

VIII UKRAINIAN-POLISH CONGRESS «INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN OTORHINOLARYNGOLOGY»

April 17-18, 2026

VIII УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»

17-18 квітня 2026 року



OUTCOMES OF HEARING FUNCTION RESTORATION IN PATIENTS WITH TYMPANIC MEMBRANE PERFORATION

Naumenko O.M., Dieva Yu.V., Dikhtiaruk O.V., Dovhych S.V.

Head of department: Tarasenko M.V.

Institution: Bogomolets National Medical University
Kyiv, Ukraine

Introduction: Traumatic tympanic membrane (TM) perforations remain one of the most prevalent consequences of blast, acoustic, and barotrauma in military personnel – an issue of particular urgency in the context of ongoing combat operations in Ukraine since 2022. Available evidence indicates that 10–35% of individuals exposed to primary blast overpressure sustain TM perforations which, in combination with concussive injury to adjacent structures, result in persistent conductive hearing loss. Surgical restoration of TM integrity (type I tympanoplasty) is the procedure of choice for isolated TM injury when the ossicular chain remains intact; however, optimal surgical timing, graft selection, and predictors of functional outcome in this wartime patient population remain subjects of ongoing debate.

Aim: To evaluate the effectiveness of type I tympanoplasty for hearing function restoration in patients with traumatic tympanic membrane perforations.

Materials and methods: A retrospective analysis of 67 inpatient records was performed. All patients were male military personnel (mean age 31.2 ± 7.4 years; range 21–48) treated at the Otorhinolaryngology Department of the Municipal Non-Profit Enterprise «St. Michael's Clinical Hospital» between 2024 and 2025. Inclusion criteria: traumatic TM perforation following blast or barotrauma; type I tympanoplasty only, without ossicular chain reconstruction; no prior chronic suppurative otitis media or cholesteatoma; minimum postoperative follow-up of 3 months. All patients underwent otoscopy, pure-tone audiometry, tympanometry, and structured symptom assessment using a standardised questionnaire at baseline and 3–6 months postoperatively. Statistical analysis was performed using STATISTICA 12.0 (StatSoft Inc.); paired Student's t-test was applied for within-group comparisons; the significance threshold was set at $p < 0.05$.

Results: At admission, subjective hearing loss was the leading complaint in 100% of patients – moderate in 49.3%, mild in 38.8%, and severe in 11.9%. Aural fullness was reported by 82.1% of patients, tinnitus by 74.6% (predominantly high-frequency in character – 46.3% among those with tinnitus), and dizziness was also noted. Unilateral injury was documented in 73.1% of cases, bilateral in 26.9%. The mean interval from injury to surgery was 38 ± 12 days. Regarding perforation type: subtotal perforations ($\geq 75\%$ of TM area) were found in 38.8% ($n=26$); among all perforations, central involvement was present in 22.4% ($n=15$), anterior quadrant defects in 20.9% ($n=14$), posterior quadrant defects in 11.9% ($n=8$), and total perforation in 6.0% ($n=4$). Tympanoplasty was performed via an endaural approach using fascia lata as the graft material, with the underlay technique applied throughout. Preoperative air-conduction (AC) thresholds were: 500 Hz – 42.8 ± 3.5 dB HL; 1000 Hz – 44.3 ± 4.1 dB HL; 2000 Hz – 47.6 ± 4.2 dB HL; 4000 Hz – 46.2 ± 3.9 dB HL. At 3–6 months postoperatively, AC thresholds improved significantly: 500 Hz – to 21.9 ± 3.4 dB HL (gain 20.9 ± 2.6 dB; $p < 0.001$); 1000 Hz – to 22.7 ± 3.8 dB HL (gain 21.6 ± 2.9 dB; $p < 0.001$); 2000 Hz – to 24.9 ± 3.3 dB HL (gain 22.7 ± 2.8 dB; $p < 0.001$); 4000 Hz – to 33.8 ± 3.5 dB HL (gain 12.4 ± 2.2 dB; $p < 0.001$). Bone-conduction thresholds showed no statistically significant change before and after surgery ($p > 0.05$). The mean air-bone gap (ABG) decreased by 21.4 dB in the 500–2000 Hz range ($p < 0.001$). Successful neotympanic membrane integration was achieved in 89.6% of patients ($n=60$); hearing gain of ≥ 10 dB was recorded in 85.1% ($n=57$); satisfactory speech discrimination ($>80\%$) was attained in 82.1% ($n=55$).

Conclusions: Type I tympanoplasty is an effective and safe surgical method for hearing rehabilitation in military personnel with traumatic tympanic membrane perforations. Successful graft integration was achieved in 89.6% of cases, and statistically significant improvements in air-conduction thresholds of 12.4–22.7 dB ($p < 0.001$) combined with a mean ABG reduction of 21.4 dB confirm full restoration of sound-conductive middle ear function. Optimal surgical timing appears to be 40–60 days post-trauma, provided active infection has resolved. The stability of bone-conduction thresholds confirms preservation of the sensorineural component following surgical intervention.

Key words: tympanic membrane perforation; tympanoplasty; hearing loss; blast injury; audiometry.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF CILIARY BEAT SYNCHRONY: ENSURING THE FUNCTION OF MUCOCILIARY TRANSPORT IN RHINOLOGY

Lupyr A.V.¹, Shushliapina N.O.¹, Svitlychna Yu.V.¹, Bondarenko Ya.D.¹.

Scientific supervisor: Lupyr A.V., MD, DSc, Professor

Head of Department: Lupyr A.V., MD, DSc, Professor

¹ Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

² Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany

Introduction: Effective mucociliary transport depends on the coordinated oscillatory behaviour of ciliary arrays rather than on the speed of individual ciliary beats. Routine assessment of mucociliary clearance (MCC) relies on ciliary beat frequency (CBF), which reflects only a single kinematic parameter and provides no information about spatiotemporal inter-ciliary coordination. Growing biophysical evidence suggests that synchrony among neighbouring oscillators – quantifiable via phase coherence indices – may be a more informative determinant of MCC capacity and may deteriorate prior to any detectable structural damage, rendering CBF alone insufficient for early or mechanistically precise diagnosis.

Aim: To compare the diagnostic value of phase-locking value (PLV)-based inter-ciliary synchrony metrics versus CBF as predictors of mucociliary transport efficiency across distinct phenotypes of nasal and olfactory dysfunction.

Materials and methods: A STROBE-compliant prospective observational study enrolled 241 adults across five groups: healthy controls (n = 45), prolonged severe nasal obstruction 3–5 years (n = 53), partial obstruction ≤6 months (n = 48), acute severe obstruction ≤1 month (n = 44), and post-COVID rhinosinusitis ≤3 months (n = 51). Nasal brushing specimens were examined by phase-contrast videomicroscopy (128 fps, 37 °C). PLV was computed via Hilbert transform; spectral entropy via Morlet wavelet decomposition; functional network topology via small-world metrics. Clinical instruments included the saccharin transit test (STT), anterior rhinomanometry, and psychophysical olfactometry.

Results: PLV correlated with STT substantially more strongly than CBF ($\rho = -0.78$ vs $\rho = 0.32$; $p < .001$). Two pathological synchrony phenotypes were identified: dyssynchronous (PLV 0.40–0.42, groups with prolonged or acute severe obstruction) and near-synchronous (PLV 0.63–0.67, subacute courses), versus the synchronous control profile (PLV = 0.86 ± 0.05). A multi-parameter model integrating PLV, spectral entropy, and network topology achieved AUC = 0.96 (95% CI 0.91–0.99) and $R^2 = 0.71$, substantially exceeding CBF alone (AUC = 0.67; $R^2 = 0.12$). The post-COVID group displayed disproportionate olfactory impairment despite minimal aerodynamic resistance, consistent with a neurotropic mechanism acting independently of mechanical airflow restriction.

Conclusions: Phase coherence, not CBF, is the dominant biophysical regulator of mucociliary homeostasis and precedes detectable morphological injury. Combined rhinomanometry and olfactometry enables differentiation of mechanical versus neuroepithelial components of dysfunction, providing a more granular diagnostic framework for respiratory and olfactory disorders.

Keywords: Rhinomanometry; Olfaction Disorders; Respiratory Mucosa; COVID-19; Signal Processing, Computer-Assisted.

ВНУТРІШНЬОРУБЦОВИЙ КРІОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ КЕЛОЇДУ ПРИВУШНОЇ ОБЛАСТІ

Андрєєв О.В., Тагунова І. К.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри д.мед.н., професор Пухлік С.М.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: зростання частоти випадків виникнення рубців завушної області можна пов'язати зі збільшенням випадків поєднаних травматичних ушкоджень, які потребують ефективного лікування. Існує категорія хворих у яких спостерігається аномальне гіпертрофічне зростання післяопераційних

рубців – це хворі з генетичною схильністю до особливостей синтезу колагену, темнішим фототипом шкіри, привушною локалізацією. Проблема лікування келоїдів лежить в їхньому агресивному характері. Звичайне хірургічне висічення келоїду часто призводить до рецидиву та утворенню ще більшого рубця.

Лікування келоїдів привушної області знаходиться на стику двох спеціальностей – дерматології та оториноларингології. Проблема вимагає подальшого вивчення причинно-наслідкових зв'язків виникнення рубця та ефективних комбінацій методів лікування для підвищення якості життя пацієнта, що зберігає актуальність цієї проблеми.

Мета дослідження: покращення якості лікування пацієнтів, контроль за ефективністю, спостереження за віддаленими результатами терапії для подальшої можливості відтворення використаного методу лікування.

Матеріали та методи: під спостереженням та лікуванням знаходилося 5 пацієнтів віком від 22 до 48 років. У всіх пацієнтів діагностовано келоїдні рубці, що виникли внаслідок травматичного пошкодження тканин вуха, завушної області, та у яких хірургічне висічення келоїдів викликало рецидив.

Діагностика захворювання ґрунтувалася на збиранні анамнезу, об'єктивних даних (отоскопії, дерматоскопії). Терапію келоїду проводили методом внутрішньорубцевого кріохірургічного лікування із застосуванням кріозонду, рідкого азоту при температурі -196°C . Такий підхід дозволяє зруйнувати келоїдний рубець зсередини з мінімальним ушкодженням епідермісу.

