

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ»

30 вересня – 1 жовтня 2024 р.



м. Івано-Франківськ, Україна

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

Немає жодної специфічної ознаки або симптомокомплексу, які були б властиві тільки для хронічного тонзиліту. І тим більше характеризували функцію піднебінних мигдаликів. Одним із найскладніших завдань в тонзиллярній проблемі є вибір ефективного лікування хворих на хронічний тонзиліт. Сучасні тенденції в лікуванні хронічного тонзиліту: максимально шадливе відношення до мигдаликів, як імунокомпетентного органу; видалення тільки у випадках доведеної функціональної неспроможності.

Нами проведено комплексне лікування 120 пацієнтів хворих на хронічний тонзиліт із застосуванням «Тонзилотрену» на базі ЛОР-кафедри ВНМУ ім. М.І. Пирогова в умовах КНП БОКЛ ім. М.І. Пирогова.

Тонзилотрен – препарат комплексної дії: відновлює показники місцевого та системного імунітету, має протизапальну та репаративну дію, нормалізує дренаж лімфи.

Дозування – «Тонзилотрен» по 1 табл. розсмоктувати за 30 хв. після їди 3 рази на день протягом 10 днів у комплексному лікуванні і далі в монотерапії до 2 міс.

Ефективність застосування Тонзилотрену демонструє позитивна динаміка типових симптомів хронічного тонзиліту: патологічний вміст лакун в 10 раз рідше визначався у пацієнтів, що отримували «Тонзилотрен», відмічалась в 3 рази краща динаміка регресу регіонарного лімфаденіту у пацієнтів при використанні «Тонзилотрену» в комплексній терапії.

Критерієм ефективності консервативного лікування хронічного тонзиліту є зменшення кількості епізодів захворювання (гострих тонзилітів) та покращення якості життя пацієнтів.

В лікуванні хронічного тонзиліту слід надавати перевагу консервативним методам терапії, направленим на зменшення кількості гострих епізодів (ангін) та збереження мигдаликів як важливого імунокомпетентного органу.

Кожен окремий випадок захворювання потребує від лікаря – оториноларинголога індивідуального підходу у виборі методу лікування.

«Тонзилотрен» має доведену ефективність та безпеку і з успіхом може застосовуватись при запальних захворюваннях лімфоглоткового апарату на будь-якому етапі лікування хронічного тонзиліту.

В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховський, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.С. Існюк, 2024

*В.В. КИЩУК, А.С. ІСНЮК, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, І.В. ДМИТРЕНКО,
О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО*

ЗМІНИ ІНДИКАТОРНИХ ФАКТОРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ФАКТОРІВ ЗАХИСТУ ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МОДИФІКОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ ПРОБІОТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: Збереження вогнищ склероми в різних країнах світу, одним з яких є Україна, зростання поширеності склероми в розвинутих країнах переважно за рахунок міграції, публікації клінічних випадків склероми переважно з розвитком ускладнень, хронічний перебіг з неспроможністю імунної системи елімінувати збудник склероми – *K. Rhinoscleromatis* зумовили актуальність даного дослідження. Захворювання характеризується глибокими біохімічними змінами обміну речовин в організмі, порушенням мікробіоценозу слизових оболонок верхніх дихальних шляхів та важкими імунологічними порушеннями, як результат специфічної відповіді організму на антигенні комплекси *K. Rhinoscleromatis*.

Мета: Визначення ефективності імункорекції факторів вродженого та набутого системного імунітету у хворих на різні клінічні форми склероми до та після модифікованої комплексної терапії із включенням пробіотичного препарату.

Матеріали і методи: Обстежено 30 хворих зі склеромою: по 10 пацієнтів з інфільтративною, рубцевою та атрофічною формами, які лікувалися за розробленою нами методикою, 12 пацієнтів з інфільтративною формою склероми, яким проводилося стандартне лікування

та 11 пацієнтів контрольної групи. Консервативна терапія проводилася в стаціонарних умовах протягом 10 діб і включала декілька векторів із додаванням пробіотичного препарату Йогурт Фармасайнс Інк. по 1 капсулі (4 млрд активних клітин (КУО)) тричі на добу, а також двічі на добу на марлевих тампонах інтраназально (1 капсула розчинялась у 5 мл 0,9% натрію хлориду).

До показників імунітету, що досліджувались, увійшли рівні в сироватці крові моноцитарного маркера CD14, імуноглобуліну G, циркулюючих імунних комплексів, інтерлейкіну-8, лактоферину, Т-лімфоцитів CD3, імуноглобуліну E, індексу гальмування лейкоцитів за LIF.

