

чиків і 7 дівчат) з гіпертрофією мигдаликів лімфоїдного кільця, що супроводжуються наявністю вуздечок губ і (або) язика, яким в умовах дитячого ЛОР-відділення проведено комплексне хірургічне лікування: аденотонзилотомія з одномоментною пластикою коротких вуздечок язика і губ.

Аденотомія виконувалася з використанням мікродибридера під ендоскопічним контролем. Тонзилектомія забезпечувалася петлею Бахона і з використанням конхотому. Пластика вуздечок проводилася за методом Дифенбаха.

Результати та їх обговорення. Вада розвитку вуздечки верхньої губи характеризувалась нетиповим прикріпленням її ніжки. У 4 (33%) спостерігали непроникаючу форму аномалії (без поєднання ніжки вуздечки в міжальвеолярний шов). У 2 (17%) – проникаюча форма.

Порок розвитку вуздечки язика проявлявся зменшенням її довжини і нетиповим місцем прикріплення «ніжок», а так само зміною її товщини. У 8-ми пацієнтів (67%) порок розвитку вуздечки язика мав І-й варіант – прикріплення до верхівки язика і тканинам дна ротової поро-

жнини уперед від під'язичних сосочків. У 4-х (33%) порок розвитку вуздечки язика по II-му варіанту – прикріплення до верхівки язика і альвеолярного відростка.

При короткій вуздечці язика виявляли порушення змикання губ у 7-ми дітей (58%); порушення рухів язика при облизування губ по колу – у 4-х дітей (33%); порушення рухів язика до кінчика носа – у 9-ти дітей (75%). У 7-ми дітей (58%) виявляли порушення фонетики при вимові деяких звуків, а у 5-ти (42%) відзначена патологія розвитку прикусу. У 4-х дітей (33%) з аденоїдні вегетації III-го ступеня спостерігали комбіновану гіпертрофію піднебінних мигдалин III-го ступеня.

Всім пацієнтам проводилося хірургічне лікування: адено-тонзилотомія і френолуластика. Ні в одному з наших спостережень не спостерігалось ускладнень. Ведення післяопераційного періоду не виходило за межі стандартів, що пред'являються після тонзилотомії і аденотомії. Своєчасне одномоментне комплексне лікування підвищує ефективність відновлення носового дихання, сприяє поліпшенню результативності занять з логопедом по корекції фонетики мови.

© Н.Б. Соннік, О.Г. Подовжній, Т.В. Куролес, А.В. Лобурець, 2019

Ж.А. ТЕРЕЩЕНКО, В.Л. ДІДКОВСЬКИЙ, Н.М. ЛИТОВЧЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОБГРУНТУВАННЯ СИМУЛЬТАННОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ РИНОСИНУЇТІВ ГРИБКОВОГО ПОХОДЖЕННЯ: ТАКТИКА ТА ПОКАЗАННЯ

Термін «симультанна операція» запропонований Reifferscheid в 1971 г. Він походить від англійського слова «simultaneously» — одночасність. Симультанні (поєднані, одномоментні) — це операції, при виконанні яких під час одного оперативного втручання одночасно виконується до п'яти різноманітних хірургічних маніпуляцій. Головна перевага – можливість зменшити навантаження на організм пацієнта, скорочення часу лікування та відновлення.

Сучасна класифікація грибкових синуситів розрізняє інвазивну форму – гостру та хронічну, і неінвазивну форму – міцетому, а також алергічний грибковий синусит. Н.Stamberger (1991р.) повідомляє, що з 340 пацієнтів з міцетомою ПНП грибки роду *Aspergillus* виявлені в 90% випадків. Найулюбленішою локалізацією міцетом є верхньощелепна пазуха. Частіше всього виникає внаслідок потрапляння в неї сторонньо-

го тіла. Виникненню міцетоми найчастіше сприяють ускладнення після проведеного ендодонтичного лікування зубів, коли пломбувальний матеріал потрапляє в верхньощелепну пазуху. На сьогоднішній день не відпрацьована загальноприйнята тактика ведення пацієнтів з даною патологією, що визначає доцільність пошуку шляхів подальшого вирішення цієї проблеми. На нашу думку лікувальний процес у даній групі пацієнтів потребує залучення щелепно-лицевого хірурга як під час передопераційного обстеження з метою визначення тактики, так під час оперативного лікування.

