

Supplement № 2 (130) 2022

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Видання індексується
в Google Scholar,
Index Copernicus, WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство здравоохранения Украины
Национальный медицинский университет
имени Богомольца

THEORETICAL AND PRACTICAL
EDITION

UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

Journal's indexing:
Google Scholar, Index Copernicus,
WorldCat OCLC

Засновник – Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця МОЗ України
Періодичність виходу 4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку фахових видань.

Галузі наук: медичні, фармацевтичні.
(наказ МОН України 09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво KB № 17028-5798ІП.

Рекомендовано Вченою Радою НМУ імені
О.О.Богомольця (протокол № 2 від 23.02.2022 р.)

Усі права стосовно опублікованих статей
залишено за редакцією.

Відповідальність за добір та викладення фактів
у статтях несуть автори, а за зміст рекламних
матеріалів – рекламодавці.

Передрук можливий за згоди редакції та з
посиланням на джерело.

До друку приймаються наукові матеріали,
які відповідають вимогам до публікації в даному
виданні

Founder – Bogomolets National Medical University
Ministry of Health of Ukraine

Publication frequency – 4 times a year.

**The Journal is included in the list of professional
publications in Medical and pharmaceutical
Sciences** (order MES Ukraine 09.03.2016 № 241)
Registration Certificate KB № 17028-5798ІП.

Recommended by the Academic Council of the
Bogomolets National Medical University, Kyiv
(protocol №2 of 23.02.2022)

All rights concerning published articles are reserved
to the editorial board.

Responsibility for selection and presentation of the
facts in the articles is held by authors, and of the
content of advertising material – by advertisers.

Reprint is possible with consent of the editorial
board and reference. Research materials accepted for
publishing must meet the publication requirements of
this edition.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії:	Юрій Кучин
Головний редактор:	Сергій Земсков
Заступник головного редактора:	Павло Чернишов
Відповідальний секретар:	Анастасія Гринзовська
Редактор по науковій етиці:	Любов Петелицька
Редактор статистичних даних:	Віталій Гурьянов
Редактор контенту для соціальних мереж:	Анатолій Гринзовський
Літературний редактор:	Людмила Наумова
Секційні редактори:	
Стоматологія –	Ірина Логвиненко
Медицина –	Володимир Мельник
Фармація, промислова фармація –	Ірина Ніженковська
Педіатрія –	Олександр Волосовець
Громадське здоров'я –	Анна Благая

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Члени редакційної колегії:

Андрій Копчак, Владислав Маланчук, Денис Варивончик, Євгенія Бурлака, Жанна Полова, Ірина Журавель, Леся Беш, Микола Хайтович, Назарій Кобиляк, Олег Міщенко, Олег Яременко, Сергій Гичка, Сергій Омельчук, Юрій Захараш, Andreas Neff (Marburg, Germany), Andrew Yule Finlay (Cardiff, UK), Anthony Graeme Perks (Nottingham, United Kingdom), Branka Marinović (Zagreb, Croatia), Francesca Sampogna (Rome, Italy), Francoise Poot (Brussels, Belgium), George-Sorin Tiplica (Bucharest, Romania), Hryhoriy Lapshyn (Lubeck, Germany), Jacek Szepietowski (Wroclaw, Poland), John Quinn (Prague, Czech Republic), Lidia Rudnicka (Warsaw, Poland), Lucia Thomas-Aragones (Zaragoza, Spain), Miloš Nikolić (Belgrade, Serbia), Piotr Donizy (Wroclaw, Poland), Ryszard Kurzawa (Rabka-Zdroj, Poland), Sam Salek (Hatfield, UK), Servando Eugenio Marron (Zaragoza, Spain), Ulrich Friedrich Wellner (Lubeck, Germany)

EXECUTIVE BOARD

Chairman Of The Editorial Board:	Iurii Kuchyn
Editor in Chief:	Sergey Zemskov
Deputy Editor-in-Chief:	Pavel Chernyshov
Executive Secretary:	Anastasiia Hrynzovska
Editor on scientific ethics:	Liubov Petelytska
Statistical Editor:	Vitaliy Gurianov
Social Media Editor:	Anatolii Hrynzovskyi
Language Editor:	Naumova Liudmyla
Associate Editors	
Stomatology –	Iryna Logvynenko
Medicine -	Volodymyr Melnyk
Pharmacy, Industrial Pharmacy–	Iryna Nizhenkovska
Pediatrics -	Oleksandr Volosovets
Public Health –	Anna Blagaia

EDITORIAL BOARD

Members of the Editorial Board:

Andreas Neff (Marburg, Germany), Andrew Yule Finlay (Cardiff, UK), Andrey Kopchak, Anthony Graeme Perks (Nottingham, United Kingdom), Branka Marinović (Zagreb, Croatia), Denis Varyvonchyk, Francesca Sampogna (Rome, Italy), Françoise Poot (Brussels, Belgium), George-Sorin Tiplica (Bucharest, Romania), Hryhoriy Lapshyn (Lubeck, Germany), Ievgeniia Burlaka, Iryna Zhuravel, Jacek Szepietowski (Wroclaw, Poland), John Quinn (Prague, Czech Republic), Lesya Besh, Lidia Rudnicka (Warsaw, Poland), Lucia Thomas-Aragones (Zaragoza, Spain), Miloš Nikolić (Belgrade, Serbia), Nazariy Kobyliak, Oleg Mishchenko, Oleg Yaremenko, Piotr Donizy (Wroclaw, Poland), Ryszard Kurzawa (Rabka-Zdroj Poland), Sam Salek (Hatfield, UK), Sergiy Omelchuk, Serhii Gychka, Servando Eugenio Marron (Zaragoza, Spain), Ulrich Friedrich Wellner (Lubeck, Germany) Vladyslav Malanchuk, Yuriy Zakharash, Zhanna Polova.

ЗМІСТ/CONTENTS

Сторінки/Pages

IV УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ» IV UKRAINIAN-POLISH CONGRESS «INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN OTORHINOLARYNGOLOGY»

10 червня 2022 року

.....5

Сателітний симпозіум «Спеціальні питання діагностики та лікування захворювань ЛОР-органів, краніофасціальної ділянки та органу зору»

.....35



**IV УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

**IV UKRAINIAN-POLISH CONGRESS
«INNOVATIVE TECHNOLOGIES
IN OTORHINOLARYNGOLOGY»**

10 червня 2022 року



ЗАСТОСУВАННЯ ТАКТИКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ВЕСТИБУЛЯРНУ ШВАННОМУ

О.М. Борисенко, Н.С. Мищанчук, С.В. Вальчишин, Г.Ю. Мініна, М. Бураковський

OBSERVATION IN PATIENTS WITH VESTIBULAR SCHWANNOMA

Borysenko O., Mishchanchuk N., Valchyshyn S., Minina G., Burakovskiy M.

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

Дослідження останніх років свідчать, що захворюваність на вестибулярну шванному (ВШ) становить 3 випадки на 100000 населення. При проведенні МРТ досліджень безсимптомна ВШ може випадково виявлятися в (0,3-1,6) % випадків. Завдяки застосуванню нових високоінформативних методів діагностики з'явилась можливість виявляти ВШ на ранніх стадіях, що викликає потребу у застосуванні різних тактик лікування.

При відсутності ознак росту ВШ все частіше застосовується тактика спостереження. При цьому не страждає якість життя хворого, зберігається функція лицевого нерву, досить часто не погіршується слух і вестибулярна функція. Тому необхідність у визначенні критеріїв агресивності ВШ, що визначають її потенційну можливість до збільшення розмірів є нагальною проблемою сучасної отоневрології і отонейрохірургії.

Метою нашого дослідження була розробка показань до застосування тактики спостереження на основі ретроспективного аналізу та обстеження хворих з ВШ. До аналізу брались результати оториноларингологічного і неврологічного обстеження, аудіометрії, ресстрації коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП), вестибулометрії, дослідження функції лицевого нерва, магнітно-резонансної томографії (МРТ). В період з 2019 по 2021 роки у відділі мікрохірургії вуха і отонейрохірургії ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було обстежено 135 хворих на спорадичну ВШ. 56 хворих на ВШ пройшли декілька разів МРТ обстеження в динаміці спостереження з метою встановлення росту пухлини. Повторне МРТ обстеження робили через 6 міс після первинного виявлення пухлини. Якщо при повторному обстеженні росту ВШ не було встановлено, наступне обстеження проводили через 1 рік. Всі МРТ обстеження проводились з використанням контрастного підсилення. Про ріст пухлини свідчило збільшення двох розмірів на 1 мм, або одного з розмірів пухлини на 2 мм.

Вік хворих, дані яких увійшли до аналізу, був у діапазоні від 21 до 70 років (середній вік – 50,4), серед яких було 22 чоловіків і 34 жінки. У 29 хворих ВШ була виявлена зліва, у 27 - справа. Хворих з I стадією ВШ було 28 (50,0 %), з II стадією – 11 (19,6 %), з III стадією – 2 (3,6 %). Окремо була виділена група хворих з інтраканальною ВШ, яка розташовувалась у внутрішньому слуховому проході (ВСП), і не виходила у мосто-мозочковий кут (ММК). Хворих з інтраканальною ВШ було 15 (26,8 %). Середній найбільший розмір пухлини становив 15,5 мм.

Хворі були розділені на дві групи. До першої групи увійшли 32 хворих, у яких пухлина не виявляла ознак росту. До другої групи увійшли 24 хворих, у яких пухлина збільшилась в розмірах при динамічному спостереженні.

Пухлини, які не ростуть частіше інтраканальні або маленькі, а ВШ, що ростуть можуть зустрічатися на всіх стадіях пухлини. Серед 15 хворих з інтраканальною ВШ у 10 (66,7 %) випадках пухлини не збільшувались в розмірах протягом всього періоду спостереження, а серед 28 хворих на ВШ I-ї стадії – у 17 (60,7%) хворих пухлини не збільшувались.

Хворі I-ї групи частіше скаржилися на зниження слуху без шуму або разом із шумом у вусі, а хворі другої групи частіше скаржилися на шум у вусі і головокружіння. У 10 хворих другої групи зниження слуху мало прогресуючий характер, на відміну від хворих першої групи, у яких прогресуюча приглухуватість відмічена тільки в 2 випадках ($p < 0,05$)

Локалізація ВШ за даними МРТ була схожою у хворих двох груп з більшою кількістю кістозних форм ВШ у хворих другої групи ($p < 0,05$).

Темпи росту пухлини у хворих 2-ї групи були різними. Якщо орієнтуватися на найбільшу зміну одного з розмірів ВШ, констатували середній ріст пухлини у 3,4 мм протягом 6 міс.

Висновки. Тактика спостереження може бути застосована у хворих на вестибулярну шванному без ознак росту. Отримані дані дозволяють відмітити деякі особливості перебігу хвороби у хворих на ВШ, що має потенціал до росту, як прогресуюча в часі втрата слуху і кістозний тип будови пухлини за даними МРТ. Більшість вестибулярних шванном маленьких розмірів – інтраканальних і I ст., - не ростуть. Перше контрольне МРТ обстеження доцільно проводити через 6 міс. після виявлення ВШ. При відсутності росту пухлини повторні обстеження треба проводити щорічно з використанням МРТ з контрастним підсиленням.

МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ АКТИВНОСТІ ВЕСТИБУЛЯРНИХ ШВАННОМ З РІЗНОЮ ДИНАМІКОЮ РОСТУ

О.М. Борисенко, Є.І. Клочков, А.Л. Бобров, А.Є. Педаченко, Є.Є. Прокопенко

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VESTIBULAR SCHWANNOM ACTIVITY WITH DIFFERENT GROWTH DYNAMICS

Borysenko O., Klochkov E., Bobrov A., Pedachenko A., Prokopenko E.

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

За традиційними уявленнями мікроскопічна будова вестибулярної шванноми (ВШ) на різних стадіях росту може відрізнятися в залежності від інтенсивності дистрофічних процесів і порушень кровообігу. Такі порушення мають супроводжуватись розростанням фіброзної тканини і створювати строкату гістологічну картину. Тобто вважається, що структурне різноманіття шванном залежить не від початкових властивостей пухлинної тканини, а від деструктивних та рубцевих процесів. При цьому ігнорується можливість різних темпів росту морфологічно зрілих пухлин, а зловжисні варіанти шванном цієї локалізації зустрічаються виключно рідко. Практичний досвід свідчить, що шванноми локалізовані в межах внутрішнього слухового проходу (ВСП), які не виходять за його межі в напрямку мостомозочкового кута (ММК), мають більш “спокійну” гістологічну структуру, ніж ті що поширюються у ММК. Таким чином, постає питання визначення критеріїв активності зрілих за морфологічними ознаками пухлин, які мають прискорений темп росту.

Проведено морфологічне дослідження 16-и вестибулярних шванном. У всіх випадках ураження було одностороннім. У 8-и пацієнтів пухлина локалізувалась у ВСП і не виходила за його межі. При підготовці до оперативного втручання мали можливість оцінити динаміку росту таких пухлин з допомогою повторного МРТ дослідження. Морфометрія проводилась з використанням цифрових мікрофотографій тканинних структур. Для кількісної оцінки активності ВШ використовували показник клітинності пухлини (tumor cellularity, TC). Його величину, розраховану у відсотках відносно площі ядер до площі досліджуваного зразка, порівнювали зі швидкістю приросту об'єму ($\Delta V/T$), обчисленої за даними проведених в динаміці захворювання МРТ досліджень. Значення показника TC становило 17,0 (95 % ДІ: 14,8-19,3). Величина показника $\Delta V/T$ відповідала 7,1 (95 % ДІ: 1,9-13,6). Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити прямий високої сили за шкалою Чеддока істотний зв'язок між величинами показників TC і $\Delta V/T$ ($r=0,80$; $P=0,01$).

Клітинність пухлини є важливою мікроскопічною ознакою, корисною для діагностики, прогнозування і контролю якості лікування. Останнім часом вона використовується для обчислення індексу залишкового пухлинного навантаження (residual cancer burden index, RCBI), який характеризує неoad'ювантну відповідь при інвазивній карциномі. Клітинність є одним з компонентів цього індексу і вимірюється гістопатологами вручну або за допомогою нових складних комп'ютерних технологій, презентованих як авторські розробки, які ще очікують на визнання спеціалістів.

Показник клітинності (ПК) займає важливе місце в розроблених для оцінки активності парагангліом і феохромоцитом системах PASS і GAPP. ПК пухлини, обчислений вручну, застосовується в системі GAPP для градації парагангліом на високо-, середньо- та низькодиференційований типи. При проведенні молекулярної діагностики пухлин ПК є мірилом забезпечення якості проведеного дослідження.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що показники клітинності вестибулярних шванном корелювали з величинами швидкості приросту об'єму пухлин. Внаслідок цього швидше нарощували свій об'єм пухлини з високою клітинністю паренхіми. Одержані результати дають підстави вважати, що показники клітинності шванноми і швидкості приросту її об'єму можуть бути використані в якості критеріїв активності вестибулярних шванном з різною динамікою росту.

СТАН СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ОБ'ЄКТИВНОЇ АУДИОМЕТРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

І.А. Белякова, С.П. Чайка, Т.П. Лоза

CONDITION OF HEARING FUNCTION ACCORDING TO OBJECTIVE AUDIOMETRY DATA IN PATIENTS WITH MINERAL BONE MOTOR DISABILITY DISORDERS

Beliakova, I., Chaika S., Loza T.

ДУ « Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» м. Київ, Україна

На сьогоднішній день проблема впливу порушень мінерального обміну кісткової тканини на рівень слухової функції недостатньо вивчена. Ці порушення, ймовірно, можуть впливати на функціональний стан органу слуху. Практично відсутні дані з диференційно-топічної діагностики слухової функції у таких пацієнтів. Вирішення цих питань є актуальним завданням для аудіології.

Мета роботи - оцінка стану центральних відділів слухового аналізатора методом об'єктивної аудіометрії у пацієнтів з порушенням мінерального обміну кісткової тканини.

Матеріал і методи дослідження Було обстежено 30 пацієнтів з вадами мінерального обміну кісткової тканини, які були розподілені на дві групи. 1 група - 22 особи з остеопенією, 2 група - 8 пацієнтів з остеопорозом. Контрольна група - 20 осіб, яким не був встановлений діагноз порушень мінерального обміну, та які не мали скарг на стан слухової функції. Всім була проведена об'єктивна аудіометрія шляхом реєстрації КСВП з використанням аналізуючої системи Eclipse Interacoustic (Данія) за загальноприйнятою методикою. Визначали поріг реєстрації КСВП (дБ НЛ), латентний період (ЛП) та міжпікові інтервали (МП) хвиль КСВП. Для диференціації всіх піків КСВП використовували рівні стимуляції, які на 40 дБ перевищували пороги.

Результати та їх обговорення За даними суб'єктивної аудіометрії у 17 пацієнтів виявлено нормальний слух (14 осіб з 1 групи і 3 – 2 групи). У решти хворих діагностували погіршення функції звукосприймаючого апарату – у 9-ти – 1 ступеня і у 4-ох – 2 ступеня.

Було проведено порівняльний аналіз часових характеристики КСВП хворих та осіб контрольної групи. Виявлено, що у 22 обстежених, що мали зміни мінерального обміну , відмічали достовірне збільшення ЛП V хвилі КСВП на 0,12 мс, порівняно з контрольною групою ($P < 0,05$). Так показники ЛП V хвилі КСВП в контрольній та в основних групах становили ($5,58 \pm 0,0$) мс і ($5,70 \pm 0,03$) мс, відповідно. Це є наслідком змін саме в центральних відділах слухового аналізатора. Про наявність ретрекохлеарної патології у цих пацієнтів свідчить і достовірне збільшення значень МП I-V хвиль КСВП на 0,09 мс в порівнянні з контрольною групою. МП цих хвиль у хворих основної групи становив ($4,04 \pm 0,02$) мс, а в контрольній групі - ($3,95 \pm 0,02$) мс.

Отримані різними методами дані про стан слухової функції порівнювали між собою. Згідно даних аудіометрії, погіршення функції звукосприймаючого апарату діагностували у 43,3% пацієнтів, у решти 56,6% - не виявили вад слуху. За результатами об'єктивної аудіометрії шляхом реєстрації КСВП погіршення слуху в центральному відділі слухового аналізатора мали місце у 73,3% хворих. Варто зазначити, що серед них були 8 осіб, у яких при проведенні суб'єктивної аудіометрії був виявлений нормальний слух.

Висновки Погіршення стану мінерального обміну в кістковій тканини впливає на центральні відділи слухового аналізатора і призводить до зниження рівня слуху у таких хворих.

Метод реєстрації КСВП при оцінці рівня слухової функції у пацієнтів з вадами мінерального обміну кісткової тканини виявився більш чутливим та придатним у порівнянні з суб'єктивною аудіометрією.

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО І ВНУТРІШНЬОТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ СТЕРОЇДІВ.

Десва Ю.В., Науменко О.М., Коновалов С.Е.

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF SENSONEURAL HEARING LOSS WITH THE USE OF INTRAVENOUS AND INTRATYMPANIC INJECTION OF STEROIDS.

Dieieva Y., Naumenko O., Konovalov S.

*Кафедра оториноларингології
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
Київ, Україна*

Вступ: Раптова нейросенсорна приглухуватість була вперше описана в 1944 Де Клейном який описав її якшвидку, найчастіше односторонню втрату слуху, яка часто супроводжується шумом у вухах, запаморо-ченням. Хоча лікування цих пацієнтів в різних медичних закладах є різноманітним, введення стероїдів перорально чи внутрішньовенно вважається вибором протягом багатьох років. Однак велика кількість протипоказів мотивували дослідників на пошук альтернативних способів введення стероїдів. 1996 року Silverstein et al. впровадили внутрішньотимпанальну стероїдну перфузію при лікуванні цього захворюван-ня. З того часу в літературі з'явилось кілька досліджень цього методу лікування. Різноманітність виснов-ків, а також обмежена кількість проспективних контрольованих досліджень підштовхує на необхідності подальших досліджень у цій галузі.

Мета:

Порівняння терапевтичну ефективність внутрішньовенного та внутрішньотимпанального введення глюкокортикостероїдів при лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості.

Матеріали і методи:

Ми проаналізували дані 66 пацієнтів з раптовою сенсоневральною приглухуватістю які були розпо-ділені на дві групи: А (n = 34) призначали дексаметазон внутрішньовенно, тоді як групі В (n = 32) - дек-саметазон вводили внутрішньотимпанально. Пацієнти спостерігали за допомогою аудіометрії в 1-й день (початок лікування) на 7-й та 14-й день. До дослідження були включені лише пацієнти з тимпанограмою типу А. Пацієнти з кондуктивною або змішаною втратою слуху були виключені.

Результати та їх обговорення:

Всього 66 учасники були включені в аналіз. 34 з них були госпіталізовані до відділення оториноларин-гології Олександрівської клінічної лікарні інші пацієнти проходили лікування амбулаторно.

Було 45,5% чоловіків (N = 30) і 54,5% жінок (N = 36) із середнім віком 45 років. 34 (51,5%) пацієнтів були визначені в групу А, 32 (48,5%) - до групи В. Середня тяжкість первинної втрати слуху склала 50,2 дБ HL, а середній час до початку лікування - 4,0 дня. Середнє посилення слуху для групи А склало 25,5 дБ, тоді як для другої групи було 27,2 дБ. При проведенні аналізу отриманих результатів ми не отримали статистично значущих відмінностей між 2 групами в прирості слуху на 14 день від початку лікування (p = 0,51). Не було жодної істотної кореляції між рівнем початкової втрати слуху та середнім посилення слуху Середній приріст слуху у пацієнтів старше 60 років був значно нижче в порівнянні з приростом слуху в інших вікових групах (p = 0,02).

