
САТЕЛІТНИЙ СИМПОЗИУМ

**«СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛОР-ОРГАНІВ,
КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНУ ЗОРУ»**



19 квітня 2024 року

April 19, 2024

СЕКЦІЯ І

**PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF CHRONIC SUBDURAL
HAEMATOMAS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS**

Khadija Ahmat Saleh Hassan

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ СУБДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ
У ХВОРИХ СТАРОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

Scientific supervisors: MD, PhD, Associate Professor Marushchenko M. O.

The Head of the Department of Neurosurgery: MD., Doctor of Science, Academician of NASc and NAMSc of Ukraine Tsybaliuk V. I.

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction. Chronic subdural hematoma (CSH) is one of the most common neurosurgical diseases in elderly and senile patients. According to the literature, the general frequency of CSH is 2-13 cases per 100,000 population, while in patients over 80 years of age, this indicator increases to 46.9-129.5 cases per 100,000 population, while data on a previous traumatic brain injury can be found only in 58-70% of patients. Choosing optimal treatment tactics is an urgent medical and social problem, considering the presence of concomitant somatic pathology.

The aim. To learn the problem of differentiated tactics of surgical and conservative treatment of chronic subdural hematomas in elderly and senile patients.

Materials and methods. The work is based on a retrospective analysis of the treatment results of 10 patients with CSH. The ratio of men to women was 2:1. The patients' age ranged from 22 to 80 years. To evaluate the obtained results, all patients were divided into two research groups: Group I – 4 patients < 60 years old; II group – 6 patients > 60 years old. The diagnostic algorithm included MSCT/MRI studies. The Glasgow Coma Scale, Markwalder scale, and Glasgow Outcome Scale Extended were used to assess the condition of patients.

Results. Conservative treatment of CSH was carried out in 2 cases with a severe somatic condition, 0–2 points according to the Markwalder scale, hematoma thickness 0.8–2.0 cm, displacement of the middle structures < 10 mm, refusal of conservative treatment. In 8 cases, hematoma removal through burr holes and twist drill craniotomy followed by passive drainage was performed with a state of 0-2 and 3–4 points on the Markwalder scale, a hematoma thickness of 0.9–2.0 cm, and displacement of the middle structures up to 5–18 mm. The clinical and diagnostic characteristic of chronic subdural hematoma in elderly and senile patients is the presence of hematomas with a volume of ≥ 100 cm³ and inconsistencies in the severity of the condition, clinical and neurological manifestations, and the degree of expressiveness of dislocation according to MSCT/MRI studies.

Conclusions. The choice of tactics for treating CSH in elderly and senile patients should be carried out, taking into account the etiopathogenetic factors of hematoma formation, the severity of neurological symptoms, and neuroimaging characteristics of CSH. Removal of the hematoma through burr holes with drainage is the method of choice for surgical treatment of CSH, which reduces the risk of recurrence of CSH. Conservative treatment can be offered to patients older than 70 years with pronounced atrophy of the brain substance, low risk of developing intracranial hypertension, and compensated neurological symptoms. The treatment of CSH in the elderly and senile patients requires further study.

Key words: chronic subdural hematoma, elderly and senile patients, surgical treatment, conservative treatment.

MANAGEMENT OF SPINAL CORD ASTROCYTOMAS

Mohamed Mohamed Ayman

ЛІКУВАННЯ АСТРОЦИТОМИ СПИННОГО МОЗКУ

*Scientific supervisors: MD, PhD, Associate Professor Marushchenko M. O., MD, PhD,
Associate Professor Troyan O. I.*

*The Head of the Department of Neurosurgery: MD, Doctor of Science,
Academician of NASc and NAMSc of Ukraine Tsybaliuk V. I.*

Bogomolets National Medical University,

Kyiv, Ukraine

Introduction. Primary spinal cord tumors account for about 4–8% of all CNS tumors and, depending on location, are divided into extradural, intradural, extramedullary, and intramedullary. The share of intramedullary tumors of the spinal cord does not exceed 20% among all primary tumors of the spinal cord, while in children, these tumors occur twice as often as in adults. The prevalence of intramedullary tumors is 0.22 per 100,000; up to 30% of them are astrocytomas, which are more characteristic of children and are more commonly located in the cervical and thoracic regions of the spinal cord. The choice of optimal tactics for surgical treatment of intramedullary astrocytomas of the spinal cord is an urgent problem of modern neurosurgery, given the slight prevalence of this pathology and unsatisfactory functional consequences in the postoperative period.

Aim. The work aim is to study the issues of the clinic, diagnosis, and differentiated treatment of spinal cord astrocytes.

Materials and methods. We analyzed the results of the surgical treatment of 5 patients with intramedullary astrocytomas. All patients underwent a comprehensive clinical and instrumental examination using MRI with intravenous enhancement, CT, and spondylography. The dynamics of neurological symptoms were evaluated using the modified McCormick scale before surgery and at the time of discharge from the hospital, as well as the VAS scale.

The results. Total removal of astrocytes was performed in 2 patients, subtotal in 2, and partial in 1. Pilocytic astrocytoma (Grade I) was detected in 2 patients, diffuse astrocytoma (Grade II) in 2, and anaplastic astrocytoma (Grade III) in 1. Partial regression of neurological symptoms was noted in 3 patients. In 1 patient, the neurological status remained at the preoperative level, and in 1 patient, a slight increase in neurological deficit was noted. It was established that the best surgical treatment results were observed in patients with minimal neurological deficit at the time of surgery, in patients < 60 years, and with highly differentiated astrocytomas. Persistent motor and sensory disturbances, and especially dysfunction of the pelvic organs, are unfavorable prognostic factors for functional recovery even with successful removal of astrocytomas.

Conclusions. The main factors determining favorable functional outcomes in patients in the postoperative period are: using of atraumatic mini-invasive methods of astrocyte removal, taking into account their histogenesis, the nature of growth, the volume of tumor resection. The planning of surgical tactics should consider the initial neurological status, which makes it possible to improve the treatment results of patients with spinal cord astrocytomas.

Key words: intramedullary astrocytomas of the spinal cord, surgical treatment, neurological symptoms.

THE UNEXPECTED OUTCOME OF STROKE SYMPTOMS: A CLINICAL CASE

A. T. Pynda

НЕСПОДІВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ СИМПТОМИ ІНСУЛЬТУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

+380975948012, *a.pyndap@gmail.com*.

Scientific supervisor: assoc. prof. O. O. Semenyuk

Department of Otorhinolaryngology

Head of department: assoc. prof. O. Ye. Moskalyk

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine.

Key words: abscess, intracranial complications, mastoiditis, osteomyelitis, subdural empyema.

Introduction: Acute mastoiditis (AM) is a frequent complication of middle ear infections. Without treatment, AM may lead to life-threatening complications [1]. Brain abscess is a common otogenic intracranial complication (IC) and has the highest mortality rate [2], [3]. Approximately 50% of hospital admissions for suspected strokes are stroke mimics and result in unnecessary thrombolysis [4].

Aim. To highlight the importance of middle ear infections' early diagnostics and treatment. Investigate the possible negative outcomes of AM and emphasize the significance of accurate and timely detection of intracranial complications.

Materials and Methods.

Case description

Anamnesis: Patient M., a 66-year-old woman was admitted to the Central District Hospital (CDH) with right-sided hemiparesis and speech disorder. A stroke was suspected, and specific treatment was administered. However, the patient did not receive a consultation with an otorhinolaryngologist.

Left-sided otalgia and suppuration appeared 3 weeks ago, no treatment was used. Edema of the left retroauricular area appeared in the second week.

5 days after hospitalization the patient's condition worsened, retroauricular abscess opened and drained spontaneously. The otorhinolaryngologist consulted the woman and drained the pus from the left retroauricular occipital area. The patient was transferred to the city hospital.

Clinical data: unsteadiness while standing, suppuration from the left auditory canal, drained phlegmon of the left retroauricular occipital area.

Results of examination:

CT scan (city hospital): left-sided mastoiditis, left-sided osteomyelitis of the temporal and occipital bone, abscess of the left hemisphere with perifocal edema, displacement of the middle parts of the brain up to 6 mm and left-sided subdural empyema.

Results of intervention:

Surgery (Otorhinolaryngology and Neurosurgery department) – dissection and drainage of abscess's soft tissues, left mastoidectomy; intracranial abscess removal, craniectomy of osteomyelitis on the left side of the skull base, left-sided subdural empyema removal.

Prognosis:

Disability.

Discussion. The prolonged absence of accurate diagnosis led to severe complications. The previous patient's history was not taken into account. A multidisciplinary approach could improve the outcomes and prognosis.

Conclusions. Intracranial complications require early diagnosis. Neglecting a timely management approach to IC results in a patient's critical condition and can even lead to disability. Moreover, inadequate diagnosis leads to unnecessary expenditures on treatment and higher mortality rates.

Financing: The study did not receive any external funding.

Conflict of interests: The study does not have conflict of interests.

Consent to publication: Present.

ORCID ID

0009-0004-8230-0468

References

1. Sahi D, Nguyen H, Callender KD. Mastoiditis. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560877/>
2. Migirov L, Duvdevani S, Kronenberg J. Otogenic intracranial complications: a review of 28 cases. *Acta Otolaryngol.* 2005 Aug;125(8):819-22. doi: 10.1080/00016480510038590. PMID: 16158527.
3. Samuel J, Fernandes CM, Steinberg JL. Intracranial otogenic complications: a persisting problem. *Laryngoscope.* 1986 Mar;96(3):272-8. doi: 10.1288/00005537-198603000-00007. PMID: 3951303.
4. H Buck B, Akhtar N, Alrohimi A, Khan K, Shuaib A. Stroke mimics: incidence, aetiology, clinical features and treatment. *Ann Med.* 2021 Dec;53(1):420-436. doi: 10.1080/07853890.2021.1890205. PMID: 33678099; PMCID: PMC7939567.

ALK-MUTATED MYOFIBROBLASTIC SARCOMA WITH LUNG AND EYE METASTASIS

RAJ DHIMAN

ALK-МУТАЦІЯ МІОФІБРОБЛАСТИЧНОЇ САРКОМИ З МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГЕНІ ТА ОЧІ

Scientific advisor: Assoc Prof. Arkady Andriyovych Savchenko, PhD, MD

Department: Surgery №2

Head of department: Prof Ihor Kobza

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine

Key words: GIST, ALK-translocation, Crizotinib, Alectinib

Introduction. Sarcomas are soft tissue tumors of mesenchymal origin. Estimated 40-50% of people with STS develop metastatic disease at some point. Soft tissue sarcoma may spread through the bloodstream or lymphatic system to other areas of the body. The anatomic site of the primary disease represents an important variable that influences treatment and outcome. Extremities (43%), the trunk(10%), visceral (19%), retroperitoneum (15%), or head and neck (9%) are the most common primary sites. Along with this, quite often the manifestation of sarcoma takes place under the «mask» of other surgical or therapeutic diseases. This determines the choice of incorrect treatment tactics and, as a result, an unsatisfactory prognosis for the patient.

Aim. The main aim behind this clinical case study is familiarization of doctors with atypical cases of clinical manifestation of sarcoma will contribute to timely correct diagnosis and correct treatment of such patients. Leading to increased chances of better and favorable prognosis. And early detection to prevent metastasis of sarcoma distantly, hence aiming to improve healthcare as well as health status globally.

Materials and methods. This abstract is built using reports anamnesis and details of an actual patient without revealing the identity in Lviv, city of Ukraine and how it was eventually diagnosed after an appendectomy, Right hemicolectomy and after already being metastasizing being masked by acute appendicitis in clinical setting.

Case report. A 50-year-old patient was admitted to the surgical department with acute appendicitis. Laparotomy and antegrade appendectomy were performed 2 hours after admission. Intraoperative phlegmonous appendicitis and colitis. P/o period without features and complications. After 3 days, a pathological conclusion was obtained: colon

cancer. Relaparotomy with right-sided hemicolectomy is recommended. The intervention was carried out on the 4th day of hospital stay. Repeated histological conclusion: GIST/sarcoma. Since the histological examination did not reveal invasion of the process into the serous membrane and regional lymph nodes, the patient was recommended to be observed. 3 months after the intervention, a computed tomography scan revealed carcinomatosis of the right half of the abdominal cavity, abdominal lymphadenopathy, and metastases in the lungs. The clinical case was recognized as incurable and symptomatic treatment was offered at the oncology center. The patient applied to the university clinic. It was recommended to conduct an immunohistochemical study for the final verification of the oncological process. Conclusion: «Inflammatory Myofibroblastic Tumor (IMT) with Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK) translocation». According to the international recommendations of the National Comprehensive Cancer Network, the patient was started on Crizotinib therapy.

Discussion. After 8 months from targeted therapy with Crizotinib, the general condition of the patient is stable, with fully preserved working capacity, ECOG status 0. On control computer tomography, regression of the size of metastasis foci is more than 50%. The prognosis is favorable.

Conclusions. Malignant diseases often manifest under the guise of surgical or therapeutic pathologies. Today, even in the presence of inoperable malignant diseases, there are modern methods of systemic targeted and immunotherapy, which ensure a favorable prognosis and preservation of a good quality of life.

Financing. This case report and study has not obtained any external funding

Conflicts of interest. Authors have no conflicts of interest to declare

Consent to publication. No exact patient data, details or identifying information was used in this report. Therefore no consent to publication was needed

Authors contribution. Data analysis, correlation and statistical assessment with the globally available literature and its study, writing the article, final approval of the article, and oral presentation and explanation of the abstract presentation.

References.

1. NCCN: National Comprehensive Cancer Network <https://www.nccn.org/>
2. Santoro A, Tursz T, Mouridsen H, et al. Doxorubicin versus CYVADIC versus doxorubicin plus ifosfamide in first-line treatment of advanced soft tissue sarcomas: a randomized study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group. *J Clin Oncol* 1995;13:1537-1545
3. Al Yami A, Griffin AM, Ferguson PC, et al. Positive surgical margins in soft tissue sarcoma treated with preoperative radiation: is a postoperative boost necessary? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;77:1191-1197.
4. Gundle KR, Kafchinski L, Gupta S, et al. Analysis of Margin Classification Systems for Assessing the Risk of Local Recurrence After Soft Tissue Sarcoma Resection. *J Clin Oncol* 2018;36:704-709.

DACRYHEMORRHEA / HAEMOLACRIA- TEARS OF BLOOD

Raj Dhiman

Scientific Advisor: Assoc Prof. O.I. Matsyura

Department: Pediatrics №2

Head of Department: Prof. L.V Besh

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine

Key words: Haemolacria, Bloody tears, Propranolol

Introduction. Crying bloody tears might seem like a fictional scene from a vampire series, but tears with blood is a reality and an extremely rare medical condition with multiple causes that causes a person to produce tears tinged with, or partially made of blood.

This disease is more common in Asia and young females. It is to be noted that 30% of the cases of haemolacria are idiopathic and all investigations done on these patients came back as normal (2). It has been noted in 4 cases that symptoms of hysteria have been present in patients presenting with haemolacria and thus it has been

suggested as a cause, the mechanism of which remains unknown (3) but it's believed to be triggered by Stress, Anxiety, Fear, Mental disorders causing SNS activation as well as due to hypertension and psychiatric disorders in some cases.

Aim. The main objective and reason why I choose this topic is because it's not just very rare but perhaps more considered a paranormal sign than a disease even and in rural areas it might never be treated at all even if diagnosed which is even more difficult due to lack of information about such conditions.

Materials and methods. This abstract is built using reports anamnesis and details of an actual patient without revealing the identity in Lviv, city of Ukraine and how it was diagnosed and treated being a rare entity to discover in anyone's medical practice.

Case report. A 9-year-old girl presented with periodic bleeding from unbroken skin around her eyes, ears, and face (without visible injury to the skin), characterized by the discharge of red or pink fluid and blood from the mucous membranes of her eyes. These symptoms occurred intermittently and lasted for several hours each time. The onset of these manifestations occurred a few weeks prior to hospital admission, following a family conflict. The child initially sought advice from a family doctor and was prescribed antihistamines and ascortin as outpatient treatment. However, there was no improvement, and the bleeding episodes became more frequent, prompting hospitalization for further evaluation and management.

Upon admission to the hospital, the following findings were noted on examination: erythema (redness) on the face, primarily on the right cheek and forehead, along with bloody discharge on the unaffected skin of the face. The tonsils appeared pink, normal in size, and free of any plaques. Palpation of the submandibular lymph nodes revealed them to be palpable, mobile, and non-tender. Lung examination revealed clear lung sounds upon percussion and vesicular breathing without any abnormal breath sounds. Heart sounds were regular. Abdominal examination revealed a soft, non-tender abdomen with the liver's lower margin palpable at the level of the costal arch. The spleen was not palpable. Pasternackiy's sign was negative bilaterally. There were no signs of meningeal irritation. Vital signs included a respiratory rate of 24 breaths per minute, a heart rate of 56 beats per minute, and a blood pressure of 100/60 mmHg.

Discussion. The presentation of haemolacria is quite simple in that the patient will present with blood either instead of or mixed with tears. The presence of blood within the tear sample can be sent to the lab for investigation and confirmation of red blood cell presence. The duration, trigger and pattern of symptoms can vary between cases. In some cases, the symptoms may occur multiple times per day lasting for a few minutes. Whilst others may present in a cyclical pattern like that noted in women who discharged blood from their eyes during only their menstrual period. It has also been noted that stress could be a trigger for the onset of tears of blood. Regarding investigations, the potential 3 causes listed above must be ruled out before one can label the presentation as idiopathic.

Conclusion. After conducting assessments, a treatment plan was established. This included:

1. Administration of Propranolol 10 mg (active ingredient anaprilin) twice daily, along with regular monitoring of blood pressure and ECG every two weeks.
2. Psychological intervention, consisting of individual and family therapy sessions with a psychologist.
3. Creation of a supportive psycho-emotional environment within the family and educational setting.
4. Application of aseptic solutions to the skin and mucous membranes during episodes of bleeding.

During the initial month of treatment, the child's condition showed improvement, with symptoms becoming less frequent. By the sixth week of treatment, the dosage of Propranolol was gradually reduced and eventually discontinued after three months. Psychological sessions initially occurred daily, then decreased to twice a week, and continued as needed. Presently, the patient is in good health, with complete regression of disease manifestations. The girl has acquired coping mechanisms to manage her emotions, channeling her energy into creative endeavors, and is now a cheerful child.

Financing. This case report and study has not obtained any external funding

Conflicts of interest. Authors have no conflicts of interest to declare

Consent to publication. No exact patient data, details or identifying information was used in this report. Therefore no consent to publication was needed

Authors contribution. Data analysis, correlation and statistical assessment with the globally available literature and its study, writing the article, final approval of the article, and oral presentation and explanation of the abstract presentation.

References.

1. Das D, Chiranthan M, Meel R, Neupane S. Crying out blood: haemolacria in a young girl. *BMJ Case Reports*. 2020 Jun;13(6):e236579.

2. James R, Bharadhi M, James J. Haemolacria in a 22-year-old boy. *BMJ Case Reports CP* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2022 Feb 1];11(1):e225151. Available from: <https://casereports.bmj.com/content/11/1/e225151>
3. Ahluwalia BK, Khurana AK, Sood S. Bloody tears (haemolacria). *Indian Journal of Ophthalmology* [Internet]. 1987 Jan 1 [cited 2022 Nov 11];35(1):41. Available from: <https://www.ijo.in/text.asp?1987/35/1/41/26317>
4. Chambers TK. Clinical Lecture On A Case Of «Bloody Sweat.» Given at St. Mary's Hospital, Feb. 9th, 1861. *Lancet* 1861; 77: 207–209
5. Octavius GS, Meliani F, Heriyanto RS, Yanto TA. Systematic review of hematomatosis: Time for clinicians to recognize this entity. *World J Dermatol* 2023; 11(2): 7-29 [DOI: 10.5314/wjd.v11.i2.7]

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN CASES OF COMBINED BULBAR AND MYELOPATHIC DISORDERS

Repale A. N., Kovalenko S. O.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА У ВИПАДКАХ ПОЄДНАНОГО БУЛЬБАРНОГО ТА МІЄЛОПАТИЧНОГО ЗАХВОРЕННЯ

Supervisor: PhD, associate professor Dovbonos T. A.

Neurology department

Head of the department: MD, professor Prokopiv M. M.

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Background. Management of patients with bulbar syndrome accompanied with bilateral sensorimotor deficit is rather challenging, as there is a variety of the central nervous system (CNS) diseases and their extra-CNS mimics, which are critical in prevention of disability and death of such patients.

Objective. To study the distinguish clinical markers of the pathologies presented with bulbar and myelopathic disorders and create a simplified algorithm of differential diagnosis.

Materials and methods. Twenty eight patients were included in the retrospective observational study with the following inclusion criteria: 1) bulbar syndrome (dysphonia, dysarthria, dysphagia, decrease or loss of pharyngeal and/or palate reflexes, tongue atrophy and/or fasciculations); and 2) signs of possible nontraumatic spinal cord injuries (symptom onset within 4 weeks or acute deterioration of previous symptoms, paraparesis and/or sensory deficits of upper and/or lower extremities; exclusion of previous trauma, acute coma and patients with definite brain hemisphere symptoms incompatible with spinal pathology(e.g., aphasia, hemianopia, neglect, facial involvement). Then comparison of clinical pictures and additional investigations data (neuroimaging, EMG, laboratory tests) was performed.

Results. 18 (64,3%) patients have nontraumatic damage of the brainstem and spinal cord caused by brain and/or spinal cord tumors, syringomyelia with syringobulbia, medullar infarction, amyotrophic lateral sclerosis, multiple sclerosis, extrapontine myelinolysis and dural arteriovenous fistula. Extra-CNS pathologies were diagnosed in 10 (35,7%) patients with Guillain-Barre syndrome, myasthenia gravis, diphtheritic polyneuropathy, polymyositis and oculopharyngeal muscle dystrophy. Segmental and/or conductive sensory disorders were revealed in 14 (77,8%) patients with CNS injuries. In the half of the cohort of patients with extra-CNS injuries peripheral type of sensory disturbances was found out. Bulbar syndrome was associated with the central limbs' paresis in 15 (83,3%) cases of CNS involvement and in 8 (44,4%) with sphincter dysfunctions, which were absent in all patients with extra-CNS pathologies. All CNS damages were verified by neuroimaging often with enhancement and/or angiography. Specific laboratory tests and EMG were more informative in the majority of investigated extra-CNS cases.

Conclusions. Bulbar syndrome combined with sensorimotor disturbances may have degenerative, neoplastic, inflammatory, vascular, metabolic and hereditary genesis. Type of sensorimotor disorders and presence of pelvic dysfunction were the most important clinical indicators of CNS injuries. Neuroimaging remains irreplaceable for

evaluation of all central nervous system lesions. Diagnosis verification algorithm highly depends on the present clinical peculiarities.

СПІВСТАВЛЕННЯ ДАНИХ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ З ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЮ КАРТИНОЮ НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТА З КУЛЕЮ В ОРБІТІ

Гатальська Є. О., Маланчук В. О.

COMPARISON OF COMPUTER TOMOGRAPHY DATA WITH THE INTRAOPERATIVE PICTURE IN THE EXAMPLE OF A PATIENT WITH A BULLET IN THE ORBIT

Gatalska E. O., Malanchuk V. O.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Маланчук В. О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Маланчук В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. сьогодні наявна значна частка уражень голови та шиї серед структури бойових травм, у середньому частка бойової травми обличчя та шиї становить 16% згідно з міжнародними статистичними даними. В Україні за даними статистики 2022 р. частка уражень голови та шиї складала 17,9%. Для ефективного проведення хірургічного лікування вогнепальних травм обличчя з наявністю сторонніх тіл необхідні інструментальні методи діагностики, проте іноді відбувається розходження рентгенологічної картини щодо положення стороннього тіла з наявною клінічною ситуацією, що пояснюється передусім тим, що відбувається зміщення сторонніх тіл через анатомічні особливості щелепно-лицевої ділянки та активного положення пацієнта. Невідповідність рентгенологічної діагностики з реальною інтраопераційною картиною створює значні труднощі у проведенні оперативного втручання.

