

**X МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ
ТА ОРГАНА ЗОРУ»**

**X INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND
PRACTICAL CONFERENCE OF STUDENTS AND
YOUNG SCIENTISTS "SPECIAL ISSUES OF
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENT
ORGANS, CRANIOFACIAL AREA AND VISUAL
ORGAN DISEASES**

14-15 березня 2018 року

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ КІСТИ ТОРНВАЛЬДА

Андрусенко Д.В

Науковий керівник: Лікар КМКЛ №12 Пасова О.О

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деева Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Останнім часом, завдяки широкому поширеному використанню ендоскопічного методу дослідження порожнини носа та носоглотки було випадково знайдено рідкісне новоутворення носоглотки, кіста Торнвальда. Кіста Торнвальда – це рідкісна вроджена патологія, що знаходиться по серединній лінії поблизу глоткової мигдалини, що пов'язана зі збереження ембріонального зв'язку між переднім кінцем хорди і кришою глотки (залишок мішка Ратки). В 1840р. Мауг перший описав новоутворення що знаходиться по серединній лінії носоглотки. А в 1885 німецький лікар Торнвальд описав 26 клінічних проявів, що пов'язані з накопиченням рідини в кісті та зараження кісти. Виходячи з відкриття Торнвальда з певністю можемо сказати що є Сумка Торнвальда, і є кіста Торнвальда. Різниця полягає в тому що кіста є закритою порожниною за рахунок підсихання слизу, утворюється кірка, тобто кірковий тип, що блокує ввідний отвір, в період інфікування відбувається прорив гною і витікання його по задній стінці глотки -сумка Торнвальда. Сумка Торнвальда є вродженим дефектом слизової носоглотки, тому симптоми можуть проявитися в будь-якому віці, але найбільший пік запалення кісти спостерігається у пацієнтів 15-20 років. Також кіста може існувати безсимптомно протягом усього життя. Клінічними проявами синдрому Торнвальда можуть бути утруднене носове дихання, хрипіння, яке виникає під час сну. Передня, ринорея іноді особливо задня ринорея часто супроводжується неприємним запахом, та має неприємний присмак. Часті головні болі в тім'яній та потиличній області. Гнусавість внаслідок носової обструкції. Двухстороннє зниження слуху – за рахунок запального процесу та обструкції евстахієвої труби. З метою більш чіткого визначення розмірів порожнини, характеру її вмісту, місце її розташування до прилягаючих навколишніх органів використовують КТ, МРТ, ендоскопічну діагностику. Сумка Торнвальда відрізняється великою інтенсивні сигналу T1 і T2 підвищеним зображенням за рахунок великого вмісту білка. Основний метод лікування сумки Торнвальда - хірургічний. Використовують повне видалення сумки під ендотрахеальним наркозом та місцевою інфільтративною анестезією через трансназальний ендоскопічний шлях за допомогою шейвер.

Клінічний випадок. Жінка 30 років звернулася до КМКЛ №12 зі історією на часті повторюючі приступи галітозу, гнійні виділення з носоглотки, що тривають протягом бміс. Пацієтка отримувала полегшення після курсу антибіотиків. При огляді носа, горла за винятком невеликого стікання гною, більше нічого не видно. При ендоскопії носа помітно кістозна маса у верхній часті задньої стінки носоглотки з

великого отвору помітні слизово-гнійні виділення. Виділення взяті були для на Бак. посів та чутливість, ніякого мікробного росту не було отримано. Ендоскопічні дані призвели до думки можливо є запалення в суки Торнвальда. КТ показало кулясту форму з рівними краями, заповнену рідиною і вона була пов'язана з носоглоткою. Було проведено оперативне втручання під ендотрахеальним наркозом після інфальтративної анестезії розчином ультракаїну, через трансназальним ендоскопічний шлях за допомогою шейверу була видалена сумка. Після операційний період без складнень. Гемостаз сухо. Після операції пацієтка повністю позбавилась симптомів.

Висновок: Кісти Торнвальда є незвичайним клінічним об'єктом. Оскільки вони нечасті, вони рідко діагностуються при первинному огляді, можуть бути джерелом кількох скарг хворого. МРТ - це найкраще дослідження з діагностики кіст Торнвальда. Ендоскопічний трансназальний доступ за допомогою носових ендоскопів та мікродебридера є найкращим способом лікування кісти Торвальда, оскільки забезпечує чіткий візуальний контроль під час оперативного втручання, не значну кровотечу і стійкий результат операційного втручання.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕСТЕТИЧНОЇ РИНОПЛАСТИКИ ЗГІДНО З ПРАВИЛОМ «ЗОЛОТОГО ПЕРЕТИНУ» ЛЕОНАРДО ДА ВІНЧІ У ПАЦІЄНТІВ ОПЕРОВАНИХ ПЛАСТИЧНИМИ ХІРУРГАМИ

Вишпінський Я.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дідковський В.Л.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Краса та привабливість обличчя в значній мірі залежить від форми носа. За даними ISAPS 2015 року в структурі естетичних операцій ринопластика посідає 5 місце. Щорічно в світі виконується приблизно 1 млн. ринопластик з тенденцією до їх збільшення.

Мета. Провести аналіз фотографій пацієнтів оперованих пластичними хірургами до та після естетичної ринопластики. Співставити результати з «ідеальними» пропорціями правила «золотого перетину».

Матеріали і методи. В дослідженні прийняли участь 9 пацієнток, яким проведена естетична ринопластика. Ми керувалися правилом «золотого перетину» Леонардо да Вінчі, яке дає змогу оцінити співвідношення структур обличчя не дивлячись на виконання фотографій за не стандартизованими умовами. Згідно з цим правилом обличчя горизонтальними лініями умовно ділиться на 3 рівні зони : верхню - лоб, середню - ніс та нижню – рот і підборіддя, а вертикальними лініями на 5 зон, при чому ширина основи носу має дорівнювати повздовжньому розрізу очей. Також ми вимірювали загальноприйняті кути носа, а саме: носо-губний (норма 95-105°), носо-

- лобний (115° - 130°), носо - лицевий (37°) і порівнювали ці величини до та після операції.

Результати та їх обговорення. Порівняння співвідношення носа до розрізу очей показало, що у 6 пацієток дані виміри співпадали, у 3 випадках (33,3%) ширина носа потребувала корекції. Довжина носа за нашими даними у 8 випадках (88,9%) зменшувалась. Порівняння кутів показало, що носо-губний кут у 100% випадків збільшували в середньому на $10,8^{\circ}$. Носо-лобний кут у 100% випадків зменшували на $3,3^{\circ}$. Аналіз носо-лицевого кута немає достовірного орієнтиру так, як в 5 випадках він збільшувався на $2,4^{\circ}$, а в 4 зменшувався на $7,25^{\circ}$.