Результати: Фактори вродженого імунітету. Підвищений вміст CD14 моноцитів і макрофагів у всіх формах склерози ($P < 0.05$), після проведеного запропонованого комплексного лікування має статистично вагомі відмінності в сторону «нормалізації». Збільшений рівень інтерлейкіну-8, у всіх підгрупах хворих на склерозу (2,5-4,5 пг/мл, при нормі 1,85 пг/мл) після комплексного лікування з використанням препаратів лактобактерій нормалізувався і коливався в межах 2,2-2,6 пг/мл. Вміст в крові лактоферину підвищений майже при всіх формах склерози після проведеного модифікованого лікування зменшувався за винятком хворих з рубцевою формою склерози ($P > 0.05$).

Фактори набутого імунітету. Знижений до лікування рівень імуноглобуліну G у всіх підгрупах хворих на склерозу коливався у межах 6,3-7,2 г/л, при нормі – 9,0 г/л. Найменший його рівень спостерігався у групах – ІС (стандарт) і ІС (контроль): 6,3 і 6,5 г/л, відповідно. Комплексне лікування вірогідно ($P < 0.01$) відновило рівень імуноглобуліну G у всіх групах хворих на склерозу, але найбільш виразно спостерігалось у групах з переважно атрофічною, рубцевою і інфільтративною формами склерози (12,3, 11,1 і 10,7 г/л, відповідно).

Дослідженні рівня імуноглобуліну E продемонструвало його певне перевищення над нормою, особливо при атрофічній формі (82 МЕ/мл, при рівні контролю – 40 МЕ/мл) і рубцевій формі (75 МЕ/мл). В обох підгрупах інфільтративної форми склерози його рівень був дещо меншим (62 і 58 МЕ/мл в основній і в стандартній, відповідно), однак його рівні не перевищували межі так званої норми ~ 130 МЕ/мл ні до, ні після лікування.

Було виявлено підвищений рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в сироватці крові хворих на склерозу у всіх підгрупах з переважанням при атрофічній і рубцевій формах склерози 86 і 63 OD, відповідно ($P < 0.05$). Після проведеного лікування спостерігалось зменшення рівня ЦІК сироватки крові у всіх підгрупах – при атрофічній формі він знизився до 40 OD ($P < 0.05$), при рубцевій – до 37 OD ($P < 0.05$), при інфільтративній (основна) – до 31 OD ($P < 0.05$).

Відносний середній рівень CD3, був вірогідно зниженим ($P < 0.05$) при всіх клінічних формах склерози і коливався в межах 30,3-33,1 %, (при нормі 56,3 %, $P < 0.05$). Після проведеного комплексного лікування відзначався підйом відносного рівня Т-лімфоцитів у всіх підгрупах.

Відсоток гальмування міграції клітин крові здорових донорів в присутності сироваток хворих на склерозу, який відображає наявність гіперчутливості уповільненого типу, виявився вищим за норму при всіх формах склерози і коливався у межах 14-33 %, однак статистичної значимості він набував винятково при атрофічній формі ($P < 0.05$). Після проведеного лікування рівень цього інгібуючого лімфокіну згідно індексу гальмування міграції клітин крові здорових донорів в присутності сироваток хворих на склерозу наближався до норми і не перевищував значень у осіб контрольної групи.

Висновки: Доцільність застосування запропонованого комплексного лікування з використанням лактобактерій у хворих на склерозу підтверджується статистично вагомою нормалізацією вивчених показників вродженого імунітету, а саме: статистично вагомих ($P < 0.05$) зменшенням рівня моноцитів і макрофагів (CD14), нормалізацією збільшеного рівня хемокіну інтерлейкін-8, зменшенням також збільшеного рівня лактоферину ($P < 0.01$).

Нормалізація маркерів набутого імунітету: відновлення рівня імуноглобуліну G крові; зменшення підвищеного рівня циркулюючих імунних комплексів сироватки крові; підвищення зниженого відносного рівня Т-лімфоцитів; нормалізація рівня інгібуючого лімфокіну за індексом гальмування міграції клітин крові здорових донорів в присутності сироваток хворих на склерозу, які були особливо виразні і завжди статистично вагомі у підгрупі ІС (основна) на відміну від ІС (стандарт), обґрунтовує важливість застосування запропонованого комплексного лікування з використанням лактобактерій у хворих на склерозу.