Висновки.

Відповідно до результатів нашого дослідження, різниця у терапевтичній ефективності внутрішньоти-панальних та системних стероїдів не є значною. Отримані нами результати дослідження показали, що при лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості системне внутрішньовенне а також внутрішньотимпа-нальне введення стероїдів мають подібні результати.

АНАЛІЗ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ» ЩОДО БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Дідковський В. Л., Науменко О. М.

ANALYSIS OF INTERNSHIP TRAINING PROGRAMS FOR THE SPECIALTY "OTOLARYNGOLOGY IN TERMS OF PATIENT'S SAFETY, BASED ON INTERNATIONAL PRACTICES

Naumenko O.M. Didkovskiy V.L.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність проблеми. Наслідком реформи медичної галузі в Україні серед іншого очікується інтенсифікація праці всіх медичних працівників. Складнішими стають медичні технології та зростає роль інформатизації у лікувально-діагностичному процесі. Все це разом підвищує ризик ненавмисної шкоди пацієнтам та несприятливих подій (дефектів надання медичної допомоги).

Безпека пацієнтів - це медична дисципліна, виникнення якої є відповіддю на зростаючу складність процесів надання медичних послуг, які супроводжує зростання масштабів шкоди, завданої пацієнтам в медичних установах (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>).

В свою чергу освіта і виховання лікарів-інтернів відіграють важливу роль у формуванні відношення до безпеки у майбутніх медичних фахівців. Основною метою інтернатури є набуття лікарями-інтернами компетентностей, необхідних для отримання кваліфікації лікаря-отоларинголога, формування готовності до самостійної лікарської роботи з дотриманням принципів академічної доброчесності, медичної етики та деонтології, доказової медицини.

Мета дослідження: метою нашої роботи є аналіз документів з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «оториноларингологія» у аспекті безпекових питань для упровадження у вітчизняну медичну освітянську практику наявного міжнародного досвіду.

Матеріал і методи досліджень. Матеріалом досліджень були міжнародні документи з безпеки пацієнтів. Досвід Канади та Польщі щодо практичного впровадження міжнародних напрацювань з попередження інцидентів безпеки пацієнтів у освітянську практику, тематичні наукові публікації, плани та програми з підготовки медичних фахівців в Україні.

Результати досліджень і їх обговорення. За основу у нашому дослідженні були взяті підходи, викладені у звіті британських експертів «Професійні навчальні програми з безпеки пацієнтів в системі охорони здоров'я: вивчення досвіду підготовки» (Patient safety in health care professional educational curricula: examining the learning experience).

Аналіз чинних тематичних планів за спеціальністю «оториноларингологія» показав значну кількість (45) практичних навиків та оперативних втручань, якими повинен оволодіти лікар-отоларинголог по закінченню навчання в інтернатурі. Обов'язкова кількість маніпуляцій, медичних процедур складає близько 3 500 протягом навчання. Що стосується безпеки пацієнтів, то мова в окремих темах може йти про ускладнення маніпуляцій і хірургічних втручань, тактику реагування на них.

На думку експертів питання безпеки повинні були присутні у більш ніж у 70% цієї тематики. Практичні навички, що безпосередньо стосуються безпеки пацієнтів, у тематичних планах вище вказаних дисциплін практично відсутні, як відсутнє посилання на відповідні джерела інформації. Зрештою навчально-методичні посібники зав цією тематикою в Україні відсутні. Такі проблеми у базових документах з організації навчального процесу безумовно впливають на якість підготовки фахівців.

Висновки. У навчальних планах підготовки фахівців за спеціальністю «оториноларингологія» має місце значна кількість (45) практичних навиків та оперативних втручань, якими повинен оволодіти лікар-отоларинголог по закінченню навчання в інтернатурі, які мають відношення до безпеки пацієнтів.

У проаналізованих програмах спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «отоларингологія» є гостра нестача у сучасному інформаційному забезпеченні навчального процесу в частині безпеки пацієнтів.

Викладання питань безпеки пацієнтів дозволить удосконалити процес підготовки фахівців за спеціальністю «оториноларингологія» та знизити ризик виникнення несприятливих подій (дефектів надання медичної допомоги), запобігти нанесенню ненавмисної шкоди пацієнтам на всіх рівнях надання допомоги.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК РОТОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ

В. Я. Діхтярук, Е. В. Лукач, О.В.Діхтярук, О.Л. Костюченко, А.А. Бакаєв.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH CANCER OF THE ORAL PART OF THE THROAT

Dikhtiaruk V., Lukach E., Dikhtiaruk A., Kostiuuchenko A., Bakaiev A.

ДУ « Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» м. Київ, Україна

За літературними даними, факторами прогнозу злоякісних новоутворень ротової частини глотки є стать, вік і статус хворого по Карновському, наявність метастазів в регіональних лімфатичних вузлах, ступінь їх ураження та локалізація на шії, стадія захворювання, локалізація первинного пухлинного осередку в ротоглотці, гістологічна ступінь диференціровки пухлини, вміст гемоглобіну в периферійній крові. Перспективним напрямом вважається вивчення прогностичного значення молекулярно-біологічних маркерів, а саме p16INK4 у хворих з новоутвореннями ротової частини глотки.

Мета дослідження: Вивчити прогностичне значення експресії молекулярних маркерів p16INK4 у хворих на рак ротової частини глотки визначених імуноцитохімічним методом.

Результати та їх обговорення. Проведено аналіз результатів комбінованого лікування 64 хворим на рак ротової частини глотки. Мікроскопічне дослідження пухлин показало значну перевагу плоскоклітинного раку. Так, у (90,6 %) хворих гістологічно був виявлений плоскоклітинний рак : зроговілий у (42,8 %) хворих і незроговілий у (47,8 %) хворих.

Всім 64 хворим було проведено імуногістохімічне (ІГХ) дослідження з онкопротеїном p16INK4. При оцінці проведеного імуногістохімічного аналізу з онкосупресором p16INK4 негативна реакція встановлена у 27 (42,2 %) хворих, тоді як у 37 пацієнтів (57,8 %) визначено наявність змішаної (ядерно-цитоплазматичної) реакції окремих клітин із маркером.

Між реакцією з біомаркером p16INK4 та безпосередніми результатами комбінованого лікування визначено достовірний асоціативний та ранговий кореляційний зв'язок ($r_s=0,33$; $p=0,007$), що обумовлено наявністю виявлення онкосупресора p16INK4 у хворих з повним і частковим регресом пухлини та його відсутністю у хворих зі стабілізацією.

При повному регресі частка хворих з наявною реакцією з онкосупресором p16INK4 складає 75,9 %, тоді як при частковому – 42,9 % ($p=0,029$).

Шанси досягнення повного регресу пухлини збільшуються при наявності реакції з онкосупресором p16INK4 у 4,2 рази порівняно з її відсутністю (відношення шансів $ВШ=4,2$; 95% ДІ (1,3 - 12,3); $p=0,010$).

Щодо інформативності біомаркера для прогнозування регресії пухлини, то за даними проведеного ROC-аналізу, що показує залежність кількості вірно класифікованих результатів (істинно позитивних) від кількості невірно класифікованих результатів (хибно негативних), не отримано переконливих доказів щодо дискримінантної здатності p16INK4, вона визначена як середня. Операційні характеристики за даними ROC аналізу: чутливість – $Se=75,86$ %; специфічність $Sp=57,14$ %, площа під ROC-кривою – $AUC=0,665$ та 95 % ДІ (0,536 - 0,778); $p=0,005$.

Площа під ROC-кривою для прогностичної здатності повного регресу пухлини досягла статистично значущого рівня ($p=0,005$), але не має достатнього клінічного значення, оскільки $AUC<0,700$, прогностична характеристика p16INK4 розцінюється як середня.

Треба відзначити, що у p16INK4 при невисокому рівні специфічності – $Sp=57,14$ %, визначено достатньо високий рівень чутливості – $Se=75,86$ %, що вказує на високу частку істинно позитивних результатів та невелику кількість хибнопозитивних результатів. Це більше підходить для первинного висновку щодо регресії пухлини.

Висновки. При наявності реакції з онкосупресором p16INK4 шанси досягнення повного регресу пухлини збільшуються у 4,2 рази порівняно з її відсутністю ($ВШ=4,2$; $p=0,010$). Було визначено, що при повному і частковому регресі пухлини, більшою мірою зустрічається позитивна реакція з біомаркером p16INK4 ($r_s=0,33$; $p=0,007$), який може використовуватися зі скринінговою діагностичною метою щодо регресії пухлини, однак має середню прогностичну здатність щодо передбачення повного регресу.

ОСТАННІ ДОСЯГНЕННЯ У ВИВЧЕНІ ПАТОМЕХАНІЗМІВ РИНОСИНУСИТУ АСОЦІЙОВАНОГО З НЕПЕРЕНОСИМІСТЮ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Заболотна Д.Д., Молдованов І.А.

RECENT ACHIEVEMENTS IN THE STUDY OF PATHOMECHANISMS OF RHYNOSINUSITIS ASSOCIATED WITH NON-STEROID ANTI- INFLAMMATORS INTOLERANCE

Zabolotna D., Moldovanov I.

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

Актуальність: Патомеханізми риносинуситу що асоційований з прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), складні і досі остаточно не вивчені. Наразі відомо, що вони пов'язані з генетичною схильністю та тригерами з навколишнього середовища, які призводять до порушення регуляції метаболізму жирних кислот та ліпідів, зміни клітинних взаємодій, трансметаболізму клітин та виникнення хронічного запалення у дихальних шляхах.

Мета: Інформувати отоларингологів, та алергологів про останні досягнення у вивченні аспірин асоційованого респіраторного захворювання (AERD), узагальнення вже відомої інформації щодо патомеханізмів хвороби.

Матеріали та методи: До аналізу літературних джерел були включені публікації у міжнародних рецензованих виданнях, пошук відбувався за ключовими словами «хронічний поліпозний риносинусит, аспіринова тріада, респіраторне захворювання загострене аспірином, респіраторне захворювання, поліп носу, хронічний риносинусит». Було проведено огляд та аналіз публікацій з імунології та алергології для дослідження міждисциплінарного підходу вивчення патомеханізмів риносинуситу що асоційований з прийомом нестероїдних протизапальних препаратів.

Результати: Насьогодні основними напрямками вивчення патомеханізмів риносинуситу що асоційований з прийомом нестероїдних протизапальних препаратів є дослідження впливу IgG 4 і IgE в патогенезі захворювання. Нещодавно IgG 4 був ідентифікований у тканині назального поліпа в пацієнтів з риносинуситом та AERD, та корелював з поганим післяопераційним перебігом. Це передбачає можливу роль IgG 4 у хронічному перебігу синуситу за рахунок ще не ідентифікованих механізмів. Тканина назального поліпа містить безліч цитокінів, які можуть стимулювати В-клітинну прозапальну реакцію. Цитокіни 2-го типу, включаючи IL-4, IL-5, IL-13, тимусний стромальний лімфопоетин та IL-33, а також IL-10, в великих кількостях присутні в еозинофільних поліпах носа у хворих з непереносимістю аспірину (Tomassen P. Vandeplass G. 2016) Отримані дані свідчать про те, що на додаток до своєї встановленої ролі в контролі тканинної еозинофілії, IL-5 може також впливати на стан активації клітин, що експресують антитіла, на вироблення ними антитіл, і може піддаватися модифікації IL-5-нейтралізуючим біологічним препаратом, що може бути використано для терапії AERD.

Висновок: Причина тяжкого поліпозу носа при AERD остаточно не визначена. Чим більше ми дізнаємося про патомеханізм захворювання, тим більше ми можемо персоналізувати лікування. У майбутньому методи системної біології можуть дати нам більше інформації про зміни на клітинному рівні при цьому захворюванні, а розробка нових препаратів моноклональних антитіл призводить до зменшення симптоматики AERD, та покращення якості життя пацієнтів.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ ДЛЯ ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ВИДАЛЕННІ ПУХЛИН ЛОБНИХ ПАЗУХ З ІНТРАКРАНІАЛЬНИМ ПОШИРЕННЯМ

Заболотний Д.І., Кваша О.М.

THE RESULTS OF USING THE METHOD OF ELECTROSURGICAL WELDING OF DEFECTS OF DURA MATER IN RADICAL REMOVAL OF FRONTAL SINUS TUMORS WITH INTRACRANIAL INVAIDING

Zabolotnyi D., Kvasha O.

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

Вступ. Основні ускладнення при видаленні пухлин лобних пазух з інтракраніальним поширенням (ПЛП з ІП) пов'язані з порушенням замкнутості фізіологічного контуру циркуляції ліквору внаслідок недостатньої герметизації твердої мозкової оболонки (ТМО) при радикальному видаленні цих пухлин, а також внаслідок формування оболонково-мозкового рубця після використання чужорідних матеріалів для закриття дефектів ТМО (шовного матеріалу, клею, герметиків, штучних матеріалів), що в подальшому викликає постійне подразнення прилеглих зон кори головного мозку, створюючи осередок епілептичної активності. Альтернативним є метод біполярного високочастотного електрозварювання, який здійснюється завдяки механізму протейн-асоційованої електротермічної адгезії тканин, що дозволяє надійно і безшовно з'єднувати ТМО без порушення структури та функцій тканини з післяопераційним формуванням еластичного і недеформуючого рубця.

Мета дослідження: Оцінка результатів та ефективності застосування методу високочастотного біполярного електрозварювання для закриття дефектів ТМО при пухлинах лобних пазух з інтракраніальним поширенням, порівняно із традиційними методами закриття дефектів ТМО.

Матеріали і методи. Нами проведено з'єднання дефекту ТМО та післяопераційне спостереження 52 хворих з ПЛП з ІП у період з 2018-2022 рр., що знаходились на лікуванні у ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» та ДУ «Інституті нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України» у відділенні позамозкових пухлин та відділенні краніофасціальній нейрохірургії з ендоскопічною асистенцією. Жінок було 23 (44%), чоловіків 29 (56%), вік – від 18 до 76 років. Для оцінки результатів досліджень пацієнти були розподілені по групах на основі рандомізації «методом монети»: І група (основна, 26 хворих) – резекція пухлини з ураженою ТМО, послідуною пластикою і герметизацією дефектів ТМО з використанням «лінійного зварного шва» за допомогою біполярного інструментарію та джерела живлення ЕК 300 М1 Патонмед. ІІ група (контрольна, 26 хворих) – виконувалася резекція пухлини з ураженою ТМО, наступною пластикою і герметизацією дефектів ТМО з використанням «лінійного механічного шва» за допомогою монофіламентного поліпропіленового атравматичного шовного матеріалу з діаметром нитки 4/0-5/0 по Донаді, що є «золотим стандартом» в нейрохірургії.

Для зварювання тканин застосовували спеціально розроблені 3 автоматичні режими апаратного зварного комплексу ЕК 300 М1: 1) ТМО з ТМО; 2) ТМО з широкою фасцією стегна; 3) фасція з фасцією.

В якості критеріїв ефективності, за якими оцінювали результати досліджень, було вибрано наступні: герметичність шва за гемостазом, аеростазом та лікворостазом; термін повного загоєння ТМО; динаміка післяопераційної епідуральної ТМО-ексудації; наявність/відсутність ускладнень герметичності ТМО; термін видалення епідуральних дренажів; загальна тривалість післяопераційного лікування.

Результати. Безпосередньо під час операції оцінювали властивості шва ТМО і апоневрозу. Адекватним вважали шов, який не потребував додаткових дій по досягненню повного гемостазу та герметизму. Високочастотне біполярне зварювання забезпечило формування адекватного шва. Традиційний механічний шов потребував додаткового ушивання вузловими швами в зв'язку з недостатнім герметизмом у контрольній групі у 11 випадках (21,2%, $p < 0,05$), у основній групі – потреби у додатковому гертме-

тизмі не було (0%, $p < 0,05$). Тобто, ушивання ТМО та апоневрозу традиційними способами в 8 випадках змушувало вдаватися до додаткового ушивання вузловими швами, в 1 використанні хірургічного клею BioGlue і в 2 випадках герметика «Тахокомбу», при чому продовжувалась тривалість операції і в подальшому зберігався ризик недостатньої ефективності шва в післяопераційному періоді, і як наслідок виникнення ускладнень.

В якості одного з інтегральних показників, який дозволяє судити про особливості перебігу раннього післяопераційного періоду, було вибрано динаміку кількості підапоневротичного накопичення спинномозкової рідини. Серед цих ліквородинамічних ускладнень в 1 групі не виявлено псевдоменингоцеле взагалі, в 2 групі (контрольній) – виявлено у 3 пацієнтів (5,7%, $p < 0,05$). Епідуральні дренажі в основній групі були видалені на 12+2,3 день ($p < 0,05$), в групі контролю – на 15+2,9 день ($p < 0,05$). Серед неврологічних ускладнень в обох групах переважав гідростатичний набряк ГМ, який проявлявся симптомами з місця хірургічної травми, транзиторним неврологічним дефіцитом та внутрішньочерепним гіпертензійним синдромом, та як правило виникав при неможливості повного видалення новоутворення та/або високого ступеня анаплазії пухлини. В першій групі гідростатичний набряк ГМ переважно зникав на 10-12 добу ($p < 0,05$), в 2 групі – на 14-15 добу ($p < 0,05$) з залишковими ознаками неврологічного дефіциту, залежно від первинного неврологічного статусу пацієнта.

Серед геморагічних ускладнень оболонкові гематоми спостерігались у 4 пацієнтів (7,6%) ($p < 0,05$) контрольної групи та 2 пацієнтів (3,8%) ($p < 0,05$) з основної групи, цьому сприяла втрата достатньої кількості ліквору під час операції, значне зменшення внутрішньомозкового об'єму при видаленні пухлин великих розмірів, атрофія та надмірна дегідратація ГМ. З них у 1 пацієнта (1,9%) ($p < 0,05$) контрольної групи виникла контрлатеральна від місця втручання оболонкова гематома.

Загальна тривалість післяопераційного лікування визначалася як тривалістю його етапів, так і ускладненнями, що виникли, та заходами по їх лікуванню. В порівняннях тривалість післяопераційного лікування при застосуванні біологічного зварювання забезпечило скорочення тривалості післяопераційного лікування з (20,3+4,3), діб в групі контролю до (16,7+1,2) діб в 1 групі ($p < 0,01$). В цілому, при застосуванні біологічного зварювання спостерігався більш швидкий перебіг етапів післяопераційного періоду, а також статистично менше післяопераційних ускладнень.

Серед оцінки загального стану онкологічного хворого згідно шкали Карновського у вказаних групах та шкали оцінки післяопераційної якості життя ECOG-BOOЗ кількість пацієнтів в основній групі з показниками 3-4 бали – 21 пацієнт (40,3%), а в контрольній тільки у 15 пацієнтів (28,8%) ($p < 0,05$), що вказує на переваги застосування високочастотного біполярного електрозварювання.

Висновки. Таким чином, на основі проведених досліджень, встановлено статистичнозначущі переваги застосування високочастотного біполярного електрозварювання ТМО та широкої фасції стегна для відновлення замкнутості фізіологічного контуру циркуляції ліквору при видаленні ПЛП з ІП у розроблених режимах, що у підсумку, дозволило досягти зменшення інтра- та післяопераційних ускладнень, полегшення праці хірурга, скорочення часу операції, більш швидкому перебігу етапів післяопераційного періоду, порівняно з традиційними методами ушивання дефектів ТМО.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТРАНСОРАЛЬНОГО СПОСОБУ ДОСТУПУ У ПАЦІЄНТІВ З НОВОУТВОРЕННЯМИ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТОРУ.

Заболотний Д.І., Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Кізім Я.В., Ісмагілов Е.Р., Нестерчук В.І.

OPTIMIZATION OF TRANSORAL METHOD OF ACCESS IN PATIENTS WITH NEOPLASM OF PARAPHARINGAL SPACE.

Zabolotnyi D., Zabolotna D., Tsvirinko I., Kizim Ya., Ismahilov E., Nesterchuk V.

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

Вступ. Первинні пухлини парафарингеального простору є рідкісними і налічують до 0, 5% від всіх новоутворень голови та шиї. Хірургічне лікування є основним методом лікування пухлин ПФП. Трансоральний доступ забезпечує прямий шлях до пухлин через ротоглотку, але не забезпечує достатнього інтраопераційного контролю за великими судинами. При використанні трансорального способу доступу майже не спостерігаються характерні післяопераційні ускладнення, характерні для трансмандибулярного та трансцервікального способів доступу.

Мета. Оптимізувати трансоральний спосіб доступу та покращити інтраопераційний контроль за суміжними структурами та зменшення травматичності.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням було 43 пацієнта, жінки становили 23 особи, чоловіки 20, середній вік пацієнтів становив 47,3 років (діапазон 25 – 69 років). Критерії включення: престилоїдне розташування новоутворень, доброякісні новоутворення, виключена гломусна природа новоутворень та інтенсивне кровопостачання.

У пацієнтів 1ої групи (16 пацієнтів) проводили розтин розтин по передній дужці піднебінного мигдалика ураженої сторони від основи язика до м'якого піднебіння.

Пацієнтам 2ої групи (20 пацієнтів) розтин слизової оболонки здійснювався по задній піднебінній дужці (боковій стінці глотки) від кореня язика доверху, з можливістю продовження в тому чи іншому напрямку при наявності великого новоутворення. Таким чином забезпечується можливість збереження архітектоніки піднебінного мигдалика та м'якого піднебіння.

Результати. Місцеві ускладнення (інтраопераційні та в ранньому післяопераційному періоді) в пацієнтів 1ої групи у 25% (4 пацієнта) (кровотеча, некроз в ділянці рани та неспроможність швів).