Мета. Порівняння даних комп'ютерної томографії (КТ) щодо положення стороннього тіла з наявною клінічною ситуацією під час оперативного втручання на прикладі пацієнта з кулею в очниці.

Матеріали і методи. Було визначено координати місцерозташування стороннього тіла згідно з даними КТ у програмному забезпеченні RadiAnt. Виміри проводилися на сагітальному та аксіальному зрізі КТ, в якому куля мала найбільший повздовжній розмір. У сагітальному зрізі було проведено перпендикуляр від найбільш високо розташованої точки стороннього тіла до надбрівної дуги, в аксіальному – від найбільш високо розташованої точки до латеральної стінки очниці. Оцінювання на операційних фото проводилось у програмі Pixel Ruler, де за еталон було взято ширину гачка Фарабефа, яка становить 17 мм. На інтраопераційних фото вимірювання проводилось за допомогою проведення перпендикуляру від вихідного отвору кулі до надбрівної дуги та від середини вихідного отвору до латеральної стінки очниці.

Результати. За даними сагітального зрізу КТ відстань від найбільш високо розташованої точки стороннього тіла до надбрівної дуги склала 3,26 мм, згідно з клінічною картиною дана відстань склала 17,52 мм. За даними аксіального зрізу відстань від середини найбільш високо розташованої точки до латеральної стінки очниці склала 12,5 мм, згідно з клінічною картиною – 40,75 мм. Отже, відмінність рентгенологічної картини з клінічною за вертикальними вимірами становить 14,26 мм, за горизонтальними – 28,25 мм.

Висновки. Задля попередження виникнення невідповідності рентгенологічної картини з інтраопераційною необхідно проводити рентгенологічні методи обстеження напередодні втручання задля мінімізації можливості зміни положення стороннього тіла у тканинах щелепно-лицевої ділянки.

ХРОНІЧНИЙ ДАКРІОЦИСТИТ. ХТО ЛІКУЄ – ОФТАЛЬМОЛОГ ЧИ ЛОР?

Дзюба А. О., Біль Б. Н.

CHRONIC DACRYOCYSTITIS. WHO DOES THE TREATMENT – OPHTHALMOLOGY OR ENT?

Dzyuba A. O., Bil B. N.

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

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Дакріоцистит – запалення слезового мішка. Складає близько 5–7% всієї патології органа зору. Найчастіше виникає в новонароджених та людей після 40 років. Жінки становлять майже 75% усіх випадків (Roger S, 2023).

Хронічний дакріоцистит зазвичай викликаний обструкцією носо-слезової протоки та складає 70–86% від усіх форм (Khatoon, 2021).

Мета. Проаналізувати основні методи хірургічного лікування хронічного дакріоциститу та визначити, хто переважно лікує цю патологію – офтальмолог чи отоларинголог.

Матеріали та методи. Аналіз інформації в наукових роботах з наукометричних баз даних: PubMed, Scopus, EyeWiki, 5 клінічних випадків та архівного матеріалу – 9 історій хвороб пацієнтів офтальмологічного та отоларингологічного відділень.

Результати. Дакріоцисториностомія – основний метод лікування хронічного дакріоциститу при обструкції носо-слезової протоки, полягає у створенні альтернативного шляху відтоку слізної рідини в порожнину носа.

Зовнішня дакріоцисториностомія – офтальмологічний метод з черезшкірним доступом. Показники успішності операції – 90-95%. Основні недоліки – висока травматичність та косметичний дефект (Cat.N. Burkat, 2024).

Ендоскопічна дакріоцисториностомія – метод з ендоназальним доступом, є варіантом вибору. Проводиться переважно отоларингологами, або разом з офтальмологами. Проаналізовано 5 операцій у пацієнтів віком 45-62 роки. Головними перевагами були нижча травматичність, відсутність косметичного дефекту, швидкість операції та відновлення, а основним недоліком – необхідність в одночасній реконструкції носової перегородки та раковини у 2 пацієнтів для забезпечення ендоскопічного доступу. Показники успішності операції склали 100%, тоді як за даними літератури – 82–98% (Jae Yun Sung, 2019).

Трансканалікулярна закрита дакріоцисториностомія з мікродренуванням – метод з доступом через слізні каналіци та довготривалою інтубацією lacrimal intubation set. Проводиться офтальмологами разом з отоларингологами. Основні переваги – мінімальна травматичність, відсутність косметичного дефекту, можлива необхідність лише вазотомії.

Трансканалікулярна та ендоскопічна лазерна дакріоцисториностомія – методи з використанням лазера офтальмологом і отоларингологом відповідно. Основні недоліки – сильніші пошкодження й рубцювання, ніж при механічних методах, ризик розвитку атрофічного риніту (Ullrich, 2024). Успішність трансканалікулярного методу – 78,5% (Tokat, 2023).

Ризик рецидиву після дакріоцисториностомії близько 15%, в таких випадках можливе протезування, інтубація чи стентування носо-слезової протоки, дакріоцистектомія (Roger S, 2023).

Висновок. За даними літератури можна зробити висновок, що найчастіше хронічний дакріоцистит лікують отоларингологи, адже ендоскопічна дакріоцисториностомія є варіантом вибору, що доводять результати проведених 5 операцій. Трансканалікулярна закрита дакріоцисториностомія є сумісною операцією офтальмолога та отоларинголога, а зовнішня та лазерні методи дакріоцисториностомії наразі широко не застосовуються.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЧАСТОТИ ПОРУШЕННЯ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У ВАКЦИНОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ COVID-19.

Душлюк С. О.

MEDICAL-STATISTICAL INDICATORS OF THE FREQUENCY OF HEARING ANALYZER DISORDER IN VACCINATED PATIENTS WITH COVID-19.

S. O. Dyshlyuk

Науковий керівник: кандидат медичних наук, доцент Дідковський В. Л.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєсва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна.

Актуальність. Станом на 3 березня 2024 року у всьому світі було зареєстровано понад 774 мільйони підтверджених випадків захворювання на COVID-19 та більше семи мільйонів смертей (Weekly epidemiological update on COVID-19– 15 March 2024. [cited 15 Mar 2024]). Більшість людей, у яких розвивається COVID-19, повністю одужують, але поточні дані свідчать про те, що приблизно 10–20% людей відчувають різні середньострокові та віддалені наслідки після одужання від початкової хвороби. (Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition – 23 March 2023). Безліч досліджень підтверджують, що вірус SARS-CoV-2 має вплив на сенсорні системи людини. Особливого розгляду набули дані щодо ураження нюхового та смакового аналізаторів, що є типовими симптомами, на яких здебільшого базується підозра на захворювання на COVID-19. Враховуючи вище сказане, прояву нейросенсорної втрати слуху приділено замалу кількості уваги, що в подальшому несе проблему її діагностики і профілактики.

Мета. Аналіз частоти ураження слухового аналізатора та дослідження впливу вакцинації на наявність сенсорно-невральних порушень слуху при COVID-19.

Матеріали та методи. Проведено мета-аналіз бази даних (PubMed) щодо досліджень частоти випадків раптової нейросенсорної втрати слуху у вакцинованих пацієнтів вакциною на базі мРНК (виробництва Pfizer-BioNTech) при COVID-19 за 2019 та 2021 роки, стратифікованих за віком та статтю. Сформовано 2 групи:

- Група_1 – пацієнти вакциновані BNT162b2 мРНК за 2019 рік.
- Група_2 – пацієнти вакциновані BNT162b2 мРНК за 2021 рік.

Додатково проведено порівняння пацієнтів групи_2 вакцинованих 1-ою та 2-ою дозами вакцинації.

Результати. На загальну кількість вакцинованих пацієнтів групи_1, що становить 1 311 217 осіб, виявлено 583 випадки сенсоневральної приглуховатості. В групі_2 із кількістю 2 602 557 осіб зафіксовано 91 випадок. Визначено зниження рівня захворюваності на 100 тис. осіб, в представників групи_2 (3,50 випадки) порівняно з групою_1 (47,46 випадків). Наше дослідження оцінило, що така характеристика пацієнта, як вік – пов'язана з більш високим ризиком розвитку SSNHL.

Серед пацієнтів групи_2 при загальній кількості хворих 2 602 557 вакцинованих першою дозою вакцини – зафіксовано 91 випадок, з них 2 441 719 осіб отримали другу дозу вакцинації і кількість випадків становила – 79.

Висновки. 1) COVID-19 може спричинити порушення функцій слухового аналізатору; 2) Вакцинація та ревакцинація позитивно впливають на зменшення ризику розвитку отологічних ускладнень при COVID-19.

Ключові слова: COVID-19, SARS-CoV-2, сенсоневральна приглуховатість, порушення слуху, вакцинація.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ОТОСКЛЕРОЗУ

Дорожовська Х. І., Бучко О. І.

MODERN FEATURES OF OTOSCLEROSIS

Dorozhovska K. I., Buchko O. I.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Яшан О. І.

Кафедра отоларингології, офтальмології та нейрохірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Яшан О. І.

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

м. Тернопіль, Україна

Актуальність. За даними різних авторів отосклерозом хворіє від 0,04 до 1% населення планети незалежно від раси. Етіологія детермінована аутосомно-домінантним геном з мінливою пенетрантністю – ефектом, коли не у всіх носіїв гену виникає хвороба. Хворіють переважно жінки, а клінічні прояви з'являються після першої або другої вагітності та лактації. Лікування отосклерозу лише оперативне шляхом заміни стремінця спеціальним протезом.

Мета. Проаналізувати частоту наявності у пацієнтів з отосклерозом спадкового анамнезу, зв'язку з вагітністю та лактацією. Оцінити ефективність хірургічного лікування у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих на отосклероз (43 жінок та 7 чоловіків, 86,0% та 14,0% відповідно), прооперованих в період з липня 2022 по грудень 2023. Шляхом усного анкетування проаналізовано спадковий та гінекологічний анамнез. Функціональну ефективність лікування у віддаленому періоді (через 6 і більше місяців після операції) оцінено у 30 пацієнтів за даними тональної аудіометрії.

Результати. 31 хворий (62,0%) заперечував наявність спадкового анамнезу. Інші 19 (38,0%) зазначили, що у родичів були прояви захворювання, причому 7 пацієнтів вказували на хворобу у родичів першої лінії (36,8%), четверо (21,1%) – другої лінії, п'ятеро (26,3%) – першої та другої ліній, троє (15,8%) – третьої лінії.

Цікаво, що більше половини жінок (25 з 43 прооперованих – 58,1%) не пов'язали погіршення слуху з вагітністю чи лактацією. 16 жінок (37,2%) відмітили такий зв'язок, причому у п'яти пацієток (31,3%) слух знизився після першої вагітності, у 8 (50,0%) – після другої, у двох (12,5%) – після третьої, у однієї (6,3%) – після четвертої вагітності. Ще дві жінки (4,7%) пов'язали погіршення слуху з гінекологічними хворобами.

До операції середній поріг слуху по повітряній провідності (ПП) у всіх пацієнтів на частотах 250–4000 Гц становив $54,2 \pm 15,7$ дБ, по кістковій провідності (КП) $21,3 \pm 9,6$ дБ, повітряно-кістковий інтервал (ПКІ) $32,9 \pm 11,5$ дБ. У віддаленому періоді показники становили відповідно: ПП $25,1 \pm 8,5$ дБ, КП $15,7 \pm 7,8$ дБ, ПКІ $9,4 \pm 6,1$ дБ.

Розрахунок зміни порогу ПП у кожного пацієнта показав, що найкращий результат у чоловіка – зниження порогу ПП на 64,2дБ, найменший у жінки – на 12,5дБ. Покращення слуху на 60-50дБ зареєстровано у трьох пацієнтів (10,0%), на 49-40дБ у трьох пацієнтів (10,0%), на 39-30дБ у 7 пацієнтів (22,3%), на 29–20дБ у 10 (33,3%), на 19-10дБ у 7 (22,3%). Осіб з відсутністю покращення або погіршення слуху не було.

Аналіз середнього значення порогу ПП на кожній частоті тоншкали показав, що найкраще зниження порогу ПП на частоті 500 Гц – на $34,8 \pm 15,9$ дБ, а найменше на частоті 4000 Гц – на $20,2 \pm 16,8$ дБ.

Висновки. Отже, спадковий анамнез зазначили лише 38,0% прооперованих хворих, зв'язок з вагітністю та лактацією – лише 37,0% жінок. За результатами тональної аудіометрії стапедопластика ефективно покращила слух у пацієнтів, що підтверджується зниженням середнього порогу ПП на 29,1дБ та середнім закриттям ПКІ на 23,5дБ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ГОСТРОТИ ЗОРУ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОНИКНИМИ БОЙОВИМИ ТРАВМАМИ ОЧЕЙ

Кіреєва Д.О.

STUDY OF THE DYNAMICS OF VISUAL ACUITY IN PATIENTS WITH PENETRATING COMBAT EYE INJURIES

Kireeva D.O.

Науковий керівник: Рижова Ірина Петрівна, кандидат медичних наук

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: Жабосдов Дмитро Геннадійович

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність. Проникні поранення ока займають особливе місце в структурі бойової травми ока, оскільки внаслідок цього можуть настати незворотні ураження органа зору, а також такі грізні ускладнення як ендодфальміт, симпатичне запалення, відшарування сітківки, катаракта тощо.

Мета. Проаналізувати динаміку змін гостроти зору у пацієнтів з бойовими проникними пораненнями очей, які перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні міста Києва в період з 2022 року по 2023 рік включно.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз 16 історій хвороб пацієнтів (32 ока), що перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні міста Києва в період з 2022 року по 2023 рік включно у зв'язку з проникаючим пораненням ока.

Результати. В 22 очах були наявні проникні бойові поранення очей різного ступеня тяжкості. З них дев'ятеро очей (40,91%) мали гостроту зору (далі – ГЗ) менше 0.01; шестеро (27,27%) мали ГЗ від 0.01 до 0.1; один пацієнт мав ГЗ 0.5; один пацієнт мав ГЗ 1.0. На п'ятьох очах (22,73%) було проведено операцію енуклеації у зв'язку із неможливістю органозберігаючого лікування. Після проходження лікування було сім очей (31,82%) з ГЗ менше 0.01; шестеро очей (27,27%) з ГЗ від 0.01 до 0.1; одне око мало ГЗ 0.2; два ока (9,09%) мали гостроту зору від 0.4 до 0.5; а також один пацієнт (4,55%) мав гостроту зору 1.0 на обох очах.

На п'ятьох очах ГЗ покращилася (30%), в одинадцяти очах (64%) ГЗ не змінилася після лікування. В одного з пацієнтів (6%) ГЗ на пораненому оці знизилася з 0.06 до 0.04, що було пов'язано з розвитком посттравматичної катаракти.

Всім пацієнтів (12 очей) мали проникну травму ока, поєднану з черепно-мозковою травмою середнього та тяжкого ступеня, з яких сім (58%) мали ГЗ менше 0.01; одне око (8%) мало ГЗ 0.1; і чотири ока (34%) було видалено у зв'язку з неможливістю їх відновлення.

Причинами значного погіршення ГЗ в пацієнтів з проникними травмами ока є значне ушкодження структури ока, розвиток посттравматичних ускладнень, а саме: кератит, катаракта, відшарування сітківки, інфекційні запалення оболонки ока. Пацієнтам було проведено видалення сторонніх тіл, факоаспірацію кришталікових мас, ревізію вітреальної порожнини, заміну кришталіка на ІОЛ та назначено постопераційне консервативне лікування.

Висновки. Таким чином, серед проникних травм очей гострота зору до лікування дорівнювала в середньому 0.09 ($\pm 0,03$), а після проведеного лікування – 0.2 ($\pm 0,03$). У 30% хворих після лікування гострота зору підвищилася, у 64% – не змінилася, а у 6% – погіршилася.

ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ ЯК НАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ. ОПЕРАЦІЯ ВИБОРУ

Ковальова А. М.

RETINAL DETACHMENT AS A CONSEQUENCE OF MINE EXPLOSIVE INJURY. SELECTION OPERATION

A. M. Kovaleva

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Ришова І. П.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д. Г.

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

Актуальність. Постраждали внаслідок мінно-вибухової травми (МВТ), що охоплює ураження очного яблука, знаходяться в зоні ризику зниження зору, сліпоти та інвалідизації. Наслідком отриманої травми може бути відшарування сітківки – невідкладний стан, що загрожує повною або частковою втратою зору. Пацієнти з такою патологією потребують хірургічного лікування – задню закриту субтотальну вітректомію з ендолазеркоагуляцією сітківки та ендотампонадою силіконом або повітряно-газовою сумішшю.

Мета. Дослідити результативність даної методики хірургічного втручання. Порівняти офтальмологічний статус пацієнтів до та після операції.

Методи дослідження. Дослідження проводилося серед пацієнтів, що постраждали від МВТ та перебували на лікуванні в офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. За даними, з початку повномасштабного вторгнення на територію України до лютого 2024 року, в офтальмологічне відділення було госпіталізовано 180 військових на різних етапах евакуації. Серед них 50 пацієнтів (27,7%) були зі станом після МВТ, з них – 16 пацієнтів (32%) яким проводилось оперативне втручання з приводу відшарування сітківки. Фактором ризику відшарування сітківки при МВТ є патології сітківки, які були в постраждалих до отриманої травми (дистрофічні вогнища, розриви сітківки, тракція склистого тіла).

Досліджувані пацієнти були розділені на дві групи, в залежності від виду мінно-вибухової травми: 9 очей (56,25%) було з проникним пораненням ока (ППО), 7 (43,75%) – з контузією ока ІІІ ст. Щодо супутньої патології, на 12 очах (12 пацієнтів) було діагностовано гемофтальм, на 7 очах – гіфема. Поранення з внутрішньо-очними сторонніми тілами спостерігалось на 5 очах, зі сторонніми тілом орбіти та переломом стінок орбіти на 2 очах. У 8 випадків виявлено травматичну катаракту. Субкон'юнктивальний розрив склери з випадінням внутрішніх оболонок ока спостерігався на 2 очах.

Було проведено передопераційне обстеження пацієнтів, що включало в себе: візометрію, периметрію, офтальмоскопію, УЗД (в-сканування) та оптичну когерентну томографію. Гострота зору хворих була низькою – від $1/\infty$ proectio lucis certa/incerta до 0,06. Внутрішньоочний тиск помірно гіпотензивний (Т-1). За даними в-сканування ока та оптичної когерентної томографії виявлені численні розриви сітківки та тракційне відшарування субтотального/ тотального типу.

Оперативне втручання проводив вітреоретинальний хірург Шпак О.О. Серед пацієнтів з ППО: на 3 очах (33,3%) проводилась тампонада повітряно-газовою сумішшю, та 6 (66,7%) – ендотампонада силіконом. Серед пацієнтів з контузією ока ІІІ ст.: 3 пацієнтам (42,8%) була проведена ендотампонада повітряно-газовою сумішшю, 4 (57,2%) – силіконом. Закономірність між методикою оперативного втручання та ступенем відшарування сітківки: при локальному відшаруванні в місці розриву сітківки – застосовувалась повітряно-газова суміш, а при відшаруванні більше квадранта сітківки, з численними розривами – ендотампонада силіконом.

Результати. Післяопераційне обстеження пацієнтів проводилось через тиждень після операції та через 1,5 місяці. Пацієнти без післяопераційних ускладнень були відправлені на подальший етап евакуації, тому визначити віддаленні результати покращення гостроти зору неможливо.

Гострота зору першої групи досліджуваних з ППО після оперативного втручання становила від 0,1 до 0,7. Друга група досліджуваних з контузією очного яблука ІІІ ст: у пацієнтів з'явився предметний зір, гострота зору – від 0,04 до 0,1.

Висновки. Серед двох груп досліджуваних спостерігається позитивна динаміка лікування. Співвідношення післяопераційного обстеження пацієнтів: покращення зорових функцій вище у пацієнтів з ППО (46%), порівняно з пацієнтами з контузією очного яблука III ст. (9%). Перспективи подальшої реабілітації мають високу вірогідність ще більшого покращення гостроти зору пацієнтів протягом півроку.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРАНІОФАЦІАЛЬНИХ ПУХЛИН

Коломієць Н. А.

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF CRANIOFACIAL TUMORS

Kolomiets N. A.

Науковий керівник: PhD, асистент кафедри Молотковець В. Ю.

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, академік НАН та НАМН Цимбалюк В. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Краніофасціальні новоутворення характеризуються складною анатомічною локалізацією, що може впливати на радикальність хірургічного втручання, а отже, і результати лікування.

Мета. Покращити результати лікування краніофасціальних пухлин шляхом висвітлення і аналізу клінічних випадків.

Матеріали та методи. Група спостережень включала 5 пацієнтів за 2023–2024 рр. відділення позамозкових пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України». Всім пацієнтам виконувалися такі інструментальні методи діагностики, як магнітно-резонансна (МРТ) і мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) голови з внутрішньвенним контрастуванням, КТ-ангіографія та патогістологічна верифікація.

Результати. Серед краніофасціальних пухлин у 4 випадках були злоякісні епітеліального генезу (плоскоклітинний рак) та в одному випадку – анапластична менінгіома передньої черепної ямки. Локалізація пухлин переважно була зі значним інтракраніальним компонентом передньої черепної ямки та поширенням в прилеглі сино-парасальні ділянки, орбіти.

Клінічна картина включала: гіпо-/аносмію, наявність виділень з носових ходів, погіршення або втрату зору, навколоорбітальний набряк, екзофтальм, загальномоозкову та вогнищеву церебральну симптоматику.

У всіх випадках проводилося радикальне хірургічне лікування. Із використанням біфронтальної кістковопластичної трепанації та субфронтального доступу з пересіченням верхнього сагітального синусу виконували підхід до пухлини. Видаляли м'якотканинний компонент пухлини, після чого із застосуванням швидкообертаючої дрелі видаляли змінені інвазією пухлини кісткові структури. В переважній більшості випадків створювався дефект значних розмірів ділянки передньої черепної ямки із сполученням з носовими ходами, параназальними синусами. З ціллю реконструкції дефекту виконували закриття аутоканиною (підшкірно-жирова клітковина пацієнта, фрагмент власної фасції стегна, частина м'язу, клапоть окістя «на ніжці») із використанням фібринового клею БіоГлю (Виробник Ethicon, LLC, США). В післяопераційному періоді на термін 7 днів пацієнтам встановлювався люмбальний дренаж для профілактики ліквореї.

Висновки. Досягнуто повної радикальності видалення із застосуванням транскраніального підходу та надійної реконструкції дефекту видаленої основи черепа, уникнення післяопераційних ускладнень та мінімальної тривалості перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні. Транскраніальний підхід також має косметичні переваги в порівнянні із краніофасціальною резекцією.

РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ШКАЛИ RSI ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

Котій О.А.

RESULTS OF A POPULATION SURVEY USING THE rsi SCALE TO DETERMINE LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX

Kotiy O.A.

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

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєсва Ю.В.

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

Актуальність. Ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР)- це запальний стан глотки та гортані, пов'язаний з прямим та непрямим впливом шлунково-дуоденального вмісту рефлюксу, що викликає морфологічні зміни в даних структурах. Найбільш часті хронічно-інтермітуючі симптоми включають охриплість голосу, відчуття комку, дисфагію, кашель, стікання слизу задньою стінкою глотки та біль у горлі. Найпоширенішим проявом ЛФР є рефлюксний ларингіт з утворенням грануляцій або гранульом чи без них. Рефлюкс був пов'язаний із суб-глотковим стенозом, карциномою гортані, поліпозною дегенерацією, ларингоспазмом, парадоксальним рухом голосових складок, та голосовими вузликами. Інші прояви з боку голови та шиї, про які повідомлялося включають астму, синусит та середній отит (Koufman, J. A., Aviv, J. E., Casiano, R. R., & Shaw, G. Y. (2002)). Враховуючи різноманітність проявів та відсутність золотого стандарту діагностики ЛФР, існує складність алгоритму постановки діагнозу, що є важливим для раннього виявлення маніфестації захворювання, попередження ускладнень та покращення якості життя.

