

Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації
Одеський Національний медичний університет
Одеське обласне товариство оториноларингологів

XIII З'їзд оториноларингологів України



**19-22 вересня 2021 р.
Україна, м. Одеса**



Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації
Одеський Національний медичний університет
Одеське обласне товариство оториноларингологів

ХІІІ З'їзд оториноларингологів України

20-22 вересня 2021 р.

Одеса - 2021

Редакційна колегія

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); доктор медичних наук М.Б. Самбур; доктор медичних наук, професор С.М. Пухлік; доктор медичних наук, професор О.М. Борисенко; доктор біологічних наук, професор С.В. Верьовка; доктор медичних наук, професор Д.Д. Заболотна; кандидат біологічних наук А.Ф. Карась; доктор медичних наук, професор Е.В. Лукач; доктор медичних наук В.І. Луценко; доктор медичних наук, професор О.Ф. Мельников; доктор медичних наук В.М. Писанко; доктор медичних наук, професор Т.А. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

Адреса редакції: 01680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3, тел. +38 044 483 12 82

Підписано до друку 10.09.2021 р.

Зам. 9-1000. Формат 60x84/8. Тираж 1400 прим.

Виготовлено ФОП Чудотова Г.Ю.

хронический ринит (ХР) и деформации перегородки носа. Частота ХР в промышленных странах варьирует от 4 до 41% и наблюдается стабильная тенденция к росту данного заболевания.

По нашим данным, стабильное затруднение назального дыхания развивается чаще всего при вазомоторном рините, который может быть сопряжен с искривлением перегородки носа.

В настоящее время большинство ринологов применяют малоинвазивные хирургические вмешательства — септопластики и вазотомии, целью которых является восстановление носового дыхания с сохранением поверхностного слоя слизистой оболочки раковин и ее мукоцилианного клиренса. Широкое применение получили подслизистые вазотомии с использованием микрохирургии и различных физических методов: УЗД, криовоздействие, лазерная коагуляция, шейверная, жидкоплазменная вазодеструкция, остеоконхотомия, радиочастотная термоабляция нижних носовых раковин (РЧТА).

ВЛОР клинике ЗГМУ для коррекции объема нижних носовых раковин, при лечении кавернозной формы гипертрофического ринита и нейровегетативного вазомоторного ринита в течение 12 лет мы применяем аппарат CelonENT (Германия). Несмотря на малоинвазивность этого метода, в послеоперационном периоде наблюдаются реактивные пролиферативные воспалительные изменения слизистой оболочки носовых раковин.

С целью улучшения репаративных процессов в полости носа мы используем изотонический раствор морской воды с декспантенолом Аква Марис плюс и гель Назонорм содержащий ацетилцестеин и гиалуроновую кислоту. При использовании этих препаратов нами отмечено более быстрое очищение слизистой оболочки от

фибриновых пленок, уменьшение отечности и восстановление функции дыхания.

Под нашим наблюдением за последние 2 года находилось 125 больных обоого пола, в возрасте от 18 до 52 лет, среди которых нейровегетативная форма ВР была диагностирована у 67 пациентов и у 58 - ВР был сопряжен с искривлением перегородки носа. Больным с деформацией перегородки производилась септопластика. После чего обеим группам биполярным электродом Celon Pro Breath, мощность от 13 до 15 Вт, производилась подслизистая одноканальная радиочастотная термоабляция нижних носовых раковин по всей их длине. В послеоперационном периоде на протяжении последнего года у 40 прооперированных пациентов мы интраназально применяли комбинацию препаратов Аква Марис плюс и Назонорм.

Результаты: в основной группе больных при ВР, без деформации перегородки, носовое дыхание восстанавливалось, в среднем, через 7-10 дней. У больных перенесших септопластику и РЧТА нижних носовых раковин - через 10-14 дней. У пациентов, проводивших туалет полости носа с вышеназванными препаратами, этот период уменьшался, в среднем на два дня.

