

**XV НАУКОВО ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРИЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАСЦІАЛЬНОЇ
ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНУ ЗОРУ»**

**XV SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION” SPECIAL ISSUES OF DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF ENT ORGANS, CRANIOFASCIAL AREA AND THE
ORGAN OF VISION DISEASES”»**

21.04.2023



PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED PENETRATING GUNSHOT INJURY OF THE PYRAMID OF THE TEMPORAL BONE. CLINICAL CASE

Khadidja Ahmat Saleh Hassan

Scientific supervisors:

MD, PhD, Associate Professor Marushchenko M.O.

MD, neurosurgeon of the KNE «Kyiv City Clinical Hospital 17” Garashchuk O.V.

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

Actuality: Combat penetrating gunshot injury (CPGI) of the temporal bone is the cause of 3% of temporal bone fractures. Despite its rarity, CPGI produces more extensive damage compared to blunt trauma. Injury severity depends on the wound site, range (distance of the firearm from the wound), material, and caliber of the bullet. Structures at risk of injury include the facial nerve, cochlea, labyrinth, tympanic membrane, external auditory canal, carotid artery, jugular vein, dura mater, etc.

The choice of optimal management tactics for patients with CPGI of the temporal bone and associated lesions of the brain is an actual problem of modern neurosurgery.

This study aims to evaluate the effectiveness of complex surgical treatment of CPGI, complicated by damage of the pyramid of the temporal bone, and the immediate and long-term outcomes of the treatment.

Materials and methods: The thesis analyzes the clinical case of a 36-year-old patient with a mine-explosive injury, a gunshot fragmental blind penetrating wound of the skull of the left temporal area, a gunshot multi-fragmental fracture of the pyramid of the left temporal bone, and a gunshot injury of the left auditory canal. The patient was admitted to the hospital 4 hours after injury in the status of coma I-II, Glasgow Coma Scale 6-7 points, with clinical and radiological signs of dislocation syndrome. Non-contrast computed tomography (CT) of the craniomaxillofacial region had done. Catamnesis was followed up to 2 years and based on Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) scores at discharge, 6 and 12 months. The severity of the damage of the facial nerve was evaluated according to the House-Brackmann (HB) grade.

Results: After 8 hours after the injury, the emergency craniectomy was carried out, the primary surgical treatment of a gunshot penetrating blind wound of the brain, and plastic surgery for a gunshot rupture of the dura mater. Three days after the first operation, there was a secondary surgical treatment, suturing, and drainage of a through gunshot wound of the left external auditory canal. Cranioplasty with a titanium mesh implant was carried out within three months after primary craniectomy and offered the best aesthetic, functional, and neurological outcomes. The post-cranioplasty CT scans showed a positive aesthetic and functional recovery of patients with the satisfactory restoration of the calvarial contour. Rehabilitation treatment included intensive physical rehabilitation and electrophysiological methods. There were no indications for surgical decompression of the facial nerve.

Conclusion: The chosen tactic of treatment of severe CPGI which was accompanied by damage of the temporal bone and a gunshot wound of the left auditory canal ensured the regression of general cerebral and focal symptoms. The degree of damage of the facial nerve decreased from HB V to HB III, and general status according to the GOSE scale score increased from 3 up to 6 within one year after the injury.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХЕРУВІЗМУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Артюшенко О.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Михайленко Н.М.

Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Назарян Р.С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність: Херувізм, як одна з форм фіброзної дисплазії щелеп, вважається вродженою вадою дозрівання кісткової тканини та носить спадковий характер. Симптоми захворювання найяскравіше проявляються у дітей в період змінного прикусу та статевого дозрівання. Стосовно методів лікування херувізму існують два погляди: хірургічне втручання з ретельним вишкрібанням вогнища дисплазії, чи споглядання за розвитком кісток щелеп, так як диспластично змінені ділянки можуть з віком хворого «дозрівати».

Метою дослідження було поділитися досвідом діагностики та лікування херувізму.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом та лікуванням було 4 хворих на херувізм, з них три чоловіка та одна жінка.

Результати: Терміни лікування: у жінки 35 років перші ознаки захворювання виявили в 9 років. Протягом 15 років, було проведено 7 операцій. Чоловік 45 років вперше звернувся по лікарську допомогу в 26 років, протягом 15 років було проведено 6 операцій у різних ділянках верхньої та нижньої щелеп. Кісткова тканина в ділянках вогнищ у обох хворих відновилися. Хлопця 10 років для огляду до нас привела мати, яка страждає на подібне захворювання, йому проведено втручання по типу цистотомії зі збереженням зачатків постійних зубів. Мати другого хлопця звернулася за консультацією з приводу затримки прорізування правих різців верхньої щелепи та порушення прикусу. Дитині 1 рік тому було проведено втручання на нижній щелепі з приводу кісти, яку було видалено разом з тимчасовими зубами та зачатками постійних зубів. При огляді всіх чотирьох хворих – форма обличчя з широкими кутами нижньої щелепи, трохи виступаючим підборіддям, більше виражена у дітей. У всіх хворих гістологічне дослідження видалених тканин не підтвердило дані за істинні пухлини щелеп. Зміни, що отримані у препаратах, відповідають за наявність кістково-фіброзної дисплазії щелеп.

Висновки: Херувізм, як один з різновидів фіброзної дисплазії, є захворюванням що рідко зустрічається, носить спадковий характер. Симптоми захворювання найяскравіше проявляються в період змінного прикусу та статевого дозрівання, супроводжуються затримкою прорізування постійних зубів, або їх відсутністю. При первинних оглядах дітей лікар-стоматолог має звертати увагу на форму обличчя та щелеп, ретельно збирати сімейний анамнез. При обстеженні призначати адекватне рентгенологічне обстеження. Необхідно проводити правильну диференційну діагностику між істинними пухлинами, одонтогенними кістами та системними ураженнями кісток. Хірургічне втручання має бути щадним, з максимальним збереженням зачатків постійних зубів. Після закінчення періоду статевого дозрівання та становлення гормонального фону хвороба регресує, обличчя приймає більш фізіологічну форму, а в дисплазованих ділянках «дозріває» кісткова тканина.

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДА КЕФАЛОГРАФІЇ

Астанова Христина Рафаїлівна

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

Кафедра оториноларингології

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

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

Актуальність: Цукровий діабет - хронічне метаболічне та системне захворювання, яке може супроводжуватися ускладненнями з різних систем. В дітей та підлітків виявляють порушення з боку ЛОР органів, зокрема вестибулярні порушення. Саме такі дисфункції погіршують рівень життя молоді та ускладнюють їх соціалізацію в суспільстві. Вестибулярна система важлива для здорового моторного розвитку (вставання та ходьби). Вона відповідає за баланс під час статичного положення та руху. Були проведені дослідження, що незалежно від наявності ускладнень, є зв'язок між цукровим діабетом та порушенням вестибулярної функції. Механізм діабетичної вестибулопатії є складним і все ще потребує вивчення (Деева Ю.В., 2011 рік). Проте важливо проводити пацієнтам тести та методики для раннього виявлення вестибулярних розладів та залучати до навчання дітей та підлітків, надаючи рекомендації щодо покращення їхнього стану.

Мета: Оцінити вестибулярну функцію у дітей з цукровим діабетом І типу, використовуючи метод кефалографії. А також виявити порушення, які можуть виникати у пацієнтів та провести кореляцію із рівнем HbA1c.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі Національної Дитячої Спеціалізованої Лікарні «Охматдит», у відділенні ендокринології. Критеріями виключення були: діти молодше 8 років, діти, які були госпіталізовані з вперше виявленим діабетом. Загальна кількість учасників 30 дітей. Серед дітей із цукровим діабетом виділяли 3 групи, залежно від рівня глікозилюваного гемоглобіну: компенсований, субкомпенсований та декомпенсований. Використовувався метод кефалографії, який полягає в реєстрації коливань тіла людини в положенні стоячи допомогою пристрою, укріпленого на голові випробуваного. За спеціальною формулою розраховують коефіцієнт кефалографії (Ркфг).

Результати: Середній показник коефіцієнту кефалографії склав 1,97 у групі контролю, у 13,3% виявили вищий показник, ніж оптимальний. У групі контролю він становив 2,91. Найвищий коефіцієнт виявили у пацієнтів з декомпенсованим станом, які мають високий ризик ускладнень, і дорівнював 3,25. Серед них 30% мали нормальний результат, а 70% вище оптимального.

Висновки: Таким чином можна стверджувати, що діти з цукровим діабетом мають вестибулярні порушення, які ускладнюють життя пацієнтів та знижують фізичну активність, обмежуючи заняття видами спорту, які потребують координації. Нами був отриманий кореляційно значимий зв'язок між коефіцієнтом кефалографії та рівнем HbA1c. Тому необхідно контролювати глікемічний профіль, проводити профілактику та лікування ускладнень і впроваджувати спостереження та методи виявлення вестибулярної дисфункції.

ОЛЬФАКТОРНА НЕЙРОБЛАСТОМА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Бережний І.А.¹, Олефір С.С.¹, Кондратюк В.В.², Даневич О.О.², Чуков А.А.², Деева Ю.В.¹, Корсак А.В.¹, Яцик В.А.²

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Корсак А.В.

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Цимбалюк В.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця¹

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМНУ»²

м. Київ, Україна

Актуальність: Ольфакторна нейробластома (ОН) є актуальною медичною та соціально-економічною проблемою, оскільки найчастіше розвивається у осіб працездатного віку. ОН — рідкісна злоякісна пухлина, що походить з ольфакторного епітелію і часто проростає в лобно-базальні ділянки головного мозку. Свочасне виявлення і оптимальна тактика хірургічного та ад'ювантного лікування із залученням мультидисциплінарної команди спеціалістів, включаючи оториноларинголога, нейрохірурга, онколога, радіолога та інших, є вкрай важливими для збереження якості життя пацієнта і його працездатності.

Мета: Представити та проаналізувати результати обстеження та комплексного лікування ОН на прикладі клінічного випадку, висвітлити особливості хірургічного видалення пухлини.

Методи дослідження: Аналіз клінічних даних, результатів інструментальних методів обстеження, особливостей хірургічного видалення та патогістологічних заключень.

Результати: Пацієнт К., 29 р, звернувся до отоларинголога зі скаргами на відсутність дихання через правий носовий хід. Стан хворого за шкалою Карновського — 90 балів. Проведено МСКТ принососих пазух, за даними якої виявлено об'ємне утворення носової порожнини праворуч. Проведено біопсію. Діагностовано ольфакторну нейробластому, grade 4 (ICD-0 – 9522/3). Пацієнту проведено МСКТ та МРТ головного мозку з контрастуванням. Виявлено ознаки об'ємного кістозно-солідного утворення правої носової порожнини із поширенням в гратчастий лабіринт, праву верхньощелепну та лобову пазухи, праву лобно-базальну ділянку. З метою радикалізації видалення була проведена одномоментна двоетапна операція із залученням отоларингологів. Перший етап — ендоскопічне ендоназальне видалення пухлини із правої порожнини носа, гратчастого лабіринту, правої верхньощелепної пазухи, правої половини лобної пазухи з пластикою дефекту основи черепу назосептальним клаптом. Другим етапом проведено кістково-пластичну трепанацію черепа в правій лобній ділянці, видалення лобно-базальної пухлини головного мозку, пластика дефекту твердої мозкової оболонки пластиною “ТахоКомб” та окістям. Консультований онкологом та радіологом, радіотерапія на момент консультації не показана. Призначена ад'ювантна хіміотерапія за протоколом ECarb (етопозид+карбоплатин). Виписаний під нагляд онколога за місцем проживання (на момент виписки за шкалою Карновського — 80 балів)

Висновки: Злоякісність та інвазивний ріст ОН обумовлюють важливість своєчасного та адекватного лікарського підходу для збереження якості життя пацієнта, що досягається залученням відповідних спеціалістів та формуванням мультидисциплінарного підходу.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ (клінічний випадок)

Васильцова-Микитенко М.А.

