

го запропонованого пристрою час хірургічного втручання скорочується у 1,3 рази. Під час проведення катетерів через порожнину носа у більшості пацієнтів мала місце травматизація слизової оболонки, що особливо було виражене при наявності у пацієнта викривлення перегородки носа. При використанні запропонованого пристрою якісний візуальний контроль за опе-

раційним полем був забезпечений у продовж всієї операції у всіх випадках.

Висновки. Запропонований пристрій для фіксації м'якого піднебіння забезпечує якісну фіксацію м'якого піднебіння, полегшує працю хірурга, скорочує час операції, запобігає травмуванню слизової оболонки порожнини носа та м'якого піднебіння, здешевлює витратні матеріали.

© І.А. Косаківська, А.Л. Косаковський, В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2017

А.Н. КОСТРОВСКИЙ, В.И. ТРОЯН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СФЕНОИДИТОВ

Синуситы являются наиболее частой патологией, с которой пациенты обращаются к оториноларингологу. В тоже время среди всех синуситов сфеноидит является наиболее редкой локализацией, при этом его диагностика наиболее сложна по сравнению с диагностикой патологических процессов в других околоносовых пазухах (ОНП). По течению выделяют острый и хронический сфеноидит. Хронический делится на экссудативный и продуктивный (кисты, полипы, грибовое тело).

Как правило, развитию воспаления слизистой ОНП способствуют условия общего (индивидуальная реактивность, состояние иммунитета, факторы внешней среды) и местного характера (нарушение дренажной функции, вентиляции и работы МЦТС пазух).

Причины нарушения функции выводных отверстий синусов могут быть общими (аллергия) и местными, которые, в свою очередь, делятся на анатомические и патофизиологические. К первым можно отнести искривления, шипы, гребни носовой перегородки, патология структур остиомеатального комплекса, полипы. Среди патофизиологических можно выделить: нарушение функции желез слизистой оболочки, изменение направления прохождения струи вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, угнетение функции мерцательного эпителия.

Клиническая картина сфеноидита в связи с особенностями анатомического расположения пазухи имеет свои особенности. Для острого сфеноидита характерны лихорадка, общее недомогание, слабость, стекание гноя из сфеноидального синуса по задней стенке глотки, нарушение носового дыхания, «сфеноидальная» головная боль в области затылка или в глубине головы, иногда в глазнице, теменно-височной области. Для хронического сфеноидита клини-

ческие проявления неопределённые и разнообразны. Астеновегетативная симптоматика: нарушение сна, ухудшение памяти, парестезии, субфебрилитет. Характерна «сфеноидальная триада»: тупая боль в затылочной или теменной области. Иррадиация более возможна в лобную и заглазничную области с появлением ощущения «выдавливания глаз». Субъективный неприятный запах из носа, обусловлен тем, что естественное соустье открывается в обонятельной области. Стеkanie скудного и вязкого экссудата по своду носоглотки и задней стенки глотки, которое может вызывать фарингит. Выделения преимущественно в утренние часы.

Диагностика основана на жалобах, анамнезе, физикальном осмотре с эндоскопией полости носа и данных КТ и МРТ.

Лечение острого и экссудативных форм хронических сфеноидитов как правило консервативное (антибиотики, НПВС, фенспирид, комбинированные растительные препараты с муколитическим и мукорегуляторным действием, топические кортикостероиды, ирригационная терапия и деконгестанты). Хирургическое лечение используется при неэффективности консервативного лечения экссудативной и при продуктивной форме хронического сфеноидита. Для доступа к синусу при сфеноидите используется трансэтмоидальный доступ, обычно выполняемого как продолжение этмоидотомии в случаях распространённого хронического полипозного полисинусита. Трансназальный доступ выполняется в том случае, когда нужна изолированная сфенотомия.

По данным ЛОР клиники ЗГМУ в 2014-2016 гг. было консервативно пролечено 525 пациентов с диагнозами острый гемиили полисинусит, 234 пациента с полипозными риносинуситами, из которых в 92 случаях выполнялась трансэтмоидальная сфенотомия. Хронических

сфеноидитов діагностовано у 22 пацієнтів, котрим в рамках хірургічного лічення вповнено 22 трансназальні сфенотомії.

