

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

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

21-22.04.2023



кількості пацієнтів, які скаржилися на зміну нюхових уподобань (18% проти 21% у групах відповідно). Менший вплив нова хвиля захворювання мала на смак. Зокрема, достовірно зменшилася кількість пацієнтів, що повідомляли про зниження (37% проти 24%, $p < 0,05$) і втрату – (41% проти 30%, $p < 0,05$) смаку, проте число пацієнтів, у яких смак не відновився, утримується на попередньому рівні (17%). Між відновленням нюху і смаку спостерігався виразний прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,99$).

Висновки: З новим витком захворюваності на COVID-19 хемосенсорна дисфункція у пацієнтів стала проявлятися і регресувати швидше, що не дає можливості гіпотетично розрізняти штами лише за цією ознакою і потребує подальших досліджень

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАЖДАЛИХ У ВОННОМУ КОНФЛІКТІ В ПЕРІОД ВІЙНИ РФ ПРОТИ УКРАЇНИ

О.М. Науменко, Ю.В. Дєєва, Ф.О. Тишко, І.О. Кузьмук, Ж.А. Терещенко

Кафедра отоларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів та суміжних областей в умовах воєнних конфліктів є масовими, здебільшого, комбінованими, забрудненими та небезпечними, як в період поранення, так і в віддаленому періоді. Особливо небезпечними є вогнепальні (кульові, осколочні) поранення в бойових умовах.

Смерть настає від больового шоку, асфіксії, масивних кровотеч, переохолодження, поранення мозку та внутрішніх органів в поєднанні з іншими областями організму.

В умовах бойових дій за статистикою більше половини летальних випадків настає протягом пів години від отримання поранення. Часто протягом цих 30 хвилин для пораненого єдиними доступними формами допомоги є самопоміччя або допомога товаришів. Надання медичної допомоги в зоні бойових дій здійснюється за можливості і негайно від нульового рівня та в необхідному обсязі: боротьба з шоком, зупинка кровотечі, накладання стерильних пов'язок, відновлення адекватного дихання (введення трахеостомічної трубки в гортань чи трахею через раньовий канал або через трахеостому, крікоконікостому і санація дихальних шляхів, аспірація крові, слизу та ін.); відновлення гемодинаміки, усунення гіповолемії, профілактика правця; введення езофагального зонда для харчування, проведення евакуації в профільні госпіталі.

1. Пошкодження носа та приносних синусів вимагають негайної зупинки кровотечі, відновлення форми та функції.
2. Пошкодження глотки комбінуються з пошкодженнями лицевого черепа та шиї з відривом гортані від під'язикової кістки, пошкодженням гортані та граничних областей. В таких випадках одночасно проводиться відновлювально-реконструктивні операції всієї ланки пошкодження одночасно.
3. Пошкодження гортані, трахеї та стравоходу потребують одночасного відновлення дихання, голосу, ковтально-розподільчої функції.
4. Пошкодження органу слуху. Зустрічаються рвані та кульові поранення вухної раковини та зовнішнього слухового проходу. В таких випадках надається первинна допомога, а в тилкових госпіталях проводяться реконструктивно-відновлювальні операції.
5. Розриви барабанних перетинок відбуваються в наслідок ударної хвилі або перелому основи черепа, що супроводжується ліквореєю. В таких випадках лікування доцільно проводити в нейрохірургічному відділенні. Травми середнього вуха зустрічаються як наслідок пошкодження черепа, нерідко комбінуються з пошкодженням основи черепа та внутрішнього вуха, що проявляється лабиринтною атакою та повною втратою слуху, що потребує складних та невідкладних хірургічних втручань.

Поранення ЛОР-органів, що поєднуються з порушенням дихання та травмами мозку потребують першочергової евакуації у прифронтові госпіталі «Голова і шия».

ЛАРИНГЕАЛЬНІ ПРОЯВИ ПРИ COVID- 19

С.М.Пухлік, І.В.Добронравова, О.В.Титаренко, М.В.Пилипюк.

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

Одеський національний медичний університет, МКЛ№11.

Одеса, Україна

COVID-19 - це потенційно тяжка гостра респіраторна інфекція, яку викликає коронавірус SARS-CoV-2. Коронавіруси – це велика родина респіраторних вірусів, які можуть спричинити захворювання різного ступню важкості: від безсимптомного, легкого до тяжкого перебігу інфекції. Одним із специфічних проявів цієї інфекції є виражена ларингеальна симптоматика, яка рідко зустрічалася раніше у післявірусному періоді.

Під нашим спостереженням протягом останніх 7 місяців (осінь-зима 2022-2023 років) знаходилося 11 осіб різного віку, статі та професійної приналежності. Хворі скаржилися на відсутність голосу (6 осіб) або значну захриплість (5 осіб), напругу при фонації, біль у горлі при спробі спілкування. До фоніатра хворі були направлені через два тижні хвороби після лікування у сімейного лікаря, де усі отримували антибактеріальну терапію, 4 особи – противірусну терапію (2 випадка – амізон - 3 дні, 2 випадка – новірин протягом 5 днів). За даними анамнезу життя виявлено, що проблеми с голосом у всіх пацієнтів виникли вперше. З анамнезу хвороби було з'ясовано, що почалося захворювання з субфебрильної температури, незначного кашлю,

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 серединного 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 озельтамевір 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 змикання 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