

**МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
“СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ,
КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНУ ЗОРУ”**

**13–14 березня 2012 року
м. Київ, Україна**

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ “СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЛОР-ОРГАНОВ, КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
И ОРГАНА ЗРЕНИЯ”**

**13–14 марта 2012 года
г. Киев, Украина**

**ABSTRACTS
OF THE INTERNATIONAL SCIENTIFIC & PRACTICAL
CONFERENCE “SPECIAL ISSUES OF DIAGNOSTICS
AND TREATMENT OF ENT ORGANS, CRANIOFACIAL
AREA AND THE VISUAL ORGAN DISEASES”**

**March, 13–14, 2012
Kyiv, Ukraine**

ПРЕПАРАТ ЛУЦЕНТИС В ЛЕЧЕНИИ ОТЁЧНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

THE DRUG LUCENTIS IN THE TREATMENT OF EDEMATOUS FORMS OF DIABETIC RETINOPATHY

Абдурахман Х. Албаскри, Саудиасл Сауд, Таха Ахмед /
Abdurhman K. Albaskri, Saeidiasl Saeid, Taha Ahmed

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Баран Т.В.

Национальный медицинский университет
имени А.А.Богомольца

Кафедра офтальмологии

(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины,

д.мед.н.,проф. Жабоедов Г.Д.)

г. Киев, Украина

Актуальность: Диабетический макулярный отек (ДМО) – наиболее распространенное осложнение диабетической ретинопатии. ДМО характеризуется изменениями в кровеносных сосудах сетчатой оболочки – внутреннего светочувствительного слоя глаза. У больных с ДМО происходит выпот жидкости из патологических измененных сосудов в центральной области сетчатой оболочки. ДМО вызывает серьезные нарушения центрального зрения. Ухудшение остроты зрения, обусловленное ДМО возникает примерно у 1-3 % пациентов (Дэвид М. Кендалл) с диабетом, при этом ДМО является ведущей причиной слепоты среди трудоспособного населения большинства развитых стран. Учитывая эти данные является актуальным изучение новых препаратов воздействующих на отёк сетчатки у пациентов с СД.

Цель: Изучить результаты лечения отёчной формы макулодистрофии пациентов с СД при введении препарата лувентис.

Материалы и методы: Изучить доступную литературу за последние 5 лет по вопросу применения препарата Лувентис при отёчной форме макулодистрофий.

Результаты: Ранибизумаб (торговое наименование Лувентис) является препаратом для лечения возрастной макулодистрофии (ВМД) и пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР).

В настоящее время Ранибизумаб разрешен для применения более чем в 85 странах.

Lucentis (ранибизумаб) является ингибитором фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). Утвержден в США (FDA) 30 июня 2006 года, для лечения неоваскулярной (влажной) возрастной макулярной дегенерации (ВМД).

Для лечения отека макулы после окклюзии вены сетчатки (РВО) разрешен к применению с 22 июня 2010 года. Lucentis (0,5 мг) вводят инъекционно в задний сегмент глаза в виде интравитреальных инъекций.

Препарат вводится в стекловидное тело глаза специальной иглой. В среднем курс лечения продолжается два года и составляет около пяти инъекций в год (от 3 до 12). Данные исследований RESTORE и RESOLVE, и результаты независимого исследования, проведенного в США сетью клинических исследований по диабетической ретинопатии, показали, что острота зрения у пациентов,

получавших лечение Ранибизумабом в сочетании с лазерной терапией, через 12 месяцев улучшилась в среднем на 9 баллов по сравнению с исходным моментом, тогда как у пациентов, получавших только лазерную терапию, улучшение остроты зрения составило в среднем от 3 до 4 баллов. Кроме того, исследование продемонстрировало, что улучшение остроты зрения среди пациентов, получавших лечение препаратом Лувентис до двух лет, имело более высокий показатель, при этом во второй год лечения пациентам требовалось меньшее количество инъекций по сравнению с первым годом. Так, если в течение первого года лечения пациентам требовались в среднем от восьми до девяти инъекций, то в течение второго года им потребовалось выполнить в среднем только две или три инъекции.

Ранибизумаб в исследованиях хорошо переносился как при применении в качестве монотерапии, так и в сочетании с лазерной терапией.

Осложнения связанные с процедурой инъекции были редкими, однако среди них наблюдалось внутриглазная инфекция, отслойка сетчатки и осложненная катаракта, а также повышение внутриглазного давления (увеличение внутриглазного давления в течение часа после инъекции). Для подавляющего большинства пациентов, получающих лечение с препаратом Лувентис в США медицинская страховка покрывает затраты на их лечение. Компания Genentech распространяющая Лувентис стремится оказывать помощь пациентам, чье финансовое положение может помешать им получить адекватное лечение пролиферативной диабетической ретинопатии.

