

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

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

**21-22.04.2023**



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 2 міс. до 2 років, 6 пацієнтам - під час пластики фарингостоми, 6 пацієнтам - в сформованій 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 висувуються 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 відповіді 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 Деева 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. Пацієнти 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 6.3x10<sup>9</sup>/л, ШОЕ 25мм/год, п/я нейтр. 5, СРБ 12мг/л.

**Результати пацієнта Б:** лейкоцити 24x 10<sup>9</sup>/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: цефалоспорини 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 приципним 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.