Результати: лікування проводилося у пацієнтів з наявністю грубо змінених келоїдних рубців, які виникали через 3-4 місяці після хірургічного висічення гіпертрофічного рубця у ділянці вуха у вигляді опуклих бляшок або вузликів щільної консистенції з різною пігментацією від фіолетового до темно-коричневого. Шкірні покриви над келоїдами витончені відсутні волоскові фолікулі, потові залози. Враховуючи, що для безрецидивного лікування важлива точність впливу, швидкість загоєння, застосовано методіку, яка дозволяє руйнувати лише патологічні клітини рубця без грубої деструкції поверхневого шару. На відміну від поверхневого припікання, метод виморожування рубця зсередини викликає загибель фібробластів, руйнування зайвого колагену та збереження цілісності епідермісу за рахунок утворення внутрішньоклітинного льоду, дегідратації, зупинки кровотоку, локальної гіпоксії, збереження деструйованої тканини, яка виконує роль біоплівки для репаративної регенерації.

Вплив на келоїдний рубець внутрішньорубцевим методом дає найкращі результати: у післяопераційному періоді менш виражені суб'єктивні відчуття, скорочується тривалість загоєння на 7-10 днів, у всіх хворих, що спостерігалися, зберігався стійкий косметичний ефект протягом двох років.

Висновки:

1. Спотереження показало безпеку та ефективність методу внутрішньорубцевої кріотерапії порівняно з хірургічним висіченням келоїдного рубця.
2. Проведене дослідження підтверджує можливість досягнення ремісії розвитку вторинних келоїдних утворень у привушній ділянці після терапії наднизькими температурами.
3. Доступність виконання методу, дозволяє застосовувати його в амбулаторних умовах, розкриває потенціал методу.

Ключові слова: рубець, келоїд, привушна зона, внутрішньорубцевий метод, кріотерапія.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО МАСТОЇДИТУ В ПОСТВАКЦИНАЛЬНУ ЕРУ

Деєва Ю.В., Бондаренко Я.В., Дривинський В.П.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Незважаючи на широке застосування антибіотиків і впровадження вакцинації проти пневмококової інфекції, гострий мастоїдит продовжує залишатися серйозним ускладненням гострого середнього отиту. Після введення кон'югованих вакцин (PCV7, PCV13) спостерігається зниження загальної захворюваності, проте відбувається феномен заміни серотипів зі зростанням ролі *Streptococcus*

pyogenes, *Staphylococcus aureus* та анаеробної флори. Клінічний перебіг став частіше атиповим («silent mastoiditis»), що ускладнює своєчасну діагностику та підвищує ризик інтракраніальних ускладнень.

Мета роботи: Проаналізувати сучасні епідеміологічні тенденції, особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування гострого мастоїдиту в поствакцинальну еру на основі даних літератури та власного клінічного досвіду.

Методи дослідження та результати: Проведено ретроспективний аналіз даних КНП «Свято-Михайлівська клінічна лікарня м. Києва» з січня 2026 року. Вивчено історії хвороби пацієнтів відділення отоларингології з діагнозом МКХ10: H70.0 «Гострий мастоїдит». Оцінювали клінічну картину, лабораторні показники, дані комп'ютерної томографії скроневої кістки, частоту хірургічного лікування та динаміку перебігу захворювання. Статистичну обробку даних виконували за допомогою описової статистики. З січня 2026 року в отоларингологічному відділенні КНП «Свято-Михайлівська клінічна лікарня м. Києва» було госпіталізовано 9 пацієнтів з гострим мастоїдитом 6 (66,7 %) з них потребували оперативного втручання – антромастоїдотомії. У сучасній практиці переважають атипові форми захворювання на фоні попередньої емпіричної антибіотикотерапії. Комп'ютерна томографія є золотим стандартом діагностики, дозволяючи виявити деструкцію кісткових септ, коалесценцію комірок соскоподібного відростка та ускладнення. Консервативне лікування (внутрішньовенна антибіотикотерапія + дренажування середнього вуха) виявилось ефективним лише за умови позитивної клінічної динаміки протягом перших 48 годин.

Висновки: У поствакцинальну еру гострий мастоїдит характеризується зміною епідеміологічного та мікробіологічного профілю, а також частішим атиповим перебігом. Раннє виконання комп'ютерної томографії, динамічний контроль протягом 48–72 годин та індивідуалізований підхід (консервативний чи хірургічний) дозволяють оптимізувати лікування, зменшити кількість непотрібних оперативних втручань і запобігти тяжким ускладненням. За даними клініки, 66,7 % пацієнтів потребували хірургічного лікування.

Ключові слова: мастоїдит, гострий середній отит, пневмококова вакцинація, silent mastoiditis, комп'ютерна томографія, антромастоїдотомія

ОСОБЛИВОСТІ РЕКОНСТРУКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО НОСА ПРИ ВИКОНАННІ ВТОРИННОЇ РИНОПЛАСТИКИ

Карчинський О.О.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Лупир А.В.

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Вступ: корекція форми та розміру носа, а саме ринопластика – є однією з найпопулярніших видів оперативного втручання в естетичній медицині обличчя. Проте результат отриманого хірургічного лікування не завжди задовольняє уявлення та бажання пацієнтів, через що виникає необхідність до проведення повторних втручань. До вторинних ринопластик також відносяться корекції носа, які були деформовані внаслідок травм, що є надзвичайно актуальним у сьогоденні, враховуючи кількість отриманих травм внаслідок військової агресії. Вторинна ринопластика має свої особливості, тонкості та складнощі, у порівнянні з первинною, тому цьому питанню необхідно приділяти додаткову увагу.

Мета: дослідити особливості планування та виконання повторних втручань при реконструкції носа.

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 19 пацієнтів, яким провели вторинну ринопластику. Вік їх коливався від 24 до 56 років, розподіл за статтю: 14 жінок та 5 чоловіків. Всім пацієнтам була виконана вторинна ринопластика відкритим способом.

Найчастіші скарги, з якими зверталися пацієнти для повторної корекції: опущений кінчик, залишкова горбинка, сидловидний ніс, асиметрія спинки, порушення дихання, надмірна резекція, асиметрія ніздрів.

Скарги у пацієнтів, які перенесли травми здебільшого стосувалися форми, отриманих деформацій та порушеного дихання.

Результати: враховуючи передопераційний стан структур носа, дані ретельного обстеження, побажань пацієнта та його психічного та емоційного балансу – проводиться планування, обговорення,

ретельне роз'яснення очікуваного результату, підбір методу та техніки виконання вторинної ринопластики. Пацієнти, яким в минулому вже проводилося оперативне лікування часто мають упередження стосовно естетичного покращення. Тому для них є необхідним детальне роз'яснення вже існуючих проблем, шляхів їх вирішення та можливих невдач, враховуючи вторинно-змінені тканини, наявність грубої рубцевої тканини. Пацієнти, які звертаються для корекції носа внаслідок отриманих травм зазвичай мають кращий емоційний настрій та легше переносять невдачі, які неможливо спрогнозувати через індивідуальну реакцію організму. Оцінка результатів ринопластики показала 94,7% задоволеності пацієнтів від покращеного функціонального та естетичного показників.

Пацієнти, які звертаються за вторинною ринопластикою, часто мають деформації та викривлення після грубих та некоректно спланованих попередніх втручань, часто присутня надлишкова резекція структур носа та анатомічні обмеження, що додатково призводить до нереалістичних очікувань у пацієнтів від повторної корекції. Під час вторинної ринопластики часто зустрічаються порушення кровообігу, рубцево-фіброзні зміни після грубо виконаних попередніх втручань, змінені анатомічні структури. Поєднання грубих рубцевих змін та порушеного кровопостачання роблять тканини менш еластичними, особливо в ділянці кінчика носа, що підвищує ризик виникнення післяопераційних ускладнень та значно погіршує прогнозованість результатів після проведеної операції. А змінені анатомічні структури часто вимагають використання повторних заборів вушних або реберних хрящів для відновлення коректної структури та контурів носа.

Деформації носа внаслідок травм часто мають багатофрагментовані деформації, гіперостози, складення, згрупування та зміщення кісткових структур компресійного характеру, порушення ліній кріплення і монолітності багатовекторних напрямлень, що призводить до надмірної хрупкості кісткових конструкцій і потреби в більш розгорнутих побудов кісткових та хрящових конструкцій за участі аутоотрансплантатів.

Серед відібраних пацієнтів 42,1% потребували додаткового забору хряща для відновлення структур носа. При цьому 87,5% припадало на вторинні реконструкції внаслідок невдач попередніх операцій і лише 12,5% – на ринопластики внаслідок травм.

Висновки:

1. Проведення вторинних ринопластик вимагає ретельного передопераційного планування, обміркування, поглибленого обстеження, враховуючи результат попереднього втручання.
2. Враховуючи всі складнощі які виникають під час виконання вторинних ринопластик, особливість післяопераційного перебігу та важкість прогнозованості результатів, ЛОР-хірургам необхідно бути готовим до цих викликів, мати якісне технічне забезпечення, достатній досвід та навички задля їх вирішення.
3. Вірогідність використання хрящових аутоотрансплантатів у пацієнтів при повторному виконанні ринопластики підвищується зі статистичною достовірністю ($p < 0.05$).

Ключові слова: вторинний, деформації, корекція, ніс, оперативний, ринопластика

ВЕРИФІКАЦІЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ ТА АНАЛІЗ ЇХ АСОЦІАЦІЇ З ПОРУШЕННЯМИ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ШКАЛИ RSA

Кришталь В.М., Сінайко І.О.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Троян В.І., д.мед. н., проф. Ганчева О.В.
Кафедра оториноларингології та патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології
Завідувачі кафедр: д.мед.н., проф. Троян В.І., д.мед. н., проф. Ганчева О.В.
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м.Запоріжжя, Україна

Актуальність: ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР) на сьогодні є однією з найпоширеніших та дискусабельних патологій верхніх дихальних шляхів, яка часто залишається недіагностованою та клінічно маскується під інші захворювання, зокрема функціональні й запальні порушення гортані. Хронічне подразнення слизової оболонки гортані при ЛФР призводить до запально-дегенеративних змін

голосових складок, що проявляється дисфонією, зниженням якості голосу та швидкою втомлюваністю під час фонації. Вивчення взаємозв'язку між ЛФР і дисфонією є важливим для своєчасної діагностики та вибору ефективної тактики лікування, особливо у пацієнтів із тривалими голосовими порушеннями.

Мета: верифікувати клінічні прояви ларингофарингеального рефлюксу у чоловіків молодого віку з використанням ендоскопічної шкали RSA та оцінити асоціацію між ендоскопічними змінами та порушеннями голосової функції.

