

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

**«СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ
ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

29-30 вересня 2025 р.
м. Івано-Франківськ, Україна



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

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ,
ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

29-30 вересня 2025 р.

Івано-Франківськ – 2025

АТЕЛЕКТАЗ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ. ДОСВІД ЛІКУВАННЯ.

Кафедра оториноларингології

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Актуальність та визначення. Синдром "мовчазного синуса" (СМС) – це сукупність клінічних симптомів прогресуючого енофтальму, зміщення очного яблука донизу на фоні пролапсу нижньої стінки очної ямки в поєднанні з тотальним зниженням пневматизації верхньощелепного синусу (ВЩС). Розвивається внаслідок оклюзії вивідного протоку синусу та подальшої резорбції його кісткових стінок.

На думку більшості авторів, в основі розвитку СМС лежить тривала гіповентиляція ВЩС і порушення відтоку її вмісту, які розвиваються через анатомічні порушення структур остіомеатального комплексу, зокрема гачкоподібного відростку. Тривале порушення вентиляції та дренажу синуса призводить до резорбції газів та секретії. Внаслідок цього синус заповнюється трансудатом, який перетворюється на густий слиз. Розвивається уповільнене хронічне запалення слизової оболонки, яке, на тлі зниженого тиску, призводить до стоншення і втягування стінок пазухи в просвіт – розвивається ателектаз ВЩС. СМС може виникнути внаслідок травм порожнини носа і верхньощелепної пазухи, у тому числі, і як післяопераційне ускладнення. Також виділяють спонтанний СМС, що виникає без видимих причин.

Згідно з класифікацією Каас, виділяють три стадії розвитку ателектазу ВЩС: 1 – деформація мембрани з латералізацією фонтанели; 2 – кісткова деформація з втягуванням однієї або кількох стінок пазухи; 3 – енофтальм, асиметрія обличчя.

СМС це поступове, прогресуюче захворювання. Клінічно проявляється безболісною асиметрією обличчя: западіння чи розм'якшення лицевої стінки ВЩС, опускання очного яблука донизу чи поєднання цих симптомів. У 30% випадків СМС пацієнтів турбує дискомфорт, відчуття тиску, незначні болючі відчуття в проекції орбіти та ВЩС. На третій стадії захворювання можлива поява скарг на двоїння (вертикальна диплопія) та зниження зору.

Лікування ателектазу синуса лише хірургічне. Воно полягає у створенні функціонального сполучення пазухи з порожниною носа та видаленні з неї патологічного вмісту під ендоскопічним контролем. Дана операція дозволяє відновити дренаж і вентиляцію та запобігти подальшій деформації ВЩС і в більшості випадків призводить до регресу енофтальму. Якщо через півроку після ендоскопічної операції зберігається виражена косметична деформація та очні симптоми: зниження гостроти зору та вертикальна диплопія, показаний другий етап – пластика нижньої стінки орбіти.

Метою дослідження є оцінювання ефективності хірургічного лікування пацієнтів з СМС та профілактика ускладнень та прогресування симптоматики цієї патології.

Матеріали та методи

За останній рік у ЛОР клініці ЗДМФУ прооперовано 3 хворих із СМС (1 жінка та 2 чоловіки). Діагноз ставився на підставі клінічних проявів, даних анамнезу та КТ ППН. У жінки відзначався ателектаз ВЩС 3 ступеня з енофтальмом, втягненням орбітальної, передньої та медіальної стінок та незначною вертикальною диплопією при погляді вгору. В анамнезі перенесла операцію на ВЩС у відділенні щелепно-лицевої хірургії. У чоловіків діагностовано 2 ступінь СМС. На КТ дослідженні – гомогенне затемнення ВЩС з витонченням кісткових стінок та оклюзією воронки.

Результати проведених досліджень

Усім 3 пацієнтам проведено ендоскопічну ендоназальну інфундибулотомію з відновленням снівустя та видаленням патологічного вмісту з пазухи. При обстеженні хворих через півроку на КТ визначалося відновлення повітряності верхньощелепних пазух та збільшення об'єму їх просвіту. Жінка відмітила зникнення двоїння.

Висновки

Таким чином, своєчасна діагностика даної патології дозволяє провести адекватне хірургічне лікування з відновленням дренажу та аерації ВЩС і попередити серйозні орбітальні ускладнення.

Лісовець О.В., Бобров А.Л., Огнівенко О.В., Фіолетов О.С., Сапожнікова І.М. Доброякісне новоутворення порожнини носа, сучасний погляд на діагностику та лікування (клінічний випадок)	56
Лукач Е.В., Серезко Ю.О. Резекції гортані при рецидивах раку	57
Луцир А.В., Калашник-Вакуленко Ю.М., Поляшенко А.С., Шушлягіна Н.О., Коцар О.В., Танін О.В., Юревич Н.О., Григоров С.М., Трет'яков А.В., Калашник М.В. Мікробіологічні особливості інфекції м'яких тканин шиї та дна порожнини рота	58
Луцир А.В., Яценко М.І., Дзиза А.В. Наш досвід лікування хворих на акубаротравму вуха	59
Луценко В.І., Лоза Т.П. Суб'єктивний вушний шум; можливість застосування звукоактивуючої терапії у хворих з вушним шумом	60
Малєєв Д.О., Коровіцький П.Р., Толчинський В.В., Герц В.Д. Вплив ларингофарингеального рефлюксу на голосову реабілітацію пацієнтів після хірургічного лікування доброякісних утворень гортані	61
Маляренко Ю.Ю., Мельников О.Ф., Заболотна Д.Д. Визначення показників місцевого імунітету у хворих на хронічний риносинусит з наявністю біоплівки на слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів	62
Мельников О., Заболотний Д., Заболотна Д., Бредун О. Хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів і феномен імунного виснаження (експрес-огляд)	63
Мельников О., Заболотна Д., Кривохатська Л., Тупіцька О., Василенко Т. Дослідження імунної активності клітин піднебінних мигдаликів хворих на хронічний тонзиліт при контакті in vitro з антигенами респіраторних вірусів	64
Мельников О.Ф., Самбур М.Б., Фараон І.В., Тупіцька О.Д., Каминська А.І. Вплив пребіотиків на активність гемаглютининів вірусу грипу в умовах in vitro	65
Науменко О.М., Дєєва Ю.В., Тарасенко М.В. Міждисциплінарний підхід в лікуванні пацієнтів із хронічним поліпозним риносинуситом	66
Науменко О.М., Дєєва Ю.В., Тарасенко М.В. Використання неінвазивної стимуляції блукаючого нерва (taVNS) у лікуванні порушень слуху	67
Нікулін М.І., Нікулін І.М. Ателектаз верхньощелепного синусу. Досвід лікування	68
Омерова Л.М., Кузьмук І.О. Особливості та вплив ендоскопічної хірургії пазух (ESS) у пацієнтів із бойовою травмою лицевого та мозкового черепа в ранньому та пізньому посттравматичному періоді	123
Петрик О.М. Шлях до слуху і мовлення: результати 10 місячної мультидисциплінарної реабілітації дітей після ранньої кохлеарної імплантації за акустично-лінгвістичним підходом	69
Петрук Л.Г., Горюлюк Д.О. Деякі аспекти надання медичної допомоги військовослужбовцям з ураженнями слухової системи при вибуховій травмі	70