростка с одной или с двух сторон через переднюю нёбную дужку либо через миндаликовую нишу после тонзилэктомии. За время исследования нами было прооперированно 34 человек, у которых консервативное лечение не дало значимого эффекта. В результате оперативного лечения – резекции шиловидного отростка с одной или с двух сторон, соответствующая симптоматика исчезла у 33 пациентов.

© С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, 2019

*С.М. ПУХЛИК (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **НЕКОТОРЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Во всем мире наблюдается рост аллергических заболеваний, в том числе, таких как аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА). На сегодняшний день многочисленными исследованиями доказана патогенетическая общность АР и БА и предложено рассматривать их как единое аллерго-воспалительное поражение всего респираторного тракта, протекающее с отеком тканей, повышением проницаемости,

клеточной перестройкой покровного эпителия дыхательных путей и другими нарушениями. При этом оба заболевания характеризуются однотипной перестройкой клеточного профиля. Существует вполне сложившееся мнение о том, что АР утяжеляет течение БА и затрудняет качественное лечение последней. Однако очень мало данных о том, как меняется течение АР после присоединения БА. В частности нет дан-

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 длительностью 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.