Матеріали та методи: Дослідження виконано на базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ в період із липня 2025 року по січень 2026 року. Було сформовано дві групи чоловіків: основну (ОГ, $n = 71$) – пацієнти з ЛФР, та контрольну (КГ, $n = 35$) – умовно здорові особи. До дослідження залучали чоловіків молодого віку від 18 до 44 років із клінічно підтвердженим ЛФР і відповідними скаргами (Reflux Symptom Score-12 ≥ 11 балів, Reflux Symptom Index RSI ≥ 13 балів), а до контрольної групи – здорових осіб без скарг і супутньої патології; виключали пацієнтів із супутніми тяжкими захворюваннями, прийомом відповідних препаратів, хірургічними втручаннями, психічними розладами та іншими факторами, що могли вплинути на результати.

Комплексне обстеження включало збір анамнезу, загальноклінічне обстеження, анкетування та відеоендоскопічне дослідження. Оцінку голосової функції проводили за перцептивною шкалою GRBAS, за п'ятьма параметрами, кожен з яких оцінювали за чотирибальною шкалою, оцінювання проводили під час аналізу спонтанної мови та стандартних фонаторних проб з залученням 3 експертів. Ендоскопічну верифікацію проводили із застосуванням обладнання MedStar UE 3000 та KARL STORZ з оцінюванням за шкалою Reflux Sign Assessment (RSA) (порогове значення >14 балів).

Статистичну обробку та аналіз цифрових даних виконували з використанням пакета IBM SPSS Statistics 13.0, застосовували методи описової статистики, t-тест за розподілом Стюдента для параметричних показників й непараметричний критерій Манна-Вітні.

Результати: аналіз результатів обстеження засвідчив, що середній вік пацієнтів ОГ та КГ становив $37,24 \pm 7,21$ та $23,71 \pm 8,05$ років, відповідно. У обстежуваних ОГ було діагностовано широкий спектр рефлюкс-асоційованих уражень верхніх дихальних шляхів. Зокрема, скарги на дисфонію відзначалися у 56,34% пацієнтів ОГ ($n = 40$), тоді як обстежувані КГ скарг на порушення голосоутворення не мали.

Ендоскопічне обстеження за шкалою RSA показало, що у пацієнтів ОГ середнє значення становило $19,96 \pm 9,64$ бала, тоді як у КГ – $5,89 \pm 3,14$ бала. Таким чином, показники в ОГ більш ніж утричі перевищували відповідні значення у КГ, а порівняльний аналіз між групами продемонстрував наявність статистично значущі відмінності – встановлено достовірну різницю між групами ($U = 2442$; $p < 0,001$).

Аналіз взаємозв'язку між перцептивними характеристиками голосу за шкалою GRBAS та ендоскопічними змінами за RSA, показав статистично значущий вплив усіх параметрів GRBAS на рівень RSA ($p < 0,05$). Найбільш виражений зв'язок встановлено для показників R та G, при яких рівень RSA був достовірно вищим (R: 4,78 проти 13,15; G: 4,19 проти 9,17; $p < 0,001$), що свідчить про їх провідну роль як клінічних маркерів органічних змін гортані. Параметри B, A та S також асоціювалися з підвищенням RSA ($p < 0,05$), однак їхній вплив був менш вираженим. Отримані результати підтверджують доцільність використання перцептивного аналізу голосу як інформативного інструменту скринінгу ендоскопічно верифікованих змін гортані.

Висновки:

1. У пацієнтів основної групи встановлено достовірно вищі показники за шкалою Reflux Sign Assessment порівняно з контрольною ($p < 0,001$), що свідчить про наявність виражених ендоскопічних змін гортані.
2. Найбільш інформативними перцептивними параметрами за шкалою GRBAS є G та R, які мають найсильніший статистично значущий зв'язок із підвищенням рівня RSA і можуть розглядатися як клінічні маркери патологічних змін.

Ключові слова: ларингофарингеальний рефлюкс, дисфонія, верхні дихальні шляхи, діагностика, ендоскопія, опитувальники.

ГІПЕРТРОФІЯ НОСОГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКУ У ДОРОСЛИХ В ПРАКТИЦІ СУЧАСНОГО ОТОЛАРИНГОЛОГА

А.В. Лупир, Н.О. Юревич, Ю.М. Калашник-Вакуленко, А.В.Дзиза

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: проф., д.мед.н. Лупир А.В.

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Актуальність: носоглотковий мигдалик (також відомий в літературі як Luschka's tonsil) – це скупчення лімфоїдної тканини, розташоване по задній стінці носоглотки, що є частиною лімфоепітеліального кільця Вальдейєра. У ранньому дитинстві носоглотковий мигдалик бере участь у першій лінії захисту імунної системи та контактує першим з інгаляційними антигенами, відіграючи певну роль як у вроджених, так і в адаптивних імунних реакціях. Віруси та бактерії є тригером для розвинення гіпертрофії носоглоткового мигдалику, а його гіпертрофія є причиною дисфункції евстахієвих труб, обструкції верхніх дихальних шляхів, що в подальшому призводить до появи інших гострих та хронічних отологічних, ринологічних, ортодонтичних та інш. захворювань.

Але все ж таки це стосується насамперед пацієнтів дитячого віку (3-7 років), що пов'язано в цьому віці з активним формуванням імунітету, його незрілістю, спадковістю. Якщо дитина хворіє часто, гіпертрофований мигдалик не встигає повернутися до початкового розміру і залишається постійно збільшеним. У дорослому віці лімфоїдна тканина заміщується сполучною. Проте, іноді аденоїдити зустрічаються і у дорослих.

Мета дослідження: виявлення пацієнтів з гіпертрофією носоглоткового мигдалику серед дорослих пацієнтів, що страждали на довготривале порушення носового дихання, дисфункцію слухової труби.

Матеріали та методи дослідження: у відділенні хірургії голови та шиї Комунального некомерційного закладу Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» за два роки було обстежено 400 пацієнтів зі стійким порушенням носового дихання. Хворим було проведено стандартний отоларингологічний огляд з використанням ендоскопії, аудіометрію, тимпанометрію, комп'ютерну томографію параназальних синусів, загальноклінічні дослідження.

У хворих, в яких виявлено збільшення носоглоткового мигдалику II-III ступеня без значущого ураження параназальних синусів, стійке порушення функції слухової труби – взята біопсія гіпертрофованого мигдалику, виконано спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) голови, шиї, органів грудної клітини (ОГК), органів брюшної порожнини (ОБП), малого тазу (МТ) з контрастуванням, проведено оперативне втручання (аденотомія), проведено післяопераційне імуногістохімічне дослідження видаленої патологічної тканини, проведено дослідження в крові гормонів щитоподібної залози, глікованого гемоглобіну, підрахування Індексу маси тіла (ІМТ).

Результати: Серед 400 пацієнтів зі стійким довготривалим порушенням носового дихання за 2 роки виявлено 25 (6 %) хворих у віці від 45-60 років (жінки – 16 (64%), чоловіки – 9 (36%)) з гіпертрофією носоглоткового мигдалику II-III ступеня зі стійкою довготривалою дисфункцією слухової труби (тубоотит, секреторний отит). В анамнезі всі хворі (100%) вказували на часті ГРВІ (гострі респіраторні вірусні інфекції), бактеріальні інфекції носу та параназальних синусів. 16 (64%) пацієнтів анамнестично пов'язували початок вищевказаних порушень з перенесенням Covid. 17 жінок (68%) були підвищеного харчування з індексом маси тіла 30-34.9 (ожиріння I ступеня), з ІМТ – 28-29.9(преожиріння) – 8 пацієнтів (32%) – 3 жінки, 5 чоловіків.

У всіх хворих до та після оперативного втручання патологістологічне дослідження виявило лімфоїдну тканину з реактивним запаленням. Результати імуногістохімічного дослідження III категорії післяопераційної тканини всіх хворих наступні – морфологічна картина та імунофенотип відповідають реактивній фолікулярній гіперплазії носоглоткового мигдалика.

На СКТ у 21 (84%) хворого патології шиї, ОГК, ОБП, МТ не виявлено, у 4 (16%) пацієнтів – двобічна шийна лімфоаденопатія, вірогідно реактивного характеру, медіастинальна лімфоаденопатія. Ці чотири хворих – залишилися на спостереження за місцем проживання для проведення контролю СКТ вищевказаних ділянок.

Порушення толерантності до глюкози виявлено у 17 (68%) хворих, в одного хворого- цукровий діабет II типу (4%), у 3 хворих (12%) – порушень вуглеводного обміну не визначено.

Висновок: Хоча чіткої глобальної статистики від Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо точної частоти аденоїдів у дорослих у відкритих джерелах бракує, наші результати дослідження наголошують про значне збільшення відсотка таких хворих за останні роки. Це може бути пов'язано як і з порушеннями вуглеводного обміну, що були виявлені у хворих так і зі значущим оновленням за останні роки видів вірусів, бактерій, їх мутацією у сучасному світі, що викликає у дорослого населення реактивну гіпертрофію носоглоткового мигдалику з порушеннями роботи слухової труби, порушенням слуху, носового дихання і т.д., що все ще більш притаманне для дитячого віку.

Але до випадків діагностування аденоїдів у дорослих слід ставитися достатньо серйозно та обов'язково виключати неопластичні процеси цієї ділянки.

Ключові слова: гіпертрофія носоглоткового мигдалику, аденоїди у дорослих, носове дихання, евстахієва труба, імуногістохімічне дослідження мигдалику, аденотомія.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: РАПТОВЕ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ ВНАСЛІДОК СТІЙКОЇ КОМПРЕСІЇ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ

Науменко О.М., Дєєва Ю.В., Діхтярук О.В., Коновалов С.Е.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність: Стійка компресія хребтової артерії – це хронічне механічне здавлення однієї або обох хребтових артерій, яке не залежить від положення голови. Вона призводить до стійкого зменшення кровотоку по вертебральній артерії, хронічної ішемії задніх відділів мозку та розвитку вертебробазиллярної недостатності. Раннє розпізнавання та хірургічне лікування такого стану дозволяють повністю усунути симптоми, включаючи вестибулярні та кохлеарні порушення.

Мета роботи: Описати клінічний випадок вертебробазиллярної недостатності внаслідок постійного стенозу хребтової артерії та оцінити ефективність хірургічної декомпресії.

Методи дослідження: Проаналізовано клінічний випадок 39-річного пацієнта зі скаргами на зниження слуху на ліве вухо, шум у вусі. Встановлено, що слух відновлюється, а шум зникає при закиданні руки за голову на боці ураження. Використано дані аудіометрії, тимпанометрії, отоакустичної емісії, КТ-ангіографії, доплерографії судин голови та шиї з функціональними пробами. Доплерографія судин голови та шиї підтвердила значне зниження кровотоку по вертебральній артерії. Кровотік відновлюється при закиданні руки за голову на боці ураження. При проведенні тональної порогової аудіометрії у пацієнта виявлено порушення слуху на ліве вухо за перцептивним типом, підвищення порогів чутливості по кістці до 40 дБ на розмовних частотах, кістково-повітряний інтервал відсутній. Результати тимпанометрії – тип А зліва. Отоакустична емісія не викликається на всіх частотах на лівому вусі.