Выводы:

1) С 2006г для лечения диабетического отека макулы в качестве монотерапии или в сочетании с лазерной коагуляцией (ЛК) у пациентов, применяется препарат Лувентис.

2) Положительный результат применения Лувентиса отмечен 70% случаев.

3) При введении Лувентиса возможны осложнения: инфекция, гемофтальм (частичный или полный), помутнение стекловидного тела, повышение внутриглазного давления, стимулирование катаракты, отслойка сетчатой оболочки, индивидуальная аллергическая реакция.

4) Применение препарата Лувентиса в Украине ограничивается по социально-экономическим причинам.

Abstract: At introduction of Lucentis there are such complications: infection, hemophthalmia, dimness of vitreous body, increase of ophthalmotonus, stimulation of cataract, removing layer by layer of the reticulated shell, individual allergic reaction. Application of preparation of Lucentis in Ukraine is limited on socio-economic reasons.

СОВРЕМЕННОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

MODERN MEDICAMENTAL AND SURGICAL TREATMENT OF ODONTOGENIC MAXILLITIS

Алексеев Ю.С. / Alekseyev Y.

*Научный руководитель: к.мед.н.,
доц. Д.К. Калиновский*

*Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького*

*Кафедра отоларингологии ФИПО
(зав. каф., з.д.н. Украины: д.мед.н.,
проф. С.К. Боечко)*

*Кафедра хирургической стоматологии
(зав. каф.: д.мед.н., проф. И.Н. Матрос-Таранец)
г. Донецк, Украина*

Лечение и диагностика одонтогенных гайморитов недостаточно разработана и изучена.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности медикаментозного и хирургического лечения одонтогенных гайморитов на современном этапе.

Материалы и методы. В 2011 г., в клиниках челюстно-лицевой хирургии и отоларингологии ФИПО ДонНМУ имени М.Горького, проходили стационарное лечение 36 пациентов с одонтогенными гайморитами. Всем больным были выполнены стандартные клинические и рентгенологические исследования. Лечение пациентов начинали с санации полости рта, одновременно стремились добиться восстановления дренирования и аэрации пораженной пазухи. Синус дренировали и промывали растворами антисептиков 2 раза в сутки. Основную группу составили 23 пациента, которым были выполнены эндоскопическая микрогайморотомия (патент на корисну модель № 47506 Опубл. 10.02.2010, Бюл. №3) с использованием троакара Д.С.Боечко (2002), коррекция внутриносовых структур и расширение естественного соустья пазухи. Контрольную группу составили 13 больных, которым была произведена гайморотомия по Калдвелл-Люку. При наличии полипов, кист, инородных тел производили их удаление. Операцию оканчивали пластикой дефекта с аугментацией в области лунки удаленного зуба. Рану уширали наглухо. С целью профилактики возможных осложнений в послеоперационном периоде использовали зубодесневые капы, разработанные по нашей методике.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде у пациентов основной группы отмечалось незначительное нарушение носового дыхания. Контрольная группа имела отеки тканей подглазничной области, отделяемое из носа, затрудненное носовое дыхание. Период нетрудоспособности у больных основной группы на 4 суток меньше, чем у пациентов контрольной группы.

Выводы. Предоперационная подготовка и применение эндоскопического метода челюстно-лицевым хирургом и оториноларингологом позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и существенно снизить уровень осложнений.

Abstract. The thesis presents the results of modern medical and surgical treatment of odontogenic maxillary sinusitis in 36 patients. The authors concluded that pharmacological preoperative preparation and surgical endoscopic treatment of patients should be carried out jointly by maxillofacial surgeon and otolaryngologist, which leads to reducing length of stay of patients in the hospital and significantly reduce the incidence of complications.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО УВЕИТА ПРОБИОТИКОМ СУБАЛИНОМ

INVESTIGATION OF PEROXIDE OXIDATION OF LIPIDS PROCESS DURING THE EXPERIMENTAL UVEITIS TREATMENT BY USING PROBIOTIC SUBALIN

Аль Кайяли Фади Закария / Al-kayyali Fadi Zakaria

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. В.Н.Сакович
Днепропетровская государственная
медицинская академия*

*Кафедра неврологии и офтальмологии
(зав. каф.: д.мед.н., проф. В.М. Школьник)
г. Днепропетровск, Украина*

Кроме противовирусных и противобактериальных препаратов в последнее время начали уделять внимание пробиотикам – биопрепаратам на основе живых микробных структур. Пробиотик субалин кроме антибактериальной, обладает и противовирусной активностью, является индуктором эндогенного интерферона. Цель исследования – определить влияния субалина на процессы перекисного окисления липидов при экспериментальным увеите.