Галай О.О. Пухлини голови та шиї: вірус папіломи людини та інші фактори ризику	24
Гаман Ю.В., Лешак В.І., Сабов О.О. Інтра- та постопераційні назальні ліквореї	25
Гасюк Ю.А., Безега М.І., Зачепило С.В. Ускладнення FESS: орбітотомія і назальна лікворея	26
Горолюк Д.О. Метод вестибулометрії для експрес-оцінки функціонального стану військовослужбовців	27
Гусакова О.О., Скоробогатий В.В., Кокоркін Д.М., Шевлюк П.П. Особливості клініки та хірургічної реабілітації пацієнтів, що отримали баротравму вуха в умовах бойових дій	28
Данилюк Н.В., Капущак В.Д., Лазарчук В.М. Дивертикул Ценкера: патологія на межі спеціальностей, клінічний випадок	29
Деєва Ю.В. Переваги місцевої терапії у лікуванні запальних захворювань глотки	30
Деєва Ю.В., Довгич С.В. Вплив пневматизації носової порожнини та приноскових пазух на перебіг хронічного поліпозного риносинусита	31
Заболотна Д.Д., Забродська Л.В., Цвірінько І.Р., Шафінський О.В. Анафілаксія у пацієнта з коморбідною патологією	32
Заболотна Д., Діхтярук В., Ісмагілов Е., Кізім Я., Герц В. Сучасний підхід в діагностиці та лікуванні інвертованої папіломи верхньощелепного синусу	33
Заболотний Д.І., Верьовка С.В., Тимченко М.Д., Заболотна Д.Д., Заєць Т.А., Молдованов І.А., Мельников О.Ф. Вміст факторів росту та інтерферонів в екстрактах з назальних поліпів хворих на хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів	34
Калашник-Вакуленко Ю.М., Коцар О.В., Лупир А.В., Юревич Н.О., Калашник М.В., Яценко М.І., Карчинський О.О., Дзиза А.В., Алексєєва В.В. Клініко-бактеріологічні особливості при хронічному фарингіті	35
Калашник М.В., Крилова І.В., Анохіна О.О., Калашник-Вакуленко Ю.М., Лупир А.В., Григоров С.М., Чернякова О.Є., Юревич Н.О., Мойсєєв М.В., Карчинський О.О., Сокольников А.О. Клінічний перебіг акубаротравм середнього вуха	36
Кізім В.В., Герц В.Д., Коровіцький П.Р., Чемеркіна І.О. Підходи до хірургічного лікування кістозних новоутворень гортані	37
Кіцера Ол.Ол. Хронічні негнійні отити: диференційна діагностика	38
Кіщук В.В., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С., Григун Я.П. Динаміка поширеності склероми в Україні за даними Українського склеромного центру (ВОКЛ ім. М.І. Пирогова) за 2001-23 рр.	39
Кіщук В.В., Бондарчук О.Д. Стан деяких показників системного імунітету у хворих на фронто-базальну травму в найближчому періоді після хірургічного лікування із застосуванням біокомпозитного матеріалу	40

Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С.	
Оцінка методів лікування стенозів гортані та трахеї у пацієнтів в залежності від причини розвитку	41
Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Існюк А.С.	
Наш досвід застосування тонзилотрену в комплексному лікуванні хворих на хронічний тонзиліт	42
Кіщук В.В., Існюк А.С., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А.	
Зміни індикаторних факторів запалення та факторів захисту локального імунітету у хворих на склерому при застосуванні модифікованої терапії з включенням пробіотичного препарату	43
Криничко Л.Р., Науменко О.М.	
Аналіз рецидивів хронічного риносинусита з урахуванням його ендотипу після FESS	45
Кокоркін Д.М., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О., Шевлюк П.П., Тилля О.І.	
Наш досвід симультанних операцій в отіатрії	46
Кокоркін Д.М., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О., Шевлюк П.П., Тилля О.І.	
Наш досвід надання хірургічної допомоги хворим із наслідками акубаротравми та мінно-вибухових ушкоджень середнього вуха	48
Косаковський А.Л.	
Сучасні можливості фітотерапевтичного менеджменту та профілактики ГРВІ	50
Косаковський А.Л., Головня О.М., Гунько С.Г., Косаківська І.А., Синяченко В.В., Халілов І.Р.	
Антимікробна дія засобів «Колдісепт наноСільвер назальний спрей» та «Колдісепт наноСільвер спрей для горла»	51
Кошель І.В.	
Аспіринова тріада (синдром Самтера). Стан проблеми	52
Крук М.М., Крук О.М.	
До проблеми діагностики хронічної дисфункції слухової труби – тубарної дисфункції	53
Крук М.Б., Крук М.М.	
Наш досвід діагностики хронічного середнього ателектатичного отиту	54
Кулініченко М.Г., Сухно Н.І.	
Методика проведення інтракохлеарної електрокохлеографії у дітей після кохлеарної імплантації	55
Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Шух Л.А., Калита І.М.	
Клінічні особливості та принципи лікування вазомоторних і алергічних ринітів у дітей	56
Ламза Н.В., Моргачова Г.К., Лищенко Д.В., Фаннан А.	
Наш досвід ведення пацієнтів з холестеатомою зовнішнього слухового проходу	58
Левицька С.А.	
Рациональне лікування гострих риносинуситів: про ймовірності і шанси	59
Левицька С.А., Понич О.М.	
Екссудативний отит у дітей: вибір лікувальної тактики	60
Лобко К.А., Кіщук В.В., Існюк А.С., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Федотова В.В.	
Ускладнення септопластики у практиці ЛОР-лікаря	61