

ГО «УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ»
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

Журнал
**Вушних,
носових
і горлових
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 5-с

жовтень
2017

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю **«Досягнення сучасної оториноларингології»** (2-3 жовтня 2017 р.).

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

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 14.09.2017 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 700 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

извлекали, математическую обработку и анализ полученных данных производили при помощи компьютерной программы «Ацидогастрограф». Степень тяжести рефлюкса оценивали по критериям De Meester. Учитывали степень гистопатологической дифференцировки (G).

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов суточного рН-мониторирования, патологический рефлюкс выявлен у 22 (37,3%) больных с морфологически верифицированным плоскоклеточным раком гортани T₁₋₂N₀M₀. Среди них мужчин было 17 (77,3%), женщин – 5 (22,7 %). При этом у 7 (31,8%) пациентов этой группы распространенность процесса соответствовала T₁N₀M₀.

У 15 (68,2%) больных ЛФР-ассоциированный рак гортани диагностирован в стадии T₂N₀M₀.

По критерию De Meester рефлюкс легкой степени зарегистрирован у 2 (9,1%) больных, средней степени – у 16 (72,7%), тяжелой степени – у 4 (18,2%). При анализе гистопатологической дифференцировки установлен плоскоклеточный рак гортани: ороговевающий – у 9 (40,9%) обследуемых, неороговевающий – 13 (59,1%).

Выводы

Ларингофарингеальный рефлюкс регистрируется у 37,3% больных раком гортани T₁₋₂N₀M₀.

У большинства больных (72,7%) зарегистрирован патологический рефлюкс средней степени тяжести.

Морфологические аспекты ЛФР-ассоциированного рака гортани требуют дальнейшего изучения.

© В.В. Кизим, В.В. Толчинский, А.А. Белоусова, Я.В. Кизим, 2017

*В.В. КИЩУК, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, І.В. ДМИТРЕНКО, О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО,
А.С. ІСНЮК, Я.П. ГРИЦУН, С.О. ШАМРАЙ, С.В. СКИЧКО (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

ДИНАМІКА ПОШИРЕНОСТІ СКЛЕРОМИ В УКРАЇНІ ЗА ДАНИМИ УКРАЇНСЬКОГО СКЛЕРОМНОГО ЦЕНТРУ (2012-16 рр.)

Згідно даних електронної бібліотеки PubMed, в публікаціях зі США, Франції повідомляється про збільшення кількості спостережень хворих на склерому, в основному за рахунок осіб з несприятливим її перебігом, що емігрували з інших країн (Т.В. Chan et al., 2008). Продовжуються публікації повідомлень про хворих з багатьох країн світу з несприятливим перебігом склероми в Малі, Чилі, Китаї, Польщі, Індії, Марокко, Саудівській Аравії і Бахреїні, Тунісі, Бразилії та в інших країнах світу. Під впливом різноманітних чинників (економічних, демографічних, медичних), поширеність склероми в Україні за останні десятиліття змінилась. Мета дослідження: вивчення динаміки поширеності склероми в Україні за період 2001-2016 рік. згідно матеріалів історій хвороб Українського склеромного центру.

За минулі 15 років (2001-2016 рр.) в Українському склеромному центрі, що розташований на базі ЛОР-клініки Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, було зареєстровано 974 госпіталізації хворих на склерому, в середньому 64,9 госпіталізації на рік. Географічна структура хворих дещо змінилась за останні 5 років. Так, питома вага хворих з інших країн зменшилась втричі (з 3,8% до 1,2%) в основно-

му за рахунок пацієнтів з Росії. Зареєстровано лише 4 госпіталізації з Молдови. Відсоток хворих з АР Крим статистично вагомо не змінився (3,3% проти 2,7%).

Структура хворих, що були госпіталізовані з різних областей України практично не змінилась, окрім несуттєвого зростання питомої ваги пацієнтів з Вінницької (на 4,0%) і Луганської (на 1,0%) областей. Найбільше госпіталізацій хворих на склерому було зареєстровано з Вінницької (31,6%), Київської (10,3%), Хмельницької (7,7%) і Житомирської (7,4%) областей (рівень поширеності за останні 5-ти річчя). Дещо менше госпіталізацій було з Херсонської (4,9%), Полтавської (4,3%), Дніпропетровської (3,9%), Донецької (3,8 %), Рівненської (3,8%), Львівської (3,6%), Черкаської (3,5%) і Івано-Франківської (2,7%) областей. Поодинокі хворі на склерому госпіталізувалися з Луганської (2,6%), Чернігівської (1,6%), Сумської (1,4 %), Запорізької (0,9%), Закарпатської (0,9%), Тернопільської (0,8%), Волинської (0,5%), Кіровоградської (0,5%), Харківської (0,5%) і Чернівецької (0,3%) областей.