Висновки.

1. Аналіз результатів естетичної ринопластики згідно з правилом «золотого перетину» можливий, не дивлячись на виконання фотографій за не стандартизованими умовами.

2. За результатами оцінки довжина та ширина носа зменшувались на 88,9% та 33,3% відповідно.

3. Вирішальним кутом корекції є носо-губний, утворення носо-лобного та носо-лицевого кутів є наслідком корекції носо-губного кута.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА НАСЛІДКІВ ФЛЕГМОНИ ОРБИТИ

Гонська Н.Р., Дацюк О.П.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Куриліна О.І.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Флегмона орбіти одне з найтяжчих ускладнень гнійно-запальних захворювань одонтогенного та риносинусогенного походжень. Наслідки даної патології можуть становити небезпеку не тільки для зорових функцій, а й для життя пацієнта.

Мета. Проаналізувати особливості клінічного перебігу та наслідків флегмони орбіти.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 5-ти пацієнтів з флегмоною орбіти. Середній вік хворих склав 35,8 років (від 20 до 57 років). Переважала кількість осіб жіночої статі над чоловічою (відповідно 60% і 40%). У 3-х пацієнтів флегмона очниці була діагностована як ускладнення гнійного гаймориту, у решти – гнійного періодонтиту. Усім пацієнтам проведено візометрію, біомікроскопію, КТ та МРТ діагностику черепа та орбіт, консультації оториноларинголога, стоматолога та невропатолога.

Результати. Хворі скаржилися на біль в ділянці ураженого ока, головний біль, підвищення температури тіла (до 40°C). Об'єктивно: гіперемія, набряк повік та

періорбітальних м'яких тканин, екзофтальм, офтальмоплегія, хемоз кон'юнктиви та різке порушення гостроти зору в межах від 0,08 до 0,02 у 2-х хворих (40%) то повна втрата зору у 3-х (60%). У всіх пацієнтів була діагностована ішемічна нейропатія, яка в подальшому призвела до атрофії зорового нерва. 3-м пацієнтам проведена ендоназальна гаймороектомія,

2-м – екстракція ураженого зуба та санація гнійного вогнища. Всім пацієнтам проведено розтин флегмони орбіти на фоні активної дезінтоксикаційної, антибактеріальної та неспецифічної протизапальної терапії.

Висновки. Флегмона орбіти – гостра, небезпечна патологія, яка може призвести до незворотної втрати зорових функцій та інвалідизації хворого, потребує невідкладного комплексного лікування та тісної співпраці суміжних спеціалістів.

ЗМЕНШЕННЯ ВПЛИВУ ЯТРОГЕННИХ ФАКТОРІВ ЯК ПРОФІЛАКТИКА УТВОРЕННЯ МІЦЕТОМ МАКСИЛЯРНИХ СИНУСІВ

Гришина І.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безшапочний С.Б.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Безшапочний С.Б.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

м. Полтава, Україна

Актуальність. Мікотичні ураження навколоносових синусів є розповсюдженою патологією у практиці лікарів-оториноларингологів. Часто причиною виникнення захворювання може бути потрапляння цинк вмісних матеріалів у максиллярний синус у результаті ендодонтичних маніпуляцій. Захворювання характеризується частими рецидивами та за відсутності адекватного лікування може призводити до тяжких ускладнень.

Мета. З'ясувати зв'язок виникнення грибкових захворювань зі стоматологічними маніпуляціями, скласти алгоритм заходів, спрямованих на профілактику утворення грибкових тіл у максиллярних синусах.

Матеріали та методи. Нами було проведено аналіз оперативних втручань на навколоносових синусах, які проводились на базі ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. Скліфосовського у період з 2016 р. по 2017 р. Основою діагностики міцетом були дані ендомікрориноскопії, КТ та МРТ навколоносових пазух. Проводився детальний збір анамнезу пацієнтів стосовно стоматологічних втручань.

Результати. Виявлено, що ураження верхньощелепної пазухи зустрічали у 44,8% пацієнтів, основної – 31%, лобної – 5,17%, клітин ґратчастого лабіринту – 10,3%, поєднане ураження декількох пазух – 8,6%. Грибкові тіла були виявлені у 86% пацієнтів з ізольованим одностороннім патологічним процесом у максиллярному синусі. З'ясовано, що у більшості випадків захворювання викликалось грибами *Aspergillus*. При комплексному обстеженні хворих нами було виявлено, що у 82%

мали місце різні аномалії порожнини носа: викривлення переділочки, патологічні зміни носових раковин, ділянок остіомеатального комплексу. Усім пацієнтам паралельно з видаленням міцетом проводилось адекватне хірургічне лікування (септопластика, конхотомія, корекція остіомеатального комплексу). Нами був встановлений позитивний зв'язок між виявленням грибкових захворювань та пломбуванням каналів коренів зубів; складений алгоритм заходів, спрямованих на профілактику утворення грибкових тіл у максиллярних синусах.

Висновки. Раннє виявлення проблеми, колегіальність у прийнятті рішень, що передбачає співпрацю між оториноларингологами та стоматологами та комплексний підхід до лікування патологічних процесів у максиллярних синусах сприяє якомога швидшому оздоровленню пацієнтів та профілактиці ускладнень.

ОЦІНКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ОБ'ЄМНОЇ ПЛАСТИКИ НОСУ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕРМАЛЬНИХ ФІЛЛЕРІВ

Доброногова В.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дідковський В.Л.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деева Ю.В.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. Згідно зі світовими статистичними даними наданими Міжнародним товариством естетичної пластичної хірургії (ISAPS) за 2016 рік ринопластика займає 4 місце (7,6%) серед усіх пластичних операцій. Кількість операцій зросла на 8 % порівняно з 2015 роком. В свою чергу з більш широким впровадженням малоінвазивних процедур кількість усіх ін'єкцій склала 36,18 % від загальної кількості операцій та малоінвазивних процедур, що проводилися пластичними хірургами за 2016 рік в усьому світі. Ін'єкції гіалуронової кислоти складають майже половину цих процедур (40%), наступне місце займає гідроксиапатит кальцію (2%). Оскільки попит на ін'єкційні процедури зростає, збільшується і кількість небажаних явищ та ускладнень, пов'язаних з використанням дермальних філлерів.

Мета. Провести аналіз та оцінити ризик виникнення ускладнень об'ємної пластики носу з використанням дермальних філлерів на основі гіалуронової кислоти та гідроксиапатиту кальцію.

