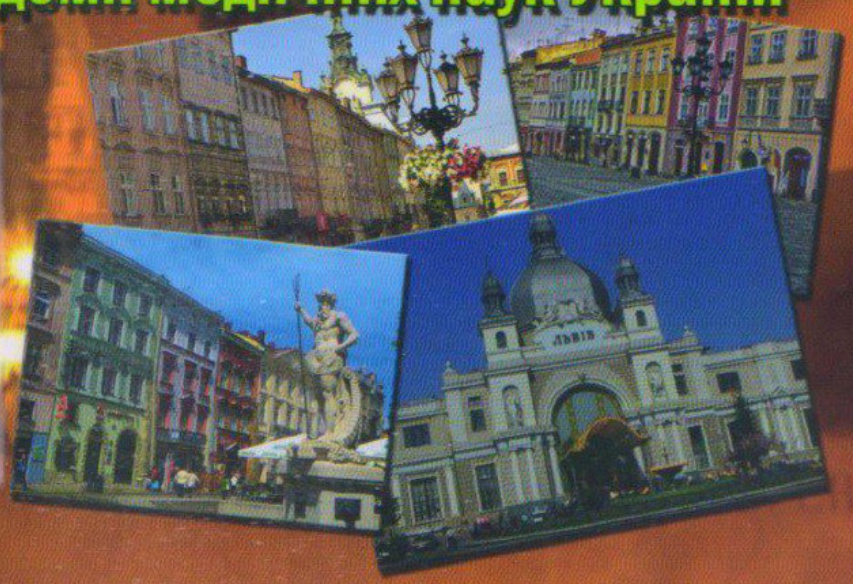
МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,

присвяченій 30-річчю з дня заснування
Національної академії медичних наук України



1-3 жовтня 2023 р.
м. Львів, Україна

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

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ», ПРИСВЯЧЕНА 30-РІЧЧЮ З ДНЯ ЗАСНУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

2-3 жовтня 2023 р.

Львів – 2023

С.М. ПУХЛІК[1], М.В. ПИЛИПЮК[2], О.В. ТІТАРЕНКО[1], І.В. ДОБРОНРАВОВА[1], І.В. ДЄДИКОВА[1]

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ РИНОСИНУСИТ

[1]Одеський національний медичний університет
[2]КНП «Міська клінічна лікарня № 11» Одеської міської ради

Нині значно збільшилася кількість гострих посттравматичних риносинуситів як серед військового, так і мирного населення. Це зростання обумовлено декількома механізмами: вибухові, механічні, транспортні, психоемоціональні чинники. При травмах лицевої ділянки ураження зовнішнього носа комбінується з пошкодженням параназальних синусів та оточуючих анатомічних утворень – мозку, черепа. орбіти. Характерною ознакою посттравматичного синуситу є наявність гемосинусу, обструкції природного співустя, кісткові відламки, пошкодження слизової оболонки. Згідно EPOS 2020 дисфункціональна іннервація може відігравати роль у патогенезі хронічних ринітів і частково пояснювати втрату нюху. Нерідко це супроводжується не тільки механічними, косметологічними дефектами, але й контузією головного мозку, психоемоціональними розладами. Пацієнти госпіталізуються у профільні відділення за превалюючи ми ушкодженнями: травматологічне, нейрохірургічне, щелепно-лицеву хірургію. Тому діагностика гострого травматичного риніту в більшості випадків виходить на другий план, пораненим не надається відповідне лікування. Звернення до отоларинголога нерідко відбувається через 2-3 місяці після перенесеної травми, коли процес у порожнині носа переходить у хронічну форму.

Під нашим наглядом протягом минулого року перебувало 56 пацієнтів із хронічним риносинуситом, що розвинулися після перенесеної травми та гострого травматичного риніту. З них було 12 жінок та 44 чоловіків. Поєднання хронічного риніту викривленням носової перегородки, що функціонально впливало на носове дихання, спостерігалося у 16 пацієнтів, у 4 з них це супроводжувалося синехіями порожнини носа та деформацією носової перегородки і зовнішнього кісткового скелету. Ці пацієнти зазнали оперативне втручання.Пацієнти зверталися з приводу стійкого або періодичного утруднення носового дихання, ринореї та залежності від деконгестантів. З інших скарг можна було відмітити порушення нюху у 13 осіб, чхання і свербіж у носі – 16, гугнявість – 26, періодичний головний біль – 17, порушення сну, втомлюваність – у 36 пацієнтів. У 5 хворих на тлі нелікованого риніту розвинувся бактеріальний риносинусит.