І в закінчення слідуеть відзначити, що во всіх випадках була використана ендоскопіче-

ська апаратура і відповідні ринологічні інструменти, що дозволило уникнути яких-либ ускладнень і провести хірургічне лічення з мінімальною операційною травмою.

© А.Н. Костровський, В.І. Троян, 2017

В.В. КРИВША, О.О. ПЕЛІШЕНКО, О.О. АРНАУТОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА, ВИЯВЛЕНИХ ПРИ МАСТОЇДОТОМІЇ ЗА ДАНИМИ КТ-ДОСЛІДЖЕННЯ ВУХА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ МАСТОЇДИТОМ

Комп'ютерна томографія вуха є досить інформативним діагностичним дослідженням, яке забезпечує високу точність цифрової діагностики і має безпечне променеве навантаження. Даний метод все більше використовується в практиці отіатрів, складаючи альтернативу традиційним радіологічним методам дослідження вуха, зокрема рентгенографії скроневих кісток. Комп'ютерна томографія вуха є необхідним додатковим методом діагностики у випадку ускладненого перебігу гострого гнійного середнього отиту (ГГСО) при мастоїдиті для виявлення патологічних змін у соскоподібному відростку і виборі оптимальної лікувальної тактики. З метою встановлення відповідності патологічних змін соскоподібного паростка, виявлених при КТ-дослідженні вуха з інтраопераційними знахідками при мастоїдотомії у хворих на ГГСО, ускладнений мастоїдитом, ми проаналізували 16 медичних карт стаціонарних хворих, які отримали лікування в клініці оториноларингології КЗ КОР "Київська обласна клінічна лікарня" за період 2015 – 2017 роки.

Всі пацієнти надійшли до клініки з районних лікарень, де отримували медикаментозне лікування з приводу ГГСО, яке проводилось як амбулаторно, так і стаціонарно. Всі хворі протягом 5-10 днів отримували цефалоспоринові антибіотики II-III покоління. Антибактеріальна терапія доповнювалась медикаментозною терапією відповідно до протоколів лікування ГГСО. Неefективність проведеної медикаментозної терапії була причиною направлення цих хворих до обласної лікарні для визначення подальшого лікування.

При надходженні до клініки загальний стан хворих був задовільний, превалювала місцева симптоматика. Запальний процес переважно охоплював верхні відділи барабанної порож-

нини і перебігав, як гострий епітимпаніт. Барабанна перетинка була потовщеною, гіперемія та випинання визначались переважно у верхніх квадрантах перетинки, нижні відділи перетинки мало змінені. Треба зазначити, що перебіг запального процесу по типу гострого епітимпаніту є несприятливим, він часто відмежовується від мезо- та гіпотимпанума та швидко поширюється на соскоподібний відросток. Тимпанопункція та парацентез в типовому місці не дають бажаного результату. Нависання задньо – верхньої стінки зовнішнього слухового ходу було у 3 хворих, перфорацію барабанної перетинки мали 8 хворих. Визначалось значне зниження слуху за змішаним типом. Аудіометрична крива мала нисхідний тип, середня втрата слуху становила 35 – 40 дБ.

КТ-дослідження скроневих кісток з визначенням щільності змінених ділянок в одиницях Хаунсфілда (Hu) виконано 16 хворим. За даними комп'ютерної томографії у всіх 16 хворих визначалось зниження пневматизації і набряк слизової оболонки соскоподібного відростка і барабанної порожнини хворого вуха. У 6 із них також була деструкція кісткових трабекул з утворенням порожнини, заповненої ексудатом, показники денситометрії становили від +20 до +40 Hu. У 10 інших пацієнтів деструкції кістки не встановлено: у 6 пацієнтів констатовано наявність повітря в нижніх відділах барабанної порожнини та окремих клітинах соскоподібного відростка, ще у 4 – значне затемнення клітин без наявності повітря в барабанній порожнині. Оптична щільність цих ділянок становила від + 60 до +130 Hu.

Мастоїдотомія виконана 10 пацієнтам, у яких при КТ дослідженні виявлено деструктивні зміни та значне затемнення клітин соскоподібного відростка, 6 отримали консервативне ліку-