Материал и методы: Экспериментальные исследования проведены на 17 кроликах (массой 2,0 – 2,6 кг), которым с помощью сывороточного бычьего альбумина вызывали экспериментальный увеит. Основная группа (8 животных) получали субалин во внутрь 1 дозе (1 ампулу препарата разводили в 10мл физ. раствора) 2 раза в день в течение 10 дней, а также по 1 капле препарата в большой глаз 6 раз в день. В крови и слезной жидкости кроликов двух экспериментальных групп: до и после развития увеита (9 животных) и в группе животных с увеитом и применением субалина (8 животных) производили определение эконцентрации малонового диальдегида и диеновых конъюгатов.

Результаты и их обсуждение: уровень малонового диальдегида в крови животных группы сравнения до развития увеита составил $18,0 \pm 1,2$ мкмоль/мл, а у животных с выраженным увеитом – $26,9 \pm 1,5$ мкмоль/мл (149,4%). В основной группе до развития увеита в крови уровень малонового диальдегида составил – $18,4 \pm 1,3$ мкмоль/мл, а у животных с выраженным увеитом и применением

субалина – $25,8 \pm 1,6$ мкмоль/мл (140,2%). В слезній жидкості содержание малонового диальдегіда у еживотних групи сравнения до развития увеита составило – $5,8 \pm 0,4$ мкмоль/мл, а у животних с выраженным увеитом – $14,2 \pm 0,8$ мкмоль/мл ээ(244,8%). В основной группе животних до развития увеита содержание малонового диальдегіда в слезній жидкості составило – $5,5 \pm 0,3$ мкмоль/мл, а у животних с выраженным увеитом и применением субалина – $9,8 \pm 0,6$ мкмоль/мл (175,0%). Содержание диеновых коньюгатов в крови животних группы сравнения до развития увеита составило – $3,4 \pm 0,2$ мкмоль/мл, а у животних с выраженным увеитом – $4,8 \pm 0,3$ мкмоль/мл (141,2%). В основной группе животних до развития увеита уровень диеновых коньюгатов в крови составил – $3,3 \pm 0,2$ мкмоль/мл, у животних с выраженным увеитом и применением субалина – $4,1 \pm 0,3$ мкмоль/мл (124,2%). В слезній жидкості уровень диеновых коньюгатов у животних группы сравнения до развития увеита составил – $0,50 \pm 0,04$ мкмоль/мл, у еживотних с выраженным увеитом – $1,10 \pm 0,07$ мкмоль/мл (220,0%). В основной группе животних до развития увеита содержание диеновых коньюгатов в слезній жидкості составило – $0,52 \pm 0,03$ мкмоль/мл, у животних с выраженным увеитом и применением субалина – $0,99 \pm 0,06$ мкмоль/мл (190,4%).

Выводы: применение субалина в условиях моделирования эаллергического увеита в существенной мере снижает уровень продуктов эперекисного окисления липидов в слезній жидкості и в крови. Данный препарат может быть рекомендован для лечения больных с передними увеитами.

Abstract: peroxide oxidation of lipids was investigated during the experimental uveitis treatment by using probiotic Subalin. Using Subalin application during the experimental uveitis model; substantially reduces the level of lipid peroxide oxidation produced in the tear fluid and blood.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ ОКА ПРИ АВТОМОБІЛЬНІЙ ТРАВМІ

CLINICAL FEATURES OF THE EYE'S AUXILIARY PART INJURIES IN AUTOMOBILE INJURY

Антоненко О.В / O. Antonenko

Науковий керівник – к.мед.н., ас. Петренко О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав.каф.: член-кор. НАМН України,

проф. Жабєєдов Г.Д.)

м. Київ, Україна

Враховуючи розвиток та зміни в суспільній ситуації у світі, останнім часом змінились характер та структура очного травматизму. Однією з причин збільшення кількості травмованих стала автомобільна травма. До автомобільної травми відносять механічні тілесні ушкодження,

що виникли в процесі дорожньо-транспортної пригоди частинами автомобіля, що рухається, або при випадінні з машини. Відомо, що такі травми є комбінованими, тому ефективність функціональної та соціальної реабілітації травмованих залежить від своєчасної кваліфікованої діагностики пошкоджень.

Мета роботи: визначити особливості ушкоджень допоміжного апарату ока (ДАО) при автомобільній травмі.

Матеріали та методи: було обстежено 187 чоловік (205 очей) з травмами ДАО, що виникли під час дорожньо-транспортної пригоди (ДТП). В залежності від характеру травми, хворі знаходились на лікуванні в очному відділенні центру “Травма ока” Олександрівської клінічної лікарні, оториноларингологічному, нейрохірургічному, шелепно-лицевому та травматологічному відділеннях м. Києва. Всім хворим було проведено загальне офтальмологічне обстеження, комп’ютерна томографія голови у фронтальній та горизонтальній площинах та консультація суміжних спеціалістів.