Исходя из изложенного выше, можно сделать выводы:

1. Использование аппарата CelonENT является эффективным методом терапии хронических ринитов, вследствие его малоинвазивности, отсутствия кровотечения и стойкости клинического эффекта.
2. Применение в послеоперационном периоде препаратов, содержащих декспантенол, муколитик и гиалуроновую кислоту, позволяет в более короткие сроки восстановить функции полости носа.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2021

М.И.НИКУЛИН, И.М.НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ)

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит (ХОВЧС) - воспалительное заболевание слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП), вызванное одонтогенной инфекцией, является широко распространенной патологией. По данным литературы он составляет от 26 до 40% среди всех верхнечелюстных синуситов (ВЧС) и количество пациентов с ХОВЧС неуклонно растет.

Выделяют две причины возникновения одонтогенного синусита: инфекционную и

ятрогенную. К стоматологическим источникам инфекции относят: перидонтиты, парадонтиты, перикорониты и пр. К потенциально опасным видам стоматологического лечения, приводящим к ятрогенным ВЧС, относят эндодонтическое лечение больших и малых коренных зубов и хирургические вмешательства: удаление зубов и корней, синуслифтинг, дентальная имплантация и пр. К осложнениям эндодонтического лечения относят выведение в пазуху химических веществ, субстрата

корневых каналов и пломбировочного материала. Выведение в пазуху пломбировочного материала всегда вызывает воспалительные изменения, которые могут привести к развитию таких хронических гипертрофических процессов, как полипы, кисты, грибковые тела, локальные гиперплазии...

К осложнениям хирургических стоматологических вмешательств относят ороантральные свищи и перфорации, проталкивание в пазуху отломков зуба, имплантата, мед инструментов и пр., миграция в пазуху костнопластического материала. Характер воспалительного процесса напрямую зависит от естественных механизмов санации пазухи, т.е. полноценной работы естественного соустья, что обеспечивает адекватную вентиляцию и дренаж синуса.

К основным диагностическим задачам при выборе тактики хирургического лечения одонтогенного процесса в пазухе следует отнести: оценка состояния ВЧП, выявление очага инфекции и оценка состояния соседних структур. В настоящее время эти задачи позволяет решить сочетание таких «золотых» стандартов диагностики, как использование 3D конусно-лучевой томографии и эндоскопии полости носа. Хирургическая санация ВЧП проводится при совместной работе ЛОР и челюстно-лицевого хирурга, которая направлена на санацию причинного зуба, устранение ороантрального сообщения, удаление инородного тела, патологических тканей пазухи и восстановление её дренажа.

Имеется два основных вида хирургического: доступа в ВЧП: открытая экстраназальная и эндоскопическая эндоназальная гайморотомия. По литературным данным, открытый способ применяется при инородном теле, расположенном под слизистой оболочкой, при патологическом процессе, разрушающем переднюю стенку пазухи и при образовании костной плотности. Эндоназальная гайморотомия показана при гнойной, кистозной, полипозной формах ХОВЧС, инородном теле и мицетоме ВЧП.

За последние два года в ЛОР клинике ЗГМУ • прооперировано 40 больных с одонтогенными процессами в верхнечелюстной пазухе: 6 пациентов с инородным телом без выраженных воспалительных изменений (3 - пломбировочный материал, 2 - удаление отломка зуба и 1 пациент - извлечение бора из ВЧП); 22 пациента с грибковым телом, возникшим на фоне перенесенных в анамнезе стоматологических вмешательств и 12 пациентов с радикулярными кистами. 22 пациента прооперированы экстраназальным подходом с использованием эндоскопа и у 18 применялся эндоназальный хирургический метод. Послеоперационных осложнений не наблюдалось, все больные были выписаны из клиники на 4-5 день.

Выбор тактики хирургического лечения, по нашему мнению, зависит от наличия у больного назальной патологии. При отсутствии признаков нарушения вентиляции и дренажа ВЧП, мы отдаем предпочтение экстраназальной эндоскопической микрогайморотомии, которая позволяет сохранить архитектуру носовых ходов и не нарушить функцию остиомеатального комплекса.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2021