

**V УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

**V UKRAINIAN-POLISH CONGRESS
«INNOVATIVE TECHNOLOGIES
IN OTORHINOLARYNGOLOGY»**

21-22.04.2023



IMMUNE MECHANISMS OF IMPLEMENTATION OF ALLERGIC RHINITIS AND THE WAYS OF IT CORRECTION

Pukhlik S. M., Bohdanov V. K., Diedykova I. V.

ENT department

Head of the department: doctor of medical sciences, professor. Pukhlik S.

SI "Odessa national medical university"

Odessa, Ukraine

Introduction: Allergic rhinitis is a global health problem worldwide. The basis of the pathogenesis of the allergic form of the disease is a type I hypersensitivity reaction. It has been established that in AD (allergic disease) there is a restructuring of the immune system to a Th2 response, which leads to excessive activation of B-lymphocytes, an increase in the synthesis and secretion of IL-4 and IL-5, the development of IgE-dependent reactions, as well as a decrease in the production of IL-2. Despite certain successes achieved in the field of pathophysiology of AR (allergic rhinitis), a number of questions remain regarding the importance of immune mechanisms in the realization of different phenotypes of AR.

Materials and Methods: We conducted an analysis of the scientific literature regarding the possibility of using immunomodulatory drugs to restore the balance between the states of the immune system of T helpers 1st and T helpers 2nd cytokines in patients with histamine-mediated allergic reactions.

Review: We consider the body to be in a "balanced" immune state when there is a constant movement between T helpers 1st and T helpers 2nd immune conditions over a 24-hour period. These two states of the immune system suppress each other and are in a parity: the body spends twelve (12) hours in a T helper 1st condition (antiviral, antibacterial, antiparasitic activity) and then twelve (12) hours in a T helper 2nd condition (proinflammatory activity). Causes like an anxiety and chemical influence weaken our body's capacity to protect itself, not by transmitting the cellular immune reaction (T helper 1st-the body's skill to identify and eradicate unfamiliar agents), but by chronically increasing humoral immunity (T helper 2nd), a pro-inflammatory condition that usually prevails in situation of local injury curing or histamine-mediated allergic reaction. In case when the chronic elevation of the humoral immune response continues, known as a "T helper 1st to T helper 2nd switching". With a switch from T helper 1st to T helper 2nd, the cytokine profile changes from antiviral, antibacterial, antiparasitic (T helper 1st) to inflammatory-reparative (T helper 2nd), but does not turn back to the T helper 1st state within 12 hours. This chronically elevated pro-inflammatory immune response called as a T helper 2nd immune condition. Current medical researching established that mushroom dietary (using the mushroom *Coriolus versicolor*) is able to balance T helper 1st and T helper 2nd immune conditions, thereby conversing the "T helper 1st to T helper 2nd condition". From the point of view of nutritional immunomodulation, it has been observed that dieting and alimentation can influence the role of different immune criterions. This approach can be used in efforts to avoid or reduce allergic reactions through the prescribing of certain food supplement or agents. In this sense, there are foods and ingredients that show potential, with a particular focus on pro- and prebiotics, i.e. β -glucans and fungal immunomodulatory proteins.

Conclusions: An analysis of the scientific literature on the study of the possibility of the effect of plant substances as an immunomodulatory drug demonstrated that *Ganoderma lucidum* is a valid remedy for restoring the balance between the immune conditions of T helper 1st and T helper 2nd cytokines in patients with histamine-mediated allergic reactions. We believe that this information about the mechanisms of action of *Ganoderma lucidum* in the form of the drug *Asthmagan* is sufficiently convincing for its possible use in the treatment of allergic rhinitis.

Keywords: allergic rhinitis, type I hypersensitivity reaction, cytokine T helper 1st, cytokine T helper 2nd, *Ganoderma lucidum*.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF HIGH-FREQUENCY AUDIOMETRY IN THE DIAGNOSIS OF TINNITUS

Suvorkina Alisa, Suvorkina Olga

ENT department

Head of the department: doctor of medical sciences, professor. Pukhlik S.

SI "Odessa national medical university"

Odessa, Ukraine

Introduction: Tinnitus is the subjective perception of sound in the absence of an external objective sound source. 10% to 15% of the population suffers from chronic tinnitus. Patients with complaints of noise characterize it in different ways: ringing in the ears, buzzing, whistling, the sound of a broken TV, « etc. In some cases, tinnitus can be severely affect various social areas of a person's life and accompanied by depression and anxiety disorders. Various questionnaires are used to assess the impact of tinnitus on quality of life.

Hearing loss is known to be the most common cause of noise. And there is an established relationship between the tonality of noise and the frequency range of hearing loss. The measuring pure tone average (PTA) of hearing thresholds is performed in the traditional range from 125 Hz to 8000Hz. However, such traditional audiometry is not always enough informative and reliable. The expediency of using high frequency (HF) audiometry remains controversial, although many studies show that monitoring of extended high frequencies is useful in diagnosing of hearing loss in certain populations treated with ototoxic drugs. Therefore, recently the measurement of auditory thresholds above 8000 Hz is used more often, which is facilitated by the development of clinical audiometers with these parameters. All of the above initiated our interest in this study.

In this study, we aimed to investigate the clinical relevance of high-frequency audiometry results in an extended range up to 20,000 Hz in the diagnosis of patients with tinnitus.

Materials and methods: The study involved 85 patients (40 women and 45 men) with complaints of high-frequency tinnitus. Selection criteria: age up to 49 years old, complaints of high-frequency tinnitus (whistling, ringing), normal tone audiometry thresholds in the standard range up to 8000 Hz, >38 points on the Tinnitus Handicap Inventory (THI) Questionnaire, normal Tympanometry parameters - type A tympanogram and acoustic reflex registration.

We divided the patients into 3 groups:

In the first group, 35 patients were examined, the average age was 34.8. Everyone complained of high-frequency tinnitus. We excluded the professional factor of increased acoustic conditions at work.

The second group consisted of 30 people with complaints of tinnitus in both ears with an average work experience of increased acoustic conditions for at least 5 years. The average age in the group was 37.2 years. The third group consisted of 20 volunteers without complaints with a normal average hearing thresholds in the frequency range from 125 Hz to 8000 Hz, whose average age was 33.5 years.

All the patients completed the THI questionnaire, passed the pure tone audiometry in the traditional range from 125 Hz to 8000 Hz, as well as high-frequency audiometry in range from 9000 to 20000 Hz. Pure tone audiometry extended high-frequency audiometry were performed using an AD629 audiometer and DD450 high-frequency headphones. Reduced thresholds were approved when reaching 20 dB at one or more frequencies.

Results: All 85 patients had normal hearing thresholds on an audiogram in the standard range of 125 Hz to 8000 Hz (<15 dB). High-frequency audiogram in patients of the first group revealed a decrease in hearing thresholds in the range from 9000 to 20000 Hz with at frequencies 14000-16000 Hz (Fig. 1). The tone of tinnitus coincided with the corresponding frequency of the highest hearing threshold. The average hearing threshold was 26.27 ± 12.25 .

In the second group of patients who have been working in noisy conditions, there was also a decrease in the average thresholds in high frequency range on both sides and reached 45.25 ± 10.12 . The highest thresholds of hearing at frequencies were noted at frequencies of 12000 Hz, 14000 and 16000Hz, and there was no response at 18 kHz and 20 kHz. In the third control group, patients showed normal average hearing thresholds in the extended high frequency range - 2.17 ± 1.54 .

Conclusions: Thus, we found that in patients with tinnitus with normal thresholds on the audiogram in the usual frequency range, high-frequency tone audiometry from 9000 to 20000 Hz provides additional information. In our study, we demonstrate an association between tinnitus tone and decreased perception of tones on a high-frequency audiogram. Thus, we recommend using high-frequency audiometry in the early stages of tinnitus. Early diagnosis has clinical importance for the correction of tinnitus, further prognosis, and prevention of the progression of the process in patients, which will improve their quality of life.

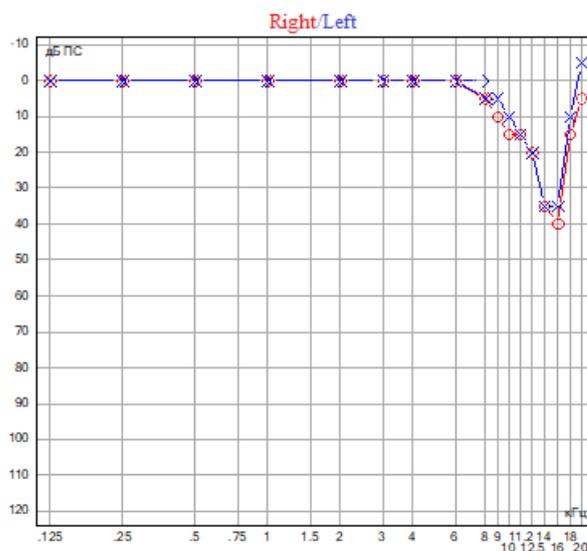


Fig. 1 High frequency audiogram with the highest hearing thresholds at frequencies of 14000 Hz and 16000 Hz

РОЛЬ MUC 1 ТА MUC 5AC В НАДЛИШКОВІЙ ПРОДУКЦІЇ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТУ, ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПОСТНАЗАЛЬНОГО СТІКАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ВИКРИВЛЕННЯМ НОСОВОЇ ПЕРЕДІЛКИ

Бабченко Н.В., Деева Ю.В., Коновалов С.Е., Мотайло О.В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Деева Ю.В.

Кафедра отоларингології

Завідувач кафедру: д.мед.н., професор Деева Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: Терміном «синдром постназального стікання» (postnasal drip syndrom, PNDS) позначають клінічні ситуації, які характеризуються хронічним запальним процесом верхніх дихальних шляхів, і в разі яких, слизові виділення стікають по задній стінці глотки у бік гортані й трахеобронхіального дерева. У нормі слизовою оболонкою носа секретується близько 100-500 мл слизу на добу, який служить для підтримки вологого стану порожнини носа, зволоження вдихуваного повітря, адгезії пилу і видалення його з порожнини носа в носоглотку, та подальшого непомітного проковтування внаслідок діяльності миготливого епітелію. У випадку надлишкового вироблення слизу, або зміни його консистенції та більш густу - це стає помітнішим і призводить до відчуття подразнення, стікання по задній стінці глотки та наявності стороннього тіла в носоглотці. У патогенезі СПС головним механізмом є порушення очищення слизової оболонки носової порожнини – мукоциліарного кліренсу, а також - гіперсекреція слизу з порушенням його евакуації. Так, підвищена секреція слизу і порушення його реологічних властивостей, як правило, супроводжуються порушенням функції миготливого епітелію і погіршенням мукоциліарного транспорту, що призводить до застою слизу.

Мета: визначення показників секреції MUC 1 та MUC 5AC у пацієнтів з викривленням носової переділки та синдромом постназального стікання.

Матеріали та методи: До досліджуваної групи увійшло 25 пацієнтів (15 жінок та 10 чоловіків) у віці від 18 до 55 років з встановленим діагнозом: викривлення носової перегородки яке було підтверджено ендоскопічно та за допомогою КТ, що мали скарги на утруднення носового дихання та відчуття постназального стікання по задній стінці глотки (Рис 1.). До групи контролю з 15 осіб увійшли пацієнти з встановленим діагнозом: викривлення носової перегородки підтверджено ендоскопічно, що не мали скарг на порушення носового дихання. Зразки слизової оболонки в цій групі для Western Blot аналізу були забрані під час проведення хірургічного втручання з приводу патології суміжних органів, що виконувалось ендоназальним ендоскопічним доступом (травми орбіти, декомпресія орбіти, дакриориноцистостомії).

Результати: В нашому дослідженні ми встановили достовірне підвищення рівня MUC 5AC в слизовій оболонці носової порожнини з увігнутої сторони носової перегородки, порівняно з рівнем MUC 1. Що в свою чергу може призводити до надлишкового вироблення назального секрету, зміну його консистенції на більш густу, порушення евакуації, і таким чином подовження часу мукоциліарного кліренсу.

Висновки: Виходячи з проведених досліджень можна зробити висновок, що викривлення носової перегородки суттєво впливає на стан мукоциліарного кліренсу носової порожнини. MUC 5AC та MUC 1 – мукополісахариди, що виробляються келихоподібними клітинами слизової оболонки носа і формують назальний секрет. Таким чином, зміна архітектоніки порожнини носа може безпосередньо впливати на стан мукоциліарного транспорту і призводити до синдрому постназального стікання.

Ключові слова : викривлення носової перегородки, синдром постназального стікання, носова порожнина, муцини

МРТ ДІАГНОСТИКА ФАРИНГОСПАЗМУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ГОЛОСОВІДНОВЛЮВАНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ

Герц В.Д., Коровіцький П.Р., Кізім В.В., Толчинський В.В., Телуха К.І.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ: Від 9% до 79% пацієнтів, яким була виконана ларингектомія, з наступним відновленням голосу шляхом трахеоглоткового протезування (первинно або вторинно), зіштовхуються зі змінами моторики фаринго-езофагального сегменту, внаслідок спазму мускулатури останнього. Відеофлюороскопія та комп'ютеризована манометрія являються найбільш поширеними методами оцінки спазму фаринго-езофагального сегменту. Проте, останні дослідження показали, що новий метод МРТ в режимі реального часу підходить для того, щоб відстежувати акт ковтання.

Мета дослідження: Визначити наявність спазму мускулатури фаринго-езофагального сегменту (ФЕС) у ларингектомованих пацієнтів при проведенні голосовідновлюваних інтервенцій (трахео-глоткове протезування) за допомогою МРТ у режимі реального часу.

Матеріали та методи: Ми спостерігали 6 пацієнтів з дисфункцією голосових протезів, яким було проведено розширену ларингектомію з трахеостравохідними протезуванням. У двох пацієнтів протезування було проведено одночасно з ларингектомією, у 4-х - в терміни від 3-х до 6-ти місяців після ларингектомії. Всі хворі отримали післяопераційний курс променевої терапії.

Для дослідження був використаний апарат МРТ (Phillips Archieva) у режимі реального часу. Контрастною речовиною був обраний ананасовий сік, 5мл, що загусили агар-агаром (речовина була обрана, як природний парамагнетик, що містить в собі марганець, який контрастує в режимі T1).

Результати: У одного хворого було діагностовано рецидив новоутворення. У 5-ти пацієнтів під час дослідження було виявлено звуження глотково-стравохідного співзв'язу на рівні перстнеподібного м'язу без ознак дисфагії, що може свідчити про спазм мускулатури фаринго-езофагального сегменту.

Висновки: МРТ дослідження в режимі реального часу є ефективним та безпечним методом діагностики спазму ФЕС, що з великою вірогідністю дозволяє з'ясувати причину дисфункції голосового протезу.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ БІОМАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУСИТ

Деєва Ю.В., Криничко Л. Р., Островська Д.А.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Кафедра отоларингології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: За даними Friedman RA, Harris JP, Department of Surgery, University of California San Diego Medical Center, синусит визначається як запалення слизової оболонки придаткових пазух носа. Однак патогенез хронічного синуситу ще не до кінця встановлений. Оскільки дане захворювання протікає як на інфекційній, так і на неінфекційній основі, виникає безліч симптомів, як місцевого так і загального характеру, з боку верхніх дихальних шляхів. Критеріями хронічного синуситу є тривалі симптоми, тобто більше 3 місяців, та об'єктивні ознаки запалення слизової оболонки. У клінічній практиці також

важливо відзначити, що зміни слизової оболонки зазвичай зберігаються протягом щонайменше 8 тижнів після лікування гострої інфекції.

