

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., Подовжній 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., Доброправова И.В. Центральные слуховые расстройства	95

тів H2 рецепторів на слизову оболонку рото глотки, які відображують очевидне покращення клінічних симптомів фарингіту. (Shabih H. Zaidi 1991., Kumari JO, 2008). Та дослідження, підкріплені результатами інструментальних методів,

відсутні. Таким чином, потрібні подальші дослідження для підтвердження наявності H2-рецепторів у слизовій оболонці глотки. І якщо це так то вся філософія лікування хронічного фарингіту повинна бути модифікована.

© С.М. Пухлік, А.О. Суворкіна, 2019

С.М. ПУХЛИК, А. ЧУРСИНА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ У ДЕТЕЙ

Сублингвальная аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) в силу ее доступности является перспективным методом лечения в детской аллергологии. В Украине есть возможность проводить ее с помощью лечебных аллергенов в виде драже для рассасывания и в виде водно-глицериновых капель под язык.

Цель работы: изучить эффективность и безопасность АСИТ при поллинозах у детей. Под наблюдением находилось 90 детей с поллинозами, получавших сублингвальную АСИТ пыльцевыми аллергенами. Возраст больных был от 5 до 15 лет. Эффективность АСИТ оценивали на основе динамики клинической картины болезни, показателей иммунного ответа (уровней IgE, ЦИК). Сублингвальная АСИТ проводилась в течение 1-3 лет и более.

Результаты. Сублингвальная АСИТ оказывала благоприятное влияние на течение поллинозов после первого курса лечения у 67% больных. Наиболее эффективной Сублингвальная АСИТ была у детей с моновалентной пыль-

цевой сенсibilизацией (90%), риноконъюнктивальным синдромом (75,5%), с умеренно выраженной гипериммуноглобулинемией E (74,4%). Было отмечено увеличение числа детей с хорошими и отличными результатами лечения в зависимости от сроков лечения. Положительное влияние сублингвальной АСИТ на течение поллинозов сопровождается отсутствием нарастания уровня общего IgE, ЦИК в период цветения растений. У 8 (8,8%) детей при проведении сублингвальной АСИТ было отмечено возникновение побочных явлений (обострение аллергического ринита, атопического дерматита, аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы), системных аллергических реакций не возникало. Сублингвальная АСИТ является эффективным и безопасным методом лечения поллинозов у детей. Сравнительная оценка эффективности и безопасности между разными формами сублингвальной АСИТ (драже и капли) будет проведена позже.

© С.М. Пухлік, А. Чурсина, 2019

С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА

Шилоподъязычный синдром – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур. Синдром проявляется хронической болью в глубоком отделе боковой области лица, иррадиирующей в корень языка, глотку и ухо, дисфагией, симптомами нарушений кровообращения головного мозга. Больные с разными ди-

агнозами лечатся у разных специалистов, чаще всего назначаемое симптоматическое лечение оказывается малоэффективным либо не даёт вообще какого либо результата. Синдром причиняет тяжёлые страдания больным, снижает качество жизни.

С внедрением в практику обследования больных компьютерной томографии, возможности диагностики гипертрофированного шило-

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 небную 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-