Результати: Виконано задню декомпресію хребтової артерії. Після проведеної операції пацієнт відмічає суб'єктивне покращення слуху, відсутність шуму у лівому вусі. При повторному проведенні тональної порогової аудіометрії – порогові чутливості по кістці в межах 10дБ на всій тон-шкалі, кістково-повітряний інтервал відсутній. Отоакустична емісія викликається на всіх частотах.

Висновки: Цілеспрямована хірургічна декомпресія вертебральної артерії забезпечує повне та стійке зникнення кохлеарних симптомів.

Ключові слова: вертебробазиллярна недостатність, компресія хребтової артерії, стійка компресія.

HEAD IMPULSE TEST У ДІАГНОСТИЦІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Науменко О.М., Тарасенко М.В., Романенко Р.Р.

Кафедра оториноларингології

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: к.мед.н, доцент Тарасенко М.В.

місто Київ, Україна

Вступ: вестибулярні порушення є частим наслідком мінно-вибухової травми (МВТ) та акубаротравми (АБТ) і зустрічаються у 22–31% військовослужбовців і ветеранів сучасних конфліктів (Sonstroem et al., 2023). Об'єктивні вестибулярні відхилення виявляються у близько 34% пацієнтів із хронічним запамороченням (vertigo) після МВТ/АБТ, тоді як порушення балансу реєструються у 72% випадків (Akin et al., 2022). Особливу проблему становлять субклінічні порушення вестибулоокулярного рефлексу (VOR), які не виявляються рутинними методами. Метою роботи є обґрунтування доцільності застосування video head impulse test (vHIT) як специфічного інструменту діагностики та моніторингу вестибулярної дисфункції у постраждалих від вибухової травми.

Матеріали та методи: проаналізовано сучасну літературу щодо застосування vHIT у клінічній вестибулології, зокрема у пацієнтів з бойовою вибуховою травмою. Розглянуто принципи роботи методики, технічні параметри проведення імпульсів (кут 10–20°, пікова швидкість 150–300°/с, прискорення 1500–4000°/с²) та оцінювані показники – VOR gain і коригувальні сакади (явні та приховані). Порівняно контактні та безконтактні системи vHIT за ключовими характеристиками. Розглянуто протоколи HIMPSS та SHIMPSS.

Результати: у пацієнтів після МВТ та АБТ виявлено характерний дисоціативний патерн, нормальний або субнормальний VOR gain при значно підвищеній кількості прихованих сакад, із переважним ураженням вертикальних напівкružних каналів. Цей патерн відображає активну центральну компенсацію за умов нестабільного VOR і є характерною ознакою від інших периферичних вестибулярних розладів. Безконтактні системи vHIT продемонстрували переваги у роботі з пацієнтами з травмами шиї та ПТСР завдяки відсутності провокуючого фактору (google-based) та нижчою кількістю артефактів.

Висновки та їх обговорення: vHIT є чутливим і специфічним методом раннього виявлення та об'єктивізації вестибулярних дисфункцій у постраждалих від вибухової травми і має бути невід'ємною складовою комплексного вестибулологічного обстеження цієї категорії пацієнтів. Метод є цінним для диференційної діагностики, моніторингу реабілітації та документування втрати та відновлення функції. Перспективним є проведення українських мультицентрових досліджень для розробки локальних нормативів, а також інтеграція ШІ та мобільних рішень для підвищення доступності методики в умовах етапів евакуації.

Ключові слова: vHIT, вестибулоокулярний рефлекс, мінно-вибухова травма, вестибулярна дисфункція

ФІБРИНОВИЙ ТРАНСПЛАНТАТ – ЯК ВАРІАНТ МІРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ

Пухлік С.М., Тітаренко О.В., Зятковська К.Д., Лісовецька В.С.

Одеський національний медичний університет

Одеса, Україна.

Вступ: метою закриття посттравматичних перфорацій барабанної перетинки є покращення слуху та запобігання інфікуванню середнього вуха. У сучасній хірургії середнього вуха для відновлення перфорованої барабанної перетинки зазвичай використовуються перихондрій, хрящ і фасція. Використання аутологічних трансплантатів, які отримані із власних тканин пацієнта, має низку переваг з точки зору біосумісності та безпеки порівняно з матеріалами тваринного походження. Враховуючи дані сучасної літератури з фібринової аутологічної мембрани, що збагачена тромбоцитами (PRF), ми вирішили використовувати її як трансплантаційний матеріал для відновлення цілісності пошкоджених барабанних

перетинок. PRF служить мембраною, що розсмоктується та забезпечує створення механічної та репаративної активності тканинам барабанної перетинки. Однією з переваг PRF є його легка доступність, що дозволяє необмежено використовувати його в мірингопластиці, на відміну від обмеженої доступності хряща, перихондрія або скроневої фасції.

Мета роботи: використання PRF-клатя як трансплантата при проведенні мірингопластики. Для оцінки його ефективності ми ґрунтувалися на анатомічних (приживання трансплантату) та функціональних (покращення слуху) аспектах.

Матеріали та методи: дослідження проводилось у базовому ЛОР-відділенні кафедри оториноларингології ОНМедУ. Проводилося лікування дорослим пацієнтам із діагнозом травматична перфорація барабанної перетинки. У дослідження були включені 36 пацієнтів віком від 20 до 58 років, з яких 34 були чоловіки та 2 жінки. Розміри перфорацій варіювалися в межах від 3 до 9 мм. У 34 респондентів травма барабанної перетинки відбулася за чотири місяці до початку дослідження, у решти двох були перфорації давністю понад шість місяців. Кожному пацієнту було проведено комплексне клінічне обстеження, що включає оцінку всіх ЛОР-органів. Додатково було проведено отологічне обстеження. Отомікроскопія використовувалася для оцінки характеристик перфорації барабанної перетинки, таких як розмір, локалізація та наявність отореї. Аудіологічне обстеження, зокрема тональна аудіометрія, проводилося для вимірювання повітряно-кісткового розриву та порогу слуху. Отомікроскопія використовувалася для класифікації перфорацій за їх розміром, поділяючи їх на малі (3-4мм), середні (5-6мм) та великі (7-9мм). Хірургічне втручання здійснювалось у форматі тимпанопластики І типу.

Підготовка PRF-клатя проводилася до початку операції на вусі за стандартною методикою. Для обробки отриманих даних застосовувалися методи описової та аналітичної статистики. Усі респонденти були інформовані як усно, так і письмово про сутність та деталі проведення операції.

Результати: проведено обстеження та лікування 36 пацієнтів з травматичною перфорацією барабанної перетинки, яким виконано хірургічну корекцію дефекту, засновану на застосуванні PRF-клатя. Позитивний результат лікування оцінювався за приживання трансплантату і поліпшення слуху.

Наші результати показали статистично визначено досить сильну кореляцію між давністю виникнення перфорації та термінами її загоєння. У той же час, суттєвої взаємозв'язку між розмірами дефекту та ефективністю приживлення PRF-клатя не виявили. Серед несприятливих факторів для приживлення клатя слід зазначити виникнення рубцевих змін у барабанній порожнині через давність перфорації, особливо у ділянці уст євстахієвих труб, супутні захворювання організму (сахарний діабет). У пацієнтів з ранньою перфорацією та без зазначених ускладнень відмічено 100% загоєння перфорацій. Також відзначено поліпшення слуху переважно за рахунок кондуктивного компонента, що аудіометрично виражалось скорочення значення повітряно-кісткового розриву після операції. При субтотальних перфораціях PRF-мембрана успішно інтегрувалася у тканини барабанної перетинки, беручи участь у стимуляції регенеративних процесів завдяки змісту факторів зростання. Загоєння супроводжувалося помірно вираженою асептичною запальною реакцією та активацією васкуляризації тканин барабанної перетинки. У післяопераційному періоді ускладнень не було зафіксовано. 27 пацієнтам із супутньою гострою сенсоневральною приглухуватістю паралельно проведено стандартний курс інфузійної терапії.

Висновки: лікування посттравматичних перфорацій за допомогою PRF показало перспективні результати. Застосування PRF-мембрани для усунення перфорацій барабанної перетинки виявилось успішним у 91,7% хворих, що підкреслює значну біосумісність та регенеративний потенціал використовуваного матеріалу. Результати дослідження підтверджують високу ефективність PRF-мірингопластики у відновленні анатомічної структури та стимулюванні репаративних процесів пошкоджених барабаних перетинок. Цей підхід забезпечує як закриття дефекту, так і біологічну підтримку процесів регенерації власних тканин барабанної перетинки. Використання даної методики знижувало обсяг та час оперативного втручання, післяопераційний період та кількість днів непрацездатності. Ці переваги розширюють можливості застосування методу у повсякденній клінічній практиці.

Ключові слова: мірингопластика, барабанна перетинка, PRF, фібрин, аутоотрансплантат.

ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ ДО ВСТАНОВЛЕННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТІВ

Терещенко Ж.А.

Кафедра оториноларингології

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: к.мед.н, доцент Тарасенко М.В.

місто Київ, Україна

Актуальність: ринок надання стоматологічних послуг має незмінну тенденцію до зростання, як в світі, так і в Україні. Особливо це зростання стосується таких сучасних щелепно-лицевих хірургічних втручань, як встановлення дентальних імплантатів та синус-ліфтинг. Цей ринок збільшується через старіння населення, збільшення обізнаності пацієнтів про ці процедури, зменшення вартості цих процедур у порівнянні з 10-15-річною давністю і, таким чином, збільшення доступності, зростання кількості щелепно-лицевих хірургів, які володіють даними методиками. Щорічно в світі виконується 25-35 млн. імплантацій, в Україні не має даних про кількість імплантацій, але ринок продажу імплантатів в нашій країні у 2025 році оцінюється у суму близько 3,47 млн доларів США та має тенденцію до щорічного зростання на 9%. Приблизно третина пацієнтів перед імплантацією потребують синус-ліфтингу в наслідок наявного дефіциту у пацієнтів кісткової тканини.

Методи дослідження та результати: перед зазначеними щелепно-лицевими операціями пацієнти потребують консультації у оториноларинголога для повноцінної підготовки та зменшення вирогідності виникнення ускладнень в післяопераційному періоді та втрати встановлених імплантатів. Пацієнтам перед імплантацією та синус-ліфтингом необхідно проводити КТ приносних пазух для оцінки їх стану, для виявлення хронічного або гострого синуситу, наявності кіст, поліпів, грибкових синуситів, порушення роботи природних співусть верхньощелепних пазух. Консультація оториноларинголога проводиться також з метою оцінки стану носового дихання, так як це може впливати на вентиляційну та дренажну функцію в післяопераційному періоді, впливаючи на загоєння та вірогідність розвитку ускладнень.