У пацієнтів 2ої групи у ранньому післяопераційному періоді ускладнення спостерігалися у 10% (2 пацієнта) – неспроможність швів.

Середня кількість балів на 7ий день після хірургічного втручання згідно опитувальника EORTC QLQ-N&N35 у пацієнтів 1ої групи становила 72бали. У 2ій групі - 58 балів. Через 1 міс після хірургічного втручання середня кількість балів у пацієнтів 1ої групи становила 50 балів, у пацієнтів 2ої групи - 37 балів.

Висновки. Дана методика трансорального способу доступу дозволяє зменшити інвазивність, травматичність та сприяє збереженню передньої піднебінної дужки, піднебінного мигдалика та м'якого піднебіння. А також прискорює відновлення функцій глотки у пацієнта в післяопераційному періоді.

РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ПОСЛІДОВНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЇЇ КОМПОНЕНТІВ.

Лукач Е.В., Сerezько Ю.О., Клочков Є.І., Стрежак В.В., Діхтярук В.Я., Цимбалюк Є.М.

RESULTS OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER WITH DIFFERENT SEQUENCES OF CONSERVATIVE AND SURGICAL COMPONENTS.

Lukach E., Serezhko Yu., Klochkov Ye., Strezhak V., Dikhtiaruk V., Tsybaliuk Ye.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України» (директор - академік Д.І. Заболотний) (Київ)

Захворюваність на рак гортані в Україні, за даними канцер-реєстру, займає близько 5,6 % в структурі злоякісних пухлин людини. Вирішення черговості методів лікування у кожному окремому випадку, згідно настанов, здійснюється мультидисциплінарною командою але яке поєднання основних методів лікування хворих на рак гортані є кращим – не визначено,

Мета дослідження: визначити ефективність варіантів послідовності консервативного та хірургічного компонентів у комбінованому лікуванні хворих на рак гортані.

Матеріали та методи. У відділі онкопатології ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України» проводилось обстеження, лікування та спостереження за 155 хворими на рак гортані. Хворих на рак гортані було розподілено на 2 групи: першу (93 особи) – з використанням на першому етапі індукційної хіміопроменевої терапії та другу (62 особи) – з першоетапним хірургічним втручанням. Розподіл хворих за I-II, III та IV стадією у першій групі був у 34, 45 та 14 осіб, а в другій групі – у 18, 40 та 4 осіб відповідно. Гістологічна будова пухлин у обстежених хворих на рак гортані була представлена плоскоклітинним раком різного ступеню диференціювання.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась із застосуванням непараметричних методів.

Результати. Регіонарне метастазування було істотно частіше ($\chi^2=16,074$; $\phi=0,00012$; $p<0,05$) спостерігались при раку надголосникового відділу гортані – 19 проти 8 випадків при раку голосникового відділу.

Консервативне лікування, на першому етапі, у хворих на рак гортані показало істотно меншу кількість рецидивів пухлини при її локалізації у надголосниковому відділі гортані у порівнянні з раком голосникового відділу гортані ($\chi^2=6,718$; $\phi=0,01345$; $p<0,05$). Встановлено, що близько (80-83) % рецидивів пухлини спостерігаються у хворих на рак гортані та глотки після їх лікування протягом першого року.

При хірургічному лікуванні хворих на рак гортані безрецидивна виживаність є істотно вищою ніж при їх консервативній терапії ($\chi^2=12,460$; $\phi=0,00046$; $p<0,05$). Також, відмічено істотно вищу загальну виживаність хворих на рак голосникового відділу гортані (ГВГ) у порівнянні з пухлинами надголосникового відділу (НВГ) – 87 % проти 50 % відповідно ($\chi^2=3,911$; $\phi=0,07014$; $p<0,05$).

При першоетапному консервативному лікуванні хворих на рак гортані Безрецидивна трирічна виживаність хворих на рак ГВГ склала 44,0 % проти 47 % у хворих на рак НВГ. Медіана безрецидивної виживаності хворих на рак НВГ та ГВГ була досягнута після 23 та 18 місяців спостереження відповідно. Трирічна загальна виживаність хворих на рак НВГ становила 67,0 %, а ГВГ – 78 %. Статистичної різниці між цими групами хворих не було виявлено. Цей факт можна пояснити тим, що подальше лікування хворих з рецидивами пухлини відбувалось із застосуванням хірургічного втручання і сприяло однакової трирічній загальній виживаності хворих на рак гортані.

При порівнянні груп хворих на рак гортані з першоетапним консервативним та хірургічним лікуванням було отримано безрецидивну виживаність за три роки – 46 % та 76 % відповідно ($\chi^2=14,289$; $\phi=0,00023$; $p<0,05$). Поява рецидивів пухлини у хворих обох груп спостерігалась, головним чином, протягом першого року. Медіана безрецидивної виживаності хворих на рак гортані, при їх консервативному лікуванні на першому етапі, була досягнута після 19 місяців спостереження.

Загальна виживаність у хворих була наступною: в групі з консервативним лікуванням на першому етапі одно-, дво- та трирічна загальна виживаність хворих становили 96 %, 84 % та 75 %, а у групі з хірургічним лікуванням на першому етапі була: 89 %, 81 % та 81 % відповідно.

Висновки. На нашу думку, більш доцільним є проведення першоетапного хірургічного лікування хворих на рак голосникового відділу гортані. При раку надголосникового відділу є доцільним розпочинати лікування таких хворих з консервативних методів комбінованої терапії.

ДИНАМІКА ВМІСТУ СЕКРЕТОРНОГО IGA У СЕКРЕТІ РОТОГЛОТКИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У РІЗНІ СТРОКИ ПІСЛЯ ПРОТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТА ПРОТИГРИПОЗНОЇ ВАКЦИНАЦІЇ

Мельников О.Ф., Самбур М.Б., Тимченко М.Д.

DYNAMICS OF THE CONTENT OF SECRETORY IGA IN THE SECRET OF THE OROPHARYNGS IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT IN DIFFERENT PERIODS AFTER ANTI-BACTERIAL AND ANTI-INFLUENZA VACCINATION

Melnykov O., Sambur M., Tymchenko M.

ДУ « Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» м. Київ, Україна

В останні роки все більше увагу дослідників привертають питання спроможності системної імунізації викликати захисний імунітет слизових оболонок (СО). Останнім часом з'явилися дані про здатність деяких системно введених вакцин генерувати імунні відгуки СО, включно з секрецією Ig A- антитіл.

Важливим елементом місцевого імунітету слизових оболонок є секреторний IgA (sIgA), який захищає слизові оболонки як від заселення їх патогенними мікроорганізмами, так і від проникнення останніх во внутрішнє середовище організму.

Метою роботи було визначення впливу вакцинації протибактеріальними та противірусними препаратами на вміст sIgA в секреті ротоглотки (СР) у хворих з хронічними запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів (ХЗЗ ВДШ).

Вміст sIgA у СР визначали у 39 хворих на ХЗЗ ВДШ в стадії клінічної ремісії, серед з яких 16 хворіли на хронічний риносинусит, 12 – на хронічний тонзиліт, а 11 – на хронічний фарингіт. За результатами імунологічного обстеження пацієнтів було поділено на дві групи.

До першої групи віднесено 15 хворих з нормальними показниками імунограми. До другої групи увійшли 24 пацієнта, у яких на тлі ХЗЗ ВДШ при імунологічному дослідженні були виявлені суттєві зміни не менше трьох показників імунологічної реактивності з тих, що використовуються як стандарт при лабораторному обстеженні системи імунітету, з метою корекції яких хворим перед вакцинацією призначали десятиденний курс прийому імуномодуючого препарату рослинного походження ВНО 1030 з комплексною активністю. Визначення вмісту sIgA у СР хворих проводили до, після проведення імунокорекції препаратом ВНО 1030, через 3 тижні, 3 місяці та 6 місяців після вакцинації.

Проведені дослідження показали вірогідне збільшення концентрації цього імуноглобуліну в СР хворих на ХЗЗ ВДШ в стадії клінічної ремісії порівняно із таким у практично здорових донорів контрольної групи ($p < 0,05$). Середні значення цього показника у хворих в динаміці спостереження виявили тенденцію до збільшення його вмісту в СР пацієнтів через 3 тижні, 3 та 6 місяців після введення їм мукозальної вакцини.

Проведення десятиденного курсу імуномодуючої терапії препаратом рослинного походження ВНО 1030 хворих на ХЗЗ ВДШ безпосередньо перед щепленням протибактеріальною вакциною сприяло стимуляції у них локальної продукції sIgA, яка досягла вірогідних значень через 6 міс. після вакцинації ($p < 0,01$).

Аналіз результатів за індивідуальними значеннями цього показника у пацієнтів двох груп спостереження показав, що в групі хворих, які приймали імуномодуючий препарат, концентрація sIgA в СР зросла в 1,6-3,3 рази в різні строки спостереження у 75,0 % хворих, тоді, як без проведення попереднього курсу імунотерапії зростання цього показника спростерігалось в 1,2 – 4,0 рази приблизно тільки у половини пацієнтів ($p = 0,082$).

Вакцинація протигрипозною вакциною суттєво збільшувала концентрацію sIgA в СР хворих на ХЗЗ ВДШ в стадії клінічної ремісії із зниженим вмістом цього імуноглобуліну. Так, індивідуальний аналіз концентрації sIgA в СР пацієнтів в різні строки після проведення протигрипозної вакцинації дозволив визначити, що серед осіб, вміст sIgA в СР яких до вакцинації був менше середнього значення по групі і становив в середньому 171,1 мг/л, рівень цього імуноглобуліну через 3 тижні збільшувався на 85,7 % та дорівнював в середньому 307,7 мг/л ($p < 0,05$), а через 3 міс. визначався збільшеним у 69,2 % хворих і становив 342,6 мг/л ($p < 0,05$), що було на 100,2 % більше від початкового.

Отримані дані свідчать про стимулюючий вплив імуномодуляторів рослинного походження, протибактеріальної та протигрипозної вакцинації на вміст sIgA в СР у хворих на ХЗЗ ВДШ в стадії ремісії.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОНХОПАТІЮ

Мінін Ю.В., Кучеренко Т.І., Мініна Г.Ю.

PRINCIPLES OF TREATMENT IN PATIENTS WITH RONCHOPATHY

Minin Yu., Kucherenko T., Minina H.

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

В останні роки є багато наукових свідощів того, що ронхопатія викликає не тільки соціальний дискомфорт, але і має значні медичні аспекти.

Основу формування цього синдрому складають різноманітні зміни анатомічного і функціонального характеру, що призводять у нічний час до звуження верхніх дихальних шляхів. Клінічні прояви ронхопатії можуть бути різними від епізодичного і постійного хропіння до різного ступеню прояву обструктивного апное під час сну.

У зв'язку з цим запропоновані різні по об'єму та спрямованості методи лікування хворих на ронхопатію. Ронхопатія є поліетіологічним патологічним станом, тому інформативна оцінка ефективності різних методів лікування можливо лише при однакових клінічних проявах.

Під наглядом знаходилось 60 хворих з ронхопатією різного ступеня прояву.

Перед вибором лікувальної тактики ми вирішували декілька питань.

Перша це визначення клінічних проявів хвороби та формування відповідних груп хворих. Для цього проводили кардіо-респіраторний моніторинг під час сну. Насамперед звертали увагу

на інтенсивність та частоту епізодів хропіння та індекс обструктивного апное під час сну. По друге намагались з'ясувати причину появи ронхопатії. Для цього проводили МРТ дослідження анатомічних структур верхніх дихальних шляхів у сагітальній та аксіальній проекціях з морфометричним обчисленням.

При аналізі морфометричних показників отриманих на основі МРТ дослідження треба виявити характер та рівень найбільшої обструкції дихальних шляхів. Нами відмічений певний паралелізм між ступенем звуження верхніх дихальних шляхів та погіршенням дихання під час сну. Найбільш тяжкі прояви погіршення дихання у нічні часи спостерігались при звуженні ВДШ на декількох рівнях.

Тактика хірургічного лікування хворих з хропінням та синдромом обструктивного апное під час сну повинна бути орієнтована на усунення обструкції ВДШ під час сну на усіх рівнях та її визначення потребує індивідуалізованого підходу.

У хворих з багаторівневим звуженням верхніх дихальних шляхів, а саме орофарингеальної, ретропалатинальної та ретроглоттальної ділянок глотки, кінцевий клінічний результат лікування було досягнуто при послідовному запровадженні внутрішньоносової хірургії, увулопалатофарингопластики, застосування селективної радіочастотної абляції язика та трансоральної радіочастотної редукції підборідно-язикового м'язу.

Критерієм оцінки ефективності хірургічного лікування хворих на ронхопатію повинен бути об'єктивний метод контролю стану організму людини під час сну у вигляді кардіо-респіраторного скринінгу.

EAC ANATOMY AND INCIDENCE OF TYMPANIC MEMBRANE PERFORATIONS IN PATIENTS AFFECTED BY ACOUBAROTRAUMA & EXPLOSIVE INJURIES

*Srebniak I. *, Storzshuk Y. *, Sherbul O. **, Tesliuk V. **

АНАТОМІЯ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ ТА ЧАСТОТА ПЕРФОРАЦІЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ У ПАЦІЄНТІВ З АКУБАРОТРАВМОЮ ТА ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ

Сребняк І.А., Сторожчук Ю.О., Шербул О.В., Теслиук В.Р.

** Otolaryngology Institute named by O.Kolomiichenko*

***National military medical clinical centre “Main military clinical hospital”*

The natural shape of the external auditory canal (EAC) is quite variable. There are several shapes of EAC according to the classifications proposed by researchers (Eckerdal, 1980; Mahboubi & Jahanbakhshi, 2012; Yi-Fang Lee et al., 2020). Some shapes of EAC are considered predictors of chronic outer and middle ear diseases (van Spronsen E. et al., 2014).

Since April 2022, the contingent of patients of the Institute of Otolaryngology named after Prof. OI Kolomiychenko and the National Military Medical Center «Main Military Clinical Hospital» has significantly expanded due to hospitalization of militaries after mine injuries, contusions, acoubarotraumas.

Traumatic injuries of the outer, middle and inner ear are the common results of such lesions in evaluated patients. 80% composed the patients with tympanic membrane perforations with different localization and size associated with conductive or mixed hearing loss.

49 male patients were examined. None of the patients determined the presence of middle ear disease before injury during combat. Mandatory examinations included audiometry, vestibulometry, and computed tomography (CT) of the temporal bones.

CT scans were obtained using Philips Brilliance 64-slice CT scanners. Axial and coronal plane CT images of the temporal bones were evaluated. The slice thickness was 0.67 mm.

The shape of EAC was determined by CT scans according to the classification of Mahboubi & Jahanbakhshi (2012). Among the examined patients, 27 had an hourglass shape of EAC with a protruding anterior bone wall (group 1), 15 had a conical shape with narrowing of the bone part in the area of the bony tympanic ring (group 2), and 7 had a cylindrical shape with wide auditory passage without signs of bone protrusions in any part of EAC (group 3).

Subtotal tympanic membrane perforations with predominant localization in the anterior quadrants were determined in patients of group 1. Central eardrum's perforations - in patients of group 2, in patients of group 3 - slit-like perforations, mainly in the posterior quadrants of the eardrum.

Tympanoplasty was performed in all patients of 1 and 2 groups with intraoperative oval and round windows revisions. Gelaspon oval and round windows sealing soaked of dexamethasone solution completed to all patients with mixed hearing loss.

In patients of 3 group non-surgical closure of the perforation with a fragment of silicone was performed in 4 patients; in 3 cases - the perforation was healed without any treatment.

Thus, under the influence of injuries of mine-explosive trauma of wartime, contusions, acoubarotraumas the frequency of tympanic membrane perforation with different localization is much higher in patients with an hourglass EAC shape with protruding anterior bone wall and conical EAC shape, than in patients with cylindrical shape of EAC.

АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ ЛДГ І СДГ ПРИ РЕГЕНЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСАХ В ЗОНІ ПОШКОДЖЕННЯ ХРЯЩА ВУХА ЩУРІВ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ МАТЕРІАЛУ НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ

С. П. Чайка, А.Ф.Карась, І.А. Бєлякова

ACTIVITY OF LDH AND SDG ENZYMES DURING REGENERATIVE PROCESSES IN THE AREA OF RAT EAR CARTILAGE DAMAGE AFTER CHITOSAN-BASED MATERIAL IMPLANTATION

Chaika S., Karas A, Bieliakova I.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» м. Київ, Україна

Проблема пошуку ефективних біоматеріалів для проведення реконструктивно-відновних операцій на різних тканинах актуальна і важлива на даний час. Для з'ясування можливостей використання цих матеріалів потрібно проведення до клінічних експериментальних досліджень. При цьому необхідно враховувати, що процеси регенерації тісно пов'язані і залежать від енергетичних ресурсів тканин, які значною мірою визначаються рівнем активності ферментів метаболічного обміну – таких як ЛДГ та СДГ.

Мета роботи оцінка гістохімічними методами впливу матеріалу на основі конденсованого з колагеном хітозану з додаванням розчинів ербісолу та хондроїтинсульфату на репаративні процеси пошкодженої хрящової тканини вуха щурів.

Матеріал та методи Дослідження проведено на 24 нелінійних щурах. В контрольній групі (9 щурів) - робили лише розріз хрящової пластинки вуха, в дослідній групі в зону пошкодження вводили запропонований імплантаційний матеріал (15 тварин). В різні строки після операції (2 тижні, 1,3 місяці) вилучали зразки тканини і готували гістологічні зрізи на мікротомі-кріостаті Microm HM 525. За загальноприйнятими методиками, виявляли ферменти ЛДГ (Бернстон М., 1965) та СДГ (Ліллі Р.,1969). Рівень їх активності оцінювали за бальною шкалою : 0 - відсутня активність, 5 – максимальна.

Результати дослідження Через 2 тижні в обох групах відмічали типові ознаки асептичного запального процесу. Активність ЛДГ в хондроцитах не перевищувала 2 балів. Надалі в контрольній групі в ділянці пошкодження головним чином спостерігали явища рубцювання, значне розростання клітин сполучної тканини з рівнем активності для ЛДГ 2-4 бали та 1-2 бали для СДГ. Спостерігали в термін 3 місяця незначні прояви хондрогенезу. В дослідній групі через 1 місяць в зоні охрястя відмічали початок хондрогенезу з появою молодих клітин з рівнем активності ЛДГ до 4 балів та СДГ - переважно до 2 балів.. Через 3 місяці прояви хондрогенезу в перихондрії та в ділянці втручання зростали. Показники активності ЛДГ в хондробластах були максимальними до 5 балів. Виявляли підвищення проявів макрофагальної та гігантоклітинної реакції з високим рівнем ферменту ЛДГ в клітинах. Активація цих реактивних процесів потребувала додаткових енергоресурсів, які могли забезпечуватись за рахунок додаткового підключення анаеробного гліколізу. Як наслідок відбувалось зростання активності ферменту СДГ в хондробластах до рівня 3-4 бали.

Висновки Виявлено позитивний вплив матеріалу – конденсованого з колагеном хітозану з додаванням біогенних чинників ербісолу та хондроїтинсульфату, на регенеративні процеси еластичної хрящової тканини.

В терміни від 1 до 3 міс після втручання спостерігали активацію зони перихондрію, появу ділянок незрілої хрящової тканини.

Повного відновлення пошкодженої хрящової тканини не було виявлено.

СИМУЛЬТАНТНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ТРАНСОРБІТАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ЧЕРЕПА В ПОЄДНАННІ З ВІДКРИТОЮ ТРАВМОЮ ОКА

Чміль А.О., Дєєва Ю.В., Розумій Н.М., Коновалов С.Е., Скрипник Р.Л.

SIMULTANEOUS SURGICAL INTERVENTIONS FOR TRANSORBITAL INJURIES OF THE SKULL COMBINED WITH OPEN EYE TRAUMA

Chmil A., Dieieva Y., Rozumiy N., Konovalov S., Skripnik R.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність: Вогнепальні травми очей поширені серед вогнепальних поранень голови та шиї. Хірургічне лікування та догляд за цією кагортою пацієнтів повинен включати фундаментальні принципи лікування вогнепальних поранень, але складна анатомія і функціональні взаємини навколоорбітальної області створюють особливі проблеми (Dogukan Akincioglu 2022). На жаль в ході повномасштабних воєнних дій в Україні частота поєднаних травм ока безупинно зростає. За період (2014-2015) в східній Україні в ході АТО доля травми ока складала до 4,5% всіх санітарних втрат (Сердюк В.Н. 2020р.). Наслідки трансорбітальних поранень черепа у поєднанні з відкритою травмою ока в таких умовах також мають медико-соціально значення.

Мета: покращити хірургічне лікування трансорбітальних поранень черепа у поєднанні з відкритою травмою ока.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз 69 історій хвороби пацієнтів за період 24.02.2022 по 24.05.2022 що поступили на лікування у відділення офтальмології ОКЛ з травмою ока.

