

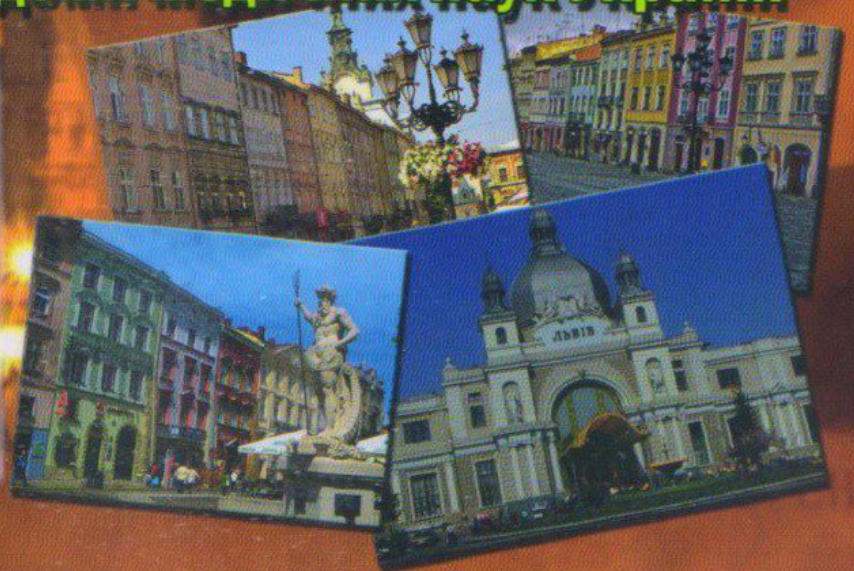
# МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,

присвяченій 30-річчю з дня заснування  
Національної академії медичних наук України

1-3 жовтня 2023 р.  
м. Львів, Україна



Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка  
Національної академії медичних наук України»

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ  
«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ  
ТА ЛІКУВАННЯ В  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,  
ПРИСВЯЧЕНА 30-РІЧЧЮ З ДНЯ  
ЗАСНУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**2-3 жовтня 2023 р.**

Львів – 2023

## НЮХАЛЬНА ЗДАТНІСТЬ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

Одеський національний медичний університет

Тотальна ларингектомія (ТЛЕ) впливає на багато функцій пацієнта. Крім проблем із мовою та дихальними шляхами, проблеми з нюхом та смаком також можуть впливати на якість життя. Пацієнти, які перенесли ларингектомію, повністю позбавлені носового дихання, що, начебто, виключає можливість відчувати запахи, проте ці інваліди часто досить добре відчують і розрізняють різні одоранти. Як таке можливо? Виявляється, що повітря, що містить різні запахи надходить до нюхової зони (верхні відділи порожнини носа) не тільки при носовому диханні, але і через носоглотку та хоани до нюхового епітелію. Таким чином, у кожної людини існує орто-назальний і ретро-назальний нюх. Тяжкі порушення нюху, повідомлялося в літературі, виявлялися у двох третин пацієнтів, що перенесли ларингектомію, і у багатьох виявлено деякий ступінь гіпоосмії. Нездатність виявити дим або інші запахи небезпеки може загрожувати особистій безпеці таких пацієнтів. Крім того, порушення нюхової функції обернено впливає на якість їхнього життя, що сприяє схудненню та зниженню апетиту. Після ТЛЕ дихання та мова змінені назавжди; ковтанню потрібно вчитися заново; нюх та смак ослаблені; підйом ваг, надування та кашель утруднені. Тому існує безліч потенційних проблем (емоційних, психологічних, фізичних, економічних, соціальних та комунікативних), які можуть вплинути на якість життя пацієнта. Однак пацієнти, які перенесли ларингектомію, повідомляли, що вони не отримують достатньо інформації про потенційні проблеми зі здатністю нюху і смаку і змін, що випливають із цього, після хірургічного лікування. Є велика кількість робіт з мовної та дихальної реабілітації після ларингектомії, проте досліджень з оцінки нюхової функції та можливості її реабілітації практично відсутні.

**Мета:** охарактеризувати ортоназальну та ретроназальну нюхову здатність у пацієнтів, які перенесли тотальну ларингектомію.