До кінця не вивчено, наскільки пошкодження слизової оболонки верхньощелепних пазух грануляційною тканиною, утворенням поліпів і фіброзними змінами є оборотним. При хронічному верхньощелепному синуситі зазнають фундаментальних змін анатомія та фізіологія верхньощелепних пазух, особливо у хворих на поліпозний риносинусит та хронічне запалення верхньощелепних пазух одонтогенного походження, що знаходить своє відображення в специфічних біомаркерах. Необхідні подальші дослідження місцевих імунологічних факторів, лабораторних показників та аналіз розвитку локальної патології тканин при хронічному поліпозному, одонтогенному верхньощелепному синуситі та кістах верхньощелепних пазух.

Мета: Визначити діагностичну роль біомаркерів у хворих на хронічний верхньощелепний синусит.

Матеріали та методи: До досліджуваної групи 40 пацієнтів, які були поділені на дві клінічні групи – контрольну групу пацієнтів та групу порівняння, кількістю пацієнтів 20 в кожній групі. Критеріями включення були пацієнти від 18 до 75 років з встановленими діагнозами: хронічний поліпозний верхньощелепний синусит, кіста верхньощелепного синуса, кіста верхньощелепного синуса.

Критерії виключення – вагітні; психічно хворі; пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини, пацієнти що хворі на алергічний риніт, пацієнти що палять.

Результати: У нашому дослідженні ми виявили надлишок продукції секрету слизовими оболонками приносних пазух та зміни його складу у пацієнтів із ХПС в порівнянні з контрольною групою. У пацієнтів з хронічним риносинуситом який асоційований з поліпозом, гіперплазія слизової оболонки сприяє значному посиленню секреції. Лізоцим, і муцин MUC1, що виділяються, є основними компонентами підвищеної секреції залоз в пацієнтів з поліпозним риносинуситом. Також у пацієнтів з хронічним поліпозним риносинуситом гіперплазія слизової оболонки та гіперплазія келихоподібних клітин підвищує вміст секрету слизової оболонки носа, багатого на гелеутворюючий муцин MUC5AC. При проведенні нашого дослідження ми виявили, що слизова оболонка має значну еозинофільну інфільтрацію.

Висновки: Хронічний риносинусит є захворюванням, яке існує на багатовимірному спектрі запальної патології. Дослідження змін слизової оболонки допомагає пояснити деякі відмінності в клінічних проявах захворювання, а також варіації лікування та прогнозу захворювання.

Ключові слова: хронічний риносинусит, поліпи, носова порожнина

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ» В АСПЕКТІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ

Дідковський В. Л., Науменко О. М.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Десва Ю.В
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність проблеми. В сучасній програмі підготовки в інтернатурі за спеціальністю «оториноларингологія» в Україні має місце значна кількість практичних навичок та оперативних втручань, якими повинен володіти лікар-оториноларинголог по закінченню навчання. При самостійній роботі в закладах охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування недостатній рівень володіння ними може призвести до ризику виникнення несприятливих подій (дефектів надання медичної допомоги), які мають відношення до безпеки пацієнтів.

Мета дослідження: Мета дослідження полягала у аналізі результатів практичного впровадження симуляційного навчання у освітняську практику на післядипломному рівні в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця зі спеціальності «оториноларингологія».

Матеріал і методи досліджень. На кафедрі оториноларингології в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця в 2021-2023 році були проведені симуляційні тренінги для лікарів-інтернів за фахом «оториноларингологія» з опанування деякими практичними навичками (інвазивними та неінвазивними втручаннями), пов'язаними із безпосереднім контактом з пацієнтами. Вивчення думки учасників тренінгу проводили шляхом анкетування до та після його проведення стосовно рівня оволодіння практичними навичками.

Результати досліджень і їх обговорення. За результатами самооцінки лікарями-інтернами (засвоїв та повністю оволодів), найбільшу частину мають наступні оперативні втручання (діапазон оцінок більше 70%):- «Тимпанопункція» (75%), «Пункція верхньощелепної пазухи» (88%), «Редраксація кісток носа» (88%). В той же час, за результатами самооцінки лікарями-інтернами (засвоїв та повністю оволодів), найменшу частину мають наступні оперативні втручання (діапазон оцінок 50% та менше): «Трахеостомія» (38%), «Тонзілектомія» (50%).

До анкети було включено одне запитання із оцінки проведення симуляційних методів навчання (на фантомах) визначенням за шкалою: (де 1 – є зовсім не дієвим, 10 – є дуже дієвим) та запитання відкритого формату для висловлювання лікарями-інтернами пропозицій. Проведене опитування показало, що застосування симуляційних методів навчання (на фантомах) є дуже дієвим, на думку лікарів-інтернів - 76% респондентів підтвердило це. Аналіз динаміки самооцінки рівня оволодіння практичними навичками показав, що респонденти оцінили свій рівень володіння після проходження тренінгу вірогідно вище порівняно з результатами початкового анкетування.

Крім того, результати анкетування лікарів-інтернів засвідчило, що факторами, які впливають на можливість отримати практичні знання і навички на клінічній базі стажування є: доступ до пацієнтів під час навчального процесу, та наявності достатніх обсягів медичної допомоги.

Висновки.

Лікар-отоларинголог по закінченню підготовки в інтернатурі повинен володіти значною кількістю практичних навиків, інвазивних та неінвазивних втручань, які мають відношення до безпеки пацієнтів. Використання симуляційного обладнання та медичних манекенів для підготовки лікарів-інтернів за фахом «оториноларингологія» сприяє набуттю сучасних практичних навичок, відпрацюванню діючих протоколів і стандартів надання медичної допомоги населенню, крім того дає можливість знизити ризик виникнення дефектів надання медичної допомоги. Факторами, які впливають на можливість отримати практичні знання і навички на клінічній базі стажування є: доступ до пацієнтів під час навчального процесу, та наявності достатніх обсягів медичної допомоги.

Ключові слова: післядипломна медична освіта, безпека пацієнтів, оториноларингологія, симуляційне навчання.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТІВ “REFLUX SYMPTOM INDEX” І “REFLUX FINDING SCORE” У ДІАГНОСТИЦІ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІПАМИ ГОРТАНІ

Д.О. Доні, Я.В. Кізім

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР) є варіантом позастравохідного прояву гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), який має шкідливу дію на слизову оболонку гортані та глотки (Т. Sataloff 2004). Для верифікації ЛФР застосовують внутрішньостравохідне рН-моніторування, імунологічні дослідження (визначення пепсину в слині та вугільної ангідази в слизовій оболонці), фіброгастроєзофагоскопію та визначення рівня біомаркерів у слизовій оболонці глотки та гортані. Для діагностики ЛФР Koufman із співавтори (2001) запропонували шкалу «The Reflux Symptom Index» (RSI). Для оцінки ларингоскопічних проявів прийнято використовувати тест «The Reflux Finding Score» (RFS).

Мета дослідження. Аналіз ефективності використання тестів The Reflux Symptom Index (RSI) та The Reflux Finding Score (RFS) в діагностиці ЛФР у пацієнтів з поліпами гортані.

Матеріали та методи дослідження. У 2018-2022 роках у ЛОР-онко клініці ДУ«Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» ми спостерігали 186 пацієнтів із поліпами гортані.

Для попередньої діагностики та об'єктивізації скарг використовували тест RSI, в якому кожна скарга пацієнта оцінювалася за 5-ти бальною шкалою. (максимальна сума балів – 45). У випадку отримання результату тесту (індексу) більше 10 – у пацієнта передбачалася наявність ЛФР.

Огляд ЛОР-органів, включаючи відеоендоларингоскопію, виконували всім хворим. Об'єктивізація ларингоскопічної картини й динамічне спостереження здійснювалося за допомогою тесту RFS (сума оцінних балів варіювала від 0 до 26).

Результати досліджень та їх обговорення. При тестуванні RSI у 87 (46,8%) досліджуваних індекс перевищував «10». У групі хворих, із встановленим ЛФР, індекс RFS перевищував «12». Основною скаргою у обстежених була захриплість, яка спостерігалася у всіх хворих.

Кашель, який виникав після їжі або в положенні лежачи був зареєстрований у 73,8% хворих. На відчуття «кому» у горлі скаржилися 46,2% хворих. Рідше всього пацієнтів турбували утруднення при ковтанні їжі, рідини, таблеток (18,2% обстежених). Велика кількість слизу в горлі турбувала 16,9% обстежених.

При аналізі результатів тесту RFS, найчастішим супровідним проявом була гіперемія слизової оболонки, яка була зареєстрована у 72,6% обстежених. Гіперемія голосових складок було виявлено у 66,2% обстежених (переважно тяжкого ступеня). Така ларингоскопічна ознака як гіпертрофія міжчерпакуватого простору була зареєстрована у 49,2% обстежених (переважно середнього ступеня).

Значно рідше ми спостерігали наявність ендоларингеального слизу (27,7% хворих), облітерацію гортанних шлуночків (21,5%) і набряк підскладкового простору (13,8%).

Висновки. ЛФР виявився асоційованою патологією у 46,8% хворих із поліпами гортані.

Найбільш частою скаргою у пацієнтів з ЛФР є захриплість (100%) та кашель (73,8%).

Ларингоскопічно ЛФР найчастіше проявлявся гіперемією слизової оболонки голосових складок (72,3%).

Використання оцінних шкал The Reflux Symptom Index і The Reflux Finding Score є високодостовірним методом діагностики ларингофарингеального рефлюксу.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТАНУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА.

А. Ф. Євчева, Ф.Д. Євчев

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлік
Одеський національний медичний університет
Одеса, Україна*

Злоякісні захворювання, без сумніву, є важливою соціально-економічною та медико - біологічною проблемою в Україні та у світі. Щорічно реєструється близько 2,9 мільйонів нових випадків захворювань в розвинених країнах світу, а в країнах що розвиваються - понад 3 мільйонів.

Не дивлячись на те, що клінічні прояви захворювань такі, як зміна кольору та розмірів новоутворень спостерігаються досить рано, топічна і диференційна діагностика хронічних (передракових) станів, злоякісних пухлин є складною задачею для лікарів. І на цьому етапі хворі не завжди звертаються за медичної допомогою. Але ці клінічні ознаки можуть вже свідчити про агресивність процесу. Перебіг новоутворення шкіри зовнішнього носа у зв'язку з агресивністю процесу нерідко розповсюджується на кісткову та хрящову тканину, а також може метастазувати в головний мозок, в орган зору та легені.

Мета дослідження: оцінити результати виявлення пухлинного ураження шкіри зовнішнього носа на основі аналізу клінічною і інструментальною семіотики: дерматоскопії і термодиференційного тесту в порівнянні з морфологічним дослідженням.

Матеріал та методи дослідження В дослідження залучено 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа. Із них 30 жінок і 30 чоловіків у віці від 56 до 80 років. Дослідження виконувались в умовах відділення отоларингологія: голова шия міської клінічної лікарні №11, місто Одеса. Всім досліджуваним проводили всебічне клінічне обстеження, яке включало вивчення анамнезу : тривалість виникнення новоутворення шкіри, термін зміни кольору, розміру та форми, оцінку клінічної семіотики за допомогою дерматоскопії, термодиференційного тесту та морфологічного висновку.

Із анамнезу, у близьких родичів хворих такі новоутворення шкіри, які зазвичай оцінювалися як родимки і тому не звертали увагу. Також дізнавалися, були лі довгий час різні фізичні подразнення, які могли сприяти розвитку і агресії пухлинного ураження. Пацієнти відмічали на ранніх стадіях розвитку новоутворення мали рожеву болочу пляму на шкірі, яка протягом тривалого часу не загоювалася і супроводжувалося кровотечею та свербіжем і формувалася виразка. По третє - хворі підкреслювали, що зміна новоутворення у розмірі та зміна їх кольору викликало в них страх виникнення онкологічного ураження шкіри зовнішнього носа: меланоми, або раку шкіри. І тільки в таких випадках психоемоційний стан спонукав хворих звернутися за медичної допомогою.

Результати дослідження Із залучених 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа у 22 (36,7%) був БКРШ і 36 (60 %) ПКРШ і дві (3,3%) пацієнтки з меланою. Об'єктивно у наших хворих дійсно був такий перебіг клінічних ознак: нерівномірний колір пігментації пухлини мав включення темних відтінків коричневого або рожевого кольорів, пігментна пляма збільшувалася у розмірах та розмір . Ці ознаки були характерні для 3,3% наших пацієнтів у яких морфологічно підтверджена меланома. Хворі були направлені в інститут раку України. Клінічна семіотика БКРШ: для 22 хворих виглядала, як яскраво рожевого або червоного кольору випинань покритих кірками, але з часом такі новоутворення стають твердими, можуть кровоточити або перетворюються в виразку. Другий вид злоякісного ураження шкіри зовнішнього носу у 36 досліджуваних був плоскоклітинний рак (ПКРШ) (синоніми: сквамозноклітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермічний рак, спиноцелюлярний рак). ПКРШ складається з аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Клінічна семіотика: виглядає як жовта луска та ділянка шкіри з тонкою поверхнею, яка починала кровоточити від легкого травмування. З часом на цьому місці утворювалася теж виразка. Ця клінічна семіотика обох злоякісних утворень підтверджена мікроскопією (дерматоскопією). Термодиференційний тест теж підтвердив злоякісність досліджуваних новоутворень, результат був позитивним. Суть тесту полягає у різниці температур між здоровою шкірою та ділянкою пухлини. Тільки при різниці температури більш за 1 градус, тест оцінюється як (+) позитивним. Дослідження проводилося за допомогою електротермометру. Проводилося точкове вимірювання температури ураженого частка. Результат дослідження оцінювали як позитивний, коли середня різниця температур (із 8 - 10 точках пухлини) була вище + 10.

Результати дослідження полягали у комплексі об'єктивної клінічної семіотики, дерматоскопії та термодиференційного тесту, що дозволило у хворих встановити клінічний діагноз. Морфологічне дослідження підтвердило у 100% хворих клінічний діагноз - ПКРШ і БКР. Цей спосіб діагностики має комплексний підхід , суттєві переваги над окремими діагностичними критеріями при оцінці ознак новоутворень шкіри.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ГОРТАНІ НА ФОНІ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

Заболотна Д.Д., Кізім Я.В., Герц В.Д., Коровіцький П.Р.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР) – патологічний стан організму, при якому відбувається регургітація та вплив шлункового рефлюкату на позастравохідні структури.

ЛФР є однією з причин виникнення неоплазій гортані. Також існує гіпотеза, що ларингофарингеальний рефлюкс можливо є одним із потенційних факторів ризику розвитку раку гортані.

Мета дослідження: вивчити клініко-морфологічні особливості перебігу плоскоклітинного раку гортані I-II стадії на фоні ларингофарингеального рефлюксу.

Матеріали та методи за період з 2017 по 2022 роки у ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було виконане комплексне обстеження 211 хворих на рак гортані I-II стадії.

