

ных ситуациях. Слухопротезирование частично эффективно у лиц со смешанной и сочетанной перцептивной тугоухостью, при условии опыта использования слухового аппарата, так как с возрастом центральные нарушения слуха преобладают над периферическими. Своевременное выявление данной патологии позволяет назначить адекватное лечение, а также разработать рациональную тактику ведения и реабилитации больных с центральными слуховыми расстройствами.

дают над периферическими. Своевременное выявление данной патологии позволяет назначить адекватное лечение, а также разработать рациональную тактику ведения и реабилитации больных с центральными слуховыми расстройствами.

© О.В. Титаренко, О.А. Титаренко, В.С. Лисовецкая, И.В. Добронравова, 2019

*Ф.О. ТИШКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, Н.Л. ЦУКІНА, О.В. ЗАТУШЕВСЬКИЙ, П.В. СТАСЬ
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ХІРУРГІЯ ГЛОТКИ, ГОРТАНІ, ШИЙНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ В ПРАКТИЦІ УСУНЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ РУБЦЕВИХ СТЕНОЗІВ І АТРЕЗІЙ ТА ІНШИХ НАБУТИХ І ВРОДЖЕНИХ ДЕФЕКТІВ

Різноманітні за походженням та наслідками травми шиї та її органів (гортані, трахеї, глотки і шийного відділу стравоходу), що виникають внаслідок збройних конфліктів, дорожньо-транспортних ситуацій, побутових сутичок, випадків на виробництві (в т.ч. опіків лугами та кислотами) потребують негайної кваліфікованої медичної допомоги заради збереження життя травмованої людини. Як правило, пацієнти, що залишаються живими в пізньому післятравматичному періоді змушені дихати через трахеостому та харчуватися через гастростому внаслідок формування рубцевих звужень або атрезій глотки (гортаноглотки), шийного відділу стравоходу (чи всього стравоходу), вестибулярного відділу гортані або всієї порожнини гортані. На щастя, комбіновані травми шиї та її органів зі своїми наслідками зустрічаються рідко, але є, на жаль, найбільшою проблемою відновно-реконструктивної хірургії, оскільки одночасно вирішуються питання відновлення органів з різною анатомо-функціональною задачею, що потребує складних, багатоетапних реконструктивно-відновних операцій.

З 1969 по 2019 рік прооперовано 10 пацієнтів різного віку з комбінованими ураженнями органів шиї (гортані, трахеї, глотки та стравоходу), які умовно розподілені на такі групи:

1. Відрив гортані, гортаноглотки від під'язикової кістки.

2. Рубцевий стеноз та атрезії глотки (частіше гортаноглотки), що поєднані з рубцевим стенозом чи атрезією вестибулярного відділу гортані та шийного відділу стравоходу.

3. Атрезія глотки та рубцева облітерація стравоходу.

4. Формування дивертикулу в шийному відділі стравоходу.

Обстеження таких пацієнтів потребує ендоскопічних та променевих (рентгенографія, КТ, МРТ) методів дослідження.

Для відновлення дихальної, фонаторної, ковтальної функцій та прохідності стравоходу нами були виконані наступні комбінації хірургічних втручань, такі як підпід'язикова фарингостомія, фарингоезофагостомія з одномоментною ларингопластикомією. У разі відриву гортані та гортаноглотки від під'язикової кістки проводилось формування гортаноглотки, вестибулярного відділу гортані та ларингопексія. При наявності дивертикулу шийного відділу стравоходу – дивертикулектомія. В разі комбінації атрезії шийного відділу стравоходу та дивертикулу шийного відділу стравоходу – дивертикулотомія з наступною пластикомією шийного відділу стравоходу та формування фарингоезофагостомії стінкою дивертикулу. У випадку поєднання рубцевого звуження чи атрезії гортаноглотки, шийного відділу стравоходу, гортані – одночасна ларингостомія, підпід'язикова фарингостомія, езофарингостомія з послідуною їх пластикомією. При цьому, важливо зберегти чи відновити розподільчу функцію гортані, так звану «гортанно-стравохідну стрілку».