Мета роботи. Визначити інформативність проведення анкетування за RSI для виявлення ЛФР серед населення різних вікових груп.

Методи дослідження. Виконано проспективний аналіз результатів шляхом проведення анкетування населення на основі шкали RSI за Belafsky et al. J Voice 2002, критерієм приналежності до групи ризику ЛФР був бал > 13. Кількість респондентів склала 157 осіб, серед них жінок – 125 (79,6%), чоловіків- 32 (20,3%), середнім віком 30 років. Респонденти розділені на групи за віком: перша – < 20 років – 33 (21%), друга – від 20 до 39 років – 84 (53,5%), третя – > 39 років – 40 (25,4%). Для статистичної обробки отриманих даних було використано дисперсійний аналіз (ANOVA), критерій Тьюкі, визначення правильності розподілу вибірок проводилось за тестом Колмогорова- Смирнова.

Результати. За даними дослідження визначено, що 39 респондентів (24,8%) мали значні симптоми ЛФР; з першої групи – 5(15%), другої – 17(20,2%), третьої – 17(42,5%) мають ризик ЛФР. Має місце статистично значуща різниця між групами, зі збільшенням віку зростають симптоми ЛФР. f-критерій = 4.08325, p-value = .018711 ($p < .05$). Тестування з використанням критерію Тьюкі показало, що середній бал третьої групи ($M = 13,28$) порівняно з першою ($M = 8,73$) та другою ($M = 9,19$) був значно вищим і статистично значущим ($Q = 3.75$ ($p = .02368$) та $Q = 3.37$ ($p = .04782$) відповідно).

Висновки. Згідно з отриманими результатами встановлено пряму залежність між кількістю балів RSI та віковими категоріями пацієнтів, а саме: значне збільшення симптоматики захворювання у групи пацієнтів старше 39 років, та необхідність у подальшому поглибленому обстеженні у вигляді відеоларингоскопії; визначено високу поширеність симптомів ЛФР та важливість моніторингу пацієнтів на вірогідність ЛФР за допомогою RSI.

ВПЛИВ РАДІАЦІЙНОЇ КАТАРАКТИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Кохан А. А.

INFLUENCE OF RADIATION CATARACT ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE

Kokhan A. A.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент кафедри, Тихончук Н. А.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Існує багато контактів людини з джерелами іонізуючого випромінювання, як-от атомна та енергетична промисловість, використання ядерної зброї, у науці та медицині для діагностики та лікування різних захворювань. Кожний рік від радіаційно катаракти страждає близько 2 мільйонів людей. Немає однозначної думки про те, яка доза опромінення впливає на розвиток променевої катаракти і чи є залежність між частотою її виникнення та дозою опромінення. Тому важливо вивчити вплив іонізуючого випромінювання на такий радіочутливий орган, як кришталік ока. Охорона зору від радіаційного впливу є важливою не лише під час воєнних дій, але й в умовах виробничого середовища, де присутні шкідливі фактори.

Мета. Метою є оцінка результатів досліджень про вплив радіаційного ефекту на кришталік.

Матеріали та методи. Аналіз наукових досліджень і сучасної літератури на тему виникнення радіаційної катаракти за такими джерелами, як *pub med*, *up to date* та ін.

Результати. Катарактогенний ефект іонізуючого випромінювання вивчався протягом багатьох років після ядерних бомбардувань, аварій на електростанціях та в результаті професійного опромінення. У катарактогенезі було визначено детермінований радіаційний ефект. Розрахунковий поріг катаракти визначався від > 8 Гр до $0,5$ Гр. Це свідчить про нестохастичний характер ефекту. Проте були хворі, які отримували опромінення в дозі від $1,25$ до $3,3$ Гр, але у віддаленому періоді не мали проявів променевої катаракти. З іншого боку, зафіксовані випадки розвитку променевої катаракти при отриманні дози нижче порогової. Крім того, в деяких дослідженнях відмічена поява радіаційної катаракти через 29 років після опромінення. Це може означати, що процес змін в опроміненому кришталіку може тривати досить довго.

Висновки. Радіаційна катаракта є серйозним захворюванням, яке може призвести до незворотної втрати зору. Розвиток променевої катаракти не завжди чітко пов'язаний з дозою опромінення. Тривале спостереження за пацієнтами, які зазнали впливу радіації, дає змогу вчасно виявити та вилікувати променеву катаракту. Захисні заходи для очей значно знижують ризик розвитку променевої катаракти у будь-яких умовах радіоактивного забруднення. Це є актуальним як у мирному житті, так і в умовах воєнних дій. Своєчасна діагностика та лікування радіаційної катаракти може допомогти зберегти зір і якість життя пацієнтів.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ PRF-МЕМБРАН ТА PRP ДЛЯ ЗАКРИТТЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПЕРФОРАЦІЙ НОСОВОЇ ПЕРЕДІЛКИ

Ладюкова Д.І.

CLINICAL EXPERIENCE WITH THE USE OF PRF MEMBRANES AND PRP TO CLOSE POSTOPERATIVE PERFORATIONS OF THE NASAL SEPTUM

Ladiukova D.I.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В.

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

Актуальність. Хірургічна корекція перфорації носової переділки є високотехнічним завданням, яке часто супроводжується значним відсотком рецидивів. За даними світової літератури немає достовірних даних частки післяопераційних перфорацій. Зафіксовано, що більшість подібних дефектів залишаються незакритими у зв'язку з технічною складністю доступних методів.

Мета роботи. Аналіз серії клінічних випадків післяопераційного закриття перфорації носової переділки з використанням фібрину, збагаченого тромбоцитами (PRF) з плазмою багатой тромбоцитами (PRP) для відновлення слизової оболонки, мукоперихондрію і хрящової тканини передніх відділів носової перегородки.

Матеріали і методи. Було зафіксовано 4 випадки перфорації носової переділки у пацієнтів, яким виконана часткова підслизова резекція носової переділки (розмір перфорації від 0,3 x 0,3 см до 0,5 x 0,7 см). Стан носового дихання оцінювався за шкалою NOSE (nasal obstruction symptom evaluation). Розміри перфорації були виміряні у горизонтальному та вертикальному напрямі за допомогою ендоскопа (кут огляду 300, діаметр 4 мм) за допомогою сантиметрової шкали. Всім пацієнтам після попередньо проведеної аплікації турундами змоченими розчином лідокаїну 10% було виконано насічки слизової оболонки навколо місця перфорації (до 0,5 x 0,5 см) введено плазму збагачену тромбоцитами (PRP) у краї перфорації. Для більших перфорацій (від 0,5 x 0,5 см до 0,5 x 0,7 см) введено плазму збагачену тромбоцитами (PRP) у краї перфорації та зафіксовано насичену тромбоцитами фібрину плівку (PRF) за допомогою силіконових сплінтів прошитих вікрилом 4 мм. Вищезгадана процедура виконувалась на 5–7 та на 15–20 день після оперативного втручання, контрольні огляди пацієнтів проводились терміном 1, 3, 6 місяців.

Результати. За даними проведеного дослідження у пацієнтів яким було виконано PRP і PRF терапію, при огляді носової порожнини за допомогою ендоскопа (кут огляду 30⁰, діаметр 4 мм) закриття перфорації повне, слизової оболонка рожевого кольору, не гіперемована, слизово-кров'яні кірки відсутні. За даними оцінювання стану носового дихання за шкалою NOSE проведеного на 1, 3, 6 місяць середнє значення складало 1.2 бали (n = 12).

Висновки. Використання PRP та PRF терапії у місці перфорації слизової оболонки і мукоперихондрію у передніх відділах носової переділки без подальших хірургічних втручань забезпечило повне відновлення цілісності носової переділки без ознак запалення та деструкції тканин. На нашу думку перспективним є доповнення методики при поєднанні з підшиванням поліпропіленової сітки під листки мукоперихондрію із PRF та плазмою багатой тромбоцитами (PRP). Крім того, матеріальне забезпечення для даної методики є легко доступним у більшості регіонів та можуть бути застосовані без додаткового складного хірургічного втручання.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМІФАЦІАЛЬНОЇ МІКРОСОМІЇ У ДІТЕЙ НА ПРИКЛАДІ СИНДРОМУ ГОЛЬДЕНХАРА

Наконежна Ю. В.

CHARACTERISTICS OF HEMIFACIAL MICROSOMIA IN CHILDREN AS AN EXAMPLE OF GOLDENHAR SYNDROME

Yu. V. Nakonechna

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Чехова І. Л.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Єфименко В. П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Геміфаціальна мікросомія (ГФМ) – друга за поширеністю після незрошень губи та піднебіння вроджена вада розвитку щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), одним із типів якої є синдром Гольденхара (окуло-аурикуло-вертебральна дисплазія). За даними наукових джерел, симптомокомплекс включає аномалії розвитку щелепних кісток, вуха та вушної раковини, епібульбарні дермоїди/епідермоїди, аномалії хребта/хребців тощо.

Різноманітність клінічної симптоматики та ступеню вираженості симптомокомплексу зумовлюють необхідність детальної діагностики, пролонгованого етапного лікування таких дітей за участю оториноларингологів та офтальмологів, включаючи проведення симультанних оперативних втручань.

Мета. Проаналізувати частоту, клінічні прояви, методи діагностики та лікування дітей з синдромом Гольденхара.

Матеріали та методи. За розробленою картою обстеження проведений ретроспективний аналіз 1970 історій хвороб дітей віком від 3 місяців до 15 років з вродженими вадами розвитку ЩЛД, які знаходилися на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії дитячої клінічної лікарні №7 м. Києва протягом 2017–2023 років. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою програми MedStat.

Результати. Дослідження визначило, що протягом 2017–2023 років було проліковано 1970 дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД. З них найбільша кількість припала на 2018 рік – 446 (22,6%), далі, у порядку зменшення, 2017 р. – 353 (17,9%), 2019 р. – 342 (17,4%), 2023 р. – 248 (12,6%), 2021 р. – 239 (12,1%), 2022 р. – 213 (10,8%) та найменше – у 2020 р. – 129 (6,6%), причиною чого став спалах коронавірусної інфекції.

У період 2017–2023 років було проліковано 14 дітей із синдромом Гольденхара, що становило до 1,5% випадків від загальної кількості дітей з вродженими вадами розвитку ЩЛД, при чому 5 (1,5%) – у 2019 році, 3 (0,8%) – у 2017, 2 (0,8%) – у 2021, 3 (0,6%) – у 2018, 1 (0,5%) – у 2022 році.

Найбільш частими клінічними проявами синдрому визначено аномалії вуха та вушної раковини – у 10 дітей (4 – привіски вушної раковини, у 4 – аномалії та атрезія зовнішнього слухового ходу, парааурикулярна фістула у 1 дитини, деформація вушної раковини у 1 дитини), аномалії розвитку щелеп (мікрогенія) – у 5 дітей, виличних кісток та дуг – у 4 дітей. У 3 пацієнтів спостерігалися колобоми обличчя, у 2 – незрошення твердого та м'якого піднебіння та у 2 – аномалії ока.

Для діагностики, визначення подальшої тактики ведення та контролю лікування дітей з синдромом Гольденхара в 100% випадків виконувались фотометрія та спіральна комп'ютерна томографія (СКТ).

Комплексна допомога за участю офтальмологів і оториноларингологів була надана 9 дітям із синдромом Гольденхара, що становило 64%.

Висновки. Ретроспективний аналіз архівних історій хвороб за 2017–2023 роки показав, що діти з синдромом Гольденхара склали 1,5% від загальної кількості пацієнтів із вродженими вадами розвитку ЩЛД.

Найбільш частими клінічними проявами даного синдрому були аномалії вуха та вушної раковини, щелеп, виличних кісток та дуг.

Основними методами діагностики та планування тактики лікування визначено СКТ та фотометрію.

Лікування дітей з синдромом Гольденхара пролонговане та етапне, а у 64% випадків здійснювалось із залученням офтальмологів та оториноларингологів.

СЕКЦІЯ II

**THE EFFECT OF IMPLANTATION OF SPHERICAL AND ASPHERICAL
INTRAOCULAR LENSES ON ON FUNCTIONAL VISUAL PARAMETERS**

Kochuhur Iryna¹, Zhaboyedov Dmytro¹

**ВПЛИВ ІМПЛАНТАЦІЇ СФЕРИЧНОЇ ТА АСПЕРИЧНОЇ ВНУТРИОЧНОЇ
ЛІНЗИ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗОРОВІ ПАРАМЕТРИ**

Ірина Кочугур, Дмитро Жабоедов

¹Department of Ophthalmology of Bogomolets National Medical University. 01601, Kyiv, Ukraine

Address for correspondence:

Kochuhur Iryna

E-mail: irmachete1910@gmail.com

Abstract. Cataract is one of the main diseases that reduces visual acuity and leads to blindness, causing significant difficulties and limitations for patients in their daily lives. Every year, cataracts are getting younger and more and more people are suffering from the disease. Today, the gold standard of cataract surgery is phacoemulsification with intraocular lens (IOL) implantation. This modern and effective method of treatment requires a careful approach to the selection of intraocular lenses to maximize the result and meet the individual needs of patients. It is not only the patient's visual acuity after surgery that is important, but also the quality of their vision. The purpose of the study was to analyze and compare the effect of spherical and aspheric intraocular lens implantation on functional visual parameters (visual acuity, spherical aberrations and contrast sensitivity) in patients with age-related cataracts after surgical treatment. The study was conducted at the Department of Ophthalmology of the Bogomolets National Medical University on the basis of the Kyiv Oleksandrivska Clinical Hospital and the Medical Ophthalmology Center «Zir 100%». We analyzed 80 patients (80 eyes) aged 45 to 75 years with a diagnosis of age-related cataracts who underwent surgical intervention – phacoemulsification with IOL implantation. The patients did not have any other pathology of the visual organ or severe somatic pathology. Patients were divided into 2 groups: Group 1 – 40 patients (40 eyes) who were implanted with Alcon AcrySof Single-Piece (SA60AT) – a spherical IOL; Group 2 – 40 patients (40 eyes) who were implanted with Johnson & Johnson Tecnis Symfony – an aspherical IOL. To participate in the study, all participants had to sign an informed consent. Measurements of functional visual parameters (visual acuity, spherical aberrations and contrast sensitivity) were performed 1 day before surgery, 7 days and 1 month after surgery. According to the results obtained, visual acuity in patients after implantation of an aspheric IOL was higher than after implantation of a spherical IOL, but this difference was not statistically significant. The aspheric IOL statistically significantly reduced postoperative internal spherical aberrations by up to 50% compared to the spherical IOL and statistically significantly provided 10% higher contrast sensitivity after surgery. Thus, the implantation of an aspheric IOL gave higher contrast sensitivity in the postoperative period than the implantation of a spherical IOL. Therefore, the quality of vision in patients was higher with the implantation of an aspheric IOL.

Key words: vision, ocular; lenses, intraocular; cataract; contrast sensitivity; phacoemulsification.

По старому рубцю в зоні клубової кістки взято аутоотрансплантат з поздовжньої кістки розміром 11,5x6 см, його змодельовано, перфоровано та введено між фрагментами лівого тіла нижньої щелепи і зафіксовано дробними швами. Рани зашиті, дреновані, в ділянці клубової кістки була кровотеча (орієнтовно крововтрата до 600 мл), яка була зупинена. Гемостаз (прошивання артерії, м'яких тканин в рані, гемостатична серветка місцево) по ходу оперативного втручання. Накладано дав'ячу пов'язку.

Загальна крововтрата – 700-750 мл. Загальний час операції складав 4 год 20 хв. За два дні було призначено доопераційний курс антибіотикотерапії та протизапальної терапії, що продовжувалася в післяопераційному періоді. На наступний день після операції самопочуття – задовільне, місцеві болі, загальний стан пацієнтки середньої важкості, Нв – 70g/l. На 2 день призначено місцеве проведення лімфотропного курсу введення тималіну, що пришвидшує процеси регенерації. Пацієнтка відмічає полегшення в ділянці лівої половини нижньої щелепи, де було проведено оперативне втручання. На 8 день після операції стан задовільний, Нв = 90 g/l. На 9 день після операції на фоні болі в лівій повздошній області частково розійшлися краї рани та вийшло до 100–150 мл кров'яних згустків (гематома донорської зони), після чого відчула полегшення. На 14 день загальний стан пацієнтки задовільний, рани в ділянці нижньої щелепи та стегна сухі, було проведено зняття швів та подальше спостереження пацієнтки до загоєння ран.

Обговорення. Пацієнтка перенесла складну реконструктивно-відновну операцію відновлення альвеолярного відростка нижньої щелепи з використанням аутологічного кісткового трансплантату з клубової кістки. Взяття цього трансплантату обумовлено практично однаковим рівнем остеогенної активності кісткового мозку донорської зони та сприймаючої зони. Про високий рівень остеогенезу свідчить те, що під час оперативного втручання хірурги не змогли викрутити гвинти з нижньої щелепи, що є прогностично позитивним для планування майбутньої дентальної імплантації. Покращенню умов для остеогенезу слугує і «сендвіч-пластика» сприймаючого ложе, що забезпечило контакт двох сторін трансплантату з власною кістковою тканиною, інші дві сторони – сполучна тканина, що також є сприятливим компонентом. Відсутність ознак запалення в ділянці гематом свідчить про ефективність протимікробної терапії.

Висновок. Безсумнівно, аутогенна кістка є «золотим стандартом» в кістково-реконструктивній хірургії для заміщення різного роду дефектів, а робота в «сендвіч-техніці» є ефективним варіантом вертикального збільшення альвеолярного відростка з плануванням подальшого встановлення імплантатів.

ЗМІНИ В СТРУКТУРІ ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ, ОБУМОВЛЕНІ ПОЧАТКОМ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Васильєв О. С., Чепурний Ю. В., Копчак А. В.

CHANGES IN THE STRUCTURE OF THE TRAUMA OF THE MID-FACE AREA DUE TO THE BEGINNING OF ACTIVE COMBAT ACTIONS

Vasiliev O. S., Chepurny Yu. V., Korchak A. V.

Науковий керівник: д.мед. н., професор Чепурний Ю. В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО НМУ

Завідувач кафедри: д.мед. н., професор Копчак А. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Ключові слова: виличний комплекс, середня зона обличчя, пацієнтспецифічні конструкції, мінно-вибухові травми обличчя, переломи орбіти.

Вступ. Збройна агресія російської федерації в Україні змінила не лише умови надання допомоги пацієнтам щелепно-лицевого профілю, а й вплинула на структуру патологій, з якими довелося мати справу щелепно-лице-

вим хірургам. Зміна структури травматизму зазвичай веде до адаптації підходів до організації щелепно-лищевої допомоги та стимулює розвиток нових методів лікування даного контингенту поранених.

Мета дослідження. дослідити епідеміологію, структуру травми середньої зони обличчя та особливості надання допомоги пацієнтів з даними пошкодженнями під час періоду військового стану в порівнянні з довоєнним періодом

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз медичної документації пацієнтів з переломами середньої зони обличчя, що перебували на лікуванні в Центрі патології голови та шиї Київській обласній клінічній лікарні в період з 2017 по 2023 рр. Всього було взято в дослідження 362 пацієнти, які розділені на 2 групи. Контрольну групу склали 261 пацієнт, лікування яких проходило з 2017 по 24.02.2022 рік, основну – 101 пацієнт, лікування яких проходило після вказаної дати в період військового стану до 2024 року. Критерії включення в основну групу: травматичні пошкодження кісток середньої зони обличчя, наявна повна інформація про пацієнта (вік, стать, обставини травми, тип пошкодження. Критерії виключення: відсутність інформації, комп'ютерної томографії незадовільної якості, вік менше 18 р.

Результати. Відповідно до отриманих результаті під час періоду військового стану різко зросла частота бойових (мінно-вибухових та кульових) пошкоджень середньої зони обличчя – з 0,76 по 23,7 ($p = 0,00001$), 43% відсотків яких супроводжувалось дефектами або деформаціями м'яких тканин виличної, щічної або параорбітальної ділянки. Це призвело до збільшення частоти пацієнтів з анофтальмом 0,38% до 6,06% відсотків ($p = 0,002297$). Взагалі частота виявлення переломів виличного комплексу, поєднаних з дефектами стінок орбіти статистично достовірно виросла з 6,1% до 15,84% ($p = 0,010293$). Це було обумовлено високою частотою виникнення мультифрагментованих переломів виличного комплексу та орбіти – що драматично виросла в порівнянні з довоєнним періодом з 21,9% до 42,5%, ($p = 0,000175$). Разом з тим, під час періоду військового стану значно зріс час від пошкодження до проведення реконструкції виличного комплексу та орбіти – 35,35% пошкоджень були старше 1 місяця ($p = 0,00001$). В той же час це дозволяло лікарям проводити реконструкції з використанням пацієнтспецифічних імплантатів: частота їх використання зросла з 5,36% до 14,85% ($p = 0,00869$).

Висновок. Таким чином активні бойові дії внаслідок інвазії російської федерації в Україні призвели до різкого зростання травматичності пошкоджень за рахунок мультифрагментованих пошкоджень, поєднаних з дефектами стінок орбіти та м'яких тканин на фоні зміщення лікувальної допомоги в більш пізні строки. Разом з тим це дозволило ширше використовувати пацієнтспецифічні конструкції в лікування.

ХРОНІЧНА ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЯ, ЯК МЕТОД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

Vorodi M. V., Petriv T. I., Cheshuk E. V.

CHRONIC ELECTRICAL STIMULATION AS A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF FIRE INJURIES OF PERIPHERAL NERVES

Vorodi M. V., Petriv T. I., Cheshuk E. V.

ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова НАМН України»

м. Київ, Україна

Вступ. З початком війни між Росією та Україною значно зросла кількість травм серед українського населення. Частина цих травм пов'язана з ушкодженнями периферичної і центральної нервових систем, що може викликати функціональні порушення та хронічний біль. Хоча травми периферичних нервів (ПН) складають менш ніж 3% від загальної кількості травм, вони представляють собою важливу проблему з широким спектром симптомів {1,2}. Серйозність цих симптомів змінюється в залежності від ступеня та локалізації ушкодження ПН {3,4}. Вогнепальні поранення можуть спричинити не тільки пряме механічне ушкодження або перетин нервів, але й тракційне його пошкодження через наявність гідродинамічного шоку та кавітації. Гідродинамічний шок створює хвилю тиску, яка проникає в тканини на значну відстань від траєкторії кулі, а кавітація утворює

тимчасову порожнину, що згодом колапсує, спричиняючи додаткові пошкодження навколишніх тканин і структур, включаючи нерви {5,6}. У світлі актуальності цієї проблеми, комплексний підхід до лікування відіграє ключову роль. Імплантація прийомної антени з електродами від електростимуляційної системи є одним з методів хірургічного лікування ПН, уражених вогнепальними травмами.

Мета. Оцінити ефективність хронічної електростимуляції ПН у випадках його вогнепальних ушкоджень.

Матеріали і методи. У відділенні відновлювальної нейрохірургії з рентгеноопераційною ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова» протягом 2022–2023 років було проліковано 32 пацієнти з наслідками вогнепальних ушкоджень периферичних нервів, використовуючи метод хронічної електростимуляції (ХЕС). У 20 пацієнтів були зафіксовані ушкодження сідничного нерва на рівні стегна, що клінічно виявилось у вигляді порушення ходи та стійкого больового синдрому. У 5 пацієнтів спостерігалися наслідки ізольованого ушкодження середнього нерва на рівні плеча, які клінічно проявляється порушенням функцій кисті та постійним болем. У 7-ми пацієнтів спостерігалися наслідки вогнепального ушкодження променевого нерва на рівні плеча. В усіх випадках під час операції не було виявлено перетину ПН, що могло бути спричинено вогнепальним снарядом. Замість цього відзначалася значна ділянка рубцево зміненої тканини навколо ПН та сам нерв зазнав видозмінення, набувши веретеноподібного потовщення. Під час хірургічного втручання периферичні нерви були вивільнені з-під рубцевих тканин, а в місцях їх потовщення проводилося розсічення епіневральної оболонки. Завершальним етапом операції була імплантація приймальної антени системи електростимуляції НейСі-3М (Україна), електроди якої фіксувалися лігатурними швами до нерва.