Комплекс обстежень включав використання шкал діагностики ларингофарингеального рефлюксу – «The Reflux Symptom Index» і «The Reflux Finding Score». ЛФР підтверджували за результатами добового внутрішньостравохідного рН-моніторингу. Були виконані імуногістохімічні дослідження операційного матеріалу, в яких використовували наступні маркери: маркери Т-клітин (CD3), Т-цитотоксичних лімфоцитів (CD8), Т-регуляторних клітин (FOXP3), M1-макрофагів (CD68), M2-макрофагів (CD163).

Результати: Ларингофарингеальний рефлюкс було діагностовано у 66 (31,3%) хворих на рак гортані I-II стадії.

За результатами патоморфологічних досліджень було встановлено, що в межах плоскоклітинних карцином гортані визначено значну лімфогістіоцитарну інфільтрацію, яка була більш виражена за наявності ларингофарингеального рефлюксу.

Аналіз кількості та розподілу FOXP3-клітин показав, що у хворих на рак гортані на фоні ЛФР чисельність цих клітин, у межах та за межами пухлини, була значно вищою ніж у хворих на рак гортані без ЛФР. Аналіз співвідношення FOXP3-клітин клітин у загальній популяції Т-лімфоцитів також підтвердив чітку асоціацію між кількістю FOXP3-клітин у хворих на рак гортані на фоні ЛФР.

Оцінка співвідношення M2-макрофагів до M1-макрофагів показала, що якщо у хворих на рак гортані без ЛФР у межах пухлини превалював M1-фенотип макрофагів, що мають прозапальну дію, то в умовах розвитку плоскоклітинного раку гортані на фоні ЛФР відбувається поляризація макрофагів переважно у бік пропухлинного M2-типу.

Висновки:

Комплексне використання шкал «The Reflux Symptom Index», «The Reflux Finding Score» та pH-моніторингу є високо достовірним методом в діагностиці ларингофарингеального рефлюксу у хворих на рак гортані I-II стадії.

ЛФР асоціюється з розвитком хронічного запального процесу у слизовій оболонці гортані та стимулює гіперплазію багатошарового плоского епітелію.

Зареєстрована в умовах ЛФР інфільтрація слизової оболонки M2-макрофагами за наявності значної кількості FOXP3-клітин клітин свідчить, що ларингофарингеальний рефлюкс впливає на поляризацію імунної відповіді, що може чинити передумови для розвитку плоскоклітинного раку гортані.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОВІДНИХ СИМПТОМІВ ТА ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕННОГО SARS-COV-2 НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ З АСПІРИН АСОЦІЙОВАНИМ РЕСПІРАТОРНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

Заболотна Д.Д., Молдованов І.А

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Актуальність: Хронічний поліпозний риносинусит (CRSwNP) є важливим захворюванням, яке діагностується за наявністю як суб'єктивних, так і об'єктивних ознак хронічного запалення навколоносових пазух. На сьогоднішній день, остаточно не встановлено зв'язку жодних специфічних факторів з розвитком цього захворювання. CRSwNP часто асоціюється з алергічним ринітом та аспірин асоційованим респіраторним захворюванням (AERD), але клітинні та молекулярні механізми, які сприяють виникненню клінічних симптомів, до кінця не вивчені. Достеменно невідомо, чи має вплив SARS-CoV-2 на перебіг CRSwNP з AERD.

Мета: Диференціювати на рівні анкетування симптоми хронічного CRSwNP з AERD, вивчити вплив SARS-CoV-2 на перебіг захворювання.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування 190 пацієнтів, з них відібрано 60 хворих на CRSwNP з AERD 20-60 років (33 чоловіків і 27 жінки). Анкету було розроблено у вигляді Google форми, яка побудована на базі опитувальника SNOT-22 для виявлення назальних симптомів. Опитування проводилось серед амбулаторних пацієнтів клініки ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». Окрім основних симптомів, анкета включала питання щодо статеві та вікової приналежності, стилого анамнезу захворювання, алергологічного анамнезу, та інформації щодо перенесеного SARS-CoV-2.

Результати: На основі проведеного дослідження було визначено такі скарги: для CRSwNP з AERD більше характерна двобічна закладеність носу (58% випадків) та постійний тип закладеності (52% випадків), помірні за об'ємом виділення з порожнини носу (50% випадків), чхання було присутнє у 72% випадків. Один з характерних симптомів, а саме головний біль відмічався у 64% випадків, з них за локалізацією – 41% у ділянках проекції верхньощелепних пазух та спинки носу та 37,5% у лобній ділянці. Гіпосмія відмічалась у 74% випадків, а 14% опитуваних поскаржилися на постійне відчуття неприємного запаху. Вивчаючи вплив COVID – 19 на перебіг CRSwNP з AERD, було отримано такі результати: серед опитаних 58% мали в анамнезі захворювання SARS-CoV-2, і в 50% випадків це погіршило симптоми. Алергічні реакції відмічались у 62% випадків, а саме у 75% пацієнтів відмічалась алергічна реакція на пилок рослин, 34% реакція на медикаменти, 25% на продукти харчування.

Висновки: Таким чином, в результаті проведеного дослідження, було зображено в процентному відношенні основні назальні CRSwNP з AERD. Під час дослідження була виявлена кореляція між перенесеним в минулому захворювання на SARS-CoV-2 та погіршення перебігу CRSwNP з AERD.

НАШ ДОСВІД РЕКОНСТРУКЦІЇ ДЕФЕКТІВ ОСНОВИ ЧЕРЕПА У ПАЦІЄНТІВ З НАЗАЛЬНОЮ ЛІКВОРЕЄЮ

Заболотна Д.Д., Ісмагілов Е.Р., Заболотний Д.Д.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ: Проблема назальної діквореї на сьогоднішній день є актуальною і дискусійною. При великих дефектах основи черепа завжди використовується два і більше типів трансплантатів для профілактики виникнення рецидиву. Найчастіше використовуються такі трансплантати як фрагмент широкої фасції стегна та фрагмент слизової оболонки, який накриває фрагмент

фасції зі сторони порожнини носа. Залишаються питання що до особливості постановки трансплантатів та використання додаткових трансплантатів для посилення пластичної конструкції.

Мета дослідження – провести порівняльну оцінку ендоскопічного хірургічного лікування пацієнтів з назальною ліквореєю.

Матеріали і методи: було прооперовано 44 пацієнта з назальною ліквореєю. Пацієнти були розподілені на 2 групи. До 1-у групу становили 21 пацієнт, яким для пластики ми використали фрагмент фасції та назосептальний лоскут. Другу групу становили 23 пацієнта, пластика була виконана такими ж типами трансплантатів, але додатково пластична конструкція була посилена фрагментом кістки з перегородки носа. Критерієм оцінки ефективності лікування були: рецидив ліквореї.

Результати: Рецидив у пацієнтів першої групи був у 3 через 1 міс. після хірургічного втручання, а в другій групі спостерігався лише у 1 пацієнта. У 2 пацієнтів 1-ї групи був рецидив через 3 місяці, в 2-ї групи рецидиву ліквореї не відмічалось..

Висновки:

Додаткове посилення пластичної конструкції фрагментом аутокістки дозволяє знизити ризик рецидиву ліквореї.

Використання аутокістки загалом не впливає на стан архітектоники порожнини носа при використанні назосептального клаптя. Ключові слова: назальна лікворея, основа черепа, пластика лікворної фістули.

Ключові слова: назальна лікворея, основа черепа, пластика лікворної фістули

ЕНДОСКОПІЧНА ДАКРІОЦИСТОРИНОСТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ФОРМИ ДАКРІОЦИСТИТУ

Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Черняк Є.М., Малєєв Д.О.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ: Хронічний дакріоцистит - це запальне захворювання слізозного мішка, яке асоційовано з обструкцією нососльозного каналу внаслідок системних захворювань, рецидивуючих інфекцій, дакріолітів та деформуючих запальних змін у нососльозній системі, в першу чергу - в дистальній її частині. Основними клінічними проявами хронічного дакріоциститу є епіфора, гнійні або слизові виділення з слізозного мішка, набряклість на почервоіння в ділянці медіального кантусу очної щілини.

Мета дослідження: дослідити ефективність ендоскопічної дакріоцисториностомії з марсупіалізацією слізозного мішка та формуванням клаптів латеральної стінки слизової оболонки носа при лікуванні хронічного дакріоциститу у пацієнтів.

Матеріали та методи: На базі Відділення запальних захворювань ДУ “Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України” було прооперовано 6 пацієнтів з хронічним дакріоциститом. Усі 6 (100%) пацієнтів мали симптоми хронічного дакріоциститу більше 2 років та мали в анамнезі попередні бужування нососльозного каналу та /або мікродренування нососльозного каналу силіконовими імплантами.

Результати: На КТ у всіх пацієнтів були ознаки дистальної обструкції нососльозного каналу, у 2 (33,3%) пацієнтів також спостерігалось викривлення носової перетинки. Всім пацієнтам проводила ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія з марсупіалізацією слізозного мішка. Під час розкриття нососльозного мішка у 1 пацієнта було виявлено новоутворення та проведено біопсію останнього. У 2 (33,3%) пацієнтів спостерігалось дакріоцистоцеле. В післяопераційному періоді пацієнти вже на другий день відмічали відсутність епіфори та симптомів дакріоциститу. Післяопераційне спостереження становило від 2 тижнів до 2 міс. Рецидиву не спостерігалось.

Висновки: Методика ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії з марсупіалізацією слізозного мішка та формуванням клаптів латеральної стінки слизової оболонки носа показала свою ефективність в лікуванні пацієнтів з хронічною формою дакріоциститу. Ця методика залишається однією з найбільш ефективних при виконанні реоперацій в ділянці слізозного мішка.

РИНО-ОРБІТАЛЬНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ МУКОРМІКОЗ НА ФОНІ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19

Костюченко О.Л., Цвірінько І.Р., Котов В.А., Заболотний Д.І.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ. З початком пандемії COVID-19 кількість хворих на грибові інфекції стрімко зростає. Серед опортуністичних інфекцій мукоормікоз став предметом занепокоєння через стрімке зростання кількості випадків, порівняно з періодом до COVID-19. Рино-орбітальний церебральний мукоормікоз - це рідкісна інфекційна патологія, спричинена ангіотропним грибом, що належить до порядку Mucorales, яка характеризується високою захворюваністю та смертністю, незважаючи на лікування. Рино-орбітальний церебральний мукоормікоз виникає у осіб з ослабленим імунітетом, неконтрольованим цукровим діабетом, гематологічними та онкологічними захворюваннями, хворих після тривалої глюкокортикостероїдної терапії. Діагноз рино-орбітального церебрального мукоормікозу є підставою для надання невідкладної медичної та хірургічної допомоги, оскільки затримка в лікуванні призводить до інвалідизації та летальності.

Клінічний випадок. Хвора К., 64 роки звернулась до поліклініки ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. Коломійченка НАМН України» зі скаргами на закладеність носу, виділення з носу гнійного характеру (переважно зліва), помірний головний біль, відчуття тиску у лівому оці. Скарги з'явилися близько місяця тому, з часом прогресували. З анамнезу -30.10.2021р. госпіталізована в терапевтичне відділення з діагнозом: пневмонія середнього ступеня тяжкості, 3 група; інфекція COVID-19. Отримувала антибактеріальну, глюкокортикоїдну терапію та інгаляції кисню через лицеву маску. Виписана зі стаціонару з покращенням. Після появи орбітальної симптоматики звернулась до офтальмолога. Виконано КТ ППН– лівобічний гаймороектомідит з деструкцією медіальної стінки орбіти та ситоподібної пластинки зліва, абсцес носової перегородки.

МРТ за 24.01.22р. – деструкція передньо-верхніх відділів носової перетинки та ситоподібної пластинки зліва; ураження лівої половини носу з поширенням на ліву верхньощелепну пазуху, клітини гратчастого лабіринту обабіч, дна лобної пазухи зліва, жирову клітковину лівої орбіти з потовщенням медіального прямого м'язу орбіти; 25.01.2022р взято біопсію за результатами якої – слизова оболонка з хронічним запаленням, некрозом. Госпіталізована 08.02.22 до відділення запальних захворювань ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. Коломійченка НАМН України» .

10.02. виконано з участю лікаря-офтальмолога ендоскопічну ендоназальну лівобічну гайморотомию, ектомію, фронтотомию (тип Draf 2a), розкриття абсцесу носової перегородки та трансорбітальний доступ зліва. Згідно біопсії: хронічне запалення з некрозом тканин, в товщі якого зустрічаються товсті розгалужені нитки міцелію гриба сімейства Mucoraceae. 14.02. пульмонологом-імунологом призначено: Амфотерицин В 1 мг/кг на добу в/в крапельно 10 тижнів після чого Позаконазол 300 мг. 1 р/д 3 місяці. Хвора виписана з відділення 19.02. у задовільному стані. КТ ППН за 25.06. – помірний набряк слизової оболонки обох в/щ пазух.

Висновок: з початку пандемії Covid-19 кількість хворих на рино-орбітальний церебральний мукормікоз стрімко зростає. При наявності відповідних анамнестичних даних, результатів КТ та МРТ ППН слід швидко вирішувати питання про необхідність хірургічного лікування таких хворих. Поєднання вчасного та радикального хірургічного лікування з адекватною консервативною терапією дає змогувилікувати пацієнта без розвитку стійких ускладнень.

РОЛЬ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ У ПРОГНОЗУВАННІ РЕЦИДИВІВ РАКУ ГОРТАНІ.

Лукач Е.В., Клочков Є.І., Цимбалюк Є.М., Коровіцький П.Р., Серезько Ю.О.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Захворюваність на рак гортані в Україні, за даними канцер-реєстру за 2020 рік, складала 4,1 на 100 тис. населення. Найчастіше на рак гортані страждають люди працездатного віку, що може впливати на економічний стан та обороноздатність в країні.

Ступінь ураження пухлинним процесом при первинному зверненні хворих є одним з головних параметрів визначення прогнозу для хворих на рак гортані. Певною мірою, це впливає на вибір методу лікування таких хворих: хірургічного втручання, променевої терапії та хіміотерапії у вигляді монотерапії чи комбінованого їх застосування. Індивідуальний підхід до лікування хворих на рак гортані може забезпечити визначення молекулярно-біологічних маркерів. Тому поглиблене вивчення онкомаркерів для прогнозу агресивності та виникнення рецидиву і метастазів захворювання є актуальним.

Мета дослідження: дослідити морфологічні різновиди та шляхи поширення раку гортані і визначити ефективність ряду імуногістохімічних маркерів у прогнозуванні рецидивів раку гортані.

Матеріали та методи. У відділі онкопатології ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» проводилось обстеження, лікування та спостереження за 50 хворими на рак гортані. Хворих на рак гортані було розподілено на 2 групи: першу (32 особи) – без рецидиву пухлини та другу (18 осіб) – з рецидивами раку гортані. Розподіл хворих за I-II, III та IV стадією у першій групі був у 22, 8 та 2 осіб, а в другій групі – у 5, 12 та 1 осіб відповідно. Гістологічна будова пухлин у обстежених хворих на рак гортані була представлена плоскоклітинним раком різного ступеню диференціювання.

