

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

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ»**

30 вересня – 1 жовтня 2024 р.

Івано-Франківськ – 2024

ІСТОРІЯ РИНОЛОГІЇ

Одеський національний медичний університет

Історія ринології – це історія зусиль людей, які намагалися допомогти пацієнтам із захворюваннями носа та пазух або іншими станами, які, як вважається, пов'язані з носом чи пазухами. Лікування гортані, носа та вух, а також хірургічні операції практикували грецькі, індійські та візантійські лікарі. У Стародавньому Єгипті вже існувала лікарська спеціалізація. Мистецтво оперативного лікування та хірургічні інструменти Стародавньої Індії були найбільш досконалими у Стародавньому світі. Лікарі вмели відновлювати різні частини обличчя – носи, вуха та губи, скалічені в бою або за вироком суду. Спосіб своєрідної ринопластики, докладно описаний Сушрут, увійшов в історію під назвою «індійського методу». Перше повідомлення у світовій медичній літературі про огляд носа відноситься до шостого століття до нашої ери, в індійському документі «Сучрута-самхіта», в якому описується трубчасте дзеркало назальне, зроблене з бамбукового дерева. Гіппократ ще V столітті до нашої ери описав методи лікування уражень носа. Тексти Гіппократа відобразили інтерес до травм носа, які на той час були звичайним явищем як у солдатів у битвах, так і у спортсменів на змаганнях у Стародавній Греції. Ці методи лікування були адаптовані та впливали на медичну практику аж до середньовіччя. В Англії в 1707 Дрейк і Каупер повідомили про деякі випадки неприсмного запаху з рота, викликаного нагноєнням верхньощелепної пазухи. Вони лікували хворого, вириваючи зуби, відкриваючи цим верхньощелепну пазуху через альвеолу. У 1743 році Ламор'є вже відкривав верхньощелепну пазуху через ротову порожнину. Метод Ламор'є, який відкриває верхньощелепну пазуху через лунку зуба, тривалий час залишався стандартною процедурою. Крім того, в середні віки приносомим пазухам приписувалися неясні функції, такі як зберігання масел для змашування рухів очей або дренажний простір для злих духів у мозку. Ці функції спричинили назви навколоносових пазух, наприклад, «la cloaca del cerebro» (клоака мозку), на думку іспанського лікаря Сансовіно в XVI столітті.

Поява патології та розуміння місцевих поразок, пов'язаних із хворобою, прояснили, що відтік носа та вух походить з цих відповідних частин, а не з мозку, як зважало на давнину. Ключову роль зіграв Конрад Віктор Шнейдер (1614–1680) з Біттерфельда, який написав, що «катаральна речовина є не екскрементами з мозку, а кривавою масою» і походить із запаленого органу. У 1660 р. Шнайдер у місті Віттенберзі (Німеччина) одним з перших припустив, що слиз, що у приносомих пазухах, перестав бути продуктом мозку, а надходить із самих околоносових структур. Його висновки суперечили поширеній теорії римського лікаря Галена про те, що носові виділення виникають у порожнині черепа з гіпофіза.

Сучасні знання про анатомію цих структур багато в чому зобов'язані роботам Еміля Цукеркандла з Австрії, який у 1870 р. описав деталі носа та приносомих пазух в анатомічних дослідженнях, відкривши тим самим нову галузь наукових та хірургічних знань у цій галузі. Десятиліття, що передували XX століттю, сприяли розвитку досліджень хірургічної та секційної анатомії: такі вчені, як Грюнвальд, Оноді, Гаск, стали свідками зародження ринології як спеціальності, що становить основу наших сучасних концепцій діагностики та лікування порожнин носа та захворювань навколоносових пазух. Ринологія також отримала великий розвиток, особливо в діагностиці та хірургії, коли була створена ендоскопія, заслуга якої належить Філіппу Боззіні в 1806 році. Чермак, який вперше згадав термін «риноскопія», популяризував використання носового дзеркала і в 1879 році застосування ендоскопа при риноскопії. Традиційне увігнуто дзеркало отолога з центральною перфорацією для перегляду з'явився в 1841 році, спочатку як ручний пристрій, але пізніше його стали носити на пов'язці на голову (1855). Було впроваджено нові методи дослідження з використанням нових точних інструментів. Воронкоподібне дзеркало було нарешті прийнято, гортане дзеркало і двостулкове назальне дзеркало набули своєї остаточної форми, що зробило фізичне обстеження більш об'єктивним. Ці три інструменти перешкоджали розвитку трьох спеціальностей: отології, ларингології та, нарешті, ринології.

