

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

ДО ПИТАННЯ ПРО МУКОЦЕЛЕ РЕШІТЧАСТОГО ЛАБІРИНТУ

Запорізький державний медико фармацевтичний університет, кафедра хірургії I

Актуальність: Мукоцеле (термін запропонований Rollet в 1896 р.) – хронічне кістоподібне захворювання приносних пазух, що призводить до їх розтягнення за рахунок накопичення продуктів секреції та десквамації. При цьому процес обмежується слизовою оболонкою ураженої пазухи. Існує кілька теорій етіології мукоцеле, зокрема: 1) закриття природного вихідного отвору внаслідок травми, запалення, пухлини та інших причин; 2) етіологічні та патогенетичні зміни елементів решітчастого лабіринту; 3) кістозне переродження залоз слизової оболонки; 4) особливості морфології передніх клітин решітчастого лабіринту та інші. Отже, чіткого та однозначного уявлення про етіологію даного захворювання в літературі не існує. Разом з тим, більшість дослідників пов'язують походження мукоцеле із поєднанням закриття сполучення пазухи з порожниною носа та її подальшим запаленням. Через виключення природного сполучення з порожниною носа страждає вентиляція пазухи, порушується кровообіг, посилюється продукція слизових залоз. Кістоподібне розтягування решітчастого лабіринту, як і інших приносних пазух, характеризується непомітним початком, тривалим латентним періодом, безболісним і безтемпературним перебігом. Лише в процесі прогресування захворювання з'являються симптоми, що дозволяють запідозрити кістоподібне розтягнення решітчастого лабіринту, а саме випинання медіальної стінки паперової пластинки, раннє виникнення екзофтальму і слюзоточи, що частіше свідчить про ураження передніх відділів решітчастого лабіринту. В окремих випадках спостерігається випинання медіальної стінки лабіринту, що іноді досягає носової перегородки. Ураження задніх клітин решітчастого лабіринту проявляється появою гладкого випинання, що, як правило, закриває хоану на боці процесу. На початковій стадії до появи явних випинань стінок ураженої пазухи поставити діагноз кістоподібного розтягування досить складно. У подібних ситуаціях велике значення мають дані дослідження комп'ютерної томографії приносних пазух.

Мета дослідження: Вивчити клінічні прояви мукоцеле решітчастого лабіринту та уточнити причини його виникнення.

Матеріали та методи. Нами проведено на базі відділення мікрохірургії ЛОР органів Запорізької обласної клінічної лікарні ретроспективний аналіз 29 історій хвороби за останні 5 років пацієнтів віком від 19 до 46 років з кістоподібним розтягуванням решітчастого лабіринту.

Основними проявами захворювання були птоз верхньої повіки у 4 осіб (13,8%), зміщення очного яблука латерально і вгору у 3х осіб (10,3%); обмеження рухливості очного яблука у 6 пацієнтів (20,6%); біль в ділянці ока на боці ураження відзначали 5 хворих (17,2%). Серед інших очних проявів відзначені: кон'юнктивіт – у 3 (10,3%), хемоз – у 2 (6,9%) та диплопія – у 1 хворого (3,4%). Утруднення носового дихання було зафіксовано у 9 пацієнтів (30,9%),

Тривалість наведених вище симптомів коливалася від 7,5 місяців до 3 років. У 12 хворих (41,2%) виникненню мукоцеле передувала травма лобно-орбітальної ділянки обличчя, у одного пацієнта (3,4%) в анамнезі мале місце оперативне втручання (риносеptoпластика), ще у двох хворих (6,9%) мав місце попередньо виставлений діагноз одностороннього хронічного гнійного гайморитоміодиту на боці наявного мукоцеле. В одного – провокуючий момент (травма, хірургічне втручання та ін.) який міг би призвести до розвитку мукоцеле, не було виявлено.

Діагноз мукоцеле встановлено на підставі даних анамнезу, даних передньої риноскопії та ендоскопії, результатів комп'ютерної томографії приносних пазух.

Результати. Отримані дані свідчать, що основними симптомами проявів мукоцеле решітчастого лабіринту є саме очні симптоми. Найбільш частими провокуючими факторами виникнення даного захворювання можуть бути травми лицьового скелету, пошкодження слизової оболонки носової порожнини, внаслідок патологічного хронічного процесу або хірургічних втручань.

Висновки. Своєчасна діагностика та адекватне хірургічне лікування мукоцеле решітчастого лабіринту зменшує ймовірність руйнування кісткових стінок пазухи, інфікування вмісту та розвитку орбітальних та внутрішньочерепних ускладнень.

Сапіжак І.І., Власюк Л.К., Кулешова Д.М. Оцінка слухо-мовного розвитку дітей з тяжкими порушеннями слуху з використанням валідованих українською мовою IT-MAIS, MAIS та MUSS у пізні терміни після кохлеарної імплантації	91
Сапіжак І.І., Сапіжак І.В. Синдром обструктивного апное сну у дітей: комплексний підхід	92
Світлична Ю.В., Луцир А.В. Зміни конфігурації інтраназальних структур у пацієнтів з ковід-індукованою нюховою дисфункцією	93
Скоробогатий В.В., Кокоркін Д.М., Гусакова О.О., Шевлюк П.П. До питання про мукоцеле решітчастого лабіринту	94
Струменська О.В. Необхідність впровадження вакцинації проти пневмококу дітям перед кохлеарною імплантацією	95
Терещенко Ж.А. Отоларингологічні аспекти підготовки пацієнтів до щелепно-лицевих операцій	96
Тилля О.І., Скоробогатий В.В., Гусакова О.О. Фіброзна остеодисплазія лобної пазухи та решітчастого лабіринту. Клінічний випадок	97
Тинітовська О.І. Синдром Шегрена в практиці отоларинголога	98
Хоружий І.В. Органозберігаюча конхопластика: сучасні тенденції та хірургічні підходи	99
Цвірінько І., Заболотна Д. Наш досвід використання навігаційної системи в отоларингології	100
Цвірінько І., Титарчук О., Заболотна Д. Діагностика та лікування синдрому Чарга-Строса у практиці отоларинголога	101
Цимар А.В. Щодо консервативного лікування хронічного аденоїдиту	102
Цьолко Т.Р. Огляд сучасних методів лікування пухлин шкіри ділянки голови та шиї	103
Чубко С.П., Шепеленко Н.В., Кобзарук Л.І. Оцінка стану слухового та мовленнєвого розвитку (реабілітації) дітей з тяжкими порушеннями слуху у різні періоди після кохлеарної імплантації з використанням валідованих українською мовою опитувальників CAP та SIR	104
Шевлюк П.П., Скоробогатий В.В., Кокоркін Д.М., Гусакова О.О. Про камуфляж спинки носа при ринопластиці	105
Шевчук Ю.В. Роль місцевої терапії в лікуванні пацієнтів з запальними захворюваннями горла	106
Шевчук Ю.В., Гнатюк В.В. Невідкладна допомога при порушенні прохідності дихальних шляхів у дітей	107
Шидловська Т.А., Безега М.І., Волкова Т.В., Безега Б.М. Скарги з боку аналізаторних систем у хворих на COVID-19 в період пандемії та після неї	109
Шидловська Т.А., Зінь Д.М. Регуляція дихання у випадку хропіння та синдрому обструктивного апное сну	110