

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

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

**21-22.04.2023**



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

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

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

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

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

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

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

*Пухлік С., Андрєєв О., Тагунова І., Богданов К.*

*Каф. оториноларингології*

*зав.каф. - проф. С.М. Пухлік*

*ДУ «Одеський національний медичний університет»*

*Одеса, Україна*

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

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

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

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



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

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

Для нормалізації компенсаторно – пристосувальних процесів, треба застосовувати комплекс лікувальних етіологічно обґрунтованих заходів, спрямованих на усунення дисбалансу в імунному статусі, із застосуванням 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 достовірність ( $p < 0,05$ ) більш виражену ступінь больових відчуттів, особливо на 3-5 день у пацієнтів, що були прооперовані з використанням ендотрахеального наркозу. Пацієнти контрольної групи потребували меншу кількість знеболюючих в перший день, але потребували частішого введення анальгетиків на 2-5 день та частіше скаржились на недостатню дію знеболюючих на протязі післяопераційного періоду. На 6-9 день потреби пацієнтів у прийомі анальгетиків рівномірно зменшувались в обох