

# XII

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

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

**26-27 березня 2020 року**

## ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ВИДАЛЕННІ НЕВРИНОМИ СЛУХОВОГО НЕРВА

Гарібова Т. А.

Науковий керівник: к.мед.н., Ламза Н. В.  
Кафедра оториноларингології  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Березнюк В. В.  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
м. Дніпро, Україна

**Актуальність.** Незважаючи на величезний досвід, накопичений вітчизняними і зарубіжними хірургами, деякі питання діагностики невриною VIII нерва, хірургічної тактики і профілактики післяопераційних ускладнень залишаються невирішеними і потребують подальшої розробки.

**Мета.** Провести порівняльну оцінку результатів різних способів хірургічного втручання при видаленні невриною слухового нерва.

**Матеріали і методи.** Було проаналізовано історії хвороби 320 пацієнтів з прогресуючою односторонньою сенсоневральною приглухуватістю, які знаходились на лікуванні в обласній лікарні ім. Мечнікова відділення мікрохірургії вуха з 2000 по 2010 рр. При обстеженні досліджували слухову і вестибулярну функції, оцінювали неврологічні розлади та проводилась МРТ. У 69 (21,6%) пацієнтів було виявлено невриною слухового нерва. З 69 хворих з невриною VIII н. 61 хворому проведено хірургічне лікування. Хірургічне лікування проводилось наступними методами: транслабірінтним, з подальшим дренажуванням, розробленим нами способом в області внутрішнього слухового проходу, з установкою традиційного лікворного дренажу в спинномозковому каналі та ретросигмоїдним доступом.

**Результати.** При порівнянні результатів лікування хворих на основі медичної документації з акустичною невриною великих розмірів виявилось, що застосування транслабірінтного доступу дозволило зменшити травму мозочка і лицьового нерва. Порушення статичної функції виявлялось в 58,6% випадків, а лицьовий нерв був збереженим у 89,6% хворих. Після ретросигмоїдного доступу при видаленні великих пухлинних вузлів порушення статичної функції різного ступеня вираженості спостерігалися у 92,9% хворих, а цілісність лицьового нерва була збережена у 64,3% пацієнтів. Використання дренажу за розробленим в нашій клініці новим способом виявилось ефективнішим для діагностування післяопераційної кровотечі у порівнянні з традиційним люмбальним.

**Висновки.** Показанням для ретросигмоїдного доступу є невриною слухового нерва малих і середніх розмірів (<2,5 см) із збереженим слухом на стороні пухлини. Для великих пухлин (>2,5 см) за відсутності слуху найдоцільніше використовувати транслабірінтний доступ до мостомозочкового кута, який є менш травматичним для мозочка. Він дозволяє зберегти лицьовий нерв у внутрішньому слуховому проході в 89,6% випадків і попередити розвиток мозочкової атаксії в 41,4%, в порівнянні з 64,3 і 7,1% випадків відповідно при ретросигмоїдному доступі.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОТРОФІЇ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ ПРИ ТРАВМІ СІДНИЧНОГО НЕРВА ТА РІЗНИХ СПОСОБАХ ЙОГО З'ЄДНАННЯ

Гончарук О. О.<sup>1</sup>, Савосько С. І.<sup>1</sup>, Петрів Т. І.<sup>2</sup>, Татарчук М. М.<sup>2</sup>, Медведєв В. В.<sup>1</sup>, Цимбалюк В. І.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна

<sup>2</sup> ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України"  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Атрофія скелетних м'язів є поширеною проблемою після травматичного пошкодження периферійних нервів кінцівки. У денервованих м'язах відбуваються патобіохімічні зміни, які призводять до атрофії м'язових волокон та заміщення сполучною тканиною. Вдале відновлення пошкодженого нерва і реіннервація може позначитись у пригніченні атрофії м'язів. Актуальним є дослідження стану денервованих м'язів за умов різних способів відновлення травмованого нерва.

**Мета.** Дослідити структурні зміни скелетних м'язів на тлі невротомії сідничного нерва та різних способів його з'єднання.

**Матеріали та методи.** Експерименти проведено на 30 білих безпородних щурах-самцях (250±25 г, 5-6 міс). Щури були розділені на 6 груп по 5 тварин: 1) інтактний контроль; 2) псевдооперовані тварини; 3) тварини з невротомією; 4) тварини з невротомією і епіневральним швом; 5) тварини з невротомією і поєднанням нерва фібриновим гелем Tisseel; 6) тварини з невротомією і поєднанням нерва поліетиленгліколевим гідрогелем DuraSeal. Через 8 тижнів після операцій здійснювали забір скелетних м'язів оперованої кінцівки для гістологічного дослідження. Досліджували зміни м'язевих волокон і сполучної тканини. Колагеногенез визначали гістохімічним методом (забарвлення PicroSirius Red). Мофрометрично оцінювали відносну кількість позитивно забарвленого колагену за допомогою програмного забезпечення ImageJ (Wayne Rasband, США).