Результати та їх обговорення. Це дослідження фокусувалось на оцінці динаміки відновлення моторних функцій кінцівок та на зменшенні або повному усуненні болю за допомогою ХЕС. Стимуляції проводили на наступний день після хірургічного втручання. Нейростимулятор «НейСі-3М», який має два канали і п'ять режимів стимуляції, надав можливість для адаптації параметрів стимуляції у двох початкових режимах і для модуляції частот в інших трьох. Пацієнти самі проводили сеанси електростимуляції мінімум три рази на день, кожний з яких тривав від 15 до 20 хвилин. Спеціально відібрані параметри стимуляції для знеболення, представлені в Таблиці 1, сприяли негайному полегшенню болю, яке трималося в середньому до 4 годин. Покращення моторної функції кінцівки було відмічено в давньому післяопераційному періоді. Варто відзначити, що в післяопераційний період пацієнти також проходили комплексне лікування, включаючи реабілітацію, фізіотерапію та медикаментозну терапію. Оцінка динаміки перебігу захворювання проводилась через 3, 6, 12 місяців після хірургічного лікування.

Таб. 1. Параметри протибольової стимуляції для генератора НейСі-3М

Частота імпульсів (Гц),	Тривалість імпульсів (мкс)	Тривалість пачки імпульсів (с)	Кількість пацієнтів
40	1350	1	15
40	1400	1	5
30	1350	1	7
20	1350	1	3
17	1400	1	1
15	1450	1	1

Висновок.

1. Хронічна електростимуляція ПН є ефективним методом хірургічного лікування пацієнтів з наслідками вогнепального ушкодження ПН.
2. Протибольова стимуляція ефективно допомагає знижувати рівень болю, зменшуючи при цьому потребу в застосуванні ненаркотичних та наркотичних аналгетиків.

Використані джерела:

1. Taylor CA, Braza D, Rice JB, Dillingham T. The incidence of peripheral nerve injury in extremity trauma. *Am J Phys Med Rehab.* 2008;87(5):381-385.
2. Foster CH, Karsy M, Jensen MR, Guan J, Eli I, Mahan MA. Trends and cost-analysis of lower extremity nerve injury using the National Inpatient Sample. *Neurosurgery.* published online: June 8, 2018. (doi: 10.1093/neuros/nyu265).

3. Palispis WA, Gupta R. Surgical repair in humans after traumatic nerve injury provides limited functional neural regeneration in adults. *Exp Neurol.* 2017;290:106-114.
4. Lee SK, Wolfe SW. Peripheral nerve injury and repair. *J Am Acad Orthop Surg.* 2000;8(4):243-252.
5. Нечаев, Э. А. Взрывные поражения / Э. А. Нечаев, А. И. Гринцанов, Н. Ф. Фомин [и др.] // Санкт Петербург : ВмедА, 2002. — С. 655.
6. Попович, М. И. Тракционная травма периферических нервов / М. И. Попович // Военно-медицинский журнал. — 2001. — Т. 322, № 2. — С. 3944

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ ЩЕЛЕПИ КРОЛЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СИНТЕТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ КАЛЬЦІЙ-ФОСФАТНОЇ КЕРАМІКИ, ЛЕГОВАНОЇ ГЕРМАНІЄМ

Жмурко А. О., Копчак А. В.

EFFECTIVENESS OF REPLACEMENT OF BONE DEFECT OF RABBIT JAW USING SYNTHETIC MATERIAL OF CALCIUM-PHOSPHATE CERAMIC DOPED WITH GERMANIUM

Zhmurko A. O., Korchak A. V.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А. В.

*Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій Інституту
післядипломної освіти*

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А. В.

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

Актуальність. Лікування вроджених та набутих кісткових дефектів щелепно-лицевої ділянки є актуальною проблемою. «Золотим стандартом» при заміщенні об'ємних кісткових дефектів є аутотрансплантанти, які, однак, мають ряд недоліків: обмежену кісткову пропозицію, непередбачувану резорбцію та ускладнення з боку донорської ділянки. Недоліками ало- і ксеноматеріалів є погана біодеградація, висока вартість обробки та зберігання, ризику передачі трансмісивних захворювань та відторгнення трансплантата внаслідок імунних реакцій. Тому пошук синтетичних матеріалів для заміщення кісткових дефектів залишається актуальним напрямком досліджень.

Мета. В експерименті на тваринах вивчити ефективність застосування нового синтетичного матеріалу кальцій-фосфатної кераміки, легованої Германієм (К-ФКлGe) для заміщення дірчастих дефектів нижньої щелепи та порівняти її із ксеногенним кістково-заміщуючим матеріалом.

Матеріали та методи. Для дослідження *in vivo* було використано 30 сертифікованих лабораторних кролів, які були поділені на основну (1 група) та групу порівняння (2 група). Проведені дослідження схвалені Етичним комітетом Білоцерківського національного аграрного університету. Були сформовані наскрізні кісткові дефекти в ділянці кута нижньої щелепи діаметром 7 мм та заміщувалися К-ФКлGe (вміст Ge 1%-1.5%) у 1 групі та депротейнізованим ксеноматеріалом, отриманим з великої рогатої худоби («Sensobone», Україна) у 2 групі. Для контролю в обох групах робили дефект з протилежного боку щелепи, який загоївся під кров'яним згустком. Тваринам було проведено рентгенологічне дослідження черепа в боковій проекції на 7, 21, 42, 90 добу. Тварин виводили з експерименту на 21, 42 та 90 добу шляхом передозування тіопенталового наркозу (5 тварин на точку спостереження). З ділянки дефекту було проведено забір матеріалу для гістологічного дослідження та статистичного аналізу.

Результати. Було встановлено, що найкраще ремоделювання кісткової тканини в довгостроковому періоді (на 90 добу) відбувалося в 1 групі, що проявлялося утворенням зрілої пластинчастої кістки, диференціацією

кісткової тканини, щільним приляганням гранул до новоутвореної кістки, частковій деградації гранул, наявністю активних остеобластів. У 2 групі на 90 добу гранули повністю резорбувалися і спостерігалися порожнини без гранул або на їх місці малодиференційована кістка. У «пустих» дефектах відмічалось заміщення грубо-волокнистою кістковою тканиною від периферії, по центру залишався дефект. У 1 групі ширина новоутворених трабекул між та навколо гранул на всіх строках дослідження більша ніж у 2 групі (на 11.35-121.45%), до того ж ширина трабекул на всіх строках дослідження більша у «пустих» дефектах, ніж у дефектах 2 групи (на 4.46–30.74%) ($p < 0,05$).

Висновки. Синтетичний матеріал з К-ФКлGe в експерименті на кролях забезпечує вірогідно кращий результат, ніж ксеноматеріал та ніж в контрольних, незаповнених дефектах, що є підґрунтям для проведення подальших клінічних досліджень.

УСКЛАДНЕННЯ ПЕРВИННИХ РЕКОНСТРУКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Калашніков Д. О.

COMPLICATION OF PRIMARY RECONSTRUCTIONS IN PATIENTS WITH DEFECTS OF THE LOWER JAW OBTAINED AS A RESULT OF MINE-EXPLOSIVE INJURIES

Kalashnikov D. O.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А. В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Мінно-вибухові поранення (МВП) щелепно-лицевої ділянки супроводжуються значним руйнуванням твердих і м'яких анатомічних структур. З початком повномасштабної військової агресії росії проти України різко зросла кількість поранених серед військових та мирного населення. Розуміння кількості та причини виникнення ускладнень на різних етапах надання медичної допомоги, в тому числі і на первинних, допоможе оптимізувати лікувальні процеси та забезпечить підвищення якості лікування даного виду травми.

Мета. Метою цього дослідження було оцінити частоту та структуру ускладнень після первинних реконструкцій у хворих з дефектами нижньої щелепи отриманих внаслідок МВП, фактори ризику їх виникнення, тактику реабілітації даної категорії пацієнтів під час наступних етапів лікування

Матеріали та методи. Матеріалом даного дослідження були 264 пацієнти з МВП щелепно-лицевої ділянки, отриманими під час повномасштабного вторгнення росії в Україну (період: квітень 2022–вересень 2023). Серед них 20 склали пацієнти з дефектами нижньої щелепи з порушенням її неперервності, госпіталізовані у зв'язку з ускладненнями та незадовільними клінічними результатами після первинних реконструкцій. Дані, отримані з медичної документації, включали: вік, стать, механізм, локалізацію і вид травми; кількість і тип проведених операцій; такі ускладнення, як інфекція, експозиція або переломи металоконструкцій, втрату або значну резорбцію кісткових або м'якотканинних трансплантатів, надмірне рубцювання.

Результати. Середній вік пацієнтів з ускладненнями після первинних реконструкцій становив 37.5 ± 13.03 років, серед них 19 чоловіків 1 жінка. За характером травми – 1 пацієнт мав кульове та 19 пацієнтів – МВП. У всіх випадках виконана первинна хірургічна обробка ран, 2 пацієнтам було проведено трахеостомію на первинному етапі. Фіксацію фрагментів нижньої щелепи, проводили з використанням реконструктивних

пластин у 11 пацієнтів, стандартних міні-пластин у 5 пацієнтів, комбінації реконструктивних та стандартних міні-пластин в 1 випадку, з використанням пацієнт-специфічних конструкцій у 3 пацієнтів. Заміщення кісткового дефекту з використанням невазуляризованого трансплантата клубової кістки виконано лише 1 хворому, реконструкції мікросудинною технікою не проводили. Час від травми до оперативного втручання становив у середньому 3 дні (діапазон: 1-5) у 17 хворих, а у 3 пацієнтів – більше 10 днів, через тривале перебування у відділеннях інтенсивної терапії. Серед ускладнень переважали наступні: інфікування післяопераційних ран (5%), посттравматичний остеомієліт (50%), експозиція фіксаторів (30%), злам пластини (20%). Усі пацієнти потребували вторинних реконструктивних втручань, у 35% з використанням мікросудинних техник.

Висновок. Враховуючи характер МВП і велику кількість ускладнень після первинних операцій, імовірно варто розглянути доцільність відтермінованих реконструктивних втручань. Помилки та обмеження технічного забезпечення під час первинної реконструкції також можуть бути причиною більш високого ризику ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ТА CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОРБИТИ У ПАЦІЄНТІВ З АНОФТАЛЬМОМ

Кебкало М. А.

APPLICATION OF COMPUTER MODELING AND CAD/CAM TECHNOLOGIES IN THE RECONSTRUCTION OF THE ORBIT IN PATIENTS WITH ANOPHTHALM

Kebkalo M. A.

Науковий керівник: д.мед.н, професор Чепурний Ю. В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій

Завідувач кафедри: професор, д.мед.н, Копчак А. В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Станом на сьогоднішня проблематика реконструкцій дефектів орбіт, що супроводжуються відсутністю очного яблука є вкрай актуальною, зважаючи на значний приріст когорти пацієнтів із вищезгаданою патологією. Технічне вдосконалення та розробка нових видів зброї та військової техніки, чимала кількість дорожньо-транспортних пригод та побутових травм (13) створюють нові виклики у лікуванні, а складність а багатофакторність травм середньої зони обличчя потребує вивчення та розробки нових методів лікування та реабілітації пацієнтів із патологією орбіти. Зважаючи на те, що у пацієнтів із даною патологією відмічається стрімке зниження якості життя функціональні, естетичні та психоемоційні розлади, тому повноцінна та швидка реабілітація є запорукою успішного лікування.

Орбіта є виключно індивідуальною анатомічною структурою, параметри якої залежать від статі, віку, расової приналежності та типу розвитку лицевого скелета. Відповідно її реконструкція потребує відновлення твердих тканин даної анатомічної структури у 3 вимірах, в той час як при лікуванні пацієнтів із супутнім анофтальмом додатковими параметрами, що потребують індивідуалізації та специфічного підходу є стан м'яких тканин орбіти, та планування реконструкції, враховуючи фінальне розташування очного протезу. У вищезгаданій групі пацієнтів при залученні кісткових структур відзначається збільшення об'єму орбіти, відповідно знехтувавши даним параметром існує висока вірогідність виникнення протезного енофтальму. Окрім того тривала відсутність очного яблука може спричинити атрофію м'яких тканин та дефіцит об'єму і може бути пов'язане із виникненням синдрому постенуклаційної лунки. Це в свою чергу необхідно врахувати при плануванні оперативного втручання. Сучасний розвиток CAD/CAM технологій дозволяє максимально прецизійно відтворити

преморбідний контур очниці, об'єм (із додатковим потовщенням імпланту), використовуючи параметри дзеркального відображення здорової сторони.

Відсоток втрати очного яблука у пацієнтів із переломами різного патогенезу, де були залучені орбіти за різними даними коливається в діапазоні 0.8%–3%. Загалом чимало авторів досліджували травматичні злами кісток лицевого скелету, що супроводжувалися ураженням очного яблука, однак більшість із опублікованих праць наводять дані про відсоток втрати гостроти зору та характер травми, однак у більшості із них відсутні дані про подальшу необхідність видалення очного яблука та відновлення у даних пацієнтів.

Відсоток ураження орбіти та орбітального вмісту прямо пропорційно збільшується, починаючи від I та II Світових воєн, де цей показник перебував на рівні 2%, тоді як під час Війни у Персидському заливі цей відсоток зріс у 6.5 разів до 13%. Згідно даних літератури ураження ока в більшості випадків поєднані із травмою орбіти превалюють над ізольованим травматичним ураженням очного яблука, цьому сприяють видатність кісток орбіти та природні рефлекс. При цивільних травмах орбіти кісткові структури орбіти значно зменшують травматичний вплив на очне яблуко, сприймаючи більшу енергію травми. Тому зазвичай поєднані краніо-скелетно-орбітальні травми, що супроводжуються втратою очного яблука є високоенергетичні або за рахунок високої руйнівної ударної сили або за характером бойової травми. Вторинні або відтерміновані у часі операції потребують більш точної хірургічної навігації через порушення анатомічних орієнтирів та зміни у оточуючих м'яких тканинах. До проведення відповідних лабораторних методів діагностики у пацієнтів із ураженням м'якотканинного вмісту орбіти необхідно підозрювати наявність переломів кісткових структур орбіти та наявність сторонніх тіл, тому в обов'язковому порядку усім пацієнтам із патологією проводилося комп'ютерна томографія, клінічна оцінка, офтальмологічний та стоматологічний статус.

Нами було проаналізовано 43 історій хвороби пацієнтів із анофтальмом та травмою очниці, що проходили лікування у період із 2018 по 2024 роки. З них 40 чоловіків та 3 жінки, за етіологією ураження кісткових структур орбіти та очного яблука – МВТ – 32. Вогнепальне поранення – 8, ДТП – 2, злочинне – 1. Офтальмологічна операція – енуклеація – 11, евісцерація – 16. Екзентерація – 1.

13 пацієнтам було проведено реконструкцію кісткових структур орбіти індивідуалізованим імплантатом з РЕЕК. Супутньо у 2 випадках було проведено пластику лівої інфраорбітальної ділянки, у 6 пацієнтах на етапі реабілітації проведено оперативні втручання з приводу реконструкції або пластики повік, двом пацієнтам проведено видалення попередньо встановлених металокопюнктивальних порожнини аутоклаптом зі слизової оболонки нижньої губи у 2 випадках, 1 пацієнту проведено усунення птозу. У 2 випадках на етапі підготовки орбіти до очного протезування проведено реконструкцію стінок орбіти аутоотрансплантатом із зовнішньої косої лінії нижньої щелепи та гребнем із клубової кістки.

З метою лабораторної діагностики всім пацієнтам проводилося КТ, яке дозволяє візуалізувати внутрішню орбітальний вміст, м'які тканини та дає деталізацію самого ока (12). При проведенні комп'ютерної томографії на початкових етапах визначаються об'єм дефекту, стан кісткових структур, наявність сторонніх тіл, стан судинно-нервової системи та суміжних анатомічних ділянок.

Післяопераційне КТ дозволяє провести аналіз положення імпланту, наявність залишкових гриж м'яких тканин, зацімлення прямих м'язів, залишковий дефіцит м'яких тканин.

На нашу думку використання попередньо виготовлених імплантатів більш доцільно та прогнозовано у порівнянні із ін'єкціями мікрожиру чи жирові графти у зв'язку з можливими ускладненнями у вигляді емболії артерії сітківки, більш нестабільним прогнозом щодо точності відновлення втраченого об'єму а також із нанесенням додаткової травми м'яким тканинам під час створення доступу для ін'єкцій.

Відновлення втраченого об'єму ураженої орбіти є важливою складовою реабілітації пацієнтів після травм різного генезу та невід'ємною частиною підготовки даної категорії пацієнтів до очного протезування.

ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Козак Б. М.

DIABETIC RETINOPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITH METABOLIC-ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE

Kozak B. M.

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

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосєдов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Проблема ранньої діагностики та ефективного лікування діабетичної ретинопатії (ДР) на сьогоднішній день зумовлена стрімким ростом рівня захворюваності діабетом, недостатньою якістю лікування та розвитком численних ускладнень, зокрема органів зору. З іншого боку більше 60% хворих на цукровий діабет 2-го типу мають захворювання печінки, пов'язане з метаболічною дисфункцією, що збільшує ризик смерті приблизно вдвічі. Мішель П. Германс (2022 р.), Сі-Вень Данг (2023 р.), Ценцянь Лі (2020 р.) вивчали зв'язок між розвитком ДР та прогресуючою метаболічно-асоційованою жирОВОЮ хворобою печінки (МАЗХП), але результати досліджень суттєво різняться.

Мета. Метою роботи було удосконалити діагностику ДР у хворих на цукровий діабет 2-го типу з МАЗХП шляхом дослідження їх взаємозв'язку.

Матеріали та методи. Обстежено 36 хворих на цукровий діабет 2-го типу з наявністю МАЗХП (16 жінок і 20 чоловіків), які склали 1-у групу. 2-у групу склало 10 хворих на цукровий діабет 2-го типу без патології печінки. Всім хворим проводились огляд очного дна, еластографія, загальноклінічні і біохімічні аналізи (АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, креатинін, СРБ, ліпідограма, глікований гемоглобін), вивчались прояви метаболічної дисрегуляції, визначались індекс НОМА та індекс фіброзу печінки (NFS). Хворим з проліферативною ДР виконувалась ОКТ.

Результати. Ознаки діабетичної ретинопатії були виявлені у 17-и пацієнтів (47,2%) першої групи та 3-х пацієнтів (30,0%) контрольної. В обох групах частіше зустрічалась непроліферативна ретинопатія, у 11-и пацієнтів першої групи (64,7%) та 2-х другої (66,7%), а проліферативна була виявлена у 6-ти хворих першої групи (35,3%) та 1-го пацієнта в 2-й групі (33,3%). Ступінь ушкодження і швидкість прогресування непроліферативної ДР у пацієнтів з МАЗХП були значнішими ($p < 0,001$), ніж у групі без патології печінки. Пацієнти обох груп з проліферативною ретинопатією мали довший анамнез захворювання і гірший рівень компенсації цукрового діабету ніж пацієнти з непроліферативною ретинопатією. Не було виявлено кореляції між рівнем індексом маси тіла (ІМТ) і швидкістю прогресування ДР. Пацієнти з проліферативною ретинопатією мали нижчі ІМТ та вищі показники індексу фіброзу печінки у порівнянні з пацієнтами з непроліферативною ретинопатією.

Висновки. Отримані результати підтверджують вплив МАЗХП на перебіг ДР у хворих на цукровий діабет 2-го типу, зокрема наявність кореляції швидкості прогресування ДР з ризиком фіброзу печінки. Це доводить необхідність подальших досліджень для виявлення загальних механізмів впливу на виникнення та прогресування як ДР так і МАЗХП у пацієнтів на цукровий діабет 2-го типу.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ХАРАКТЕРИСТИК ОДОНТОГЕННОГО ТА НЕОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Кравцова К.П.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CHARACTERISTICS OF ODONTOGENIC AND NON-ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS ACCORDING TO COMPUTED TOMOGRAPHY

Kravcova K.P.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Проблема одонтогенного верхньощелепного синуситу є надзвичайно актуальною, оскільки сучасні оцінки свідчать, що одонтогенна причина верхньощелепного синуситу присутня в 25-40% випадків. Захворюваність на одонтогенний синусит зростає та поширюється за межі гайморової пазухи, а діагноз часто встановлюється не відразу, що призводить до неадекватного та невідлого лікування. Диференціація ринологічних і одонтогенних причин верхньощелепного синуситу зазвичай складна за клінічними ознаками, і візуалізація відіграє ключову роль в диференційній діагностиці.

Мета роботи. Полягає в порівняльному аналізі характеристик двох типів верхньощелепного синуситу – одонтогенного та неодонтогенного, з використанням даних комп'ютерної томографії.

Матеріали і методи. Під час дослідження було розглянуто результати комп'ютерної томографії 40 пацієнтів, з них 20 чоловіків та 20 жінок. За даними комп'ютерної томографії, було виявлено захворювання однієї або обох верхньощелепних пазух. Зміни синусів розглядалися як: генералізоване потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух, локалізоване потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух, верхньощелепний синусит і ретенційні кісти.

Результати. У 85% випадків було виявлено захворювання верхньощелепних пазух, з них 30% відмічають попереднє пломбування каналів зуба. Найбільш поширеним станом було генералізоване потовщення слизової оболонки верхньощелепних синусів та становило (65,2%), після цього, локалізоване потовщення слизової оболонки синусів, що дорівнювало (24,8%), верхньощелепний синусит (6,8%) ретенційні кісти становили лише (3,2%). Встановлено, що генералізоване потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух було більше пов'язано з особами чоловічої статі (співвідношення шансів = 1,45, $P < 0,05$) та пародонтальною втратою кісткової тканини ($P < 0,05$). Локалізоване потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух було пов'язане з періапикальними ураженнями (співвідношення шансів = 3,09, $P < 0,05$), за отриманими даними було продемонстровано тісний анатомічний зв'язок між зубами та дном синусів (співвідношення шансів = 2,77, $P < 0,05$).

Висновки. найпоширенішими захворюваннями верхньощелепних синусів були генералізовані та локалізовані потовщення слизової оболонки, лише ці патологічні стани були пов'язаними з одонтогенними захворюваннями синусів верхньощелепних пазух (втрата кісткової тканини періодонта та періапикальні ураження відповідно). Більш ніж у 50% випадків зміни гайморових пазух були пов'язані з періапикальною патологією. Найчастіше вражаються перші або другі корінні зуби верхньої щелепи, також встановлено, що до виникнення синуситу можуть бути залучені окремі або кілька коренів. Використання КТ діагностики може забезпечити ідентифікацію змін у верхньощелепній пазусі та потенційні причини синуситу, що дає уявлення про вибір подальшого лікування пацієнтів з верхньощелепним синуситом.

ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ УМОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ МІННО-ВИБУХОВИХ ТА ВОГНЕПАЛЬНИХ ДЕФЕКТІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ З ГРЕБЕНЯ КЛУБОВОЇ КІСТКИ

Османов Б. Х., Чепурний Ю. В., Снелл Й., Копчак А. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А. В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Високоенергетичні травми нижньої щелепи, що спричинені мінно-вибуховими та вогнепальними чинниками, характеризуються виникненням значних кісткових та м'якотканних дефектів, а також великою частотою інфекційних ускладнень, що суттєво погіршує прогноз лікування.