Вивчали низку біомолекулярних маркерів, які мають статистично підтвержені характеристики щодо прогнозу ймовірності розвитку раку гортані: (Ki-67 та p53), прогнозу інвазії тканин – металопротеїназа-9 (ММП-9), передбачення метастазування (каспаза 3), рецидиву новоутворення (p53).

Статистична обробка отриманих результатів проводилась із застосуванням непараметричних методів.

Результати.

Метастазування в лімфатичні вузли ший (ЛВШ) реєструвалось у 22,6 % обстежених хворих. При ураженні гортані плоскоклітинним раком вони верифікувались для його гістологічних варіантів, таких, як акантолітичний, незроговілий і зроговілий у 66,7 %, 25,0 % та 14,7 %, відповідно. Метастазування в ЛВШ є наслідком лімфоваскулярної ракової інвазії, яка є найчастішим способом поширення злоякісної пухлини в оточуючі тканини.

Периневральна інвазія (ПНІ) виявлялась у 4 хворих на плоскоклітинний рак гортані, судинна інвазія (СІ) – у 2 хворих на плоскоклітинний незроговілий рак. Серед виявлених нами 4 випадків ПНІ в 2 реєструвалась ПНІ в первинному осередку плоскоклітинного раку гортані. В одному випадку ПНІ була виявлена в первинному осередку в гортані, а також в ділянці біфуркації сонної артерії та трахеї. Імуногістохімічне дослідження пухлинної тканини цього хворого показало високий рівень

експресії Ki-67, позитивну реакцію на маркери p63, MMP-9, p53. В одному випадку ПНІ була виявлена пухлина латеральної ділянки шиї в зоні ІІІ без ураження ЛВ.

Звертає на себе увагу, що активність MMP-9, яка бере участь у диференціюванні клітин пухлини була відсутньою у всіх випадках плоско клітинного незроговілого раку, в той час як вона реєструвалась у більшості випадків плоскоклітинного зроговілого раку. Різниця була високо статистично достовірною ($\chi^2=5,891$; $p<<0,001$).

При вивченні виживання без рецидивів пухлини у 32 хворих, спостерігалась негативна реакція MMP-9 у 63 % випадків. При цьому, у 12 випадках була позитивна реакція каспази-3, а у 8 – осередкова слабо позитивна реакція. З 12 (37 %) випадків з експресією MMP-9, у 10 випадках була негативна реакція каспази-3 і у 2 випадках – слабо позитивна реакція. Тобто, в більшості випадків (69 %) без рецидивів пухлини відмічалась негативна реакція каспази-3. При цьому у 37 % з цих хворих було відмічено позитивну реакцію MMP-9.

У 12 (67 %) з 18 хворих на рак гортані з рецидивами пухлини визначено з експресією MMP-9. З них в 10 випадках спостерігалась негативна реакція каспази-3 і у 2 випадках слабо позитивна реакція. Шість випадків мали негативну реакцію MMP-9 і поєднувались з 4 випадками негативною реакцією каспази-3. Тобто при рецидивах пухлини в 67 % випадків спостерігалась позитивна реакція MMP-9 та 83 % випадків негативною реакцією каспази-3.

Слід зазначити, що випадки зі слабо позитивною реакцією каспази-3 спостерігались при експресії Ki-67 більше 50 %. Напевно, це було пов'язано з підвищенням проліферативної активності клітин пухлини.

Отримані результати імуногістохімічних досліджень у хворих на рак гортані дали змогу провести попередні висновки про те, що при рецидивах пухлини частіше спостерігається експресія MMP-9 ($\chi^2=3,926$, $p<0,05$) та знижена імуногістохімічна реакція каспази-3 ($\chi^2=9,992$, $p<0,05$). Прогностичними чинниками несприятливого розвитку раку гортані можуть бути окремі гістологічні варіанти плоскоклітинного раку, зокрема акантолітичного, а також наявність морфологічних ознак судинної або периневральної інвазії злоякісної пухлини.

Вивчення прогностичного значення молекулярно-біологічних маркерів спрямоване на підвищення ефективності лікування хворих на рак гортані та подовження їх безрецидивної виживаності.

ЗАГАЛЬНІ ДАНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ РАКУ ГОРТАНІ В УКРАЇНІ (2015-2021 РР.).

Лукач Е.В., Серезко Ю.О.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Протягом десятиріч, в Україні перше місце серед пухлин голови та шиї займає рак гортані і в структурі злоякісних новоутворень (ЗН) складає близько 2%. У нозологічній структурі контингентів хворих на ЗН, рак гортані становив у 2020 році 3,3 % випадків. Загальна кількість хворих на ЗН гортані у 2020 році склала 13838 осіб, з них, 12751 чоловіків та 1087 – жінок, або 77,9 та 5,8 на 100 тис. населення відповідно. Так, чоловіча популяція відіграє провідну роль у формуванні захворюваності на рак гортані, що є досить актуальним у теперішній час військового стану в Україні.

Мета: визначення епідеміології раку гортані за 2015-2021 років в Україні.

Матеріали та методи. У статті викладено загальні дані щодо раку гортані з бюлетенів Національного канцер-реєстру України з 2015 року.

Результати. За даними Національного канцер-реєстру щороку реєструється від 2,0 тисяч у 2015 р. до 1,4 тисяч у 2021 р. нових випадків захворювання на рак гортані та випадків смерті від цієї хвороби – від 1,2 тисяч у 2015 р. до 1,2 тисяч у 2021 р. Спостерігається поступове зменшення кількості випадків захворювання, та зменшення у 1,5 рази показника захворюваності. Причому, кількість зареєстрованих померлих з 2015 по 2019 роки була майже незмінною, лише у 2020 році показники захворюваності та смертності знизилися у 1,3 рази порівняно з 2015 роком. Динаміка показника захворюваності, за цей період зменшилась від 5,6 на 100 тис. населення у 2015 р. до 4,1 на 100 тис. населення у 2021 р.

Слід зазначити, що у 2020 році було зареєстровано зменшення кількості як захворілих, так і померлих від раку порівняно з попереднім періодом. Очевидно, що вплинула епідемія COVID-19, яка змінила організацію діагностичного процесу, можливість пацієнта дістатися до спеціалізованого закладу онкологічної допомоги. Спостерігалось зниження смертності хворих на рак гортані у 2020 році. Напевно, за рахунок частішої реєстрації як основної причини смерті хворих від, поширеної у той рік, інфекційної хвороби. Було відмічене зниження летальності при ЗН гортані, яка становила 24,3 % у 2020 році проти 29,0 % у 2015 році. Спостерігалось зростання питомої ваги випадків показників занедбаності. При цьому, рівень морфологічної верифікації в період дослідження залишався досить високим і знаходився в межах 94,8 % – 92,3 %.

Охоплення лікування, хворих на рак гортані у період 2015-2020 років становив 80,5 % - 77,2 %. У більшості випадків застосовувалось комбіноване та комплексне лікування хворих на рак гортані, хірургічне лікування у самостійному варіанті застосовувалось лише у (10,2-13,6) % випадків.

Аналіз даних канцер-реєстру України свідчить про різке зменшення у переважній більшості онкологічних закладів кількості хворих, які отримали стаціонарне лікування у 2020 році, та незначне збільшення кількості таких хворих у 2021 році. Рівень охоплення диспансерним спостереженням, хворих у більшості регіонів у 2021 році був низький і становив 45,9 %.

Висновки. Онкоепідеміологічна ситуація в Україні, за даними канцер-реєстру України 2015-2021 років, показала високий рівень захворюваності та смертності на ЗН гортані. У останні роки, зміни кількісних характеристик захворюваності вочевидь були пов'язані з пандемією COVID-19. Означені показники свідчать про нагальну потребу у підвищенні організації онкологічної допомоги хворих на ЗН гортані та своєчасного виявлення цієї хвороби.

НАШІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗМІН ГОЛОСУ ЛЮДИНИ ПРИ КОРОНОВІРУСНІЙ ХВОРОБИ COVID-19

Москалик О.Є., Семенюк О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра оториноларингології
Львів, Україна

Актуальність: Відомо, що коронавірусна хвороба COVID-19 має різноманітні симптоми, що залежать від штаму вірусу, який викликав захворювання. Так, ранні варіанти COVID-19, як-от «Альфа» та «Дельта», не впливали на голос. Але у пацієнтів у період загострення пандемії, яку спровокував штам «Омікрон», з'явилися скарги і на зміну якості голосу.

За даними літератури, деякими дослідниками встановлено вищий рівень ангіотензинперетворюючого ферменту 2 (ACE2) у голосових складках. ACE2 є рецептором для вірусу SARS-CoV-2, який викликає COVID-19. Наявність цих рецепторів свідчить про те, що деякі люди можуть бути особливо вразливими до змін голосу після інфікування COVID-19.

Мета: Встановити, чи змінюється якість голосу у пацієнтів із коронавірусною хворобою COVID-19.

Матеріали і методи: Проведено онлайн анкетування 389 осіб, які переохворіли на COVID-19 в період червень 2021 - листопад 2022 рр. Анкета була розроблена працівниками кафедри оториноларингології ЛНМУ імені Данила Галицького. Одним із блоків питань, на які давали відповіді пацієнти, був блок питань про зміни якості голосу під час хвороби та після. Запитання були наступними: «Чи були у пацієнта розлади /втрата голосу до хвороби? Якщо були зміни голосу до хвороби, то з якої причини: оперативне втручання, травма, професійна шкідливість, паління, ГРВІ, біль у носоглотці, нежить, у зв'язку із трахеобронхітом, тривалим співом, ангіною, ларингітами». Окрім цього опитувальник включав запитання про те, чи пов'язана робота (хобі, навчання) опитувального із посиленням навантаженням на голос. Важливими запитаннями, які нас цікавили були наступні: «Чи змінювався голос під час хвороби на COVID-19, а саме: голос ставав тихим, голос швидко втомлювався, хрипав, чи змінювався тембр голосу протягом дня?»; Чи доводилося хворому прикладати більше зусиль при розмові?; Чи звертали увагу інші люди на зміну голосу опитувального під час хвороби на COVID-19 та після одужання?». Також в анкеті були запитання відносно того, чи застосовували пацієнти лікування з приводу змін голосу і яке саме. І на завершення пацієнт відповідав на запитання, чи відновився голос після хвороби повністю і з якого дня хвороби починалося його відновлення.

Результати та їх обговорення: Серед 389-ти анкетованих нами осіб було 287 (74%) жінок та 102 (26%) чоловіків. На розлади голосу поскаржилося 111 (29%) осіб, серед них 32 – на значні. Слід відмітити, що у 90 із анкетованих дані скарги спостерігалися в період хвороби, а у 21 – після одужання, коли збільшилося голосове навантаження. Серед скарг переважали наступні: швидка втрата голосу при голосовому навантаженні (59%) випадках, зміни тембру голосу протягом дня відмічалось у 19% випадків. У 5% пацієнтів основна скарга була на те, що голос став тихішим. Відновлення голосу у тих, що скажилися на дані проблеми, спостерігалось на першому тижні хвороби у 33%, на 2-му тижні – у 34% та на третьому тижні – у 18%. У решти – протягом 1-6 місяців від початку хвороби.

Висновки: У третини пацієнтів з COVID-19 спостерігалися зміни якості голосу як під час хвороби, так і після одужання, коли вони збільшували навантаження на голос. Відновлення голосу спостерігалось протягом двох тижнів від початку хвороби у 67% із опитаних, у яких були наявні скарги на дисфонію. Протягом третього тижня голос нормалізувався у 18%, у решти – відновлення голосу тривало 1-6 місяців.

ДИНАМІКА СИМПТОМАТИКИ ПОРУШЕНЬ НЮХУ І СМАКУ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19 ПІД ЧАС РІЗНИХ ХВИЛЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА 2020-22 РОКИ

Москалик О.Є., Семенюк О.О., Чорній О.В., Баріляк А.Ю., Крук М.Б., Крук М.М., Тинітовська О.І., Гаєвський В.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра оториноларингології
Львів, Україна

Актуальність: Порухення нюху спостерігається при інфекційних і неінфекційних захворюваннях, проте викликало нову хвилю уваги як один з перших і часто єдиних симптомів SARS-CoV-2 (COVID-19). Проте з новими хвилями захворюванням і природньою мутацією збудника відбулася і зміна симптомів захворювання, утруднюючи затверджені раніше підходи до діагностики і лікування.

Мета: Ретроспективна оцінка тенденційних змін симптоматики порушень нюху і смаку у пацієнтів із перенесеною інфекцією COVID-19 за 2021-22 рр у порівнянні з нашим попереднім дослідженням за 2020-21 рр.

Матеріали і методи: Розроблено на базі нашої установи опитувальник для пацієнтів після перенесеного COVID-19, який містить 35 основних питань за темою дослідження у 3-х розділах. Під час першого дослідження (березень 2020 - травень 2021 рр) опитано 699 пацієнтів з України із перенесеною інфекцією COVID-19 шляхом дистанційного анкетування (перша група), під час другого дослідження (червень 2021 - листопад 2022 рр) опитано 389 пацієнтів (друга група).

Результати та їх обговорення: В обох групах переважали жінки (73% і 74% відповідно) і пацієнти з легким перебігом хвороби (58% і 65% відповідно). Діагностику захворювання проводили через наявність симптомів хвороби (72% і 80% відповідно), а лікування абсолютна більшість отримували амбулаторно (94% і 96% відповідно) без кисневої терапії (95% і 97% відповідно). Порухення нюху у пацієнтів виникало переважно після початку інших симптомів (у 81% і 78% відповідно), проте в першій групі найчастіше на 3-5 дні хвороби, в другій – на 1-3 дні (p<0,05). В більшості випадків (58% і 65%) ознаки ураження нюху виникали раптово. Не повністю після хвороби нюх відновився у 39% і 31% пацієнтів відповідно. Відмічено достовірне швидше відновлення нюху у пацієнтів другої групи у порівнянні з першою групою (p<0,05). Встановлено збільшення

кількості пацієнтів, які скаржилися на зміну нюхових уподобань (18% проти 21% у групах відповідно). Менший вплив нова хвиля захворювання мала на смак. Зокрема, достовірно зменшилася кількість пацієнтів, що повідомляли про зниження (37% проти 24%, $p < 0,05$) і втрату – (41% проти 30%, $p < 0,05$) смаку, проте число пацієнтів, у яких смак не відновився, утримується на попередньому рівні (17%). Між відновленням нюху і смаку спостерігався виразний прямий кореляційний зв'язок ($r=0,99$).

Висновки: З новим витком захворюваності на COVID-19 хемосенсорна дисфункція у пацієнтів стала проявлятися і регресувати швидше, що не дає можливості гіпотетично розрізнити штами лише за цією ознакою і потребує подальших досліджень

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ У ВОЙННОМУ КОНФЛІКТІ В ПЕРІОД ВІЙНИ РФ ПРОТИ УКРАЇНИ

О.М. Науменко, Ю.В. Десва, Ф.О. Тишко, І.О. Кузьмук, Ж.А. Терещенко

Кафедра отоларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Десва Ю.В

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів та суміжних областей в умовах воєнних конфліктів є масовими, здебільшого, комбінованими, забрудненими та небезпечними, як в період поранення, так і в віддаленому періоді. Особливо небезпечними є вогнепальні (кульові, осколочні) поранення в бойових умовах.