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

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність: Однією з косметичних та пластичних хірургічних втручань на повіках є блефаропластика. Таку операцію проводять при блефарохлазисі повік з косметичною метою, але після операції можливе виникнення певних ускладнень. Післяопераційні ускладнення блефаропластики варіюються від косметичних недоліків, шкірних змін, функціональних проблем, симптоматичного дискомфорту. Одним з таких ускладнень є утворення атером на місці швів після блефаропластики, які є косметичним дефектом, що спричинює дискомфорт і естетичне невдоволення пацієнток.

Мета: Представити клінічний випадок утворення атероми верхньої повіки лівого ока на місці швів після проведеної блефаропластики.

Методи дослідження: Під нашим наглядом перебувала хвора – жінка, 31 рік, атерома верхньої повіки лівого ока, яка виникла після блефаропластики. При зверненні до офтальмолога в Університетській клініці ім. О.О. Богомольця хвора скаржилась на виникнення новоутворення на верхній повіці лівого ока. Хвора пов'язує своє захворювання з тим, що 4 місяці тому їй була проведена блефаропластика верхньої повіки обох очей з накладанням безперервного лігатурного шва на місці розрізу. При огляді виявили на верхній повіці ближче до внутрішнього кута ока, на місці післяопераційного рубця, щільно-еластичне, округле жовтувате новоутворення розміром 5х3 мм, добре рухоме, безболісне. Встановлено наступний клінічний діагноз: атерома верхньої повіки лівого ока. Хворій було призначено та проведено хірургічне лікування з видалення атероми верхньої повіки.

Висновки: У наведеному клінічному прикладі продемонстрований випадок виникнення атероми верхньої повіки на місці накладання швів після проведеної блефаропластики, що може бути пов'язане з комбінацією таких чинників, як використання безперервного лігатурного шва на місці операційної рани і, як наслідок, поганого співставлення країв рани, та надмірне використання мазей на місці накладених швів. Таким чином, необхідно обов'язково проводити ревізію швів після блефаропластики та проведення адекватної регенеруючої терапії в післяопераційному періоді.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИКО-КОГЕРЕНТНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ОКА ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ КЕРАТИТАХ

Гавриляк І.В., к.мед. н., доцент Гребень Н.К.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність: Оптична когерентна томографія (ОКТ) - це неінвазивним метод діагностики in vivo, що дозволяє отримувати зображення з високою роздільною здатністю заднього і переднього сегментів ока. З моменту розвитку ОКТ на початку 1990-х років використовували лише для клінічної візуалізації сітківки людини. Даний метод діагностики розвивався швидко, що забезпечило можливість дослідження як заднього, так і переднього сегмента ока. Використання ОКТ переднього сегмента (AS-OCT) у клінічній, та дослідницькій областях зростає, особливо як додаткового методу діагностики, моніторингу стану очної поверхні та переднього відділу ока.

Мета: Проаналізувати діагностичні можливості застосування ОКТ переднього відділу ока при травматичних кератитах.

Методи дослідження: Нами обстежено 24 пацієнти (24 ока) з встановленим діагнозом травматичний кератит. Всім пацієнтам проведено стандартне офтальмологічне обстеження: вимірювання гостроти зору, біомікроскопія, метод фарбування рогівки флюоресцеїном, офтальмоскопія. Виконання оптико-когерентної томографії проводилося під час першого звернення та повторювали під час подальшого лікування.

Результати: Встановлено, що результати AS OCT корелюють із ступенем важкості перебігу травматичного кератиту. Оскільки AS-OCT забезпечує сканування поперечного розрізу рогівки, це допомагає оцінити глибину стромальної інфільтрації та товщину рогівки, краї та площину виразки більш достовірно ніж при проведенні біомікроскопії. У гострій стадії спостерігалася відсутність епітелію рогівки, змішаний вигляд передньої строми та неоднорідна відбивна здатність строми. Під впливом лікування спостерігалася зниження активності захворювання, що відобразалося на знімках у вигляді неправильного гіпорекфлексивного епітелію, гладкої передньої строми та гомогенної гіперрефлексивної строми. У стадії загоснення відбулося заповнення дефекту рогівки гіпорекфлексивним товстим епітелієм, збереження гіперрефлексивної підлеглої строми та демаркаційної лінії. Зміни середньої товщини рогівки відбувалися відповідно: при зверненні $434 \pm 127 \mu\text{m}$ ($p < 0,05$), порівняно з пролікованими пацієнтами $534 \mu\text{m} \pm 147 \mu\text{m}$ ($p < 0,05$).

Висновки. OKT додатково до основних методів обстеження дозволяє кількісно оцінити зміни рогівки, що допомагає встановити тяжкість захворювання та оцінити його прогресування, моніторинг перебігу хвороби під час лікування.

ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕЗІАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Гатальська Є.О.

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: На сьогодні частка прогеній серед всіх зубощелепних аномалій складає від 1,9% до 18%. У пацієнтів з III класом за E.Angle наявний субкомпенсований імунodefіцит через наявність перманентних запальних процесів у ротовій порожнині, а також неможливість повноцінного переживання їжі. Оскільки результатом оперативного втручання є порушення цілісності кісткової тканини, то основним завданням післяопераційного періоду буде створення умов для повноцінної регенерації кістки. Сьогодні, на нашу думку, лікарі недооцінюють значення імунної системи у реабілітаційному періоді, однак варто пам'ятати, що запальний процес є наслідком будь-якої операції, тому стан імунної системи визначає якість проходження усього запального процесу. Імуноцити мають здатність до виділення медіаторів, що сприяють проліферативним процесам в осередку запалення, що згодом призводить до повноцінної регенерації кісткової тканини. В свою чергу якість регенерації кістки визначає успіх хірургічного лікування. Без нормалізації імунної системи повноцінне відновлення кісткової тканини неможливе, а це нівелює результати оперативного втручання.

Мета: Метою роботи є дослідження ефективності використання імуномодуляторів з метою створення оптимальних умов для регенерації кісткової тканини у післяопераційному періоді пацієнта з III класом патології оклюзії.

Методи дослідження: Методом дослідження було визначення ефективності використання імуномодуляторів після хірургічного лікування мезіального прикусу шляхом оцінювання якості реабілітації пацієнта. Пацієнту вводили тималін 10 мг один раз на добу внутрішньом'язово протягом 10 діб.

Результати: У середньому післяопераційне відновлення після виконання ортогнатичних операцій складає 8-12 тижнів, у даній клінічній ситуації реабілітація пацієнта тривала 12 тижнів. Оцінювання післяопераційної реабілітації пацієнта проводилося за суб'єктивної оцінкою хворим власного стану, об'єктивних методів (оцінювання пропорційності обличчя, ступеня відкриття рота), даними КТ та імунограмою. Найбільш важливим показником регенерації кістки слугували дані КТ (денситометрія), згідно з якими кісткова тканина регенерувала повноцінно.

Висновки: Оскільки результатом хірургічного лікування стало повне та своєчасне відновлення пацієнта згідно з об'єктивними та суб'єктивними даними, ми можемо стверджувати, що використання імуномодуляторів позитивно впливає на післяопераційну реабілітацію хворого, а також віддалені результати лікування (повноцінна регенерація кісткової тканини), що доводить необхідність їх використання для даної категорії пацієнтів.

ТРАНСФОРМАЦІЯ СПЕКТРУ ТРАВМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ

Гриньова А.О.

Науковий керівник: асистент Ковтун Т.О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

В.О. Завідувача кафедри: к.мед.н., доцент Єфименко В.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) у дітей є достатньо розповсюдженими. Так, за даними клінічної бази кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Бого-

мольця, щороку на травматологічний пункт звертається від 4,5 до 6,1 тисяч дітей з приводу травматичних пошкоджень тканин обличчя. З них: травми м'яких тканин складають близько 87,85% від загальної кількості травматичних уражень; зубів (тимчасових та постійних) - 10,65%; верхньої та нижньої щелеп і кісток обличчя – 1,5%. З початком військової агресії Росії в Україні кількість та структура травм ЩЛД змінилися, що пов'язано з тимчасовим переміщенням населення (здебільшого родин з дітьми) з небезпечних регіонів на захід та за кордон України.

Мета: Визначити зміни кількості та спектру травм щелепно-лицевої ділянки у дітей за даними травматологічного пункту клінічної бази кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця після 24 лютого 2022 року.

Методи дослідження: Проведено аналіз 16806 архівних історій хвороб дітей з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки, які звернулись на травматологічний пункт КНП ДКЛ№7 у 2019 р. та 2022 р., після 24 лютого за розробленими картами обстеження.

Результати: Для порівняння даних було обрано 2019 рік, вибірка з якого є репрезентативною щодо початку пандемії SARS-Cov19. Так, в 2019 році на травматологічний пункт звернулось 11828 дітей, в 2022 році - 4978, тобто в 2,37 разів менше. З них, з травматичними пошкодженнями ЩЛД в 2019 році зареєстровано 6017 пацієнтів (50,87%), в 2022 році - 2159 (43,37%), що в 2,78 разів менше. До 24 лютого 2022 року трапилось 537 звернень, інше кажучи 24,8% випадків за весь рік. Слід зазначити, що після початку повномасштабної військової агресії, наприкінці лютого та в березні, робота закладів охорони здоров'я м.Києва була організована таким чином, що невідкладна допомога надавалась всім, хто звертався, незважаючи на вік та локалізацію пошкодження. В березні 2022 року на травматологічний пункт звернулось 11 пацієнтів з травмами, з яких один з пошкодженням верхньої кінцівки та один з множинними осколковими пораненнями вибуховою хвилею. Було зареєстровано 7 випадків травм м'яких тканин обличчя, 2- травм зубів. З покращенням військової ситуації в м.Києві та області (відступ російський військ було оголошено 6 квітня) мешканці почали повертатись в домівки. Це відзначилось на кількості пацієнтів. Так, в квітні 2022 року кількість хворих становила 52, а в травні - 169. В подальшому показники поступово збільшувались та досягли 182 на місяць. Щодо структури травматичних уражень, встановлено, що зменшилась кількість пошкоджень м'яких тканин до 75,73% за рахунок підвищення кількості травм зубів – 15,97%, щелеп - 2,9% та вилицево-орбітального комплексу - 1,18%. Також були зареєстровані випадки звернень пацієнтів з ураженням тканин носа – 4,14%, що є не типовим та в мирний час такі травми були спорадичними.

Висновки: Зміни, які виникли з початком військової агресії Росії в Україні стосуються як кількості, так і структури травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки у дітей. На травматологічний пункт клінічної бази кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця в 2022 році звернулось в 2,37 разів менше пацієнтів, порівняно з 2019 роком. З травматичними пошкодженнями ЩЛД в 2022 році звернулось в 2,78 рази менше дітей, ніж в 2019 р. Майже чверть звернень було зареєстровано до 24 лютого 2022 року. Виявлено, що структурний розподіл випадків змістився в сторону збільшення уражень твердих тканин обличчя та появи нозологій, які не типові для мирного часу - множинні осколкові ураження, травми кінцівок та структур носа.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ З АНОФТАЛЬМОМ ДО ОЧНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

Кебкало М.А.

Науковий керівник д.мед.н., професор Чепурний Ю.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: На сьогоднішній день питання деформацій та дефектів середньої зони обличчя є на часі, зокрема ділянки орбіт, зважаючи на збільшення постраждалих внаслідок військової травми, приріст новоутворень, що потребують радикальної операції, травматизації внаслідок ДТП та побутової травми. У пацієнтів із даною патологією відмічається стрімке зниження якості життя. Найбільш ефективним інструментом реабілітації даної групи пацієнтів є очне протезування

Мета: дослідження особливості підготовки протезного поля орбіти у пацієнтів з анофтальмом. Відслідкувати топографо-анатомічні зміни після різних видів травм.

Методи дослідження: Було проаналізовано медичні карти 14 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у період з 2022 по 2023 роки із встановленим діагнозом анофтальм. Пато-етіологічними чинниками втрати очного яблука були – мінно-вибухова травма, ДТП, вогнепальні поранення, побиття. У дане дослідження не були зараховані пацієнти із анофтальмом внаслідок спадково-генетичних порушень, дегенеративні зміни. Основним методом діагностики була комп'ютерна томографія.