Мета. Метою дослідження є оцінка результатів заміщення дефектів нижньої щелепи з втратою її безперервності кістковим аутоотрансплантатом з гребеня клубової кістки пацієнтам з мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями.

Матеріали і методи. В дослідження були включені пацієнти з мінно-вибуховими та вогнепальними дефектами нижньої щелепи, яким було проведено відстрочене заміщення кісткових дефектів аутоотрансплантатом з гребеня клубової кістки, а також аугментація м'яких тканин вільними мікросудинними або регіонарними клаптями. Результуючою ознакою було визначено втрату кісткового трансплантата внаслідок післяопераційних ускладнень, а також повна його резорбція. Наявність дефекту м'яких тканин та довжина кісткового дефекту були визначені як факторні змінні дослідження. Окрім того, було проаналізовано дані про пацієнтів, розмір дефекту, тип фіксаторів, назогастральне харчування, характер та частоту ускладнень, а також час між травмою та оперативним втручанням. Статистичний аналіз було проведено із використанням критерія Пірсона χ^2 , теста Фішера, t-критерія Стьюдента із рівнем значущості $P < 0.05$.

Результати. Результати 27 реконструкцій дефектів нижньої щелепи було вивчено в дослідженні. Більший відсоток невдач трансплантату був пов'язаний із меншим проміжком часу між отриманням поранення та реконструктивним оперативним втручанням ($P < 0.05$). Інфекційні ускладнення становили більшість серед усіх ускладнень (51.8% випадків) та були асоційовані з подальшою втратою кісткового трансплантата ($P < 0.05$). В 35.7% інфекція була успішно вилікувана попри представлені часто резистентні бактеріальні штами. Дефекти м'яких тканин також мали зв'язок із втратою кісткового трансплантату та іншими ускладненням ($P < 0.05$). Навіть у випадках незначних дефектів, виживаність кісткового трансплантату становила 14.3%. Навпроти, адекватне покриття м'якими тканинами ділянки кісткового дефекту дозволяло досягти успіху реконструкції в 75%. В представленій серії пацієнтів передньолатеральний клапоть стегна найчастіше використовувався в якості донорського джерела тканин для проведення м'якотканної аугментації. Довжина дефекту не мала впливу на результат хірургічного лікування.

Висновки. Інфекційні ускладнення є викликом в лікуванні мінно-вибухових та вогнепальних дефектів нижньої щелепи, що суттєво погіршують результати лікування. Окрім того, достатній об'єм покривних м'яких тканин в ділянці кісткового дефекту є критичним у проведенні реконструкцій. Незначні м'якотканні дефекти можуть призвести до розвитку післяопераційних ускладнень та втрати трансплантату, тому мають бути заміщені вільними мікросудинними або регіонарними клаптями. В разі достатнього об'єму покривних м'яких тканин навіть великі за розміром дефекти нижньої щелепи (> 6 см) можуть бути заміщені аутоотрансплантатом з гребеня клубової кістки.

МІКОТИЧНЕ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ МАКСИЛЯРНОГО СИНУСУ З ПОЛІКІСТОЗНИМИ ЗМІНАМИ

Решетняк І.С.

MYCOTIC LESIONS OF THE MAXILLARY SINUS MUCOSA WITH POLYCYSTIC CHANGES

Reshetnyak I.S.

Науковий керівник: к. мед. н. Безега М.І.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Завідувач кафедри: к. мед. н. Безега М.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Кісти приносних пазух складають 4–8% патологій ЛОР-органів, на хронічну патологію пазух частота випадків збільшується до 16%.

Ураження мукоциліарного транспорту слизової оболонки носа та порушення розподілу повітря в порожнині носа та пазуха призводять до розвитку синуситу, також це створює умови для осідання грибкових спор з подальшим їх ростом.

Наслідки ендодонтичного лікування молярів, які прямо контактують з максиллярним синусом, може сприяти розвитку грибкової флори.

До факторів, що сприяють розвитку грибів, можна віднести нераціональне використання антибактеріальних препаратів, неадекватну стероїдну терапію та фактори побуту.

Виникнення полімікробіозних змін слизової оболонки максиллярного синуса з клінічними проявами відсутності скарг та їх випадкового виявлення до больових відчуттів різної інтенсивності в межах проекції максиллярного синуса викликало нашу зацікавленість причинами їх розвитку та можливості впливу на причинний фактор.

Мета роботи. Виявити причетність інфекційного агента до розвитку полімікробіозного ураження мукозної оболонки максиллярних синусів та розробити методи лікування.

Матеріали та методи. Набір пацієнтів проводився в умовах ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні та лікувально-діагностичного центру «ПК «Безега І К».

Нами було досліджено 37 пацієнтів, які мали полімікробіозні зміни слизової верхньощелепного синуса та надали згоду на участь у дослідженні.

У дослідженні не приймали участь пацієнти з аутоімунними захворюваннями, онкологічними захворюваннями, розладами обміну речовин (цукровий діабет), імуносупресивними станами.

Всім пацієнтам проведено обстеження необхідне для проведення оперативного лікування. Метод оперативного лікування – функціональна ендоскопічна риносинусохірургія.

Для дослідження використовували вміст кісти та шматочок кістозної оболонки. Інтраопераційно нетиповий кістозний вміст аспірується, частка матеріалу занурюється в пробірку з транспортним середовищем Amies та пробірку з бульйоном Сабуро. Пробірки транспортуються в бактеріологічну лабораторію, де культивуються при температурі $36\text{ C}^{\circ} \pm 1$. За можливості ще одна частка матеріалу розподіляється між скельцями для мікроскопії.

Оболонка кісти заноситься в ємність з формаліном для подальшого гістологічного дослідження в науково-дослідній лабораторії.

Результати. Після операції досліджували: результати бактеріологічного та мікологічного досліджень, гістологічну картину, стан та відновлення слизової оболонки, наявність рецидиву мікробіозу.

Грибковий ріст відмічається у 26 (70,3%) матеріалах від пацієнтів. Серед них у 18 випадках (48,6%) виявлено грибки роду *Penicillium* та у 8 випадках (21,6%) – *Aspergillus*. У 11 випадках (29,7%) відмічається відсутність грибкового росту. Бактеріальної флори не отримано.

В результатах гістологічного дослідження встановлено ознаки, які відповідають хронічному запаленню. У сполучній тканині власної пластинки виявляються дрібні стільникові дефекти. Навколо кісти визначаються лейкоцити, найчастіше макрофаги та лімфоцити. Локально визначались кісти великого розміру, у яких

визначався оксифільний вміст. Стінка гемомікроциркуляторного русла витончена, а судини розширені. Лімфоцити розташовувались в епітеліальному шарі у великій кількості, який покривав ділянки ураженої власної пластинки.

Після операції пацієнти отримували терапію згідно протоколу, загальну та місцеву протигрибкову терапію на 14 днів. Протягом лікування у всіх пацієнтів відмічалась позитивна динаміка. Спостереження за пацієнтами кожен тиждень протягом першого місяця після виписки та потім кожні 2 місяці протягом року показало відсутність рецидивування.

Висновки. Виявлення грибової флори у кістах дозволяє зробити висновок про їх причетність до розвитку полімікробного ураження слизової та необхідності подальшого їх вивчення. Позитивний результат мікроскопічного або культурального методів на грибову флору обґрунтовує використання використання в післяопераційному періоді антисептиків з протигрибковою дією, для місцевого застосування, та протигрибкових препаратів для пацієнтів з полімікробними змінами слизової. Можливо ці кісти можна розглядати як окремих видів кістозного ураження слизової оболонки навколоносових пазух при хронічному риносинуситі.

Ключові слова: хронічний риносинусит, кіста синусу, синусомікоз, ендоскопічна синусохірургія, грибовий риносинусит, FESS

ПЕРСПЕКТИВИ ШИРОКОСМУГОВОЇ ІМПЕДАНСОМЕТРІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ НАСЛІДКІВ МІННО-ВИБУХОВОЇ ДІЇ НА СИСТЕМИ СЛУХУ І РІВНОВАГИ: СИСТЕМАТИЧНЕ ОГЛЯДОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Романенко Р. Р., Лазюк С. І.

PERSPECTIVES OF WIDEBAND IMPEDANSOMETRY FOR IDENTIFYING THE CONSEQUENCES OF MINE-EXPLOSIVE ACTION ON THE SYSTEMS OF LIABILITY AND EQUILIBRIUM: A SYSTEMATIC REVIEW STUDY

Romanenko R.R., Lazyuk S.I.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. За час активних бойових дій на території України частка вогнепальних та мінно-вибухових уражень органів голови і шиї сягає від 5% до 21%. За даними дослідження в якому приймали участь 120 осіб частка пацієнтів акубаротравмою (АБТ) становила 91.6% (Дєєва та ін., 2023). Можливість швидкого встановлення факту розриву ланцюга слухових кісточок, виявлення кохлеарної і ретрокохлеарної, вестибулярної і стовбурової патологій має важливу роль при диференційній діагностиці ураження мінно-вибуховою дією систем слуху і рівноваги.

Мета роботи. Підвищення ефективності діагностики пацієнтів з ураженнями систем слуху і рівноваги мінно-вибуховою дією.

Матеріали та методи. Збір та аналіз відповідних наукових джерел здійснено згідно методики PRISMA (PRISMA-ScR). Систематичний огляд та відбір наукових праць було проведено за допомогою ключових слів: «широкополосна», «багаточастотна», «тимпанометрія», «ністагм», «рефлексометрія»; на наступних платформах: PubMed, MEDLINE, Cochrane Library, Google Scholar, Research Gate, Semantic scholar, Library Genesis, CORE. Було відібрано 44 досліджень.

Результати. Знайдено дванадцять проспективних контрольованих досліджень, сім проспективних порівняльних та десять проспективних когортних досліджень, одне ретроспективне порівняльне дослідження, два дослідження на тваринах, два систематичні огляди і два систематичні оглядові дослідження, що відповідали визначеним критеріям та були включені до відбору досліджень. За їхніми даними можна стверджувати, що для отримання достовірних графіків типу «Е» по Джергеру необхідно використовувати діапазон ЗТ 660–675 Гц і вище, що може задовольнити високочастотна тимпанометрія (ВЧТ). Методи виявлення акустичного рефлексу (АР) (Гелфанд, 2009), обмежені високим рівнем активатора 226–1000 Гц, а також відсутністю об'єктивної оцінки порогу і латентного періоду АР. Ширококутова тимпанометрія (ШСТ) задовольняє діагностичні потреби НЧТ, ВЧТ збільшує спектр можливостей для перевірки АР (250–8000 Гц, при тиску в вушному каналі від +200 до -300 даПа). Знайдено дані про можливість проведення купулометрії за допомогою ШСТ (Емін Демір та інші, 2018).

Висновки. За даними вивченими в процесі аналізу літератури, існують наступні слабкі місця методу: не визначені нормативні дані різних вікових груп, не існує стандартизованої, простої методики аналізу та інтерпретації даних, більшість приладів дозволені в використанні для сутто наукових цілей. На нашу думку перспективним є впроваджувати використання приладів ШСТ для швидкої і ефективної діагностики ураження систем слуху і рівноваги спричиненого мінно-вибуховою дією.

Ключові слова: тимпанометрія, акубаротравма, мінно-вибухова травма.

3-D ВИМІРЮВАННЯ ВМІСТУ М'ЯКИХ ТКАНИН ОРБИТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОКРИННОЮ ОРБИТОПАТІЄЮ В ПОРІВНЯННІ З ІНТАКТНОЮ ОРБИТОЮ

Слободянюк А. С.

3-D MEASUREMENT OF ORBITAL SOFT TISSUE CONTENT IN PATIENTS WITH ENDOCRINE ORBITOPATHY COMPARED WITH INTACT ORBIT

A. S. Slobodyanuk

Науковий керівник: д.мед.н., професор Чепурний Ю. В.

Кафедра Щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А. В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Хоч і ендокринна орбітопатія (ЕО) є досить поширеним та вивченим захворюванням, в літературі описані лише поодинокі серії досліджень присвячені волюмометричним характеристикам орбіти. В цьому дослідженні проведено не тільки аналіз вмісту орбіти у групи пацієнтів з ЕО, а і проведено порівняння з групою інтактних орбіт. Надійна ідентифікація найбільш уражених м'яких тканин (орбітальних м'язів, жиру), симетричних/асиметричних змін обох орбіт, відповідальних за переважаючі клінічні симптоми ЕО, є ключовим моментом у хірургічному плануванні та лікуванні.

Мета. Провести порівняльний аналіз загального об'єму м'яких тканин орбіти та окремих об'ємів окорохових м'язів, жирової клітковини, очного яблука та зорового нерва методом комп'ютерного моделювання у хворих на ЕО і без орбітальної патології.

Матеріали та методи. Загалом в дослідження було включено 103 пацієнти, розподілені на 2 групи з рівномірним статевим-віковим розподілом. Основну групу склали 32 пацієнти з ЕО, контрольну – 71 пацієнт без орбітальної патології.

Об'ємні вимірювання структур м'яких тканин орбіти проводили в обох групах методами сегментації та комп'ютерного моделювання. Досліджуваними показниками були: загальний об'єм орбіти, об'єм вмісту м'яких

тканин за екватором очного яблука та кожен окремий об'єм вмісту орбіти (жировий відділ, верхній, нижній, медіальний, латеральний прями м'язи, судинно-нервовий пучок, очне яблуко). Усі вимірювання проводились напів-автоматичним методом. Отримані дані оцінювали за допомогою методів варіативної статистики. Внутрішньо-та міжкласова кореляція була розрахована за допомогою коефіцієнта внутрішньокласової кореляції.

Результати. Всього виміряно 64 орбіти основної та 142 орбіти контрольної групи. Результати показали відсутність статистичної різниці між сумарними об'ємами орбіт і очних яблук в обох групах пацієнтів ($p = 0,845$, $p = 0,567$ відповідно). Проте, порівнюючи обидві групи, виявлено статистично значущу різницю між об'ємом жиру ($p = 0,03$), м'язів ($p = 0,001$) та судинно-нервового пучка ($p = 0,001$). Ця різниця була значущою для кожного м'яза окремо. Середнє співвідношення жиру/м'язів у контрольній групі становило 5,7:1, а в основній групі – 2,5:1.

Висновки. Це дослідження дозволило виміряти анатомічні структури орбіти та порівняти їх з орбітами, ураженими ЕО. Такий підхід є перспективним методом у діагностиці захворювань орбіти, наприклад, як ЕО, особливо в аспекті оцінки його різних форм, а також у плануванні хірургічного втручання.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЇ ХОАН

Ткачук А. В.

MODERN VIEW OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHOANATE ATRESIA

A. V. Tkachuk

Науковий керівник: д мед н Заболотна Д.Д.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Атрезія хоан – рідкісна вроджена аномалія, при якій спостерігається зарощення отворів (хоан), які з'єднують порожнину носу та носоглотку. Виникає через порушення інволюції назобукальної мембрани Хохшететтера. Зустрічаються у 1 з 5000-10000 новонароджених. Співвідношення аномалії у чоловіків та жінок – 1:2. У 67% випадків спостерігається односторонній характер, у 71% спостерігається ураження правої половини носу. У 50-70% випадків атрезія хоан зустрічається в поєднанні з іншими вродженими патологіями, такими як: CHARGE-синдром, синдром Аперта, синдром Крузона, синдром Пфайффера.

Мета. Підвищення ефективності діагностики та лікування пацієнтів з атрезією хоан.

Матеріали та методи. Огляд та аналіз наукової літератури, клінічне спостереження в ДУ «Інститут отоларингології ім.проф.О.С.Коломійченка НАМН України».

Результати. «Золотим стандартом» для діагностики атрезії хоан є відеоендоскопічний огляд порожнини носу. Результати ендоскопічного дослідження доповнюються результатами мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ).

Єдиним методом лікування пацієнтів з атрезією хоан – є хірургічний метод.

Показанням до невідкладного хірургічного лікування новонароджених з атрезією хоан є пацієнти з відсутнім самостійним диханням.

Існує кілька методик хірургічного лікування, основними з яких є: ендоскопічний ендоназальний доступ та транспалатинний доступ.

У ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» пацієнту було виконано хірургічне лікування в обсязі: «Усунення атрезії хоани зліва із застосуванням ендоскопічного ендоназального доступу методикою переміщених клаптів слизової оболонки». В анамнезі пацієнта: 2 операції (розсічення атре-

тичної мембрани з постановкою силіконової трубки з терміном 1 місяць) з безуспішним результатом. У ході даної операції виконано наступне: лоскут слизової оболонки носової перегородки праворуч був сформований з основою вниз, а зліва – з основою догори. У просвіт сформованої неохоани було поставлено губчастий тампон у силіконовій оболонці з метою профілактики зміщення лоскутів терміном на 1 добу. Після видалення тампонів – носове дихання вільне.

У післяопераційному вигляді спостерігається позитивна динаміка у вигляді сформованої неохоани. Носове дихання відновлюється. Скарги відсутні.

Висновки. «Золотим стандартом» діагностики атрезії хоан є відеоендоскопічне обстеження. Використання ендоскопічних ендоназальних методів лікування з використанням переміщених лоскутів слизової оболонки дозволяє мінімізувати посттравматичну реакцію слизової оболонки, що зменшує ймовірність рубцювання та рецидиву стенозу хоани.

Ключові слова: атрезія хоан, вроджені аномалії розвитку, назобукальна мембрана, атретична пластинка, неохоана.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ ПОШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ МЕТОДИКОЮ ЕПІДУРАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

Чешук Є. В., Вороді М. В.

SURGICAL TREATMENT OF THE CONSEQUENCES OF SPINAL CORD DAMAGE USING THE METHOD OF EPIDURAL STIMULATION

Cheshuk E.V., Vorodi M.V.

Кафедра нейрохірургії НМУ імені О. О. Богомольця

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, академік НАН та НАМН України Цимбалюк В. І.

Вступ. Висока частота хребтно-спинномозкової травми поєднується зі складністю патогенезу травматичної хвороби спинного мозку та недостатньою ефективністю різноманітних методів лікування, особливо, це стосується наслідків спінальної травми.

На сьогодні, проблемним залишається питання вибору оптимальної методики лікування наслідків травми спинного мозку, а саме: відновлення рухових функцій в верхніх та нижніх кінцівках, покращення чутливості, нижче рівня травми, відновлення з боку функцій органів тазу.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих з ушкодженням спинного мозку різного генезу та рівня травми, відновлення з боку моторної та сенсорної сфери, покращення функцій органів тазу, методикою епідуальної електростимуляції вітчизняним апаратом.

Провели дослідження у 96 пацієнтів зі спінальною травмою шийного та грудного відділів хребта, строком від 1 місяця до 8 років. Контрольна група налічувала 31 пацієнта, в дослідній групі було 65 пацієнтів. В контрольній групі хірургічне лікування наслідків травми спинного мозку включало декомпресію та подальшу стабілізацію хребта. В досліджуваній групі додатково хірургічне лікування було доповнено методикою епідуальної, електростимуляції. Методи дослідження включали загальноклінічні, клініко-неврологічні, електрофізіологічні, нейровізуалізуючі методи дослідження – рентгенографія, КТ, МРТ.

Результати. В досліджуваній групі інтенсивність больового синдрому після проведення методики ЕЕС становило 2,03 (95% ДІ: 1,82 – 2,24), а в контрольній групі вона була більшою статистично значимо 3,68 (95% ДІ: 3,31 – 4,05). Чутливість відновлювалась в дослідній групі сильніше: 1,66 балів (95% ДІ: 1,5 – 1,83), а в контрольній вона була меншою 1,29 (95% ДІ 1,12 – 1,46). Аналогічно моторна функція покращилась більше в дослідній групі: 2,02 (95% ДІ: 1,69 – 2,34), а в контрольній вона була меншою 0,61 (95% ДІ: 0,23 – 1).

Висновок. Методика епідуальної електростимуляції в складі комплексного хірургічного лікування наслідків ушкодження спинного мозку суттєво покращує результати, відновлення моторної, чутливої функції та зменшення больового синдрому.

ТРАНСЕТМОЇДАЛЬНИЙ ДОСТУП, ЯК МЕТОД ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН РЕТРОБУЛЬБАРНОГО ПРОСТОРУ З МЕДІАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ ОРБИТИ

Шевченко М. С.

TRANSETHMOIDAL ACCESS AS A METHOD OF REMOVING RETROBULBAR SPACE TUMORS FROM THE MEDIAL PART OF THE ORBIT

Shevchenko M. S.

Науковий керівник: д.мед.н. Заболотна Д.Д.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. Новоутворення орбіти складають 25% серед всіх пухлин зорового аналізатора. Серед найскладніших за обсягом хірургічного втручання є видалення пухлин орбіти з медіальною локалізацією в ретробульбарному просторі. Це зумовлено компактним розташуванням у невеликому просторі медіального відділу орбіти нервово-судинних та м'язових структур.

Мета роботи. Оцінити ефективність використання ендоназального ендоскопічного трансетмоїдального доступу до медіального відділу ретробульбарного простору.

Матеріали і методи. Описано клінічний випадок пацієнта Н. 55 років, який звернувся в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. Коломійченка НАМН України» з скаргами на біль в лівому оці, порушення зору (зниження гостроти зору, двоїння в очах, екзофтальм лівого ока), головний біль. Скарги з'явилися близько двох місяців тому. Загальний стан хворого – задовільний.

МРТ за 28.11.2023 р. – ретробульбарно ліворуч, у внутрішньо-верхньому квадранті, визначається об'ємне утворення неправильної овоїдної форми з чіткими рівними контурами, гомогенної структури, розмірами 13/28/14 мм. (акс/саг/кор). Лівобічний екзофтальм. КТ за 08.12.2023 р. – в ретробульбарному просторі ліворуч прилягаючи до паперової пластинки відзначається м'якотканинне утворення розміром 15x32x17 мм (акс/саг/кор), на тлі вказаного утворення відзначається дефект паперової пластинки, місцями відзначається різке стовщення пластинки.

Пацієнта госпіталізували з діагнозом: «Новоутворення ретробульбарного простору ліворуч з деструкцією паперової пластинки. Екзофтальм лівого ока». Сумісно з офтальмологом було прийнято рішення, щодо використання комбінованого доступу.

Результати дослідження. Враховуючи локалізацію пухлини в ретробульбарному просторі, медіальної частини орбіти, методом хірургічного втручання обрано комбінований доступ: ендоскопічну ендоназальну етмоїдектомію ліворуч з резекцією паперової пластинки та видаленням тканини пухлини і прекарункулярний доступ.

Прекарункулярним доступом візуалізовано дефект папірусної пластинки та відсепаровано м'які тканини після чого виявлено початкові ділянки пухлини. Враховуючи глибоке розташування пухлини, відсутність гарної візуалізації, малий простір для маніпуляцій інструментами й великий ризик травмування зорового нерва було прийнято рішення використати трансетмоїдальний доступ.

Виконавши лівобічну етмоїдектомію з резекцією паперової пластинки відразу поза м'язами була добре візуалізована пухлина темного кольору, що контрастувала з прилеглими тканинами та не проростала в них. Пухлина видалена одним блоком, візуалізовано цілий та не пошкоджений зоровий нерв. Матеріал віддано на патогістологічне дослідження та отримано заключення – кавернозна гемангіома.

Висновки. Використання трансетмоїдального доступу дає можливість більш безпечного шляху для видалення пухлин орбіти з медіальною локалізацією в ретробульбарному просторі.

Візуалізації пухлин в повному обсязі, кращого кута огляду ретробульбарного простору, відкриває можливість ендоскопічно-контрольованого видалення пухлини та додатковій декомпресії орбіти та дренажа через резекцію паперової пластинки.