Результати: більшість травмованих (88,2%) отримали травму внаслідок порушень правил дорожнього руху. За механізмом травми частіше зустрічались пошкодження, пов’язані з випадінням водія, або пасажира з автомобіля, що рухався – 128 чоловік, травми подушками безпеки (ПБ) – 42 постраждалих та травми при зіткненні автомобіля з людиною – 17 травмованих. Для травм, пов’язаних з випадінням водія, або пасажира з автомобіля за рахунок пошкодження об лобове скло була характерна відкрита травма ДАО з порушенням цілісності шкіри та утворенням ранового каналу з наявністю чужорідного тіла, множинні різані рани шкірно-м’язевого шару повік з дефектами тканин, відрив верхньої повіки, розрив краю повік та розриви повік з ушкодженням слізних каналців. При травмах ПБ виникали механічні пошкодження прямого контузійного характеру різного ступеню важкості. При травмах від зіткнення автомобіля з пішоходом були виявленні наступні особливості: при первинному ударі частин автомобіля з травмованим були виявленні бампер-пошкодження, переломи кісток голені; при вторинному ударі – закриті черепно-мозкові травми; при третій фазі зіткнення – забійні, забрудненні рани з дефектами тканини ДАО та наявністю чужорідних тіл.

Висновки: таким чином, особливості ушкодження ДАО при автомобільній травмі пов’язані не лише з механізмом травми, силою удару, але й з анатомічними особливостями ока та технічними характеристиками ушкоджуючого агента. Для травм, пов’язаних з випадінням водія, або пасажира з автомобіля характерна відкрита травма ДАО з порушенням цілісності тканин, утворенням ранового каналу та наявністю чужорідного тіла, для травм ПБ – механічні пошкодження прямого контузійного характеру, для травм при зіткненні автомобіля з людиною – забійні, забрудненні рани з дефектами тканини та наявністю чужорідних тіл. У 88% випадків автомобільна травма мала сполучений характер та потребувала діяльності суміжних спеціалістів.

Abstract: We found that the characteristics of injuries auxiliary of the eye due to injury in a car linked to the mechanism of injury, as well as the strength and direction of impact, the anatomical features of the eye, damaging agent specifications. In 88% of automobile injury was polytrauma and the specialized care required teamwork of different professionals.

АКТИВНОСТЬ НИКОТИНАМИДНЫХ НУКЛЕОТИДОВ В СЕТЧАТКЕ ГЛАЗ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ

ACTIVITY OF NICOTINAMIDE NUCLEOTIDES IN THE RETINA OF THE EYE IN EXPERIMENTAL DIABETES

Ахмад Абед Аль Рахим Абдаллах Акрабави /
Ahmad Abed Al Raheem Abdallah Aqrabawi

Научный руководитель: д.мед.н, проф. Сакович В.Н.

Кафедра неврологии и офтальмологии

Днепропетровская государственная
медицинская академия

(зав.каф.: д.мед.н, проф. Школьник В.М.)

г. Днепропетровск, Украина

Среди заболеваний глаза, приводящих к необратимому снижению зрительных функций, одно из ведущих мест принадлежит диабетической ретинопатии. В ряде экспериментальных исследований, при развитии экспериментального диабета в различных тканях организма выявлено нарушение обмена и функции никотинамидных коферментов нуклеотидов.

Цель нашего исследования, изучать уровень различных форм никотинамидных коферментов в сетчатке животных с развитой формой экспериментального диабета.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на 36 белых крысах линии Вистар весом 190–210 г. Экспериментальный диабет был вызван путем инъекции стрептозотоцина (55 мг на 1 кг веса тела, интраперитонеально). В тканях изолированной сетчатки через 2 и 6 месяца после развития диабета производили определение концентрации никотинамидных коферментов (НАД, НАДН, НАДФ, НАДФН) с помощью циклического энзиматического метода.

Через 2 месяца развития экспериментального диабета уровень НАД был снижен до $68,97 \pm 7,20$ (нмоль/г), что составило 55,0% по сравнению с контролем – $[(125,42 \pm 12,10)$ нмоль/г]. Через 6 месяцев уровень НАД снизился еще больше и составил – $56,68 \pm 6,42$ (нмоль/г) – 45,2% по отношению к контролю.

Изучая данные о содержании НАДН, можно отметить, что его уровень повышался и через 2 месяца составил – $30,20 \pm 3,46$ (нмоль/г) – 140,5%, а через 6 месяцев – $32,34 \pm 3,90$ (нмоль/г) – 150,4% по сравнению с контролем – $[(21,50 \pm 2,04)$ нмоль/г].

Содержание НАДФ в сетчатке крыс через 2 месяца развития стрептозотоцинового диабета было снижено до $2,38 \pm 0,25$ (нмоль/г), что составило 75,3%, а через 6 месяцев – до $2,23 \pm 0,27$ (нмоль/г) – 70,6% по сравнению с контролем – $[(3,16 \pm 0,24)$ нмоль/г].