**Результати.** Через 8 тижнів після пошкодження сідничного нерва у групах 3-6 виявлено морфологічні ознаки гіпотрофії м'язів, головним чином зменшення діаметру і деформація м'язових волокон і збільшення сполучної тканини навколо міонів (у сполучній тканині перимізії та епімізії). На основі морфометричного аналізу вірогідне збільшення колагену у групі 3 і 4 вказує на розвиток сполучної тканини у денервованих м'язах, навіть після використання епіневрального шва. При цьому при використанні клеїв Tisseel та DuraSeal встановлено статистично значимо меншу щільність сполучної тканини і колагену (41 % і 53 %,  $P < 0,05$ ).

**Висновки.** Розвиток сполучної тканини у денервованих скелетних м'язах є одним з проявів гіпотрофії після травматичного пошкодження периферійного нерва. На моделі повної невротомії виявлено розвиток сполучної тканини і колагеногенез. Використання клеїв Tisseel і DuraSeal позначилось у меншому рівні фіброзу у м'язах порівняно з нейрорафією епіневральним швом, що може свідчити про більш ефективний ступінь реіннервації.

## ВПЛИВ АУГМЕНТАЦІЙНОЇ СЕГМЕНТАРНОЇ ГЕНІОПЛАСТИКИ НА ПРОСТІР ГЛОТКОВИХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

*Логвиненко І. П., Дахно Л. О., Бурсова В. С.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доцент Логвиненко І. П., к.мед.н. Дахно Л. О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, професор Маланчук В. О.*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

*Central Laboratory Diagnosis of the Head*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Як відомо, підборіддя – важлива анатомічна структура нижньої третини обличчя, впливає на гармонію обличчя у фронтальній та бічній проекціях, і тому виступає як один з головних естетичних параметрів. Метою остеотомії підборіддя є гармонізація профілю обличчя шляхом врівноваження розмірів і форми нижньої третини обличчя при скелетних аномаліях. Ми вважаємо, що аугментаційна сегментарна геніопластика покращить простір глоткового дихального шляху, сприяючи змінам положення м'язів, переміщуючи зокрема, витягнувши під'язикову кістку і декомпресуючи ділянку нижнього відділу глотки (гортаноглотки).

**Матеріали і методи.** Двом пацієнтам без обструктивного синдрому апное сну (OSAS) провели аугментаційну сегментарну остеотомію підборіддя в естетичних цілях. Переміщення підборіддя вперед у точці P<sub>g</sub> у першому випадку становило 7 мм, а в іншому – 11 мм. Оцінка проводилась за допомогою даних конусно-променевої комп'ютерної томографії, отриманих перед- та післяопераційно. Верхні дихальні шляхи були поділені на ретропалатинальний і ретроглоссальний простори, які були проаналізовані шляхом визначення змін об'єму, висоти, площі поперечного перетину, поперечного та передньо-заднього діаметрів. 3D-реконструкція зображень конусно-променевих комп'ютерних томографій та всіх вимірювань проводилась за допомогою програмного забезпечення SIMPLANT O&O (Materialize N.V., Belgium).

**Результати.** Аугментаційна сегментарна остеотомія підборіддя була використана після прецизійного віртуального планування і призвела до збільшення об'єму глоткового дихального шляху. Існувала відповідна кореляція між вертикальною та горизонтальною зміною підборіддя та гортаноглотки. Спостерігалось в середньому збільшення у 1,7 рази загального обсягу простору верхніх дихальних шляхів. Ретроглоссальний простір збільшено в 1,5 рази.

**Висновки.** Ізольована аугментаційна сегментарна остеотомія підборіддя призводить до збільшення об'єму та морфологічних змін дихальних шляхів і забезпечує передбачуваний естетичний результат у корекції різних нижньощелепних передніх деформацій. Подальші дослідження повинні враховувати функціональні параметри пацієнтів для оцінки можливих переваг цього збільшення об'єму дихальних шляхів на рівні ротоглотки.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ І АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ МЕТОДОМ АСИТ-ТЕРАПІЇ

*Піскун Т. С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., Ламза Н. В.  
Кафедра оториноларингології  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Березнюк В. В.  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
м. Дніпро, Україна*

**Актуальність.** Особливістю алергічного риніту у дітей є те, що дуже часто, особливо на початкових етапах, прояви алергічного риніту (АР) трактуються як симптоми риніту при звичайній респіраторній вірусній інфекції (ГРВІ) або як ознаки аденоїдиту, синуситів та інших патологічних станів. (О. Л. Ласиця, 2003; О. М. Охотнікова і співав., 2015). Лікування, яке призначається цим дітям, включає антибактеріальні засоби та хірургічне лікування.