СЕКЦІЯ III

CORNEAL INVOLVEMENT IN OCULAR ROSACEA

Angel Angel

Scientific supervisors: professor, D.Sc Oksana Vitovska, assistant, PhD Tetiana Komarova

Department of Ophthalmology

Head of Department: professor, D.Sc Dmytro Zhaboiedov

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction. Rosacea is a skin condition primarily affecting the face. Ocular rosacea, its eye-related form, is most often diagnosed when accompanied by noticeable signs and symptoms on the skin. Manifestations in the eyes are mainly limited to the eyelids and the surface of the eye itself. The severity of ocular involvement can vary, ranging from dryness and blurred vision with a burning sensation to potentially sight-threatening complications such as corneal ulcers, abnormal blood vessel growth on the cornea, and even perforation.

Aim. To describe the anamnesis, diagnostic workup, treatment, and outcome of a case of ocular rosacea with progressing corneal perforation.

Materials and methods. A 33-year-old woman presented to our clinic reporting decreased vision and pain in her right eye for several days. She denied any recent eye injury. Her medical history included chronic, bilateral eye redness, irritation, and recurrent styes. Her previous ophthalmologist managed these symptoms with artificial tears, eyelid hygiene instructions, and topical antibiotics.

For the past ten years, the patient has experienced recurring episodes of facial flushing and a chronic skin condition. This facial skin disease involved intermittent breakouts resembling acne and a gradual thickening of the skin. She reported no other significant health problems and had no prior diagnosis of autoimmune diseases.

Results. On examination, the patient exhibited thickened eyelids and nasal skin with visible dilated blood vessels on her face. Her right eye achieved a best-corrected visual acuity (BCVA) of 0.08. Slit-lamp examination revealed severe blepharitis and a crescent-shaped area of corneal melting inferiorly. Her left eye achieved a BCVA of 1.0 and had an intraocular pressure of 17 mmHg. Similar to the right eye, the left eyelids displayed severe blepharitis. No cataracts were detected in either eye.

Blood tests for autoimmune diseases, including rheumatoid factor, antinuclear antibodies were negative. Similarly, a complete blood count showed no abnormalities.

The treatment plan involved oral doxycycline 100mg twice daily, topical steroid drops, and cycloplegic agents for the right eye for two months. Additionally, both eyes received prescribed lid hygiene and frequent lubrication.

At the final follow-up visit six months after the initial presentation, the patient's BCVA in the right eye improved to 0.8. The cornea showed central clarity with a faint scar at the previous perforation-in-process site.

Conclusion. Ocular rosacea is often a delayed diagnosis. However, with timely recognition, the outcome is favorable and prevents severe ocular sequelae. Ocular rosacea can lead to serious complications and should be treated promptly.

THE INFLUENCE OF DECONGESTANTS ON LOCAL AND GENERAL MICROCIRCULATION

O. Cherniakova, N. Shushliapina

ВПЛИВ ДЕКОНГЕСТАНТІВ НА МІСЦЕВУ ТА ЗАГАЛЬНУ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЮ

О. Чернякова, Н. Шушляпіна

Scientific supervisor – prof., DM A. Lypur

Department of Otorhinolaryngology

Head of the department – prof., DM A. Lypur

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Patients self-medicating with decongestants pose a particular problem for otolaryngologists, as these agents are readily available without a prescription and typically provide rapid relief from nasal congestion. As a result, physical addiction may develop, leading to a significant decrease in the quality of life, negatively affecting the mental and physical health of patients, and may result in significant complications in other organs.

In spite of this problem prevalence, knowledge about the effects of decongestants on the microcirculatory bed is currently insufficient.

Aim. To substantiate clinically and experimentally the effect of decongestants on the microcirculation of the nasal cavity and the functional state of bulbar conjunctiva in patients with rhinitis medicamentosa (RM).

Materials and methods. In experiments on rabbits, RM was induced by intranasal instillations of oxymetazoline solution for 3 months. Histological specimens of the nasal mucosa, inferior nasal turbinates, and bulbar conjunctiva were examined.

A clinical study involved 33 patients. They were designed into 3 groups dependently on the duration of decongestant use. Group I – 9 patients with a duration of the disease up to 1 month; Group II – 10 patients with a duration of the disease up to 6 months, and group III – 14 patients with a history of decongestant use from 3 to 5 years. A control group included 20 relatively healthy individuals with no history of decongestant use. All patients underwent rhinomanometry, endoscopic examination of the nasal cavity, and assessment of the microcirculation of the bulbar conjunctiva using «Zeiss» slit lamps (SL-211) and modern slit lamps ShL-56 with an attachment for photo and video recording.

Results. Histological examination of the inferior nasal turbinates in rabbits with RM revealed thickening of the epithelial layer in mucous membrane due to an increase in the number of basal epitheliocytes (15.4 ± 0.62), with mitoses detected in 23% of cases. The ciliated epithelium showed a decrease in the number and reduction of cilia, evaluated by the coefficient of epithelial regeneration (CER). In the control group, CER was 0.75 ± 0.07 , in the RM group – 1.02 ± 0.12 . Goblet exocrine cells in 48% of cases contained numerous small vacuoles in the cytoplasm, and in 12% of cases they had pyknotic nuclei. In the submucosal layer, dilated, tortuous capillaries with swelling around the endothelial layer were found. Leukocytic infiltration was observed: in animals with RM, it was 24.0 ± 4.47 leukocytes/100 cells, while in the control group, it was 7.2 ± 1.17 leukocytes/100 cells.

Histological examination of the bulbar conjunctival specimens in rabbits revealed a decrease in the number, diameter, and shape of the capillaries, thickening of their endothelial layer, and expansion of the cytoplasm of endotheliocytes (48%), leading to a decrease in the working space of capillaries and impairment of bulbar conjunctival microcirculation. Neutrophilic granulocytes (26%) and eosinophilic granulocytes (7%) were visualized in the lumen of the vessels and around them.

As a result of the research, it was found that the most pronounced morphological changes in the vascular bed of bulbar conjunctiva were observed in patients of group III. Thus, a decrease in the average diameter of arterioles by 30.6% ($12.3 \mu\text{m} \pm 0.36$), a slight increase in the average diameter of venules by 6.1% ($33.51 \mu\text{m} \pm 1.05$), a decrease in the average diameter of capillaries by 16.8% ($8.6 \mu\text{m} \pm 0.22$), a decrease in the arterio-venular coefficient by 35.7% (0.36 ± 0.02), a depression in the number of capillaries per 1 mm^2 of conjunctiva by 26.8% (5.2 ± 0.18) compared to the control group were found, indicating rarefaction of the vascular bed and considered a sign of brain hypoxia development. Arteriovenous anastomoses were found in 40.7% of patients in group I, which may indicate changes in blood flow velocity and may lead to the development of a reticular formation.

Conclusions. The obtained data confirm that the long-term use of nasal decongestants have an impact on functional state of inferior nasal turbinates and bulbar conjunctiva. The experiment, demonstrated that the development of RM is accompanied by morphological changes in mucous membrane of inferior nasal turbinates, which result in stable nasal obstruction and chronic hypoxia. Also, it was found out that the patients who use decongestants for more than 3 years demonstrated remodeling of the bulbar conjunctiva microcirculation, that was in agreement with the results of the experiment. It has been demonstrated that prolonged installations of decongestants may cause eye tissue hypoxia with possible subsequent development of its chronic diseases.

Thus, decongestants affect both the microcirculation of nasal cavity structures and peripheral microcirculation. This confirms controlled prescription and use of these drugs to prevent systemic complications, accurate collection of patient anamnesis data during visits to an otolaryngologist with the aim to identify contraindications and risk groups.

Key words: rhinitis medicamentosa, decongestants, microcirculation, inferior nasal turbinates, bulbar conjunctiva.

МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРАЛІТИЧНОГО СТЕНОЗУ ГОРТАНІ

Бабенко Є. А.

METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX

Babenko E. A.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Мінін Ю. В.,

Інститут отоларингології імені професора О. С. Коломійченка НАМН України

м. Київ, Україна

Вступ. Паралітичний стеноз гортані – це патологічний стан, в основі якого лежать двобічні рухові порушення гортані, що призводять до розвитку вентиляційної обструктивної недостатності дихання і, як наслідок, до інвалідизації хворого та зменшення якості його життя.

У переважній більшості випадків причиною паралітичного стенозу гортані є пошкодження зворотних гортанних нервів у ході хірургічних втручань. Насамперед це стосується операцій з приводу онкологічних захворювань щитоподібної залози. Тенденція до зростання числа хворих з новоутвореннями щитоподібної залози серед населення обумовлює збільшення числа хворих з паралітичними стенозами гортані.

Основним методом лікування паралітичного стенозу гортані в період від 3-6 місяців з початку захворювання залишається хірургічне втручання.

Мета. Вивчення особливостей методів хірургічного лікування паралітичного стенозу гортані.

Матеріали і методи. Опрацьовано літературні джерела та наукові статті на дану тему. Проведено роботу з архівом медичної документації.

Огляд. Обираючи оптимальний метод хірургічного лікування паралітичного стенозу гортані необхідно враховувати такі основні принципи як:

- покращення дихальної функції
- збереження функції голосоутворення
- ощадливий хірургічний підхід
- мінімальний термін реабілітації пацієнта в постопераційному періоді.

Серед хірургічних втручань застосовуються трахеостомія, статичні та динамічні(функціональні) методи.

Трахеостомія, не дивлячись на свою ефективність, є вкрай небажаним втручанням для пацієнтів, внаслідок травмуючого впливу на тканини трахеї, підвищення ризику розвитку інфекцій нижніх дихальних шляхів, необхідності догляду за трахеостомією, порушення зовнішнього вигляду та соціальної стигматизації.

Функціональні методи спрямовані на відновлення рухомості голосових зв'язок. До них відносять відносять

- Реінервацію гортані
- Електростимуляція м'язів гортані
- Транспозиція зовнішніх м'язів до структур гортані.

Ці методи лікування паралітичного стенозу гортані, які активно розвиваються є найбільш перспективним. Однак наявність таких недоліків як часті незадовільні результати лікування, потреба у великому об'ємі хірургічного втручання на м'яких тканинах шиї з великим розрізом та профілактична трахеостомія – значно обмежує застосування цього методу.

Більш розповсюдженими є статичні методи. Вони спрямовані на механічне розширення міжкладкового простору гортані за рахунок пластики анатомічних структур. Методом вибору серед них є ендоскопічна мікроларингохірургія.

Оскільки вона має ощадливий хірургічний підхід без зовнішнього розрізу та менший період реабілітації пацієнтів в постопераційному періоді.

В останні роки більшість фахівців віддають перевагу методам лазерної ендоларингеальної мікрохірургії, обґрунтовуючи це високою точністю маніпуляцій, безкровністю виконання та мінімальною запальною реакцією тканин у післяопераційному періоді. Паралельно з цим частина фахівців широко і успішно використовують метод ендоларингеальної мікрохірургії з використанням холодного інструментарію, обґрунтовуючи це хорошими функціональними результатами.

Висновки. Аналізуючи дані досліджень можна зробити наступні висновки. Основним методом хірургічного лікування паралітичного стенозу гортані залишається реконструктивна ларингопластика з її множинними варіантами. Найбільш ефективним з них є спосіб ендоларингеальної ендоскопічної мікрохірургії з застосуванням хірургічного лазера або холодного інструментарію з індивідуалізованою комбінацією методів латералізації та резекції тканин гортані.

Ключові слова: Паралітичний стеноз, латерофіксація, хордотомія, аритеноїдотомія, гортань.

ТРАВМИ ГОРТАНІ

Драганчук Д. В.

INJURIES OF THE LARYNX

Draganchuk D. V.

Науковий керівник: професор Заболотна Д.Д.

Кафедра отоларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н, професор Деева Ю.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ Україна

Вступ. Гортань є складною анатомічною структурою та належне функціонування гортані має важливе значення для дихання, голосу та ковтання. Ларинготрахеальні травми зустрічаються рідко, проте часто вони є смертельними. Ці пошкодження можуть бути проникаючими або тупими і можуть виникнути в надгортанній, голосовій або підгортанній частинах гортані. Точне та швидке розпізнавання травми гортані має надважливе значення для медичних працівників.

Мета. Зрозуміти значення ларинготрахеального пошкодження, та забезпечення кваліфікованої невідкладної допомоги пацієнтам з травмою гортані.

Матеріали і методи. Для вивчення даної теми було оглянуто та проаналізовано дані наукової літератури

Огляд. Ларингеальні травми зустрічаються рідко, але можуть бути смертельними. Травма гортані буває двох видів: проникаюча і тупа. Травми гортані можуть заживати навіть при незначній травмі, фіброзному зро-

щенні, деформації та порушенні функції гортані. Ці рани можуть бути проникаючими або тупими і можуть розвиватися в надгортанній, голосовій або підгортанній областях.

Однією з найчастіших причин травм гортані є: дорожньо-транспортні пригоди, задушення та проникаючі поранення. Також можливе пошкодження гортані бронхоскопом або допоміжними інструментами, наприклад при біопсії, під час висхідної інтубації, або під час виконання черезшкірної трахеостомії.

Пошкодження гортані становить менше 1% усіх травматичних ушкоджень. Незважаючи на рідкість, вони можуть бути досить важкими. Після внутрішньочерепних ушкоджень ушкодження гортані є другою за частотою причиною смерті хворих із травмами голови та шиї. Ступінь ураження гортані оцінюється в спеціальних наукових дослідженнях за допомогою системи класифікації Шефера.

Класифікація типів ураження гортані за Шефером

1 тип – незначна гематома внутрішньої частини гортані або перелом без розриву ендоларинкса

2 тип незначний набряк, гематома, перелом, який не зміщений або розрив слизової оболонки, при якому хрящ не оголений

3 тип значний набряк, великий розрив слизової оболонки, переломи зі зміщенням або нерухомість голосових зв'язок, оголення хряща

4 тип серйозне переривання переднього відділу гортані, нестаціонарні переломи, лінії переломів і важка травма слизової оболонки

5 тип повна ізоляція трахеї та гортані

Ведення пацієнтів:

Ретельний моніторинг може бути достатнім у випадках з травмами типу 1 і 2 за Шефером. Для лікування набряку використовують дексаметазон . протягом перших 24 годин слід проводити послідовну гнучку ларингоскопію та моніторинг дихальних шляхів за допомогою пульсоксиметрії.

Хірургічне лікування:

у всіх інших ситуаціях необхідне хірургічне втручання, а також ретельні анестезіологічні дослідження стравоходу та гортані з прямою ларингоскопією та ендоскопією.

Обстеження:

Ларингоскопія

Найбільш важливо, щоб дихальні шляхи пацієнта були неушкодженими . Якщо в пацієнта є будь-яка ознака ушкодження дихальних шляхів- варто виконати трахеостомію. ларингоскопія використовується для оцінки внутрішньої слизової оболонки гортані та верхніх дихальних шляхів після завершення оцінки первинної та вторинної травми. Це може виявити набряк, який є досить поширеним, і будь-які розриви гортані, гематоми, розриви слизової або інші структурні аномалії, що можуть призвести до подальших труднощів.

Комп'ютерна томографія (КТ)

Візуалізацію слід використовувати лише тоді, коли це безпечно для пацієнта. На КТ шиї без контрастування можна побачити хрящові та кісткові компоненти під'язикової кістки та гортані, а також будь-які незначні переломи або переломи без зміщення, які можуть потребувати стабілізації.

Рентген грудної клітки

У стабільному стані пацієнта рентгенографію можна використовувати з політравмою та сумнівною травмою шиї.

Висновок. Незважаючи на те, що ушкодження гортані спостерігаються нечасто, вони мають значний рівень смертності. Ларинготрахеальне пошкодження дихальних шляхів пацієнтів може бути важко контролювати. Залежно від місцевих знань і доступності лікарі відділення невідкладної допомоги, анестезіолога, хірурга-травматолога, отоларинголога можуть допомогти з проходженням дихальних шляхів. Прогноз щодо віддалених наслідків для голосу та дихальних шляхів покращується завдяки ранньому розпізнаванню травми та своєчасному втручання.

Ключові слова: травми гортані, ларинготрахеальні пошкодження, ураження гортані за Шефером, трахеостомія.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НОСОВОГО КЛАПАНА. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Кулакова Д. Д.

VIOLATION OF THE FUNCTION OF THE NASAL VALVE. SURGICAL TREATMENT

D. D. Kulakova

Науковий керівник: професор Заболотна Д. Д.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Порухення функції носового клапана є досить поширеним дефектом, який інколи супроводжується деформацією зовнішнього носа та утрудненням носового дихання. Огляд попередніх досліджень у цій області вказує на значний вплив цього стану на якість життя пацієнтів.

Мета. Метою є проведення огляду сучасних підходів до хірургічного лікування порушень функції носового клапана та оцінка їхньої ефективності.

Матеріали та методи. Проведено огляд літератури та аналіз підходів до хірургічного втручання у випадках порушення функції носового клапана.

Огляд. Область носового клапана істотно впливає на носове дихання, регулюючи повітряний потік і опір. Аномалії носових клапанів можуть значно збільшити опір вдиху, впливаючи на працездатність і якість сну. Порухення функції носового клапана супроводжується утрудненням носового дихання, особливо при форсованому вдиху, але інколи клапани присмоктуються навіть у спокої.

Це може бути пов'язане з вродженою слабкістю або з неправильним розташуванням нижніх латеральних хрящів та іншими вадами кінчика носа. Чим вужчий клапан і податливі латеральні ніжки хрящів крил носа і верхні трикутні хрящі носа, тим менше навантаження необхідне для утруднення носового дихання.

Дисфункція носового клапана часто не діагностується у пацієнтів, яким проводиться септопластика та/або ринопластика і операція може посилити пошкодження носового клапана, тому, якщо його не розпізнати, це може призвести до високої частоти невдач хірургічного втручання, але сучасні методи пропонують ефективні рішення.

Хірургічне втручання на сьогодні передбачає застосування крильних (алярних) трансплантатів, модифікацію куполів носа та зміну кута залягання латеральних ніжок хряща крил носа для зміцнення, розширення трансплантатів спинки носа та використання трансплантату по краю хряща. Хрящі потрібно посилити, зміцнити, а не послаблювати, найкращим чином виконується через гемітрансфіксаційний розріз, пріоритет широкому доступу для комплексної корекції з мінімальним ризиком ускладнень. Об'єктивізація результатів операції можлива за допомогою риноманометрії.

Висновки. Розуміння структури та функції носового клапана має вирішальне значення для успіху операції. Найефективнішим способом розв'язання проблеми западання клапанів є застосування алярних трансплантатів та інших структурних технік зміцнення клапана носа. Хірургічне лікування порушень функції носового клапана є ефективним методом полегшення носового дихання у пацієнтів. Використання реконструктивних та структурних технік забезпечує стійкий результат та поліпшення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: Носовий клапан, Трансплантат по краю хряща, Гемітрансфіксаційний розріз, Риноманометрія, Крильні трансплантати.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЛАРИНГІТУ РЕЙНКЕ-ГАЙЕКА

Редька О. В.

APPLICATION OF MODERN ENDOSCOPIC TECHNIQUES IN THE DIAGNOSTICS OF REINKE-HAYEK'S LARYNGITIS

Redka O. V.

Науковий керівник: професор Заболотна Д.Д.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна.

Актуальність. За даними соціального опитування в Україні з початком повномасштабного вторгнення збільшився відсоток курців майже на 5% порівняно з 2021 роком. Більшість курців мають цю звичку на постійній основі, що сприяє виникненню захворювання.

Мета. Підвищення якості профілактики захворювання та раннього виявлення хворих на ларингіт Рейнке-Гайека.

Матеріали і методи. Огляд наукової медичної літератури, клінічне спостереження в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України», непряма ларингоскопія, ендоскопічна ларингоскопія, ларингоскопія високошвидкісною камерою.

Результати. Ларингіт Рейнке-Гайека – доброякісне захворювання гортані, що характеризується ураженням простору Рейнке та здебільшого пов'язане з вживанням тютюнових виробів.

При хронічному подразненні димом виникає стійке розширення капілярів, що в подальшому сприяє виникненню стійкого набряку голосових складок. Сигаретний дим викликає потовщення епітелію, гіперкератоз через вміст канцерогенів.

Основними скаргами пацієнтів при захворюванні на ларингіт Рейнке-Гайека є зміна голосу, осиплість, швидка втома при голосовому навантаженні. При важкій формі захворювання, можливе утруднення дихання.

Діагностика полягає в непрямій ларингоскопії, високошвидкісній ларингоскопії. Застосування ендоскопічної оптики дозволяє збільшити зображення, деталізувати процеси моторики гортані, залучити колеги до консилиуму.

Проводячи ларингоскопію при легкій стадії захворювання на голосових складках наявна напівпрозора слизова оболонка, що припіднята над їх поверхнею. З прогресуванням патології спостерігається збільшення набряку і при ларингоскопії виявляється значне потовщення слизової оболонки. Голосові складки ніби покриті желеподібними масами.

Під час проведення ларингоскопії на високошвидкісній камері можна дослідити вібраційні коливання голосових складок при фонації. При легкому ступені вібраційні коливання наявні, з прогресуванням патології можливе зниження амплітуди та сили коливання. При тяжкій формі захворювання вібраторні рухи неможливо визначити через набряк та розростання поліпозно-зміненої тканини.

Основною рекомендацією для пацієнтів є відмова від паління. Лікування захворювання на початкових стадіях може бути консервативним. Основним лікуванням середніх та тяжких форм захворювання є хірургічне втручання. При належному виконанні хірургічного втручання голос пацієнтів повністю відновлюється.

Висновок. Застосування ендоскопічної техніки значно полегшує діагностику, лікування ларингіту Рейнке-Гайека. Ці методи дослідження допомагають у деталізації патологічного процесу в більш пізньому періоді. Усі ці аспекти сприяють покращенню якості лікування набряково-поліпозного ларингіту.

Ключові слова: ларингіт, Рейнке-Гайека, паління, ендоскопія, ларингоскопія.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НОСОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Титарчук О. К.

PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH EPISTAXIS

Tytarchuk O. K.

Науковий керівник: професор Заболотна Д.Д.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Носова кровотеча (епістаксис) є поширеною проблемою. Близько 60% людей мали хоча б один епізод носової кровотечі у житті. З них лише 6% звертаються за медичною допомогою та 0,2% потребують госпіталізації. Носові кровотечі становлять 0,5% від загальної кількості невідкладних станів, з якими пацієнти звертаються за медичною допомогою та 1/3 – в отоларингології. Залежно від локалізації кровоточивої судини носові кровотечі поділяються на передні, джерелом яких найчастіше є сплетення Кіссельбаха в передніх відділах носової перегородки, та задні – переважно з гілок а.sphenopalatina. Найбільший ризик носових кровотеч у пацієнтів від 2 до 10 років, та після 50 років життя.

Мета. Вивчення останніх джерел літератури для розробки нових дієвих та простих рекомендацій в тактиці ведення пацієнтів з носовими кровотечами.

Матеріали та методи. В застосунку PubMed за останні 5 років 2089 статей присвячено даній проблемі. З них 103 – випадки з практики, 199 – оглядові, 21 – наукові, 1 – випадок носової кровотечі у пацієнта після перенесеного Covid-19.

Огляд. Основні принципи ведення пацієнтів з носовими кровотечами залишаються незмінними. Але з кожним роком впроваджуються та набувають популярності нові методики та засоби зупинки носових кровотеч.

Останнім часом замість каутеризації кровоточивої судини нітратом срібла застосовують електрокаутеризацію або біполярну діатермію, внаслідок чого значно зменшується ризик повторних носових кровотеч. Більш широко починають застосовувати резорбтивні тампонувальні матеріали, які саморозчиняються через 3–5 днів – піни та гелі для локального нанесення на місце кровотечі (Floseal на основі фібрину). Дані засоби є більш дорогі, але не викликають набряк та менше пошкоджують слизову оболонку порівняно з електро- та хемокаутеризацією, нерозчинним тампонувальним матеріалом. Було розроблено та починають більш широко використовуватись саморозчинні тампони з окисленої целюлози за типом Surgicel, які вирізають відповідно до розміру та проводять аплікацію до ділянки кровотечі. Розчинення тамона відбувається протягом 1–2 тижнів.