Результати: За результатами дослідження 64.2% пацієнтів втратили око в результаті мінно-вибухової травми, у 57.1% пацієнтів проведено оперативне орбіти індивідуалізованим імплантом з РЕЕК.

Висновки: Для створення максимально сприятливих для подальшого протезування умов методом вибору є пластика очниці зі створенням опорно-рухової культури.

БОЙОВІ ТРАВМИ ОКА НА РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКІЙ ВІЙНІ 2022 р.

Кіреєва Д.О.

*Науковий керівник: Рижова Ірина Петрівна, кандидат медичних наук
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри: Жабоедов Дмитро Геннадійович
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Україна, м.Київ*

Актуальність: У зв'язку із повномасштабним вторгненням Російської Федерації на територію України різко виросла кількість важкої бойової травми ока. За період з березня 2022 року до лютого 2023 року в офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва проходили стаціонарне лікування 49 пацієнтів з бойовими травмами ока.

Мета: Оцінити характер бойових травм ока у пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні Олександрівської лікарні м. Києва; встановити кількісне співвідношення різних видів бойових травм ока; порівняти статистику, отриману в ході дослідження, зі статистикою іншої сучасної війни на прикладі війни в Пакистані.

Методи і матеріали. Проведено аналіз 49 історій хвороб пацієнтів, які проходять стаціонарне лікування в офтальмологічному відділенні Олександрівської лікарні м. Києва

Результати: У період з березня 2022 року до лютого 2023 року в офтальмологічне відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва надійшло 49 пацієнтів з травмами ока, що пов'язані з військовими діями. З них 14 (28,6%) вибухових травм, 13 (26,5%) проникних поранень та 22 (44,9%) поєднані травми.

В статті «Etiology and severity of various forms of ocular war injuries in patients presenting at an Army Hospital in Pakistan» (Syed Abid Hassan Naqvi, Sidra Malik, and Shahzad Nayyar) описується дослідження стосовно взаємозв'язку виду травми ока та тяжкості перебігу. Було проаналізовано дані 210 військових, що надійшли у відділення офтальмології військового госпіталю м. Пешавар у Пакистані у період з червня 2012 р. до березня 2016 р. з бойовими травмами очей. Отримано такі дані: вибухових травм 126 (60%), 48 проникних поранень (22,9%), поєднаних травм 36 (17,1%). Таким чином, за результатами даного дослідження, найпоширенішою причиною травм ока на війні є вибухи — більше половини випадків. На другому місці за поширеністю є проникні поранення (22,9%), а 17,1% випадків припадає на поєднані травми. В порівнянні з нашими даними схожа картина: серед ізольованих травм найпоширенішою є вибухова травма – 28,6%, а в пакистанському дослідженні – 60%. Частка проникних поранень майже однакова — 22,9% та 26,5%. Але в нашому дослідженні відмічається значно більша кількість поєднаних травм – 44,9% проти 17,1%, тобто перевищує в 2,6 рази.

Така різниця у результатах може бути пояснена особливостями ведення війни, видом озброєння, що використовується, а також якістю амуніції військових.

Висновки: Найпоширенішою бойовою травмою ока є вибухова травма – 28,6% випадків, у 26,5% випадків — проникні поранення. У 44,9% випадків травми є поєднаними. В порівнянні зі статистикою пакистанського військового госпіталю, в нашому дослідженні кількість поєднаних травм більша в 2,6 рази: 44,9% проти 17,1%.

АНТРОПОМЕТРІЯ СЛУХОВИХ КІСТОЧОК ТА ЇХ РЕШТОК, ОТРИМАНИХ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Кіто В.В., Яшан А.О.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Яшан О.І.
Кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії
Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Яшан О.І.
Національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
м. Тернопіль, Україна*

Актуальність: Хвороби вуха такі як отосклероз та хронічний середній отит (ХСО) приводять до порушення цілісності ланцюга слухових кісточок (ЛСК) або до анкілозу, та зниження гостроти слуху. Молоточок, коваделко, стремінце піддаються ерозії, навколо них накопичується патологічний вміст, формуються зрощення, що ускладнює правильну оцінку під час операції. Часто важко розпізнати слухові кісточки (СК) через обмежену видимість, патологічні зміни самих кісточок та оточуючих тканин. Визначені антропометричні дані (середні лінійні розміри та вага) певних частин СК допоможуть підібрати правильний варіант реконструкції ЛСК для ефективного відновлення слуху.

Мета: Визначити лінійні розміри та вагу видалених частин СК для максимального наближення розмірів та ваги протезу при відновленні ЛСК.

Методи дослідження: У дану розробку увійшли СК і їх частки, видалені у хворих на ХСО (28) і отосклероз (21). При ХСО видалення фрагментів кісточок передбачалось планом операції для кращої санації порожнин середнього вуха. Коваделко або його рештки видаляли для відновлення аерації ретротимпанальних просторів, голівку молоточка - для кращого хірургічного доступу до передніх відділів аттику і надійної санації протимпануму, тому що ці ділянки є найбільш частим місцем виникнення резидуальної холестеатоми. Арку стремінця забирали під час стапедотомії чи стапедектомії та заміщали тefлоновим протезом. Фрагменти СК відмивали у фізрозчині, очищали від патологічних нашарувань (грануляції чи холестеатоми), сушили та сортували. Вагу визначали на аналітичній вазі RADWAG AS 220.R2, лінійні розміри - мікрометром 0-25мм SIGMA. Статистичну обробку виконували програмним продуктом Microsoft Excel Office 2019.

Результати: У роботі надані антропометричні показники 53 фрагментів СК вилучених у 49 пацієнтів, у 4 з них забрано одночасно фрагменти молоточка і коваделка. Загалом досліджували 14 ерозованих молоточків, 18 коваделок і 21 стремінце.

Їх зважували і вимірювали висоту, глибину і ширину, діаметри округлих частин: голівок, ніжок, держальця; обчислювали середні значення та відхилення. Середня вага молоточка становить - $23,7 \pm 3,1$ мг, коваделка - $23,77 \pm 5,95$ мг, стремінця - $3,4$ мг. Середній діаметр голівки молоточка - $2,3 \pm 0,12$ мм, стремінця - $1,16 \pm 0,08$ мм, середній діаметр довгого відростка коваделка - $0,71 \pm 0,06$ мм, середня висота стремінця без основи $2,81 \pm 0,38$ мм.

Висновки: Визначені антропометричні показники решток СК, отриманих під час хірургічних втручань у хворих на ХСО та отосклероз, дають можливість правильно підібрати протез або кістковий чи хрящовий трансплантат при реконструкції ЛСК, а отже можливість більш ефективно покращити слух пацієнтів.

ВИБІР ПРОТОКОЛУ КРОС-ЛІНКІНГА В ЛІКУВАННІ КЕРАТОКОНУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТОВЩИНИ РОГІВКИ

Ковальов І.А.

Науковий керівник: к.мед.наук, доцент Сриниченко І.Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.наук Жабоєдов Г.Д.

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

Актуальність: За даними різних авторів, частота кератоконуса складає 1 випадок на 2000 людей в загальній популяції (Efekan Coskunseven, MD; 2008). З 1998-го року з метою лікування кератоконуса застосовується крос-лінкінг колагену рогівки. Класичний протокол проведення процедури передбачає опромінення рогівки ультрафіолетовим випромінюванням довжиною хвилі 365 нм з щільністю потоку енергії 3 мВт/см² протягом 30 хвилин, що забезпечує сумарну енергію в 5,4 Дж/см². За 20 років методика зазнала деяких змін. Сьогодні більшу популярність набувають методи акселерованого крос-лінкінгу, котрі проводяться з використанням більших щільностей енергії за менший час.

Мета: Оцінити безпеку і ефективність виконання крос-лінкінгу за різними протоколами.

Методи дослідження: Нами було проведено крос-лінкінг в трьох групах пацієнтів з товщиною рогівки не менше 400 мкм (по 20 очей в кожній групі). В першій групі застосований класичний протокол (3 мВт/см², 30 хвилин), в другій і третій групі – заакселерованим протоколом (9 мВт/см² за 10 хвилин і 18 мВт/см² за 5 хвилин відповідно). Через тиждень і через 1 місяць після проведення процедури, за допомогою оптичної когерентної томографії (ОКТ) визначалась демаркаційна лінія в стромі рогівки, яка визначає глибину проникнення крос-лінкінга. Оцінювалися стан рогівки за допомогою біомікроскопії через 1 тиждень і місяць.

Результати: В першій групі пацієнтів термін епітелізації рогівки становив $4,51 \pm 0,82$ доби в той час як в другій і третій групах цей період був статистично коротшим: $3,11 \pm 0,34$ ($p \leq 0,03$). В першій групі у одного пацієнта спостерігався стерильний інфільтрат, який потребував тижневого лікування кортикостероїдами місцево. В другій і третій групах жодні ускладнення не відмічались. ОКТ-обстеження рогівки виявило більш глибоку зону демаркації в першій групі (275 ± 86 мкм) і більш поверхневу у другій (221 ± 61 мкм) і третій групах (214 ± 49 мкм). Статистично значна різниця між першою групою і двома іншими ($p \leq 0,05$).

Висновки: Крос-лінкінг за класичною методикою завдає більш глибокого впливу опромінення, акселеровані методи призводять до більш поверхневого крос-лінкінга, але завдяки зменшенню тривалості процедури зменшують і час епітелізації рогівки і відповідно ризик ускладнень. Протоколи акселерованого крос-лінкінга доцільно застосовувати для тонших рогівок. Необхідне подальше спостереження даних груп пацієнтів для проведення порівняльної оцінки змін в рефракції рогівки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ

Ковальова А.М.

Науковий керівник: Доцент кафедри, кандидат медичних наук Рижова І.П.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: Доктор медичних наук, професор Жабоєдов Г.Д.

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

Актуальність: У зв'язку з підвищенням захворюваності на діабет в Україні на сьогоднішній день кількість хворих сягає більше 1,3 мільйона людей. Масштабність пандемії набуває значимості серед змін у структурі органу зору, а саме захворювання сітківки, що виявляє себе діабетичною ретинопатією. Це ускладнення діабету є однією з головних причин втрати зору у всьому світі.

Мета: Оцінка комплексного лікування пацієнтів з діабетичною ретинопатією, включаючих лазерну фотокоагуляцію сітківки із застосуванням препаратів атаксантину.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 15 пацієнтів, хворих на цукровий діабет II типу, з діабетичною ретинопатією, котрим проводилось лазерне лікування в поєднанні з препаратами атаксантину. Всім пацієнтам була проведена візометрія, комп'ютерна периметрія, офтальмоскопія, комп'ютерна когерентна томографія сітківки (ОКТ), електрофізіологічні дослідження (критична частота злиття світлових миготінь (КЧСМ), поріг електричної чутливості за фосфеном (ПЕЧФ), лабільність зорового аналізатора (ЛЗА)).

Результати: Група пацієнтів приймала препарати атаксантину протягом місяця до запланованої процедури панретинальної фотокоагуляції та 2 місяці після проведення процедури.

При спостереженні пацієнтів з діабетичною ретинопатією гострота зору лишалась стабільною, електофізіологічні показники такі як: КЧСМ - до лікування становила

$29,8 \pm 1,8$ Гц, після лікування – $36,5 \pm 2,1$ Гц; ПЕЧФ - до лікування – $260,7 \pm 20,1$ мкА, після лікування – $140,2 \pm 18,4$ мкА; ЛЗА – до лікування – $36,2 \pm 12,7$ Гц, після лікування – $42,3 \pm 14,3$ Гц.

При офтальмоскопічному обстеженні очного дна і ОКТ не визначалось прогресування діабетичної ретинопатії.

Висновки: Результати дослідження показали, що комбінація лікування препаратом астаксантину та лазерна фотокоагуляція сітківки пригнічує індукований ішемією фактор росту ендотелію судин (VEGF), судинну проникність і ангиогенез значно сильніше та ефективніше, ніж ізольоване проведення лише лазерного або консервативного лікування.

Комбіноване лікування дозволяє знизити ризик прогресування діабетичної ретинопатії у пацієнтів з цукровим діабетом II типу.