Хворим проведено клініко-лабораторні та додаткові методи дослідження: комп'ютерна томографія, магнітнорезонансна томографія. 7 хворим виконана діагностична пункція верхньощелепної пазухи, у 5 випадках виявлене гнійне запалення, у 2 – залишки крові. Серед обстежених у 2 осіб виявлені гематоми носової перегородки (проведений розтин та дренування), у 3 відмічено консолідований перелом стінок лобовогосинусу, у 2 - верхньощелепної та решітчастої пазух, у 3 – орбітальних стінок та ви лицевої кістки. Вірогідно, що хворі на гнійний риносинусит перенесли недіагностований гемосинус, який при нормальній функції природного спів устя самостійно дренується на 8-10 добу після травми.У 1 пацієнта посттравматична лікворея симулювала хронічний риносинусит, її діагностували на підставі КТ скроні та шляхом визначення рівня глюкози та білка у виділеннях з носа.Хворий потребував лікування у нейрохірургічному відділенні. Останнім пацієнтам призначений курс консервативної терапії з використанням антигістамінних, седативних, муколітичних препаратів, інтраназальних гіпертонічних сольових розчинів, топічних деконгестантів. Терапевтично суттєвий ефект отриманий тільки у 23 осіб, останнім пацієнтам виконана септопластика (9) та/або підслизова вазотомія носа (21).

Тобто, своєчасна діагностика травматичних ушкоджень порожнини носа та біляносових синусів може значно зменшити відсоток оперативних втручань довгостроковому періоді.

© С.М. Пухлік, М.В. Пилипюк, О.В. Тітаренко, І.В. Добронравова, І.В. Дєдикова, 2023

Нікулін М.І., Нікулін І.М.
Використання інтраназальних сольових розчинів з ектоїном в профілактиці алергічного риніту 103

Омерова Л.М., Кузьмук И.А., Тетянчук А.С.
Назосептальний клапоть в реконструктивних операціях у пацієнтів з вогнепальними пораненнями 103

Паламарчук В.В., Бурлака Ю.Б., Ворошилова Н.М., Гринь Н.В., Пашковський В.М.
Діагностичний алгоритм при лікуванні ран та променевих ускладнень у онкоторіноларингологічних хворих 105

Паламарчук В.В., Пашковський В.М.
Деякі аспекти професійного раку верхніх дихальних шляхів та суміжних органів 106

Пилипюк М.В., Павленко Н.С., Годін О.В.
Оптимізація пластичного матеріалу для заміщення післяопераційних дефектів голови та шиї 106

Попович В.І.
Назофарингіт – сучасний підхід до фармакотерапії та профілактики поліпрагмазії 107

Пухлік С.М., Богданов К.Г., Богданов В.К.
Оцінка змін імунного статусу у хворих на алергічний риніт у процесі лікування з використанням мікроміцетів 108

Пухлік С.М., Добронравова І.В., Тітаренко О.В.
Поліморфність причин виникнення крововиливу у голосові складки. Наші спостереження 109

Пухлік С.М., Колесніченко В.В.
Практичні рекомендації відносно виконання тонзилектомії 111

Пухлік С.М., Колесніченко В.В., Дєдикова І.В
Сучасні можливості анкетування пацієнтів після перенесеного хірургічного втручання 112

Пухлік С.М., Пилипюк М.В., Тітаренко О.В., Добронравова І.В., Дєдикова І.В.
Посттравматичний риносинусит 114

Пухлік С.М., Салєнко Л.Ю.
Нюхальна здатність після ларингектомії 115

Пухлік С.М., Тагунова І.К., Андрєєв О.В., Богданов К.Г.
Профілактичне застосування респіраторного пробіотика Streptococcus salivarius k12 в ЛОР-практиці 116

Пухлік С.М., Цепколенко О.В.
До питання лікування стійких постковідних сенсоневральних гіпоксій 117