Матеріали та методи. Аналіз було проведено на підставі даних статей, опублікованих за останні роки у рецензованих наукових виданнях (дані з PubMed). Всього у дослідження було включено 1175 осіб, віком від 21 до 66 років. Вони були розподілені на 2 порівняльні групи на підставі обраного препарату: I - препарат на основі гіалуронової кислоти; II - препарат на основі гідроксиапатиту кальцію. Було враховано скарги, анамнез та об'єктивні дані пацієнтів.

Результати. При проведенні досліджень у великих групах людей була виявлена незначна кількість ускладнень: у 250 осіб з I групи спостерігалися транзиторні небажані ефекти, такі як набряк, еритема та біль у місці ін'єкції; ішемія, пов'язана із зовнішньою компресією судин була виявлена у 1,2% пацієнтів у дослідженні 242 осіб; в II групі з 385 осіб ускладнення у вигляді некрозу шкіри спостерігалися у 0,5 %, а зниження зору у 0,7 %. При аналізі лише тих пацієнтів, які мали ускладнення, спостерігалася така ситуація: з 46 осіб двадцять входили до I групи та відзначили наявність набряку та почервоніння у місці ін'єкції, 26 осіб, що входили в II групу мали такі ускладнення, як 8 % - гематоми, та по 4% - міграції препарату, підшкірні вузлики, інфекційні ускладнення, інфекція з подальшим некрозом тканин. У дослідженні 13 випадків з I групи у 39% було виявлено оклюзію судин, яка проявлялася некрозом тканин, з них 43% також відмічали зниження зору, а у 8 % було підтверджено наявність ішемічного інсульту. За останні 5 років було опубліковано 6 статей про випадки важких ускладнень в результаті оклюзії судин. 6 пацієнтів були віднесені до I групи, та 1 пацієнт до II групи. В I групі в 4 випадках оклюзія судин призвела до некрозу шкіри, який в трьох пацієнтів призвів до формування рубців. Два інші випадки були пов'язані з виникненням комбінованих ускладнень: 1 – некроз шкіри, блефароптоз та зниження зору; 2 – амавроз та ішемічний інсульт в басейні середньої мозкової артерії. Один пацієнт мав зниження зору на обидва ока - центральні скотоми (II група).

Висновки. Результати аналізу вказують на більш високий рівень незначних ускладнень в II групі, але ми також враховували не лише рівень ускладнень, а також їх важкість. При цьому зареєстровані випадки з виникненням комбінованих ускладнень в I групі дають підставу асоціювати їх з більш високим ризиком виникнення важких ускладнень та незворотних наслідків.

ПАРАМЕТРИ СЛЬОЗНОГО МЕНІСКУ ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА

Завальна Я.В., Ляпунова В.А.

Науковий керівник: Саксонов С.Г., Тесленко О.С.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Синдром сухого ока (ССО) є однією з найпоширеніших та найбільш часто діагностованих патологій переднього відрізка ока. ССО не призводить до втрати зору, але вносить значний дискомфорт в повсякденний ритм життя пацієнтів. Переважно цим захворюванням страждають особи працездатного віку, тому дана патологія має значний соціально-економічний ефект.

Мета. Оцінити параметри слъзних менісків за допомогою передньої оптичної когерентної томографії та порівняти їх результати до та після запропонованої схеми лікування.

Матеріали та методи. Основна група склала 50 пацієнтів, 100 очей (чоловіків 22, жінок 28) віком 22-50 років. Контрольна група склала 10 пацієнтів (20 очей) Усі пацієнти проходили загальноофтальмологічні обстеження, а також вимірювання слъзного меніску за допомогою оптичної когерентної томографії. Вимірювались такі параметри слъзного меніску : площа слъзного меніску (ПСМ), глибина слъзного меніску (ГСМ), висота слъзного меніску (ВСМ). Вимірювання проводили у контрольній групі та у пацієнтів із діагностованим синдромом сухого ока до та після запропонованої схеми лікування.

Схема лікування в залежності від ступеня тяжкості синдрому сухого ока :

- Гідратація.
- Дієта + омега-3 жирні кислоти
- Гігієна повік: теплі компреси, самомасаж повік
- Інстиляція дексаметазону (очні краплі)
- Інстиляція антибіотику
- Штучні слъзи
- Курс масажу мейбомієвих залоз (за необхідністю)

Оцінка результатів лікування проводилася через 14 днів(дн.), 30 дн., 60 днів.

Результати. У 84% випадків, після курсу лікування, відмічались зміни параметрів висоти, глибини та площі слъзного меніску. Оцінені параметри наближались до норми . У 16% випадків, суттєвих відхилень від початкових показників параметрів слъзного меніску не відмічалось. Позитивні зміни після лікування мали тривалий ефект. Параметри слъзного меніску були стабільні через 30 та 60 днів після лікування.

Висновок. Слъзний меніск може бути діагностичним критерієм ефективності лікування ССО. Запропонована схема лікування нормалізує вимірювані параметри та має тривалу дію. Необхідні більш детальні дослідження даної патології та проаналізувати віддалені результати.

«СИНДРОМ МОВЧАЗНОГО СИНУСА»: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Коваленко А.В., Левченко С.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Діхтярук О.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Мета. Метою роботи є ознайомлення з клінічної та радіологічної картиною синдрому мовчазного синуса, що є відносно рідкісною патологією. Огляд літературних даних щодо радіологічної картини, теорії патогенезу, та сучасного методу лікування.

Матеріали і методи. Вивчено дані клініко-радіологічного обстеження і ендоскопічного втручання хворої 57 років з встановленим діагнозом синдром мовчазного синуса, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні в Олександрівській клінічній лікарні м.Києва Синдром мовчазного синуса - це безболісна інволюція верхньощелепної пазухи внаслідок оклюзії остеомеатального комплексу з розвитком енофтальма. Хоча діагноз, як правило, передбачається клінічно, підтверджується характерними радіологічними ознаками включають обструкцію остеомеатального комплексу, зниження пневматизації верхньощелепної пазухи, значне зменшення обсягу пазухи за рахунок ретракції стінок.

Клінічний випадок. Жінка, 57 років. З анамнезу - скарги на утруднення дихання, переважно після нічного сну, вранці, періодичні слизові виділення, енофтальм ліворуч. Дані симптоми турбують протягом 1 року. З анамнезу відомо в 2005 році була прооперована з приводу хронічного поліпозного гаймороектомії (носова поліпотомія). З метою уточнення діагнозу проведено конусну променеву КТ, на отриманих зображеннях визначається тотальне зниження пневматизації правої верхньощелепної пазухи за рахунок вмісту неоднорідної щільності. Обсяг пазухи значно зменшений за рахунок ретракції («втягнення») всіх її стінок. Стінки пазухи стоншені. Визначається розширення і деформація середнього носового ходу на стороні поразки збільшення ретроантральної жирової пластинки на стороні ураження. На підставі отриманих клінічних і радіологічних ознак був виставлений діагноз: синдром мовчазного синуса. Пацієнтці проведена ендоскопічна верхньощелепна антростомія з відновленням її вентиляції.