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ “ХВОРОБИ СУХОГО ОКА” В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У СТУДЕНІВ- МЕДИКІВ

Ковальська А.В.

Науковий керівник: к.мед.н. доцент Рижова І.П.

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Актуальність: Дистанційне навчання стало серйозним випробуванням для студентів в Україні. Спочатку масштабна пандемія, а згодом і війна змусила кардинально змінити формат навчання. Досить велике зорове навантаження отримали студенти–медики.

Мета: Оцінити ризик виникнення хвороби сухого ока у студентів–медиків в умовах дистанційного навчання за допомогою анкети - опитувальника.

Матеріали і методи. Було опитано 55 студентів, 55%-жінок та 45%-чоловіків. Більшість з них це студенти старших курсів–81,8 % Всі опитувані діагностувалися за допомогою таких пунктів анкети: стать, рік навчання, час роботи та симптоми при користуванні гаджетами, наявність в анамнезі проблем з зором, травм та хірургічних втручань, патологій рефракції (використання окуляра, лінз) дерматологічних та ревматоїдних захворювань, прийому системних лікарських засобів, кількість вмивань на добу, наявність шкідливих звичок (паління), і чи пов'язують вони погіршення зору з дистанційним навчанням.

Результати: За даними опитування 21,8% проводять за гаджетами 3-6 годин на добу, 18,2% 12-20 годин, і 60% проводять 6-12 годин. 35 студентів(63,6%) при роботі з моніторами відчувають розмитість зору, 33(60%) сухість та відчуття стороннього тіла в очах, 26(47,3%) відчувають подразнення та печучість, 21(38,2%) помічають що моргають рідше, 19(34,5%) скаржаться на почервоніння очей, 14(25,5%) на слезотечу та свербіж, 7(12,7%) на світлобоязнь. 41,8% опитаних мають міопію, 5,5%- гіперметропію, 9, 1% -астигматизм, 36,4% - не мають ніяких проблем з зором, та у 7,3% дані відсутні. Використовують окуляри для корекції зору- 38,2% та 16,4% користуються контактними лінзами. 9,1%- приймають КОК, 5,5%- системні ретиноїди, 2%- приймають антигістамінні препарати. 1,8 % з опитаних приймають ізотретиноїн, бета-блокатори, антидепресанти. 29,1% опитаних студентів мали колись алергічний кон'юктивіт. 47,3% вмиваються 2-3 рази на день, 47,3% 1-2 рази на день, 5,5 % 3 і більше. У 9,1% попередньо були хірургічні втручання на органах зору, Стільки ж відсотків мали травми ока. 18,2% хворіли колись на атопічний дерматит. 7,3% мають в анамнезі системні запальні захворювання, 25,5% мають дерматологічні захворювання. 14,5% студентів палять. У 58,2% до дистанційного навчання таких скарг не було і вони пов'язують погіршення (або прогресування наявних проблем в анамнезі) їхнього зору з дистанційним навчанням.

Висновок. Отже, оцінивши наявність потенційних факторів розвитку хвороби сухого ока в кожного опитаного, можна підтвердити високий ризик виникнення даної патології у студентів медиків. Рекомендовано подальше дообстеження та лікування з метою зменшення симптомів хвороби сухого ока та покращення якості життя опитуваних.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МІСЛОМНОЇ ХВОРОБИ З УРАЖЕННЯМ КІСТОК ЧЕРЕПА НА ПРИКЛАДІ ДВОХ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Коломієць Н.А.

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

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф., акад. НАНУ та НАМНУ Цимбалюк В.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Солітарна кісткова плазмоцитома — нечастий вид мієломної хвороби, при якому спостерігається ураження кісткової тканини, у тому числі черепа, у зв'язку із чим, за відсутності ознак системного мієломатозу, маніфестує симптоматика локального стиснення головного мозку.

Мета — покращити діагностику і лікування солітарних плазмоцитом черепа шляхом висвітлення і аналізу двох клінічних випадків цієї рідкісної патології.

Методи дослідження: Клінічні випадки обрано із когорти спостережень на базі ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України». Діагностику виконано із залученням загальноклінічного, неврологічного і офтальмологічного обстеження, а також магнітно-резонансної (МРТ) і мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) голови, остеосцинтиграфії, патогістологічного дослідження і низки лабораторних аналізів.

Результати: *Пацієнт Ю.*, 38-ми років, звернувся зі скаргами на головний біль, навколоорбітальний набряк, екзофтальм праворуч. Тривалість захворювання на момент огляду — 2 місяці. На МРТ голови — ознаки краніоорбітального новоутворення правої лобової ділянки з неоднорідною структурою, чіткими нерівними контурами, вогнищевими звапненнями та нерівномірним накопиченням контрастної речовини. На МСКТ голови — новоутворення гетерогенне, поширене у орбіту та верхні відділи решітчастого лабіринту, спричиняло дефекти лобової кістки і компресію передніх рогів бічних шлуночків, зміщення серединних структур мозку ліворуч на 3 мм. Хірургічне лікування включало тотальне видалення пухлинних мас, пластику дефектів твердої мозкової оболони (ТМО) і кісток склепіння черепа. Природу процесу з'ясовано патогістологічно. *Пацієнтка М.*, 67 років, з семилітнім анамнезом мієломної хвороби, у стадії ремісії, скаржилась на зниження зору на праве око, прогресуючий екзофтальм праворуч. На МСКТ — об'ємне новоутворення правої орбіти зі звапненнями, поширенням у порожнину черепа та у праву лобову пазуху, компресією очного яблука і деструкцією кісток черепа. Здійснено тотальне видалення пухлини, пластику дефектів ТМО та кісток склепіння черепа. Природу процесу з'ясовано патогістологічно.

Висновки: Стратегія лікування мієломної хвороби ґрунтується на ранньому залученні променевої терапії та, в окремих випадках, хіміотерапії. Однак, солітарні плазмоцитоми черепа, маніфестуючи схожим із менінгіомами чином, діагностуються *post factum* і вимагають першочергового хірургічного усунення компресії структур орбіти та порожнини черепа, з подальшим з'ясуванням уражень інших органів і систем та консервативним лікуванням під динамічним нейрохірургічним спостереженням.

ВПЛИВ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ОРГАНІЗМУ ВІТАМІНОМ D НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ПРИ ВІКОВІЙ ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ

Комарова Т.М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Вітовська О.П.

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність: Незворотна втрата зору є однією з глобальних проблем людства. Це не лише медична проблема, але й соціально-економічна, оскільки на утримання недієздатних осіб виділяється більше коштів і необхідно більше матеріального забезпечення, ніж на осіб, які можуть самі себе обслуговувати. Вікова дегенерація макули (ВДМ) займає перше місце у високо розвинутих країнах та третє місце у світі (після катаракти та глаукоми) щодо юридичної сліпоти. ВДМ є багатофакторним захворюванням. Останніми роками проведено чимало досліджень, присвячених ролі вітаміну D у перебігу хронічних захворюваннях ока, в тому числі ВДМ. Питання недостатності та дефіциту вітаміну D активно вивчається фахівцями різних галузей.

Мета: Визначення рівня вітаміну D та його зв'язку із зоровими функціями у хворих на вікову дегенерацію макули, сухої форми.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані досліджень 2 груп жінок постменопаузального віку: 1 група – досліджена (58 осіб – 58 очей) – з віковою дегенерацією макули (суха форма); 2 група – контрольна (29 осіб – 29 очей) – без офтальмологічної патології. У групах середній вік пацієнтів становив 65 років.

Ступінь забезпеченості організму вітаміном D оцінювали за класифікацією С. Gómez Alonso, 2003.

Гостроту зору перевіряли суб'єктивно за допомогою таблиці ETDRS, враховувалася максимальна скоригована гострота зору.

Для дослідження контрастної чутливості використовували таблиці «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test» – переносні, розраховані на використання на відстані 50 см.

Результати: У досліджуваній групі 37 пацієнтів (63,8%) мали дефіцит вітаміну D, 21 особа (36,2%) – недостатність вітаміну D. У контрольній групі ці показники становили 69% і 31% відповідно. Ці показники були визначені як низькі (нормальним вважається забезпечення вітаміну D 100 нмоль/л і більше).

Показники гостроти зору за шкалою ETDRS становили $0,2 \pm 0,06$ ($p=0,101$) у групі дослідження та $0,1 \pm 0,06$ ($p=>0,1$) в контрольній групі.

Логарифмічні показники контрастної чутливості ($\log CS$) у контрольній групі склали $1,6$ ($1,56-1,64$) $\log CS$ ($p<0,01$), у групі дослідження вони були знижені до $1,04$ ($0,96-1,12$) $\log CS$ ($p=0,011$).

Висновки: Пацієнти з віковою дегенерацією макули, сухою формою, мають низький рівень вітаміну D: недостатність вітаміну D (51-75 нмоль/л) та дефіцит вітаміну D (до 50 нмоль/л), з переважанням його дефіциту.

Пацієнти з дефіцитом вітаміну D мають нижчі показники гостроти зору та контрастної чутливості порівняно з пацієнтами з недостатністю вітаміну D.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ФОРМИ І РОЗМІРІВ НОСОВИХ РАКОВИН

Ладюкова Д.І.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: Збільшення об'єму носових раковин, внаслідок набряку, гіпертрофії клітин слизової оболонки та вроджених аномалій розвитку може бути гострою або хронічною проблемою. Це спричинено багатьма факторами, зокрема: інфекція верхніх дихальних шляхів, хронічні та гострі алергічні реакції зміни можуть бути причиною погіршення носового дихання (James B. Maddox). Медикаментозна терапія та порушення гормонального фону також можуть викликати відчуття закладеності носа. Застосування медикаментозної терапії, а саме: антигістамінних препаратів, назальних деконгестантів або топічні кортикостероїдів дають позитивний ефект (Кох, 2018). Багато пацієнтів відмічають появу симптомів через певний час, тому таким хворим рекомендовано проводити хірургічну корекцію форми і розмірів носових раковин.

Мета: провести аналіз ефективності методів хірургічної корекції форми і розмірів носових раковин серед пацієнтів УК НМУ О.О. Богомольця.

Методи дослідження: В Університетській клініці НМУ імені О.О. Богомольця було проліковано 20 пацієнтів. Всім хворим проведено передопераційне обстеження та післяопераційний огляд на сьомий, чотирнадцятий, дев'яностий, сто восьмидесятий день за допомогою таких методів: огляд за допомогою передньої риноскопії, дослідження за допомогою комп'ютерної томографії (передопераційний етап), ендоскопічний огляд та анкетування. Оперативні втручання були виконані такими методами: електрокаустика носових раковин, турбінопластика за допомогою мікродербідера (ТМД), вазомотія та часткова підслизова конхотомія нижніх носових раковин (ПКННР).

Результати: За результатами післяопераційного огляду хворі після проведеної електрокаустики відмічали: відсутність кров'янистих виділень, наявність великої кількості кірок в носовій порожнині, під час обстеження та ендоскопічного огляду відмічалася наявність великої кількості щільних кірок в зоні проведення хірургічного втручання, відсутність набряку та кров'янистих виділень. Пацієнти після ТМД відмічали скарги на значні кров'янисті виділення з носової порожнини, при обстеженні та ендоскопічному огляді відмічалася відсутність кірок в носових ходах, велика кількість кров'янистих згустків в носовій порожнині. Відмічалася відносно довготривалий процес загоєння слизової оболонки. Хворі, яким проведено вазотомію, відмічали відносно невелику кількість кров'янистих виділень з носової порожнини та утворення кірок. Процес загоєння відбувався швидко. Пацієнти після ПКННР скаржилися на періодичні кров'янисті виділення з носової порожнини в ротоглотку, при огляді відмічалася помірний набряк слизової оболонки носових раковин та помірна кількість кірок.

Висновок. Вибір методики проведення корекції форми та розміру носових раковин залежить від виду патології, яка уражає слизову оболонку і підслизовий шар. Відносно ошадливим методом є вазотомія носових раковин, яка дозволяє відновити носове дихання вже в ранньому післяопераційному періоді. ТМД є більш травматичною методикою але дозволяє відновити носове дихання і забезпечує відсутність рецидиву на довгий життєвий період. ПКННР може розглядатися як проміжний варіант між двома вищевказаними, що застосовується при змішаній формі хронічного риніту. Електрокаустика відноситься до ошадливого методу з мінімальним ризиком ускладнень але результат може бути не довготривалим.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНОГО ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛОР ОРГАНІВ, НА ОСНОВІ ОГЛЯДУ ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОДУ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.