Согласно полученным экспериментальным данным содержание НАДФН через 2 месяца развития диабета снизилось до $8,19 \pm 0,90$ (нмоль/г), что составило – 60,2%, через 6 месяцев – до $7,58 \pm 0,86$ (нмоль/г) – 55,7% по сравнению с контрольными данными – $[(13,60 \pm 1,38)$ нмоль/г].

Выводы : при развитии стрептозотоцинового диабета через 2 и 6 месяцев в сетчатке глаз существенно уменьшается уровень и нарушается соотношение различных форм никотинамидных коферментов.

Abstract: after the retina of the eye was investigated by streptozotocin diabetes during 2–6 months the different forms nicotinamide coenzymes was reduced and impaired.

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

BLOOD SUPPLY OF MENTAL REGION OF MANDIBLE

Бедик О.В. / Bedyk O.V.

Научный руководитель: д.мед.н.,
проф. С.М. Шувалов

Винницкий национальный медицинский
университет имени Н.И.Пирогова

Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии

(зав. каф. – д.мед.н., проф. С.М. Шувалов)

г. Винница, Украина

В большинстве анатомических руководств не уделяется достаточно внимания описанию кровоснабжения различных участков нижней челюсти. Основным источником считается нижняя альвеолярная артерия, однако еще В.М. Уваров (1934) называл ее главным, но не единственным источником внутрикостного кровообращения в нижней челюсти. Более подробную информацию о кровоснабжении возможно найти лишь в узкоспециализированных зарубежных источниках, но и она достаточно противоречива.

С. Krenkel (1985, 1986) описывает 6 случаев сильного кровотечения в результате хирургических манипуляций с язычной поверхности подбородочного отдела нижней челюсти, и источником такого кровотечения считает повреждение ветвей подъязычной артерии. Подъязычная артерия отдает довольно крупную конечную ветвь, делящуюся в свою очередь на несколько веточек, которые входят в соответствующие четыре отверстия на язычной поверхности нижней челюсти (Tsusaki, 1955). Однако, Przystanska, Bruska (2005) выявили 4 язычных отверстия только на 1 челюсти из 299 исследованных. Во многих источниках указывается на наличие лишь одного язычного отверстия (McDonnell, 1994; Nagai, 2001). Конечные ветви подъязычной артерии, которые описываются, как правило, не имеют четких анатомических названий. Также не имеют названий отверстия с язычной поверхности подбородочного отдела нижней челюсти.

Нами была поставлена задача изучения конечных ветвей подъязычной артерии при вхождении их в подбородочный отдел нижней челюсти. В отечественной литературе аналогичных работ мы не выявили. При изучении анатомических препаратов трупов человека выявлено, что подъязычная артерия, раздваиваясь на уровне клыков,

двумя ветвями входит в верхнее и нижнее отверстия язычной поверхности подбородка. Tsusaki (1955) называет их foramen interspinalis и foramen interalveolaris, McDonnell (1994) – foramen lingualis, Przystanska (2005) – “дополнительные отверстия на внутренней поверхности нижней челюсти”, Nagar (2001) – “срединное отверстие”, Ж.-Ф. Годи (2003) – резцовыми отверстиями, через которые входит в кость нижней челюсти резцовое сосудистое сплетение.

Таким образом, данные о кровоснабжении подбородочного отдела нижней челюсти требуют уточнения и дополнительных исследований вариантов расположения сосудов и отверстий на язычной поверхности подбородка.

Abstract: The data about blood supply of mental region vary a lot, that's why they need to be more deeply evaluated.

найбільш інформативними діагностичними процедурами перед виконанням ендоназальної ДЦРС. Використання лоскуту стінки слизового мішка для пластики слизово-носового співустя є важливим заключним етапом хірургічного лікування.

Summary. Stable disorder of excretory lacrimal functions of eye is one of the major manifestations of chronic dacryocystitis. The most effective methods of treatment are surgical intervention. There are: extranasal and endonasal dacryocystorhinostomy. Endonasal approach is characterized by minor traumatism, good cosmetic results and minimal damage of physiological excretory lacrimal system. To improve functional results it is necessary to perform nongraded removing of unfavorable rhinogenic factors.

ЕНДОМІКРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ПРОХІДНОСТІ СЛІЗОВІДВІДНИХ ШЛЯХІВ

ENDOMICROSORDICAL TREATMENT DISORDER OF EXCRETORY LACRYMAL TRACT

Бугасова І.Ф. / I.Bugasova

Науковий керівник: д.мед.н., проф. С.Б.Безшапочний

*Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”*

*Кафедра оториноларингології з офтальмологією
(зав. каф.: д.мед.н., проф. С.Б. Безшапочний)
м. Полтава, Україна*

Основою дакриоциститів є обструкція слизовідвідних шляхів, як одне з ускладнень риносинусопатій. З впровадженням ендоскопічних технологій ми стали займатись внутрішньоносовою хірургією слизовідвідних шляхів, де досяг успіху метод Веста. Він відрізняється більш щадним доступом, мінімізацією косметичного дефекту.