На зміну класичної задньої тампонади при задніх кровотечах рекомендується застосування балонної тампонади. Для цього використовують спеціальні набори, що складаються з двох балонів, або замінюють катетером Фолея. Ефективними методами є емболізація та лігація а. sphenopalatina. Дані методи є більш дієвими та мають менші ризики повторних носових кровотеч.

Висновки. Застосування нових методів та засобів для зупинки носових кровотеч забезпечує більш ефективне та просте ведення пацієнтів з носовими кровотечами та знижує ризик виникнення повторних епізодів епістаксису.

Ключові слова: епістаксис, назальна каутеризація, тампонада, біполярна діатермія.

РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ХВОРИХ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Тонкошкур А. В.

EARLY DETECTION AND DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS

Tonkoshkur A. V.

Науковий керівник: професор Заболотна Д.Д.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Інститут отоларингології імені професора О. С. Коломійченка НАМН України

м. Київ, Україна

Актуальність теми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, алергічні захворювання на сьогодні займають третє місце за поширеністю. За даними джерел різних країн світу – це поширене захворювання, яке вражає до 40% населення, і дані свідчать про те, що поширеність захворювання зростає.

Мета роботи. Підвищення якості раннього виявлення та діагностики хворих з алергічним ринітом, що дозволяє розпочати лікування на етапі, коли симптоми ще не виражені сильно.

Матеріали та методи. Вивчення алергологічного анамнезу, фізикальне обстеження хворих, діагностичні тести, лабораторні дослідження та аналіз наукової літератури.

Клінічні прояви та діагностика. Як відомо, обстеження хворих на алергічний риніт (АР) включає ретельно зібраний анамнез, фізикальне обстеження та, при необхідності, проведення спеціальних діагностичних та лабораторних тестів.

АР характеризується наявністю назальних і неназальних симптомів. *Носові симптоми* включають передню або задню ринорею, чхання, закладеність носа та/або свербіж у носі; *Неназальні симптоми* включають: алергічний ринокон'юнктивіт, свербіж піднебіння, постназальне затікання та кашель.

Фізикальне обстеження: *Зовнішні ознаки* включають: постійне дихання ротом, тертя носа або явну поперечну носову складку, часте сопіння або кашляння та алергічний блиск (темні кола під очима). *Огляд носа:* набряк слизової оболонки носа та бліді рідкі виділення. *Ендоскопічне дослідження* носа також слід розглянути для оцінки структурних аномалій.

При наявності клінічної картини та цих ознак рекомендовано: ЗАК з лейкоцитарною формулою, кількісне визначення в сироватці крові IgE, риноцитограма, шкірний прик-тест.

Визначення кількості еозинофілів в периферичній крові. Кількість еозинофілів може бути використана як маркер ступеня алергічного запалення. Еозинофілія виявляється при проведенні ЗАК з лейкоцитарною формулою. В алергології визначення кількості еозинофілів має схоже значення до кількісного визначення в сироватці крові загального IgE. Риноцитограма – це дослідження слизу з порожнини носа під мікроскопом. Вона дозволяє визначити наявність в носовому слизу збільшену кількість еозинофілів.

При позитивних результатах аналізів наведених вище, пацієнтам з АР необхідно уточнювати за допомогою інших досліджень, які допоможуть визначити, який саме алерген запускає реакцію.

Шкірні прик-проби – вважаються основним методом виявлення специфічних алергічних тригерів риніту. Якщо тест позитивний, з'явиться реакція «хрип і спалах» (нерівномірний зблідлий пухирець, оточений ділянкою почервоіння).

За останні роки спостерігається значний прогрес та використання нових методів діагностики пацієнтів з АР. Новітні дослідження дозволяють краще розуміти молекулярні та клінічні механізми алергічних захворювань.

До них відносяться:

Тест-система *Назальний алерген НАС* — це медична процедура, спрямована на контрольоване відтворення запальної реакції, спричиненої алергеном, у слизовій оболонці носа. Передбачає інтраназальне введення відо-

мих доз алергену. Критерії позитивності, за даними джерел багатьох розвинених країн рекомендації є різними, та найбільш поширено рекомендовано оцінювати NAC за суб'єктивними параметрами (оцінка симптомів) та об'єктивними параметрами (прохідність носа).

Система Allergy Explorer-ALEX – це нове покоління сучасних тестів у діагностиці алергічних реакцій, що може швидко та надійно перевірити понад 300 алергенів одночасно. Визначає рівні специфічних імуноглобулінів до алергенів, що відповідають за розвиток алергічних реакцій, одночасно вимірює їх рівень у крові

Тест FeNO є неінвазивним і, як виявилось, більш надійним у прогнозуванні запалення дихальних шляхів. FeNO є об'єктивним показником, який дає змогу визначити алергічного чи еозинофільного Th2 походження запалення, також можна визначити відповідь на лікування стероїдами і оптимізувати їх дозу, зменшити ймовірність загострень, визначити пацієнтів з астмою.

Висновки. Раннє діагностування алергічного риніту відіграє ключову роль у забезпеченні правильності постанови діагнозу, ефективного та своєчасного лікування. Сучасні дослідження, такі як тест-система NAC, система Allergy Explorer-ALEX, Тест FeNO. Сприяють розвитку персоналізованої медицини, яка дозволяє враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта при виборі методів діагностики та лікування, що сприяє покращенню працездатності та якості життя пацієнта.

Ключові слова: алергічний риніт, фізикальне обстеження, діагностичні тести, лабораторна діагностика.

РОЗАЦЕА-КЕРАТИТ: ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

Трембовецька Ю. Б.

ROSACEA-KERATITIS: ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Yu. B. Trembovetska

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тихончук Н. А.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосдов Д. Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Розацеа – хронічний рецидивуючий дерматоз. Основні прояви: еритема, телеангіектазії, папули, пустули на шкірі обличчя, шиї, вух та грудей; ринофіма і ураження очей. У світі хворіє близько 5,5% людей, найбільша частка розацеа серед діагностованих хвороб шкіри в США (8–9%), Скандинавській країнах і Німеччині (7–10%), Естонії (22%). Найчастіше уражає людей зі світлочутливою шкірою (фототипи I, II), після 30 років. Частіше зустрічається в жінок. До інших чинників ризику відносять генетичну схильність, ожиріння, куріння, погане харчування та захворювання шлунково-кишкового тракту, ураження *Demodex spp* та *V. Oeogonius*, лікарські засоби (аміодарон, глюкокортикоїди, високі дози вітамінів B6 та B12), гормональні зміни, гіперінсоляцію.

В 20–50% випадків розацеа викликає захворювання очей, серед них у 15% випадків очні прояви попереджують шкірні, у 21–50% вони виникають одночасно, в решті – після шкірних. Типовими проявами є запальні захворювання кон'юнктиви, рогівки і судинного тракту. Розацеа-кератит становить 41% усіх офтальморозацеа. Захворювання проявляється з однаковою частотою в обох статей, зазвичай має двосторонні прояви, розвивається з різною швидкістю. У патофізіологічному процесі розвитку відіграють роль порушення регуляції судинної, імунної та нервової систем. Клінічно протікає у вигляді поверхневого крайового або субепітеліального інфільтрату, при несприятливому перебігу може перейти в прогресуючу виразку рогівки.

Мета роботи. Розширити знання про своєчасну діагностику та ефективне лікування розацеа-кератиту на прикладі клінічного випадку типової пацієнтки

Методи дослідження. Діагностика, динаміка лікування пацієнтки; проведено аналіз сучасної вітчизняної та іноземної літератури та наукових статей з електронних ресурсів PubMed, Google Scholar, Medscape.

Результати. У пацієнтки до лікування об'єктивно: на рогівці правого ока в нижньо-назальному квадранті паралімбально було дугоподібне стромальне епітелізоване помутніння. В лівому оці незначний рогівковий синдром, змішана ін'єкція очного яблука; в нижньо-назальному квадранті рогівки паралімбально дугоподібний інфільтрат з нечіткими межами, локальна ділянка деепітелізації; у верхньому квадранті паралімбально 2 округлі мілкі інфільтрати. Гострота зору була не змінена в обох очах; були присутні світлобоязнь, біль і відчуття стороннього тіла. Системне лікування: Метронідазол 100, Азитроміцин 250; Мелоксикам 1,5, Тіотріазолін 2,0. Місцево в ліве око ін'єкції Дексаметазону; епібульбарно Офлосаксин, Декспантенол, Тобраміцин; в праве епібульбарно Декспантенол та Тетрациклін. Огляд пацієнтки проводили щодня. На фоні призначеного лікування відмічалась позитивна динаміка: зменшення рогівкового синдрому, відсутність ін'єкції очного яблука. Епітелізація рогівки спостерігалась через 6 днів.

Висновки. Своєчасна діагностика розацеа-кератиту, проведення диференційної діагностики та мультидисциплінарного підходу до терапії є доцільним для підвищення ефективності лікування цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: помутніння рогівки, рецидивуючий кератит, офтальморозацеа.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЦІЛІСНОСТІ ЛАНЦЮГА СЛУХОВИХ КІСТОЧОК У ХВОРИХ, ЩО ЗАЗНАЛИ МІННО-ВИБУХОВОГО ПОРАНЕННЯ

Бондаренко Я. В.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTIC TACTICS FOR VIOLATIONS OF THE INTEGRITY OF THE HEARING BONE CHAIN IN PATIENTS WHO HAVE SUFFERED A MINE-EXPLOSIVE INJURY

Bondarenko Ya. V.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Дєєва Ю.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: доктор медичних наук, професор Дєєва Ю.В.

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

Вступ. На території України впродовж 2014–2024 рр. тривають воєнні дії, що диктують негативні тенденції до значного збільшення частоти травматичних уражень органів та систем, зокрема ЛОР-органів. Аку- та баротравма вуха, що виникає внаслідок надмірної дії звуку чи тиску, зустрічається досить часто як серед військових, так і поміж цивільного населення. З боку середнього вуха діагностують такі пошкодження: перфорацію барабанної перетинки, гематотимпанум, вивих та перелом складових ланцюга слухових кісточок, перилімфатичну фістулу, пошкодження лицевого нерва або його гілок.

Порушення цілісності ланцюга слухових кісточок (за МКХ Н74.2 – Розрив та дислокація слухових кісточок) – патологія, що може залишитись недіагностованою при первинному огляді ЛОР-лікарем у зв'язку з тим, що часто не є самостійною. Вона може супроводжувати набагато тяжчі травми, поєднуючись з перфорцією барабанної перетинки, переломом скроневої кістки, ЗЧМТ, контузиею тощо, що мають більш виражені симптоми. Проте в реабілітаційному періоді порушення цілісності ланцюга слухових кісточок, безумовно, потребує особливої уваги та спеціалізованої допомоги.

Мета роботи. Дослідити можливості діагностики порушення цілісності ланцюга слухових кісточок у пацієнтів після акутравми та баротравми середнього вуха.

Матеріали і методи. На базі кафедри оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця з 2022 року спостерігались 257 пацієнтів із діагнозом «Мінно-вибухова травма. Баротравма середнього вуха. Акутравма». Усім пацієнтам було проведено повний отоларингологічний огляд, порогова тональна аудіометрія, імпедансометрія та за можливістю КТ голови (скроневих кісток).

Результати і обговорення. Усі пацієнти пред'являли скарги на одно- чи двобічне зниження слуху. Серед обстежуваних 87,9% пацієнтів пред'являли скарги на шум у вухах. У 51,7% пацієнтів спостерігалась одно- чи двобічна травматична перфорація барабанної перетинки. У більшості випадків травматичні перфорації барабанної перетинки загоїлись самостійно.

Запідозрити зниження слуху внаслідок порушення цілісності слухових кісточок пацієнтам у ранній пост-травматичний період украй важко, адже пацієнти з травмою голови чи головного мозку не завжди фізично готові проходити тести на дослідження слуху через можливі когнітивні порушення. Таким чином, гіпотетична втрата слуху (кондуктивна та/або сенсоневральна) залишається без лікування у значної частини пацієнтів. Зважаючи на це, будь-яка техніка для визначення стану слухового апарату у пораненого під час первинної оцінки може допомогти розпочати раннє подальше лікування.

Близько 4% пацієнтів за даними порогової тональної аудіометрії мають кондуктивну втрату слуху та кістково-повітряний інтервал > 20 дБ через 1–3 місяці після отриманої травми. Таким пацієнтам рекомендовано проведення дослідження на предмет можливої дислокації ланцюга слухових кісточок. З цією метою можна проводити хірургічну діагностичну маніпуляцію – тимпанотомію, що є інвазивною та травматичною.

Вчені Медичної школи Федерального університету Сан-Паулу (Бразилія) запропонували радіологічну неінвазивну методику, що дозволяє запідозрити дислокацію ланцюга слухових кісточок та оцінити радіологічні параметри КТ для подальшого прогнозування розвитку кондуктивної приглуховатості. Після вимірювання відстані (мм) між двома осями молоточка та коваделка було встановлено, що це найважливіший фактор для прогнозування зниження слуху за кондуктивним типом (кістково-повітряний інтервал > 20 дБ). Імовірність погіршення слуху зростає, якщо збільшується відхилення осі коваделка та молоточка.

За даними літератури, відносно фіксоване положення молоточка та стремінця порівняно з коваделком сприяє тому, що вивихи зустрічаються набагато частіше, ніж перелом. Відокремлення інкудостапедіального суглоба є найпоширенішим ураженням, а стапедіовестибулярний вивих зустрічається відносно рідко. При цьому типі дислокації кісточок розрив кільцевої зв'язки або перелом стремінця може призвести до перилімфатичної фістули, що супроводжується кохлеовестибулярними симптомами, включаючи (прогресуючу) сенсоневральну втрату слуху, шум у вухах і вестибулярні симптоми.

Висновки. Для адекватної та своєчасної оцінки порушень цілісності ланцюга слухових кісточок у хворих після аку- та баротравми середнього вуха необхідно ввести в рутинну практику проведення КТ з високою роздільною здатністю (крок 1 мм) ще на первинних етапах. Таке завдання можуть розв'язати мультиспіральна КТ (МСКТ) та фотонно-лічильна КТ, що мають високу просторову роздільну здатність та низьку дозу опромінення у порівнянні зі звичайною КТ.

Ключові слова: акутравма, баротравма середнього вуха, комп'ютерна томографія, дислокація ланцюга слухових кісточок

ГОСТРИЙ ЕПІГЛОТИТ У ДОРОСЛИХ: НЕЩОДАВНІЙ ДОСВІД З 15 КЛІНІЧНИМИ КЕЙСАМИ

Борохович О.Г.

ACUTE EPIGLOTTITIS IN ADULTS: RECENT EXPERIENCE WITH 15 CLINICAL CASES

Borokhovych O.G.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Деєва Ю.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: доктор медичних наук, професор Деєва Ю.В.

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

Вступ. Гострий епіглотит – це бактеріальна інфекція надгортанника та навколишніх структур, що призводить до таких симптомів як біль у горлі та біль при ковтанні, стридор, охриплість голосу, сухий кашель та висока температура. Це серйозний стан, що може призвести до летального кінця внаслідок раптової обструкції дихальних шляхів. З моменту впровадження вакцини проти *Haemophilus influenzae* типу В (HiB) захворюваність на гострий епіглотит у дітей у світі значно знизилась (річна захворюваність 0,6–0,7 випадків на 10 000 на рік)¹. Вакцинацію від хіб-інфекції в Україні наразі внесено до Національного календаря щеплень. У дорослих навпаки, є дані, що свідчать про те, що захворюваність на гострий епіглотит у світі зростає, із зареєстрованим щорічним зростанням захворюваності з 0,79 випадків на 10 000 у 2006 р.² до 1,8 на 10 000 у 2008 р.³

Гострий епіглотит у дорослих має більш затяжний перебіг, ніж у дітей. Вірогідність такого ускладнення, як обструкція дихальних шляхів у дорослих нижча⁴. Проте за останні роки збільшилась частота саме хірургічного лікування стенозу гортані у пацієнтів на 18%⁴.

Мета дослідження. Огляд випадків епіглотиту у дорослих пацієнтів та з'ясування причини нещодавнього збільшення захворюваності.

Матеріали і методи. Дане дослідження було засновано на огляді 15 хворих з діагнозом гострий епіглотит та абсцес надгортанника відділення отоларингології протягом трьохрічного періоду з лютого 2023 року по лютий 2024 року.

Діагноз гострий епіглотит або абсцес надгортанника встановлювався за допомогою непрямой ларингоскопії черговим лікарем отоларингологічного відділення (у хворого відмічався виражений набряк та гіперемія надгортанника, а у разі абсцедування виявлялась обмежена ділянка інфільтрації, на верхівці якої просвічувався гній). У кожному випадку оцінка ступеню важкості стенозу гортані проводилась черговим лікарем отоларингологічного відділення. Рішення про подальшу тактику лікування пацієнтів залежало від ступеню важкості стенозу гортані.

Результати. В дослідженні брало участь 12 хворих, серед них десять жінок та п'ять чоловіків. Середній вік становив 45,6 років (діапазон 22–77 років). Тривалість симптомів хвороби до госпіталізації в ЛОР стаціонар коливалась від 16 годин до 6 днів. Основними симптомами при надходженні в стаціонар був біль у горлі та біль при ковтанні, підвищення температури вище від 38°C, зміни голосу. При непрямій ларингоскопії відмічався набряклий, гіперемований надгортанник, голосові складки візуалізувались частково або взагалі не були доступні огляду через значний набряк. У двох пацієнтів одночасно був гострий тонзиліт і ще в одного був паратонзиллярний абсцес. У одного пацієнта були ознаки стенозу гортані (2-ий ступінь важкості-субкомпенсований). Ніхто з пацієнтів ніколи не отримував вакцини HiB. У 12 пацієнтів з 15 (80%) були зміни в загальному аналізі крові, що характерні для бактеріальної інфекції (зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ, збільшення кількості лейкоцитів). У одного пацієнта був стеноз гортані (в стадії субкомпенсації), при непрямій ларингоскопії голосова щілина не візуалізувалась, хворий скаржився на задишку при вдосі, сильний біль у горлі, слинотечу. Хворий неспокійний, дихання шумне, відмічалось втягнення надключичних та підключичних ямок в акті дихання. Важливо зазначити, що у хворого при непрямій ларингоскопії були ознаки абсцедування, хворому проводився розріз та дренивання порожнини абсцесу. В анамнезі у хворого був Цукровий діабет II типу та наркотична залежність. Хворому проводилась протинабрякова терапія (внутрішньовенне введення Дексаметазону та Фуросеміду).

Проводилась замісна терапія препаратами інсуліну для уникнення ускладнень від Дексаметазону. Дане лікування призвело до покращення стану пацієнта, не було необхідності проводити хірургічне втручання.

Схема лікування антибіотиками в більшості випадків включала внутрішньовенне введення Цефуроксим 1.5 г.1 р/д та Метронідазолу 0,5 г 3р/д. Внутрішньовенні стероїди застосовувались у дванадцяти пацієнтів (80 відсотків) в середньому 5 днів.

Середня тривалість перебування в лікарні становила 9,2 дня (діапазон від 5 до 15 днів).

Таблиця 1. Скарги пацієнтів при надходженні в ЛОР стаціонар

Скарги	Кількість пацієнтів
• Біль у горлі	14 (93%)
• Біль при ковтанні	14 (93%)
• Підвищення температури вище 38 °С	12 (80%)
• Зміни голосу	3 (20%)
• Інспіраторна задишка	1 (6%)

Таблиця 2. Основні зміни при орофарингоскопії та непрямій ларингоскопії

Зміни при обстеженні	Кількість пацієнтів
Набряклий, гіперемований надгортанник	14 (93%)
Запалення піднебінних мигдаликів	1 (6%)
Паратонзиллярний абсцес	1 (6%)
Голосові складки візуалізуються частково	8 (53%)
Голосові складки не візуалізуються	1 (6%)

Висновки. Були запропоновані фактори, що можуть вказувати на високу ймовірність розвитку такого ускладнення, як стеноз гортані. До них відносяться: задишка, надмірна слинотеча, цукровий діабет в анамнезі, швидкий розвиток хвороби та наявність абсцесу надгортанника. У двох пацієнтів у цьому дослідженні, у яких одночасно був епіглотит та гострий тонзиліт або епіглотит та паратонзиллярний абсцес, що потребував розтину та дренивання, ступінь набряку був легким. Ймовірніше за все ураження структур гортані відбулось вторинним інфікуванням. Ці дані дають можливість переконатись у важливості проведення непрямой ларингоскопії кожному хворому з гострим тонзилітом та паратонзиллярним абсцесом, щоб не пропустити ураження надгортанника та структур гортаноглотки, які потенційно можуть призвести до обструкції дихальних шляхів. Зростання захворюваності на епіглотит потребує більш уважного ставлення до пацієнтів з запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів. Раціональне використання антибіотикотерапії в щоденній практиці лікаря та пропагування вакцинації серед населення є ключем до зменшення захворюваності на епіглотит серед пацієнтів.

Ключові слова: епіглотит, *Haemophilus influenzae*, непряма ларингоскопія, антибіотикотерапія, вакцинавання.

ВІКОННА ТУРБІНОТОМІЯ СЕРЕДНЬОЇ НОСОВОЇ РАКОВИНИ ЯК ЕТАП СИНУСОТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ СИНУСІТІВ

Куратник Л.Л.

WINDOW TURBINOTOMY OF THE MIDDLE NASAL CONCHA AS A STAGE OF SINUSOTOMY IN PATIENTS WITH CHRONIC SINUSITIS

Kuratnik L.L.

Науковий керівник: к.мед.н. Безега М.І.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Завідувач кафедри – к.мед.н. Безега М.І.

Полтавський державний медичний університет. Полтава, Україна

Вступ. Хірургічна корекція середньої носової раковини при проведенні функціональної синусотомії залишаються суперечливою темою серед отоларингологів. Дослідження окремих авторів показують високу ефективність виконання хірургічних дій на середній носовій раковині, що сприяють покращенню візуалізації, аерації та дренажу у віддалені терміни післяопераційного періоду. Успішно проведена парціальна серединна конхотомія як правило не супроводжується утворенням синехій.

Збереження середньої носової раковини знижує ризик виникнення атрофічного риніту, розвитку синдрому «пустого носу» чи колапсу середньої носової раковини та зберігає анатомічний орієнтир в разі необхідності оперативних втручань в подальшому.

Існують різні підходи до проведення втручань на середній носовій раковині. Ця тема є актуальною для ринохірургів. Тому розробка нової, ефективної методики оперативного лікування хронічних риносинуситів є потрібною та актуальною задачею.

Мета. Поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів із хронічними синуситами з використанням методу віконної турбінектомії на середній носовій раковині.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 22 пацієнтів, які знаходились на лікуванні у ЛОР відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляфосовського у період з 2023 по 2024 роки, госпіталізованих з приводу хронічного риносинуситу. Пацієнти були поділені на дві групи. І група з 5 пацієнтів, яким виконувалась стандартна максилотомія з подальшим медикаментозним лікуванням та ІІ група, яка складалась з 7 пацієнтів, яким окрім традиційної ендоскопічної ендоназальної максилотомії виконувалась віконна парціальна турбінектомія на середній носовій раковині. «Вікно» формується як отвір, що розташовується в проекції розширеного співустя на середню носову раковину та має діаметр близько 7–9 мм. Віконна турбінектомія виконується після традиційної синусотомії як завершальний етап оперативного втручання. Результати оцінювали за даними скарг та суб'єктивних відчуттів пацієнтів, об'єктивного загального обстеження хворого, включаючи ендоскопічне дослідження ЛОР-органів. Обстеження проходило на 10 добу після операції та через 1 місяць.