Малишев К.С.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: Діагностика хвороб ЛОР органів, що пов'язана з професійною діяльністю, важлива ланка в етапі охорони праці. Рання діагностика захворювань ЛОР органів, що пов'язані з певними видами професійної діяльності, дозволяє позитивно впливати на якість життя, а також дає можливість для створення окремих алгоритмів професійних оглядів, для діагностики та лікування (Маоуа, 2019).

Мета: Проаналізувати дані по причинах звернення хворих та скарги при проведенні професійних оглядів для виявлення частоти певних захворювань у груп пацієнтів з різною професійною діяльністю.

Методи дослідження: В даному дослідженні було використано звіти про роботу отоларингологічного кабінету поліклініки Університетської клініки за 2017-2022 рік, в яких є дані про проведення профілактичних оглядів у груп населення з різною професійною діяльністю.

Результати: На основі отриманих та проаналізованих даних можна виділити певний негативний вплив професійної діяльності, де частота виявлених захворювань більша. (Звіт статистичної служби України за 2017-2022 рік, додається в дослідженні.) Працівники водоканалу - 12700 пацієнтів. Серед них скарги на зниження слуху, головні болі та шум у вухах виявлено у 1017 пацієнтів. За результатами аудіометричних досліджень було підтверджено 574 випадки нейросенсорної приглухуватості. Співробітники служби надзвичайних ситуацій - 3574 пацієнта. Серед них частіше за все виявляються скарги на зниження слуху, головні болі та шум у вухах, закладеність носу та порушення носового дихання. 542 пацієнтам було встановлено діагноз хронічна нейросенсорна приглухуватість. 432 пацієнтам за даними рентгенографій принососих пазух було встановлено діагноз хронічний верхньощелепний синусит.

Висновки: За даними що були проаналізовані можна зробити висновок, що певні професійні шкідливості виявляються на підприємствах, які мають у роботі підвищені показники виробничого шуму. Праця в умовах підвищеної вологості, дії низької температури та підвищення атмосферного тиску. Для вищеперерахованих підприємств, розроблено певний алгоритм дослідження ЛОР органів: перевірку шепітної мови, аудіометричне дослідження 1 раз на рік. тощо. При наявності скарг та симптомів верхньощелепного синуситу, рентгенографія принососих пазух. Всі інші підприємства, що обслуговуються у УК НМУ проходять стандартний медичний огляд, так як захворювання ЛОР органів, що у них виявлено, відповідають стандартним статистичним даним.

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СМАРТФОНІВ

Мельник Х.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент кафедри офтальмології Коцинець О.Б.

Кафедра офтальмології

Завідувачка кафедри: д.мед.наук, доцент Мойсеєнко Н.М.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: У сучасному світі у зв'язку з частим використанням смартфонів порушення зору стали досить поширеними. Люди користуються гаджетами не лише для зв'язку і розваг, але і для роботи, навчання та пошуку інформації. Протягом останніх років дослідження показують, що довготривале використання мобільних пристроїв може призводити до значного порушення зору.

Мета: Метою дослідження є визначення впливу тривалого користування смартфонами на зниження гостроти зору, втому очей та головного болю (астенопія). Ми також досліджуємо можливі способи запобігання цим проблемам та рекомендації з їх лікування.

Методи дослідження: У дослідженні використовувалися наукові статті, медичні дослідження та опитування серед користувачів смартфонів. Було проведено аналіз літературних джерел для вивчення впливу екранів гаджетів на зниження гостроти зору, втому очей та головний біль.

Результати: Довготривале користування мобільними пристроями може призвести до погіршення зору та міопії. Екрани смартфонів випромінюють блакитне світло, яке впливає на якість сну та призводить до безсоння. Синдром сухого ока може виникати через зменшення частоти моргання, внаслідок чого зменшується виділення сльози із додаткових слізних залоз, що призводить до сухості очної поверхні. Для запобігання порушень зору при використанні телефонів рекомендується використовувати спеціальні захисні лінзи, які зменшують випромінювання блакитного світла, регулярно робити перерви під час користування та використовувати «нічний режим» на екрані смартфона. Крім того, важливо вести здоровий спосіб життя, що містить регулярні фізичні вправи та здорове харчування.

Висновки: Отже, порушення зору при використанні мобільних пристроїв є досить поширеним явищем. Довготривале користування гаджетами може призвести до порушень зору, втому очей та головний біль. Для запобігання цих проблем варто зменшити тривалість користування, робити регулярні перерви, знижувати яскравість екрана та використовувати спеціальні програми та аксесуари. Крім того, важливо вести здоровий спосіб життя, що допоможе знизити ризик виникнення порушень зору та інших проблем зі здоров'ям. Дане дослідження може бути корисним для людей, які використовують смартфони щоденно, і для тих, хто хоче піклуватися про своє здоров'я та знизити ризик виникнення проблем зі зором.

РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ДІЛЯНЦІ.

ОПИС КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Михайленко А.О.

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

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця м. Київ, Україна, кафедра щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології

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

Актуальність: Тема бойової травми щелепно-лицевої ділянки надзвичайно важлива у наш час. З моменту повномасштабного вторгнення частота бойової травми зросла, але точну статистику на цей час зробити не можливо, оскільки вторгнення ще триває. В період проведення АТО/ООС частота переломів кісток лицевого черепа діагностовано у 42,1%, ізольовані ушкодження м'яких тканин – у 48,1% .

Мета: Основною метою роботи є аналіз і описання двох операцій по реконструкції нижньої щелепи шляхом металостеосинтезу і аутотрансплантації кісткового матеріалу взятого із клубової кістки і двостороня радикальна гайморотомія, резекція правого вінцевого відростка, операції проводили працівники кафедри щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології НМУ ім. О.О.Богомольця.

Методи дослідження: Матеріалами для даної роботи став аналіз 2х операцій, проведених в у клініці НМУ.

Діагноз першого військовослужбовця: МВП ЗЧМТ. Множинні вогнепальні осколкові сліпі поранення м'яких тканини підборіддя, з вогнепальним багатоуламковим переломом нижньої щелепи.

Другий військовослужбовець після поранення був прооперований в Київській лікарні, було проведено металостеосинтез виличного відростка, встановлена пластмасова пластинка що заміщує дефект очниці, далі пацієнт був направлений в Уніклініку НМУ. Причиною направлення була контрактура нижньої щелепи, ступінь відкриття рота 12 мм, утруднене носове дихання, осколки в гайморовій пазусі, неможливість санації ротової порожнини. Пацієнту було проведено двостороню радикальну гайморотомію, резекцію правого вінцевого відростка.

Результат. За результатами операції у першого пацієнта, симетрія обличчя була відновлена, деформацію нижньої губи усунуено, висічені рубці, видалена некротизована тканина та поставлена нова титанова пластина. Стан пацієнта після операції є задовільним.

У другого пацієнта після операції ступінь відкриття рота був 5 см, що є хорошим результатом, пазухи були сановані.

За результатами проведених оперативного втручання можна стверджувати, що пацієнтам була надана висококваліфікована допомога співробітниками кафедри щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця в клініці НМУ.

Висновки: В умовах війни кількість поранених з бойовою травмою ЩЛД значно зросла, але точних цифр на даний час ми не маємо. Пацієнтам із травмою ЩЛД перед реконструктивними операціями, потрібно проводити ретельне обстеження у суміжних спеціалістів, стабілізувати загальні показники для подальшого проведення операції. Осколкові поранення зони голови і шиї несуть в собі великі ризики оскільки можуть уражатися великі магістральні судини, головний мозок та нервові сплетення. Зона обличчя має велике естетичне значення, тому пацієнтам потрібно проводити операцію урахувавши косметичні аспекти, оскільки військовослужбовець, внаслідок травми, може відчувати психологічний дискомфорт під час соціальної взаємодії, через свій дефект.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕДНЬО-ЛАТЕРАЛЬНОГО КЛАПТЯ СТЕГНА (ALT) ВРЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ ОБЛИЧЧЯ

Османов Б.Х.

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

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО НМУ ім. Богомольця

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

Актуальність: В Україні, із початком військових дій у 2014 році, а згодом і повномасштабного вторгнення в 2022 році, значно збільшилась кількість пацієнтів із високоенергійною травмою та її наслідками, а проблема лікування даної групи населення набула великої актуальності та медико-соціального значення. Застосування прийомів місцевої пластики при заміщенні дефектів лімітується розмірами дефекту та станом оточуючих тканин, тому використання вільних васкуляризованих та аваскулярних аутологічних трансплантатів розширює можливість реконструктивно-відновних операцій. Попри різноманіття донорських трансплантатів за їх тканинним складом, важкістю забору та потенційними розмірами, недоліки та переваги кожного аргументують їх застосування в тому чи іншому клінічному випадку. Васкуляризовані клапти є важливим джерелом інтактних тканин та дозволяють компенсувати їх значний дефіцит. Одним з таких трансплантатів, що набув широкого використання в реконструктивно-відновній хірургії обличчя, є передньо-латеральний клапоть стегна (ALT), відносна простота забору якого, розміри та об'єм шарів здатні закривати дефекти значних розмірів (до 25 см) різної локалізації.

Мета: Вивчити ефективність застосування передньо-латерального клаптя стегна в лікуванні хворих з посттравматичними та післяопераційними дефектами та деформаціями тканин щелепно-лицевої ділянки, спричиненими вогнепальною травмою залежно від вихідної клінічної ситуації.

Методи дослідження: Критерієм включення в дослідження були пацієнти з післятравматичними та післяопераційними деформаціями щелепно-лицевої ділянки, що супроводжувались значним дефіцитом м'яких тканин. В період з жовтень по березень 2022-2023 років було прооперовано 12 пацієнтів із використанням вільного васкуляризованого передньо-латерального клаптя стегна. Кісткові дефекти, за показаннями, симультанно заміщувались кістковими блоками з гребеня клубової кістки.

Термін післяопераційного спостереження становив 2-6 місяців.

Результати: В усіх випадках передньо-латеральний клапоть стегна застосовувався для створення м'якотканого об'єму при реконструкції нижньої щелепи, в 7 пацієнтів його використання було поєднано із встановленням кісткового аутотрансплантату з гребеня клубової кістки. В дослідженні приймали участь 10 чоловіків та 2 жінок, середній вік 41 ± 17 років. Середній час операцій становив 425 ± 68 хвилин. Ускладнення, що призвели до відторгнення трансплантата внаслідок його тромбозу трапились в 1 пацієнта. Серед дрібних ускладнень, що не вплинули на кінцевий результат, спостерігався розвиток гематоми в ранньому післяопераційному періоді та часткове розходження країв рани. Загальний відсоток успіху застосування ALT-клаптя становив 91.6%.

Висновки: Передньо-латеральний клапоть стегна є методом вибору у реконструктивно-відновній хірургії обличчя та може бути використаний для компенсації значного дефіциту м'яких тканин як в самостійному використанні, так і в створенні м'якотканого ложа для встановлення пацієнтспецифічних конструкцій та кісткових аутотрансплантатів.

МЕТАСТАЗУВАННЯ ПУХЛИН ОРБИТИ. ОРБИТАЛЬНІ ТА ОЧНІ МЕТАСТАЗИ СОЛІДНИХ ПУХЛИН ОРГАНІЗМУ

Пурій Д.А.

*Науковий керівник: д.мед.н., доцент Баран Т.В.
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосєдов Д.Г.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: Орбітальні та очні метастази – відносно рідкісна і складна група злоякісних новоутворень. Ретельне знання анатомії орбіти та суміжних органів має допомагати класифікувати орбітальне ураження та вибрати ідеальний хірургічний доступ.

Мета: Проаналізувати шляхи та локалізацію метастазування пухлин орбіти, а також які солідні пухлини організму найчастіше метастазують в орбіту. Оцінити основні особливості клініки, епідеміології та рентгенологічної картини орбітальних та очних метастазів.