Мета. Удосконалення лікування і ведення післяопераційного періоду хворих з непрохідністю слизовідвідних шляхів.

Для проведення ендоназальної дакриоцисториностомії (ДЦРС) були використані ригідні ендоскопи, хірургічна фреза, шейвер та набір мікрохірургічних інструментів для ендоназальної хірургії.

Нами було обстежено 22 хворих на хронічний дакриоцистит віком від 18 до 72 років. Всім було проведено дослідження прохідності слизових шляхів з ендоскопічним контролем, контрастна рентгенографія слизового мішка, комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуванням. Виявлено, що у 18 осіб (81,8%) мали місце морфофункціональні порушення внутрішньоносових структур. Тому, при виконанні ДЦРС одномоментно проводились відповідні ендоназальні операції.

В післяопераційному періоді досліджуваній групі хворих (8 пацієнтів) встановлювали тампони Mergocel. Проводився туалет в ділянці співустя з використанням антибактеріальних засобів.

Таким чином: КТ з контрастуванням слизовідвідних шляхів та ендоскопічне дослідження порожнини носа є

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

FUNCTIONAL FEATURES OF MUCOSAL UPPER RESPIRATORY TRACT

Вахнина А.П. / A.Vahnina

Научный руководитель: к.мед.н., доц. В.В. Лобурец

*Высшее государственное учебное заведение
Украины “Украинская медицинская
стоматологическая академия”*

*Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
(зав. каф.: д.мед.н., проф. С.Б. Безшапочний)
г. Полтава, Украина*

Полость носа и околоносовые пазухи структурно и функционально образуют единую систему воздухоносных полостей и представляют собой один из наиболее сложно устроенных органов человека. Слизистая оболочка является сложно организованной структурной совокупностью взаимосвязанных эпителиально-стромальных, железистых, сосудистых элементов и нервного аппарата.

Целью настоящего исследования явилось: изучить структурные и функциональные особенности слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. В задачи исследования входило: изучение морфологии различных отделов слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Изучение функциональной активности различных отделов слизистой оболочки в норме и на фоне патологии.

Имея однотипное строение, слизистая оболочка в разных отделах полости носа и околоносовых пазух отличается по своей структурно-функциональной организации.

Проведенное исследование показало, что слизистая оболочка различных отделов полости носа и околоносовых пазух имеет схожие механизмы местной защиты. При этом мукоцилиарный, лимфоэпителиальный, мукогландулярный и стромально-сосудистый барьеры обеспечивают ее защиту на разных уровнях.

Функциональное значение того, или иного механизма местной защиты в различных отделах верхних дыхательных путей неодинаково. В связи с этим дальнейшее изучение структурно-функциональной организации слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, а также механизмов местной защиты последней является актуальным и перспективным направлением научно-практических исследований.

Abstract. The article presents the original morphological researches of structural and functional organization of the mucosa of the nasal cavity and paranasal sinuses. Based on complexes researchers it was found that in the mucosa can be identified different barriers, such as: mucociliary, lymphoepithelial, mucoglandular and stromal-vascular (interstitial). These barriers protect mucosa at different levels. Dysfunction or damaging of more superficially located mechanism of local protection causes the activation of the other.

АДЕНОЇДИ ТА ДИСФУНКЦІЯ СЛУХОВОЇ ТРУБИ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

ADENOIDS AND DYSFUNCTION OF AUDITORY TUBE IN ADULTS

Віценко М.І. / M. Vitsenko

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ю.В. Дєєва

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра оториноларингології
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Мімін)
м. Київ, Україна*

Актуальність теми. Дисфункція слухової труби може бути наслідком різних запальних, дегенеративних, адгезивних, продуктивних процесів в порожнині носа та носоглотки. Немаловажне значення в розвитку цієї дисфункції мають різні перепони на шляху повітряного потоку в порожнині носа та носоглотки. Важливу роль при функціонуванні слухової труби відіграють і аденоїди. Слід відмітити, що має значення не тільки розмір аденоїдів і механічна закупорка глоткового вістя труби, але й в ще більшій мірі – наявність вогнища хронічного запалення в лімфаденоїдній тканині поблизу трубного отвору. Навіть при дуже великих аденоїдах прохідність слухових труб буває порушена незначно, в той час як їх інфікування (і при невеликих розмірах) завжди веде до тубарної дисфункції. Тому в нашій роботі ми взялися дослідити як вид лікування аденоїдів (консервативне чи хірургічне) в дитинстві у подальшому впливає на динаміку та розвиток тубарної дисфункції у дорослому віці.

Мета роботи. Дослідити як впливає той чи інший метод лікування аденоїдів у дитячому віці на розвиток дисфункції слухової труби у дорослих пацієнтів за допомогою тимпанометрії з пробами Тойнбі та Вальсаві та катамнестичного збору даних.