Результати. При порівнюванні ендоскопії порожнини носа у І та ІІ групи, за попередніми результатами, можна свідчити про кращу позитивну динаміку у ІІ групі, а саме кращий показник стану носового дихання, зменшення кількості секрету в максиларних пазухах порівняно з І групою, покращення вентиляційної та дренажної функції синуса. У ІІ групі в післяопераційному періоді відмічається покращення візуалізації оперованої пазухи, доступу до неї та поліпшення зручності маніпуляцій в ній. При тому можливі ускладнення, як латералізація середньої носової раковини не блокує співустя синусу, а синдром «пустого носу» чи колапсу середньої носової раковини, при даній методиці оперативного втручання не виникає. При ендоскопії збережена частини раковини залишає властивість інтраопераційного орієнтиру.

Висновки. Використання методу віконної парціальної турбінектомії на середній носовій раковині як завершального етапу синусотомії, за нашими спостереженнями мінімізує травматизацію раковини під час хірургічного втручання та покращує вентиляційну та дренажну здатність відповідного синуса, дає доступ вільно прово-

дити маніпуляції у синусі в післяопераційному періоді, запобігає негативним наслідкам можливої латералізації середньої носової раковини, зберігає орієнтирну здатність і є оптимальним методом завершення синусотомії у пацієнтів з хронічними формами синуситів.

Ключові слова: ендоназальна синусотомія, середня турбінектомія, віконна турбінектомія;

FESS У ПАЦІЄНТА З ГЕМОФІЛІЄЮ ТИП В. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Малеєв Д.О., Цвірінько І.Р., Заболотна Д.Д.

FESS IN A PATIENT WITH HEMOPHILIA TYPE B. A CASE REPORT

Maleev D.O., Tsvirinko I.R., Zabolotna D.D.

Науковий керівник: д.мед.н., професор, академік НАМН України Заболотний Д. І.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

Вступ. Виконання FESS у пацієнтів з коагулопатією асоціюється з підвищеним ризиком інтраопераційної та післяопераційної кровотечі, що значно ускладнює проведення хірургічного втручання та одужання пацієнта. Серед цих порушень коагуляції гемофілія В виділяється як один із станів, що викликає особливе занепокоєння. Викликана вродженим дефіцитом фактора згортання крові IX, гемофілія В проявляється в різних ступенях тяжкості, які класифікуються за рівнем активності фактора.

Мета. Основною метою цієї роботи є висвітлення нашого досвіду в передопераційній підготовці, виконанні оперативного втручання та післяопераційному веденні пацієнта з гемофілією В.

Клінічний випадок. Пацієнт, 42-річний чоловік з діагнозом гемофілії тип В, звернувся до ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» зі скаргами на постійну закладеність носа, хронічний головний біль, слизово-гнійні виділення з носа та субфебрильну температуру тіла.

Дані анамнезу. Періодичні епізоди спонтанних кровотеч та гемартрозів. Хірургічних втручань або інвазивних методів лікування не проводилося. Постійно спостерігається в гематолога. Гематологічний діагноз – контрольована гемофілія В, легка форма.

Результати діагностики. Діагностичне обстеження виявило ознаки хронічного риносинуситу та значне викривлення перегородки носа. Лабораторні дослідження виявили рівень фактора IX нижче норми, що підтвердило потребу в передопераційній корекції показників системи гемостазу.

Результати лікування. У співпраці з гематологами було розроблено план періопераційного ведення пацієнта з метою оптимізації коагуляційного статусу, що включав передопераційне підвищення рівня фактора IX за допомогою введення концентрата фактору IX «Рексубіс» та індивідуальну післяопераційну стратегію для мінімізації ризиків кровотечі. Оперативне втручання в обсязі септопластики, двобічної гайморотомії, фронтотомії та РВЧД нижніх носових раковин пройшло без ускладнень, а гемостазу була приділена ретельна увага. Під час хірургічного втручання операційне поле було оцінено в 3 бали за шкалою Voezaart. Видалення назальних тампонів буде проведено на наступний день після операції. Післяопераційний період – без особливостей.

Висновки. Враховуючи можливість виникнення в таких пацієнтів захворювання ЛОР-органів, що потребують хірургічної корекції, необхідно:

- співпраця між отоларингологами та гематологами при веденні пацієнтів з порушеннями згортання крові, які проходять хірургічні втручання.
- планування періопераційного періоду для забезпечення безпеки та ефективності FESS у цій унікальній групі пацієнтів.
- урахування можливості поліпшення якості життя пацієнтів з різними коагулопатіями, при вживанні належних заходів для контролю кровотечі.

Ключові слова: Гемофілія тип В, FESS, ринохірургія, хронічний синусит, коагулопатія

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ РЕСПІРАТОРНОГО ПАПІЛОМАТОЗУ

Малеєв Д.О., Доні Д.О.

COMPLEX THERAPY OF RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS

Maleev D.O., Doni D.O.

Науковий керівник: д.мед.н., професор, академік НАМН України Заболотний Д. І.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

м. Київ, Україна

Вступ. За основу розвитку респіраторного папіломатозу лежить інфікування вірусом папіломи людини (HPV-6/-11). Ця хвороба характеризується тривалим, рецидивуючим перебігом, вимагає повторних хірургічних втручань, супроводжується утворенням рубцевих мембран, має високий ризик малігнізації. Основним методом лікування папіломатозу гортані є хірургічне втручання. Для видалення папілом використовуються інструментальні методи, ультразвукова техніка, кріовплив, хірургічний лазер та аргонна плазма. Однак багато авторів відзначають той факт, що вибір техніки хірургічного впливу на папіломи мало впливає на частоту рецидиву та небезпеку малігнізації. Крім того, багаторазове видалення папілом, особливо в області передньої комісури, потенційно небезпечно розвитком рубцевих мембран, що звужують просвіт голосової щілини, порушують фонаторну та дихальну функції. Виявлення вірусної етіології респіраторного папіломатозу – віруса папіломи людини (HPV-6/-11) вказало на шляхи розвитку його етіопатогенетичної терапії. У останні роки, поряд із традиційним хірургічним лікуванням, все частіше використовуються противірусні та імуномодуючі препарати, зокрема – інтерферони.

Мета. Вдосконалення схеми комплексної терапії папіломатозу гортані.

Матеріали та методи. За період з 2019 по 2024 рр. під нашим спостереженням перебувало 25 пацієнтів (19 чоловіків та 6 жінок) із респіраторним папіломатозом у віці від 18 до 73 років. У 15 пацієнтів цієї групи раніше було неодноразово видалено папіломи різними методами, включаючи лазерну деструкцію. У одного пацієнта, через генералізовану форму папіломатозу (усі ділянки гортані та гортаноглотки) та розвиток стенозу гортані, була виконана трахеостомія.

З 25 пацієнтів, що перебували на спостереженні, 10 звернулися за допомогою вперше. Після попереднього обстеження та гістологічної верифікації діагнозу папіломатозу всім пацієнтам проводилась інструментальна видалення папілом. У ранньому післяопераційному періоді щоденно проводилися дві інстиляції розчину лаферона в гортань (препарат, що містить людський інтерферон, ідентичний інтерферону альфа-2b). Починаючи з 5-го дня після видалення папілом, призначали лаферон у зростаючій дозі 100-150 тис. МО/кг маси тіла щоденно внутрішньом'язово (у дорослих до 6 млн МО на добу). Курс лікування тривав 24 дні. Одночасно застосовувалися топічні кортикостероїди (інгаляції фліксотидом 50 мкг 3 рази на добу). Як противірусний засіб застосовували препарат рослинного походження протекфлазид – індуктор синтезу ендогенного α - та γ -інтерферону (по 10 крапель 3 рази на день в середину протягом місяця), проводили антиоксидантну терапію, призначали вітаміни, за необхідності антибіотики та антимікотичні препарати. Курс лікування лафероном повторювали після 4-х тижневої перерви.

Результати та обговорення. Після проведення I курсу лікування клінічне поліпшення відзначено у всіх хворих, у одного пацієнта з генералізованою формою захворювання, який раніше переніс трахеостомію, вдалося деканюлювати. Терміни спостереження становили від 10 місяців до 2-х років. Рецидив папіломи був відзначений у трьох пацієнтів, відповідно через 6, 12 і 20 місяців після проведеного лікування, що вимагало повторних оперативних втручань. У інших хворих була отримана стійка ремісія.

Висновки. Використання інтерферонів та імуномодуляторів у комплексному лікуванні респіраторного папіломатозу підвищує ефективність хірургічного лікування, знижує ймовірність рецидиву захворювання.

Ключові слова: респіраторний папіломатоз, вірус папіломи людини, лазерна деструкція, трахеостома.

ПОСТОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Назаренко Л.В.

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF RHINOSEPTOPLASTY

Nazarenko L.V.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Д Дєєва Ю.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В.

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

Септопластика є однією з найпоширеніших хірургічних процедур в отоларингології, оскільки виконується як при функціональних порушеннях дихання, викликаних викривленням носової переділлки, так і при хронічних запальних захворюваннях приносних синусів.

Сучасне технічне забезпечення, а саме використання ендоскопічного обладнання, вдосконалення методик хірургічних втручань і володіння ними практикуючих хірургів значно зменшило ризик ускладнень при операціях на переділці носа. Незважаючи на відносну безпечність та високу ефективність даної процедури, септопластика, як і будь-яке хірургічне втручання, може мати цілий ряд ускладнень, до них відносять: носові кровотечі, зміни форми зовнішнього носа, гематоми, абсцеси, перфорації переділлки носа, а також розвиток синехій, окрім цього, можлива відсутність покращення носового дихання, що є основною метою її виконання.

Головними причинами вищевказаних ускладнень можуть бути неналежне виконання пацієнтом умов передопераційної підготовки, порушення техніки оперативного втручання або недотримання правил післяопераційної реабілітації.

На базі Центру ендоскопічної оториноларингології КМКЛ №9 за 2023 рік ендоскопічну септопластику було проведено у 446 пацієнтів. Всі пацієнти на передопераційному етапі проходили необхідне лабораторне та інструментальне обстеження, яке включало огляд порожнини носа за допомогою ендоскопа, тривимірну комп'ютерну томографію носа і приносних пазух, консультації терапевта, спеціаліста з хірургічної гематології за потреби, лікаря-анестезіолога перед загальним знеболенням.

Епістаксис, тобто носові кровотечі є найчастішим ускладненням септопластики. Кровотечі можуть виникати як інтраопераційно, так і у відстроченому періоді. Інтраопераційні кровотечі спостерігались у 15 хворих. Зменшити обсяг інтраопераційної крововтрати допомагає додавання низьких доз адреналіну або ультракаїну до розчину анестетика при виконанні гідровідсепарування, використання місцевих та системних гемостатичних препаратів, а також керована гіпотонія. Протягом перших 3-х діб післяопераційного періоду носова кровотеча спостерігалась у 23 хворих. Запобіганню цих ускладнень сприяє накладання швів на переділлку носа, використання септальних сплінтів і застосування післяопераційних губчатих тампонів Мероцель для тампонади порожнини носа, що є комфортнішим для пацієнтів.

Гематома переділлки носа в післяопераційному періоді спостерігалась досить рідко – у 11 осіб, що свідить про важливість дотримання всіх наведених вище рекомендацій. Для профілактики гематоми контрапертура в задніх відділах була зроблена всім пацієнтам при повному збереженні цілості обох листків слизової з охрестям під час проведення операції. Також для попередження виникнення гематом в післяопераційному періоді, на мою думку, необхідний якісний гемостаз, що забезпечують губчаті тампони Мероцель та септальні сплінти. Губчатий тампон при набуханні забезпечує рівномірний тиск на слизову оболонку у всіх відділах порожнини носа, адекватний для потреби гемостазу. Особливо слід звертати увагу на дотримання режиму пацієнтом після розтамбування: уникати сякання, фізичних навантажень, контроль артеріального тиску, медикаментозна гемостатична терапія.

Одним із ускладнень септопластики є синехії носа, які виникли у 10 пацієнтів, які після виписки зі стаціонару не зверталися на контрольні огляди протягом перших 14 днів і не дотримувались призначених рекомендацій, виявлено однібічні синехії порожнини носа – у 6 пацієнтів, у 4 двобічні. Дані ускладнення були успішно усунуті протягом подальшого лікування і нагляду.

Загалом у всіх оперованих осіб вдалося домогтися основної мети втручання, а саме забезпечення адекватного носового дихання, що необхідне також для нормального функціонування навколоносових пазух і серед-

нього вуха, а також усунення нервово-рефлекторних порушень. У 18 осіб показанням до септопластики стали часті носові кровотечі, які припинилися після оперативного втручання. У 16 хворих після проведеної септопластики у віддаленому періоді зникли головні мігренозні болі, що свідчить про можливий їх рефлектогенний генез внаслідок тривалого контакту викривленої частини переділочки носа з боковою стінкою носа. У 121 пацієнта після періоду відновлення зникло хропіння уві сні.

Підводячи підсумки, можна стверджувати, що ендоскопічна септопластика в сучасних умовах високоякісного технічного, медикаментозного і супутнього забезпечення, високої хірургічної майстерності оперуючого, ретельного передопераційного обстеження і повноцінного післяопераційного нагляду за пацієнтом є безпечним і ефективним хірургічним втручанням, що повністю виправдовує покладену мету з поновлення носового дихання, профілактики захворювань приносних пазух і середнього вуха, усунення рефлектогенних проблем.

Ключові слова: септопластика, ендоскопія, епістаксис, гематома, носове дихання.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПАЦІЄНТІВ З АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ З РІЗНИНИ СТАДІЯМИ ВИКРИВЛЕННЯ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Тарасенко М. В., Романенко Р. Р.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CERHALOMETRIC PARAMETERS OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT OF PATIENTS WITH ADENOID VEGETATIONS AND DIFFERENT STAGES OF CERVICAL SPINE CURVATURE

Tarasenko M. V., Romanenko R. R.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєсва Ю. В.

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

Актуальність. Порушення носового дихання за рахунок звуження просвіту верхніх дихальних шляхів (ВДШ) можуть бути обумовлені: розростанням лімфоїдної тканини носоглотки та кореня язика, гіпертрофією м'якого піднебіння, аномаліями зубощелепної системи, викривленням шийного відділу хребта (ШВХ). За даними Попової Т.Г. та Владзимирського А.В. (2010) порушення постави складають 90% усіх відхилень від норми з боку опорно-рухової системи пацієнтів дитячого віку. Найбільша кількість випадків деформацій припадає на період 7–10 років, що цілком відповідає на референтним значення віку пацієнтів з наявними аденоїдними вегетаціями.

Мета роботи. Визначити взаємозв'язки між цефалометричними групами параметрів розподілених за допомогою кута аксису (КА): краніоцервікальної ангуляції, положення нижньої щелепи, просвіту верхніх дихальних шляхів, розмірів м'якого піднебіння. Оцінити розміри просвіту дихальних шляхів і положення нижньої щелепи в залежності від ступеню сагітальної деформації ШВХ.

Методи дослідження. Проаналізовано 30 бокових цефалограм пацієнтів з наявними аденоїдними вегетаціями на 1-2 стадії розвитку лицевого скелету згідно класифікації SVM. Відповідно до значень кута аксису дані були розподілені на 3 групи: КА = 26°–36° (Гр-1, n = 10), КА 13°–25° (Гр-2, n = 10), КА = -1°–12° (Гр-3, n = 10). За допомогою застосунку Weasis виконано цефалометричний аналіз параметрів за наступними групами: тип

росту черепа за допомогою визначення суми кутів Bjork; параметри положення нижньої щелепи $\angle SNA$, $\angle SNB$, $\angle FH-ML$; параметри просвіту ВДШ: UP, LP, $\angle BaS-PNS$, $PNS-ad1$, $PNS-ad2$, $PNS-spw$, SPAS, LPAS; параметри м'якого піднебіння SPL і SPT. Для встановлення ступеню гомогенності даних та її демонстрації між Гр-1, Гр-2, Гр-3 обрано ANOVA і парні порівняння DSCF. Для встановлення взаємозв'язків між параметрами обрано метод множинних порівнянь у вигляді кореляційної матриці за допомогою розрахунку коефіцієнта кореляції Спірмена у статистичному пакеті Jamovi.

Результати. За даними ANOVA (критерій Круксал-Уоліс) значиму різницю серед трьох груп мали показники LP ($\chi^2 = 8.097$, $df = 2$, $p = 0.017$, $\varepsilon^2 = 0.2792$), LPAS ($\chi^2 = 7.296$, $df = 2$, $p = 0.026$, $\varepsilon^2 = 0.2516$), SPL ($\chi^2 = 11.357$, $df = 2$, $p = 0.003$, $\varepsilon^2 = 0.3916$), $PNS-spw$ ($\chi^2 = 7.966$, $df = 2$, $p = 0.019$, $\varepsilon^2 = 0.2747$). Проведено попарні порівняння DSCF: LP (між Гр-1 і Гр-3; $W = -4,01$; $p = 0.013$), SPL (між Гр-1 і Гр-3; $W = -3,6$; $p = 0.03$; між Гр-2 і Гр-3; $W = -4,6$; $p = 0.003$), LPAS (між Гр-1 і Гр-2; $W = -3,53$; $p = 0.034$), $PNS-spw$ (між Гр-2 і Гр-3; $W = -3,63$; $p = 0.027$). Характерні взаємозв'язки: КА та LP ($r = -0.578$, $p \leq 0.001$), КА та LPAS ($r = -0.467$, $p \leq 0.001$), КА та SPL ($r = -0.529$, $p \leq 0.001$), AA-PNS та LP ($r = 0,424$ $p \leq 0.001$), AA-PNS та LPAS ($r = 0.387$, $p \leq 0.001$), AA-PNS та SPL ($r = 0,387$, $p \leq 0.001$).

Висновки. За даними вивченими в процесі цефалометричного аналізу в сагітальній проекції було виявлено статистично значиму відмінність між значеннями у групах згідно кута аксису: для показників заднього нижнього простору ВДШ, довжини м'якого піднебіння і задньої висоти носової порожнини. За допомогою попарних порівнянь і встановленню кореляційних зв'язків було виявлено потенційні залежності зменшення показників задньо-нижнього простору ВДШ і довжини м'якого піднебіння при збільшенні значення шийного лордозу. Слід зазначити, що відстань від передньої дуги атланта до задньої носової вісті мало помірний, статистично значимими зв'язок, що є перспективним для подальшого вивчення і встановлення прогностичності показника.

Ключові слова: верхні дихальні шляхи, аденоїдні вегетації, цефалометрія, викривлення шийного відділу хребта.

ПЕРЕВАГИ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПІДХОДУ В ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ НЮХОВОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Світлична Ю.В.

BENEFITS OF A PERSONALIZED REHABILITATION APPROACH IN THE TREATMENT OF OLFACTORY FUNCTION DISORDERS IN PATIENTS WITH COVID-19

Svitlychna Y.V.

Науковий керівник д.мед.н., проф. Лупир А.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри д.мед.н., проф. Лупир А.В.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Вступ. Найбільш частим проявом COVID-19 є ураження дихальної системи. Однак ведення пацієнта з COVID-19 має на увазі не тільки надання кваліфікованої медичної допомоги, а й своєчасне вирішення питання щодо проведення реабілітаційного втручання під час і після захворювання, особливо, що стосується тих органів-мішеней, які знаходяться в колі форпосту потрапляння вірусу. В першу чергу це відноситься до нюхового епітелію, який безпосередньо взаємодіє з вірусом, оскільки гілочки нерву розгалужені на слизовій оболонці порожнини носу. Тому своєчасне використання неспецифічних методів корекції за допомогою тренувань нюхо-

вого аналізатору відповідними одоривекторами дозволяє попередити розвиток афункціональних ускладнень які, як правило, мають незворотній перебіг. На сьогоднішній день відсутній досвід в лікуванні і реабілітації пацієнтів, які втратили нюх безпосередньо після COVID-19. Тому ефективність методів буде напряму залежати від комплексної оцінки стану пацієнта та раннього початку проведення реабілітаційних заходів. Особливо це стосується осіб похилого віку з порушенням нюху в виконанні повсякденної активності. У зв'язку з чим розроблена та впроваджена програма реабілітації, особливо для осіб старшого віку після перенесеної коронавірусної інфекції, яка буде сприяти збереженню якості життя на належному рівні.

Мета. Розробити та впровадити програму реабілітаційного підходу в лікуванні порушень нюхової функції у пацієнтів з COVID-19.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 55 хворих з порушенням нюху після перенесеної ковідної інфекції віком від 44–60 років (середній вік 50,6 років). З метою виключення респіраторних порушень було проведено ендоскопічне обстеження носової порожнини та риноманометрію. Для визначення об'єктивного стану нюхового аналізатору усім пацієнтам було проведено ольфактометрію за допомогою системи Sniffing sticks test з визначенням порогового та ідентифікаційного тесту. Результати обстеження оцінювалися згідно передбачених даних тест системи, як аносмія, гіпосмія чи нормосмія. Далі, хворі були розподілені на дві рівнозначні групи в залежності від методики лікування. Першій групі було запропоноване місцеве лікування (іригація порожнини носу сольовими розчинами, інтраназальні кортикостероїди) в комбінації з реабілітаційною програмою у вигляді ольфакторного тренінгу, який ґрунтується на отриманих результатах чутливості пацієнта до певних одоривекторів. Протягом 6 тижнів, пацієнти проводили нюхове тренування двічі на добу, використовуючи до чотирьох побутових запахів. Кожен аромат використовувався протягом 1 хвилини, з перервою не менше 5 хвилин перед використанням наступного. Пацієнти другої групи отримували лише місцеве лікування.

Результати. За даними ендоскопічного дослідження та риноманометрії у 10% хворих було виявлено порушення респіраторної функції, що пов'язане зі змінами архітекtonіки носу. При первинному проведенні порогового тесту Sniffing sticks аносмія була виявлена у 4 хворих (7%), гіпосмія – у 51 хворого (93%). За даними ідентифікаційного тесту у 5 пацієнтів (9%) відмічалася аносмія, у 43 (79%) пацієнтів – гіпосмія, та у 7 (12%) – нормосмія. У пацієнтів першої групи з аносмією середній бал порогового тесту був 1 (n = 2), з гіпосмією 3,6 (n = 26); середній бал ідентифікаційного тесту у пацієнтів з аносмією 3,4 (n = 3), з гіпосмією 8,5 (n = 22). У пацієнтів другої групи з аносмією середній бал порогового тесту був 1 (n = 2), з гіпосмією 3,7 (n = 25); середній бал ідентифікаційного тесту у пацієнтів з аносмією 3,6 (n = 2), з гіпосмією 8,4 (n = 21). Найчастіше хворі відзначали найбільшу чутливість до запаху троянди (54%), гвоздики (43%), кави (32%), апельсину (32%), м'яти (21%), лимону (21%). У зв'язку з цим у програмі нюхової реабілітації нами було використано саме ті одоривектори, чутливість яких відповідає порогу та розпізнаванню. При повторному обстеженні через 6 тижнів у пацієнтів першої групи було виявлено збільшення середнього балу до при пороговому тесті до 3 у хворих з аносмією та до 5,7 з гіпосмією. Згідно ідентифікаційного тесту відмічалася збільшення середнього балу до 6 у хворих з аносмією та до 9,8 у хворих з гіпосмією; $P < 0.05$. Також відмічається поява чутливості до нових запахів, такі як ананас, кориця, банан. У пацієнтів другої групи середній бал порогового тесту у хворих з аносмією не змінився, у хворих з гіпосмією збільшився до 4,5. При ідентифікаційному тесті середній бал збільшився до 4,3 у пацієнтів з аносмією, та до 8,7 у пацієнтів з гіпосмією.

Висновки. Перевагою лікування нюхових розладів, спричинених ковідною інфекцією є застосування персоніфікованого ольфакторного тренування, яке полягає у використанні одоривекторів з найбільшою чутливістю для кожного пацієнта. Дана реабілітаційна методика продемонструвала покращення порогу сприйняття запахів та їх розпізнавання, порівняно з традиційним місцевим лікуванням топічними кортикостероїдами. Систематичні та регулярні тренування нюхового апарату сприяють його поступовому відновленню, але є тривалим процесом реабілітації.

Ключові слова: аносмія, гіпосмія, COVID-19, ольфакторний тренінг, реабілітація.