Ринологію часто вважають бідною родичкою оториноларингології. Проте наприкінці дев'ятнадцятого століття вона спробувала знайти свій шлях. У 1854 деякі вважали, що носові поліпи є аденоматозні пухлини, а Рудольф Вірхов в 1863 р. назвав їх «міксомами». Тоді було висловлено припущення, що поліпи носа виникли внаслідок хронічної інфекції повітроносних осередків гратчастої кістки. Сплетіння вен, розташоване в передній частині хрящової перегородки, було ідентифіковано як джерело носової кровотечі Карлом Мішелем з Кельна у 1874 р. та Вільгельм Кіссельбах з Ерлангена у 1880 р. Пізніше цю область назвали «сплетенням Кіссельбаха». Термін «синусит» виник ринологічній літературі межі 1890-х. Його швидко стали використовувати у всьому світі для опису запалення приносових пазух. Хірургія зробила великий крок уперед із розробкою та удосконаленням ринопластики та септопластики. Карл Фердинанд фон Грефе (1787–1840) з Берліна ввів термін «ринопластика» у своїй книзі, опублікованій у 1818 році, і відродив італійський метод, об'єднавши його найкращі риси з індійським методом, створивши цим європейську техніку і став основоположником сучасної пластичної хірургії. Густав Кілліан був дуже активним у назальній хірургії. Операція підслизової резекції носової перегородки Кілліана набула популярності у всьому світі. Всупереч очікуванням, століття почалося із застою в галузі ринології, пов'язаного з появою антибіотиків, які значно знизили необхідність операцій на приносових пазухах. Більше того, розвиток ларингології та отології призвело до зниження інтересу до ринології, яка обмежувалася корекцією викривлень носової перегородки, переломів, видаленням поліпів носа та промиванням гайморових пазух через собачу ямку. Розширення знань у галузі імунології дозволило лікарям розрізняти та розуміти алергічні та неалергічні процеси. Ключ до розвитку знань з анатомії, фізіології та патології навколоносових пазух належить професору Вальтеру Мессерклінгеру та його наступнику професору Х. Штаммбергеру з Австрії в їх роботі про аерацію передніх клітин гратчастої кістки, яка мала ключове значення до розуміння дренажу бічної стінки носа та його мукоциліарного кліренсу. Мессерклінгер відновив використання ендоскопів, використовуючи їх для діагностичних та хірургічних процедур на носі. Д.І. Заболотний та С.Б. Безшалочний активно сприяв розвитку ендоскопічної ринохірургії в Україні. Це дало поштовх розвитку Української школи ендоскопічної ринохірургії.

© С.М. Пухлік, 2024

<i>Попович В., Кошель І., Лешак В., Малофійчук О., Пілецька Л., Капустіна Н., Мартиниш О., Кудерський В.</i> Ефективність назального спрею мометазону фуроат (Флікс) в тактиці відкладеного призначення антибіотиків в лікуванні гострого риносинуситу результати багатоцентрового дослідження	99
<i>Пухлік С.М.</i> Історія ринології	100
<i>Пухлік С.М., Дедикова І.В., Тагунова І.К.</i> Зовнішній слуховий прохід – межа оториноларингології та дерматології	102
<i>Пухлік С.М., Запорожченко П.О., Колесніченко В.В.</i> Алергенний профіль при хронічному назофарингіті, асоційованому з алергічним ринітом	103
<i>Пухлік С.М., Колесніченко В.В., Дедикова І.В.</i> Огляд досліджень щодо ефективності топічного застосування транексамової кислоти при зупинці носових кровотеч	104
<i>Рахманов В.</i> Функціональні ускладнення у пацієнтів з раком ротової частини глотки III-IV стадії: тризм та його прогностичні маркери	105
<i>Решетняк І.С.</i> Діагностика та комбіноване лікування грибкового максиліту з полімікробіотозними змінами	106
<i>Романенко Р.Р.</i> Комплексне застосування регенеративної клітинної медицини для лікування перфорацій барабанної перетинки: системне оглядове дослідження	107
<i>Руденька К.Л.</i> Рідкісна деформація вушної раковини («вухо Моцарта»)	108
<i>Сабов О.О., Лешак В.І., Гаман Ю.В.</i> Методи профілактики інтра- та постопераційних назальних лікворей	109
<i>Саніжак І.І.</i> Морфо-функціональний стан завитки після введення нейрональних ембріональних клітин при змодельованому аміноглікозидному ототоксикозі (електронно-мікроскопічне дослідження)	110
<i>Саніжак І.І., Кулешова Д.М., Власюк Л.К.</i> Слухова реабілітація дітей з вродженими та набутими вадами розвитку вуха за допомогою імплантованої системи кісткової провідності	111
<i>Семенюк О.О., Калінчук О.О., Заброварна Т.М., Грицак Д.І., Коноплицький Д.В.</i> Мультидисциплінарна співпраця лікарів при побутовій травмі стравоходу	112
<i>Сліпецький Р.Р., Галай О.О., Дуда О.Р., Бондаренко С.Г., Лудчак В.Ю., Друзюк О.В., Карп С.Ю., Шмідт М.Р., Сендега І.М., Цьолко Т.Р.</i> Як правильно класифікувати метастази у лімфатичні вузли ший без встановленого первинного вогнища	113
<i>Сребняк І.А., Борисенко О.М., Поліщук Г.С., Теслюк В.Р.</i> Тактика реконструкції оскулярного апарату після отримання акубаротравми та мінно-вибухової травми голови	114
<i>Сребняк І.А., Шербул О.В.</i> Вплив буферної функції клітинної системи соскоподібного паростка на ймовірність розвитку спонтанної перилімфатичної фістули	115