Результати: Серед пацієнтів які були прооперовані з приводу вогнепальних поранень ділянки орбіти: 10 мали поєднану відкриту травму ока. В 3-х випадках відкрита травма ока поєднувалась з травмою етмоїдального синуса, в 2-х випадках скроневої ямки, в 5 випадках з травмою максиллярного синусу. Всі постраждали чоловічої статі віком від 18 до 40 років, серед них одна жінка. В 6-ти випадках дані травми поєднувались з ушкодженням та дефектами періорбітальної ділянки повік. Всім пацієнтам проведено загальне офтальмологічне обстеження, додаткові методи дослідження – МСКТ черепа (орбіти та придаткових пазух носа). Всі постраждали при необхідності були оглянуті суміжними спеціалістами (отоларинголог, нейрохірург, щелепно-лицьовий хірург). В 6-ти випадках при проведенні МСКТ були виявлені сторонні тіла в раньових каналах. У всіх випадках було діагностовано множинні переломи орбіти. Всім пацієнтам було проведено первинну симультантну хірургічну обробку трансорбітальних поранень черепа у поєднанні з відкритою травмою ока та одномоментне вилученням стороннього тіла та при необхідності проведення фіксування переломів метало-остеосинтезом, при ушкодженні придаткового апарата ока, повік проводилась первинна пластика дефекту. Всі операції при необхідності проводились при залученні суміжних спеціалістів в залежності від характеру травми.

Висновки: Характер ушкодження структур орбітальної ділянки є різноманітним. Проведення симультантних хірургічних втручань при трансорбітальних пораненнях черепа у поєднанні з відкритою травмою ока дає можливість отримання хорошого органозберігаючого, естетичного та функціонального результатів, що в свою чергу скорочує час перебування пацієнта в лікувальному закладі та зменшує необхідність подальших хірургічних втручань. У наданні допомоги пацієнтам з трансорбітальними пораненнями черепа в поєднанні з відкритою травмою ока необхідна міждисциплінарна співпраця офтальмологів, ЛОР-хірургів, нейрохірургів.

УРАЖЕННЯ СЕРЕДНЬОГО ТА ВНУТРІШНЬОГО ВУХА ПРИ МІННО-ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ – РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ.

Тарасенко М.В., Науменко О. М., Деева Ю.В.

MIDDLE AND INNER EAR INJURY IN MINE-EXPLOSION TRAUMA - THE REALITIES OF TODAY.

Tarassenko M., Dieieva Y., Naumenko O.,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. Під час надання кваліфікованої медичної допомоги постраждалим військовослужбовцям Збройних сил України під час Україно-російської війни ЛОР-служба Університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця зіштовхнулася з певними особливостями ураження слухової системи, як одного з наслідків мінно-вибухової дії на організм людини. Особливістю даного збройного конфлікту є застосування ворогом проти військового і цивільного контингенту нашої держави тяжкої військової техніки і, як наслідок, на лікування до УК НМУ надходять пацієнти з поєднаними травмами. Основними ділянками ураження є кінцівки, але у 70% випадків у пацієнтів спостерігається акубаротравма. На нашу думку вивчення особливостей мінно-вибухової дії, застосування найбільш інформативних методів діагностики та найбільш перспективних алгоритмів лікування дає можливість отримати швидкі позитивні результати щодо морфологічного і функціонального стану слухової системи у пацієнтів.

Мета роботи. Дослідити особливості мінно-вибухового впливу на слухову систему пацієнтів, охарактеризувати результати методів діагностики слухової функції, описати методики лікування пацієнтів з uszkodженнями середнього і внутрішнього вуха.

Матеріали і методи. За період з початку березня по кінець травня 2022 року ЛОР-служба університетської клініки надала допомогу майже 250 військовослужбовцям з ознаками акубаротравми внаслідок мінно-вибухового впливу під час бойових дій в місті Києві, Київській, Чернігівській, Сумській області та інших регіонах країни. Пацієнтам проводився огляд, ендоскопічний огляд ЛОР-органів, проводились загально-клінічні методи дослідження, застосовувались спеціальні методи дослідження (порогова тональна аудіометрія, акустична імпедансометрія) та променеві методи діагностики (рентген, комп'ютерна томографія). Під час вибору методики лікування ми керувалися досвідом наших колег, які в своїх наукових працях описали різні, подекуди індивідуальні підходи в лікуванні акубаротравми.

Результати. За період з березня по червень 2022 року нами було проліковано майже 250 пацієнтів з акубаротравмою. Найбільш частими симптомами ураження середнього і внутрішнього вуха були: зниження слуху, шум у вухах, гіперакузія, вестибулярні розлади. Під час вибору оптимальної методики лікування ураження слухової системи ми надавали перевагу гормональним препаратам і препаратам, які покращують мозковий кровообіг. За результатами лікування. У випадках травматичних перфорацій барабанних перетинок проводились мірингопластики з застосуванням власних тканин організму.

Висновки. Особливостями мінно-вибухового впливу на організм пацієнтів є поєднання ураження кінцівок і слухової системи. Під час оцінки стану структур середнього вуха часто виявлялися посттравматичні перфорації барабанної перетинки у пацієнтів та ознаки нейросенсорної приглухуватості, як наслідок акубаротравми. Своєчасна і комплексна терапія пацієнтів з акубаротравмою з застосуванням гормональних препаратів та препаратів, які покращують кровообіг головного мозку, симптоматичне лікування дає змогу отримати позитивний ефект.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ГОСТРОГО РИНОСИНУЇТУ У ДІТЕЙ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID 19

Шевчук Ю.В.¹, Бака Л.М.², Коровай О.О.²

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT TACTICS OF ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN DURING THE COVID PANDEMIC 19

Shevchuk Y., Baka L., Korovai O.

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²КНП «Дитяча клінічна лікарня № 2 м. Києва»

Коронавірусна хвороба COVID-19, викликана вірусом SARS-CoV-2, вперше зафіксована у грудні 2019 р. в Китаї, швидко поширилась по всьому світу і була охарактеризована Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я, як пандемію і глобальну надзвичайну ситуацію. До провідних клінічних проявів COVID-19 відносяться: лихоманка, сухий кашель та задишка. Також наявні головний біль, міалгії, світлобоязнь, біль в горлі, гіпосмія тощо. Носова порожнина, з огляду на те, що вона є вхідними воротами інфекції, грає важливу роль в розвитку захворювання. Слизова оболонка носової порожнини здійснює перший контакт з вірусом, саме тому у великій кількості пацієнтів наявні прояви риносинуситу. На сьогоднішній день існує велика кількість робіт, присвячених розгляданню дії вірусу SARS-CoV-2 на різні органи і системи, в тому числі і на ЛОР-органи у дорослих та дітей. Відомо, що для лікування риносинуситів активно призначають антибіотики використання котрих при вірусних інфекціях є не раціональним та сприяє виникненню антибіотикорезистентності.

Метою нашої роботи було провести аналіз перебігу риносинуситу у дітей в умовах COVID-19. За період 2020-2022 рік під нашим спостереженням знаходилося 119 дітей віком від 1 до 17 років, 64 із яких знаходились на стаціонарному лікуванні в різних відділеннях, переважно – інфекційно-діагностичному, 52 дитини спостерігалися амбулаторно. Переважна більшість пацієнтів зверталися з проявами риносинуситу. Характерними були виражена гіпертермія, кволість, інтоксикація, головний та лицевий біль, інколи була наявна неврологічна симптоматика, зокрема позитивні менінгеальні ознаки, дані симптоми тривали інколи до 3-х тижнів. Дана симптоматика переважала у пацієнтів шкільного віку. В той же час, у дошкільнят був типовий перебіг вірусного риносинуситу з вираженою гіпертермією. Близько 10% пацієнтів зверталися з результатами виконаного МРТ чи КТ, де були описані ознаки гнійного полі- чи пансинуїту, в двох випадках – ознаки внутрішньо-мозкового абсцесу, окремим пацієнтам (3 випадки) попередньо встановлювали діагноз риногенного менінгіту. Ретельно проводився збір анамнезу, зокрема щодо захворювання на COVID-19 дитини, чи контактних осіб. У 70% дітей анамнестично контакту не було, ще у 20% були негативні результати обстеження на COVID-19, інколи проведені двічі. Проводився огляд ЛОР-лікаря, у 50% пацієнтів діагностувалися класичні ознаки бактеріального рино-синуїту (назальна обструкція, гнійні виділення в порожнині носу та носоглотці, локальний лицевий біль, кашель). Діагноз встановлювався за результатами клінічного обстеження, при необхідності пацієнтам проводилась рентгенографія чи комп'ютерна томографія придаткових пазух. ОГП. Призначався також загальний аналіз крові, глюкоза крові. Пацієнтам проводився швидкий тест на COVID. Позитивний тест був виявлений у 98 дитини, у 21 тест виявився негативним. Пацієнтам з негативним тестом призначалось лікування згідно локальних протоколів, які включають в себе застосування антибіотиків при діагностиці бактеріального РС. Пацієнтам з позитивним тестом призначалося симптоматичне лікування (НПЗЗ), промивання порожнини носу солевими розчинами, деконгестанти, топічні кортикостероїди. При наявності пневмонії лікування проводилось педіатром згідно протоколів. На фоні лікування позитивна динаміка місцевих та загальних проявів риносинуситу спостерігалась у 100% дітей. У них покращувалось носове дихання, зменшувалися виділення з носа,

температура тіла не підвищувалась до високих цифр і згодом нормалізувалася. Позитивні зрушення переважно спостерігалися на 2 - 4, рідше 8 добу добу. У цих дітей ми також не спостерігали розвитку ускладнень з боку інших органів та систем.

Проведене дослідження показало, що тестування пацієнтів з риносинуситом на COVID-19 в умовах пандемії дозволило в більшості випадків уникнути призначення антибіотиків в перші дні захворювання, причому дана тактика ведення таких пацієнтів виявилась успішною в переважній більшості пацієнтів. У пацієнтів з «важким» перебігом риносинуситу, з ознаками ускладнень в першу чергу слід провести обстеження на COVID-19, і лише при негативному результаті розглядати необхідність виконання КТ, МРТ, люмбальної пункції чи планування хірургічного втручання.

На нашу думку, метод швидкого тестування на COVID 19 доцільно включати до переліку діагностичних заходів при риносинуситі у дітей, оскільки завдяки цьому можна уникнути як невиправданого призначення антибактеріальних препаратів, так і додаткових діагностичних засобів.

ГОСТРИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ, ЯК ПРИЧИНА МНОЖИННИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ АБСЦЕСІВ

Шевчук Ю.В., Фокін Г.Г.

ACUTE OTITIS MEDIA, AS A CAUSE OF MULTIPLE INTRACRANIAL ABSCESSSES

Shevchuk Y., Fokin G.

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

На сьогоднішній день, в епоху доступної висококваліфікованої медичної допомоги та наявності сучасних антибіотиків у ЛОР практиці отогенні внутрішньо-черепні ускладнення у дітей зустрічаються досить рідко. Так, за період з 2005 по 2022 роки у КНП «Дитяча клінічна лікарня № 2 м. Києва», котра є клінічною базою кафедри, перебували 3 дитини з даною патологією: 1 – з хронічним середнім отитом з холестеато-мою та 2 з ускладненнями гострого отиту.

Особливої уваги заслуговує випадок, котрий нами описано в даній публікації.

Хвора А., 16 років була доставлена каретою швидкої допомоги в реанімаційне відділення КМДКЛ № 2 м. Києва 23.11.2021 у важкому стані. В свідомості, скарги на кволість, сильний головний біль, біль у шії зправа, біль у правому вусі, гноетечу з правого вуха підвищення температури тіла до 39,5°C.

Попередньо з анамнезу відомо, що дитина багаторазово з раннього дитинства хворіла на отити, лікувалась амбулаторно в Закарпатській області, жодні документи відсутні рекомендацій берегти вухо від води, лікуватись хірургічно не було, прогноз – переросте. Захворіла гостро 10.11.2021 коли з'явився біль у лівому, потім у правому вусі, температура не підвищувалася, консультована отоларингологом, призначено вушні краплі. З 19.11. - відмічається підвищення температури тіла до 37,5-38,0°C, головний біль, зниження слуху, повторно оглянута ЛОР-лікарем, направлена на МСКТ ГМ (висновок від 19.11.: КТ-ознаки двобічного середнього отиту (можливо, ХСО) з деструктивними змінами даху барабанної порожнини праворуч, не можна виключати абсцес в ділянці сигмоподібного синуса праворуч. Ознаки двобічного мастоїдиту. Необхідно диференціювати між деструктивними змінами слухових кісточок ліворуч та їх гіпоплазією, гіпопластичні зміни внутрішнього вуха ліворуч. Правобічний фронтит з ексудатом, потовщення слизової верхньощелепних пазух).

Дитині призначено Цефтріаксон в/м по 1г 2р/д (введено 19.11. ввечері та 20.11. вранці). 20-22.11.2021-зберігався біль у вухах, нудота, періодично блювання, гіпертермія до 38,0-39,0°C. 23.11. - зранку виражена, слабкість, гіподинамія, значна блідість шкіри та слизових оболонок, головний біль, запаморочення, тремор в кінцівках, викликана КШД, яка на ношах доставила дитину в КМКЛ №1, де дитина оглянута ЛОР-лікарем, направлена на консультацію нейрохірурга та можливе дообстеження. Виконано МСКТ головного мозку (висновок від 23.11.: КТ-ознаки двобічного середнього отиту, мастоїдиту праворуч, абсцесу в ділянці сигмоподібного синуса праворуч. Ознаки двобічного, зправа ексудативного, фронтиту та верхньощелепного синуїту).

Пацієнтка переведена в реанімацію ДКЛ №2 для проведення подальшої інтенсивної терапії, санації вогнищ інфекції з можливим переводом в центр нейрохірургії для подальшого лікування. ЛОР-статус на 23.11.: слизові носу гіпремовані, пастозні, незначна кількість слизово-гнійних виділень по дну носа. Фарингоскопія – без особливостей. Праве вухо: слуховий хід звужений за рахунок нависання задньо-верхньої стінки в кістковому відділі, заповнений гноєм барабанна перетинка гіперемована, інфільтрована, наявна центральна перфорація, завушна ділянка без істотних візуальних змін, різко болісна при пальпації. Ліве вухо: слуховий хід та завушна ділянка без особливостей, барабанна перетинка сіра, мутна, без контурів.

23.11.2021 виконано люмбальну пункцію (2 пробірки V=2мл безбарвної рідини, злегка каламутної, цитоз -170 кл в мкл. (лімфоцити — 60% нейтрофіли 40%), білок 1,98 г/л, глюкоза- 1,4 ммоль/л, хлориди — 110 ммоль/л).

Встановлено діагноз: Гострий правобічний середній отит, мастоїдит зправа ускладнений внутрішньо-мозковим (перисинуозним абсцесом?). Гострий правобічний гнійний фронтит.

Призначена консервативна терапія: Меропенем 2г 3 р/д, Ванкоміцин 500мг 4 р/д в/в, Дексаметазон 0,15 мг/кг/8г, інфузійна терапія глюкозо-сольовими розчинами (Натрія хлорид 0,9%, глюкоза 5% 40 мл/кг/д), симптоматична терапія, місцеве лікування, інгаляція киснем за показанням.

24.11.2021 була проведена операція: тимпанопункція зліва (вміст не отримано), розширена антростомія справа з розкриттям перисинуозного абсцесу, трепанопункція фронтальної пазухи справа.

Відзначалось незначне покращення загального стану через добу.

27.11.2021 проведена повторна люмбальна пункція: 1 пробірка V=3мл слабкокаламутної рідини, цитоз -2560 кл в 1 мкл. (переважно нейтрофіли), білок 0,66 г/л, глюкоза- 1,38 ммоль/л.

29.11.2021 Для подальшого лікування дитина переведена в Центр дитячої нейрохірургії КНП КМДКЛ № 7. На момент надходження стан середнього ступеня тяжкості, вітальні показники стабільні, в ясній свідомості, виражені атаксичні розлади, елементи бульбарного синдрому, дизартрія. Судом немає. Повторне МРТ головного мозку – ознаки субдуральної емпієми задньо-черепної ямки.

9.12.21 проведено дренивання субдуральної емпієми ЗЧЯ з декомпресією.

15.12.2021- після проведення МРТ головного мозку з контрастуванням виконано видалення абсцесу мозку в правій скроневій ділянці.

Остаточний діагноз: Гострий правобічний середній отит, мастоїдит. Субдуральна емпієма задньої черепної ямки. Перисинуозний абсцес та абсцес скроневої ділянки справа. Гострий гнійний фронтит справа.

В подальшому проводилась потужна антибактеріальна та інтенсивна терапія, МРТ в динаміці.

Післяопераційний період протікав гладко, рани загоїлись первинним натягом. Шви знято 28.12.2021. На наступний день виписана зі стаціонару.

Оглянута оториноларингологом 17.05.2022р. Загальний стан задовільний, скарги відсутні. Жодного неврологічного дефіциту не спостерігається, як суб'єктивно, так і об'єктивно. ЛОР статус – без особливостей. Аудіологічне обстеження – в нормі.

Висновок: в умовах сьогодення такі серйозні ускладнення гострого середнього отиту, як множинні внутрішньо-мозкові абсцеси можна вилікувати з відсутністю неврологічного дефіциту, відновленням слухової функції при забезпеченні адекватної консервативної та хірургічної допомоги.

HEMOSTATIC INDICES OF PATIENTS WITH ACOUSTIC TRAUMA-CAUSED HEARING LOSS

Shydlovska T.A., Kononov O.Ye., Burlaka Yu.B., Voroshylova N.M.

ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З АКУСТИЧНОЮ ТРАВМОЮ – ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ВТРАТИ СЛУХУ

Шидловська Т.А., Кононов О.Є., Бурлака Ю. Б., Ворошилова Н.М.

SI “Prof. O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Introduction. The significance of prevention of the development of severe damage to the auditory and vestibular systems, as well as the progression of sensorineural and vestibular disorders that can lead to disability, is obvious. Combat-caused acoustic trauma of auditory analyzer leads often to irreversible sensorineural hearing loss. These disorders are largely the result of hydrodynamic impact on blood vessels, which leads to the damage of endothelium and contact of blood with collagen of the vessels' outer layers. Even more, the damage of endothelium leads to release of various coagulation factors into blood circulation. All these cause an uncontrolled activation of the coagulating link of hemostatic system with the following development of thrombosis and micro-vessels' blockage. All these determine the relevance the search of new approaches for the diagnosis and treatment of combat-caused sensorineural disorders.

The aim of the study was to compare the group of hemostatic indices of patients with combat-caused acoustic trauma and identify the most informative ones.

Patients and methods. We investigated 22 patients with recurrent combat acoustic trauma and 10 healthy volunteers, that had no contact with noise or other unfavorable hygienic factors. The object of the study was citrate plasma, which was obtained by standard methods. The content of fibrinogen was determined by thrombin-like enzyme Ancistron-H. Partially activated thrombin time was determined by Renam APTT test. Prothrombin time was determined by Renam test by initiating of the polymerization of plasma with thromboplastin. To account of the share of functionally inactive forms of prothrombin the Ecamulin-based diagnostic test was used as the tool for the reliable evaluation of the total level of prothrombin in plasma. Ecamulin is a prothrombin activator from snake *E.multisquamatis* venom that is able to activate both prothrombin and its functionally inactive forms. Protein C activity was determined by cleavage of synthetic chromogenic substrate with protein C activator. The concentrations of soluble fibrin and D-dimer were evaluated by immunodiagnostic test systems «DIA-soluble fibrin» and «DIA-D-dimer» (Diaprot-Med). Statistical processing of the results was performed by software package for statistical processing of biometric data WinPEPI. Student's t-test was used to assess the difference between patients and the control group.

Results and conclusions. It was found that fibrinogen's level in 25% of patients remained at the level of control. In 27% of patients this index decreased on the level of the trend, and in 50% - increased 1.6 times. The elevation of fibrinogen's level proves for a risk of thrombotic complications, since this acute phase-protein is well-known index of hypercoagulability. Partially activated thrombin time index in 14% of the tested group remained at the level of control values. In 14% of patients it was probably 1.4 times shorter, and in 73% of patients it was 1.6 times longer than control. Prolonged partially activated thrombin time may prove for the increased level of circulating coagulation factor VIII. In 82% of patients the index of prothrombin time was probably 2.4 times prolonged, where as in 18% of patients was almost at the level of control. It may prove for an imbalance between the components of blood clotting system. The indices of Ecamulin-based test were multidirectional. In 18% of patients it was on the level of control, in 55% of patients it was slightly shorter, and in 27% of patients - probably elongated 1.4 times. The level functionally inactive forms of prothrombin in 50% of patients didn't differ of control values, in 23% it was tended to decrease, and in 27% it was 1.6 more. The latter proves for the activation of the blood coagulation system. Protein C is a physiological inhibitor of the blood coagulation system. Its' level in 50% of patients was reduced by 2.2 times in contrast to control, in 14% it remained on the normal level. As well-known, a decrease in protein C level proves for imbalance between coagulation and an-

ticoagulation in the direction of the first one and is associated with thrombosis. The content of D-dimer in 33% of patients was on the level of control, while the level of soluble fibrin was increased 4 times. In 42% there was a 1.4-fold decrease in D-dimer content at a slight increase of soluble fibrin level. In 25% of patients the indices of D-dimer and soluble fibrin were increased in 4 and 7 times, respectively. Elevated level of soluble fibrin is an early prognostic index of the activation of blood clotting system. Comprehensive determination of the content of soluble fibrin and the level of D-dimer allows to estimate the correlation between the accumulation and destruction of the soluble fibrin.

From the above data it follows that the determination of the single index is not enough for adequate assess of the risk of thrombosis and the effectiveness of antithrombotic therapy. On this reason the comprehensive definition of the noted indices should be included into the clinical practice a mandatory algorithm for the diagnosis of prothrombotic conditions and deep vein thrombosis.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СЕРЕДНЬОГО ВУХА МЕТОДОМ АКУСТИЧНОЇ ІМПЕДАНСОМЕТРІЇ У ДІТЕЙ З ОСИПЛІСТЮ ГОЛОСУ

Т.А.Шидловська, К.Ю.Куреньова, Т.Г.Іванченко, О.О.Коровай

STUDY OF THE CONDITION OF THE MIDDLE EAR BY ACOUSTIC IMPEDANCOMETRY IN CHILDREN WITH VOICE HARNNESS

Shydlovska T., Kurenova K., Ivanchenko T., Korovai O.