Смерть настає від больового шоку, асфіксії, масивних кровотеч, переохолодження, поранення мозку та внутрішніх органів в поєднанні з іншими областями організму.

В умовах бойових дій за статистикою більше половини летальних випадків настає протягом пів години від отримання поранення. Часто протягом цих 30 хвилин для пораненого єдиними доступними формами допомоги є самопоміччя або допомога товаришів. Надання медичної допомоги в зоні бойових дій здійснюється за можливості і негайно від нульового рівня та в необхідному обсязі: боротьба за шоком, зупинка кровотечі, накладання стерильних пов'язок, відновлення адекватного дихання (введення трахеостомічної трубки в гортань чи трахею через раньовий канал або через трахеостому, крікоконікостому і санація дихальних шляхів, аспірація крові, слизу та ін.); відновлення гемодинаміки, усунення гіповолемії, профілактика правця; введення езофагального зонда для харчування, проведення евакуації в профільні госпіталі.

1. Пошкодження носа та приносних синусів вимагають негайної зупинки кровотечі, відновлення форми та функції.
2. Пошкодження глотки комбінуються з пошкодженнями лицевого черепа та шиї з відривом гортані від під'язикової кістки, пошкодженням гортані та граничних областей. В таких випадках одночасно проводиться відновлювально-реконструктивні операції всієї ланки пошкодження одночасно.
3. Пошкодження гортані, трахеї та стравоходу потребують одночасного відновлення дихання, голосу, ковтально-розподільної функції.
4. Пошкодження органу слуху. Зустрічаються рвані та кульові поранення вушної раковини та зовнішнього слухового проходу. В таких випадках надається первинна допомога, а в тилових госпіталах проводяться реконструктивно-відновлювальні операції.
5. Розриви барабанних перетинок відбуваються в наслідок ударної хвилі або перелому основи черепа, що супроводжується ліквореєю. В таких випадках лікування доцільно проводити в нейрохірургічному відділенні. Травми середнього вуха зустрічаються як наслідок пошкодження черепа, нерідко комбінуються з пошкодженням основи черепа та внутрішнього вуха, що проявляється лабіринтною атакою та повною втратою слуху, що потребує складних та невідкладних хірургічних втручань.

Поранення ЛОР-органів, що поєднуються з порушенням дихання та травмами мозку потребують першочергової евакуації у прифронтові госпіталі «Голова і шия».

ЛАРИНГЕАЛЬНІ ПРОЯВИ ПРИ COVID- 19

С.М.Пухлік, І.В.Добронравова, О.В.Титаренко, М.В.Пилипюк.

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

Одеський національний медичний університет, МК/Л№11.

Одеса, Україна

COVID-19 - це потенційно тяжка гостра респіраторна інфекція, яку викликає коронавірус SARS-CoV-2. Коронавіруси – це велика родина респіраторних вірусів, які можуть спричинити захворювання різного ступню важкості: від безсимптомного, легкого до тяжкого перебігу інфекції. Одним із специфічних проявів цієї інфекції є виражена ларингеальна симптоматика, яка рідко зустрічалася раніше у післявірусному періоді.

Під нашим спостереженням протягом останніх 7 місяців (осінь-зима 2022-2023 років) знаходилося 11 осіб різного віку, статі та професійної приналежності. Хворі скаржилися на відсутність голосу (6 осіб) або значну захриплість (5 осіб), напругу при фонації, біль у горлі при спробі спілкування. До фоніатра хворі були направлені через два тижні хвороби після лікування у сімейного лікаря, де усі отримували антибактеріальну терапію, 4 особи – противірусну терапію (2 випадка – амізон - 3 дні, 2 випадка – новірин протягом 5 днів). За даними анамнезу життя виявлено, що проблеми з голосом у всіх пацієнтів виникли вперше. З анамнезу хвороби було з'ясовано, що почалося захворювання з субфебрильної температури, незначного кашлю,

закладеності носу. Втрата голосу виникала на 2-4 день захворювання. У 5 випадках на КТ легенів спостерігалися незначні явища вірусної пневмонії (5-7 % ураження легенів по типу матового скла). У інших випадках патології легенів не відмічалось. Аналізи на коронавірус SARS-CoV-19 у 8 випадках були позитивними, у 3 – негативний.

При непрямій ларингоскопії визначалась яскрава гіперемія слизової оболонки вестибулярного та середнього відділів гортані. Вестибулярні складки були значно потовщені, інфільтровані, набряклі. При фонації виявлялася тенденція до їх змикання, тобто дуже рано починався розвиток хибно-складкового механізму фонації. Голосові складки також були яскраво гіперемовані, набряклі. На верхній поверхні обох голосових складок відмічалось шорсткі нашарування білого кольору, які нагадували прояви кератозу гортані. Краї голосових складок були в'ялими, атонічними. При фонації визначалась овальна щілина, яка не замикалась навіть при довгому огляді гортані. Рухливість гортані порушеною не була. Стробоскопію провести не вдалося у зв'язку з відсутністю гучного голосу.

Усім хворим була призначена антигістамінна, нестероїдна протизапальна терапія, інгаляції лужні та з протизапальними ліками. Проводилися інстиляції у гортань розчинів коларгола 2% та гідрокортизону. 5 хворим був призначений озельтамевір у дозі 75 мг 2 рази на добу протягом 5 днів, 4 особи отримували аміксин за традиційною схемою.

У двох хворих, які не отримували протівірусні препарати, ефекту від лікування не було зовсім. У інших хворих на фоні прийому протівірусних препаратів відзначалась виражена позитивна динаміка. Зникали нашарування на голосових складках, зменшувалися запальні явища. Однак після припинення протівірусної терапії стан погіршувався. Охриплість посилювалась, знов з'являлися білі нашарування на голосових складках. Повторно була призначена протівірусна терапія: 7 хворим - аміксин 125 мг у перші дві доби, потім по 125 мг з інтервалом 48 годин протягом двох тижнів. Четверо хворих отримували інгаляції з лаферону 100 тис.од. щоденно та підшкірні ін'єкції лаферону у ділянку гортані у дозі 1 млн одиниць протягом 10 днів. У всіх хворих була отримана позитивна динаміка. Голос покращився, захриплість зменшилась, але мали місце порушення тембру голосу, інтонаційні негарзди, швидко втомлюваність голосу. При непрямій ларингоскопії відмічалось зникнення запальних явищ та білих нашарувань на голосових складках. Симптом хибно-складкової фонації значно зменшився. Однак тонус голосових складок, як і раніше, був знижений, при фонації замикання голосової щілини не виникало.

Була проведена вітамінотерапія, стимулююча, фізіотерапія та фонопедія протягом 2-х тижнів. Голос був відновлений у усіх випадках.

На підставі проведених спостережень ми маємо змогу заключити, що у клінічному перебігу COVID-19 виникли зміни, яких не було на початку епідемії. Вони проявляються клінікою гострого ларингіту, ускладненого міогенним парезом гортані з формуванням хибно-складкового механізму фонації, що вимагає тривалого проведення протівірусної терапії. Збережені залишкові явища потребують найменш двотижневої відновлюючої терапії після зникнення запальних явищ.

ГІПЕРТРОФІЯ ЯЗИКОВОГО МИГДАЛИКА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВИЛУЧЕННЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ ПРИ ТОНЗИЛІТА ХВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ. КОРЕЛЯТИВНИЙ ЗВ'ЯЗОК.

Пухлік С., Андреев О., Тагунова І., Богданов К.

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлік
ДУ «Одеський національний медичний університет»
Одеса, Україна*

Вступ: Хронічні захворювання глотки, одні з найбільш поширених нозологій в ЛОР- практиці. Природною бар'єрною областю між навколишнім середовищем і внутрішніми порожнинами організму є ротоглотка з наявністю кільця лімфоїдних утворень. Язиковий мигдалик (ЯМ) -структурна одиниця лимфоглоткового кільця, що розташовується на перехресті дихального і травного тракту і стикається з основною масою патогенів, які потрапляють до організму. На сьогоднішній день тактика ведення пацієнтів з хронічними захворюваннями лимфоглоткового апарату глотки вирішується емпірично в напрямку припинення клінічних проявів, а така характеристика, як зовнішній вигляд мигдаликів, без клінічних та лабораторних досліджень не може бути підставою для встановлення діагнозу, і показанням до оперативного лікування.

Хірургічне видалення мигдаликів обґрунтовується необхідністю елімінації вогнища інфекції, без урахування етіології захворювання. Посилення антигенного навантаження на ЯМ при послабленні та зникненні функції інших мигдаликів (після хірургічного вилучення), розвиває процес гіпертрофії язикового мигдалика (ГЯМ), який протікає асимптоматично, або асоціюється з обструктивними процесами верхніх дихальних шляхів.

Матеріали та методи:Проведено аналіз медичної документації щодо виявлення корелятивного зв'язку між хірургічним вилученням піднебінних мигдаликів та розвитком компенсаторної ГЯМ. Обстежено 52 жінки у віці 20-45 років (основна група), у яких в анамнезі проведено хірургічне втручання з приводу хронічного тонзиліту. Групу контролю – склали 13 жінок після тонзилектомії, у яких не виявлено ГЯМ. Оцінювали стан клітинної компоненти рідини порожнини рота у хворих з ГЯМ, бактеріальне обсіменіння, наявність в крові антитіл до вірусів, що викликають мононуклеароподібний синдром.

Результати: При дослідженні хворих з ГЯМ виявлялося: збільшення тканини кореня язика у вигляді асиметричних горбів з нерівною блискучою поверхнею, підвищення вмісту лімфоцитів в клітинній рідині порожнини рота при одночасному зниженні вмісту нейтрофілів; високу частоту зустрічаємості грибокве – ентерококових асоціацій при бактеріологічному дослідженні. Наявність патогенів вірусної природи (лімфаденітний профіль) в групі хворих з гіпертрофією ЯМ - HHV-6, Parainfluenza virus type1, VEB-A, CMV, Adenovirus typ t3, Coxsackie virustype A9 виявлено у 43,7% обстежених. Гострі рекурентні тонзиліти вірусного походження найчастіше супроводжуються гіпертрофією піднебінних мигдаликів, збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів, тобто спостерігаються лімфопроліферативні процеси. Хірургічне видалення піднебінних мигдаликів у хворих з тонзилітом вірусного походження не тільки не допомагає одуженню, але тільки посилює імунологічну

недостатність та призводить до підвищення навантаження на лімфатичні тканини організму. ЯМ може компенсувати зміни, що відбулися, проте компенсація може бути тимчасовою, і продовження розвитку в організмі імнопатологічних змін, призводить до ініціації розвитку гіперплазії, що є свідченням підвищення імунологічної функціональної активності лімфоепітеліального органу.

Висновки: Хірургічне видалення піднебінних мигдаликів у хворих з тонзилітом вірусного походження призводить до підвищення навантаження на лімфатичні тканини організму, активації лімфопроліферативних процесів, підвищує ймовірність розвитку ГЯМ.

Для нормалізації компенсаторно – пристосувальних процесів, треба застосовувати комплекс лікувальних етіологічно обґрунтованих заходів, спрямованих на усунення дисбалансу в імунному статусі, із застосуванням імунomodельючих протівірусних препаратів, та лікування супутніх захворювань.

Ключові слова: гіпертрофія язикового мигдалика, тонзиліт, вірусна етіологія, хірургічне лікування.

ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ РІЗНИХ ВИДІВ ЗНЕБОЛЮВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ОПЕРАЦІЇ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

С.М.Пухлік, В.В.Колесніченко

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

ДУ «Одеський національний медичний університет»

Одеса, Україна

Одним із найпоширеніших та ефективних методів боротьби з рецидивуючим тонзилітом є хірургічне лікування. Тонзилектомія дозволяє досягти високих показників ефективності відносно лікування рецидивуючого тонзиліту та профілактики розвитку метатонзиллярних ускладнень. Тонзилектомія є загальноприйнятою та стандартизованою у більшості країн процедурою, частота її виконання варіює від 10% до 20% від усіх хірургічних втручань в умовах стаціонарів ЛОР-відділень. Незважаючи на розповсюдженість та рутинність виконання операції тонзилектомії, вона може супроводжуватись досить вагомими ускладненнями. Найчастіше хірурги зустрічаються з переопераційними кровотечами, частка яких варіює від 1 до 10%. Окрім кровотечі, можливі також такі ускладнення, як виражений больовий синдром, пошкодження тканин глотки, м'якого піднебіння, піднебінно-глоткова недостатність, травма магістральних судин, підшкірна емфізема обличчя і шиї, пневмомедіастinum. Серед факторів, що впливають на післяопераційний перебіг тонзилектомії та мають вплив на переопераційні ускладнення, загальний стан пацієнта в післяопераційний період, вираженість больового синдрому, строки повернення до нормальної дієти, час проведений в умовах стаціонару є обраний метод знеболення. Тонзилектомія може виконуватись із застосуванням як місцевого, так і загального знеболювання. На даний час проведена недостатня кількість досліджень, що до того ж мають досить протилежні результати, відносно впливу вибору анестезії на перебіг тонзилектомії.

Метою нашого дослідження було порівняння впливу різних видів знеболювання на перебіг тонзилектомії відносно обсягу крововтрати та частоти периопераційних ускладнень.

Матеріали і методи: Для виконання поставленого завдання на базі ЛОР - відділення Одеської МКБ №11, кафедри оториноларингології ОНМедУ було проведено порівняльне дослідження під час якого спостережувалися 158 хворих на рецидивуючий тонзиліт. Серед хворих було чоловіків – 68 та жінок - 90. Середній вік хворих склав 26,05 років. Всім хворим було проведено хірургічне лікування в обсязі двосторонньої тонзилектомії. Для вирішення поставлених завдань були виділені дві групи пацієнтів. Першу групу склали 97 пацієнтів прооперованих з використанням місцевої анестезії, контрольну групу склали 61 пацієнт прооперований з використанням ендотрахеального наркозу. Групи були однорідні за середнім віком та статтю. ($p > 0,05$). Для оцінки впливу анестезійного забезпечення порівнювались такі клінічні показники: час, затрачений на проведення хірургічного втручання, обсяг крововтрати інтраопераційно, наявність кровотечі в ході операції, що вимагає коагуляції, перев'язки судин, прошивання із залишенням тампона, наявність кровотечі в післяопераційному періоді, оцінка болу з використанням візуально-аналогової шкали, необхідність прийому анальгетиків, терміни повернення до нормальної дієти, терміни перебування хворого в стаціонарі. Середній час тонзилектомії, що була виконана з використанням місцевої анестезії у хворих першої групи склав $22,57 \pm 4,30$ min (від 15 до 38 min), а в контрольній групі - $35,07 \pm 7,12$ min (від 21 до 51 min). Отримані в ході аналізу дані були статистично достовірні ($p < 0,01$), що говорить про меншу тривалість операції з використанням місцевої анестезії. Середній обсяг крововтрати при тонзилектомії в першій групі становив $60,14 \pm 12,64$ ml (від 24 до 79 ml), а в контрольній становив $77,20 \pm 17,67$ (від 45 до 131 ml). Тобто, обсяг крововтрати у першій групі хворих був достовірно нижче ($p < 0,01$) у порівнянні з контрольною групою.