Застосовуючи вище перераховані методи хірургічного лікування, у всіх оперованих пацієнтів отримані позитивні результати: відновлені фонаторна, дихальна, ковтальна функції та прохідність стравоходу.

Таким чином, рубцеві стенози та атрезії комбінованого характеру, як наслідок, переважно перенесеної травми, відносяться до інвалідизуючих станів, що потребують багатоетапного

підходу та тривалого часу лікування. В кожному конкретному випадку застосовуються різні комбінації хірургічних втручань, які в комплексі направлені на відновлення вкрай важливих органів для життя. Розроблені та застосовані вище

методи хірургічного лікування пацієнтів з атрезіями та рубцевими стенозами гортаноглотки, гортані, шийного відділу стравоходу в одночасному виконанні є оптимальними та результативними.

© Ф.О. Тишко, О.О. Островська, Н.Л. Щукіна, О.В. Затушевський, П.В. Стась, 2019

В.І. ТРОЯН, К.Г. НАЗАРЕНКО, І.О. СІНАЙКО, О.В. ЛОБОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

АНАЛІЗ ЗАХВОРИЮВАННОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ В ЛОР-КЛІНІЦІ ЗДМУ ЗА 2016-2018 РОКИ

Проведено ретроспективний аналіз 174 історій хвороб пацієнтів на РГ, які знаходились на спеціалізованому лікуванні в ЛОР-клініці ЗДМУ за період 2016-2018 рр.

Результати дослідження. Вік пацієнтів коливався від 42 до 78 років. Середній вік склав $(57,63 \pm 1,23)$ років. За стадіями хворі розділялись таким чином: I стадія – 28 (16,1%), II стадія – 113 (64,9%), III стадія – 24 (13,9%), IV стадія – 9 (5,1%). Пацієнти II-IV стадій отримали комбіноване лікування з хірургічним компонентом на першому етапі. У хворих з I та II стадіям різні за обсягом резекції гортані з вилученням пухлини проводились з використанням абластики методом радіочастотної термоабляції, та з застосуванням фармакокорекції порушень у стані про-і антиоксидантних системах і пов'язаних з ними

змінах мікроциркуляції в тканинах гортані на етапах комбінованого лікування, що запобігло появі місцевих запальних ускладнень і збільшило показник 2-річної безрецидивної виживаності на 14,8% ($p < 0,05$).

При III-IV стадіях проводили різні за обсягом ларингектомії. Тривалість трирічного безрецидивного періоду після отриманого лікування була наступною: у хворих з I-II стадією вона складала 90,3%, з III стадією 72% пацієнтів, IV – 38%.

Висновки: високий відсоток (80,5%) госпіталізованих з I-II стадією РГ свідчить про своєчасну діагностику РГ в м. Запоріжжі. Застосування розроблених в клініці методів лікування дозволило збільшити відсоток трирічної без рецидивної виживаності хворих.

© В.І. Троян, К.Г. Назаренко, І.О. Сінайко, О.В. Лобова, 2019

В.І. ТРОЯН, І.А. СІНАЙКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ОПТИМИЗАЦІЯ ЛЕЧЕННЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА У ЛИЦ ГОЛОСОРЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Общепризнанным является факт значительной распространенности патологии глотки среди населения, чем объясняется неослабевающий интерес к вопросам ее диагностики и лечения. У 40% из общего количества пациентов, обращающихся к ЛОР-врачу составляет патология глотки. В частности, хронический фарингит (ХФ) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний.

Причинами возникновения ХФ являются: воздействие поллютантов на слизистую оболочку, метаболические расстройства, заболевания внутренних органов, респираторной системы, возраст.

Воспалительный процесс в области слизистой оболочки глотки нарушает нормальное функционирование рецепторных элементов n. trigeminus (V), n. glossopharyngeus (IX) и n. Vagus (X), вследствие чего возникают изменения как в тембре, так и в нормальном режиме вибрации голосовых складок по отношению к ее частоте [2]. Поэтому больные предъявляют жалобы на периодическую охриплость голоса, боль и першение в глотке, ощущение "комка" в горле, нарушение сна, раздражительность, напряжение при фонации, что влияет на качество жизни пациентов и ее социальные аспекты.