Матеріали та методи. Хворим проводилось тимпанометричне дослідження та дослідження функції слухової тру-

би з пробами Тойнбі та Вальсаві. Було використано імпедансний аудіометр АЗ-26, виробництва Данії та анкетування по збору катамнестичних даних з приводу наявності аденоїдів у дитячому віці, методів їх лікування.

Результати. Нами було обстежено 56 пацієнтів. Їх було розділено на групи:

Перша – пацієнти, які в дитинстві мали симптоми аденоїдиту та гіпертрофії аденоїдів та яким було проведено аденомотомію у дитячому віці, друга – котрі мали подібні симптоми та діагнози та яким проводилось те чи інше консервативне лікування, та третя – контрольна група, пацієнти які в дитинстві не хворіли аденоїдитами. Після анкетування усім групам була проведена тимпанометрія з пробами Тойнбі та Вальсаві. Були отримані наступні результати – у першій групі відсоток тубарної дисфункції (типнанограма типу С) становив близько 26%, у другій групі – 60%, у третій – 14%. Тобто найменший відсоток дисфункції слухової труби у людей, які не мали симптомів аденоїдиту та гіпертрофії аденоїдів у дитинстві, але на другому місці – пацієнти, котрим проводилось хірургічне лікування. Таким чином доведена більша ефективність аденомотомії у порівнянні з консервативними методами лікування у подальшому розвитку тубарної дисфункції у дорослому віці.

Висновки. Отже, по даним, що були отримані в ході нашого дослідження можна стверджувати, що в розвитку прихованої дисфункції слухової труби значну роль відіграє метод лікування гіпертрофії аденоїдів у дитячому віці. Перевагу слід надавати хірургічному лікуванню для покращення якості життя у дорослому віці.

Abstract. Such rank, over our facts, that we received in our investigations we can say that in development of hidden dysfunction of auditory tube play the important part the method of treatment hypertrophy adenoids in childhood. Show preference necessary to surgical treatment.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОЇ СУБПОРОГОВОЇ МІКРОІМПУЛЬСНОЇ ДІОД-ЛАЗЕРНОЇ ФОТОКОАГУЛЯЦІЇ (577НМ) В ПОРІВНЯННІ З ТРАДИЦІЙНОЮ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦІЄЮ МАКУЛЯРНОЇ ОБЛАСТІ СІТКІВКИ (532 НМ) ПРИ ДИФУЗНОМУ ДІАБЕТИЧНОМУ МАКУЛЯРНОМУ НАБРЯКУ

THE EFFICACY OF INDIVIDUALIZED SUBTHRESHOLD MICROPULSE DIOD-LASER (577NM) PHOTOCOAGULATION IN COMPARISON WITH CLASSIC LASER COAGULATION OF MACULA REGION (532 NM) IN DIFFUSE DIA- BETIC MACULAR EDEMA

*Венедіктова О.А., Саксонов С.Г., к.мед.н. Сук С.А. /
Venediktova O.A., Saksonov S.G., PhD Suk S.A.*

*ККОЛ "Центр мікрохірургії ока"
м. Київ, Україна*

Актуальність. Діабетичний макулярний набряк (ДМН) є провідною причиною зниження центрального

зору у хворих на цукровий діабет. Лазерна фото коагуляція є “золотим” стандартом лікування ДМН. Однак збільшення з часом зон посткоагуляційної атрофії може призводити до значного зниження зорових функцій. Актуальним є пошук нових більш щадних, селективних та довготривалих методів впливу на центральну зону сітківки.

Мета роботи: порівняти ефективність традиційної лазерної фотокоагуляції (532нм) з субпороговою мікроімпульсною лазерною (577 нм) коагуляцією макулярної області сітківки з індивідуалізованим підбором енергії в лікуванні дифузного ДМН.

Матеріали і методи: у дослідження включені 46 пацієнтів (52ока) з дифузним ДМН. У контрольній групі (24 пацієнта – 27очей) лікування здійснювалося шляхом використання традиційної порогової лазер коагуляції (ЛК) макулярної області сітківки за модифікованим протоколом Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS) лазером довжиною хвилі 532нм.

У досліджуваній групі (22 пацієнта – 25 очей) проводилася модифікована субпорогова мікроімпульсна ЛК сітківки лазером з довжиною хвилі 577нм. Параметри впливу підбиралися індивідуально за розробленою авторами методикою з урахуванням даних оптичної когерентної томографії (ОКТ).

У ході дослідження всім пацієнтам проводилися візометрія, дослідження контрастної чутливості за таблицями Pelli-Robson, біомікроскопія, кольорове фото очного дна, флуоресцентна ангіографія (ФАГ), ОКТ.

Результати лікування оцінювалися через 1, 3, 6 та 12 місяців.