Наявність вираженого блювотного рефлексу інтраопераційно в першій групі відмічалось у 17% хворих. Наявність вираженого больового синдрому, що потребував додаткового введення місцевих анестетиків під час проведення операції, відмічали 14% пацієнтів. Необхідність у прошиванні судини виникла у 8% пацієнтів з першої групи, та у 13% пацієнтів з контрольної групи. Необхідність у прошиванні дужок з ватно-марльовою кулькою виникла у 3% пацієнтів з першої групи та у 8% пацієнтів з контрольної групи. Необхідність додаткового введення прокоагулянтів виникла у 9% пацієнтів з основної групи та у 16% пацієнтів з контрольної групи. Епізоди первинних та вторинних кровотеч були зареєстровані у 21 пацієнта серед 158 прооперованих. Більшість серед них склали епізоди первинних кровотеч (15 випадків), а саме 7(7%) епізодів в першій групі та 8(13%) у пацієнтів з контрольної групи. Епізодів вторинних кровотеч було зареєстровано по 3 у кожній з груп. Також по результатам анкетування з використанням візуально-аналогової шкали зроблено висновок про достовірність ($p < 0,05$) більш виражену ступінь больових відчуттів, особливо на 3-5 день у пацієнтів, що були прооперовані з використанням ендотрахеального наркозу. Пацієнти контрольної групи потребували меншу кількість знеболюючих в перший день, але потребували частішого введення анальгетиків на 2-5 день та частіше скаржились на недостатню дію знеболюючих на протязі післяопераційного періоду. На 6-9 день потреби пацієнтів у прийомі анальгетиків рівномірно зменшувались в обох

групах до схожих значень. При оцінюванні термінів повернення пацієнтів до нормальної дієти, відзначалися достовірно ($p < 0,05$) більш ранні терміни у групі пацієнтів прооперованих з використанням місцевою анестезії - 6,5 днів (від 5 до 9 днів), а при використанні ендотрахеального наркозу 7,2 дня (від 5 до 9 днів). Середня кількість днів перебування на стаціонарному лікуванні при виконанні тонзилектомії з використанням місцевою анестезії становить 5,1 день (від 3 до 6 днів) та достовірно ($p < 0,05$) менша, ніж при виконанні операції з використанням ендотрахеального наркозу - 6,5 дня (від 4 до 7 днів).

Результати: отримані дані вказують на те, що хірург потребує достовірно менший час на проведення двосторонньої тонзилектомії та виконання гемостазу при використанні місцевою анестезії в порівнянні з використанням ендотрахеального наркозу. Обсяг крововтрати, кількість інтраопераційних подій, частота післяопераційних кровотеч менша при виконанні тонзилектомії з використанням місцевою анестезії у порівнянні з операцією з ендотрахеальним наркозом. Середній бал оцінки больових відчуттів в спокої, частота прийому анальгетиків, терміни повернення до нормальної дієти та тривалість перебування у стаціонарі вище у пацієнтів при використанні ендотрахеального наркозу.

ШИЛОПІД'ЯЗИКОВИЙ СИНДРОМ. РІЗНІ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, О.А. Щелкунов

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлик
Одеський національний медичний університет
Одеса, Україна*

Шилопід'язиковий синдром (стілоїд-синдром в іноземній літературі, синдром Ігла-Стерлінга) – це синдромо-комплекс, етіологічним фактором якого є тиск подовженим шилоподібним відростком скроневої кістки, судинно-нервового пучка ший та м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі ший, що іррадіює у корінь язика, мигдалик з відповідного боку, око, вухо та в бічну поверхню обличчя. Іноді проявляється дисфагією, утрудненням проходження твердої їжі, також симптомами обумовленими порушенням кровообігу головного мозку (запаморочення, втрата свідомості). У зв'язку з необізнаністю практичних лікарів хворі часто направляються до лікарів різних спеціальностей, де призначається лікування, що не дає полегшення.

Мета дослідження: розробка та удосконалення наявних, найбільш безпечних методик лікування консервативним способом, методик оперативного лікування, що не залишають виражених косметичних дефектів у хворих з даним синдромом та профілактики повторення описаної симптоматики в послідуєчому, та які будуть найбільш простими в виконанні.

Матеріали та методи дослідження: Робота, що нами проведена, спрямована на удосконалення та спрощення методів консервативної та хірургічної терапії хворих з симптоматикою шилопід'язикового синдрому, ґрунтуючись на даних проведених нами КТ-досліджень за розробленими нами методиками діагностики подовження шилоподібного відростка (контрастування магістральних судин ший та з виконанням функціональних проб в момент дослідження, а також пальпаторний метод), що потрібно для знайдення найменшої відстані верхівки шилоподібної бічної стінки ротоглотки та визначення найбільш оптимального місця для ін'єкції лікарської речовини, та місця розтину тканин при оперативному лікуванні шилопід'язикового синдрому.

Матеріалом для наших досліджень та зроблених пропозицій стало обстеження та лікування 224 пацієнтів за 11-річний період. З них жінок було 158 (70,5%), чоловіків - 66 (29,5%), вік - від 25 до 70 років, 25-30 років - 26 осіб (11,6%), 30-45 років - 133 особи (59,3%), 45-60 років - 47 осіб (20,9%), 60-70 років - 18 осіб (8,0%); тривалість захворювання - від 1 до 10-15 років.

Виконання ін'єкції в області верхівки шилоподібного відростка мають бути доповненими медикаментозною терапією в обов'язковому порядку. З 224 хворих на успішність лікування в 0 балів (відсутність скарг) оцінили 115 осіб (51,3%), у 1 бал - 60 (26,7%), у 2-3 бали - 34 особи (15,2%), у 4-5 балів - 15 пацієнтів (6,7%), тобто значного ефекту від лікування не досягнуто. Всім, хто має результат лікування, який оцінювався у 4-5 балів, було запропоновано хірургічний метод лікування - саме ректекція шилоподібного відростка з боку його патології.

Ключові слова: подовження шилоподібного відростку, біль в горлі, судинно-нервовий пучок, патофізіологічні механізми болю, тонзиллярна проблема та шилопід'язиковий синдром, функціональні проби.

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІЦЕТОМАМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Тереценко Ж.А., Литовченко Н.М.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра оториноларингології,
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Київ, Україна*

Вступ. Протягом останнього десятиріччя міцетома верхньощелепної пазухи набула значного розповсюдження серед пацієнтів оториноларингологічного та щелепно-лицевого профілю. Дана патологія знаходиться на стику спеціальностей і тому пацієнти звертаються самостійно або спрямовуються сімейними лікарями і до оториноларингологів, і до стоматологів. Захворювання майже завжди має одонтогенний характер, та, як правило, є ятрогенного походження. Ця патологія найчастіше виникає внаслідок недбало проведеного ендодонтичного лікування зубів і є ускладненням стоматологічних процедур, внаслідок

яких пломбувальний матеріал потрапляє в верхньощелепну пазуху. Цинк, що міститься в пломбувальній масі провокує ріст грибкової флори, найчастіше *Aspergillus*. Патогістологічні дослідження цієї патології свідчать, що хітин *Aspergillus* активно абсорбує цинк із тканини пазухи, що призводить, до високих концентрацій металопротеїна у запальному вогнищі. Ці дослідження стали базою для визначення рівнів металопротеїна у пацієнта для підтвердження одонтогенного походження запального процесу в верхньощелепній пазусі в діагностично складних випадках.

Матеріали та методи. Малосимптомний або безсимптомний перебіг міцетом верхньощелепної пазухи, скудна та неспецифічна симптоматика призводить до несвоєчасної діагностики та пізнього отримання хворими лікарської допомоги. Таким чином, анамнез хвороби може нараховувати роки. З метою встановлення діагнозу даної патології застосовують комп'ютерну томографію (КТ), де міцетом візуалізується у вигляді чіткої поодинокі округлої тіні з металевим блиском. Показник щільності міцетомі сягає близько 3000 НУ.

Виходячи з нашої практики, ми вважаємо необхідним залучати до лікувального процесу даної групи пацієнтів щелепно-лицевого хірурга разом із оториноларингологом, як під час передопераційної діагностики, так і під час хірургічного втручання. На діагностичному етапі рекомендовано сумісна консультація пацієнта з оцінкою результатів комп'ютерної томографії. У більшості пацієнтів внаслідок постендодонтитичного лікування, виникає запальний процес, який локалізується, як правило, в проекції верхівки кореня пролікованого зуба та призводить до формування радикальних кіст верхньої щелепи, часто з проростанням такої у порожнину гайморової пазухи та нерідко супроводжується її запаленням, резорбцією кісткової тканини навколо причинного зуба. Це робить, в свою чергу, доцільним проведення симультанної операції оториноларингологом та щелепно-лицевим хірургом. Видалення причинного зуба, зазвичай, закінчується формуванням ороантрального сполучення, яке потребує подальшого пластичного закриття. При можливості збереження причинного зуба, за показаннями, проводять резекцію верхівки його коренів. Обидва варіанта хірургічних втручань ми проводимо одночасно з ендоскопічною гайморотомією. В процесі операції доцільно оцінити стан остіомеатального комплексу, цілісність медіальної стінки верхньощелепної пазухи. Іноді міцетом руйнує кісткову стінку синуса та пролабує в середній носовий хід. В таких випадках оперативне втручання, виконане лише щелепно-лицевим хірургом приведе до рецидиву патології.

Результати та їх обговорення. Протягом 2017-2022 рр. спільно зі щелепно-лицевими хірургами проліковано 56 пацієнтів. Із них 42-м було проведено малоінвазивну ендоскопічну гайморотомію, видалення причинного зуба з подальшим пластичним закриттям ороантрального сполучення; та 14-ти – ендоскопічну гайморотомію з резекцією верхівки коренів причинного зуба. Післяопераційне перебування в стаціонарі – 1 доба. Післяопераційний період без ускладнень, через тиждень було знято шви хворим, яким проводили резекцію коренів зуба, та через 2 тижні – тим, у яких було виявлено ороантральне сполучення в результаті видалення причинного зуба.

Висновки: Таким чином, ми вважаємо доцільним при міцетомі верхньощелепних пазух проводити хірургічне лікування та його планування сумісно зі щелепно-лицевим хірургом. Це дозволяє пацієнту уникнути двохетапного хірургічного лікування, та робить можливим проведення необхідного лікування в один етап, що скорочує строки непрацездатності пацієнта та матеріальні витрати на передопераційне обстеження та лікування.

ДОСВІД СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

О.В.Титаренко, С.М.Пухлік, І.В.Добронравова, В.С.Лісовецька

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

Одеський національний медичний університет

Одеса, Україна

Україна є однією з десяти країн із найвищим рівнем захворюваності на мультирезистентний туберкульоз у світі. Найвищі показники захворюваності на туберкульоз зареєстровані в Одеській області (138,5 на 100 тис. населення). Він є однією з 10 головних причин смерті у світі та головною причиною смерті від одного певного збудника інфекції (більш ніж ВІЛ/СНІД). При несприятливій епідеміологічній ситуації, позалегенові форми туберкульозу все частіше зустрічаються в практиці лікарів як загального профілю, так і отоларингологів, причому набувають атипичного перебігу. Однією з нозоформ є середній туберкульозний отит (ТСО). Якщо раніше він виникав як вторинний процес у хворих з дисемінованими та іншими формами легеневого туберкульозу або кістково-суглобового туберкульозу, то останнім часом все частіше стали з'являтися ізольовані випадки туберкульозного отиту.

Аналогічну статистику захворюваності на ТСО ми спостерігали в клініці оториноларингології ОНМедУ. Якщо до 2015 року траплялися епізодичні випадки захворювання, то за останні 6 років туберкульозний отит діагностовано у 8 осіб, з них останні 2 – протягом минулого року, причому у двох пацієнтів – з двобічним ураженням середнього вуха. Якщо ще 15 років тому найвища захворюваність спостерігалася серед пацієнтів старше 30 років, то серед наших хворих переважали особи молодого віку (16-37 років) і лише одна пацієнтка 62 років. Серед пацієнтів переважали жінки (6 осіб). Первинна локалізація туберкульозу у середньому вусі нами виявлена у 2 підлітків, асоційована з ураженням легень - у 6 дорослих хворих. При цьому у трьох осіб вперше діагностовано раніше перенесений туберкульоз легень у неактивній фазі запалення. При збиранні епідеміологічного анамнезу контакт із туберкульозом ні в кого з наших хворих не було виявлено. Усі пацієнти були щеплені від туберкульозу. У обстежених хворих не виявлено захворювань, що викликають імунodefіцит, у тому числі ВІЛ-інфекції. Тривалість вухної симптоматики до вступу у стаціонар варіювала від 3 до 6 місяців. Первинним симптомом, що змушує пацієнта звернутися до отоларинголога, було зниження слуху, низькочастотний шум у вухах. Як правило, на ранніх стадіях розвитку діагностувався тубоотит, з приводу якого проводилося відповідне лікування в поліклінічних відділеннях. Через 2-4 місяці виникала незначна оторея. Як правило, були присутні слизово-гнійні виділення з вуха, відсутність температурної реакції тіла. Больовий симптом був у 3 хворих, проте оталгія в проекції соскоподібного відростка, почуття «тиску» з'являлися у пізні терміни захворювання, що змушувало пацієнтів звертатися до стаціонару (5 пацієнтів). Звертав увагу млявий перебіг запального процесу в середньому

вусі, який не укладався у типову клінічну картину середнього отиту, а також тимчасовий ефект лікування або відсутність такого. В одному випадку перебіг ТСО ускладнився парезом лицевого нерва. У наших спостереженнях превалювала поразка м'якотканинних структур середнього вуха. Спочатку відбувалася різка інфільтрація слизової оболонки, потім – ураження барабанної перетинки. Відзначалася поліморфність отоскопічної картини. У 3 випадках ми спостерігали 2 перфорації барабаних перетинок, які швидко зливалися в один її некротичний дефект. Причому в одного пацієнта з двобічною поразкою середнього вуха, у якого отит почав розвиватися під отоскопічною маскою грипозного запалення, дві перфорації злилися в одну протягом 2 тижнів. Неодноразово крихтоподібні некротичні маси нагадували холестеатомні, хворі були направлені у клініку із діагнозом хронічний гнійний епітимпаніт, і лише виявлення двох перфорацій дозволяло запідозрити ТСО.

У наших спостереженнях перфорації локалізувалися лише у натягнутому відділі барабанної перетинки. В одному випадку перебіг отиту супроводжувався розвитком дрібних грануляцій, гістологічне дослідження яких дозволило встановити діагноз ТСО. У всіх пацієнтів спостерігалось виражене порушення функції євстахієвої труби на стороні ураження. При ендоскопічному обстеженні порожнини носа, носоглотки патологічних змін не знайдено.

Практично усім пацієнтам було виконано КТ скроневих кісток. За структурою у 5 пацієнтів був виявлений пневматичний тип структури, у 2 – диплоетичний, склеротичного типу не було. У 5 хворих спостерігалось різке зниження пневматизації барабанної порожнини та клітин соскоподібного відростка за рахунок тотального м'якотканинного заповнення клітин скроневої кістки на стороні ураження без вогнищ повітря в осередках соскоподібних відростків. Кісткові деструкції скроневих кісток у наших пацієнтів рентгенологічно не визначалися.