Матеріали і методи. Доступні електронні сайти та літературні джерела, зокрема American academy of ophthalmology, National library of medicine.

Результати: Метастази класифікують на внутрішньоочні (увальні), екстраокулярні (орбітальні) та пряме поширення пухлин із сусідніх ділянок.

Загальні первинні локалізації внутрішньоочних метастазів: карцинома молочної залози, легені, шлунково-кишкового тракту, сечостатевого тракту, меланома шкіри, нейробластома, папілярна карцинома щитовидної залози (рідко), карцинома яєчка (рідко).

У дорослих орбітальні метастази можуть бути спричинені такими первинними пухлинами: рак молочної залози, бронхогенний, рак простати, аденокарцинома ШКТ, карцинома щитовидної залози, нирково-клітинний рак, лейкемія, аденокарцинома підшлункової залози, карцинома ендометрію, яєчників, меланома, уротеліальна карцинома сечового міхура, неходжкінська лімфома, семінома яєчка.

У дітей переважна більшість орбітальних метастазів викликана нейробластомою, саркомою Юінга, пухлиною Вільмса.

На основі рентгенологічних досліджень встановлено, що найчастіше вражається верхній латеральний квадрант, хоча місцем метастатичного відкладення можуть бути всі частини орбіти.

Висновки: Отже, загальні первинні пухлини, що метастазують в орбіту та внутрішньоокулярно, є карциномами, і мають ідентичну локалізацію: молочна залоза, легені, ШКТ та сечостатевого тракту, проте у дорослих орбітальні метастази також можуть бути спричинені лейкемією, неходжкінською лімфою, аденокарциномою підшлункової залози. У дітей більшість орбітальних метастазів викликана нейробластомою, саркомою Юінга, пухлиною Вільмса.

Орбітальні метастази є рідкісними, становлять 2-11% усіх орбітальних новоутворень, а внутрішньоочні - понад 80% усієї очної патології.

Частота метастазів може відрізнятися залежно від демографічних показників і країни походження дослідження.

Висока поширеність безсимптомних орбітальних відкладень, що підтверджується у серіях аутопсій. Проте при клініці орбітальних метастазів (за винятком метастазів раку молочної залози) у близько 40% пацієнтів орбітальні симптоми виникають задовго до того, як проявляються місцеві симптоми первинної пухлини, і тому є першою ознакою прогресуючої злоякісності.

ФУНКЦІОНУВАННЯ МУКОЦИЛІАРНОГО ТРАНСПОРТУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ НОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Деєва Ю.В., Коновалов С.Е., Бабченко Н.В., Пурій Д.А.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Кафедра Оториноларингології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: Мукоциліарний кліренс є вкрай важливим механізмом неспецифічного захисту слизової оболонки носової порожнини і носового дихання загалом, тому визначення показника його тривалості корелює із суб'єктивною оцінкою якості життя.

Вперше циліарна активність була відкрита в 1835 р. Sharpey і лише через 100 років цей показник почали розглядати як провідний у фізіології порожнини носа та приносних пазух. МКА можна виміряти за допомогою прямих (стробоскопії, мікрокінематографії, та мікроосцилографії) або непрямих методів (сахариновий тест і риносцинтиграфія). Попередні дослідження показали, що порушення архітекtonіки носової порожнини, наприклад, як викривлення носової перегородки, погіршує МКА через втрату війок, посилення запалення та зменшення щільності залозистих ацинусів.

Мета: Дослідити тривалість мукоциліарного транспорту залежно від стану носової порожнини та в асоціації із суб'єктивними симптомами за оцінкою опитування SNOT-22.

Матеріали і методи. До нашого дослідження було включено 30 пацієнтів, всі учасники підписали добровільно-інформовану згоду. За результатами ендоскопічного дослідження вони були поділені на дві групи: контрольну та групу порівняння, кількістю 15 в кожній. Критеріями включення були пацієнти від 18 до 75 років з встановленими діагнозами: викривлення носової перегородки.

родки. Критерії виключення: вагітні, психічно хворі, пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини, пацієнти, що хворі на алергічний риніт, пацієнти, що палять.

Результати: За даними опитування SNOT-22 найбільш вираженими є «назальні» та «симптоми сну», зокрема це закладеність носа, постаназальне затікання, розбитість після пробудження, втомлюваність, зниження працездатності.

Середній час СТ 16,8 хв (діапазон від 4 хв до 50 хв), що відповідає нормальному ступеню мукоциліарного транспорту. Із 15 учасників з встановленим діагнозом викривлення переділки носа у 8-х час СТ склав більше 20 хв (діапазон від 23 хв до 50 хв), що відповідає середньому ступеню. У даній вибірці у 8 учасників ми спостерігали середній ступінь порушення мукоциліарного кліренсу за СТ, найбільше значення сумарної кількості балів за SNOT-22 (діапазон 24 – 34 б) – у 6, при чому лише в 3-х учасників ці результати корелюють.

Висновки: За результати SNOT-22 на якісь життя найбільше впливають «назальні» та «симптоми сну». Об'єктивно, за даними риноскопії та анамнезу, при викривленій носовій перегородці, змінах слизової оболонки носової порожнини, час СТ довший і відповідає середньому ступеню.

СТ дає інтегральну оцінку стану мукоциліарного транспорту, оскільки результат дослідження залежить від стану обох ланок кліренсу (реологічні властивості слизу, рухова активність війчастого епітелію), однак, як і SNOT-22 є суб'єктивним методом, тобто дозволяє опосередковано оцінювати стан мукоциліарного кліренсу, орієнтуючись виключно на відчуття пацієнта.

РЕГЕНЕРАЦІЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА ПІД ВПЛИВОМ ІНВАЗИВНОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ У ЕКСПЕРИМЕНТІ

Рафт Мохаммад Дауд Альмхайрат¹, Петрів Т.І.²

Науковий керівник: канд.мед.наук, доцент Лузан Б.М.

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедри: акад. НАМН, д-р.мед. наук, проф. Цимбалюк В.І.

¹Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Відділення відновлювальної нейрохірургії з рентгеноопераційною

м. Київ, Україна

Актуальність: Травми периферичних нервів (ПН) є надзвичайно актуальною проблемою воєнного та мирного часу. Частота бойових поранень ПН близько 70-75% у структурі поранень кінцівок, супроводжуються високою інвалідністю та втратою боєздатності (близько 80%).

Мета: Визначити вплив інвазивної електростимуляції на регенерацію периферичного нерва у експерименті.

Матеріали і методи. Робота виконана на кролях (n=15). Група 1 (n=7) - виконували перетин сідничного нерва у с/3 правого стегна, епіневральний шов нерва з імплантацією електростимуляційної системи НейСіз-М (ЕСС), яка дозволена для клінічного застосування, але електростимуляцію не проводили. Група 2 (n=8) виконували аналогічний перетин нерва з імплантацією ЕСС і починали електростимуляцію на наступний день після операції. Тварин виводили з експерименту через 8 тижнів із проведенням прямої стимуляційної електронейроміографії і наступним забором матеріалу для подальшого морфологічного дослідження.

Результати: У групі 1 амплітуда М-відповіді (Амв) дорівнювала $3,87 \pm 1,03$ мВ і складала 22,95% від норми. Латенція потенціалу М-відповіді (ЛПмв) дорівнювала $2,40 \pm 0,43$ мс і була у 1,53 рази більшою норми. У групі 2, спостерігали подібну динаміку процесу, проте із кращими показниками. Амв дорівнювала $4,83 \pm 0,56$ мВ і складала 26,8% від норми. ЛПмв дорівнювала $1,71 \pm 0,18$ мс і була у 1,17 рази більшою норми. Різниця показників, виявилася статистично достовірною на користь групи 2 (для Амв $p=0,0003$, для ЛПмв $p=0,0002$).

Висновки: Інвазивна електростимуляція ПН приводить до покращення амплітуди М-відповіді, що опосередковано свідчить про більшу кількість аксонів, які досягли м'яза-ефектора впродовж 8 місяців, отже позитивно впливає на регенерацію периферичного нерва. Доцільно продовжувати дослідження для уточнення впливу інвазивної електростимуляції на регенерацію ПН за умов різних видів нейрохірургічної реконструкції.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ КІСТАХ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ІСТОРІЙ ХВОРОБ).

Семенюк Д.М., Шакун Д.К.

Науковий керівник: Ододюк Вікторія Вікторівна

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку

Завідувач кафедри: к.мед.наук, доц. Єфименко Владислав Петрович

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: За даними літератури кісти щелеп зустрічаються в 8-10% випадків від усіх новоутворень у дітей. Враховуючи мало виражені клінічні ознаки, виникають складності при ранній діагностиці кіст щелеп, що призводять до їх пізнього виявлення.

Мета: Провести скринінг за статтю, основними клінічними ознаками, додатковими методами досліджень та методами лікування.

Методи дослідження: Ретроспективний аналіз 47 історій хвороб дітей з кістами щелеп за власне розробленою картою, що проходили лікування на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця у 2021 році. Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою програмного забезпечення «IBM SPSS statistics».

Результати: Встановлено, що кісти щелеп частіше зустрічалися у хлопців в 66% (n=31), у дівчат - 34% (n=16) випадків. За локалізацією переважали кісти на нижній щелепі в 76% (n=36), на верхній - 24% (n=11) дітей. Радикулярні кісти діагностовано в 34% (n=16), радикулярні зубовмісні - 32% (n=15), фолікулярні - 19% (n=9), резидуальні - 9% (n=4), полікістоз 4% (n=2) та первинно-кісткова 2% (n=1) хворих.

При об'єктивному клінічному обстеженні деформація щелепи була виявлена у 91% (n=43), а стоншення кортикальної пластинки у вигляді симптому Дюпюїтрена у 96% (n=45) пацієнтів. Причинний зуб наявний у зубній дузі в 75% (n=36) хворих, з яких у 36% (n=13) зуби після лікування карієсу та його ускладнень, у 64% (n=23) – не лікуванні зуба.

Основним додатковим методом діагностики кіст щелеп є рентгенологічне. Серед яких ортопантомографія була проведена у – 40% (n=19), комп'ютерна томографія - 34% (n=16) та прицільна внутрішньо-ротова рентгенографія у 26% (n=12) випадків.

Хірургічне лікування проводилось всім пацієнтам, а саме: цистотомія в 60% (n=28), цистектомія - 36% (n=17), марсупіалізація 4% (n= 2) випадків.

Висновки: Кісти з локалізацією на нижній щелепі превалюють над верхньою щелепою майже в три рази. Радикулярні та радикулярні зубовмісні кісти щелеп склали близько 2/3 від усіх кіст. Найбільш інформативним додатковим методом діагностики кіст є КТ. Найпоширенішим методом лікування є цистотомія.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВОЛЮМОМЕТРИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК М'ЯКОТКАНИННОГО ВМІСТУ ОРБИТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОКРИННОЮ ОРБИТОПАТІЄЮ МЕТОДАМИ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ.

Слободянюк А. С.

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

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

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

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

Актуальність: Ендокринна орбітопатія (ЕО) - це запальне захворювання орбіти та періорбітальних тканин, яке є частиною аутоімунного процесу – хвороби Грейвса (ХГ). Етіологічним фактором ХГ є антитіла до рецептора тиреотропного гормону. Основними проявами захворювання є поєднання набряку та фіброзу м'язів (що призводить до збільшення їх об'єму) із надлишком орбітального жиру. Ці механізми лежать в основі клінічних проявів ЕО, таких як: екзофтальм, диплопія, дистиреодна нейропатія зорового нерва. В літературі наявні тільки поодинокі повідомлення присвячені дослідженню волюмометричних характеристик орбіт та її м'якотканинного вмісту при ЕО. Використання САД технологій та комп'ютерного моделювання (КМ) при аналізі ЕО відкриває більше можливостей для вирішення питань діагностики та лікування цього захворювання.

Мета: провести порівняльний аналіз площі кісткової поверхні орбіти, загального об'єму м'якотканинного вмісту, екстраорбітальних м'язів, жирових компартментів орбіти методами КМ у пацієнтів без патології та з ендокринною орбітопатією.