(Лабораторія голосу і слуху, зав.проф.Т.А.Шидловська «ДУ Інститут отоларингології ім.О.С.Коломійченка НАМНУ», директор акад.НАМНУД.І.Заболотний)

Порушення голосової функції в дитячому віці – це досить розповсюджене явище. Діти часто хворіють на респіраторні захворювання, характерними для дитячого віку є патологія глотки та носоглотки. Маленькі громадяни також неконтрольовано експлуатують голосовий апарат, незавжди притримуються правил голосоведення, наслідком чого можуть бути різноманітні проблеми з голосом. Велика кількість дослідників вказує на важливе значення здорового слуху для повноцінного голосоведення.

Метою даної роботи стало дослідження стану голосового апарату у дітей з порушеннями голосу за допомогою відеоларингоскопії та оцінка у них стану звукопровідного відділу середнього вуха за даними акустичної імпедансометрії

Нами були обстежені діти з порушеннями голосової функції (32 дитини віком від 3 до 12 років). У дітей відмічалася осиплість голосу, виражена в тій чи іншій мірі, яку можна було визначити на слух. Відеоларингоскопічне дослідження проводилося за допомогою відеоларингоскопа фірми “Karl Shtorz”, (Німеччина), імпедансометрія – за допомогою клінічного імпедансометра “SiemensSD-30” (Німеччина). Всім дітям проводився загальний ЛОР-огляд, при необхідності проводилася фіброендоскопія носоглотки за допомогою фіброендоскопа фірми “Karl Shtorz”, (Німеччина). При загальному ЛОР-огляді гострих запальних змін виявлено не було, у деякого були виявляли аденоїдні вегетації 1-3 ст., гіпертрофію піднебінних мигдаликів. При відеоларингоскопічному обстеженні у всіх маленьких пацієнтів спостерігалася набряклість слизової оболонки голосових складок, практично у половини обстежених діагностувались вузлики голосових складок.

При імпедансометричному дослідженні у 12 дітей була зареєстрована тимпанограма типу «А», акустичний рефлекс був збережений, у 17 пацієнтів була отримана тимпанограма типу «С», у 3-х фіксували тимпанограму типу «В». При цьому діти з тимпанограмою типу «С» умовно розділилися на 2 групи за величиною компліансу і інтратимпанального тиску. Так, у 10 дітей (20 вух) середня величина компліансу тимпанограми становила $(0,53 \pm 0,05)$ см³, діапазон інтратимпанального тиску знаходився в межах (-60 - -110) daPa, акустичний рефлекс реєструвався на 12 вухах. У 7 дітей (14 вух) середня величина компліансу становила $(0,37 \pm 0,09)$ см³, а діапазон інтратимпанального тиску знаходився в межах (-80 - -150) daPa, акустичний рефлекс реєструвався на 5 вухах. Отже, досліджуючи дітей з порушеннями голосу, ми виявили патологічні зміни не тільки в голосовій, а також в системі звукопроведення і супутні порушення стану глотки і носоглотки. Отримані результати можуть доповнити відомості щодо етіопатогенетичних чинників голосових порушень в дитячому віці, а також вказують на можливість виявлення супутньої патології інших ЛОР-органів у таких пацієнтів.

ПОРУШЕННЯ АНАЛІЗАТОРНИХ СИСТЕМ ТА ГОЛОСОУТВОРЕННЯ ПРИ COVID-19

Т.А.Шидловська, М.І.Безега, О.Є.Москалик, Т.В.Волкова, Б.М.Безега

DISORDERS OF ANALYTICAL SYSTEMS AND VOICE FORMATION IN PATIENT WITH COVID-19

Shydlovska T., Bezeha M., Moskalyk O., Volkova T., Bezeha B.

(ДУ «Інститут отоларингології ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка” НАМН України, Київ; Полтавський державний медичний університет МОЗ України, Полтава)

Захворювання на COVID-19 може супроводжуватися різноманітними симптомами, в тому числі, ураженнями органів чуття. Найбільш відомим проявом ураження чутливості при COVID-19 є порушення нюху та смаку. Однак, можливі ураження вірусом SARS-CoV-2 і інших аналізаторних систем, зокрема слухової та вестибулярної. Ці системи відіграють вагомую роль у забезпечення життєдіяльності і соціальної активності людей, а отже порушення їх функціонування справляє неабиякий вплив на якість життя пацієнтів. Тому своєчасне виявлення порушень у слуховому, нюховому та вестибулярному аналізаторах представляє науковий і практичний інтерес.

Нами було проаналізовано результати анкетування 330 хворих, які перехворіли на COVID-19. Отримані результати свідчать про те, що у більшості з них мали місце ті чи інші порушення чутливості.

Передбачувано більшість досліджуваних (72,7% випадків) відзначали порушення нюхової функції, переважно у вигляді аносмії (29,1%) або послаблення нюхової чутливості (22,1%), однак у 20,9% випадків мало місце спотворення відчуття запахів або його посилення. Переважно порушення нюху виникало в перші кілька днів захворювання і чуття відновлювалось частково або повністю після видужання. Однак у 27,8% певні порушення зберігалися ще 1-3 місяці після хвороби, а у 16,8% нюх так і не відновився повною мірою через 5 місяців після одужання.

У 74,8% опитаних мало місце порушення смаку, як правило воно минало після одужання.

28,7% пацієнтів зазначало, що у них відбувалося зниження гостроти слуху, суб'єктивний вушний шум або порушення розбірливості мови. Порушення слухової функції переважно виникало через певний час після перенесеного захворювання на COVID-19. У частини пацієнтів відзначалося прогресування вже існуючої до захворювання сенсоневральної приглухуватості. Саме у таких пацієнтів перші ознаки посилення проявів захворювання слухової системи відзначалися уже за кілька днів від початку захворювання на COVID-19.

При цьому такий симптом, як шум у вухах або у голові спостерігався у 41,3 % випадків під час захворювання. У великій кількості випадків він минав або значно зменшувався після одужання і не завжди ми виявляли у таких хворих порушення слухової функції за даними аудіометричного обстеження. Вірогідно, у частини хворих суб'єктивний вушний шум був обумовлений судинними порушеннями, які є однією із основних причин виникнення такого феномену. А для COVID-19 характерними є численні судинні прояви. Зауважимо, що переважно ми спостерігали сенсоневральні порушення слухової функції, від початкових у вигляді змін тональної кривої у розширеному діапазоні частот, до уражень середнього ступеня за Міжнародною класифікацією.

Порушення вестибулярної функції у вигляді запаморочення відзначали 29,5% обстежених. Переважно це були легкі форми головокружіння, які мали місце під час хвороби. У частини пацієнтів симптом зберігався і після одужання, це були хворі з сенсоневральними порушеннями слуху.

На зміни голосової функції вказували 52,3% пацієнтів, переважно у вигляді втомлюваності голосу (52,3%) та легкої захриплості (18,7%). Однак, у 11,8% пацієнтів ми спостерігали парез голосової складки, який розвивався за 10-14 днів від початку захворювання і з часом посилювався. Пацієнти зверталися по допомогу до отоларинголога через 1-2 місяці після одужання.

Отже, захворювання на COVID-19 може супроводжуватися, окрім інших симптомів, ураженнями аналізаторних систем - слуху, нюху та вестибулярної, а також порушеннями голосової функції. Такі зміни доцільно своєчасно виявляти з метою цілеспрямованого їх лікування.

ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ВИКОНАННІ СТРІЛЬБ НА ПОЛІГОНІ

Т.А.Шидловська, Л.Г.Петрук, Р.П.Крамаренко

OTOLARINGOLOGICAL STATUS OF MILITARY SERVANTS WHEN PERFORMANCE OF SHOOTING

Shydlovska T., Petruk L., Kramarenko R.

(ДУ «Інститут отоларингології ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка” НАМН України, Київ; Військово-медичний клінічний центр Південного регіону МО України, Одеса)

Вплив звуків середньої та високої інтенсивності може викликати значне ушкодження слухової системи. Останнім часом у медичних установах України надається допомога військовослужбовцям, які піддаються впливу інтенсивного шуму під час виконання обов'язків військової служби. Акубаротравма, отримана в реальних бойових умовах, є достатньо тяжким ураженням слухової системи з вираженими системними порушеннями. На жаль, частота звернення пацієнтів, які вимушені проходити експертизу працездатності з подальшим звільненням з Лав Збройних Сил внаслідок інвалідізації у зв'язку з бойовими діями в Україні зростає, що актуалізує питання своєчасної діагностики та попередження тяжких порушень слуху у таких хворих.

Перед відправленням у зону бойових дій для виконання поставлених завдань, військовослужбовці певних родів військ проходять тренінги з метою покращення своїх навичок, в тому числі, поведження зі зброєю. Якщо такі навчання проводяться на полігонах, де є можливість огляду медичного фахівця, це дає змогу вчасно виявити порушення, які можуть бути підґрунтям для розвитку в подальшому ураження слухової системи.

Нами було проведено отоларингологічне обстеження 53 військовослужбовців, які відпрацьовували навички застосування стрілецького озброєння (автомат Калашникова без та з під ствольним гранатометом) в умовах полігону. Бійці були оглянуті до проведення стрільб і безпосередньо після них.

Серед обстежуваних не було осіб з хронічними захворюваннями ЛОР-органів, запальними процесами. Ніхто з них не скаржився а порушення слухової функції. Всі вони були практично здорові молоді чоловіки у віці від 18 до 37 років.

При огляді до стрільб суттєвих патологічних змін з боку ЛОР-органів виявлено не було. У 13 (24,5%) мало місце викривлення переділочки носа, у 5,6% явища фарингіта. Після проведення серії пострілів військовослужбовці були повторно оглянуті. У частини з них при цьому були виявлені певні зміни в ЛОР-статусі. Так, при проведенні отоскопії у деяких пацієнтів (11,3 %) було виявлено ін'єкція судин по ходу руків'я молоточка, у 5 (9,4 %) при отоскопії відмічалася певна згладженість контурів та скорочення світлового рефлексу. Зауважимо, що 10 (18,8%) обстежуваних після тренування відзначали закладеність вух та/або високочастотний суб'єктивний шум у вухах. У більшості з них зазначені відчуття минули на протязі години після стрільб. Однак, у 7,5% такі прояви зберігалися і після цього терміну. І саме у цієї групи обстежуваних ми також спостерігали зміни при отоскопії. Ми спрямували таких бійців на подальше інструментальне обстеження з метою виявлення можливих порушень у функціонуванні слухового аналізатора.

Отже, якщо є можливість огляду фахівця, доцільно виявляти військовослужбовців, у яких після проведення тренінгу стрільби на полігоні відзначається скарги на закладеність вух, запаморочення, суб'єктивний вушний шум, а при отоскопії виявлено певні зміни. Такі особи потребують вирішення питання щодо наявності доклінічних порушень у слуховому аналізаторі та можливої підвищеної індивідуальної чутливості до шумового впливу. Існує ризик, що у зоні бойових дій у випадку отримання акубаротравми у таких бійців може розвинути тяжке ураження слухової системи.

Таким чином, завдяки проведеному огляду отоларинголога з'являється можливість своєчасно виявити осіб, які мають підвищену чутливість до звукового навантаження і визначитися з обмеженнями, які можуть бути застосовані в цьому випадку. Краще використати можливість своєчасно запобігти розвитку тяжких втрат слуху та інвалідізації військовослужбовців.

СТАН ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПОВТОРНИХ АКУТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ В РЕАЛЬНИХ БОЙОВИХ УМОВАХ

Т.А. Шидловська, М.С. Козак, К.В. Овсяник, Л.Г. Петрук, Ю.М. Козак-Волошаненко

STATE OF CEREBRAL HEMODYNAMICS IN MILITARY SERVANTS WITH REPEATED ACUTRAUMATIC LESIONS IN REAL COMBAT CONDITIONS

Shydlovska T., Kozak M., Ovsianyk K., Petruk L., Kozak-Voloshanenko Yu.

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

У хворих на сенсоневральну приглухуватість (СНП), яка виникла при бойовій акутравмі, особливо повторній, спостерігаються зміни функціонального стану центральної нервової системи та церебральної гемодинаміки, що ускладнює перебіг захворювання. Отже, у пацієнтів з повторною акутравмою доцільно діагностувати не тільки порушення в різних структурах слухової системи, але і зміни церебральної гемодинаміки для своєчасного цілеспрямованого надання медичної допомоги.

Для дослідження мозкового кровообігу застосовували реоенцефалографію (РЕГ) за допомогою комп'ютерного реографа фірми «DX – системи» (Україна).

Мета роботи - оцінити кількісні та якісні показники реоенцефалографії у військовослужбовців, які отримали повторну акутравму в реальних бойових умовах.

Було проаналізовано показники реоенцефалографії у 52 хворих з повторною акутравмою. Контролем слугували 15 здорових нормальночуючих осіб.

У обстежених мала місце сенсоневральна приглухуватість з низхідним, часто обривчастим, типом аудіометричної кривої. За даними тональної порогової суб'єктивної аудіометрії у обстежених нами бійців з повторною акутравмою найбільш виражене достовірне підвищення порогів слухової чутливості спостерігається у області 4, 6 та 8 кГц конвенціонального діапазону (акутравматичний зубець).

Проведені дослідження методом РЕГ у осіб, які отримали повторну акутравму в зоні проведення бойових дій, дозволили виявити, що якісні оцінки реограм обстежених хворих нами були виявлені ознаки порушення кровообігу головного мозку як в каротидній (FM), так і в вертебрально-базиллярній (OM) системах. Нормальні показники стану мозкового кровообігу за даними РЕГ не реєструвалася у жодного хворого з акутравмою.

Наявність виражених змін у мозковому кровообігу обстежених була підтверджена при аналізі кількісних показників РЕГ.

У зв'язку з тим, що у обстежених нами реєструвались показники РЕГ, які були характерні як для підвищеного, так і для зниженого тону мозкових судин, бійці ООС були розподілені на дві групи (група А – підвищений тонус мозкових судин, Б – знижений). Так, в каротидній системі в групі А, тобто у хворих з підвищеним тонусом мозкових судин, α дорівнював $(0,118 \pm 0,001)$ с ($t=6,07$, $P<0,01$), ДКІ - $(56,78 \pm 0,96)$ % ($t=2,73$, $P<0,05$), ДСІ - $(58,80 \pm 1,12)$ ($t=0,52$, $P>0,05$), і P_i - $(0,75 \pm 0,03)$ ($t=8,86$, $P<0,01$) відповідно при нормі - $(0,102 \pm 0,002)$ с, $(51,4 \pm 1,3)$ %, $(59,3 \pm 1,8)$ % та $(1,21 \pm 0,03)$ відповідно. В групі Б, у хворих зі зниженим тонусом, ці показники становили $(0,1006 \pm 0,0004)$ с ($t=0,58$, $P>0,05$), ДКІ - $(48,24 \pm 0,38)$ % ($t=2,35$, $P<0,05$), $(49,74 \pm 0,67)$ % ($t=5,72$, $P<0,01$) і P_i - $(0,84 \pm 0,02)$ ($t=9,77$, $P<0,01$) відповідно.

У вертебрально-базиллярній системі зміни середньостатистичних показників РЕГ були ще більш виражені, ніж в каротидній. Так, в групі А ДКІ становив $(59,63 \pm 1,18)$ % ($t=2,68$, $P<0,05$), при нормі - $(51,2 \pm 1,4)$ %, P_i склав $(0,57 \pm 0,04)$ ($t=8,59$, $P<0,01$) при нормі - $(1,19 \pm 0,03)$. В групі Б ці показники становили $(49,84 \pm 0,48)$ % ($t=0,97$, $P>0,05$) і $(0,67 \pm 0,03)$ ($t=8,25$, $P<0,01$) відповідно.

Значення P_i в обох групах свідчить про знижене кровонаповнення судин головного мозку у обстежених бійців з повторною акутравмою, отриманою в зоні бойових дій, особливо у вертебрально-базиллярній системі

Отже, при повторній акутравмі у осіб, які постраждали в зоні проведення бойових дій, мають місце виражені порушення у стані мозкового кровообігу, особливо у вертебрально-базиллярному басейні, спостерігаються виражені системні зміни. Це можна пояснити, в тому числі, можливим «накладанням» ефекту від кожної наступної акутравми, що обумовлює значну вираженість екстрауральних проявів.

ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ РОЗРИВОМ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ, ОТРИМАНОЇ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

О.І.Яшан, А.О.Яшан, І.А.Гавура

SURGICAL REHABILITATION OF MILITARY SERVANTS WITH PERFORATION OF THE TYMPANIC MEMBRANE AS A RESULT OF MINING AND EXPLOSION INJURY DURING THE RUSSIAN-UKRAINIAN WAR

Yashan O, Yashan A, Havura I.

Кафедра отоларингології, офтальмології та нейрохірургії Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, ЛОР відділ Тернопільської обласної лікарні Тернопіль, Україна

З початку Російсько-Українській війни до моменту написання статті на базі ЛОР-відділу Тернопільської обласної лікарні були успішно проліковані 71 хворих, що отримали мінно-вибухову травму (70 осіб – чоловічої і 1 – жіночої статі). Практично усі пацієнти поступили з діагнозом: акубаротравма, гостра сенсоневральна приглухуватість. Крім того, у 25 з цих хворих був діагностований гострий посттравматичний перфоративний середній отит (ГППСО), причому у 7 (28 %) з них перфорації барабанних перетинок спостерігалась на обох вуха (двобічний ГППСО), у решти - одnobічна перфорація, що виникли внаслідок мінно-вибухової травми. Усім цим пацієнтам (25) було проведено хірургічне лікування з метою відновлення цілісності барабанної перетинки та, за необхідності, реконструкцію ушкодженого ланцюга слухових кісточок. Причому операція проведена у перші доби після поступлення в стаціонар, тобто через 4-16 діб після отриманої травми. У 10 пацієнтів (40 %) перфорації барабанних перетинок були невеликі (переважно у задньо-нижньому квадранті), тому у них були виконані мірингопластики, коли вдавалось зпівставити розірвані краї перфорації без додаткових розрізів та трансплантатів. У 15 військовослужбовців (60 %) перфорації були тотальні, тому у них доводилось суттєво розширювати кістковий зовнішній слуховий хід, та за допомогою трансплантата відновлювати барабанну перетинку. Сумарно було виконано 10 мірингопластик та 22 тимпанопластики у 25 пацієнтів. У 7 пацієнтів (28 %) були оперовані обидва вуха, причому у одного хворого операції на лівому та правому вухах виконані одномоментно (перше ліве - з тотальною перфорацією), з використанням ауто скроневої фасції (для обох барабанних перетинок), отриманої лише з одного (лівого) вуха. У трьох військовослужбовців – спочатку оперувалось гірше чуєче вухо, а через 8-10 діб, коли було зареєстровано хороший слух по кістковій провідності на опероване вухо, оперували краще чуєче вухо. При 21 тимпанопластиці в якості трансплантата використовувалась фасція скроневого м'яза, при одній – охрястя козлика. Під час трьох операцій (12 %) у барабанних порожнинах виявлені сторонні тіла: фрагмент скла розмірами 2x2x3 мм³ з гострими краями, фрагмент пластмаси та фрагмент дерева приблизно таких же розмірів. У двох випадках було діагностовано дислокацію ковадло-стремінного суглобу, у одного – перелом шийки молоточка (сумарно 12 %) тому були проведені оссикулопластики. На момент виписки зі стаціонару (3-20 діб після операції) стан трансплантатів барабанних перетинок був задовільний, зі всіма ознаками успішної реконструкції. Це, звичайно, попередній аналіз, оскільки через особливості військового стану пацієнти у стаціонарі знаходились обмежений час. Крім того, особи з військовою акубаротравмою та ГППСО продовжують поступати у відділ, тому остаточні результати можна буде отримати лише через 6-12 місяців після проведеного хірургічного втручання, а також після закінчення війни.

Висновок: при мінно-вибуховій травмі під час Російсько-Української війни у 60 % пацієнтів виникають тотальні перфорації барабанних перетинок, у 25 % хворих перфорується обидві барабанні перетинки; у 12 % травмованих у барабанних порожнинах були знайдені дрібні сторонні тіла; у 12 % травмованих була порушена цілісність ланцюга слухових кісточок, що вимагає хірургічної ревізії барабанної порожнини та проведення оссикулопластики.



Сателітний симпозіум

**«СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ,
КРАНІОФАСЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ
ТА ОРГАНУ ЗОРУ»**

ТРОМБОЗ ГІЛКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ВЕНИ СІТКІВКИ (ЦВС), ВНАСЛІДОК ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Ar-Riabi Ziad

THROMBOSIS OF BRANCH CENTRAL VEIN OF THE RETINAL, AS A RESULT OF EXERCISE

Ar-Riabi Ziad

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

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри д.мед.н., професор Жабоєдов Д.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Оклюзія центральної вени сітківки (ЦВС) є другою за поширеністю васкулопатією сітківки і переважно виникає у пацієнтів старше 60 років із такими факторами ризику, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, глаукома та ін. Молоді люди хворіють на тромбоз ЦВС рідко. Найчастіші причини тромбозу ЦВС у молодих людей є вади серця, інфекційні захворювання, системні васкуліти, захворювання, що супроводжуються підвищеною в'язкістю крові. У більшості випадків тромбоз ЦВС у молодих виникає без присутності типових факторів ризику.

