

та постановки остаточного діагнозу у дитини з комбінацією орфанних спадкових захворювань обміну речовин.

*Андрушко С.Д., Левицька С.А., Понич О.М., Палій М.А. (Чернівці, Україна)*

## **СИНДРОМ НІМОГО СИНУСУ У ДІТЕЙ**

Синдром німого синусу або SSS (Silence Sinus Syndrome) – рідке захворювання, в основі котрого лежить набутий ателектаз верхньощелепного синусу. Вперше синдром описаний в 1964 році, свою назву отримав через 30 років у зв'язку із повільним перебігом.

**Метою** дослідження було проведення аналізу механізмів розвитку, перебігу синдрому німого синусу, в тому числі у дітей, обговорення власного клінічного досвіду.

**Матеріали і методи.** Проведений аналіз наукових публікацій по наукометричним базам даних PubMed, Cochrane Library, and Scopus, PubMed, PMC з використанням ключових слів «Silence Sinus Syndrome», а також аналіз власного досвіду лікування десяти пацієнтів із SSS, в тому числі одного – у дитини.

Припускають, що в основі синдрому лежить стійке закриття переднього отвору і створення негативного тиску в синусі із поступовим ателектазом. Основними діагностичними критеріями SSS є спонтанний однобічний енофтальм і гіпоглобус, тому в переважній більшості пацієнти спершу звертаються до офтальмологів або пластичних хірургів через асиметрію обличчя. Проте, в першій стадії SSS фаціальні і офтальмологічні симптоми відсутні і пацієнти потрапляють до отоларингологів у зв'язку із хронічним запальним враженням верхньощелепної пазухи. На рутинних рентгенограмах пазух у таких пацієнтів має місце стійке зниження пневматизації однієї гайморової пазухи, яке не змінюється в процесі консервативного лікування, що змушує отоларингологів вдаватися до проведення діагностичних пункцій. При пункції вражених верхньощелепних пазух визначають зменшення об'єму синусу і відсутність гнійного вмісту. Зазвичай таким пацієнтам діагностують

хронічний гіперпластичний верхньощелепний синусит і через декілька років призначають хірургічне втручання на враженому боці.

Допомогою в діагностуванні SSS є комп'ютерна томографія пазух, яка не тільки вказує на значне зниження об'єму синусу, але й на латеральне зміщення медіальної стінки пазухи. Це особливо критично у випадках хірургії середнього носового ходу через високий ризик пошкодження стінки орбіти.

**Результати та обговорення.** Особливу цікавість у нас викликав випадок SSS у дитини: у відділення звернулися батьки з дівчинкою 14 років зі скаргами на значне утруднення носового дихання, переважно через ліву половину носа, частий головний біль. Синуситів в анамнезі не було, за медичною допомогою до отоларингологів раніше не зверталися. При проведенні риноскопії дитині відмічене різке викривлення носової перегородки вліво із перекриттям лівого середнього носового ходу. Враховуючи блок середнього носового ходу і вказівки на частий головний біль дитини, вирішено виконати КТ ППН для виключення можливого запального враження синусів. При аналізі результатів КТ діагностовано SSS, причиною розвитку котрого вочевидь було порушення аерації пазухи через девіацію носової перегородки. Дівчинці виконана септопластика, лівобічна унцинатотомія і антростомія. Враховуючи труднощі виконання антростомії при SSS і необхідність гарної візуалізації структур середнього носового ходу для запобігання травмування орбіти, операція доповнена частковою резекцією етмоїдального міхура. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Огляд через 6 місяців – носове дихання вільне, середній носовий хід вільний, гарно візуалізується, антростома функціонує. Обличчя симетричне, ознак енофтальму немає.

### **Висновки.**

Особливостями цього випадку є розвиток SSS в дитячому віці, діагностування останнього на ранній стадії, коли ще не відбувалося деформації обличчя.