Матеріали та методи. На базі ЛОР клініки НМУ за період з 2014-2019 рр. на стаціонарному лікуванні знаходилося 1276 пацієнтів на хронічний верхньощелепний синусит. З них у 189 (14,8%) пацієнтів виявлений верхньощелепний синусит одонтогенної природи (жінок 112,

чоловіків 77), в віці від 28 до 69 років. Всім пацієнтам проводили комп'ютерну томографію навколоносових пазух з метою оцінки наявності та розповсюдженості деструктивних змін кісткової тканини синуса, резорбції кістки навколо кореня зуба в поєднанні з наявним вогнищем кальцинації в порожнині пазухи.

Всі пацієнти за методом проведення хірургічного втручання розподілялися на дві клінічні групи. Хворим I групи (101 пацієнт) була проведена мікрогайморотомія та екстракція причинного зуба. Пацієнтам II групи (88 пацієнтів) – мікрогайморотомія та резекція верхівки причинного зуба. В залежності від змін слизової оболонки синусу та місцезнаходження патологічного процесу в проводилася мікрогайморотомія з видаленням грибкового тіла. Тактику з приводу причинного зуба вирішували, ґрунтуючись на ступені деструкції кістки навколо зуба та ступені прилягання апекса – верхівки кореня зуба до стінок верхньощелепної пазухи.

Лікування хворих на одонтогенний верхньощелепний синусит грибкового походження

неінвазивну форми (міцетому) потребує диференційного підходу у виборі методу оперативного втручання. Необхідно чітко розрізняти тактику втручання, ґрунтуючись на даних комп'ютерної томографії (КТ) по стану слизової оболонки та локалізації вогнища одонтогенної інфекції.

Перевагами симультанного хірургічного лікування одонтогенних риносинуситів грибкового походження є: 1) зменшення сумарного часу перебування пацієнтів під загальної анестезією. 2) можливість одночасного лікування оториноларингологічної та стоматологічної патології. 3) Економія часу. Період реабілітації після хірургічного втручання становить в середньому до 10 діб. Одночасне проведення операцій дозволяє скоротити загальний час перебування в стаціонарі. 4) Економія коштів. Симультанні операції дозволяють суттєво знизити загальну вартість лікування. 5) Психологічний комфорт. Для пацієнта симультанна операція сприймається як одне хірургічне втручання, що значно знижує рівень стресу перед та після операції.

© Ж.А. Терещенко, В.Л. Дідковський, Н.М. Литовченко, 2019

*Г.Е. ТИМЕН, В.М. ПИСАНКО, П.В. ВІННИЧУК, Б.М. МИРОНЮК, М.Г. ХОМЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

КОХЛЕАРНА ІМПЛАНТАЦІЯ У ДІТЕЙ З АНОМАЛІЄЮ РОЗВИТКУ ЗАВИТКИ

Актуальність. Серед усіх пацієнтів дитячого віку, у яких є показання до проведення кохлеарної імплантації (КІ), зустрічаються 1-2 % пацієнтів з аномалією розвитку завитки. Причини виникнення вад внутрішнього вуха залишаються недостатньо вивченими. Актуальним питанням є ефективність мовної реабілітації дітей з вродженими аномаліями завитки після кохлеарної імплантації.

Мета. Повідомити про аспекти кохлеарної імплантації та мовної реабілітації у дітей при аномаліях внутрішнього вуха.

Матеріали. Проведено аналіз 500 пацієнтів дитячого віку, яким була проведена кохлеарна імплантація в відділенні ЛОР-патології дитячого віку. Всім дітям до операції була проведена комп'ютерна томографія скроневих кісток. При виявленні аномалії внутрішнього вуха, її тип оцінювали за класифікацією L. Sennaroglu, M. Vaji. Результати ефективності мовної реабілітації оцінювали по результатам аудіометрії в вільному звуковому полі.

Результати

Аномалія внутрішнього вуха була виявлена у 12 (2,4%) проімплантованих дітей, віком від 3 до 14 років. Було відмічено наступні аномалії: 1) аномалія з формуванням загальної порожнини – 4 дитини, 2) неповне розділення завитки I типу – 3 дитини, 3) неповне розділення завитки 2 типу (Мондіні) – 5 дітей. Інтраопераційно у 9 дітей спостерігалось аномальне розташування лицевого нерва та у 5 – симптом Гашера. Методика КІ у всіх випадках була однаковою до моменту відкриття барабанної порожнини, що включала завушний розріз, формування мякотканинних шарів, формування «ложа», мастоїдотомію, задню тимпанотомію. Наступна тактика залежала від аномалії. Пацієнтам з формуванням загальної порожнини та неповним розділенням завитки I типу, була проведена кохлеостомія з введенням прямого електрода, що є важливим для кращого контакту з нейронами. Це забезпечується завдяки розташуванню електродної решітки на периферії завитки. Пацієнтам з