Мета роботи. Представити клінічний випадок тромбозу гілки ЦВС лівого ока у молодого пацієнта після заняття спортом з надмірним фізичним навантаженням.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим наглядом перебував хворий - чоловік, 40 років, важкоатлет з тромбозом нижньої темпоральної гілки ЦВС лівого ока. При зверненні по швидкій допомозі до офтальмологічного відділення КНП «КМКЛ №9» м. Києва хворий скаржився на зниження зору лівого ока. Хворий пов'язував своє захворювання з тим, що за 2 днів до початку захворювання під час заняття спортом він підняв надмірно важку вагу. Супутні хронічні захворювання та шкідливі звички хворий заперечував. Об'єктивно: гострота зору правого ока 1,0, лівого ока 0,3, рефракція не визначається. Внутрішньоочний тиск правого ока 18 мм.рт.ст, лівого ока 20 мм.рт.ст. Передній відрізок очей без патологічних змін. При офтальмоскопії очне дно правого ока без патології, на лівому оці диск зорового нерва блідо-рожевий з чіткими межами, вени поширені, спостерігаються штрихоподібні геморагії та «ватні» ексудати за ходом нижньої темпоральної гілки ЦВС. Крім традиційного офтальмологічного обстеження, хворому були зроблені фотознімок очного дна та оптична когерентна томографія сітківки. Оптична когерентна томографія сітківки лівого ока показала наявність у хворого макулярного набряку. Також пацієнту було проведено загальне обстеження. Артеріальний тиск хворого був в середньому 130/80 мм.рт.ст. Загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, ЕКГ без патологічних відхилень. Хворому було призначено консервативне лікування та інтравітреальне введення анти-VEGF препаратів.

Висновки. У наведеному клінічному прикладі показаний випадок тромбозу гілки ЦВС без наявності у хворого в анамнезі загальновідомих факторів ризику. Тромбоз ЦВС у такого хворого може бути пов'язаний з комбінацією таких чинників, як тимчасово підвищений внутрішньосудинний та внутрішньоочний тиск, зневоднення, зміна реологічних властивостей та підвищена в'язкість крові. Таким чином, варто враховувати ризик офтальмологічних тромбо-емболічних ускладнень у молодих пацієнтів, які займаються спортом з надмірними фізичними навантаженнями.

КЛІНІКО-ГІСТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ ПОСТНАЗАЛЬНОГО СТІКАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ВИКРИВЛЕННЯМ НОСОВОЇ ПЕРЕДІЛКИ

Бабченко Н.В., Дєєва Ю.В., Коновалов С.Е.

CLINICAL AND HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF POSTNASAL DRIP SYNDROME IN PATIENTS WITH DEVIATED NASAL SEPTUM

Babchenko N., Dieieva Y., Konovalov S.

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

Кафедра отоларингології

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

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

Актуальність: За даними літератури, анатомічні зміни в носовій порожнині при викривленні носової переділки суттєво погіршують функцію верхніх дихальних шляхів та призводять до порушення носового дихання, виникнення храпу, розвитку вазомоторного риніту, збільшення частоти виникнення синуситів та синдрому постназального стікання. Тяжкість, локалізація та форма викривлення носової переділки впливають на динаміку повітряного потоку в порожнині носа. Незважаючи на велику кількість публікацій з цієї теми в літературних джерелах недостатньо висвітлені гістопатологічні зміни слизової оболонки носа у пацієнтів з викривленням носової переділки та синдромом постназального стікання.

Мета: Визначити клініко-гістологічні особливості синдрому постназального стікання у пацієнтів з викривленням носової переділки.

Матеріали та методи: До досліджуваної групи увійшло 45 пацієнтів (27 жінок та 18 чоловіків) у віці від 18 до 55 років з встановленим діагнозом: викривлення носової переділки яке було підтверджено ендоскопічно та за допомогою КТ, що мали скарги на утруднення носового дихання та відчуття постназального стікання. Всі пацієнти, які мали супутню патологію з боку приносних пазух та носової порожнини були виключені з дослідження. До групи контролю з 29 осіб увійшли пацієнти з встановленим діагнозом: викривлення носової переділки, які не мали скарг на відчуття постназального затікання.

Результати: В нашому дослідженні ми встановили достовірно більш високу частоту плоскоклітинної метаплазії та лімфоцитарну інфільтрацію слизової оболонки носової порожнини у пацієнтів з викривленням носової переділки та наявним постназальним синдромом у порівнянні з контрольною групою. Крім того, спостерігалася значно більш виражені фіброзні зміни слизової оболонки носа у досліджуваної групи, порівняно з контрольною групою. Водночас досліджуючи зразки слизової оболонки носа ми спостерігали більш виражену лімфоцитарну інфільтрацію та плоскоклітинну метаплазію з увігнутої сторони.

Висновки: Викривлення носової переділки сприяє хронічному запаленню слизової оболонки і виникненню низки гістопатологічних змін в ній, які можуть підвищувати ризик виникнення хронічних запальних процесів в носовій порожнині та приносних пазухах, а також можуть бути одним з факторів виникнення синдрому постназального стікання.

ОСОБЛИВОСТІ АКУБАРОТРАВМИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Бондаренко Я. В.

FEATURES OF ACUBAROTRAUMA IN PARTICIPANTS OF MILITARY OPERATIONS

Bondarenko Ya.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Дєєва Ю. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.м.н., проф. Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

Повномасштабні активні бойові дії із залученням значної кількості особового складу на території України стали реаліями сучасного суспільства. Система охорони здоров'я мужньо виступає на передовій, поряд з військовослужбовцями, а також надійно працює в тилу, задля надання в повному обсязі кваліфікованої та своєчасної медичної допомоги постраждалим під час бойових дій. Поранення, ушкодження та травми, що завдані військовим під час виконання їх службових обов'язків та спричинюють втрату їх боєздатності – зумовлені ракетно-бомбовими ударами, вогнепальною зброєю та вибуховими пристроями. За даними авторів частота травм та поранень ЛОР-органів в структурі санітарних втрат хірургічного профілю складала 3-17 % випадків. Поширеність травм вуха серед них складає близько 30,7%. Найбільш розповсюдженими діагнозами серед травм вуха були «H83.3 втрата слуху спричинена шумом, H85 акустична травма, S09.2 травматичний розрив барабанної перетинки, T70.0 баротравма вуха та S01.3 відкрита рана вуха (крім барабанної перетинки)». У 36% випадків це мінно-вибухові поранення, що частіше всього спричинюють травми поєднаного характеру (у 71% випадків). Акубаротравма за природою свого походження відноситься до міно-вибухових поранень.

При розриві мінно-вибухового пристрою уражувальний вплив мають наступні фактори: ударна хвиля, висока температура і полум'я, уламки і частки вибухового пристрою, вторинні уражальні снаряди, коливання атмосферного тиску та токсична дія газоподібних продуктів вибуху. **Вибухова хвиля** — це різке стиснення повітря, що розповсюджується від центру вибуху з надзвуковою швидкістю. В залежності від того на якій відстані знаходиться об'єкт від джерела вибуху, ударна хвиля може викликати акустичну травму, баротравму, механічні травми та комбіновані.

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей виникнення та перебігу акубаротравми в учасників бойових дій.

Під наглядом знаходилось 24 пацієнта з акубаротравмою. За нашими спостереженнями основною скаргою виступає зниження слуху, що обумовлено порушенням цілісності наступних анатомічних структур: барабанної перетинки, ланцюга слухових кісточок, овального вікна, перелом скроневої кістки. У 44% хворих з акубаротравмою виявлено пошкодження барабанної перетинки, у 46% з них виявлена дисфункція слухової труби. 81,7% пацієнтів скаржаться на стійкий суб'єктивний вушний шум. Крім того, пацієнти з акубаротравмою в тій чи іншій мірі скаржаться на порушення розбірливості мови, гіперакузію, головний біль, дратівливість, тривожність, порушення пам'яті, уваги та больові відчуття. Найважливішим в такому випадку є те, що пошкодження вуха, пов'язані з вибухом, можуть викликати занепокоєння, дезорієнтацію, запаморочення, порушення рівноваги та координації, що відповідно створює потенційну небезпеку для життя військовослужбовця та може негативно вплинути на його оперативну готовність в умовах активних бойових дій.

За результатами вивчених даних та проведених власних спостережень встановлено, що захист органів слуху значно зменшує ймовірність травми вуха, пов'язаної зі зниженням слуху та шумом у вухах. Порушення слуху та суб'єктивний шум у вухах є найчастішими скаргами пацієнтів з акубаротравмою. Дисфункція слухової труби являється предиктором розвитку акубаротравми за умови дії різкого підвищення атмосферного тиску. Пацієнти з розривом барабанної перетинки мають вищі шанси на втрату слуху, ніж особи без нього.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ, СПРИЧИНЕНА ВИДАЛЕННЯМ НОВОУТВОРЕНЬ ПРИВУШНОЇ ДІЛЯНКИ ОБЛИЧЧЯ

Вороді М.В., Цимбалюк Я.В.

SURGICAL TREATMENT OF FACIAL NERVE NEUROPATHY CAUSED BY REMOVAL OF

Vorodi M., Tymbalyuk Y.

*Науковий керівник: Цимбалюк В.І., академік НАН та НАМН України, д-р мед. наук, професор
Кафедра нейрохірургії*

*Завідувач кафедри: Цимбалюк В.І., академік НАН та НАМН України, д-р мед. наук, професор
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Нейропатія лицевого нерву (ЛН) – тяжке захворювання, при якому виникає порушення функції м'язів, що викликає виразну асиметрію обличчя, яка має негативний відбиток на психосоціальному статусі пацієнта. Також можуть мати місце порушення мови, зору, виникають порушення жування їжі та дисфункція носового дихання. Стійке порушення функції ЛН, що виникло при видаленні новоутворень привушної ділянки обличчя, відносять до ятрогенного його ушкодження, яке може мати, у тому числі, і тракційний характер.

Мета. Вивчити результати хірургічного лікування хворих з ушкодженням ЛН, етіологічним фактором якого було видалення новоутворень привушної ділянки обличчя.

Матеріали і методи. Протягом 2010 – 2021 рр. було проаналізовано дані проведеного хірургічного лікування 27 пацієнтів з нейропатіями ЛН, отриманих внаслідок видалення доброякісних та злоякісних новоутворень привушної ділянки. Середній вік пацієнтів становив $38,5 \pm 2,5$ років. За статевим розподілом переважали особи жіночої статі – 55,6%. Середній термін від підтвердження ушкодження ЛН до проведення хірургічного лікування становив $9,5 \pm 1,7$ місяців. Пацієнтам проводили контрольний огляд та нейрофізіологічні дослідження не раніше, ніж через 4 місяці після операції. Віддалені результати вивчали в терміни не раніше 12 місяців після хірургічного лікування. Функцію ЛН оцінювали за шкалою House-Brackmann, причому до проведення хірургічного лікування, функція ЛН в усіх хворих була на рівні VI ступеню. Серед методів хірургічного лікування, переважно застосовували методику невротизації ЛН за рахунок гілок додаткового нерва, спрямованих до кивального м'язу – у 77,8% випадків. Також застосовували невроліз ЛН (у 14,8%) і шов ЛН (у 7,4%).

Результати. Добрим вважали досягнення результату до II-III ступеню за шкалою House-Brackmann, задовільним – до IV-V ступеню. Негативних результатів в післяопераційному періоді отримано не було. У хворих, яким було проведено невротизацію ЛН, його функція відновилася до II-III ступеню у 90,5% хворих ($p < 0.01$; Wilcoxon Matched Pairs Test); при виконанні невролізу ЛН – у 75% хворих; при проведенні шва ЛН – у 50% хворих у терміни після 12 міс. після проведеного хірургічного лікування.

Висновки. Найкращих результатів досягнуто при застосуванні методики невротизації лицевого нерва у хворих після видалення новоутворень привушної ділянки. Гірші результати при застосуванні інших методик (невролізу та шва ЛН) можна частково пояснити тракційним механізмом ушкодження ЛН, вираженими рубцевими змінами навколишніх тканин, що має несприятливі умови для регенерації, не дивлячись на візуальні ознаки інтактності нерва.

МОНІТОРИНГ ММП-9 ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ РОГІВКИ

Гавриляк І.В.

MONITORING OF MMP-9 IN TRAUMATIC CORNEAL INJURIES

Havryliak I.

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

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність. Близько 10 мільйонів людей по всьому світу страждають від рогівкової сліпоти. Травми та захворювання рогівки різної етіології можуть викликати незворотні зміни в структурі та морфології рогівки. Всі різноманітні травми рогівки можна розділити на групи: механічні та під впливом хімічних чи термічних факторів. До травматичних пошкоджень рогівки найчастіше відносяться ерозії рогівки та непроникаючі поранення рогівки з наявністю сторонніх тіл або без сторонніх тіл. Матриксні металопротеїнази (ММП) — це сімейство протеїнів, які відіграють важливу роль на всіх етапах загоєння ран. ММП-9 (желатеназа В) має здатність руйнувати компоненти позаклітинного матриксу та синтезувати колаген, тому є важливими для ремоделювання ран рогівки. Виражена експресія ММП-9 призводить до надмірної деградації позаклітинного матриксу, що веде до руйнування тканин і втрати зорової функції ока.

Мета. Визначити рівні ММП-9 в сльозі пацієнтів при травматичному пошкодженні рогівки в залежності від клінічних проявів і періоду травми.

Матеріали та методи: Нами обстежено 22 пацієнта (22 очей) з травматичними ураженнями рогівки, віком від 24 років до 65 років (середній вік $46,2 \pm 2,2$). Період звернення пацієнтів в першу добу отримання травми – 10 пацієнтів (45,5%), з 2 по 3 добу – 8 пацієнтів (36,4%) і з 4 по 6 добу – 4 пацієнта (18,1%). Всім пацієнтам проведено комплексне офтальмологічне обстеження: збір анамнезу, візіометрія, біомікроскопія, фарбування рогівки флюоресцеїном, огляд очного дна. Проведено забір сльози і визначення рівня ММП-9 методом желатинової зимографії в поліакридному гелі. Контрольну групу склали практично здорові добровольці такої ж вікової групи у кількості 15 чоловік.

Результати. Ступінь прояву клінічних ознак непроникаючих поранень рогівки корелює з кількістю і активністю ММП-9. Багаторазове зростання вмісту матриксної металопротеїнази 9 (ММП-9) у сльозі пацієнтів відображало інтенсивність процесів запалення та епітелізації рогівки. Дані результати свідчать про активність ММП-9 при гострому пошкодженні рогівки, відіграють ключову роль у деградації та ремоделюванні колагену типу 4, основного компонента базальної мембрани рогівки.

Висновки. Отриманні результати відкривають перспективи використання ММП-9 з діагностично-прогностичною метою при лікуванні травматичних пошкоджень ока, моніторингу процесу епітелізації рогівки. Включення в схеми лікування інгібіторів ММП може зменшити прогресування пошкодження стромы і мінімізувати рубцювання рогівки.

**МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ
РІЗНИХ ВИДІВ СУЧАСНИХ КОМБІНОВАНИХ
ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ
В ЛІКУВАННІ РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ
У ПОЄДНАННІ З КАТАРАКТОЮ**

Жук А.М.

**MORPHOFUNCTIONAL RESULTS
OF DIFFERENT TYPES OF MODERN COMBINED
VITREORETINAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT
OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT IN COMBINATION
WITH CATARACTS**

Zhuk A.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Регматогенне відшарування сітківки (РВС) – загрозовий стан, що зустрічається із частотою 1 випадок на 10000 осіб на рік, та при несвоєчасному хірургічному втручанні може привести до повної втрати зору. Успіх лікування залежить не лише від відновлення анатомічних співвідношень, а і від функціональних показників сітківки, давності та об'єму відшарування. Існує декілька сучасних підходів до лікування РВС: склеральне пломбування, закрита субтотальна вітректомія (ЗСВ) із тампонадою вітреальної порожнини заміномником склоподібного тіла, пневматична ретинопексія. Але єдиної думки серед хірургів щодо методу, який дав би кращий результат, немає і досі.

Мета. Оцінити морфофункціональні результати різних видів сучасних комбінованих вітреоретинальних втручань в лікуванні регматогенного відшарування сітківки у поєднанні з катарактою.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходилося 100 пацієнтів (100 очей) із діагнозом РВС та вікова катаракта. Першу групу склали 50 пацієнтів (50 очей). Давність РВС складала від 5 до 30 діб, в середньому $18,4 \pm 2,2$ діб. Макулярна ділянка була залучена у 21 пацієнта (42%). Пацієнтам цієї групи було проведено ЗСВ 25G з тампонадою вітреальної порожнини газо-повітряною сумішшю С3F8 20%, ендолазеркоагуляцію сітківки та факоемольсифікацію з імплантацією ІОЛ. Другу групу склали 50 пацієнтів (50 очей). Давність РВС складала від 10 до 50 діб, в середньому $25,4 \pm 3,1$ діб. Макулярна ділянка була залучена у 25 пацієнтів (50%). Пацієнтам цієї групи було проведено ЗСВ 25G з тампонадою вітреальної порожнини силіконовим маслом, ендолазеркоагуляцію сітківки та факоемольсифікацію з імплантацією ІОЛ. Всім пацієнтам до втручання та в динаміці після оперативного лікування виконували візометрію (некоригована (НКГЗ) та максимально коригована гострота зору (МКГЗ)), тонометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, статичну периметрію Humphrey, оптичну когерентну томографію (ОКТ) та при необхідності – ОКТ-ангіографію. Термін спостереження – 6 місяців.

Результати. При обстеженні пацієнтів першої групи до хірургічного лікування НКГЗ в середньому була $0,18 \pm 0,03$, МКГЗ в середньому $0,31 \pm 0,04$ (від 0,05 до 1,0). Середній показник товщини сітківки в макулярній області за даними ОКТ склав – 290,5 μm . Середній показник світлочутливості сітківки (MD) периметрії Humphrey склав – $-6,14 \pm 0,15\text{dB}$, показник суми локальних дефектів полів зору (PSD) – $4,3 \pm 0,1$. Через 6 місяців після оперативного втручання МКГЗ складала $0,62 \pm 0,06$ середній показник товщини сітківки в макулярній області – $215,6 \pm 37,5\mu\text{m}$., MD – $-2,4 \pm 0,5\text{dB}$, PSD – $2,0 \pm 0,08$. При обстеженні пацієнтів другої

групи до хірургічного лікування НКГЗ в середньому складала $0,13 \pm 0,05$, МКГЗ в середньому $0,28 \pm 0,1$ (від $0,05$ до $0,9$). Середній показник товщини сітківки в макулярній області за даними ОКТ складав – $301,4 \mu\text{m}$. Середній показник світлочутливості сітківки (MD) периметрії Humphrey склав – $-6,9 \pm 0,17\text{dB}$, показник суми локальних дефектів полів зору (PSD) – $4,8 \pm 0,13$. Через 6 місяців після оперативного втручання МКГЗ складала $0,38 \pm 0,12$, середній показник товщини сітківки в макулярній області – $262,3 \pm 33,4 \mu\text{m}$, MD – $-4,8 \pm 0,5\text{dB}$, PSD – $3,6 \pm 0,1$,

Висновки. Встановлено, що 33В 25G із подальшою тампонадою вітреальної порожнини газо-повітряною сумішшю С3F8 20% або тампонадою силіконовою олією у комбінації із факоемульсифікацією та імплантацією ІОЛ являються ефективними методами хірургічного лікування хворих з РВС у поєднанні з катарактою. Перспективи підвищення ефективності хірургічного лікування РВС у поєднанні з катарактою ми бачимо в дослідженні факторів ризику оперативного втручання РВС та побудування математичних моделей прогнозування.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІМЕРСІЙНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТА ОПТИЧНОЇ ТЕХНІКИ БІОМЕТРІЇ В РОЗРАХУНКАХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ОЧНИХ ЛІНЗ

Ковальов І.А., Цабєряба А.В., Гетьман М.В.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF IMMERSION ULTRASOUND AND OPTICAL TECHNIQUES OF BIOMETRY IN CALCULATIONS OF INTRAOCULAR EYE LENSES

Kovalov I, Tsaberiaba A., Hetman M.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Щороку по світу виконується 10 мільйонів хірургій катаракти [Allen Foster, «VISION 2020: THE CATARACT CHALLENGE» (2020)], абсолютна більшість з яких супроводжується імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ). Хірургії катаракти передують розрахунок ІОЛ, для якого застосовуються біометричні дані, їх можна отримати оптичним, або ж ультразвуковим методом. Сьогодні ринок ІОЛ пропонує моно-, бі- та трифокальні моделі різних виробників. Модель імплантованої ІОЛ та біометричні дані визначають оптичну силу лінзи, необхідної для отримання бажаного рефракційного результату.

Мета роботи. Порівняти ультразвуковий імерсійний та оптичний методи біометрії за рефракційної точністю хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ.

Задачи. 1. Диверсифікувати результати хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ за діапазоном рефракційної точності та визначити їх питому частку. 2. Порівняти за рефракційною точністю результати хірургії катаракти з імплантацією ІОЛ, розрахованих за даними ультразвукового імерсійного та оптичного методу біометрії.

Матеріали і методи: Методи дослідження – розрахунковий, статистичний.

152 ока.

Група 1 – (76 очей) проведено ультразвуковий імерсійний та оптичний методи біометрії, розрахунки ІОЛ ґрунтуються на результатах оптичного методу.

Група 2 – (76 очей) проведено ультразвуковий імерсійний метод біометрії, розрахунки ІОЛ ґрунтуються на результатах ультразвукового імерсійного методу.

