

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.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2021

Л.М. ОМЕРОВА, С.А. ЛАКИЗА, И.А. КУЗЬМУК (КИЕВ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ, НАШ ОПЫТ

Использование эндоскопических доступов в хирургии новообразований полости носа и придаточных пазух все более широко внедряются в практику ринолога, онкооториноларинголога. Первый опыт был опубликован 1980-х годах Н. Stammberger. Согласно данным Европейского меморандума по эндоскопической тактике хирургического лечения опухолей носа, параназальных синусов, основания черепа (Suppliment 22, Rhinology, 2010) в течение последних десятилетий эндоскопическая эндоназальная хирургия опухолей данной локализации имеет существенные преимущества и является приоритетной в лечении этой патологии и имеет ряд значительных

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.

преимуществ в сравнении с наружными доступами: малая травматичность, лучшая визуализация и увеличение опухоли и анатомических структур, отсутствие внешних разрезов, минимальная инвазивность, сокращение времени госпитализации пациента.

Мета-анализ, проведенный Bousquets J.M., Hwang P.H. (2006), частоты рецидивирования опухоли после хирургического лечения 1060 пациентов с синоназальной инвертированной папилломой (с 1992 по 2004 гг.) показал, что эндоскопические доступы оказались более эффективными (12% рецидивов) в сравнении с открытыми хирургическими доступами (20% рецидивов).

Аналогичные данные показывают российские ринологи Ризаев А.А., Лопатин А.С., (2014), которые выявили 17% рецидивов у пациентов с инвертированной папилломой после эндоскопической хирургии. Также по данным Nicolai, Castelnuovo (2014), Vasileous Papanikolaou имеет свои ограничения по: инфильтрации опухоли в глазницу, широкое латеральное распространение опухоли во фронтальный синус и/или латеральную fossa infrot temporalis, массивное вовлечение опухолью основания черепа и пр.

Учитывая опыт использования данных доступов в хирургическом лечении новообразований носа и параназальных синусов в ЛОР-клинике НВМК "ГВКГ" в течение последних с 10-15 лет, целью доклада является выявления особенностей этих доступов в результате ретроспективного анализа результатов операций 23 пациентов с данной патологией, которым были проведены разные типы операций в зависимости от локализации образования.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились пациенты с такой патологией: инвертированная папиллома – 15, эстезио-нейробластома – 1, плазмоцитомы – 2, аденокарцинома – 1, остеомы решетчатого лабиринта – 3, другие – 3.

Результаты:

1) наиболее эффективный результат – при удалении опухолей решетчатого лабиринта с широким удалением решетчатой кости;

2) манипуляции на костных структурах – высверливание узких полостей – приводит к утолщению подлежащей кости, которые купируются в дальнейшем накладыванием слизистого лоскута для последующей эпителизации;

3) при локализации опухоли в области носослезного канала – предпочтительнее выполнять превентивно ДЦР;

4) опухоль предпочтительно удалять одним блоком, длительность операции сокращается в 1,5-2 раза;

5) у 50% пациентов с новообразованиями гайморовой пазухи с тотальным удалением слизистой оболочки формируется постоперационный стеноз пазухи.

Также выявлены особенности послеоперационного течения в зависимости от локализации и типа опухоли.

Выводы

Использование эндоскопических доступов в хирургическом лечении новообразований носа и околоносовых пазух могут широко внедряться в практику ринохирурга.

Эндоскопические доступы обеспечивают максимальную визуализацию и послеоперационный контроль полости.

Даже в случае массивного вовлечения лагримальных путей, латерального распространения в лобные синусы, основание черепа, вовлечение орбиты и другие параназальные структуры возможно использование комбинированных подходов.

© Л.М. Омерова, С.А. Лакиза, И.А. Кузьмук, 2021

*О.В. ПАПП, О.М. БОРИСЕНКО, А.Л. БОБРОВ, М.І. СІТУХО,
С.В. ВАЛЬЧИШИН (КИЇВ, УКРАЇНА)*

**ІНТРАЛАБІРИНТНА ВЕСТИБУЛЯРНА ШВАННОМА:
КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

Вступ: Інтралабірентна вестибулярна шваннома (ІЛВШ) – це доброякісна пухлина, яка виростає із шваннівських клітин мієлінової оболонки закінчень слухового та вестибулярного нервів. ІЛВШ може локалізуватись у вестибулумі, завитку або у півколових каналах.

Хірургічне втручання залишається методом вибору при лікуванні ІЛВШ. Внаслідок особливостей цього підходу може статися порушення слуху та рівноваги.

Методи: Ретроспективний аналіз історії хвороби хворих на ІЛВШ, дані аудіометрії, вестибулометрії, КСВП, МРТ, операційні знахідки.

Підхід здійснюється через скроневу кістку трансмастоїдально, транслабірентно із збереженням задньої стінки зовнішнього слухового проходу.

Результати: протягом 2019-2021 нами було виявлено та проліковано 3 пацієнти з ІЛВШ. 2 пацієнти проліковані хірургічно. Застосовано транслабірентний підхід до внутрішнього вуха з тотальним видаленням пухлини. В обох випадках шваннома локалізувалась у вестибулумі лівого вуха. 1 пацієнт знаходиться під нашим спостереженням з ІЛВШ у вестибулумі правого вуха. Всі 3 пацієнти жінки віком від 30 до 45 років.