

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

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

**21-22.04.2023**



групах до схожих значень. При оцінюванні термінів повернення пацієнтів до нормальної дісти, відзначалися достовірно ( $p < 0,05$ ) більш ранні терміни у групі пацієнтів прооперованих з використанням місцевої 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 місцевої 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 місцевої анестезії в порівнянні з використанням ендотрахеального наркозу. Обсяг крововтрати, кількість інтраопераційних подій, частота післяопераційних кровотеч менша при виконанні тонзилектомії з використанням місцевої анестезії у порівнянні з операцією з ендотрахеальним наркозом. Середній бал оцінки больових відчуттів в спокої, частота прийому анальгетиків, терміни повернення до нормальної дісти 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, методики оперативного лікування, що не залишають виражених косметичних дефектів у хворих з данним синдромом та профілактики повторення описаної симптоматики в послідовному, 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 шиловидної 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'єкцій 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 рекція шилоподібного відростка з боку його патології.

**Ключові слова:** подовження шилоподібного відростка, 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 міцетом 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