Результати. В діапазон рефракційної похибки $\pm 0,25D$ припадає 39 випадків (25,6%), $\pm 0,5D$ – 108 випадків (71,2%), $\pm 1,0D$ – 147 випадків (96,8%). Девіація розрахованої та кінцевої рефракції для очей з ІОЛ, розрахованими за результатами оптичного методу біометрії, склала 0,261, для очей з ІОЛ, розрахованими за результатами ультразвукового імерсійного методу – 0,215.

Висновки. Рефракційна точність проведених хірургій катаракти співпадає із сучасною світовою статистикою з рефракційної точності операції [Maria Kugelberg, «Refractive Outcome After Cataract Surgery» (2009)]. Відмінність девіацій розрахованої та кінцевої рефракції очей з імплантованими ІОЛ між ультразвуковим імерсійним та оптичним методами статистично незначна.

ВИЗНАЧЕННЯ РАННІХ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ВІКОВІЙ ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ

Комарова Т.М.

DETERMINATION OF EARLY CHANGES IN FUNCTIONAL PARAMETERS IN AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

Komarova T.

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

Кафедра офтальмології

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

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

Актуальність. Вікова дегенерація макули (ВДМ) – хронічне прогресуюче дегенеративне захворювання сітківки, під час якого відбуваються необоротні зміни в макулі, що, в свою чергу, призводить до погіршення або втрати центрального зору. ВДМ є основною причиною порушення гостроти зору у людей старше 50 років у ряді розвинених країн, частота захворювання різко збільшується з віком. Очікується, що в Сполучених Штатах Америки випадки погіршення зору та сліпоти від ВДМ збільшаться з 620 тисяч у 2020 році до приблизно 1 мільйона у 2050 році навіть при широкому застосуванні вітамінної профілактики на ранніх стадіях ВДМ та лікуванні неоваскулярних форм ВДМ. Британський журнал офтальмології повідомляє, що у Європі 77млн людей до 2050 року страждатимуть на ВДМ.

Мета. Визначити функціональні показники (гостроту зору та контрастну чутливість) у пацієнтів з віковою дегенерацією макули (суха форма) та у пацієнтів без офтальмологічної патології.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані досліджень 2 груп жінок постменопаузального віку: 1 група (58 очей) – пацієнтки з віковою дегенерацією макули (суха форма) – група дослідження; 2 група (29 очей) – особи без офтальмологічної патології – контрольна група, які проходили лікування на клінічних базах кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

У групах не було відмінностей за статтю та віком, середній вік пацієнтів обох груп становив 65 років. Для дослідження використовували таблиці «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test».

Результати. Гострота зору за шкалою ETDRS у групі дослідження становила $0,2 \pm 0,06$ ($p=0,101$), у контрольній групі – $0,1 \pm 0,06$ ($p=>0,1$). Рівень значимості між групами становить $p<0,001$.

У контрольній групі логарифмічні значення контрастної чутливості (log CS) становили 1,6 (1,56-1,64) log CS ($p=<0,01$). Для пацієнтів досліджуваної групи цей показник був знижений до 1,04 (0,96-1,12) log CS ($p=0,011$). Рівень значимості між групами $p < 0,001$.

Висновки. Визначено, що при високих показниках гостроти зору спостерігаються достовірні зміни контрастної чутливості ($p < 0,001$). Помічено, що внаслідок вікової дегенерації макули спостерігаються функціональні втрати при сприйнятті об'єктів низької контрастності. Визначення контрастної чутливості за допомогою таблиць «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test» проводиться швидко, що дозволяє використовувати метод як для скринінгу, так і для контролю функціонального стану сітківки в динаміці.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ПІДБОРУ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ

Кочугур І. В.

EFFICIENCY OF PERSONALIZED SELECTION OF INTRAOCULAR LENSES

Kochuhur I.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Вікова катаракта в структурі захворювань очей займає одне з провідних місць в світі (42%). В зв'язку зі збільшенням пенсійного віку постала проблема зниження працездатності у працюючого населення. Однією з важливих задач сучасної офтальмології є відновлення якісного зору в післяопераційному періоді. Впродовж тривалого часу домінуючу роль мала гострота зору, що обумовлено простотою дослідження та можливістю порівнювати цифрові дані. Проте функціональні особливості зорового аналізатора в післяопераційному періоді не обмежуються тільки дослідженням гостроти зору. Відомо, що в оцінці якості зору провідна роль належить дослідженню просторової контрастної чутливості, так як характеризує здатність зорової системи сприймати та аналізувати розподіл яскравості в полі зору. Таким чином, дослідження просторової контрастної чутливості у пацієнтів після факоемульсифікації з імплантацією інтраокулярної лінзи дозволяє об'єктивно оцінити якість отриманого зору.

Мета. Підвищення ефективності якості зорових функцій шляхом персоналізованого підбору інтраокулярної лінзи.

Матеріали та методи. Буде досліджено 350 пацієнтів, у яких діагноз вікова катаракта, який було встановлено інструментальними методами обстеження. Будуть застосовані наступні методи дослідження – офтальмологічні (візометрія, біомікроскопія, оптична когерентна томографія, візоконтрастометрія), клінічні спостереження за пацієнтами після виконання хірургічного лікування, анкетування та методи статистичного аналізу. Дослідження буде проводитися у мезопічних (5 кд /м2) та фотопічних (85 кд /м2) умовах на низьких (1,5 срд), середніх (3, 0 та 6,0 срд) та високих (12,0 та 18,0 срд) просторових частотах у ранній (7 д.), пізній (1 міс.) та віддалений (6 міс.) післяопераційні періоди.

Результати. Уперше буде виявлено зв'язок порогу контрастної чутливості та відновлення якості зорових функцій після оперативного лікування. Проведено математичне моделювання визначення оптимальної інтраокулярної лінзи для якісного зору після операції.

Висновки. На підставі аналізу результатів дослідження, планується розроблення критеріїв персоналізованого підбору інтраокулярної лінзи з урахуванням порогу контрастної чутливості пацієнта, що дозволить поліпшити результат лікування та сприятиме покращенню якості зору хворих.

ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ ФОРМИ ОПИТУВАЛЬНИКА ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ НАЗАЛЬНИХ СИМПТОМІВ В АНАЛІЗІ ПОШИРЕНOSTІ НЕАЛЕРГІЧНИХ РИНИТІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Лаврущенко Д. В., Ламза Н.В.

USE OF A MODIFIED QUESTIONNAIRE FORM TO DETECT NOSAL SYMPTOMS IN ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF NON-ALLERGIC RHINITIS AMONG POPULATIONS

Lavrushchenko D., Lamza N.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент, Ламза Н. В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедру: д.м.н., професор, Ковтуненко О. В.

Дніпропетровський державний медичний університет

м. Дніпро, Україна

Актуальність. Незважаючи на те, що в останні роки спостерігається тенденція до акцентуалізації проблеми риніту, етіологія та патогенез неалергічного риніту висвітлені в літературі недостатньою мірою. Традиційно виділяють алергічний та неалергічний риніти, що мають схожі симптоми. Це створює умови для встановлення неправильного діагнозу і призначення некоректної терапії.

Принципово різні підходи до лікування різних видів риніту, вплив на якість життя та економічні витрати для пацієнта створюють передумови для вивчення поширеності назальних симптомів, що можуть вказувати на патогенез процесу та проведення правильної диференційної діагностики між ними.

Мета. Вивчити розповсюдженість форм хронічного риніту в Дніпровському регіоні. Диференціювати на рівні анкетування форми хронічного риніту

Матеріали та методи. Було проведено анкетування 78 осіб 20-60 років (31 чоловіків і 47 жінок). Анкету було розроблено у вигляді Google форми, за основу якої було взято опитувальник SNOT-22 для виявлення назальних симптомів. Окрім основних симптомів, форма включала питання щодо вікової та статевої приналежності, алергологічного анамнезу.

Результати. На основі проведеного дослідження було визначено, що випадки риніту відзначають 64% опитуваних, з них 46% - риніти неалергічного і 18% алергічного генезу.

Так у віковій групі 20-30 років (10 чоловіків та 14 жінок) виникнення назальних симптомів неалергічного риніту відзначили 33%, в групі 30-40 років (8 чоловіків та 14 жінок) – 46%, в групі 40-50 років (7 чоловіків і 10 жінок) – 53%, а в групі 50-60 років (6 чоловіків і 9 жінок) – 60%.

Серед жінок усіх вікових груп симптоми неалергічного риніту відзначають 42 % опитуваних, серед чоловіків цей показник складає 51%. Однак серед жінок суттєво вищий показник виникнення патогномонічних симптомів алергічного риніту – 71% усіх випадків, тоді як частка чоловіків з такими ж симптомами складає 29%.

Загалом неалергічний риніт серед опитуваних усіх вікових груп складає 72 % від усіх випадків виникнення назальних симптомів.

Також була відзначена значна кореляція між виникненням різних симптомів. Так, нежить та закладеність носу спостерігалась у 89% опитуваних, які мали ознаки неалергічного риніту, а сльозотеча та раптовий свербіж в очах лише у 2,7%. Також 44% учасників не могли пов'язати свої симптоми з зазначеними у анкеті провокуючими факторами.

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного дослідження було виявлено, що 64% опитуваних відзначали у себе ознаки запального захворювання слизової оболонки носа та/або пазух. З них 46% складають неалергічні риніти, що у 2,6 рази більше ніж риніти алергічного генезу.

Проведене дослідження, також свідчить, що дуже мала кількість учасників (14% від загальної кількості учасників, що мали симптоми) звертається за допомогою до медичних закладів, що в свою чергу створює передумови для неефективності лікування, формування лікарської залежності та тахіфілаксії до лікарських засобів, погіршення комплайенсу терапії, що, в свою чергу, ще більше ускладнює проблему. При цьому лише 1 з 36 осіб (2,7%), які мали ознаки неалергічного риніту звернувся за консультацією до спеціаліста.

МЕТААНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ АКУБАРОТРАВМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ДІЇ ЗА ДАНИМИ СВІТОВИХ ДЖЕРЕЛ

Малишев К. С., Тренчук М.Ю.

METHANAL ANALYSIS OF FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONSEQUENCES OF ACUBAROTRAM IN MILITARY SERVANTS AFTER MINING AND EXPLOSIVE ACTION

Malyshev K., Trenchuk M.

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

Кафедра оториноларингології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: в Україні на протязі 8 років триває війна, за статистичними даними 45% військовослужбовців, що отримали бойове поранення, мають скарги на порушення слуху та встановлений діагноз акубаротравма, тому є доцільним ознайомлення з актуальними підходами в діагностиці та лікування данної проблеми.

Мета роботи: провести аналіз даних світової літератури, щодо особливостей впливу мінно-вибухової дії на систему слуху, виявити найбільш ефективні та актуальні методи діагностики та лікування.

Матеріали і методи: в данній науковій роботі був проведений метааналіз 10-ти джерел світової літератури, за період 2013-2021 років, в яких описувались різні особливості, мінно-вибухового впливу, на слухову систему та алгоритми діагностики та лікування.

Результати: За даними джерел світової літератури, загальними скаргами у більшості пацієнтів з акубаротравмою є, зниження слуху, шум у вухах, та посттравматичні дефекти зовнішнього слухового ходу.

Для діагностики мінно-вибухової дії на систему слуху, у поранених військовослужбовців, частіше за все використовували, отоскопію, ендоскопічний огляд зовнішнього слухового ходу, порогову тональну аудіометрію, та акустичну імпедансометрію, комп'ютерну томографію.

Для лікування акубаротрами частіше за все використовувалась рання терапія кортикостероїдами та їх, інтратиманальне введення, гіпербарична оксигенація, тимпанопластика при перфоративних ураженнях барабанної перетинки, антибактеріальна терапія при інфекційних ускладненнях, середнього вуха.

Висновок:

Найбільшу ефективність при діагностиці функціонального стану системи слуху, за даними проаналізованої літератури, є порогова тональна аудіометрія, що дозволяє дізнатися про функціональний стан звукопровідної та звукосприймальної функції, та імпедансометрія, що виявляє ураження, середнього та внутрішнього вуха.

Отоскопія та ендоскопічне дослідження зовнішнього слухового ходу, частіше не співпадає по тяжкості ураження, з функціональними ураженнями, системи слуху.

В результаті ознайомлення з різними методиками лікування за даними, світової літератури, було виявлено що рання терапія, кортикостероїдами (в перші 2 тижні), при неефективності, було використано інтратиманальне введення кортикостероїдів, сприяло припиненню прогресування нейросенсорної приглухуватості, та покращення функції слуху у більшості військовослужбовців.

ВПЛИВ ІНТРАТЕКАЛЬНОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НА ПЕРЕБІГ ВІДНОВНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ТРАВМІ СІДНИЧОГО НЕРВА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Меліков З.К.

IMPACT OF MESENCHYMAL STEM CELLS' INTRATHECAL TRANSPLANTATION ON THE RECOVERY PROCESS IN SCIATIC NERVE INJURY.

Melikov Z.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. кафедри нейрохірургії Медведєв В.В.

Кафедра нейрохірургії

Зав. кафедрою нейрохірургії академік НАМН та НАН України, професор В.І. Цимбалюк

НМУ імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ. На травми периферичних нервів (ТПН) припадає 1–3 % усіх травм мирного часу і 12 % бойових травм. Розрахункова річна захворюваність для України — 18 тис. випадків, з яких 75 % припадає на чоловіків працездатного віку; розрахункова кількість інвалідизованих внаслідок ТПН осіб в Україні — приблизно 300 тис.

Мета дослідження. З'ясувати актуальний стан проблеми відновного лікування ТПН, окреслити причини обмеження ефективності існуючих засобів відновного лікування ТПН і виявити найменш досліджений напрямок їхнього удосконалення.

Огляд. Виходячи з доступних даних, можна стверджувати, що, попри використання сучасних мікрохірургічних засобів з'єднання та супутнього консервативного лікування, відновлення функцій травмованого нерва обмежене. Це обумовлено 4 патофізіологічними причинами: 1) відсутністю правильної просторової організації регенераційного росту нервових волокон у ділянці ТПН, що призводить до неповної і неточної репопуляції волокнами дистальної культі нерва; 2) загибеллю нейронів спинномозкового вузла і спинного мозку і нааступною загибеллю інших нейронів центральних структур нервової системи; 3) обмеженістю нейропластичного процесу, покликаною оптимізувати топологію нейронної мережі мозку задля компенсації втрачених функцій за рахунок збережених частин рухової системи; 4) незворотною атрофією денервованих м'язів. Виходячи з цього, покращення результату відновного процесу при ТПН можна досягнути при розвитку трьох типів засобів і втручань, сфокусованих на: 1) епіцентрі травми — просторове її облаштування для швидкого і правильного проростання аксонів; 2) центральних структурах нервової системи — попередження постаксонотомічної загибелі нейронів головного та спинного мозку, стимулювання пластичності нейронних мереж; 3) паретичних м'язів — попередження загибелі м'язових волокон і фіброзу м'яза, підтримання пластичності м'язів. Розробку засобів першого типу пов'язують із вдосконаленням технологій з'єднання частин травмованого нерва, а особливо — зі створенням тунельованих біоінженерних імплантатів, часто — поєднаних з різними видами недиференційованих клітин і факторами росту. Засоби другого типу повинні забезпечувати загальний вплив на центральні відділи нервової системи факторами росту і пластичності, зокрема такими, що продукуються стовбуровими клітинами, а також різноманітними фізичними нейрореабілітаційними заходами. Засоби третього типу спрямовані на денервовані м'язи — фізичні нейрореабілітаційні впливи, факторна підтримка міопластичного процесу, у тому числі шляхом внутрішньом'язової трансплантації стовбурових клітин чи їхніх нащадків.

Висновки. Серед перерахованих трьох напрямків — другий при очевидній перспективності залишається практично не вивчений. З огляду на це, вважаємо перспективним з наукової і практичної точки зору вивчення ефективності трансплантації у речовину мозку мезенхімальних стовбурових клітин на тлі ТПН — відомого джерела антинейродегенеративних і пронеуропластичних факторів.

ПІДСТУПНИЙ ВБИВЦЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК - МЕЛАНОМА ХОРОІДЕЇ

Москалець І.О.

CUNNING KILLER: CLINICAL CASE - CHORROID MELANOMA

Moskalets I.

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

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Хороїдальна меланома є найпоширенішою первинною внутрішньоочною злоякісною пухлиною. Меланома може вражати різні органи людини, але око знаходиться на другому місці за поширеністю. Захворюваність на первинну меланому хороїдеї становить близько 6-7,5 випадків на 1 мільйон населення в залежності від популяції (Parul Singh and Aebhishek Singh, 2012). В переважній більшості випадків дане захворювання протікає безсимптомно та виявляється випадково під час офтальмологічного обстеження. Меланома хороїдеї зустрічається серед людей різних вікових груп, однак більш характерна для людей старше 60 років і частота її виникнення збільшується з віком.

Даний клінічний випадок досить рідкісний. Пацієнт 50 років мав періодичне зниження зору, появу туману перед лівим оком, що погіршились протягом останніх 7 днів. Шляхом ретельного офтальмологічного дослідження встановлено діагноз меланома хороїдеї, хворому була проведена енуклеація та призначена подальша терапія.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок меланоми хороїдеї лівого ока.

Матеріали і методи: Пацієнт 50 років звернувся до офтальмологічного відділення КНП «КМКЛ №9» по швидкій допомозі зі скаргами на зниження зору, періодичну появу туману перед лівим оком, що погіршились протягом останніх 7 днів з попереднім діагнозом увеїт лівого ока. Гострота зору правого ока 1,0, лівого 0,8, рефракція не визначається. Внутрішньочний тиск правого ока 18 мм рт. ст., лівого ока -19 мм рт. ст. Об'єктивно: праве око - без патологічних змін. Ліве око: часткове помутніння задніх кортикальних та субкапсулярних шарів кришталика, в склистому тілі поширені помутніння, що плавають. Очне дно під фльором, проглядається блідо – рожевий диск зорового нерва з чіткими межами, артерії сітківки звужені, вени поширені, повнокровні. За даними оптико когерентної томографії макули наявний парафовеолярний набряк сітківки. При огляді з широкою зіницею в верхньо-назальному квадранті за райдужкою виявлено новоутворення куполовидної форми темного кольору, що промінує. При ультразвуковому дослідженні лівого ока виявлено новоутворення хороїдеї у верхньо-назальному квадранті. Було встановлено діагноз: меланома хороїдеї? Хворий був направлений до ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова» для додаткового обстеження і вирішення тактики подальшого лікування. В інституті встановлено діагноз - меланома хороїдеї, 4 стадія з метастазами в печінку та легені. Хворому проведена енуклеація лівого ока, та рекомендовано курс хіміотерапії за місцем проживання.

Висновки. Тільки повне офтальмологічне дослідження дозволило встановити правильний діагноз меланоми хороїдеї. Таким чином, офтальмолог має бути завжди насторожений з приводу непластичних процесів ока для їх ранньої діагностики та вчасного лікування.

ВПЛИВ ІНТРАВІТРЕАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ АНТИ-VEGF ПРЕПАРАТУ ПЕРЕД ВІТРЕКТОМІЄЮ НА ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ

Сірко Г.А.

EFFECT OF INTRAVITREAL INTRODUCTION OF ANTI-VEGF DRUG BEFORE VITRECTOMY ON INTRA AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENT WITH PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY

Sirko H.

Науковий керівник: к. мед. н., асистент Стебловська І.С..

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

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

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

Актуальність. Діабетична ретинопатія проліферативна стадія (ПДРП) – є одним з найбільш злоякісних ускладнень цукрового діабету. Характеризується неоваскуляризацією диску зорового нерву (ДЗН), задньої галоїдної мембрани (ЗГМ) та інших відділів сітківки з наступними крововиливами в скловидне тіло (СТ) та проліферативними процесами.

Мета роботи. Дослідити вплив інтравітреального введення (ІВВ) анти-VEGF препарату перед вітректомією на інтра- та постопераційні ускладнення у пацієнтів з проліферативною діабетичною ретинопатією.

Матеріали та методи. В даному дослідженні брали участь 35 пацієнтів з ПДРП. Середній вік досліджуваних - $65 \pm 2,1$.

Пацієнти були розділені на 2 групи в залежності від ускладнень після вітректомії з введенням Афліберсепту. До першої групи увійшло 17 пацієнтів, котрим проводилось передопераційне ІВВ Афліберсепту та через 1 місяць після оперативного втручання. Другу групу склали 18 пацієнтів, яким інтравітреальне введення анти-VEGF препарату проводилось лише в доопераційному періоді. Пацієнтам проводились стандартні офтальмологічні дослідження, а також ОКТ сітківки, ангиографія сітківки, УЗД дослідження та фундус-фото.

Результати. У дослідженні було виявлено, що гострота зору першої групи до операції з попереднім введенням препарату становила $0,05 \pm 0,03$. Середня товщина сітківки дорівнювала $455 \pm 11,07$ мкм. Дані показники статистично достовірно зросли через 1 місяць після оперативного лікування та становили: гострота зору $0,3 \pm 0,2$, товщина сітківки – $210 \pm 7,4$ мкм. У пацієнтів другої групи доопераційні показники становили: гострота зору – $0,04 \pm 0,02$, товщина сітківки макулярної зони – $479,8 \pm 9,54$. Через 1 місяць після операції відмічене статистично достовірні зміни в функціональних результатах. Але гострота зору знизилась та становила $0,02 \pm 0,04$, у зв'язку з збільшенням к-сті пацієнтів з ускладненням в пізньому післяопераційному періоді, а саме рецидивуючими гемофтальмами. Середнє ж значення товщини центральної зони сітківки у обстежуваних другої групи дорівнювало $315,2 \pm 6,13$ мкм. У пацієнтів 1 групи кількість післяопераційних ускладнень статистично достовірно ($p < 0,01$) була меншою, ніж в 2 групі досліджуваних.