На стаціонарне лікування поступали хворі з несприятливим перебігом склероми: з стійкими (рецидивуючими) стенозами дихальних

шляхів. На протязі останніх 5 років 70 хворих (54,7 %) були госпіталізовані неодноразово. Збільшилась питома вага хворих з важким клінічним перебігом склероми, який проявлявся поєднанням активного інфільтративного або рубцевого стенозування дихальних шляхів з полівалентною медикаментозною алергією, що викликало необхідність більш частих госпіталізацій. Так, 7 хворих за останні 5 років були госпіталізовані більше 10 разів (2,1 % госпіталізацій).

Видатні вчені (А.П. Красильников, Р.А. Барилляк та ін.) шляхом експедиційних досліджень обґрунтували, що реальна кількість хворих на склерому перевищує диспансерну групу хворих більше ніж в 3,2; 3,8 і 5,0 разів, відповідно. Тому з урахуванням виявлених тенденцій кількість хворих на склерому в Україні у 2001-2011 рр. може коливатись в межах 605-945, а у

2012-2016 – 410-640 пацієнтів. Зважаючи на дані Вінницьких оториноларингологів-склероматологів К.П. Дерепи, В.Н. Величко і В.К. Дерепи (1983), які за даними Українського склеромного центру зареєстрували 2188 хворих на склерому у 50-70 рр. можна вважати, що кількість хворих на склерому в Україні у 2001-2011 рр. знизилась дещо більш, ніж в 2 рази, а у 2012-2016 – більш ніж у 4 рази.

Таким чином, за період 2001-2016 рр. спостерігається послідовна тенденція до зниження захворюваності на склерому при незначному зменшенні рівня госпіталізації. Зростає рівень госпіталізації вперше виявлених випадків склероми з несприятливим перебігом. Необхідно продовжити пошук методів активного виявлення, ранньої діагностики та підвищення ефективності лікування хворих на склерому.

© В.В. Кіщук, А.І. Барціховський, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.С. Існюк, Я.П. Грицун, С.О. Шамрай, С.В. Скичко, 2017

*В.В. КИЩУК, Я.П. ГРИЦУН, К.А. ПЕДОРЕНКО, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ,
О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО, С.О. ШАМРАЙ, С.В. СКІЧКО, В.В. МАКСИМЧУК,
А.С. ІСНЮК (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕКУРЕНТНОГО (ХРОНІЧНОГО) ТОНЗИЛІТУ

Рекурентний тонзиліт (J35.0 згідно з МКХ-10) – це стан піднебінних мигдаликів, який проявляється пригніченням неспецифічних факторів природної резистентності організму, порушенням гуморальної та клітинної ланок імунітету й супроводжується інтоксикацією організму з подальшим розвитком місцевих і загальних ускладнень.

Мигдалики – це скупчення лімфаденоїдної тканини в глотці. Лімфоїдна тканина глоткового кільця Вальдейера-Пирогова належить до лімфоепітеліальних утворень, таких як Пеерові пляшки, солітарні фолікули та апендикс, які складають лімфоепітеліальний комплекс з назвою MALT (mucosal associated lymphoid tissue – лімфоїдна тканина, асоційована зі слизовою оболонкою.) Це периферичні органи імунної системи. Анатомо-функціональна одиниця піднебінного мигдалика – криптолімфон (А. Fioretti, 1961). Основна фізіологічна роль мигдаликів – інформаційна (інформація організму про живий та не живий зовнішній антигенний світ; формування системного імунітету у вигляді продукції антитіл та формування «клітин імунної пам'яті»; вироблення секреторного імуноглобуліну А (SIgA) для захисту слизової оболонки організму).

При клінічному огляді хворих можна визначити запальні зміни оточуючих мигдалик тканин і утворень, які характеризують їх стан (мигдаликів) і сприяють рецидивам захворювань. Достовірні ознаки рекурентного тонзиліту: стійка гіперемія країв передніх піднебінних дужок; валикоподібне потовщення країв передньої та задньої піднебінних дужок; набряк країв верхніх відділів піднебінних дужок, які охоплюють верхній полюс мигдалика; стійке збільшення лімфатичних вузлів на рівні кута нижньої щелепи по передньому краю кивального м'язу; неприємний запах з рота – халітоз; рубцеві спайки між мигдаликом та піднебінними дужками; ригідність піднебінних мигдаликів при ротатції; ангіни в анамнезі; рідкий гній в лакунах.

