

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

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

21-22.04.2023



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

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

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

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

ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ РІЗНИХ ВИДІВ ЗНЕБОЛЮВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ОПЕРАЦІЇ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

С.М.Пухлік, В.В.Колесніченко

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

ДУ «Одеський національний медичний університет»

Одеса, Україна

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

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

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

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

групах до схожих значень. При оцінюванні термінів повернення пацієнтів до нормальної 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 шиї та м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі шиї, 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 неознаністю практичних лікарів хворі часто направляються до лікарів різних спеціальностей, де призначається лікування, що не дає полегшення.

Мета дослідження: розробка та удосконалення наявних, найбільш безпечних методик лікування консервативним способом, методик оперативного лікування, що не залишають виражених косметичних дефектів у хворих з 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 шиї 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