Висновок. Синдром мовчазного синуса характеризується безболісним енофтальмом, пов'язаних з інволюцією верхньощелепної пазухи внаслідок обструкції її отвору. Типовим є звернення до офтальмолога зі скаргами на появу енофтальма, диплопії, що з'явилися протягом 0,5-1 року, після загострення симптомів хронічного синуситу. Оптимальним сучасним методом лікування даної патології являється ендоскопічне хірургічне втручання – антростомія (за необхідністю-мікрогайморотомія), яка дозволяє відновити аерацію верхньощелепної пазухи.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ЗАПАЛЬНОЮ РЕАКЦІЄЮ ПІСЛЯ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ

Ковальов І.А.

Науковий керівник: д.мед.н., проф.. Скрипник Р.Л.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Мета. Порівняти ефективність застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та кортикостероїдів у пацієнтів після операції факоемульсифікації катаракти.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження в двох групах: 1) – 28 пацієнтів (28 очей), використовували НПВЗ (уніклофен. УНІМЕД ФАРМА/«UNIMED PHARMA Ltd, Словачія), 2) – 21 пацієнт (21 око), використовували кортикостероїд (дексаметазон. Фармак, Україна) протягом 1-го місяця після операції. Всім проводилась бімануальна факоемульсифікація та були імплантовані гідрофільні лінзи Slim-Flex (PhysIOL, Бельгія). Операції проведені на базі медичного центру АЙЛАЗ. Були досліджені гострота зору, рогівкова реакція та температура лімбу. В післяопераційний період пацієнти оцінили наявний дискомфорт та біль за 5-тибальною шкалою.

Результати. Гострота зору: перший день після операції: у групи 1) - 0.42, у 2) – 0.46; 7-й день: 0.79 та 0.80. Набряк рогівки: перший день: 1) - 44+15 мкм, 2) - 41+10 мкм; 7-й день: - 9+11 мкм та 5+12 мкм. Температура лімбу: в перший день: 1) - 32.8+2.0 оС, 2) - 33.1+1.6 оС; 7-й день: 31.43+0.4 оС та 31.43+0.6 оС. Дискомфорт: 4 бали: 1) - 3.5%, 2) - 23.8%; 1 бал: 14.3% та 9.5%.

Висновки. НПВЗ та кортикостероїди - ефективні протизапальні засоби контролю післяопераційної запальної реакції. В проявах запалення не було виявлено значної різниці між групами. НПВЗ за суб'єктивним показником більш ефективно усувають больові відчуття після операції.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КАТІОНОРМУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСТРОФІЮ ФУКСА

Комарова Т.М., Комаров О.М.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гребень Н.К.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. Ендотеліальна дистрофія Фукса – тяжке захворювання, що характеризується швидкою втратою ендотеліальних клітин рогівки. Проявляється зниженням чутливості рогівки, набряком строми у центральній частині рогівки, бульозними змінами, помутнінням рогівки, дискомфортом, підвищеною світлочутливістю та зниженням гостроти зору. Корекція патологічного стану рогівки найчастіше виконується за допомогою групи препаратів репаративної та заживляючої дії. Використання сльозозамінних препаратів без консервативних домішок допомагає відновленню структури кератоцитів та сльозної плівки ока. Тому в лікуванні хворих ми застосували очні краплі «Катіонорм».

Мета. Вивчити ефективність застосування очних крапель «Катіонорм» при лікуванні хворих на ендотеліальну дистрофію Фукса.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 14 пацієнтів (15 очей) з ендотеліальною дистрофією Фукса, термін спостереження 3-6 місяців. В результаті дослідження було виділено дві клінічні групи: I група – 8 пацієнтів (9 очей), які

використовували у схемі лікування очні краплі «Катіонорм» (по 1 краплі 3 рази на добу); II група – 6 пацієнта (6 очей), які використовували інші сльозозамінники. Усім пацієнтам було виконано візіометрію, рефрактометрію, тонометрію, периметрію, біомікроскопію, офтальмоскопію. Хворі з I та II груп отримували основну терапію місцевого лікування: декспантенол, вітаміни А, В2, С, таурин, аутоциратку крові.

Результати. За даними візіометрії гострота зору пацієнтів I та II клінічних груп складала $0,03 \pm 0,01$. Середні результати тонометрії в усіх пацієнтів склали 17,4 мм рт.ст.. За результатами біомікроскопії через 3 місяці спостерігали такі клінічні симптоми: зниження чутливості рогівки, наявність больового симптому, бульозні зміни рогівки, нерівномірність зрізу рогівки, наявність дефектів епітелію, наявність набрякових ділянок, виразкування та інші. Після проведеного лікування визначили, що набряк рогівки, дефекти епітелію зменшились в I групі у 7 пацієнтів (8 очей) (88,9%), II групі – у 5 пацієнтів (5 очей) (83,3%). Симптоми подразнення рогівки, больовий синдром зменшились в I групі у 6 пацієнтів (7 очей) (77,8%), II групі – у 4 пацієнтів (4 ока) (66,7%). Також спостерігали покращення чутливості очей, зменшення сльозотечі. Гострота зору у I групі була $0,05 \pm 0,01$, у II групі – $0,04 \pm 0,01$ (у цієї групи пацієнтів гострота зору суттєво не змінювалась). Після виконання тонометрії значних змін у коливанні ВОТ не відмічали.

Висновки. Використання у терапії хворих на ендотеліальну дистрофію Фукса очних крапель «Катіонорм» дозволяє зменшити симптоми подразнення рогівки, больовий синдром та покращити структуру рогівки, стан стромальної структури рогової оболонки ока.

ПЕРЕЛОМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ

Мансуров Ф.М., Примак І.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Кисельова Н.В.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

дитячого віку: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Питомавага дітей з травмами скуло-орбітального комплексу (СОК) від загальної кількості травм щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) зростає 5% до 11.7%. У 83% ці переломи поєднуються з ушкодженням м'яких тканин, ЛОР – органів, очниці, головного мозку, що потребує міждисциплінарного підходу при лікуванні таких дітей.

Мета. Вивчення діагностично-лікувального алгоритму при переломах СОК у дітей.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 225 історій хвороб дітей з переломами кісток ЩЛД на клінічній базі Кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ДКЛ№7 в період 2014-18 рр.