У ЛОР клініці діагноз ТСО ми встановлювали виходячи з даних гістологічного дослідження тканини середнього вуха (доопераційного і післяопераційного). Проте, навіть цей метод має хибнонегативні результати у 10% з першої спроби. Після направлення пацієнтів до центру соціально значущих хвороб їм проводилося додаткове обстеження: бактеріоскопія промивних вод з вуха та Хpert MBT/Rif, посів на щільне середовище Левенштейна-Йенсе. Аналогічно проводилося дослідження трахеобронхіального мокротиння, КТ органів грудної порожнини. Комплексне обстеження дозволяло встановити діагноз ТСО та призначити хворим специфічне лікування.

Діагностика ТСО становить певну складність через кілька моментів. З одного боку, латентний перебіг мастоїдитів досить широко поширений зараз на фоні застосування антибіотикотерапії. Туберкульоз вуха також протікає часто під маскою банального латентного мастоїдиту та має поліморфність отоскопічної картини. Діагностика повинна носити тільки комплексний характер та включати як бактеріологічне, цитологічне, гістологічне, так і загальноклінічне обстеження хворого.

ВПЛИВ ТОПІЧНОГО N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ SNOT-22 У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ РИНОСИНУСИТОМ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Фалько А.М., Науменко О.М.

THE INFLUENCE OF TOPICAL N-ACETYLCYSTEINE ON THE INDICATORS OF THE SNOT-22 TEST IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS AFTER SURGICAL TREATMENT

Falko A., Naumenko

Науковий керівник: д.мед.н., професор Науменко О.М.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Деева Ю.В

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: За різними даними хронічний риносинусит (ХР) уражає від 5 % до 15 % населення в різних країнах. Згідно даних останніх досліджень, функціональна ендоскопічна ринохірургія (FESS) залишається основним методом лікування хронічного риносинуситу та основним фактором покращення доступу топічної терапії до структур остеоїметального комплексу. На сьогоднішній день, не існує єдиного погляду на ведення післяопераційного періоду, хоча за результатами багаторічного спостереження більшість пацієнтів відмічають позитивні результати після перенесеної FESS і одним із важливих чинників ефективності хірургічного лікування є топічна післяопераційна терапія. Для оцінки якості життя та скарг пацієнтів з хронічним риносинуситом після FESS, широко використовують опитувальник SNOT-22, який зарекомендував себе ефективним, доступним та надійним в оцінці якості життя пацієнтів після хірургічного лікування.

Мета: Визначення ролі топічного застосування N-ацетилцистеїну післяопераційному періоді у пацієнтів з хронічним риносинуситом та його вплив на показники тесту SNOT-22.

Матеріали та методи: Популяція із 40 пацієнтів віком від 18 до 60 років з діагнозом хронічний риносинусит, після хірургічного лікування. Шляхом рандомізації було сформовано дві групи пацієнтів. 1-а група (дослідження) - 20 пацієнтів, яким застосовувалася іригація топічної форми N-ацетилцистеїну. 2-а група (контроль) - 20 пацієнтів, яким використовувалась топічна терапія з використанням іригація 0,9% розчином NaCl. Проводилося анкетування з використанням тесту SNOT22 на 3, 10, 28 добу після хірургічного лікування. Критерії виключення: пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини; пацієнти з психічними порушеннями; вагітність.

Результати: Основні скарги обстежених пацієнтів обох груп згідно опитування за анкету SNOT-22 : закладеність носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевий біль, втомлюваність. В інших показниках тесту SNOT-22 не виявлено статистично значущої відмінності ($p=1,00$). При порівнянні показників було використано статистичний критерій Манна-Уїтні. Виявлено зменшення вираженості симптомів закладеності носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевого болю, втомлюваності на 3, 10 та 28 добу після хірургічного лікування у пацієнтів групи дослідження,

відносно пацієнтів групи контролю, протягом усього експерименту. Статистично значима відмінність виражена за рахунок медіани суми показників ($p=0,001$).

Висновки: Закладеність носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевий біль, втомлюваність – показники, що вказують на тяжкість перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів з хронічним риносинуситом. Краща динаміка змін медіани суми показників тесту SNOT22 у групи дослідження, відносно групи контролю ($p=0,001$), говорить про позитивний вплив топічного N-ацетилцистеїну на якість життя пацієнтів у післяопераційному періоді та свідчить про вищу швидкість загоєння післяопераційної рани, а отже й зменшення тривалості захворювання.

Ключові слова: хронічний риносинусит, N-ацетилцистеїн, FESS, SNOT-22

УСКЛАДНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ МЕТОДОМ ТРАХЕОСТРАВОХІДНОГО ШУНТУВАННЯ З ПРОТЕЗУВАННЯМ

Цимбалюк Є.М.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Захворюваність пухлинами гортані та гортанної частини глотки залишаються стабільно високими та зростають. В III та IV стадіях захворювання виявляють від 60% до 75% випадків. Найефективнішим та найпоширенішим методом лікування в цьому разі залишається ларингектомія. В той же час радикальна операція, що дозволяє зберегти життя неминуче інвалідизує пацієнта, призводячи до втрати голосу, неможливості повноцінно спілкуватися. Відновлення голосової функції є основним етапом медико-соціальної реабілітації пацієнта після ларингектомії. Останнім часом хірургічні методи голосової реабілітації набувають широкого впровадження – трахеостравохідне (ТСШ) і трахеоглоткове (ТГШ) шунтування, та трахеостравохідне шунтування з протезуванням (ТСШП). Однак при використанні даного методу реабілітації голосу зустрічається низка проблем, які можна прогнозувати і попередити, зокрема в інтраопераційному періоді.

Виконано аналіз результатів 74 пацієнтів, з раком гортані або гортаноглотки після ларингектомії. В усіх випадках виконано хірургічну реабілітацію шляхом трахеостравохідного шунтування з протезуванням (ТСШП): 18 пацієнтам - одномоментне з ларингектомією, 44 пацієнтам – відстрочено, в термін від 2міс. до 2 років, 6 пацієнтам - під час пластики фарингостоми, 6 пацієнтам - в сформований попередньо шунт встановлено протез. Після аналізу отриманих даних нами були зафіксовані наступні ускладнення, які виникли в ході операції: у 5-ти оперованих перфорація задньої стінки трахеї різко затруднена внаслідок рубцево-склеротичних змін в зоні трахеостоми, а також внаслідок деформацій та звужень; у 3-х пацієнтів – відбулась травматизація тубусом або троакаром стінок глотки і стравоходу (обумовлених шийним остеохондрозом, рубцевими змінами, деформацією трахеостоми,); у 12-ти пацієнтів ми спостерігали затруднення при введенні езофагоскопа (звуження глотково-стравохідного співюстя, затруднене відкриття рота, ускладнене розгинання голови через остеохондроз шийного відділу хребта); у 3-х пацієнтів - відрив від протеза ввідного пояску (внаслідок ригідності тканин трахеї, надмірного натягу, звуження стоми і ускладнення маніпуляцій в цій зоні); у 1 пацієнта заковтування або аспірація протеза; в 6 випадках кровотеча з країв фістули; у 2 пацієнтів сталось занурення протеза в фістулу (причина - невідповідність довжини протеза довжині шунта). У окремих хворих ми спостерігали комбінацію вище перерахованих проблем та ускладнень.

Для усунення ускладнень, що виникають під час хірургічного етапу та їх профілактики нами було запроваджено ряд діагностичних та лікувальних заходів. Першою умовою є формування стійкої трахеостоми при ларингектомії, оскільки сьогодні до цього етапу операції висуваються нові вимоги. Трахеостома має забезпечити адекватне дихання, не обмежувати вірогідну хірургічну реабілітацію голосу, можливості дихальної реабілітації за допомогою різноманітних фільтрів, гарантувати легкий самостійний догляд за нею, тривало зберігати стабільну форму. У пацієнтів групи ризику (гіперстеніків, хворих з невеликим діаметром трахеї, у випадках резекції трахеї) ретельне формування трахеостоми знижує вірогідність ускладнень, дозволяє не користуватись трахеостомічною трубкою з першого дня післяопераційного періоду, не обмежує онкологічний план операції. В ході хірургічної реабілітації - покращує результати та розширює можливості реабілітації пацієнтів, забезпечує мінімальну травматизацію тканин, зменшує час оперативного втручання. Ретельна передопераційна підготовка з врахуванням особливостей кожного пацієнта, дотримання показань та техніки операції з використанням зазначених вдосконалень дозволяє попередити і подолати вказані найпоширеніші інтраопераційні ускладнення при виконанні трахеостравохідного шунтування з протезуванням.

ВИКОРИСТАННЯ ІНОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РИНОЛОГІЇ

Чернишева І. Е.

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлік
Одеський національний медичний університет
Одеса, Україна*

Враховуючи сучасні вимоги ринологам необхідно використовувати новітні технології для удосконалення діагностики, консервативного та хірургічного лікування захворювань носа та біляносових порожнин. Цьому допомагають ендоскопічні методи. Співробітники кафедри оториноларингології протягом останніх років проводять багато хірургічних втручань за допомогою ендоскопів, що дозволяє виконувати операції менш інвазивними засобами.

Актуальним являється підготовка студентів та молодих лікарів в сучасних умовах. Для удосконалення навчального процесу проводяться тренінги на муляжах, візуалізація сучасних хірургічних втручань на порожнині носа та біляносових

пазухах з використанням ендоскопів. Це дозволяє як студентам, так і лікарям-інтернам більш достеменно засвоїти анатомічні особливості, методики діагностики та хірургічного втручання при даній патології.

Сучасна система вищів в нашій країні повинна відповідати вимогам європейської освіти. Наша задача, як педагогів надати студентам і молодим лікарям необхідні знання та навчити використовувати їх в своїй практичній діяльності, враховуючи реформування медичної системи в Україні.

Студенти повинні мати творчий підхід до використання знань, а не просто вивчати наданий їм матеріал.

Для вирішення питання євроінтеграції у вищій школі необхідно удосконалити якість освіти, потрібно мати науково-педагогічні школи, проводити наукові дослідження, для чого мати відповідну матеріальну базу та відповідні умови навчання. Не виконання своєчасно поставлених цілей може призвести до зниження якості навчання і призвести до невизнання європейською спільнотою дипломів, що знизить мобільність на європейському просторі українських студентів та випускників (1.с.582).

Подібні підходи зумовлюють необхідність впровадження в освітню практику сучасних інноваційних технологій передачі знань, основою яких є оволодіння студентами творчого підходу для використання знань, а не просто вивчення матеріалу.

Для вирішення питання євроінтеграції у вищій школі необхідно підвищити якість освіти, для цього потрібно мати науково-педагогічні школи, проводити наукові дослідження, для чого мати відповідну матеріальну базу та умови навчання. Не виконання своєчасно поставлених задач може призвести до зниження якості навчання і призвести до невизнання європейською спільнотою дипломів, що знизить мобільність на європейському просторі українських студентів та випускників (1. с.582).

В умовах воєнного стану необхідно якомога більше використовувати цифрові технології, розвивати єдине інформаційно-освітнє середовище закладів фахової вищої освіти; розробляти електронні засоби навчання: електронні посібники та інтерактивні підручники нового покоління, розвивати цифрову, інформаційну та медійну компетентність педагогів за допомогою масових відкритих онлайн курсів.

Співробітниками кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету проводиться робота з удосконалення знань і умінь студентів, лікарів-інтернів, ЛОР-лікарів поліклінічно-амбулаторної ланки та стаціонару.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Антонюк В.П. Інтеграція вищої освіти України в європейській освітній простір для розвитку людського капіталу. Журнал європейської економіки. 2021. Т.20. №3. С.573-595.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТУ У ДІТЕЙ: НЕ ЗАВЖДИ ВСЕ ГЛАДКО

Шевчук Ю.В., Дудник А. О.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

КНП Київська дитяча клінічна лікарня № 2

м. Київ, Україна

Незважаючи на наукові досягнення в діагностиці та лікуванні захворювань носа та приносних пазух у дітей, дана проблема досі залишається актуальною. Гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС) займає одне з перших місць серед захворювань ЛОР-органів та нерідко призводить до розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень. Згідно із статистичними даними ГБРС зустрічається у 5-8% пацієнтів. До внутрішньочерепних ускладнень ГБРС згідно EPOS 2020 відносять: епідуральна та субдуральна емпієма, абсцес речовини головного мозку, церебрит та тромбоз верхнього сагітального і кавернозного синусів, менінгіт, енцефаліт.

Шляхи проникнення інфекції з носа та носових пазух в порожнину черепа є: контактний, гематогенний, лімфогенний, внаслідок травми.

Мета: поділитись клінічними прикладами риногенних внутрішньочерепних ускладнень у дітей.

Під нашим спостереженням в ЛОР-відділенні КНП «КМДКЛ 2» за період: листопад-грудень 2022р. знаходилось 2 хворих з діагнозами: ГБРС. Пацієнтка віком 9 (пацієнт А) та 7 (пацієнт Б) років, які мали внутрішньочерепні ускладнення: гостра субдуральна емпієма лобної ділянки та гостра субдуральна емпієма тім'яної ділянки зліва.

З анамнезу хвороби: обидва пацієнти хворіли більше тижня та лікувались амбулаторно, покращення не відбувалось після чого були направлені педіатром на стаціонарне лікування в ЛОР-відділення. В першу добу госпіталізації пацієнтам А та Б було проведено лабораторні дослідження: ЗАК та СРБ.

Результати пацієнта А: лейкоцити 6.3х10⁹/л, ШОЕ 25мм/год, п/я нейтр. 5, СРБ 12мг/л.

Результати пацієнта Б: лейкоцити 24х10⁹/л, ШОЕ 57 мм/год, п/я нейтр. 10, СРБ 6мг/л.

Слід зазначити, що стан обох пацієнтів на момент надходження в ЛОР-відділення був задовільний, відповідав основному захворюванню (ГБРС) із звичайним перебігом, без підозри на наявність ускладнень.

Дані пацієнти отримували антибактеріальну терапію: цефалоспорины III покоління (цефтріаксон) в поєднанні з метронідазолом внутрішньовенно, дезінтоксикаційну та дегідратаційну терапію, місце лікування.

Проведена діагностична ендоскопія порожнини носа для визначення особливостей будови ендоназальних структур з прицільним вивченням ключових зон запалення приносних пазух. Виявлені вікових особливостей та виключення аномалій будови порожнини носа, що дозволяє уточнити характер блоку природних співустей приносних пазух та визначити тактику консервативного та хірургічного лікування, а також планувати реконструктивні операції з метою профілактики рецидивів та хронізації перебігу захворювань придатків пазух носа.

Враховуючи приєднання додаткової симптоматики (гарячка, головна біль, нудота) та негативної динаміки згідно ЗАК (3-4 день) та отримані лабораторні дані:

- пацієнт А: лейкоцити 18.5x10⁹/л, ШОЕ 32мм/л, п/я 1, СРБ 67мг/л.
- пацієнт Б: лейкоцити 16.8x10⁹/л, ШОЕ 68мм/л, п/я 4, СРБ 88мг/л.