**Матеріал та методи**

**Пацієнти:** Добровільна вибірка з 16 осіб, які перенесли ларингектомію через 0,5-15,0 років після ТЛЕ (медіана, 3,5 року) та 16 осіб в анамнезі за віком, статтю та курінням відповідали контрольній групі. Ми оцінювали нюхову функцію щонайменше через 6 місяців після ТЛЕ – у пацієнтів з другого тижня після операції відзначається підвищена продукція носового слизу, кількість якої зменшується поступово через кілька місяців.

**Основні показники результатів:** бали за встановленими психофізичними тестами орто-назального та ретроназального нюху і самооцінка нюху, що оцінюється за візуальною аналоговою шкалою. Отроназальний нюх оцінювали з модифікацією тесту ідентифікації запаху для компенсації нездатності пацієнтів, які перенесли ларингектомію, пробу віддушки за допомогою маневру «нюхати» (повітря нагнітається в ніс за допомогою пластикового посуду). У той час як ортоназальні стимули тісно пов'язані з вдиханням повітря і потоком повітря через ніздрі, ретроназальні стимули також пов'язані з їжею. Жування викликає потік повітря у ротову порожнину, за допомогою якого можна стимулювати орган нюху у зворотному напрямку.

Тест оцінки ретроназального нюху проводили за методикою Neilman та ін., 2002. На язик наносили різні ароматизовані порошки, а потім визначали за допомогою парадигми вимушеного вибору. Двадцять ароматизованих порошоків були куплені в продуктовому магазині та включені часник, лимон, апельсин, ваніль, кориця, гвоздика, паприка, цибуля, імбир, кава та ін.

**Результати.** Оцінка ортоназальної нюхової здатності дала середній сумарний бал 4,0 (макс. бал 6) для ТЛЕ та 5,8 для контрольної групи ( $P=0,001$ ). Оцінка ретроназальної нюхової здатності призвела до середнього балу 11,0 (максим. бал, 20) для групи ТЛЕ проти 15,3 для контрольна група ( $P=0,001$ ). Середні бали самооцінки запах був 2,9 та 6,6 (максим. 10) для ТЛЕ та контрольні групи відповідно ( $P=0,001$ ). Самооцінка запаху позитивно

корелює з ортоназальною ( $rS = 0,42$ ;  $P = 0,001$ ) та ретроназальною ( $rS = 0,55$ ;  $P = 0,001$ ) нюховою здатністю.

#### **Висновки:**

1. Серед пацієнтів, які перенесли ларингектомію, часто визначається зниження нюхової здатності порівняно з пацієнтами без ларингектомії. Серед клініцистів зростає поінформованість про негативний вплив порушень смаку та нюху на якість життя пацієнтів із раком голови та шиї.

2. Проста візуальна самооцінка від 1 до 10 шкали нюхової здатності можна використовувати виявлення пацієнтів, яким може допомогти реабілітація нюху.

3. Кількісне визначення погіршення ортоназальної та ретроназальної нюхової функції може бути використане для характеристики тяжкості гіпоосмії та оцінки можливості та ефективності нюхової реабілітації. Хоча самооцінка за простою візуальною аналоговою шкалою успішно ідентифікує багатьох пацієнтів з ларингектомією; у яких є об'єктивні ознаки нюхової дисфункції, необхідне подальше дослідження для оцінки та порівняння його валідності та надійності з іншими доступними інструментами обстеження, призначеними для вимірювання нюху.

© С.М. Пухлік, Л.Ю. Саленко, 2023

*С.М. ПУХЛІК, І.К. ТАГУНОВА, О.В. АНДРЕЄВ, К.Г. БОГДАНОВ*

## **ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ПРОБІОТИКА STREPTOCOCCUS SALIVARIUS K12 В ЛОР-ПРАКТИЦІ**

*Одеський національний медичний університет*

Рецидивні та хронічні інфекції верхніх дихальних шляхів є найбільш поширеними станами з якими зустрічаються ЛОР-лікарі, педіатри, сімейні лікарі. Це пов'язано з їх високою поширеністю, здатністю провокувати та підтримувати захворювання інших органів та систем організму. Однією з основних причин неефективності терапії є резистентність мікроорганізмів до багатьох антибіотиків, що веде до хронізації патологічного процесу, формування стійкості не тільки бактерій-збудників, але і сапрофітної мікрофлори. Сучасним перспективним напрямом у терапії запальних захворювань верхніх дихальних шляхів є використання оральних респіраторних пробіотиків (ОРП), які мають потужну інгібуючу активність щодо патогенів.