Проаналізовано діагностично – лікувальні заходи, які проведені у дітей з переломами СОК.

Результати. Із 225 дітей з переломами кісток ЩЛД, переломи СОК діагностовано у 30 випадках. Причинами переломів СОК були: побутові (30%), спортивні травми (22%), падіння (26%), дорожньо-транспортні пригоди (22%). За гендерною приналежністю переважали хлопчики -87%, дівчатка - 13%, частіше СОК виявили у віці 15-17 років (74%) та 9-14 років (26%). Патогномонічними ознаками переломів СОК є: симптом «сходінки» по нижньоочному краю (77%), хемоз (77%), енофтальм (10%), диплопія (13%), субкон'юнктивальна суффузія (26%), екхімоз слизової перехідної складки (40%), носові кровотечі (33%), обмежене відкривання рота (77%), ан- гіпоестезія нижньої повіки, підочної ділянки (90%). Переломи СОК були поєднані з переломами кісток носа (16%), нижньої стінки очниці (26%), ураженням очного яблука (3%), закритою черепно-мозковою травмою (66%). Діти були обстежені суміжними лікарями – оториноларингологом, офтальмологом, нейрохірургом. Усім дітям було проведено комп'ютерну томографію ЩЛД для виявлення топографії перелому та ступеню зміщення уламків. В результаті діагностовано переломи зі зміщенням у 23 дітей (77%), які потребували відкритої репозиції уламків. При оперативному втручанні використано доступи, в залежності від топографії переломів: інфраорбітальний (43%), субтарзальний (48%), субціліарний (9%), верхній транспальпебральний (83%), внутрішньо ротовий (78%). Фіксація фрагментів проводилась міні Ті-пластинами у всіх випадках.

Висновки. Алгоритм діагностичних заходів при переломах СОК у дітей передбачає обов'язкове проведення КТ з урахуванням клінічних проявів та оглядом суміжних спеціалістів. Лікування СОК зі зміщенням включає проведення репозиції та ефективного МОС з урахуванням доступу та вибором оптимальних фіксуєючих елементів. За показаннями виконання симультанних втручань разом з оториноларингологом та офтальмологом.

АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯЗИКА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ НЕЗРОЩЕННЯМ ПІДНЕБІННЯ.

Миткалик А.А., Олексюк М.В., Абасов В.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

дитячого віку: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Язик – потужний м'язовий фактор впливу на розвиток зубо-щелепної системи, звуковимови. Збільшення або зменшення його розмірів, положення призводить до змін анатомо-топографічного співвідношення з оточуючими тканинами, що може бути як компенсуючим механізмом при різних захворювань і, зокрема, вроджених незрощень піднебіння (ВНП).

Мета. Визначити анатомо-топографічні показники язика у дітей без патології та при ВНП.

Матеріали та методи. Проаналізовано 10 МРТ дітей без патології та з ВНП віком від 9 до 11 років. Визначені анатомо-топографічні показники язика.

Результати. Встановлено, що у дітей в нормі язик має лопатоподібну форму, корінь його розташовується в проекції м'якого піднебіння. Розміри його становлять: передня третина – від 20 до 23 мм; середня – від 30 до 37 мм; задня – 33-40 мм. У дітей з ВНП ці показники становили: передня третина – від 22 до 30 мм; середня – від 31 до 39 мм; задня – 37-49 мм. Отримані результати МРТ вимірів язика вказують, що у дітей з ВНП в порівнянні з нормою найбільш значимо збільшується задня третина язика в середньому на 6 мм та довжина передньої третини язика на 4,5 мм, середня – майже не змінена. Права та ліва половина язика у всіх дітей з ВНП відрізнялась на 10 - 20 %, а у дітей без патології ці значення були в межах 5%.

Висновки. У дітей з ВНП збільшуються розміри передньої (на 2 - 7 мм) та в більшій мірі задньої (4 – 9 мм) третини язика та порушується симетричність правої та лівої сторони його, що є компенсаторною реакцією на наявність дефекту тканин твердого та м'якого піднебіння, збільшення об'єму мезофарингса.

КРОС-СЕКЦІЙНИЙ АНАЛІЗ АНОМАЛІЙ РЕФРАКЦІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Павленко Р.О., Серета С.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ, у світі нараховують 285 млн людей з порушеннями зору, серед них некориговані аномалії рефракції становлять 43%. У США 23,9% популяції страждають від міопії, 8,4% від гіперметропії. Поширеність астигматизму від 3% до 30%, в залежності від значення діоптрій, при яких встановлюється діагноз.

Мета. Провести скринінг аномалій рефракції у студентів-медиків.

Матеріали та методи. Виконано крос-секційне дослідження студентів НМУ імені О.О. Богомольця способом онлайн-анкетування, розміщеного в соціальній мережі Facebook. Проаналізовано 630 анкет студентів-медиків та отримано дані про поточну гостроту зору, наявність аномалій рефракції до вступу до університету та їх тип, спосіб корекції зору, та можливу причину погіршення зору.

Результати. В результаті анкетування було проаналізовано дані 448 осіб жіночої статі (71%) та 182 осіб – чоловічої (29%). 1 курсу було 138 (21,9%) осіб, 2 курсу - 151 (24%) особа, 3 курсу - 145 (23%) осіб, 4 курсу - 78 (12,4%) осіб, 5 курсу - 80 (12,7%) осіб, 6 курсу - 39 (6,2%) осіб. Лише 121 особа (19,2%) не мала аномалій

рефракції, або не знала про них. На момент опитування, гострота зору без корекції правого ока становила 0,5 (95% ДІ 0,4-0,6), лівого ока – 0,5 (95% ДІ 0,4-0,6). В структурі аномалій рефракції превалювала міопія - 207 осіб (40,6%) та астигматизм – у 53 осіб (10,4%), а гіперметропія спостерігалась у 23 випадках (4,5%) 259 (41,1%) опитуваних відмітили, що мали аномалію рефракції до вступу в університет, а у 250 (39,7%) зниження зору відбулося після вступу. З них, 217 (42,6%) пов'язують це з постійними стресовими ситуаціями, 268 (52,7%) - з недостатністю часу для відпочинку, 320 (62,9%) - з постійним користуванням гаджетами, 294 (57,8%) - з надмірним зоровим навантаженням, 132 (25,9%) з погано облаштованим робочим місцем, 91 (17,9%) - зі спадковістю.

Опитувані, які мали аномалію рефракцію, у 159 (31,2%) випадках використовували корекцію за допомогою окулярів, у 99 (19,4%) – за допомогою м'яких контактних лінз. У 251 (49,3%) випадку корекцію порушень рефракції не проводили взагалі.