Таким чином, діти, що страждають на алергічний риніт недоотримують специфічної терапії, що призводить до частого загострення захворювання та рецидивам аденоїдних вегетацій.

**Мета.** Вивчити ефективність лікування дітей з алергічним ринітом, ускладненим аденоїдними вегетаціями шляхом застосування АСИТ-терапії.

**Матеріали та методи.** Дослідження було проведено на базі дитячого ЛОР – відділення міської лікарні № 8 міста Дніпро. Під нашим наглядом знаходилось 55 дітей у віці від 3 до 7 років з діагнозом аденоїдні вегетації III ступня. Усім дітям, з метою диференціальної діагностики, крім стандартних методів дослідження, був застосований тест Alex.

У 21 хворого (38 %) був отриманий позитивний тест, вони в подальшому були розділені на 2 групи спостереження. Першій групі (11 хворих) було виконано оперативне лікування (аденотомія) з подальшою АСИТ-терапією. У другій групі (10 хворих) лікування проводилось тільки за допомогою АСИТ-терапії, було проведено 2 курси. Контрольне обстеження проведено через 12 місяців.

**Результати.** У першій групі загострення алергічного риніту та рецидивів аденоїдних вегетацій не відзначалось. Ефективність лікування склала 100 %. У другій групі хворих у 1 хворого, що відповідало 10 % спостережень, носове дихання не відновилося повністю по причині збільшених аденоїдних вегетацій.

**Висновки.** За нашим спостереженням, АСИТ-терапія в комплексному лікуванні дітей з алергічним ринітом та аденоїдними вегетаціями є найбільш ефективною для попередження рецидивів захворювання дітей даної патології та дозволяє в 90 % випадків уникнути оперативного втручання.

## ХІРУРГІЧНА ДЕКОМПРЕСІЯ ОРБИТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОКРИННОЮ ОФТАЛЬМОПАТІЄЮ, ЇЇ ВПЛИВ НА КОРЕКЦІЮ ЕКЗОФТАЛЬМУ

*Слободянюк А. С.*

*лікар-інтерн Центру щелепнолицевої хірургії КОКЛ  
Науковий керівник: доцент Чепурний Ю. В.  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Ендокринна офтальмопатія (ЕОП) – хронічне аутоімунне захворювання ока та м'якотканинного вмісту орбіти, що характеризується набряком і лімфоцитарною інфільтрацією ретробульбарної клітковини і екстраокулярних м'язів з подальшим розвитком фіброзу та високим ризиком погіршення зору, внаслідок дегенеративних змін. У науковій літературі ЕОП згадується як офтальмопатія

або орбітопатія Грейвса, тиреоїд-асоційована офтальмопатія або тиреоїдне захворювання очей. У 90 % випадків захворювання поєднується з хворобою Грейвса (ХГ), у 5 % – з хронічним аутоімунним тиреоїдитом (ХАІТ) і в 5 % розвивається за відсутності дисфункції щитоподібної залози – ЩЗ (еутиреоїдна ХГ). Від 25 до 50 % пацієнтів з ХГ мають клінічні прояви ЕОП на момент постановки діагнозу. Згідно даних Bartley et al. (1995) щорічний рівень захворюваності на ЕОП оцінюється у 16 випадках на 100 000 жінок та 2,9 випадків зі 100 000 чоловіків у американській спільноті. Жінки хворіють на ЕОП 2,5-6 разів частіше, ніж чоловіки, однак важкі випадки трапляються частіше у чоловіків, ніж у жінок. У більшості випадків ЕОП має легкий перебіг і схильна до мимовільної ремісії, але приблизно в 3-5 % має важкий перебіг, що загрожує зору. У зв'язку з високим ризиком погіршення зору внаслідок ЕОП дане захворювання має високе соціально-медичне значення, а відповідно є предметом наукового пошуку.

**Мета.** Визначення ступеню корекції екзофтальму при проведенні хірургічної декомпресії орбіти у пацієнтів з ендокринною офтальмопатією за даними комп'ютерної томографії.

**Матеріали і методи.** Для досягнення поставленої мети було проведено ретроспективне дослідження, що включало аналіз історій хвороби та даних комп'ютерної томографії пацієнтів з ЕОП, які проходили лікування в Центрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології Київської Обласної Клінічної Лікарні в період з 2017 по 2020 р.

Вимірювання величини екзофтальму в досліджуваній групі пацієнтів проводили на основі комп'ютерної томографії за методикою Ramli et al. (2015). Аналіз отриманої інформації проводили методами варіаційної статистики з визначенням середніх величин та похибок та їх оцінки з використанням парного критерія Стьюдента та критерія Ман-Уїтні.