**Мета роботи.** Оцінити ефективність застосування ОРП *Streptococcus salivarius* K12 у хворих на рекурентний тонзиліт бактеріального генезу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 45 пацієнтів віком від 10 до 16 років, які розподілені на 3 групи відповідно до обраної схеми лікування. У першій - під час рецидиву РТ отримували загально прийняту терапію за

стандартними показаннями. В другій - додатково отримували ОРП за схемою: 1 таблетка 1 раз на день, протягом 30 днів. Пацієнтам третьої, після стандартної терапії, санували лакуни мигдаликів методом вакуум-екстракції за допомогою апарату «Тонзиллор», після санації призначали ОРП.

**Результати та обговорення.** Тривалість спостереження за результатами лікування становила 9 місяців. У кожному триместрі реєстрували кількість епізодів загострень РТ, фіксували їх тривалість, проводили бактеріологічне дослідження. З анамнезу кожен із спостережуваних мав від 5 до 7 загострень захворювання на рік (5,8 випадків). Ці показники зберігалися у першій групі протягом періоду спостереження.

Аналізуючи дані по триместрах, ми відзначили досить стійкий і тривалий ефект у другій та третій групі пацієнтів протягом першого і другого триместрів, від початку спостереження, але у третьому триместрі, кількість епізодів захворюваності наростала, наближаючись до показників першої групи. Загальна частота рецидивів захворювання змінилася: у другій групі – 3,2 випадки, у третій – 1,1 за 90 днів спостереження.

<b>Нікулін М.І., Нікулін І.М.</b> Використання інтраназальних сольових розчинів з ектоїном в профілактиці алергічного риніту	103
<b>Омерова Л.М., Кузьмук І.А., Тетянчук А.С.</b> Назосептальний клапот в реконструктивних операціях у пацієнтів з вогнепальними пораненнями	103
<b>Паламарчук В.В., Бурлака Ю.Б., Ворошилова Н.М., Гринь Н.В., Пашковський В.М.</b> Діагностичний алгоритм при лікуванні ран та променевих ускладнень у онкооториноларингологічних хворих	105
<b>Паламарчук В.В., Пашковський В.М.</b> Деякі аспекти професійного раку верхніх дихальних шляхів та суміжних органів	106
<b>Пилипюк М.В., Павленко Н.С., Годін О.В.</b> Оптимізація пластичного матеріалу для заміщення післяопераційних дефектів голови та шиї	106
<b>Попович В.І.</b> Назофарингіт – сучасний підхід до фармакотерапії та профілактики поліпрагмазії	107
<b>Пухлік С.М., Богданов К.Г., Богданов В.К.</b> Оцінка змін імунного статусу у хворих на алергічний риніт у процесі лікування з використанням мікроміцетів	108
<b>Пухлік С.М., Добронравова І.В., Тітаренко О.В.</b> Поліморфність причин виникнення крововиливу у голосові складки. Наші спостереження	109
<b>Пухлік С.М., Колесніченко В.В.</b> Практичні рекомендації відносно виконання тонзилектомії	111
<b>Пухлік С.М., Колесніченко В.В., Дєдикова І.В.</b> Сучасні можливості анкетування пацієнтів після перенесеного хірургічного втручання	112
<b>Пухлік С.М., Пилипюк М.В., Тітаренко О.В., Добронравова І.В., Дєдикова І.В.</b> Посттравматичний риносинусит	114
<b>Пухлік С.М., Саленко Л.Ю.</b> Нюхальна здатність після ларингектомії	115
<b>Пухлік С.М., Тагунова І.К., Андрєєв О.В., Богданов К.Г.</b> Профілактичне застосування респіраторного пробіотику <i>Streptococcus salivarius</i> k12 в ЛОР-практиці	116
<b>Пухлік С.М., Цепколенко О.В.</b> До питання лікування стійких постковідних сенсоневральних гіпоксій	117