Методи дослідження: Було проведено аналіз комп'ютерних томограм (КТ) 22 пацієнтів з ЕО, що проходили лікування на клінічних базах кафедри в 2016 -2022рр. Дану групу склали 10 чоловіків та 12 жінок, середній вік - $38,49 \pm 13,52$. Результати, отримані в даній групі, були порівняні з аналогічними показниками групи пацієнтів без патології орбіти (в кількості 178 осіб, аналогічна за гендерним і віковим розподілом). Критерії включення до основної групи: встановлений діагноз ЕО, вік (>18 р.), наявність КТ задовільної якості та інформації про пацієнта (вік, стать), інформованої згоди, відсутність рентгенологічних ознак травми та неопластичних процесів щелепно-лицевої ділянки. Дані КТ в форматі Dicom було завантажено в програмне забезпечення Mimics Medical 21.0 (Materialise, Бельгія), де шляхом сегментації та КМ було проведено орбітоволюмометричний аналіз. Обчислення результатів проводилось методами варіативної статистики з використанням критерію Шапіро-Уїлка, та критерію Манна-Уїтні для незалежних вибірок.

Результати: Площа орбіти в основній групі була $59,73 \pm 5,24$ см², в контрольній – $53,07 \pm 4,90$ см², середній об'єм орбіти $26,29 \pm 3,5$ см³ та $26,50 \pm 2,90$ см³ відповідно (p= 0,73 та p= 0,72 відповідно). Середній об'єм м'язів в групі пацієнтів з ЕО- $7,63 \pm 3,02$ см³, в контрольній групі – $3,86 \pm 0,56$ см³ (p= 0,0003). Об'єм жирової клітковини в основній групі склав $-18,75 \pm 4,25$ см³, в групі порівняння – $22,13 \pm 2,81$ см³ (p= 0,0081).

Висновки: Дослідження показало відсутність кореляції в об'ємі та площі орбіти, і наявність її між об'ємом м'язів та жирової клітковини у пацієнтів з ЕО та в контрольній групі. Також цікаво, що співвідношення жиру до м'язів в основній групі становило 2.5:1, а в групі контролю 5.7:1. Використання даного підходу може стати перспективним методом в диференційній діагностиці ЕО, зокрема в аспекті оцінки різних її форм та при плануванні декомпресії орбіти, як основного методу її лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТУЗІЇ ОЧЕЙ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ

Соломаха К.М.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність: З початком повномасштабної війни частота бойової травми ока значно зросла. Це переважно мінно-вибухові травми, які є осколковими пораненнями, пов'язані з вибухами боєприпасів. Найчастіше це поєднання важкого ураження не лише очей, а й обличчя, інших органів. Більшість із цих травм виникає внаслідок вибухів, коли уламки різних видів зброї можуть потрапити до ока. Також однією з найчастіших причин травматичного пошкодження очей, що порівняно з органами грудної та черевної порожнини, зазвичай, менш захищені є вибухова хвиля. Найпоширенішою травмою залишається контузія – механічне пошкодження очного яблука, що виникає безпосередньо при ударі предмета в око або внаслідок струсу тулуба або голови від ударної хвилі при вибухах.

Мета: Проаналізувати частоту, види та загальні принципи лікування контузії очного яблука при мінно-вибухових травмах.

Методи дослідження: За період 2022-2023 рр. нами було обстежено 56 військовослужбовців з контузією очей різного ступеню тяжкості (2-3). Комплекс діагностичних методів включав: візометрію, біомікроскопію, тонометрію, офтальмоскопію, УЗД ока, рентген лицьового відділу черепа, КТ орбіти та голови, а також консультації інших спеціалістів.

Результати: У обстежених нами пацієнтів спостерігались поверхневі сторонні тіла у 23% випадків (17 очей), ерозії рогівки – у 94% (68 очей), субкон'юнктивальні крововиливи - 96% (69 очей), крововиливи в передню камеру (гіфема) - 90% (65 очей) і склисте тіло (гемофтальм) – 86% (62 ока). Пошкодження кришталика, що виявлялось у вигляді вивиху, підвивиху, травматичної катаракти - в 11% випадків (8 очей). З пошкодженням райдужки 4% випадків (3 ока), при цьому спостерігались травматичний мідріаз, іриододіаліз, обмежений набряк райдужної оболонки.

Всім пацієнтам проводилось лікування: протизапальні та антибактеріальні препарати; репаранти та слезозамінні препарати, які прискорюють загоєння рогівки; препарати, що знижують ВОТ та мідріатики. Хірургічне втручання проводилось при наявності сторонніх тіл рогівки, кришталікових мас, сублюксації та люксації кришталика.

Висновки: Сучасним бойовим пошкодженням органу зору властивий мінно-вибуховий двосторонній характер пошкоджень одночасно кількох структур ока, комбінованих та супутніх пошкоджень, контузій різного ступеню. Важливу роль у відновленні функціональної здатності ока внаслідок такої травми відіграють: первинна хірургічна обробка (ПХО), видалення сторонніх тіл, медикаментозна допомога, реконструктивні оперативні втручання при необхідності та попередження післяопераційних ускладнень.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАДМІРНИМ СТИРАННЯМ ТВЕРДИХ ТАКАНИН ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНИМ ЗНИЖЕННЯМ МІЖАЛЬВЕОЛЯРНОЇ ВИСОТИ

Сорокіна К.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Проценко А.М.

Кафедра щелепно-лицьової 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: Надмірне стирання твердих тканин зубів характеризується втратою емалі та дентину, що призводить до патологічних порушень у роботі жувальних м'язів та скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). При протезуванні пацієнтів лікар і техник відновлюють міжальвеолярну висоту та моделюють нове оклюзійно-артикуляційне співвідношення щелеп. За умов, коли протезування відбувається одразу постійними конструкціями, у пацієнтів виникають скарги на етапі адаптації. Саме тому питання проміжного етапу лікування залишається актуальним, оскільки на тимчасових конструкціях ми можемо провести як вибіркоче пришліфування оклюзійних контактів, так і їх домодельовання.

Мета: Оцінити доцільність використання тимчасових конструкцій і проаналізувати їх вплив на адаптацію в пацієнтів з надмірним стиранням твердих тканин зубів, ускладненим зниженням міжальвеолярної висоти з метою покращення ортопедичного лікування і реабілітації.

Методи дослідження: Об'єктом дослідження були 16 пацієнтів віком від 35 до 50 років, зі зниженням міжальвеолярної висоти. Це підтверджувалося анатомо-фізіологічним методом та за допомогою комп'ютерної томографії СНЩС. Пацієнтам виготовлялись тимчасові конструкції прямим методом із композитного матеріалу 3M ESPE Protemp 4. Фіксація проводилась на зуби без попереднього препарування, тимчасовим цементом 3M Espe Relyx Temp NE та адгезивною системою Single Bond 2 M Espe. Одразу перевірялись центричні контакти в центральній оклюзії та ексцентричні контакти при латеротрузії та протрузії оклюзійним папером та під контролем приладу T-Scan III. Корекція оклюзійних контактів проводилася одразу після фіксації, через 5 діб, через 2 тижні та через 1,5 місяці. Також було досліджено біоелектричний потенціал жувальних м'язів за допомогою електроміографа Teethan.

Результати: Під час дослідження групи пацієнтів середній термін адаптації склав $1,48 \pm 0,49$ місяців. Суб'єктивні скарги на хрускіт та біль у СНЩС, гіпертонус жувальних м'язів зникали поступово після $4,31 \pm 0,19$ корекцій. Відмінність в ширині суглобової щілини правого і лівого СНЩС були недостовірні, $p > 0,05$.

Висновки: Використовуючи тимчасові конструкції, ми можемо визначити параметри оклюзійно-артикуляційних співвідношень щелеп, адаптувати жувальні поверхні зубів та перебудувати рефлекси жувальної системи. Адаптація проходить в той час, коли ми корегуємо оклюзійні контакти. Після адаптації, яка триває $1,48 \pm 0,49$ місяці, ми отримуємо нові параметри майбутніх постійних протезів.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МАСТОЇДИТУ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ МАСТОЇДОТОМІЇ З ЗАДНЬОЮ ТИМПАНОТОМІЄЮ ТА ТИМПАНОСТОМІЄЮ

Стаднік Я.С.

*Науковий керівник: завідувач кафедри, професор Яшан О.І.
Кафедра отоларингології, офтальмології та нейрохірургії
Національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
м.Тернопіль, Україна*

Актуальність: Секреторний середній отит (ССО) є одним з найпоширеніших ЛОР захворювань у дітей. ССО може бути гострим чи хронічним, або призвести до ускладнень, серед яких найчастішим є мастоїдит.

Мета: Оцінити ефективність хірургічного лікування мастоїдитів у дітей шляхом закритої мастоїдотомії з тимпаностомією, задньою тимпанотомією та антродренажем.

Матеріали і методи дослідження. З 2020 по 2023 рр у ЛОР відділенні Тернопільської обласної дитячої лікарні знаходились 124 пацієнти з діагнозами гострий і хронічний ССО. У всіх дітей була виконана одно- (16) або двобічна тимпаностомія (108). У 27 дітей ССО ускладнився гострим або хронічним мастоїдитом, причому у 17 дітей мастоїдит був двобічним. У переважній більшості діти або їх батьки не могли вказати час початку мастоїдиту.

Результати: У дітей, хворих на мастоїдит, ми виконували мастоїдотомію зі збереженням задньої стінки зовнішнього слухового ходу (ЗС ЗСХ) та задньою тимпанотомією, доповнену тимпаностомією та антродренажем. Після завушного розрізу шкіри розкриття кісткових комірок соскоподібного паростка (СП) здійснювали борами від синодурального кута до верхівки паростка, стоншуючи ЗС ЗСХ до 1-2 мм, поступово відкриваючи адитус та аттик до візуалізації ковадла. Нижче його короткого відростка алмазним бором 0,8 мм у задній стінці барабанної перетинки (БП) виконували отвір 2×3 мм² між каналом лицевого нерва та барабаним кільцем. У цей отвір вводили поліхлорвінілову (ПХВ) трубку внутрішнім діаметром 2 мм, фіксуючи до шкіри завушної ділянки. У передньо-нижній квадрант БП вводили тимпаностомічну трубочку діаметром 1,14 мм, домагаючись легкого пасажу рідини між трубками. При двобічних мастоїдитах, мастоїдотомію виконували на гіршому вусі, а на другому - одразу ж виконували лише тимпаностомію. У післяопераційному періоді через трубку в завушній ділянці безпосередньо у БП і СП вводили розчини антибіотиків і кортикостероїдів, які також вводили у інше вухо при двобічному мастоїдиті. Всі пацієнти обстежені через 2-3 міс після операції, тимпаностомічні трубочки були прохідні, у жодної дитини ознак мастоїдиту не виявлено. Така хірургічна тактика ведення пацієнтів показала значне зменшення клінічної симптоматики на обох вухах.

Висновки:

Мастоїдотомія з тимпаностомією та задньою тимпанотомією, через яку в барабанну порожнину вводилась ПХВ трубка з наступним дренажуванням протягом 7-10 діб є ефективним способом лікування мастоїдитів у дітей.

Хірургічне лікування мастоїдиту з мастоїдотомією з задньою тимпанотомією на одному боці та двобічною тимпаностомією показала значне зменшення клінічної симптоматики на обох вухах.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІТІВ У ДІТЕЙ

Ткаченко І. Г., Шевчук В. А., Одушкіна Н. В.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Назарян Р. С.
Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Назарян Р. С.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність: Проблема хронічних одонтогенних верхньощелепних синуситів (ХОВЩС) у дітей залишається актуальною через відсутність чітких клініко-діагностичних критеріїв для кращого обсягу хірургічного лікування. Аналіз літературних даних показав, що радикальне хірургічне втручання на верхньощелепному синусі у дітей є основним способом лікування ХОВЩС, який не враховує ступінь патологічних змін у самому синусі за наявності альвеолярного сполучення. При цьому не вдається уникнути післяопераційних ускладнень, пов'язаних з частковою або повною обтурацією риностомии, що призводить до порушення функції пазух носа.