**Результати.** У дослідження були включені 12 пацієнтів 7 (58,3 %) жінок і 5 (41,7 %) чоловіків з ЕОП, середній вік яких склав  $44,17 \pm 9,47$  років (від 28 до 61 років). Всім пацієнтам включеним в дослідження було проведено оперативне втручання в обсязі двосторонньої комбінованої (кісткова і жирова) декомпресії орбіт. У загальному було прооперовано 24 ока. Екзофтальмометрія до оперативного втручання виявила середнє значення екзофтальму з лівого боку 24,6 мм, правого – 23,6 мм, що трактувалося як наявність екзофтальму згідно рекомендацій The European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) (2006). Середня різниця між правим та лівим оком складала 1 мм. Втім нами не було виявлено статистично достовірної різниці між величиною екзофтальму між орбітами різних сторін ( $p > 0,05$ ).

У післяопераційному періоді (термін спостереження більше 3 місяців) величина передньо-заднього положення очного яблука правої сторони відносно латеральної стінки орбіти становила 21,1 мм, лівого очного яблука – 21,4 мм. Таким чином можна стверджувати згідно рекомендацій The European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) (2006) у пацієнтів включених у дослідження спостерігалось статистично достовірне покращення положення очей правої та лівої сторони в порівнянні з предопераційними вимірами ( $p > 0,05$ ) та згідно рекомендацій можуть трактуватися як нормальна величина передньо-заднього їх положення. При цьому порівнюючи результати екзофтальмометрії лівого та правого боку можна виявлено відсутність статистично достовірної різниці між досліджуваними показниками ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Поведене дослідження довело ефективність комбінованої декомпресії орбіти при усуненні екзофтальму у хворих на ЕОП у досліджуваній групі хворих. Запропонований підхід дозволяє уникати розбіжностей у досягненні тотожного передньо-заднього положення очей у хворих на ЕОП.

## АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБІВ ПАЦІЄНТСПЕЦИФІЧНИМИ ДВОКОМПОНЕНТНИМИ ЕНДОПРОТЕЗАМИ

*Терлецький Р. О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А. В.  
Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Антоненко М. Ю.  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Лікування захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) до цього часу залишається актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії. СНЩС – складна багатокомпонентна система, що зазнає постійного циклічного навантаження. Дослідження клінічної ефективності пацієнтспецифічних ендопротезів в реконструкції СНЩС становлять значний науковий інтерес.

**Мета.** Провести клінічну та рентгенологічну оцінку ефективності застосування пацієнтспецифічних двокомпонентних ендопротезів в лікуванні дегенеративних захворювань СНЩС.

**Матеріали та методи.** Матеріалом дослідження було 7 пацієнтів (6 жінок та 1 чоловік) віком від 17 до 41 років (середній вік –  $29,3 \pm 10,5$  роки), що проходили лікування на базі Центру щелепно-лицевої хірургії та стоматології Київської обласної клінічної лікарні з 2015 по 2019 рік. Усім пацієнтам було проведено реконструкцію СНЩС індивідуалізованими пацієнтспецифічними двокомпонентними ендопротезами титан-РЕЕК. Усі пацієнти були обстежені згідно стандартного алгоритму. Враховували наступні показники: прикус, амплітуду відкривання рота, латеротрузії, протрузії, наявність болю чи неврологічного дефіциту.

**Результати.** У пацієнтів, що увійшли в дослідну групу було замінено 9 СНЩС індивідуалізованими двокомпонентними ендопротезами з титан-РЕЕК. Післяопераційне клінічне обстеження показало поступове збільшення відкриття рота на  $38 \pm 13\%$ . До оперативного втручання в середньому було –  $12 \pm 0,4$  мм, у ранньому (через 14 днів) –  $16 \pm 0,5$  мм і в віддаленому післяопераційному періоді (через 6 міс.) –  $26,3 \pm 0,7$  мм. У строки спостереження 3 місяці в усіх випадках больовий синдром був відсутнім в усіх випадках. Транзиторний парез гілок лицевого нерва (переважно скроневої) спостерігали в 5 випадках з повним відновленням протягом 3-х місяців у всіх пацієнтів. У строки спостереження від 1 року нами не спостерігалось переломів елементів ендопротезів, виникнення запального процесу, патологічної резорбції кісткових структур або інших причин, що потребували б заміни ендопротезів.

**Висновки.** CAD / CAM технології дозволяють підвищити точність та ефективність реконструкції СНЩС з використанням пацієнт специфічних ендопротезів, що можуть стати ефективною альтернативою аутологічним тканинам та стандартним ендопротезам. Дана клінічна серія продемонструвала ефективність пацієнт специфічних ендопротезів у реконструкції СНЩС. Втім питання їх ширшого клінічного використання потребує подальшого клінічного та біо-механічного дослідження на засадах доказової медицини.