Наш багаторічний досвід співпраці з щелепно-лицевими хірургами свідчить, що не лише патологія приносних пазух, але і викривлення носової перегородки, хронічні риніти не повинні залишитися без уваги спеціалістів в передопераційному періоді.

Зрозуміло, що таким пацієнтам буде рекомендовано у якості передімплантаційної підготовки провести хірургічні втручання на порожнині носа та(або) приносних пазух, а це збільшить вартість лікування та тривалість життя пацієнта без зубів, але покращить післяопераційний прогноз щодо можливих ускладнень та якості встановлення імплантату або інших матеріалів при синус-ліфтингу.

Висновки: Таким чином, ЛОР-підготовка до імплантації зубів — важливий етап, що значно знижує ризик ускладнень, таких як синусит, втрати імплантату чи інфекція. Співпраця між стоматологом-імплантологом і ЛОР-лікарем є не бажаною, а необхідною умовою та запорукою успіху.

ТРАНСОРАЛЬНА CO₂-ЛАЗЕРНА МІКРОХІРУРГІЯ — СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РАКУ РОТОГЛОТКИ

Фокін Г.Г.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В, д.мед.н. Кравець О.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Зростання захворюваності на ВПЛ-асоційований плоскоклітинний рак ротоглотки супроводжується підвищенням уваги до віддалених результатів лікування, оскільки пацієнти з ранніми стадіями характеризуються високими показниками 5-річної загальної виживаності. У цьому контексті особливої актуальності набуває оцінка функціональних результатів та якості життя після

лікування. Дисфагія розглядається як одне з ключових ускладнень, що виникає як наслідок захворювання, так і в результаті лікування, і має значний вплив на щоденну життєдіяльність пацієнтів.

Мета роботи: Порівняльний аналіз функціональних результатів після трансоральної лазерної мікрохірургії та дистанційної променевої терапії як первинних методів лікування ранніх стадій ВПЛ-асоційованого плоскоклітинного раку ротоглотки.

Методи дослідження: Проспективне порівняльне дослідження: 64 пацієнти (ВПЛ-асоційований плоскоклітинний рак ротоглотки T1–T2, N0–N2), ТОЛМ (n = 33) vs ДПТ (66–70 Гр; n = 31). Оцінка функціональних результатів у 5 часових точках за опитувальником MDADI (0, 7, 30 днів; 6 і 12 міс). Аналіз: t-тест / Mann–Whitney, змішані моделі, Fisher, багатофакторна регресія.

Результати: Встановлено, що до початку лікування показники за функцією ковтання у групах не відрізнялися ($86,9 \pm 7,6$ проти $87,3 \pm 6,9$ бала; $p = 0,836$). На 7-й день після лікування у групі ТОЛМ спостерігалось значне зниження середнього показника MDADI ($68,2 \pm 11,1$ бала) порівняно з ДПТ ($79,7 \pm 6,4$ бала; $p < 0,001$). Однак через 12 місяців у групі ТОЛМ показник MDADI був статистично значуще вищим ніж у групі ДПТ ($83,8 \pm 8,6$ проти $71,4 \pm 12,7$ бала; $p < 0,001$), що свідчить про кращу динаміку відновлення функції ковтання у групі ТОЛМ.

Висновки: Дані проведеного дослідження свідчать про переваги трансоральної CO₂-лазерної мікрохірургії у відновленні функції ковтання у пацієнтів із раннім ВПЛ-асоційованим раком ротоглотки. Встановлено, що через 12 місяців після лікування показники за опитувальником MDADI у групі ТОЛМ були статистично значуще вищими ($83,8 \pm 8,6$ бала) порівняно з групою ДПТ ($71,4 \pm 12,7$ бала; $p < 0,001$). Результати аналізу з використанням лінійних змішаних моделей підтвердили наявність статистично значущої взаємодії між часом та методом лікування ($\beta = 0,0498$; SE = 0,0085; $p < 0,001$), що свідчить про більш сприятливу динаміку відновлення функції ковтання у групі ТОЛМ.

Ключові слова: вірус папіломи людини; плоскоклітинна карцинома ротоглотки; CO₂-лазерна мікрохірургія, глотка, піднебінний мигдалик, хірургічне лікування.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

Є.М.Цимбалюк

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

Актуальність: в структурі злоякісних новоутворень серед чоловічого населення рак гортані займає 6 місце. Серед вперше виявлених занедбані стадії раку гортані (III–IV) виявляють у 61% пацієнтів, раку гортаноглотки – 72%. Основним методом ефективного лікування в цих випадках є ларингектомія. Перспектива втрати голосу, неможливість спілкуватись і загроза соціальної ізоляції часто змушують пацієнта відмовлятися від радикального оперативного лікування. Це в свою чергу впливає і на онкологічні результати лікування і на тривалість та якість життя в цілому.

Онкологічна ефективність переважно оцінюється на основі показників виживаності та безрецидивного періоду. В той же час якість життя пацієнта для оцінки результатів лікування є одним з ключових критеріїв. Згідно визначення ВООЗ, поняття «якість життя» включає фізичне здоров'я (енергійність, фізичні можливості, больові відчуття), соціальні аспекти (доступність соціальних контактів, культурні та безпекові можливості), економічний добробут (для пацієнтів після ларингектомії це, в тому числі, можливість повернутись до роботи, задовольняти матеріальні потреби) та психологічний стан, що передбачає емоційний комфорт, задоволеність життям та витікає з попередніх складових поняття. Слід зазначити, що 70% хворих на рак гортані – це чоловіки працездатного віку 41–60 років, для яких збереження соціальної залученості є синонімом продовження життя. Отже, реабілітація голосової функції поліпшує і функціональні результати лікування, і онкологічні результати, і якість життя.

Можливість продовжити розмовляти відразу після загоєння рани забезпечують саме хірургічні методи реабілітації – трахеоглоткове шунтування, трахеостравохідне шунтування, трахеостравохідне шунтування з протезуванням (ТСШП). Але найпоширенішим та малоінвазивним методом відновлення голосової функції залишається застосування мовної терапії. При об'єктивній порівняльній оцінці псевдоголосу, що формується тим чи іншим методом голосової реабілітації, велике діагностичне значення надається методам акустичного аналізу голосового сигналу.

Мета: дослідження було вивчення кореляції критеріїв якості життя з точки зору пацієнта з об'єктивними показниками голосового сигналу після реабілітації основними поширеними методами відновлення голосу.

Матеріали та методи: У відділі онкопатології лор-органів Державної установи «Інститут отоларингології ім.проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України» для відновлення голосової функції ларингектомованих пацієнтів використовується метод ТСШП протезами Provox з низьким тиском для тривалого використання. В рамках дослідження хірургічним шляхом реабілітовано 41 пацієнт: 4 жінок і 37 чоловіків у віці від 41 до 70 р. Використано протези: Provox, Provox2, Vega. Протезовані пацієнти склали основну групу. Одномоментно в ході ларингектомії протезовано 13 пацієнтів, під час пластики фарингостоми – 7, відтерміноване протезування (від 2 міс. до 2 років) – 21 пацієнт. В групу порівняння увійшли 10 пацієнтів, реабілітованих методом мовної терапії.

З метою з'ясування рівня якості життя пацієнтам було запропоновано заповнювати спеціальний опитувальник EORTC QLQ-H&N35 (Європейської організації дослідження і лікування раку) через 1 міс і більше після реабілітаційних заходів, а у пацієнтів групи порівняння – після оволодіння навичками стравохідного голосу. Опитувальник включає питання стосовно болю, ковтання, спілкування, соціальних контактів. Анкетування передбачало подальший обрахунок за окремими модулями та комплексно, вираженість симптому або проблеми оцінюється пацієнтом в діапазоні від 1 до 4.

Акустичні дослідження проводилися за допомогою програми ADOBE AUDITION 2.0 (Wave Lab LE 7), а також апаратно-програмного комплексу LAR.

Результати: За даними опитування в групі протезованих пацієнтів 85% не мають складностей в родинному спілкуванні, 80% не мають проблем в соціальних контактах, 60% не мають жодних труднощів в розмові по телефону. Пацієнти групи порівняння відзначили дуже та суттєво виражені проблеми в соціальних контактах в 70% випадків, складності в розмовах з близькими в 50% і 100% відзначили дуже виражену проблему телефонного спілкування. Серед протезованих 19 чол. продовжують працювати, в тому числі на місцях, що вимагають активного спілкування. З 10 пацієнтів групи порівняння працюють 2. Згідно обчислень у пацієнтів контрольної групи сумарна оцінка якості життя була достовірно нижче ($p < 0,05$) ніж в групі хірургічної реабілітації за рахунок зниження показників перш за все в модулі голосової функції і соціальних контактів.

Онкологічні показники в обох досліджуваних групах спостереження достовірної різниці не мали.

Комп'ютерний акустичний аналіз голосного звуку «а» після ТСШП показав, що максимальна тривалість фонації складає від 3с до 33с (18-20сN), на противагу стравохідному 0,5с-1,1с; основна частота – 146-187Hz проти 44-151 Hz; гучність (максимальна сила голосу) – 43дБ-50дБ (70-75 N) проти 36-40дБ, темп мови на основі аналізу тексту (слів в хв.)- 47-180 у протезованих пацієнтів (170-175 N) і 30-81 у реабілітованих з застосуванням мовної терапії.

Висновки: Виконані дослідження свідчать, що об'єктивні критерії оцінки голосового сигналу корелюють з високим рівнем якості життя, оцінюваного суб'єктивно самим пацієнтом.

Голосова реабілітація після ларингектомії має оцінюватись комплексно з врахуванням суб'єктивного погляду пацієнта та характеристик голосового сигналу як об'єктивного критерію.

Використання сучасних методів голосової реабілітації, в тому числі трахеостравохідного шунтування з протезуванням, дозволяє суттєво підвищити якість життя хворих на рак гортані.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЛІМФАДЕНОЇДНОГО ГЛОТКОВОГО КІЛЬЦЯ: АЛГОРИТМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Шевчук Ю.В.¹, Бака Л.М.²

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

КНП «Дитяча клінічна лікарня No 2 м. Києва»

м. Київ, Україна

Лімфаденоїдне глоткове кільце складається з 6 мигдаликів: 2 трубних та глотковий розташовані в носоглотці, 2 піднебінних та язиковий – в ротоглотці. Лімфоїдна тканина також розташована в гор-

тані, носовій порожнині, на задній та носовій стінках глотки. Серед патології лімфаденоїдної тканини в ділянці ЛОР органів виділяють гострі та хронічні тонзиліти (тонзилофарингіти) та аденоїдити, рідше – ангіна язикового мигдалика та гортанна ангіна, котрі можуть приводити до важких ускладнень, як системних, так і місцевих. Надзвичайно поширеними є гіпертрофія аденоїдів та піднебінних мигдаликів.