Немає жодної специфічної ознаки або симптомокомплексу, які були б властиві тільки для рекурентного тонзиліту і тим більше характеризували функцію піднебінних мигдаликів.

При проведенні досліджень було виявлено такі зміни:

- формування морфологічної картини цитрозу мигдаликів із розвитком деформації та ригідності мигдаликів; у лімфоїдній тканині спостерігаються атрофічно-гіперпластичні процеси;

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| <i>Абизов Р.А., Ромась О.Ю., Шкоба Я.В.</i> Комплексний підхід у відновленні голосової функції у хворих з парезом гортані після струмектомії | 2 |
| <i>Абизов Р.А., Самойленко С.С., Божко Н.В., Шкоба Я.В.</i> Наше спостереження у віддаленому періоді щодо використання ВЧ-електрозварювання в онкоотоларингології | 3 |
| <i>Андреев А.В., Пухлик С.М., Тагунова И.К., Богданов К.Г.</i> Аутоиммунные реакции гуморального типа в патогенезе развития гипертрофии язычной миндалины | 4 |
| <i>Андреев С.В., Чернявская М.С.</i> Лечение храпа | 4 |
| <i>Безега М.І.</i> Тактичний підхід до надання допомоги пацієнтам з різними формами гострого ураження структур середнього вуха | 5 |
| <i>Безшапочный С.Б., Лобурец А.В.</i> Подход к вопросам реабилитации пациентов после эндоназальной фронтотомии | 6 |
| <i>Безшапочный С.Б., Лобурец А.В.</i> Тактика попередження облітерації лобно-носового співустя після ендоназальної фронтотомії | 7 |
| <i>Белякова І.А., Шевченко Т.О.</i> Діагностика та лікування хворих на доброякісне позиційне пароксизмальне запаморочення | 8 |
| <i>Березнюк В.В., Василенко М.Г.</i> Особливості хірургічного лікування дітей, хворих на секреторний середній отит, в залежності від ступеня в'язкості ексудату | 9 |
| <i>Березнюк В.В., Гапоненко Я.Ю., Тетерядченко Т.Е., Таран М.В.</i> Ремоделирование слизистой оболочки нижней носовой раковины и решетчатого лабиринта у пациентов с хронической заложенностью носа и постназальным синдромом | 10 |
| <i>Березнюк В.В., Зайцев А.В., Лыщенко Д.В., Моргачёва А.К.</i> Результаты реабилитации позднооглохших взрослых после кохлеарной имплантации | 12 |
| <i>Богданов К.Г., Тагунова И.К., Андреев А.В.</i> Динамика некоторых показателей клеточного иммунитета мукопериоста барабанной полости при экссудативном отите | 13 |
| <i>Борисенко О.М., Міщанчук Н.С., Поліщук Г.С., Терницька Ю.П.</i> Порушення структур й функцій органу слуху та рівноваги у діагностиці фістул лабіринта | 123 |
| <i>Ванченко В.М., Геник Я.І., Комашко Н.А., Кудерська Н.М., Ванченко Н.В.</i> Наш досвід проведення ендоскопічної септопластики у пацієнтів з обмеженим викривленням носової перегородки | 14 |
| <i>Ванченко В., Геник Я., Ванченко Н., Сипіжак І.</i> Fess при хронічних риносинуситах у пацієнтів після перенесеного лікування з приводу онкозахворювань додаткових пазух носоглотки | 14 |
| <i>Гавриленко Ю.В., Лайко А.А.</i> Клініко-лабораторні аспекти лікування хронічного тонзиліту у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу | 17 |
| <i>Галай О.О., Бондаренко С.Г., Дуда О.Р., Друзюк О.В., Карп С.Ю., Лудчак В.Ю., Сендега І.М., Сліпецький Р.Р., Цюлько Т.Р., Шмідт М.Р.</i> Молекулярні маркери у хворих з плоскоклітинним раком слизової порожнини рота і ротоглотки | 17 |
| <i>Гарюк Г.И., Бычкова Н.С.</i> Наш опыт использования комбинированного метода остановки носовых кровотечений у больных, которые длительно получают антикоагулянты и дезагреганты | 19 |
| <i>Гарюк Г.І., Кулікова О.О., Чумакова А.В., Давиденко В.Л.</i> Виявлення серологічних маркерів вірусу Епштейн-Барр у дітей з рецидивуючими секреторними середніми отитами | 19 |