Обом пацієнтам екстренно проведено МРТ-головного мозку, що є «золотим стандартом» в діагностиці внутрішньочерепних ускладнень та комплексне розширене обстеження, що включало консультації: офтальмолога, невролога та нейрохірурга.

Верифікація діагностів проводилася на підставі скарг, збору анамнезу, загальноклінічного, оториноларингологічного та додаткових методів (МРТ ендоскопія) обстежень та консультацій суміжних спеціалістів.

Визначення збудника не завжди інформативне, а при дослідженні виявлявся *Staphylococcus aureus*.

Після даних МРТ-головного мозку, було встановлено діагнози : гостра субдуральна емпієма лобної ділянки у пацієнта (Б) та гостра субдуральна емпієма тім'яної ділянки зліва у пацієнта (А), після чого під ЕТН проведена хірургічна санація вогнища інфекції та дренивання абсцесів головного мозку нейрохірургом, призначено антибактеріальну терапію европенемом в поєднанні з метронідазолом. Проводилась дезінтоксикаційна та детоксикаційна терапія.

Обидві дитини одужали без будь-якого неврологічного дефіциту.

Висновок. Описання цих клінічних випадків має на меті звернути увагу на актуальність ГБРС дітей на сучасному етапі. Рання діагностика, проведення раціонального лікування та активна тактика лікування з перших днів захворювання дозволить уникнути більш важких ускладнень.

СПВІДНОШЕННЯ СКАРГ ТА ДАНИХ ПОЛІСОМНОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОПІННЯМ

Т.А.Шидловська, Д.М.Зінь

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Проблема хропіння залишається однією з актуальних проблем сучасної отоларингології. Хропіння значно впливає на якість життя пацієнтів, викликає у них не тільки медичні, але і соціальні проблеми, сприяє розвитку порушень психоемоційної сфери. Недостатність сну, що виникає у таких випадках, своєю чергою, призводить до низки негативних проявів і клінічних симптомів, як от головний біль, запаморочення, дратівливість, порушення уваги та пам'яті, тощо. У випадку наявності апное сну (зупинки дихання) проблема стає небезпечною для життя пацієнта. Тому виправданим є саме мультидисциплінарний підхід до вирішення даної проблеми.

Нами було обстежено 19 пацієнтів, які скаржилися на хропіння. Всім пацієнтам було проведено отоларингологічний огляд, ендоскопічне дослідження лор-органів за допомогою комплексу обладнання Storz (Німеччина), проведена полісомнографія на апараті кардіореспіраторного моніторингу SomnoCheck micro Lowenstein.

Всіх обстежених турбувало хропіння, але також порушення сну (погане засинання, тривожний сон, відсутність глибокого сну і відчуття відпочинку вранці), головні болі, дратівливість, періодичне запаморочення, метеозалежність. Ці прояви значною мірою відбивалися на якості життя обстежених. Ми відібрали для обстеження саме пацієнтів з виразними скаргами, що свідчили про порушення функціонального стану ЦНС. І вже потім провели їм інструментальне обстеження. Виявилось, що у всіх пацієнтів мали місце епізоди обструктивного апное уві сні, виражені в більшому чи меншому ступені. Індекс апное/гіпноное у обстежуваних склав Причому у 34% пацієнтів індекс перевищував 60. Наявність центральних апное коливалась від 0,2 до 5,6 на годину і склала в середньому 2,7±0,4. Зауважимо, що пацієнти з високими значеннями співвідношення апное/гіпноное, а також значною кількістю центральних апное більше всього скаржилися на головний біль, головокружіння, порушення пам'яті та уважності, підвищену дратівливість. Вони були спрямовані на обстеження до невролога.

Отже, у пацієнтів з хропінням, які скаржаться на голосниці біль, запаморочення, спостерігається високі значення співвідношення апное/гіпноное, а також значною кількістю центральних апное, що свідчить про наявність у них порушень функціонального стану ЦНС. Такі пацієнти потребують більш ретельного обстеження і консультації невролога.

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЧУТЛИВІСТЬ ОРГАНА СЛУХУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ЗВУКОВИХ НАВАНТАЖЕНЬ ПРИ ВИКОНАННІ СТРІЛЬБ НА ПОЛІГОНІ

Т.А.Шидловська, Л.Г.Петрук, Р.П.Крамаренко

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний,
кафедра військової медицини та медицини катастроф
Одеського Національного медичного університету
Київ, Одеса, Україна*

Акубаротравма, отримана в реальних бойових умовах, призводить до значного ураження слухової системи військовослужбовців. Ступінь такого ураження значною мірою залежить від характеру застосованого озброєння, інтенсивності звукового впливу та вибухової хвилі, наявності додаткових засобів ураження в умовах босіткнення, наявності захисних засобів. Крім того, військовослужбовці в умовах військових дій витримують значні фізичні і психологічні перенавантаження. Всі ці чинники призводять до значного системного впливу на організм бійців.

Однак, не менш важливим аспектом, що визначає характер ураження слухової системи в таких випадках, може бути стан організму людини в момент впливу акутравми. Як от її психологічний стан, наявність втоми чи депресії, наявність супутніх захворювань, які можуть слугувати фоном для розвитку уражень слухового і вестибулярного аналізаторів. Про наявність такої залежності і важливість такого твердження свідчить розвиток різного ступеня ушкодження слухової системи у різних людей при практично однакових умовах впливу звукової енергії та вибухової хвилі. Якщо в умовах беззмітнення наявність різного ступеня ураження слухової системи та екстраауральних проявів можна пояснити тим, що багатофакторність впливу не дозволяє стверджувати, що на усіх військовослужбовців, які діють у одному радіусі, впливає однаковий подразник, то в інших випадках – коли вплив звуків більш стандартизований для всіх – таку різницю пояснити складніше. Під час тренувань на полігонах умови впливу звуків високої інтенсивності більш уніфіковані, але ураження відбувається не у всіх, хто тренується при однакових умовах. А у тих, у кого розвиваються порушення у слуховій системі, вони мають різний ступінь і часом доволі різну спрямованість. Ці факти переконливо свідчать про те, що фактори чутливості конкретних людей до подібного впливу мають велике значення.

Нами було проведено аналіз можливих чинників, які впливають на чутливість до уражаючої дії звуків високої інтенсивності у 37 пацієнтів, які мали скарги на погіршення слухової функції після відпрацювання навичок застосування озброєння в умовах полігону. Аналіз показав, що у 86,5% з них мали місце певні порушення соматичного стану (періодичні різкі зміни артеріального тиску, наявність хронічних захворювань, скарги на періодичні головні болі і розлади сну). 10,8% пацієнтів мали в анамнезі незадовго до навчання на полігоні захворювання на ГРВІ та запальні захворювання ЛОР-органів. 16,2% відзначали утруднення носового дихання. Отже, практично у всіх військовослужбовців, які відмічали погіршення слухової функції після виконання навчальних стрільб, були ті чи інші відхилення від норми у загальному соматичному стані.

Таким чином, для запобігання розвитку слухових порушень після звукового навантаження у військовослужбовців, доцільно враховувати загально соматичний стан, та наявність супутніх захворювань, що може вплинути на індивідуальну чутливість органа слуху до впливу звуків високої інтенсивності

ПОРУШЕННЯ СЛУХОВОЇ ТА НЮХОВОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ COVID-19.

Т.А.Шидловська, М.І.Безега, Б.М.Безега

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
Полтавський державний медичний університет МОЗ України
Київ, Полтава, Україна*

У вітчизняній та зарубіжній медичній літературі наявна значна публікаційна активність, щодо великої кількості клінічних проявів захворювання COVID-19, що пов'язано з численними випадками даного захворювання, як в Україні так і закордоном. Різноманітні клінічні прояви захворювання COVID-19 вивчаються спеціалістами та науковцями різних профілів, але, разом з тим, все ж недостатньо вивчено. Порушення нюхової функції гіпосмія, а особливо, аносмія та порушення слухової функції являються одним з частих супутніх симптомів з іншими проявами при COVID-19.

Нами було проведено дослідження даних аманезу, клінічної та інструментальної діагностики (ендоскопічне обстеження ЛОР-органів, суб'єктивна аудіометрія) 83 хворих, котрі перенесли COVID-19. Із них 47 пацієнтів відмічали порушеннями слуху, 53 пацієнта були з порушенням нюху, а у 17 з них одночасно спостерігалися, як розлади слуху, так і нюху.

Зазвичай ураження нюху при COVID-19 пацієнти відмічають з початком захворювання, а у частини з них дане ураження тривало зберігається і після одужання. У хворих при COVID-19 часто спостерігається зниження нюху до повної аносмії, загострення або ж спотворення цього відчуття. Разом з тим, часто відмічається пізні звернення пацієнтів щодо даних проявів, адже під час активної фази захворювання більше уваги приділяється лікуванню більш грізних симптомів.

У 53 обстежених хворих, які перенесли COVID-19 спостерігалися різні прояви ураження функцій нюху, у вигляді повної аносмії (30,2%), зниження нюхової функції (26,4%) та її спотворення (39,6%). Дані прояви зберігалися у пацієнтів після одужання протягом від 2 тижнів до 1,5 місяців. Згідно отриманих нами ендоскопічних даних, у 62,3% пацієнтів з порушеннями нюху видимих ознак враження слизової оболонки не виявлено. У 26,4% відмічались прояви посилення судинного малюнку та помірний набряк слизової, а у 11,3% - ознаки витончення слизової оболонки з проявами сухості, подекуди з кірками.

У 47 обстежених пацієнтів, що перенесли COVID-19 відмічались різноманітні порушення слухової функції. Найчастішими проявами були шум у вухах, зниження рівня гостроти слуху, погіршення розбірливості мови, неприємні відчуття у вухах (помірний тупий біль, відчуття тиску та поколювання), закладеність вух та погана переносимість гучних звуків. За даними інструментального дослідження відмічались сенсоневральні порушення, що за Міжнародною класифікацією були від початкових у вигляді змін тональної кривої у розширеному діапазоні частот до уражень середнього ступеня тяжкості. Найчастіше такі прояви виявляються через певний період після перенесеного захворювання. Майже у чверті досліджуваних нами пацієнтів (23,4%) відмічався кондуктивний компонент враження слухового аналізатора. За нашими даними він формувався переважно за рахунок порушення функції слухових труб, в результаті запальних проявів у середньому та зовнішньому вусі з набряком слизової оболонки слухової труби із відповідною характерною симптоматикою. У 19,1% хворих з кондуктивним компонентом враження органу слуху нами було виявлено анатомічні зміни структур носу та носоглотки, найчастіше викривлення носової переділки із гіпертрофічними та вазомоторними змінами носових раковин, гіпертрофію тубарних валиків, аденоїдних вегетацій і т.п.

Отже, при захворюванні COVID-19 ураження нюхової та слухової функції спостерігається досить часто, разом з тим, пацієнти нерідко звертаються з даними скаргами запізно. Видимих проявів порушення слизової оболонки ольфакторної зони порожнини носа у більшості пацієнтів з порушеннями нюхової функції при COVID-19 не відмічалось. Ураження органу слуху при захворюванні COVID-19 відмічається безпосередньо під час захворювання, а у частини пацієнтів зберігається тривало після одужання, що характеризується переважно сенсоневральними проявами (76,6%), хоча, у 23,4% випадків відмічається кондуктивний компонент, а вище вказані стійкі розлади можуть спостерігатися у відтермінованому періоді.-

СКАРГИ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ГІПОТОНУСНУ ДИСФОНІЮ, УСКЛАДНЕНУ ВУЗЛИКАМИ ГОЛОСОВИХ СКЛАДОК

Шидловська Т.А., Волкова Т.В.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Хронічна функціональна гіпотонусна дистонія (ХФГД) - сама розповсюджена патологія серед усіх функціональних порушень голосу, вона нерідко ускладнюється і має тяжкий перебіг. Самим поширеним ускладненням ФГД є вузлики голосових складок.

Проведено детальне опитування 123 хворих на ХФГД чотирьох груп: перша група – 25 осіб з незначними порушеннями, друга – 33 пацієнти з середньою вираженістю порушення моторики гортані, третя - 34 хворі з ускладненнями передвузликковим станом, вузлики, витончення медіального краю, четверта - 31 пацієнт, хворий на ХФГД, з вузликами, передвузликковим станом та вираженим гіпертонусом вестибулярного відділу гортані.

Згідно отриманих нами даних, у першій групі скарги на виражену захриплість мали 44,0 % пацієнтів, в другій – 48,5 %, 64,7 % в третій, 77,4 % - в четвертій. Періодичну афонію (відсутність голосу) в першій групі відзначали 32,0% пацієнтів, в другій - 42,4 % , в третій - 52,9 %, в четвертій - 67,7%. На дискомфорт у гортані, сухість, відчуття «клубка» скаржилися 56,0 % пацієнтів першої групи, 60,6 % другої, 70,6 % третьої і 74,2 % четвертої. Больові відчуття в гортані, які були пов'язані з голосовим навантаженням, зазначали в першій групі 24,0 % хворих, в другій - 30,3 %, в третій 41,2 %, в четвертій 51,6 %. Вираженість цих симптомів збільшувалася від першої до четвертої груп.

На кашель, пов'язаний з голосовим навантаженням чи потребою «розговоритися» вранці, за нашими даними, скаржились 40,0 % пацієнтів в першій групі, 39,4 % - в другій, 44,1 % - в третій 54,8 % - в четвертій. Напруження в м'язах шиї при фонації в першій групі зазначали 16 % хворих, в другій 36,4 %, в третій 52,9 %, а в четвертій аж 70,9 %. У пацієнтів з гіпертонусом вестибулярного відділу гортані, які були віднесені нами до четвертої групи, такі відчуття були найбільш вираженими. На підвищену втомлюваність голосу скаржились в переважній більшості з усіх обстежених груп: в першій групі 72,0%, в другій - 60,6 %, в третій -70,6 % і майже всі пацієнти четвертої 90,3 %.

Аналізуючи загальні скарги пацієнтів, виявилось, що в першій групі хворі найчастіше висували скарги на дратівливість та емоційність (56 %), головний біль (52,0 %), важкість в голові (44,0 %). В другій групі на головний біль а також дратівливість та емоційність висували скарги по 57,6 % пацієнтів, відповідно, на порушення сну 48,5 %. В третій групі понад половина хворих висували скарги на підвищену дратівливість (70,6 %), головний біль (67,6 %), порушення сну (58,8 %), відчуття важкості в голові (58,8 %). В четвертій групі пацієнтів, з найбільш тяжким перебігом ХФГД, в переважній своїй більшості скаржилися на дратівливість та емоційність (87,1 %), головний біль (77,4 %), порушення сну (74,2 %), метеозалежність (67,7%), важкість в голові (67,7 %). Отже, хворих на ФГД третьої і четвертої груп, з ускладненим перебігом ХФГД, частіше турбували «загальні» скарги. Особливо це стосується таких скарг, як порушення сну, дратівливість, головний біль, метеозалежність. Отримані дані доцільно прийняти до уваги і, оскільки наявність подібних скарг свідчить про порушення у стані центральної нервової та серцево-судинної систем, слід це враховувати при лікуванні хворих з ускладненим перебігом ХФГД.

Таким чином, у хворих на ХФГД має місце значна кількість скарг як місцевого, так і загального характеру, з тенденцією до зростання їх кількості при ускладненому перебігу.