Актуальність: Гіпертрофія аденоїдів зустрічається у 10 – 30% дітей віком від 2 до 12 років та у 50% дітей віком від 1 до 7 років. На аденоїдит хворіє – до 70% дітей, що часто хворіють та до 50% всіх дітей. Аденоїдит поділяється на гострий – до 14 днів, підгострий – до 1 місяця та хронічний – понад місяць, є одним з найпоширеніших станів в дитячій оториноларингології, що приводить до зниження якості життя та бактеріальних ускладнень.

Термінологія. Аденоїдит (ангіна глоткового мигдалика) – (J35.8/J35.9) – це запалення глоткового мигдалика, незалежно від його розмір. У практичній медицині надзвичайно часто ставиться діагноз «Гострий назо-фарингіт» (код J 00, НЕЖИТЬ), котрий в першу чергу асоціюється з проявами ГРВІ. У дітей з не видаленими аденоїдними вегетаціями ці терміни часто вважаються синонімами, навіть у випадку незначної гіпертрофії глоткового мигдалика, що зумовлено аналогічними локалізацією процесу та клінічними проявами. Але, все ж це застуда, яка виникає як після аденотомії, так і у дорослих.

Збудниками аденоїдиту є віруси (грип, парагрип, аденовіруси, риновіруси, VEB), бактерії: *S. Aureus*, *Str. Pneumoniae*, *Neumophilus influenza*, *Moraxella cataralis*, *St piogenus*, мікоплазми, хламідії та гриби (кандіда) -19%. Як правило, мікроорганізми при аденоїдитах та хронічних тонзилітах знаходяться в стані біоплівки (до 95% на аденоїдах та до 70% на піднебінних мигдаликах. Біоплівка – конгломерат мікроорганізмів, що розташовані на будь-якій поверхні, збалансований за видовим складом і функціональним розподілом членів спільноти. Найбільш важливою відміною бактерій, що існують у складі біоплівки, є підвищення у 500 разів резистентності до антибіотиків.

Скарги: кволість, стомлюваність, головний біль; гіпертермія; закладеність у носі, ринорея, кашель; сопіння/храп/апноє сну, блювання (слиз), рецидивуючі синусити, трахеїти, бронхіти, пневмонії, середні отити. Клініка аденоїдиту: гіперемія задньої стінки глотки, постназальне затікання, виділення з носу, кашель, гіперемія та набряк слизової носу, можливі хрипи, гугнявість.

Діагностика аденоїдиту: риноскопія, фарингоскопія, відеоендоскопія (ригідна чи фібро), загальний аналіз крові + СРБ, бактеріологія: (мазок із зіву на флору та чутливість до антибіотиків). Диференційна діагностика проводиться з застудою (гострий назофарингіт); алергічним ринітом (зустрічається у 65% дітей з гіпертрофією аденоїдів), гострим риносинуситом (вірусним, поствірусним, бактеріальним).

Лікування. Місцево використовують промивання порожнини носу солевими розчинами (ізотонічні, гіпертонічні, з додаванням ментолу, евкаліпту, прополісу), деконгестанти, топічні глюкокортикостероїди (мометазону флуорат), антисептики та антибактеріальні препарати, муколітики, препарати, що містять срібло (колоїдне та нано). Системно – муколітики, антигістамінні (при наявності алергологічного анамнезу), фітопрепарати комплексної дії, імуномодулятори (бактеріальні лізати), гомеопатичні засоби. Системні антибіотики не слід призначати.

Фізіотерапія та промивання за Проетц не рекомендована НСЗУ. При потребі можливий кріовплив та аденотомія під час ремісії.

З власного досвіду, для лікування аденоїдиту у дітей ми рекомендуємо місцеве використання ізотонічного розчину з прополісом та препаратів срібла (антисептична дія з впливом на біоплівки), мометазону при тривалому перебігу, алергічному риніті. Системно – фітопрепарати (імуномодулятор, антибактеріальна, протівірусна, секретолітична дія, при потребі – антигістамінні, муколітики, деконгестант. Запорукою успіху є комплаєнс, відсутність парапрагмазії, ефективність, адекватний ефект без застосування системних антибіотиків та, нерідко, топічних глюкокортикостероїдів.

ТАКТИКА ЗНЕБОЛЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЛОР-ОРГАНАХ У ДІТЕЙ

Шевчук Ю.В.¹, Яценко П.Р.²

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

КНП «Дитяча клінічна лікарня No 2 м. Києва»

м. Київ, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день в дитячій оториноларингології проводиться велика кількість оперативних втручань, переважно на лімфаденоїдному кільці глотки – аденотомія, тонзилотомія, розтин абсцесів, рідше тонзилектомія; на вусі – тимпаностомія, тимпанопункція, мірінготомія, антромастотомія. Також виконуються ринологічні втручання, такі як септопластика, вазотомія, поліпотомія, синусотомія, редресация. Як правило, дані втручання виконуються під наркозом, найчастіше ендотрахеальним. При цьому діти потребують знеболення в післяопераційному періоді. Післяопераційне лікування болю у дітей є складним завданням, особливо після тонзилектомії, великих за обсягом втручань та втручань, пов'язаних з тампонадами носу, навіть при зупинці носової кровотечі. Оцінка післяопераційного болю проводиться за шкалами Вонга-Бекера, FLACC, візуально аналоговими шкалами.

У післяопераційному періоді у дітей одним із ключових завдань є ефективний контроль болю, оскільки виражений больовий синдром може призводити до порушення ковтання, відмови від прийому їжі та рідини, дегідратації, а також подовження періоду відновлення. Сучасні підходи до лікування післяопераційного болю базуються на принципах мультимодальної аналгезії, що передбачає одночасне застосування препаратів із різними механізмами дії для досягнення оптимального анальгетичного ефекту при мінімальному ризику побічних реакцій. У дитячій оториноларингологічній практиці після операцій доцільним є поєднане використання нестероїдних протизапальних препаратів, центральних анальгетиків та місцевих анестетиків, зокрема диклофенаку, парацетамолу та бупівакаїну (лонгокаїну).

Парацетамол (Ацетамінофен) є одним із найбільш безпечних та широко застосовуваних анальгетиків у дитячому віці і є номер один за використанням, як стартова терапія. Його механізм дії пов'язаний переважно з центральним інгібуванням синтезу простагландинів у структурах центральної нервової системи, що забезпечує виражений анальгетичний та жарознижувальний ефект без значного впливу на периферичні запальні процеси. У післяопераційному періоді парацетамол використовується як базовий компонент аналгезії, що дозволяє ефективно контролювати біль та забезпечувати комфорт пацієнта. Препарат може застосовуватися перорально, ректально або внутрішньовенно залежно від клінічної ситуації, а його сприятливий профіль безпеки робить його важливим елементом мультимодальної аналгезії у дітей. Дозування: Парацетамол 10–15 мг/кг кожні 6 год ідеально у вигляді внутрішньовенної інфузії.

До НПЗЗ відносяться ібупрофен, диклофенак, кеторолак, кутпрофен, метамізол (анальгін), целекоксиб. Диклофенак належить до групи нестероїдних протизапальних препаратів і реалізує свій анальгетичний та протизапальний ефект шляхом інгібування ферменту циклооксигенази (ЦОГ-1 та ЦОГ-2), що призводить до зниження синтезу простагландинів – основних медіаторів болю та запалення. У післяопераційному періоді після тонзилектомії застосування диклофенаку сприяє зменшенню інтенсивності больового синдрому, набряку тканин та запальної реакції у зоні оперативного втручання. У дітей препарат може застосовуватися у вигляді ректальних супозиторіїв або парентерально з урахуванням вікових дозувань та маси тіла. Дозування у дітей (з 8 років, маса тіла не менше 25 кг). Зазвичай рекомендують: 1–2 мг/кг/добу, розділено на 2–3 введення, максимум 75 мг/добу (залежить від віку і форми). Форми застосування: ректальні супозиторії, пероральні форми. Не застосовують при: виразковій хворобі, коагулопатіях, тяжких захворюваннях нирок, алергії на НПЗП, бронхіальній астмі, індукованій НПЗП. Анальгін може вводиться парентерально у дозі 0,1 мл на кг ваги до 3-х разів на добу, але як додатковий засіб.

Актуальною є превентивна аналгезія до, або під час оперативного втручання, що полягає в введенні дексаметазону та місцевих анестетиків. Зокрема, лонгокаїн (бупівакаїн) є місцевим анестетиком амідного типу пролонгованої дії, який широко використовується для локальної інфільтраційної анестезії у хірургічній практиці. Механізм його дії полягає у блокуванні натрієвих каналів у мембранах нервових

волокон, що перешкоджає генерації та проведенню нервового імпульсу. Після тонзилектомії чи при розтині абсцесів бупівакаїн може вводитися шляхом інфільтрації у ділянку ложа піднебінних мигдаликів, що забезпечує тривалий локальний аналгетичний ефект протягом перших годин після операції. Такий підхід дозволяє значно зменшити інтенсивність раннього післяопераційного болю. Паратонзиллярну інфільтрацію проводять для дітей віком від 2-х років 0,25% бупівакаїном у дозі 7,5-12,5 мг на мигдалик.

Ефективним, безпечним та зручним є використання після операцій в глотці спреїв та таблеток для розсмоктування, що містять анальгетики (лідокаїн, дибукан, хлорбутанол), антисептики (тіротрицин, декваліній, гексетидин) та їх комбінації (бензидаміну гідрохлорид, фенол, біклотимол).

Використання опіоїдів після операцій в дитячій оториноларингології не є варіантом вибору, не рекомендовано і зазвичай не застосовується, може вводиться лише для «рятувального знеболення» в атиповій ситуації.

Поєднане застосування НПЗЗ, парацетамолу та лонгокаїну відповідає принципам мультимодальної анальгезії, оскільки ці препарати впливають на різні ланки формування больового синдрому. Локальна дія бупівакаїну забезпечує блокаду периферичних ноцицептивних імпульсів у зоні оперативного втручання, тоді як диклофенак зменшує периферичне запалення та синтез простагландинів, а парацетамол реалізує центральний аналгетичний ефект. Така комбінація дозволяє досягти більш ефективного контролю післяопераційного болю, покращити ранню реабілітацію пацієнтів та зменшити ризик небажаних реакцій, пов'язаних із застосуванням високих доз одного препарату.