Враховуючи топографо-анатомічні особливості будови верхньощелепних синусів у дітей, а також можливості репаративної регенерації щелепно-лицевої зони, вважаємо за можливе мінімізувати обсяг ефективного хірургічного лікування ХОВЩ з альвеолярним сполученням при локальних незворотних змінах в області дна альвеолярної бухти.

Мета: Застосування «щадного» способу хірургічного лікування ХОВЩ з альвеолярним сполученням у дітей та оцінка його ефективності.

Методи дослідження: Групу дослідження склали 31 дитина віком від 12 до 18 років із ХОВЩ. Усі діти були обстежені клінічно, лабораторно та інструментально (рентгенографія придаткових пазух носа, СКТ середньої зони обличчя). У всіх випадках були встановлені одонтогенні джерела захворювання, наявність деструкції замикаючої кісткової платівки в ділянці дна альвеолярної бухти, локальні патологічні зміни слизової оболонки в зоні запалення.

В умовах загального знеболювання виконували трапецієподібний розріз слизової оболонки та окістя по перехідній складці в проекції «причинного» зуба. Проводили кортикотомію, видалення зуба і видимих патологічних тканин у зоні альвеолярного сполучення. Кісткову рану обтурували губкою «Стимул-Осс». Після просочування рановою рідиною матеріал щільно обтурував дефект, приймаючи його форму та розміри. Підготовлений слизово-окістяний клапоть укладали на ранову поверхню, фіксували по краях швами.

Результати: У всіх пацієнтів відзначався гладкий післяопераційний період, відсутність скарг на біль та набряк на 2-3 добу, рани загоїлися первинним натягом, без ускладнень. Період активного післяопераційного лікування не перевищував 5 діб. Період спостереження - 6 місяців. Відмічена відсутність скарг, альвеолярні сполучення не визначалися. Післяопераційний дефект повністю нівельований із відновленням форми та розмірів альвеолярної частини верхньої щелепи.

Висновки: Отриманий клінічний результат застосування щадного способу хірургічного лікування ХОВЩ дозволяє рекомендувати його при локальних незворотних змінах в області дна альвеолярної бухти.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ ЗУПИНКИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ

Тренчук М.Ю.

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: Кровотеча є найчастішим ускладненням при оперативних втручаннях в носовій порожнині (Мей М., 1994). Під час підготовки та проведення хірургічного втручання в носовій порожнині, на меті якого стоїть покращення носового дихання важливим є прогнозування та профілактика даного ускладнення, що досягається завдяки врахуванню всіх провокуючих факторів на передопераційному етапі і вибору оптимального методу гемостазу під час операції (Саад Алсалех, 2019).

Мета: Проаналізувати та охарактеризувати ефективність методів профілактики та лікування інтраопераційних носових кровотеч (ІНК).

Методи дослідження: Для дослідження були відібрані 25 пацієнтів Університетської клініки Національного медичного університету (УК НМУ) імені О.О. Богомольця, яким було проведено: часткову підслизову резекцію носової перегородки (септопластика), підслизову конхотомію нижніх носових раковин та ендоназальне ендоскопічне видалення поліпозної тканини. Під час хірургічних втручань ми застосовували ендоскопічний контроль (ендоскоп 0°, 30°). Для зупинки ІНК ми використовували наступні методи: електрокаустика ділянки кровотечі (ЕДК), передню тампонаду носової порожнини (ПТНП). Відповідно до методу зупинки ІНК пацієнти були поділені на дві групи: 1 група, 13 пацієнтів після ЕДК та 2 група, 12 пацієнтів після ПТНП. Огляд пацієнтів проводився з застосуванням передньої риноскопії, ендоскопії носової порожнини та анкетування. Огляд проводили на третій, сьомий та чотирнадцятий день після хірургічного втручання.

Результати: У 1-й групі пацієнтів основними скаргами на 3-й день були: помірний біль в носовій порожнині, відчуття закладеності носа. На 7-й день пацієнти відмічали появу значної кількості щільних слизово-кров'янистих згустків в носовій порожнині, відчуття закладеності носа. На 14-й день пацієнти 1-ої групи відмічали покращення носового дихання, періодичні виділення струпу з носової порожнини. Пацієнти другої групи на 3-й день під час анкетування відмічали відсутність болю в носовій порожнині, періодичні кров'янисті виділення з носа та виділення кров'яних згустків. на 7-й день хворі зазначали ті самі скарги, але відмічали зменшення частоти їх виникнення. На 14-й день пацієнти відмічали відновлення носового дихання. При огляді пацієнтів 1-ої групи відмічалися наступні результати: 3-й день - значний набряк слизової оболонки, утворення плівки білого кольору в ділянках ЕДК, 7-й день - відносно зменшення набряку слизової, поява темного струпу в ділянках ЕДК, велика кількість слизових виділень, на 14-й день - незначний набряк слизової, помірна кількість струпу, помірна кількість слизу в носовій порожнині. При огляді хворих з 2-ої групи на 3-й день відмічався помірний набряк слизової оболонки, кров'янисті виділення і помірна кількість слизу в носовій порожнині, на 7-й день в носовій порожнині візуалізували помірні слизові виділення, кров'янисті згустки та набряк слизової оболонки, на 14-й день відмічалася повне очищення слизової оболонки та відсутність виділень в носовій порожнині.

Висновки: Проаналізувавши методики зупинки інтраопераційних носових кровотеч на нашу думку ПТНП дозволяє досягти мети операції швидше ніж застосування ЕДК, при цьому зберігається ризик виникнення постопераційних носових кровотеч (ПНК). Застосування ЕДК змушує пацієнтів відчувати закладеність носа довше в порівнянні з ПТНП, але знижує ризик ПНК. Отже, вибір методики зупинки ІНК повинен проходити індивідуально, під час кожної окремої хірургічного втручання.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕОМЕТРИЧНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ОРБИТИ ТА ЇЇ М'ЯКОТКАНИННОГО ВМІСТУ МЕТОДАМИ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ

Ягодка Б.В.

Науковий керівник: Чепурний Ю.В. д.мед.н. професор, доцент кафедри щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО НМУ імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: Копчак А.В. д.мед.н. професор
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Визначення геометричного співвідношення орбіти та її м'якотканинного вмісту є важливим фактором в прийнятті рішень щодо хірургічної тактики при лікуванні патологічних станів орбіти. Точні статистичні дані щодо об'єму та площі орбіти, а також об'єму її м'якотканинного вмісту дають змогу більш детально спланувати та визначити об'єм майбутнього оперативного втручання. Один з новітніх методів дослідження вказаних параметрів оснований на використанні комп'ютерної томографії (КТ) пацієнтів методами комп'ютерного моделювання.

Мета: Дослідити геометричні співвідношення орбіти та її м'якотканинного вмісту методами комп'ютерного моделювання

Матеріали і методи. Проаналізовано дані КТ 176 пацієнтів, які проходили діагностичні процедури в Центрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології київської обласної клінічної лікарні. Процедури комп'ютерної томографії проводили згідно стандартизованого діагностичного протоколу. Дані були отримані з двох апаратних засобів КТ: Philips Brilliance іСТ 128ТМ: товщина зрізу 0,68 мм, 120 кВ, 300 мА, матриця зображення 512×512 та GE Revolution EVO 128ТМ: товщина зрізу 0,68 мм, 80 кВ, 500 мА, 512×512 матриця зображення. Критеріями включення в дослідження були наступні: обидві орбіти інтактні, відсутність рентгенологічних симптомів дефіциту кісткового контуру орбіти, відсутність видимої патології середньої зони обличчя, пацієнти старше 18 років з інформацією про вік і стать. Дані КТ пацієнтів, які відповідали критеріям включення, були імпортовані в програмне забезпечення «Mimics Medical». За допомогою даної програми кожному пацієнту проведено сегментацію орбіт, визначено їх площу і об'єм. Також обчислено об'єм очного яблука, ококорухових м'язів, зорового нерву та жирової клітковини.

Результати: Середній об'єм орбіти становив $-27.47 \pm 2.2 \text{ см}^3$, а її площа $-3.71 \pm 0.19 \text{ см}^2$. У осіб чоловіків середній об'єм лівої орбіти становив $-28.42 \pm 2.0 \text{ см}^3$, правої $-29.01 \pm 1.8 \text{ см}^3$, об'єм лівого очного яблука $-6.41 \pm 0.2 \text{ см}^3$, правого $-6.36 \pm 0.2 \text{ см}^3$, об'єм ококорухових м'язів лівої орбіти $-5.30 \pm 0.1 \text{ см}^3$, правої $-5.26 \pm 0.1 \text{ см}^3$, лівого зорового нерву $0.732 \pm 0.03 \text{ см}^3$, правого $-0.735 \pm 0.03 \text{ см}^3$. Для жінок: об'єм лівої орбіти $-25.12 \pm 1.9 \text{ см}^3$, правої $-25.05 \pm 2.0 \text{ см}^3$, об'єм лівого очного яблука $-5.76 \pm 0.2 \text{ см}^3$, правого $-5.73 \pm 0.2 \text{ см}^3$, об'єм ококорухових м'язів лівої орбіти $-5.01 \pm 0.1 \text{ см}^3$, правої $-4.98 \pm 0.1 \text{ см}^3$, лівого зорового нерву $0.701 \pm 0.02 \text{ см}^3$, правого $-0.715 \pm 0.03 \text{ см}^3$. Для всіх чотирьох досліджуваних параметрів відмінності між групами за гендерною ознакою були достовірними ($p < 0,05$).

Висновки: Використаний підхід до оцінки досліджуваних параметрів та їх обчислення для української популяції можуть в подальшому бути використані при плануванні оперативних втручань у пацієнтів з різноманітними патологіями орбіти.

НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З РОЗРИВОМ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

А.О.Яшан

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Актуальність: ЛОР-відділення Тернопільської обласної лікарні щотижня госпіталізує військовослужбовців починаючи з квітня 2022р. У переважній більшості з них основним діагнозом є акубаротравма. Вухо є одним з найбільш чутливим органом до вибухових уражень, а саме середнє та внутрішнє вухо. Гематотимпанум, перфорація барабанної перетинки в супроводі з зниженням слуху, шумом, дзвоном є типовими симптомами ураження середнього вуха. Також одними з симптомів можуть бути головокружіння, нудота, виділення з вуха.

Мета: Провести ретроспективний аналіз прооперованих пацієнтів з розривом барабанної перетинки внаслідок мінно-вибухової травми. Провести порівняльний аналіз технік проведених тимпанопластик (кількість, результативність). Оцінити особливості оперативних втручань у військовослужбовців.

Матеріал і методи. З початку війни до сьогодні на базі ЛОР-відділення Тернопільської обласної лікарні було успішно проліковано близько 700 пацієнтів. Практично усі пацієнти поступили з діагнозом – акубаротравма, гостра двобічна нейросенсорна приглухуватість. Серед них – у 236 (33.7%) військовослужбовців пацієнтів було діагностовано гострий посттравматичний перфоративний середній отит. У 187 (79.2%) осіб – відмічалась однобічна перфорація, у 49 (20.8%) військовослужбовців – двобічна перфорація барабанних перетинок.

У 67 (28.4%) осіб закриття перфорації відбулось без перфоративного втручання. У решти 169 (71.6%) військовослужбовців – ми проводили тимпанопластику.

Результати: У нашому ретроспективному аналізі проведених тимпанопластик (208), 130 – однобічних, 39 – двобічних. Underlay double door тимпанопластик – 182 (87.5%). Butterfly тимпанопластика – 24 (12.5%). Fat plug тимпанопластика – 2 (1%). У 6 випадках після проведеного оперативного втручання ми відмічали наявність реперфорації. У всіх цих випадках під м'я використовувалась повторна мiringoplastика – fat plug.

Висновки: Всі варіанти проведених тимпанопластик показали себе як хороший метод для закриття дефекту барабанної порожнини. У більшості військовослужбовців інтраопераційна кровотеча була більш виражена, що пов'язано з коротким періодом, що пройшов після травми до моменту операції (4-16 дб) слуху. Більшість госпіталізованих військовослужбовців є емоційнозбуджені – потребують ендотрахеального наркозу.