Висновки. За даними цього дослідження, аномалії рефракції мали 80,8% опитуваних. Високий рівень аномалій рефракцій пов'язаний, в першу чергу, з надмірним зоровим навантаженням та відсутністю правильного відпочинку для очей. А високий рівень некоригованих аномалій рефракції (49,3%) свідчить про недостатній рівень обізнаності в офтальмології навіть серед студентів-медиків.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРЕЛОМИ ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ВРАХУВАННЯМ СТАНУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Паливода Р.С.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. За даними літератури в структурі травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки переломи нижньої щелепи (НЩ) становлять 79-84% випадків, від 9 до 62% з них локалізуються в ділянці виросткового відростка нижньої щелепи (ВВНЩ) (Матрос-Таранец І.М., 2008; Маланчук В.О. та ін., 2013; P. Voffano et al., 2015). Вдосконалення способів діагностики та лікування хворих на переломи ВВНЩ не полишають актуальності (Ellis, Throckmorton et al., 2005; Копчак А.В., Маланчук В.О., 2008; Рябоконт Є.М. та ін., 2009).

Відновлення висоти гілки НЩ, точна репозиція відламків та створення умов для їх консолідації попереджують дисфункцію латерального крилоподібного м'язу, проте ряд авторів вказують на ранні та пізні ускладнення, інколи виникає потреба в

проведенні додаткових хірургічних втручань (Zachariades N. et al., 2006; Ellis III et al., 2009; Копчак А.В., 2014).

Враховуючи вищесказане, кінематичні особливості та структуру скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), особливості переломів ВВНЩ, очевидно існують другорядні фактори, що не враховуються при лікуванні цього виду травми.

Мета. Вивчити закономірності розподілу навантаження на контактних поверхнях суглобового диску СНЩС та голівки НЩ при різному осьовому нахилі ВВНЩ в сагітальній площині.

Матеріали і методи дослідження. На базі лабораторії біомеханіки ДУ «Інститут ортопедії і травматології НАМН України» проведено біомеханічний експеримент на кадаверному матеріалі (5 анатомічних блоків). Застосовано плівки для визначення контактних тисків Fuji Prescale Pressure Measuring Film (Japan) чутливістю Ultra Super Low Pressure Range типу А та С. Розшифрування та аналіз плівок проведено в програмному забезпеченні «Chitach», статистичну обробку даних – в програмі Medstat.

Результати. При куті сагітальної ротації ВВНЩ 33° величина діючої на структури СНЩС сили склала 16,3 Н або 54,3 % результуючої сили, прикладеної до анатомічного зразка, при куті сагітальної ротації 21° - не пропорційне інтервалу пікове зростання навантаження. Отримано сильний кореляційний зв'язок між вектором навантаження та біомеханічними показниками системи (напруження діапазону А, В): R_{o1} (діапазон А) = 0,893, при $p=0,01$) та (R_{o2} (діапазон В) = 0,964 при $p=0,01$). Між площею контакту та вектором навантаження зв'язку не виявили ($p \geq 0,05$).

Висновки. Кут сагітальної ротації ВВНЩ відіграє значну роль в зміні біомеханічних параметрів навантаження на СНЩС та має враховуватися при оперативному лікуванні хворих на переломи ВВНЩ.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ НА ОСНОВАНИИ ОКТ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА

Педай А., Демидкина М.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лупырь С.А.

Кафедра урологии, онкологии, радиологии, трансфузиологии, офтальмологии, оториноларингологии

Заведующий кафедрой: проф. Комаревцев В.Н.

Луганский государственный медицинский университет

г.Рубежное, Украина

Актуальность. Основными побочными эффектами в состоянии роговицы при использовании жестких газопроницаемых контактных линз (ЖГКЛ) при Рефракционной терапии (РТ) являются различные эпителиопатии, воспаления и гипоксические состояния. Оптическая когерентная томография (ОКТ) является бесконтактным, безопасным, чувствительным и высокоинформативным методом

диагностики патологических состояний различных структур глазного яблока, в том числе и роговицы.

Цель. Изучить влияние ЖГКЛ на отдельные морфо-физиологические характеристики роговицы детей, находящихся на курсе РТ в зависимости от разных сроков лечения и степени миопии.

Материал и методы. Исследованы 27 детей - 51 глаз. 12 мальчиков (44,4%) и 15 девочек (56,6%). Все дети пользовались РТ: в течении 1 года – 13 глаз (25,5%), 2 года – 18 (35,3%), 3 года – 20 (39,2%) сроком от 1 до 3-х лет. Степень миопии распределилась следующим образом: слабая миопия выявлена в 21 глазу (41,2%), средняя – в 27 глазах (52,9%) и высокая – в 3-х глаза (5,9%). Распределение степени миопии в группе отражено в таблице 1.

	1-й год	%	2-й год	%	3-й год	%
Слабая	7	33,3	2	57,1	2	9,5
Средняя	5	18,5	6	22,2	16	59,3
Высокая	1	33,3	0	0,0	2	66,7

Результаты обработаны методом вариационного анализа и включают данные среднего арифметического показателя и его стандартного отклонения.

Результаты. Оценка оптической плотности стромы не выявила каких-либо значимых изменений. Результаты измерения толщины стромы показаны в таблице 2.

Степень/ срок терапии	Слабая	Средняя	p	Высокая	p
1 год	508,0 \pm 3,2	506,8 \pm 3,5	>0,1	490	-
2 года	505,9 \pm 2,9	507,5 \pm 5,0	>0,1	-	-
p	>0,1	>0,1	-	-	-
3 года	507,5 \pm 7,5	505,3 \pm 2,8	>0,1	492,5 \pm 2,5	>0,1
p	>0,1	>0,1	-	-	-

Пахиметрия не показала достоверной разницы в группах сравнения. Толщина стромы роговицы не зависела от степени близорукости и сроков нахождения на курсе РТ. Достоверные отличия в пахиметрических данных были в группе сравнения слабой степени миопии и высокой на третьем году использования РТ, но в сторону незначительного утончения: 507,5 \pm 7,5 и 492,5 \pm 2,5 соответственно (p<0,05).

Выводы. ОКТ переднего отрезка является эффективным методом для оценки морфофункциональных параметров роговицы при использовании РТ.

ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯК НАСЛІДОК ЗИГОМІКОЗА

Попович І.О., Буньковський Н.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Діхтярук О.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Інвазивний зигомікоз знаходиться на 3-му місці по частоті виникнення після інвазивного кандидоза та аспергільоза. Риноцеребральна форма зигомікоза складає 30%-50% випадків даного захворювання. Близько 70% епізодів даного захворювання діагностують у пацієнтів із діабетичним кетоацидозом, рідше – у пацієнтів з імунodefіцитом. Викликається грибами роду Зигоміцети, які є тропними до ендотелію судин. При відсутності ранньої діагностики процес розповсюджується від придаткових пазух носа до орбіти, призводячи до порушення функції параорбітальних м'язів, порушення зору, тромбозу кавернозного синуса в результаті враження п.оculus або артеріол.

Мета. Визначення клінічних характеристик та наслідків захворювання.

Case report: Пацієнт, 50 років, був направлений у ЛОР-відділення ОКЛ із наступними скаргами: головний біль, біль та відчуття оніміння у правій половині обличчя, набряк та опущення правої повіки.

Проведено рентгенографію приносових пазух: пристінковий набряк правого верхньощелепного синусу.

Об'єктивно: екзофтальм та птоз праворуч, відсутність виділень із правої половини носа, відсутність гнійного вмісту у правому верхньощелепному синусі при проведенні пункції. Ендоскопічно - наявність нашарувань білого кольору в області середньої носової раковини праворуч.

Терапія: протинабрякова, антиагрегантна, АБТ, антикоагулянти.

Проведена мультиспіральна КТ для дослідження орбіти, БНП: набряк ретробульбарної клітковини, екзофтальм праворуч.

Проведена МРТ венографія головного мозку: Ознаки тромбозу кавернозного синуса.

В загальному аналізі крові: тенденція до лейкопенії.

Консультований офтальмологом: гостре порушення кровообігу і системи зорового нерва.

Консультований нейрохірургом : Тромбоз кавернозного синуса.

Консультований ендокринологом: Цукровий діабет 2 тип, середнього ступеню важкості, медикаментозно декомпенсований.

Проведена біопсія та наступне гістологічне дослідження матеріалу з середньої носової раковини : виявлені зміни характерні для грибів роду Зигоміцети.

Пацієнт переведений до неврологічного відділення для подальшого лікування.

Висновок. Мукормукоз є найбільш фатальною грибовою інфекцією серед людей, із летальністю в 15-34%. Рання діагностика та відповідна терапія – є ключовими аспектами сприятливого прогнозу для пацієнта.

Особи, що знаходяться в групі ризику (цукровий діабет, декомпенсована форма; пацієнти із імунodefіцитними станами; особи, із лейкопенією невідомого генезу) та при наявності відповідної клінічної симптоматики, повинні бути обстежені на предмет інвазивного зигомікоза.

СИНДРОМ СУХОГО ОКА У СТУДЕНТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Габаль Р.І., Серета С.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Щороку збільшується кількість офтальмологічних пацієнтів, яким встановлюється синдром сухого ока (ССО). За даними ВООЗ близько 18% населення мають діагноз ССО. ССО - це стан, який може виникнути, внаслідок надмірного навантаження при роботі з мультимедійними гаджетами, у зв'язку з несприятливими факторами: низька вологість повітря у приміщенні, емоційне перенапруження, наявність шкідливих звичок; як ускладнення лікування різноманітних офтальмопатій: порушення рефракції, глаукома; при органічній патології органа зору, при прийомі гормональних препаратів, тощо. Основний механізм розвитку ССО виникає за рахунок зниження мигального рефлексу, зниження продукції сльози або надмірного її випаровування, що і складає близько 85% причин ССО.

Мета роботи. Перевірити наявність ССО у студентів медичного університету.

Матеріали та методи. Було проведено анкетування 50 студентів НМУ, що не мають порушення рефракції та інших офтальмологічних захворювань на момент дослідження, віком від 18-22 років, без урахування статі за допомогою стандартизованого опитувальника «Анкета перевірки синдрому сухого ока»(OSDIS), що використовується на базі клініки «АІЛАЗ». Під час роботи проведено аналіз доказових баз даних: PubMed, EMBASE.

Результати. При аналізі анкетування, що було проведено нами: 50 студентів вказали, що протягом тижня доволі часто читають, працюють з гаджетами, перебували під час вітряної погоди, 3 студентів проводили час за кермом у нічний час, 8 студентів відмічають погіршення зору під кінець робочого дня, 5 опитуваних відмічали відчуття стороннього тіла в оці. Підсумовуючи результати опитування за кількістю балів: 37 опитуваних не мають скарг з боку органа зору та за кількістю балів ввійшли у групу «норма», 9 студентів за кількістю балів ввійшли у групу «легкі

прояви(початкові)», яким було надано рекомендації офтальмолога, щодо профілактики ССО та гігієни органа зору, 4 – ввійшли у групу «помірні прояви», яким було проведено пробу Ширмера для підтвердження ССО, що виявилася негативною, що свідчить про суб'єктивну оцінку при анкетуванні 4 студентів, які ввійшли у групу «помірні прояви».

Висновок. ССО є досить поширеною проблемою серед пацієнтів, що звертаються до офтальмолога. При аналізі анкетування опитувальної групи студентів медичного університету ССО не відмічається, що свідчить про обізнаність студентів та дотримання гігієни органа зору.

ЛІКУВАННЯ РАКУ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ: РЕЗЕКЦІЯ З ПЛАСТИКОЮ ДНА ОЧНИЦІ

Іванчихін Д.С., Торопов Б.О.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Рибачук А.В.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Ключові слова: Плоскоклітиний рак верхньої щелепи, злоякісні новоутворення верхньої щелепи, заміщення дефектів орбіти.

Актуальність: Плоскоклітинна карцинома (ПКК) становить до 95% всіх злоякісних новоутворень порожнини рота.

Це захворювання має високу кореляцію при стресах, зниженому імунитеті, шкідливих звичках тощо. Ускладнена ПКК виникає в декількох типових інтраоральних ділянках, включаючи присінок рота, язик (найчастіше), ясна, губи та слизову оболонку. ПКК може також бути у зубному сегменті верхньої або нижньої щелепи.

Клінічний випадок: Локально: серозно-гнійні, кров'янисті виділення з носових ходів, одностороння рясна сльозотеча, набряк повік або м'яких тканин обличчя відповідної сторони, порушення шкірної чутливості.

Хворій проведено радикальний курс променевої терапії та 4 цикли променевої хіміотерапії.

Обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин зліва, відкриття рота повне, носове дихання лівої ніздрі обмежене, на лівій половині твердого піднебіння припухлість, слизова оболонка гіперемована, зуби стійкі. Риноскопично: ліва половина носа вповнена пухлинними масами.

На рентгенограмі КТ-3D виявлено пухлинне новоутворення, що уражає ліву

верхню щелепу, а саме верхньощелепну пазуху та поширюється на решітчастий лабирінт і ліву орбіту (рис. 1).

