

**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



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

Khadidja Ahmat Saleh Hassan

Scientific supervisors:

MD, PhD, Associate Professor Marushchenko M.O.

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

The Head of the Department of Neurosurgery:

MD., Doctor of Science, Academician of NASc and NAMSc of Ukraine Tsybaliuk V.I.,

Bogomolets National Medical University,

Kyiv, Ukraine

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

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

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

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

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

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

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХЕРУВІЗМУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Артюшенко О.С.

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

Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології

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

Харківський національний медичний університет, Україна

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

Метою дослідження було поділитися досвідом діагностики та лікування херувізму.

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

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

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

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

Астанова Христина Рафаїлівна

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

Кафедра оториноларингології

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

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

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

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

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

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

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

ОЛЬФАКТОРНА НЕЙРОБЛАСТОМА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

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

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

Кафедра нейрохірургії

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

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця¹

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

м. Київ, Україна

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

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

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