

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

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

21.04.2023



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

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

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

Стаднік Я.С.

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

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

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

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

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

Висновки:

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

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

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІТІВ У ДІТЕЙ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ ЗУПИНКИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ

Тренчук М.Ю.

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

Кафедра оториноларингології

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

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

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

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

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

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

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