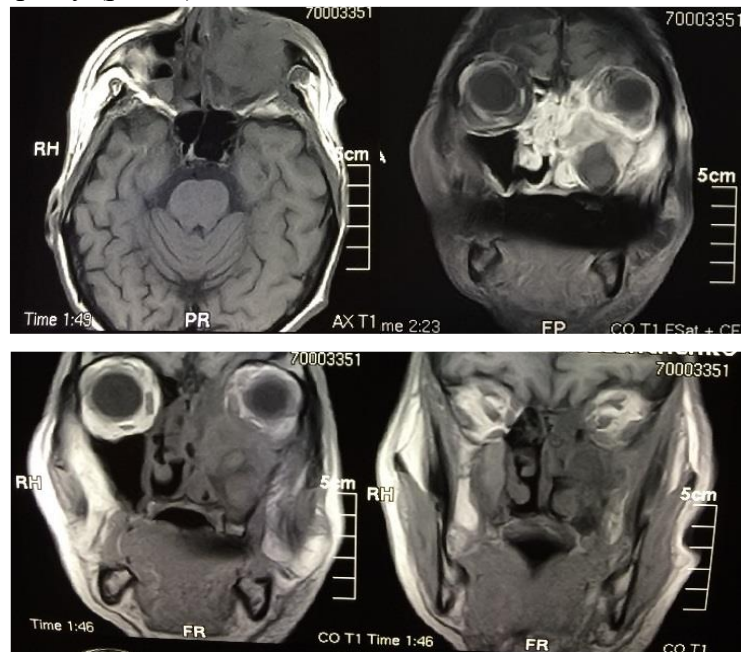


Рис.1.

Діагноз: Рак лівої верхньої щелепи. Ст.4. T4N0M0. Стан після хіміопроменевої терапії.

Проведена операція–резекція лівої верхньої щелепи з одночасним пластичним усуненням дефекту кістково-м'язевим фрагментом лівого вінцевого паростка нижньої щелепи на ніжці зі скроневого м'яза (В.О. Маланчук та співавт., 1990р.)

Результати патогістологічного дослідження: Плоскоклітиний ороговіючий рак.

Обговорення клінічного випадку:

Інвазивні ПКК складно діагностувати на ранніх стадіях і вони можуть бути помилково визначені, як, наприклад, больовий синдром в зоні обличчя (невралгія трійчастого нерва), які часто представляють собою односторонню біль у ділянці верхньої щелепи. Ознаки і симптоми, що вказують на наявність плоскоклітинного раку: Прогресуючий біль; парестезія в ділянці підочного нерва; потовщення альвеолярного паростка піднебіння; обструкція носових ходів; носовивідлення і носова кровотеча; офтальмоплегія та диплопія; лімфаденопатія; втрата ваги.

Висновок:

1. Діагностика новоутворень голови та шиї в першу чергу передбачає точну постановку діагнозу на основі додаткових методів дослідження, а також визначення, чи можлива хірургічна резекція пухлини;

2. У пацієнтки, яка представлена у даному клінічному випадку, на наявність злоякісної пухлини свідчить: анамнез, клінічна картина(серозно-гнійні, кров'янисті виділення з носових ходів, одностороння рясна сльозотеча, набряк повік або м'яких тканин обличчя відповідної сторони, порушення шкірної чутливості), результати КТ та КТ-3D.

3. Рання діагностика має першорядне значення для сприятливого результату лікування даної категорії хворих.

ВПЛИВ РЕФРАКЦІЇ ОКА НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ АСТЕНОПІЧНИХ СКАРГ ПРИ ДОВГОТРИВАЛІЙ РОБОТІ НА БЛИЗЬКІЙ ВІДСТАНІ

Шульга І. В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Скрипник Р.Л.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. В останні роки, у зв'язку із технічним прогресом переважна більшість молодих людей працюють з паперовими та електронними носіями протягом тривалого часу. Така праця дуже часто призводить до виникнення астенопічних скарг, а саме головного болю, швидкої зорової втоми, почервоніння очей, відчуття сухості та дискомфорту очей, короткочасного зниження зору.

Мета: дослідити залежність частоти виникнення астенопічних скарг від клінічної рефракції ока при довготривалій роботі на близькій відстані.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на 73 пацієнтах (146 очей) віком від 18 до 35 років, які вперше були обстежені лікарем-офтальмологом. Всі пацієнти були розподілені на 5 груп: 1 група – 15 пацієнтів (30 очей) з міопією слабого ступеня, 2 група – 15 пацієнтів (30 очей) із простим та складним міопічним астигматизмом, 3 група – 15 пацієнтів (30 очей) з гіперметропією слабого ступеня, 4 група – 15 пацієнтів (30 очей) із простим та складним гіперметропічним астигматизмом, 5 група – 13 пацієнтів (26 очей) з еметропією. Усім пацієнтам була проведена візометрія, cover – тест, дослідження запасу акомодатії, біомікроскопія ока, огляд очного дна, рефрактометрія з вузькою зіницею та в умовах медикаментозної циклоплегії.

Результати. За даними візометрії усі пацієнти були розподілені на 5 груп.

При проведенні cover – тесту у 100% пацієнтів відсутня тропія та форія.

При біомікроскопії були виявлені такі зміни: бульбарна гіперемія різного характеру у 1й групі – 46,6%, у 2й групі - 60%, у 3й групі – 80%, у 4й групі – 93%, у 5й групі – 23%; зменшення товщини та нерівномірність країв слізної плівки у 1й групі – 40%, у 2й групі – 46,6%, у 3й групі – 73%, у 4й групі – 80%, у 5 групі – 15%.

При огляді очного дна у всіх пацієнтів патології не виявлено.

При проведенні рефрактометрії з вузькою зіницею у 1й групі була виявлена міопія слабого та середнього ступеня, у 2й групі - простий та складний міопічний астигматизмом, у 3й групі – міопія слабого ступеня у 46,6%, гіперметропія слабого ступеня у 53,3%, у 4й групі – у 60% - змішаний астигматизм, 40% - простий та складний гіперметропічний астигматизм, у 5й групі – 46,6% мали міопію слабого ступеня.

Клінічна рефракція ока у всіх групах пацієнтів була підтверджена рефрактометрією на фоні медикаментозної циклоплегії.

Висновки. За результатами нашого дослідження було виявлено, що найбільш виражені зміни з боку функціональних здібностей ока були виявлені у 3й та 4й групах пацієнтів з гіперметропічною рефракцією. Це може свідчити про те, що у даної категорії пацієнтів найбільш часто зустрічаються астенопічні скарги з боку органу зору.