Висновки. Нами було встановлено, що у пацієнтів з повторним, інтравітреальним введенням анти-VEGF препарату відбувалось зниження кількості ускладнень в післяопераційному періоді та вищі морфофункціональні результати після проведеного оперативного втручання.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ З ВІДКРИТОКУТОВОЮ ГЛАУКОМОЮ

Соломаха К.М.

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DRY EYE DISEASE IN PATIENTS WITH OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Solomakha K.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г., к.мед.н., доцент Куріліна О.І.

Кафедра офтальмології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Глаукома та хвороба сухого ока (ХСО) дуже часто пов'язані з віком, і тому обидві ці патології потребують дедалі більшої уваги. Після 60 років мейбомієві залози, які продукують сальний секрет, припиняють правильно функціонувати, що призводить до фізіологічного дефіциту та порушення слізної плівки, й, відповідно, розвитку ХСО. У лікуванні глаукоми застосовують гіпотензивні препарати, які підбираються індивідуально на тривалий час. Частим побічним ефектом такої тривалої терапії є розвиток ХСО, індукованої, як правило, інволюційними змінами поверхні ока в поєднанні з токсичною дією консервантів, що містяться в очних краплях.

Мета. Проаналізувати доцільність призначення зволожувальних очних крапель у складі місцевого лікування глаукоми при тривалому використанні гіпотензивних препаратів для запобігання розвитку ХСО.

Матеріали та методи. В дослідження увійшло 48 пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою (96 очей), які були поділені на три групи в залежності від терапії гіпотензивними засобами: 1-а група - отримували інстиляції аналогів простагландинів без консервантів; 2-а група - призначалися аналоги простагландинів та 3-я група - бета-блокатори. В останніх двох групах до складу гіпотензивних препаратів входив у якості консерванту бензалконію хлорид. Середній вік пацієнтів 64,5 років. З них 29 жінок і 19 чоловіків. Крім стандартних методів офтальмологічного обстеження всім пацієнтам проводили дослідження сльозопродукції та стану слізної плівки за допомогою тесту Ширмера, проби Норна, фарбування рогівки та кон'юнктиви ліссаміновим зеленим. ХСО була виявлена у 93% випадків. Основними скаргами були: дискомфорт в очах, почервоніння, відчуття печіння, сухості, слезотеча, особливо на вулиці. У пацієнтів 1-ї групи (20 осіб) був встановлений діагноз ХСО I стадії, у хворих 2-ї та 3-ї груп виявлена ХСО II-III стадії. У зв'язку з встановленим діагнозом пацієнтам були призначені безконсервантні сльозозамінники, які містять у своєму складі гіалуронову кислоту, таурин та вітаміни групи В і Е. Очні краплі призначалися 4 рази на день протягом трьох місяців.

Результати. Через три місяці на фоні лікування повторно проведено дослідження передньої поверхні ока та стандартне офтальмологічне дослідження. В результаті призначення сльозозамінників ступінь тяжкості ХСО у пацієнтів поліпшився, що проявилось значним зниженням суб'єктивних скарг, відновленням епітеліального шару рогівки. У пацієнтів з I стадією ХСО показники нормалізувалися, а у хворих, що мали II-III стадію ХСО показники покращилися на 68% порівняно з вихідними даними, що і обумовило доцільність використання препаратів штучних сліз.

Висновки. Пацієнти з глаукомою, які отримують місцеву гіпотензивну терапію потребують постійного призначення зволожувальних крапель, щоб попередити розвиток ХСО, зменшити дискомфорт і підвищити комплаєнс призначеного лікування.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТОПІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ РИНОСИНУСИТОМ

Фалько А.М., Науменко О.М.

OPTIMIZATION OF TOPICAL THERAPY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS

Falko A., Naumenko O.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Науменко О.М.

Кафедра отоларингології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: В останні роки функціональна ендоскопічна ринохірургія (FESS) стала основним методом, лікування пацієнтів з хронічними риносинуситами. Однак, вірно виконане оперативне втручання це лише частина лікувального процесу, для досягнення позитивного терапевтичного ефекту також необхідно вибрати вірну тактику ведення післяопераційного періоду. До сьогодні не існує єдиного погляду на ведення, післяопераційного періоду, хоча за результатами довготривалих спостережень більшість пацієнтів і відмічають позитивні результати після перенесеної FESS, все ще значною залишається частка пацієнтів, що потребують реоперацій, через виникаючі ускладнення. Основна частка післяопераційних ускладнень, частіше виникає не внаслідок помилок хірурга, а через недостатній контроль за процесами регенерації пошкоджених під час операції тканин та недостатнього нагляду за післяопераційною раною на ранніх етапах загоєння слизової оболонки.

Мета: Вивчення зміни біохімічних показників слизової оболонки носа у хворих на хронічний риносинусит.

Матеріали та методи: Популяція із 16 пацієнтів з діагнозом хронічний риносинусит, після оперативного лікування. У групі дослідження (8 пацієнтів) використовувалась топічна терапія з використанням Іригації N-ацетилцистеїну вмісного препарату. У групі контролю (8 пацієнтів) використовувалась топічна терапія з використанням іригації ізотонічним розчином. Проводилося анкетування з використанням тесту SNOT22; біохімічне дослідження золью слизової оболонки носа на зміни показників активності індукованої NO-синтази, аргінази, конститутивних ізоформ NO-синтази; зміни концентрації сульфгідрильного радикала, L-оксипроліну, загальних глікозаміногліканів, на 1 добу до хірургічного лікування та на 3, 10, 28 добу після хірургічного лікування. Забір матеріалу проводився до проведення будь-яких топічних маніпуляцій в порожнині носа, методом взяття мазку за допомогою зонду для забору проб Probe swab (Китай). Категорія виключення: психічно хворі; пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини.

Результати: У групі дослідження ми встановили кращу динаміку показників тесту SNOT22 відносно групи порівняння. Крім того, спостерігалася збільшена активність iNOS, яка спостерігається в контрольній групі, може призводити до руйнування аморфної речовини сполучної тканини, що підтверджується більш високими концентраціями ГАГ. Збільшення концентрації вільного L-оксипроліну в контрольній групі пацієнтів, говорить про руйнування колагенових волокон, шляхом активації матриксних металопротеїназ. Збільшена концентрація сульфідного аніону в контрольній групі свідчить про розвиток більш інтенсивного оксидативного стресу. Активність конститутивних ізоформ статистично значуще не змінюється протягом усього експерименту.

Висновки: N-ацетилцистеїн здатний пригнічувати активацію транскрипційного фактора NF-kB, чим можна пояснити зниження активності iNOS. N-ацетилцистеїн також здатний безпосередньо знижувати процеси деградації аморфної речовини сполучної тканини, зміщувати баланс в системі протеоліз / антипротеоліз в бік переважання антипротеолітичного компонента, нормалізує фізіологічну продукцію та утилізацію сульфідного аніона шляхом впливу на меркаптопіруват-серотрансферазу, підтримуючи таким чином фізіологічну концентрацію сульфідного аніона, перешкоджаючи одночасно як накопичення надмірного сульфіда, так і його недостатньої продукції.

Застосування топічного N-ацетилцистеїну в післяопераційний період призводить до зменшення активності NO-синтаз за рахунок зниження активності індукційної ізоформи, підвищуючи при цьому активність аргінази, які є потужними стимуляторами проліферації тканин. Він, також, знижує інтенсивність деградації сполучної тканини у післяопераційний період, що підтверджується зниженням концентрації глікозаміногліканів та вільного L-оксипроліну.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ АНЕВРИЗМИ (ПСЕВДОАНЕВРИЗМИ) А. MAXILLARIS ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ТЕХНІКИ

Хасанетов Б.С.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF TRAUMATIC ANEURISM (PSEUDOANEURISM) A. MAXILLARIS WITH THE USE OF ENDOVASCULAR TECHNIQUE

Khasapetov B.

Науковий керівник: Копчак А.В. д.мед.н. професор, завідувач 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. Аневризми зовнішньої сонної артерії та її гілок є рідкісним патологічним станом, що становить серйозну проблему для щелепно-лицевих хірургів, як з точки зору діагностики, так і лікування. Справжні аневризми – це локалізовані, аномальні розширення артерій, викликані ослабленням їх стінок, що містять всі три шари: інтиму, середню оболонку і адвентицію, натомість, – це травматичне пошкодження судин, яке виникає в результаті розриву артеріальної стінки з екстравазацією крові в навколишні тканини. У літературі описано багато різних методів лікування псевдоаневризм. Вони включають спостереження, компресію, лігування та хірургічне видалення або ендоваскулярну емболізацію/стенування. Важливе значення для визначення локалізації, характеру та ступеня ураження мають додаткові методи дослідження. Як метод скринінгу УЗД з доплерографією, після чого контрастна КТ або ангіографія підтверджує діагноз.

Мета роботи. Представити клінічний випадок рідкісної форми судинної патології з щелепно-лицевою локалізацією.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим наглядом перебував хворий - чоловік, 56 років, 05.03.2022 отримав множинні ножові поранення, в тому числі в правій щічній, вилицевій та підочної ділянці. 05.03.2022 бригадою швидкої медичної допомоги був доставлений до приймально-діагностичного відділення КНП КОР «КОКЛ» із ознаками інтенсивної кровотечі, у невідкладному порядку пацієнту виконано МСКТ кісток лицевого та мозкового черепу, МСКТ органів грудної порожнини, МСКТ органів черевної порожнини, взято кров для проведення лабораторних досліджень. В ургентному порядку пацієнта було подано до операційної, де було проведено зупинку кровотечі, ПХО ран правої щічної, вилицевої та підочної ділянки. 15.04.2022 повторно звернувся до КНП «КОКЛ» зі скаргами на постійний ниючий який посилюється при жуванні. З анамнезу було встановлено, що припухлість в привушній та за щелепній ділянках періодично збільшувалася в розмірах, при пальпації визначали біль та помірну пульсацію.

Для диференційної діагностики патологічного стану в правій привушно-жувальній ділянці, пацієнта було направлено на УЗД із доплерографією. За даними УЗД в проекції кута і гілки нижньої щелепи візуалізувався пульсуючий утвір 15x18 мм пов'язаний із судинами системи зовнішньої сонної артерії, при КДК реєструється турбулентний кровотік.

Після отримання результатів УЗД для диференційної діагностики, уточнення характеру ушкодження та його лікування було прийнято рішення про проведення селективної артеріографії зовнішньої сонної артерії з негайною ендоваскулярною емболізацією/стенуванням ушкодженої судини (правої верхньощелепної артерії). Під місцевою анестезією доступом Сельдінгера через праву стегнову артерію (інтродуктор 6F) до правої зовнішньої сонної артерії введено катетер 5F типу «HeadHunter». На ангіографії виявлено вогнище овальної форми, псевдоаневризма правої верхньощелепної артерії розміром 5x3 см з турбулентним кровотоком в її порожнині. Більша частина утворення інтенсивно накопичувала контраст, лише деякі периферальні ділянки були заповнені тромботичними масами. Контрольне сканування показало, що верхньощелепна артерія була заблокована і ознак накопичення контрасту всередині аневризми не виявлено. Інтродусер і катетер видалені.

У післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось, на третій день після процедури пацієнт був виписаний додому із рекомендаціями по лікуванню супутніх ушкоджень.

Висновки. Таким чином, псевдоаневризма лицьової ділянки є рідкісним станом, який завжди слід враховувати при диференційній діагностиці уражень м'яких тканин у ділянках, прилеглих до розташування артерії. УЗД із доплерографією та ангіографія системи сонної артерії є основними процедурами, які використовують для точної діагностики та планування лікувальних заходів. У літературі обговорюється багато варіантів лікування, які включають висічення, лігування та емболізацію уражених артерій. Наше спостереження свідчать про успішне лікування псевдоаневризми верхньощелепної артерії ендovasкулярною емболізацією, проведеною під контролем цифрової субтракційної ангіографії. Основними перевагами методики були її висока точність і мінімальна інвазивність.

ОССИКУЛОПЛАСТИКА ЯК ЕТАП РЕКОНСТРУКЦІЇ СЕРЕДНЬОГО ВУХА ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Яшан А.О.

OSCYCULOPLASTY AS A STAGE OF RECONSTRUCTION OF THE MIDDLE EAR AFTER MINE EXPLOSION INJURY

Yashan A.

Яшан А.О., проф. Яшан О.І.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України

Кафедра отоларингології, офтальмології та нейрохірургії,

зав. проф., д-р. мед. наук О.І.Яшан

Тернопіль, Україна

Вступ. Оссикулопластика, а саме відновлення цілісності ланцюга слухових кісточок, у більшості випадків є одним з етапів реконструктивних операцій на середньому вусі. Ураження кісточок здебільшого спостерігається при хронічних гнійних, секреторних та адгезивних середніх отитах, а також – після травматичних уражень середнього вуха (удар, вибух, тощо). Відтворення ланцюга слухових кісточок максимально наближеного до природного, передусім після мінно-вибухової травми, має свої особливості та вимагає удосконалення.

Мета. Покращити ефективність відновлення звукопровідного механізму за допомогою склоіономерного цементу у пацієнтів після мінно-вибухової травми середнього вуха.

Матеріал і методи. На базі ЛОР-відділу Тернопільської обласної лікарні було успішно прооперовано 15 осіб з діагнозом гострий посттравматичний перфоративний середній отит, причому семеро з них мали перфорації обох барабанних перетинок. Усім цим пацієнтам була проведена тимпанопластика, в ході якої у двох випадках було діагностовано дислокацію ковадло-стремінного суглобу, у одного - перелом шийки молоточка. Для реконструкції ковадло-стремінного суглоба ми використали склоіономерний цемент «Ketac».

Результати. Запропонований метод реконструкції ковадло-стремінного суглобу після мінно-вибухової травми за допомогою склоіономерного цементу показав виражене суб'єктивне покращення слуху, значуще зниження порогів по повітряній провідності та зменшення повітряно-кісткового інтервалу на тональній аудіограмі.

Висновки. 1. Застосування склоіономерного цементу для відновлення ковадло-стремінного з'єднання є ефективним методом реконструкції звукопровідного механізму у пацієнтів після мінно-вибухової травми середнього вуха.

2. Використання склоіономерного цементу є простим та ефективним методом покращення слуху після мінно-вибухової травми.

АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ
IV УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»

Ар-Ріябі Зіяд.....	36	Кізім Я.В.	15
Бабченко Н.В.	37	Клочков Є.І.	7, 16
Бака Л.М.....	23	Ковальов І.А.	43
Бакаєв А.А.	11	Козак М.С.....	32
Безега Б.М.....	30	Козак-Волошаненко Ю.М.....	32
Безега М.І.....	30	Комарова Т.М.....	44
Белякова І.А.	8, 20	Коновалов С.Е.	9, 21, 37
Бобров А.Л.....	7	Кононов О.Є.	27
Бондаренко Я. В.	38	Коровай О.О.....	23
Борисенко О.М.	6, 7	Коровай О.О.....	29
Бураковський М.....	6	Костюченко О.Л.	11
Бурлака Ю. Б.....	27	Кочугур І. В.....	45
Вальчишин С.В.....	6	Крамаренко Р.П.....	31
Волкова Т.В.....	3-	Куреньова К.Ю.	29
Вороді М.В.....	39	Кучеренко Т.І.	18
Ворошилова Н.М.....	27	Лаврущенко Д. В.	46
Гавриляк І.В.....	40	Ламза Н.В.....	46
Гавура І.А.....	33	Лоза Т.П.....	8
Гетьман М.В.....	43	Лукач Е. В.	11, 16
Деєва Ю.В.	9, 21, 22, 37	Малишев К. С.	47
Дідковський В. Л.....	10	Меліков З.К.....	48
Діхтярук В. Я.	11, 16	Мельников О.Ф.	17
Діхтярук О.В.....	11	Мінін Ю.В.....	18
Жук А.М.....	41	Мініна Г.Ю.....	6, 18
Заболотна Д.Д.....	12, 15	Міщанчук Н.С.	6
Заболотний Д.І.....	13, 15	Молдованов І.А.	12
Іванченко Т.Г.....	29	Москалець І.О.....	49
Ісмагілов Е.Р.	15	Москалик О.Є.....	3-
Карась А.Ф.....	20	Науменко О. М.	9, 10, 22, 52
Кваша О.М.....	13	Нестерчук В.І.....	15

Овсяник К.В.....	32	Тренчук М.Ю.....	47
Педаченко А.Є.....	7	Фалько А.М.....	42
Петрук Л.Г.....	31, 32	Фокін Г.Г.....	25
Прокопенко Є.Є.....	7	Хасапетов Б.С.....	53
Розумій Н.М.....	21	Цаберяба А.В.....	43
Самбур М.Б.....	17	Цвірінько І.Р.....	15
Сережко Ю.О.....	16	Цимбалюк Є.М.....	16
Сірко Г.А.....	50	Цимбалюк Я.В.....	39
Скрипник Р.Л.....	21	Чайка С. П.....	8, 20
Соломаха К.М.....	51	Чміль А.О.....	21
Сребняк І.А.....	19	Шевчук Ю.В.....	23, 25
Сторожчук Ю.О.....	19	Шербул О.В.....	19
Стрежак В.В.....	16	Шидловська Т.А.....	27, 29, 30, 31, 32
Тарасенко М.В.....	22	Яшан А.О.....	33, 55
Теслюк В.Р.....	19	Яшан О.І.....	33
Тимченко М.Д.....	17		

CONTENTS

IV UKRAINIAN-POLISH CONGRESS

«INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN OTORHINOLARYNGOLOGY»

Ar-Riabi Ziad	36	Kochuhur I.	45
Babchenko N.....	37	Komarova T.....	44
Baka L.....	23	Kononov O.Ye.	27
Bakaiev A.....	11	Konovalov S.....	9, 21, 37
Beliakova I.....	8, 20	Korovai O.....	23, 29
Bezeha B.	30	Kostiuchenko A.....	11
Bezeha M.	30	Kovalov I.....	43
Bobrov A.....	7	Kozak M.....	32
Bondarenko Ya.....	38	Kozak-Voloshanenko Yu.....	32
Borysenko O.	6, 7	Kramarenko R.....	31
Burakovskiy M.....	6	Kucherenko T.....	18
Burlaka Yu.B.....	27	Kurenova K.....	29
Chaika S.	8, 20	Kvasha O.....	13
Chmil A.....	21	Lamza N.....	46
Didkovskiy V.L.	10	Lavrushchenko D.....	45
Dieieva Y.....	9, 21, 22, 37	Loza T.	8
Dikhtiaruk A.....	11	Lukach E.	11, 16
Dikhtiaruk V.....	11, 16	Malyshev K.....	47
Falko A.....	52	Melikov Z.....	48
Fokin G.	25	Melnykov O.	17
Havryliak I.	40	Minin Yu.	18
Havura I.	33	Minina G.	6
Hetman M.	43	Minina H.	18
Ismahilov E.	15	Mishchanchuk N.	6
Ivanchenko T.....	29	Moldovanov I.....	12
Karas A.....	20	Moskalets I.....	49
Khasapetov B.....	53	Moskalyk O.....	30
Kizim Ya.	15	Naumenko O.	9, 22, 52
Klochkov E.	7	Naumenko O.M.....	10
Klochkov Ye.....	16	Nesterchuk V.	15

Ovsianyk K.	32	Tesliuk V.*	19
Pedachenko A.....	7	Trenchuk M.....	47
Petruk L.....	31, 32	Tsaberiba A.....	43
Prokopenko E.....	7	Tsvirinko I.....	15
Rozumiy N.....	21	Tymbaliuk Ye.....	16
Sambur M.....	17	Tymbalyuk Y.....	39
Serezhko Yu.	16	Tymchenko M.	17
Sherbul O.	19	Valchyshyn S.....	6
Shevchuk Y.....	23, 25	Volkova T.	30
Shydlovska T.....	27, 29, 30, 31, 32	Vorodi M.	39
Sirko H.	50	Voroshylova N.M.	27
Skripnik R.	21	Yashan A	33, 55
Solomakha K.....	51	Yashan O.	33
Srebniak I.	19	Zabolotna D.	12
Storozhuk Y.	19	Zabolotna D.	15
Strezhak V.	16	Zabolotnyi D.	13, 15
Tarasenko M.....	22	Zhuk A.	41



Адреса для кореспонденції:

Редакція Українського науково-медичного
молодіжного журналу,
науковий відділ НМУ,
бул. Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

www.nmuofficial.com

Видавничий дім «АДЕФ-Україна»
01030, Київ, вул. Б. Хмельницького, 32, оф. 40а
тел.:+380442840860, факс:+380442840850

e-mail: adef@adef.com.ua

www.adef.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4605 від 28.08.2013 р.

Підписано до друку 23.03.2022 р.
Формат 60×84/8, друк офсетний, папір офсетний
Тираж 50, Зам. № Ж-2022/15.03.

Correspondence address:

Editorial board of the Ukrainian Scientific Medical
Youth Journal
Research Department of NMU,
13, T. Shevchenka Blvd. Kyiv, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Bogomolets National Medical
University

www.nmuofficial.com

«ADEF-Ukraine» Publishing House
01030, Kyiv, B. Khmel'nitskogo str., 32, of 40a
tel.:+380442840860, fax:+380442840850

e-mail: adef@adef.com.ua

www.adef.com.ua

Certificate of the subject of publishing
ДК № 4605 dated 28.08.2013

Signed in print on 23.03.2022 p.
Format 60×84/8, offset print, offset paper
Circulation: 50 Order № J-2022/15.03.