Висновки: Таким чином, використання диклофенаку, парацетамолу та лонгокаїну в комплексі є обґрунтованим і ефективним підходом до лікування післяопераційного болю після тонзилектомії у дітей. Мультимодальна анальгезія із застосуванням цих препаратів сприяє покращенню якості післяопераційного періоду, підвищує комфорт пацієнтів та сприяє більш швидкому відновленню після хірургічного втручання. При оперативних втручаннях в ротоглотці додатково можна використовувати місцеві анестетики.

ДАНІ ЕЕГ У ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ СЕНСОРНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК COVID-19

Т.А.Шидловська¹, М.С.Козак¹, К.В.Овсяник¹, М.І.Безега², Б.М.Безега¹

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»,
м. Київ

Актуальність. Вірус SARS-CoV-2 навіть після завершення пандемії залишається предметом активного вивчення, оскільки наслідки перенесеної інфекції можуть стосуватися різних органів і систем. Внаслідок численних мутацій вірусу клінічні прояви COVID-19 змінювалися, що зумовлювало варіабельність перебігу захворювання. Водночас у багатьох пацієнтів після перенесеної інфекції зберігалися або виникали порушення з боку серцево-судинної та нервової систем. Вагоме місце серед клінічних проявів COVID-19 посідають сенсорні порушення, зокрема розлади слухової, смакової, нюхової та вестибулярної функцій.

Мета дослідження: Оцінити особливості електроенцефалографічних показників у пацієнтів із сенсорними розладами після перенесеного COVID-19.

Матеріали, методи та результати дослідження.

Нами було проаналізовано дані опитування, анамнезу та скарг 120 пацієнтів після перенесеного COVID-19 із наявними сенсорними розладами. При аналізі враховували ступінь вираженості порушень слухової та нюхової функцій.

Обстежених пацієнтів було розподілено на дві групи. Першу групу становили 74 пацієнти з легкими або помірними сенсорними розладами. До другої групи увійшли 46 пацієнтів, які перенесли COVID-19 у більш тяжкій формі та мали більш виражені сенсорні відхилення. Контрольну групу склали 15 практично здорових обстежуваних, які не мали в анамнезі COVID-19 та не пред'являли скарг на порушення сенсорних функцій.

ЕЕГ-дослідження виконували за допомогою комп'ютерного електроенцефалографа фірми «DX-системи» (Україна). У всіх досліджуваних осіб було проведено якісний і кількісний аналіз показників ЕЕГ, зокрема визначення відсоткового співвідношення основних ритмів біоелектричної активності голов-

ного мозку. У пацієнтів після перенесеного COVID-19 зміни ЕЕГ картини реєструвалися як під час фоновому запису, так і при проведенні функціональних навантажень.

За результатами якісного аналізу ЕЕГ у хворих із COVID-19 були виявлені порушення біоелектричної активності головного мозку різного характеру. Найчастіше вони проявлялися десинхронізацією та дезорганізацією основних ритмів, наявністю іритативних змін, а також збільшенням частки повільнохвильової активності.

Під час виконання функціональних проб зазначені зміни ставали більш вираженими. Отримані нами результати можуть свідчити про функціональне порушення з боку дієнцефальних та дієнцефально-стовбурових структур головного мозку у пацієнтів цієї категорії. Найбільш виражені порушення спостерігалися у хворих другої групи, тобто в осіб зі стійкими та більш значними сенсорними розладами після перенесеного COVID-19.

У пацієнтів другої групи кількісні показники відсоткового вмісту основних ритмів ЕЕГ були змінені більш суттєво, особливо у лобних і потиличних відведеннях. Значення цих показників у хворих другої групи достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися не лише від даних контрольної групи, але й від показників пацієнтів першої групи.

В обох групах хворих встановлено достовірне збільшення представленості бета-ритму. Одночасно відзначалося достовірне зниження частки альфа-активності, найбільш виражене у потиличному відведенні. Особливу увагу привертало збільшення частки дельта-активності. Найбільш виражене зростання дельта-хвиль в обох групах пацієнтів після COVID-19 із сенсорними розладами спостерігалось у лобному відведенні як при фоновому записі, так і під час функціональних навантажень.

Висновки. У пацієнтів із сенсорними порушеннями після перенесеного COVID-19 за даними ЕЕГ спостерігається зміна співвідношення основних ритмів біоелектричної активності головного мозку. Ці зміни проявляються збільшенням повільнохвильової активності та зменшенням представленості альфа-ритму. Найбільш виражені відхилення спостерігалися у пацієнтів другої групи, які мали більш тяжкі та стійкі сенсорні розлади.

Виявлені електроенцефалографічні ознаки дисфункції дієнцефально-стовбурових структур головного мозку, а також підвищення частки повільнохвильової активності можуть мати прогностичне значення щодо розвитку або прогресування сенсорних порушень у хворих після перенесеного COVID-19.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВУЗЛИКІВ ГОЛОСОВИХ СКЛАДОК

Шидловська Т.А., Волкова Т.В.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
м. Київ

Актуальність: проблема лікування вузликів голосових складок залишається однією з актуальних проблем сучасної фоніатрії та оториноларингології, зважаючи на велику розповсюдженість такої патології та не завжди достатню ефективність лікувальних заходів. З цією формою порушення голосу стикається у своїй роботі практично кожний отоларинголог.

Вузлики голосових складок – це невеликі, не парні або парні симетрично розташовані по краях голосових складок доброякісні утворення, що складаються з фіброзної тканини і належать до органічних захворювань голосового апарату. Симптоми вузликів: швидка втомлюваність голосу, відчуття слизу на складках, який заважає фонації і викликає постійну потребу зняти його відкашлюванням. Інколи у пацієнтів виникає відчуття існування стороннього тіла. Пацієнти голосомовних професій відмічають зникнення тонких відтінків, вони не можуть виконувати звуки, які потребують навантаження на краї голосових складок (порушення піано, фальцета, філірування).

Нами було проведене інструментальне обстеження 34 пацієнтів з вузликами голосових складок і проведене їх комплексне лікування з урахуванням отриманих даних. Пацієнтам проводився спеціалізований фоніатричний огляд, відеолангвінгостробоскопія, визначення часу максимальної фонації.

Для успішного лікування будь-якої патології необхідними умовами є насамперед якісна діагностика з констатацією всіх важливих деталей та надійний контроль ефективності терапевтичних заходів. Не є виключенням і патологія голосоутворення. Основними засобами інструментальної оцінки в фоні-

атричній практиці залишається ларингоскопія, бажано – в повному фоніатричному обсязі, з функціональними навантаженнями. Цінним методом оцінки стану голосового апарату та його діяльності є відеоларингостробоскопія.

Також всі пацієнти були обстежені нами за методиками електроенцефалографії (ЕЕГ) та реоенцефалорнафії (РЕГ) з метою оцінки біоелектричної активності головного мозку та мозкового кровообігу відповідно. Це обумовлюється тим, що розлади голосоутворення нерідко розвиваються на фоні невrogenної передумови, порушень у функціональному стані центральної нервової системи та церебральної гемодинаміки.

У хворих з вузликами голосових складок спостерігалися зміни картини ЕЕГ, які свідчать про подразнення коркових, а в деяких пацієнтів – діенцефальних та діенцефально-стовбурових структур головного мозку. У всіх обстежених мали місце виражені в тій чи іншій мірі явища десинхронізації, дезорганізації основних ритмів ЕЕГ, згладженості зональних відмінностей, поява гострих верхівок хвиль основних ритмів, зміни іритативного характеру.

На наше переконання, лікування порушень голосу, особливо хронічних, стійких та ускладнених форм потребує комплексного підходу та індивідуалізації плану лікування. Поєднання місцевого і загального лікування та фонопедичної терапії дає найкращий результат при реабілітації пацієнтів з порушеннями голосоутворення. Застосовані нами лікувальні заходи були комплексними і стосувалися також нормалізації відхилень від норми у показниках РЕГ та ЕЕГ.

Лікування хворих з вузликами голосових складок може бути консервативним та хірургічним. Однак, хірургічне лікування має ризики, зважаючи на необхідність роботи на медіальному краю голосових складок, потребує майстерності хірурга і далеко не завжди є достатньо ефективним методом покращення голосової функції. Травматизація особливо важливої для фонації ділянки голосових складок може погіршити якість голосу. Особливо це важливо для осіб голосомовних професій. Невдалий результат хірургічного лікування може призвести до їх професійної непридатності.

Консервативне лікування складається з місцевого та загального застосування препаратів. Місцеве полягає у інстиляціях лікарських препаратів на голосові складки, при цьому використовуються: 3% розчин коларголу, суспензія гідрокортизону, розведена в об'ємі 1-2 мл на фізіологічному розчині у відношенні 1:1, вітамінно-масляна суміш, розчин лідази та ін. Нами також виконувалось проведення ультрафонофорезу з гідрокортизоном та лідазою на проекцію голосових складок. Пацієнтами обов'язково дотримувався голосовий режим. Загальне лікування включало ноотропні, судинні та заспокійливі засоби. Вузлики голосових складок часто виникають на фоні невротичних розладів, порушень ендокринної системи, запальних захворювань, тому такі пацієнти нерідко потребують додаткового обстеження та консультації у відповідних спеціалістів. Їх рекомендації також враховувалися нами при призначенні лікування.

В результаті проведеного нами комплексного лікування ми отримали позитивний ефект – зменшення або зникнення вузликових утворень та покращення голосової функції – у всіх обстежених пацієнтів з вузликами голосових складок.

Таким чином, запропонований комплексний підхід до лікування вузликів голосових складок, який поєднує заходи місцевого і загального впливу і підбирається індивідуально в залежності від даних відеоларингостробоскопії, РЕГ та ЕЕГ, дозволяє отримати високу ефективність і уникнути хірургічного лікування.

СТАН ГОЛОСОВОГО АПАРАТА ЗА ДАНИМИ ВІДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРЕННЯМИ ГОРТАНІ

Т.А.Шидловська, О.Л.Матюхіна

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
м. Київ

Відеоларингостробоскопія залишається одним з провідних методів інструментального обстеження голосового апарату у фоніатрії. Практично, ця методика дозволяє оцінити як анатомічний стан голосового апарату, так і виявити порушення його рухової діяльності в процесі фонації. Важливою перевагою методу є можливість кількісної і якісної оцінки результату та документування даних для динамічного спостереження.