| | |
|--|-----|
| <i>Запорожец Т.Ю., Лоскутова И.В., Запорожец Ю.К.</i> Ефективність застосування ердостеїна в лікуванні пацієнтів з ексудативним середнім отитом | 41 |
| <i>Казанжи В.С., Федосов В.П., Зільбер Ю.В., Дирда О.М.</i> Наш досвід використання оригінального троакару для пункційно-дренажного лікування гнійних фронтитів | 43 |
| <i>Калашник М.В., Василенко В.М., Карчинский А.А., Калашник Ю.М., Крылова И.В.</i> Клинико-анатомические особенности шилоподъязычного синдрома | 44 |
| <i>Карп С.Ю., Галай О.О., Лукавецкий О.В.</i> Проблема вибору адекватного методу лікування стом на шії як хірургічного ускладнення | 45 |
| <i>Кизим В.В., Толчинский В.В., Белоусова А.А., Кизим Я.В.</i> Ph-мониторирование в диагностике ларингофарингеального рефлюкса у больных раком гортани | 46 |
| <i>Кішук В.В., Грицун Я.П., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Шамрай С.О., Скічко С.В., Максимчук В.В., Існюк А.С.</i> Ефективність лікування тонзилотреном рекурентного тонзиліту – міжнародне прагматичне рандомізоване контрольоване клінічне дослідження | 126 |
| <i>Кішук В.В., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Грицун Я.П., Шамрай С.О., Скічко С.В.</i> Динаміка поширеності склероми в Україні за даними Українського склеромного центру (2012-16 рр.) | 47 |
| <i>Кішук В.В., Грицун Я.П., Педоренко К.А., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Шамрай С.О., Скічко С.В., Максимчук В.В., Існюк А.С.</i> Клініко-морфологічні аспекти рекурентного (хронічного) тонзиліту | 48 |
| <i>Кішук В.В., Грицун Я.П., Існюк А.С., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Шамрай С.О., Скічко С.В., Максимчук В.В., Левандовская В.И., Мельников О.Ф.</i> Цитокины сыворотки крови больных склеромой | 49 |
| <i>Кішук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Грицун Я.П., Максимчук В.В., Шамрай С.О., Скічко С.В.</i> Тактика лікування різних форм склероми | 50 |
| <i>Кішук В.В., Існюк А.С., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Грицун Я.П., Максимчук В.В., Шамрай С.О., Скічко С.В.</i> Сучасні дані про чутливість клебсієли склероми до антибактеріальних препаратів | 51 |
| <i>Кішук В.В., Лобко К.А., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко А.Д., Грицун Я.П.</i> Голосоутворення і дихання у струмектомованих хворих | 51 |
| <i>Ковтуненко А.В., Тымчук С.Н., Бакаев А.А.</i> Прогностическое значение молекулярных маркеров костной инвазии в определении объема хирургического лечения у больных раком верхнечелюстной пазухи | 52 |
| <i>Ковтуненко О.В., Тимчук С.М., Шпортько Б.В.</i> Циклін Д1 та проапоптотичні молекулярні маркери та їх прогностична цінність щодо метастазів раку гортані | 53 |
| <i>Кокоркин Д.Н., Гусаков А.Д., Диденко В.И.</i> Сравнительная эффективность реконструктивных операций уха с облитерацией у детей с хроническими гнойными средними отитами | 54 |
| <i>Косаковський А.Л., Косаківська І.А., Бредун О.Ю., Синяченко В.В.</i> Підготовка дитячих оториноларингологів та підвищення їх кваліфікації | 56 |
| <i>Крук М.Б., Крук М.М.</i> Тубарна дисфункція | 57 |
| <i>Лайко А.А., Шух Л.А., Павловська Н.Ю., Іць Т.С.</i> Сучасні принципи лікування дітей, хворих на хронічний тонзиліт, аденоїдні вегетації та гіпертрофію піднебінних мигдаликів | 58 |
| <i>Левицька С.А., Бабалик О.Ф.</i> Хронічні захворювання дихальних шляхів у дітей із частими епізодами респіраторних інфекцій | 59 |
| <i>Левицька С.А., Палій М.А., Земскова М.І.</i> Лікування дітей із PFAPA-синдромом | 60 |
| <i>Левицька С.А., Палій М.А., Земскова М.І.</i> Особливості медичного супроводу дітей після тонзилектомії | 61 |