

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

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ  
«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ»**

**30 вересня – 1 жовтня 2024 р.**

Івано-Франківськ – 2024

С.М. ПУХЛІК, П.О. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В.В. КОЛЕСНІЧЕНКО

## АЛЕРГЕННИЙ ПРОФІЛЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НАЗОФАРИНГІТІ, АСОЦІЙОВАНОМУ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Кафедра оториноларингології Одеського національного медичного університету

Високий рівень антигенного навантаження навколишнього середовища, недосконалий імунітет у дитячому віці у тому числі дисбаланс Th1/Th2 та спадковий фактор призводить до вірогідного збільшення поширеності захворювань назофарингеальної зони запального та гіперпластичного характеру. Хронічний назофарингіт (ХНФ) розвивається у 22% дітей з алергічним ринітом (АР) та у 12,4% дітей з алергічними захворюваннями розвивається гіперплазія глоткового мигдалика (ГГМ).

**Метою** нашого дослідження було визначення спектру причинних алергенів у хворих на ХНФ асоційованим з АР.

**Матеріали та методи:** Основну групу (ОГ) склали 111 пацієнтів, з яких 44 (39,6%) були чоловіки та 67 (60,4%) – жінки, їхній середній вік становив  $14,5 \pm 4,13$  року. У контрольній групі (КГ) 16 (42,1%) дітей чоловічої статі та 22 (57,9%) жіночої статі, середній вік яких становив  $12,3 \pm 4,1$  року. Пацієнтів основної групи поділили на тих, що мають АР та ХНФ з ГГМ (65(58,6%)) – основна група I (ОГ I) і на тих, що мають АР та ХНФ без ГГМ (46 (41,4%)) основна група II (ОГ II). Пацієнти КГ хворіли на АР без ознак ХНФ. Алергологічне тестування проводилося побутовими, епідермальними, грибковими, пилковими та харчовими алергенами шкірним прик-тестуванням або лабораторними методами дослідження в залежності від віку дитини, анамнезу та результатів попереднього алерготестування (якщо таке мало місце) у кожному конкретному випадку. Оториноларингологічне обстеження включало: аналіз скарг та анамнезу, ендоскопічний огляд, мікробіологічне, цитологічне дослідження.

**Результати:** Алерген домашнього пилу (ДП) є провідною причиною у всіх досліджуваних групах: 60 з 65 (92,3%), 43 з 46 (93,5%) та 35 з 38 (92,1%) відповідно у ОГ I, ОГ II та КГ. Харчові алергени (ХА) та пилкові алергени (ПА) розділяють друге місце після ДП, викликаючи алергічні прояви у 50 (45,1%) пацієнтів ОГ та у 25(65,8%) пацієнтів КГ і у 54 (48,6%) пацієнтів ОГ та у 21(55,3%) пацієнтів КГ, відповідно. Але ХА, на відміну від ПА, були причиною ХНФ без ГГМ та АР (ОГ II) вірогідно рідше ніж при ХНФ з ГГМ та АР (ОГ I) – 26,1% та 58,5% випадків відповідно ( $P < 0,05$ ). Сенсibiliзація до епідермальних алергенів (ЕА) розподілилася серед причин алергічного процесу без істотної різниці у досліджуваних групах хворих – 19 (29,2%), 14 (30,4%) та 11 (28,9%) у ОГ I, ОГ II та КГ, відповідно. Грибкові алергени (ГА) є причиною розвитку АР у 22 (57,9%) пацієнтів КГ та лише у 15 (23,1%) і у 9 (19,6%) пацієнтів ОГ I та ОГ II при  $P < 0,05$  і  $P < 0,01$ , відповідно.

**Висновки:** 1) Алерген ДП є статистично значущим причинним алергеном у пацієнтів педіатричної категорії з ізольованим АР та АР при ХНФ з чи без ГГМ. 2) ХА з вірогідною різницею частіше викликають ГГМ на тлі ХНФ асоційованого з АР ніж інші групи алергенів. 3) У пацієнтів педіатричної категорії з ХНФ асоційованим з АР вірогідно рідше зустрічається сенсibiliзація до ГА ніж у пацієнтів з ізольованим АР: 21,6% та 57,9% випадків відповідно.

© С.М. Пухлік, П.О. Запорожченко, В.В. Колесніченко, 2024

<i>Попович В., Кошель І., Лешак В., Малофійчук О., Пілецька Л., Капустіна Н., Мартиниш О., Кудерський В.</i> Ефективність назального спрею мометазону фураат (Флікс) в тактиці відкладеного призначення антибіотиків в лікуванні гострого риносинуситу результати багатоцентрового дослідження	99
<i>Пухлік С.М.</i> Історія ринології	100
<i>Пухлік С.М., Дедикова І.В., Тагунова І.К.</i> Зовнішній слуховий прохід – межа оториноларингології та дерматології	102
<i>Пухлік С.М., Запорожченко П.О., Колесніченко В.В.</i> Алергенний профіль при хронічному назофарингіті, асоційованому з алергічним ринітом	103
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В., Дедикова І.В.</i> Огляд досліджень щодо ефективності топічного застосування транексамової кислоти при зупинці носових кровотеч	104
<i>Рахманов В.</i> Функціональні ускладнення у пацієнтів з раком ротової частини глотки III-IV стадії: тризм та його прогностичні маркери	105
<i>Решетняк І.С.</i> Діагностика та комбіноване лікування грибкового максиліту з полімікрохістозними змінами	106
<i>Романенко Р.Р.</i> Комплексне застосування регенеративної клітинної медицини для лікування перфорацій барабанної перетинки: системне оглядове дослідження	107
<i>Руденька К.Л.</i> Рідкісна деформація вушної раковини («вухо Моцарта»)	108
<i>Сабов О.О., Лешак В.І., Гаман Ю.В.</i> Методи профілактики інтра- та постопераційних назальних лікворей	109
<i>Саніжак І.І.</i> Морфо-функціональний стан завитки після введення нейрональних ембріональних клітин при змодельованому аміноглікозидному ототоксикозі (електронно-мікроскопічне дослідження)	110
<i>Саніжак І.І., Кулешова Д.М., Власюк Л.К.</i> Слухова реабілітація дітей з вродженими та набутими вадами розвитку вуха за допомогою імплантованої системи кісткової провідності	111
<i>Семенюк О.О., Калінчук О.О., Заброварна Т.М., Грицак Д.І., Коноплицький Д.В.</i> Мультидисциплінарна співпраця лікарів при побутовій травмі стравоходу	112
<i>Сліпецький Р.Р., Галай О.О., Дуда О.Р., Бондаренко С.Г., Лудчак В.Ю., Друзюк О.В., Карп С.Ю., Шмідт М.Р., Сендега І.М., Цьолко Т.Р.</i> Як правильно класифікувати метастази у лімфатичні вузли ший без встановленого первинного вогнища	113
<i>Сребняк І.А., Борисенко О.М., Поліщук Г.С., Теслюк В.Р.</i> Тактика реконструкції оскулярного апарату після отримання акубаротравми та мінно-вибухової травми голови	114
<i>Сребняк І.А., Шербул О.В.</i> Вплив буферної функції клітинної системи соскоподібного паростка на ймовірність розвитку спонтанної перилімфатичної фістули	115