Лікування доброякісних утворень на голосових складках переважно лікується хірургічними методами. Ефективність такого лікування може бути оцінена різними підходами. З точки зору хірурга, показником успішного лікування є повне видалення утворення на голосових складках та максимально можливе збереження незмінених тканин гортані. З точки зору пацієнта, успішність визначається відсутністю неприємних проявів та якістю голосу після втручання. Особливо останній чинник важливий для професіоналів голосу. Однак, суб'єктивна, візуальна та об'єктивна оцінка результату лікування може не збігатися. І у випадку недостатньої ефективності лікування вкрай важливо визначити, в якій саме площині лежать порушення діяльності або структури елементів голосового апарата, щоб правильно визначити шляхи реабілітації.

Об'єктивним методом оцінки якості голосового сигналу є акустичний аналіз. Об'єктивну оцінку рухової діяльності гортані можна здійснити за допомогою методу відеоларингостробоскопії.

Дані відеоларингостробоскопії, які дозволяють визначити такі показники, наприклад, як активність вокальних рухів, їх ритмічність і синхронність, значною мірою визначаються розміром, щільністю і локацією доброякісних утворень голосових складок. Але не тільки ними. Велику роль відіграють також чинники центральної і периферичної регуляції голосового апарату, рефлекторні стимули та його тренуваність. Тому аналіз даних стробоскопії має бути багатофакторним.

Нами обстежено 54 пацієнти з органічними захворюваннями гортані – доброякісними утвореннями голосових складок (фіброми, вузлики співаків, кісти, ангіофіброми) різної локалізації. Пацієнтам проведено спеціалізований фоніатричний огляд, визначення часу максимальної фонації та відеоларингостробоскопії. Відеоларингостробоскопічне дослідження проводилося на обладнанні фірми “Karl Storz” (Німеччина), який складається з ларингостробоскопа, ендовідеокамери, фірмового електронного блоку для документації та обробки даних, а також жорстких та гнучких ендоскопів. Згідно наших даних, всі пацієнти мали ознаки порушення рухової діяльності гортані, частина з них (22,2%) – скорочення часу максимальної фонації до 10-12 с. Переважно за даними відеоларингостробоскопії ми спостерігали зменшення амплітуди вокальних коливань голосових складок та їх асинхронність вібрації. Причому, результати відеоларингостробоскопії значно відрізнялися у порівнянні професіоналів голосу та осіб, які не мали навичок правильного голосоведення в професійному плані. У осіб голосомовних професій значно краще виглядала синхронізація вокальних рухів голосових складок, за рахунок професійних навичок пацієнти певною мірою компенсували обмеження руху у окремих ділянках голосових складок внаслідок зміни тканин доброякісного утворення.

У частини пацієнтів (29,6%) після хірургічного лікування відмічалось погіршення показників відеоларингостробоскопії переважно за рахунок посилення асинхронності коливань та гіпотонусного стану. Таке порушення діяльності гортані знаходило відображення у змінах акустичних характеристик голосового сигналу. Ці пацієнти скаржилися на дискомфорт в області гортані при фонації, недостатню звучність голосу та зниження його якості. В більшості вони не були професіоналами голосу.

Отже, при аналізі даних відеоларингостробоскопії з метою оцінки ефективності хірургічних втручань з приводу доброякісних утворень голосових складок необхідно враховувати вихідний рівень до оперативного втручання та професійну приналежність пацієнтів

АНКЕТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОПІННЯМ – ОЦІНКА ВПЛИВУ ХРОПІННЯ ТА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Т.А.Шидловська, Д.М.Зінь

Державна установа “Інститут отоларингології ім. проф. О.І. Коломійченко НАМН України”

Хропіння та обструктивне апное сну (ОАС) є поширеними порушеннями дихання під час сну, що супроводжуються повторними епізодами часткової або повної обструкції верхніх дихальних шляхів. Такі зміни призводять до фрагментації сну, нічної гіпоксії, активації симпатичної нервової системи та розвитку системних порушень. Внаслідок цього формуються денна сонливість, когнітивні порушення, емоційна лабільність та зниження працездатності, що суттєво впливає на якість життя пацієнтів. Використання анкетних методів дозволяє оцінити суб'єктивний вплив симптомів та визначити пацієнтів групи ризику. Результати сучасних опитувань засвідчують, Причому на зниження якості життя при

ОАС може впливати не лише порушення вентиляції під час сну, але і низка інших факторів, зміни у соціальній, емоційній та когнітивній площині.

Мета дослідження – оцінити якість життя пацієнтів із симптомами хропіння та/або підозрою на обструктивне апное сну та визначити найбільш уражені сфери життєдіяльності.

Нами було обстежено 72 пацієнти зі скаргами на хропіння, денну втому та фрагментацію сну. Застосовано адаптований 12-пунктовий опитувальник на основі шкал Epworth Sleepiness Scale (ESS), OSA-18 та Sleep Outcomes Survey (SOS). Кожен пункт оцінювався за 5-бальною шкалою. Оцінювались нічні симптоми, денне функціонування, когнітивні порушення, психоемоційний стан та соціальний вплив.

Результати проведеного нами дослідження виявили значний вплив на якість життя пацієнтів з хропінням цілої низки озвучених ними симптомів та проявів. За даними анкетування середній сумарний бал анкетування у обстежуваних пацієнтів становив $39,6 \pm 9,5$, що відповідає середньому або високому рівню впливу симптомів на якість їх життя. Понад 80% пацієнтів повідомили про щонайменше одну виражену проблему. Найбільш поширеними негативним проявами за даними анкетування були денна сонливість, відчуття невиспаності та занепокоєння щодо стану здоров'я. Такі скарги висували відповідно 78,2%; 89,1% та 83,4% відсотків пацієнтів. Когнітивні порушення спостерігались у понад двох третин обстежених нами пацієнтів з хропінням. При цьому 70,4% пацієнтів відмічали порушення концентрації уваги та порушення пам'яті ($3,14 \pm 1,26$ бали), а також зниження мотивації або зменшення працездатності ($3,28 \pm 1,38$ бали). Такі показники свідчать про виражене погіршення когнітивної функції, очевидно, внаслідок хронічної фрагментації сну. Серед нічних симптомів переважали такі: переривчасте дихання, часті пробудження вночі, особливо турбували пацієнтів скарги партнерів на хропіння. Безсоння, часті нічні пробудження, поверхневий сон спостерігались у 61,4% випадків серед обстежених нами пацієнтів з балом анкетування ($3,1 \pm 1,3$). Такі прояви можуть призвести до типових респіраторних порушень, що, своєю чергою, викликає гіпоксію та порушення архітектури сну. Також обстежені нами пацієнти зі скаргами на хропіння скаржилися на дратівливість і перепади настрою – такі симптоми мали місце у 57,8% опитаних (середній бал за цим показником склав $3,1 \pm 1,4$ ($\chi^2=0,0$; $p=1,0$)). Такі показники демонструють помірний рівень емоційної лабільності, що може бути зумовленим респіраторними порушеннями, фрагментацією сну та когнітивним перевантаженням.

Результати проведеного дослідження свідчать про необхідність раннього виявлення розладів сну з метою своєчасного застосування лікувально-профілактичних заходів, що дозволить запобігти прогресуванню симптомів, розвитку ускладнень та погіршенню стану пацієнтів з хропінням і якості їх життя.

В цьому плані використання стандартизованих опитувальників є ефективним інструментом для первинної оцінки стану пацієнтів з хропінням і виявлення тих симптомів і проявів, які найбільше впливають на якість життя. Це доступний, простий у виконанні та неінвазивний метод скринінгу.

Висновки. Симптоми хропіння та обструктивного апное сну мають мультидомений вплив на якість життя пацієнтів. Використання анкетних методів дозволяє проводити ранній скринінг, визначати пацієнтів групи ризику та планувати подальшу діагностику і лікування такого контингенту.

СУДИННИЙ ФАКТОР ЯК ЧИННИК ПРОГРЕСУВАННЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ

Т.А.Шидловська, Ковальчук О.В.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
м. Київ

Слуховий аналізатор надзвичайно чутливий до судинних порушень. За даними різних авторів, при виникненні сенсоневральних порушень слуху спостерігаються ті чи інші відхилення від норми у серцево-судинній системі – підвищення артеріального тиску, порушення діяльності серця, порушення системи гемостазу. Раптова та гостра сенсоневральна приглухуватість (СНП), за нашими даними, в більшості випадків виникає саме на фоні судинних розладів. Пандемія COVID-19, стресорне навантаження та ризик акубаротравми під час повномасштабної війни, екологічні та техногенні фактори спричинили зростання серцево-судинних захворювань та розладів в Україні. Це не могло не позначитися на виникненні на цьому тлі порушень слухового та вестибулярного аналізаторів.

Нами було проаналізовано наявність судинних розладів у двох групах пацієнтів з СНП – зі стабільним (1 група) та прогресуючим перебігом (2 група) по 20 осіб у групі. Ми аналізували наявність серцево-судинних захворювань за даними анамнезу та медичної документації, скарги пацієнтів, рівень артеріального тиску (АТ), показники ліпідограми, а також стан церебральної гемодинаміки за даними реоенцефалорафії (РЕГ) та ультразвукової доплерографії (УЗДГ).

Згідно отриманих нами даних, у пацієнтів 2 групи значно частіше ніж у 1 мали місце підвищення або нестабільність АТ (80% проти 50%), підвищений рівень холестерину (28 проти 12%), порушення серцевої діяльності (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, порушення роботи клапанів серця – у 16% в 2 групі та у 4% в 1). За даними РЕГ та УЗДГ у обох групах обстежених пацієнтів з СНП мали місце відхилення від норми – підвищення тону судин, явища ангіоспазма, утруднення венозного відтоку. Але у 2 групі частіше спостерігалось значне зниження пульсового кровонаповнення, вертебрально-базиллярна недостатність, ознаки ущільнення судинної стінки та наявність атеросклеротичних бляшок (48 проти 20%).

Пацієнти 2 групи частіше висували скарги на суб'єктивний вушний шум, порушення розбірливості мови, запаморочення, болі в області серця, прискорене серцебиття під час фізичних навантажень, головні болі, підвищення АТ. Також вони часто відзначали втомлюваність, дратівливість і порушення сну. Отже, частина таких скарг може свідчити і про порушення з боку серцево-судинної системи.

Таким чином, прогресування СНП переважно відбувається на тлі судинних порушень. Причому особливе значення має стан церебральної гемодинаміки.

Підвищення або нестабільність АТ, підвищений рівень холестерину, порушення церебральної гемодинаміки та серцевої діяльності створюють передумови для прогресування сенсоневральних порушень слуху.