Результати та їх обговорення. Через 12 місяців від початку лікування стабілізація та покращення гостроти зору (ГЗ) виявлялась у 17 пацієнтів (20 очей, 74%) контрольної групи і 18 пацієнтів (19 очей, 76%) досліджуваної групи. В обох групах відмічалась позитивна динаміка регресу ДМН за даними ОКТ. Середня товщина фовеолярної зони (СТЗФ) через 12 місяців зменшилась на 157 мкм в очах контрольної групи та на 136 мкм в очах досліджуваної групи. При проведенні ФАГ в контрольній групі чітко візуалізувалися зони посткоагуляційної атрофії пігментного епітелію сітківки у всіх випадках, а в досліджуваній групі – в 2 випадках (8%).

Висновки: ефективність субпорогової мікроімпульсної ЛК сітківки 577 нм з індивідуалізованим підбором енергії в досягненні регресу ДМН не поступається традиційній ЛК сітківки 532 нм за модифікованим протоколом ETDRS. Використання лазера з довжиною хвилі 577 нм у мікроімпульсному режимі дозволяє уникнути ускладнення класичної ЛК, зберегти архітектоніку сітківки, відповідно, досягти стабілізації або поліпшення зорових функцій в більшості випадків. Необхідно проведення додаткових досліджень ефективності комбінованого використання сучасних фармакологічних та лазерних методів лікування ДМН.

Abstract. Individualized subthreshold micropulse diode laser photocoagulation (577 nm) and classic laser coagulation (532 nm) of macula region of retina in diffuse diabetic macular edema showed comparable results of the visual function in both groups in follow up terms of 12 months. The usage of micropulse regime preserves integrity of anatomical structure of retina in the majority of cases.

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИКИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ВЕРХІВКИ ОРБИТИ ПРИ КРАНІО-ФАЦІАЛЬНІЙ ТРАВМІ

MODERN SURGICAL METHODS IN MULTIPLE MANAGEMENT OF ORBITAL APEX SYNDROME IN CASES OF CRANIO-FACIAL TRAUMA

Вітвицька В.Г./Vitvytska V.

Науковий керівник: ас. Копчак А.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії*

*(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
проф. В.О. Маланчук)
м. Київ, Україна*

Вступ: Синдром верхівки орбіти (СВО) є одним з найбільш тяжких ускладнень політравми, який без адекватної у часі та обсязі медичної допомоги неминуче призводить до втрати зору внаслідок компресії зорового нерва. Адекватна допомога при СВО повинна бути комплексною, включаючи ретельне клінічне та рентгенологічне обстеження, консервативне та хірургічне лікування. Консервативне лікування як самостійний метод досить рідко призводить до повного покращення показників зору і є неефективним при прямій механічній дії на зоровий нерв відламками його каналу, ретробульбарною гематомою. Отже, у таких випадках актуальною проблемою є пошук ефективних та найбільш безпечних методик хірургічного втручання. Складність хірургічного доступу до анатомічних структур орбіти та їх малі розміри обумовлює високий ризик їх пошкодження, що призводить до важких наслідків і є небезпечним. Тому важливим є застосування новітніх точних методик, зокрема ендоскопічної техніки.

Мета: за даними літератури і ретроспективного аналізу архівних матеріалів кафедри хірургічної стоматології НМУ визначити підходи до хірургічного лікування СВО залежно від механізму травми і ступеня ушкодження кісткових структур лицевого і мозкового черепа.

Матеріали і методи даного дослідження: 7 хворих з СВО та синдромом верхньої орбітальної щілини при краніофациальних травмах в клініці щелепно-лицевої хірургії НМУ та лікарні швидкої медичної допомоги. Крім загальноклінічного обстеження проведено комп'ютерну томографію з 3-D реконструкцією. Визначали характер і локалізацію травм кісток орбіти, проводили топографо-анатомічний аналіз ушкоджень цієї зони та регулярне офтальмологічне обстеження. За даними ретроспективного аналізу історій хвороби, визначено лікувальну тактику залежно від механізму та локалізації травми, проведено аналіз хірургічних методик, що були застосовані.

Результати: Лікування СВО потребує ретельного клінічного обстеження для встановлення тяжкості, локалізації та механізму ушкодження, визначення показань до

консервативного та хірургічного лікування. При безпосередній компресії зорового нерву кістковими уламками консервативне лікування є неефективним, тому проведення хірургічного лікування: репозиція та фіксація відламків титановими пластинами, хірургічна декомпресія для зменшення внутрішньо орбітального тиску, за наявності набряку або гематоми. При проведенні відстрочених хірургічних втручань прогноз відновлення зору був сумнівним або негативним, це підтверджує необхідність ранньої активної хірургічної тактики. Існує 5 підходів для здійснення декомпресії орбіти: верхній (Наффзігера), латеральний (Кронлейна), нижньо-медіальний (трансантральний), медіально-нижній (Лінч, ендоскопічний), трансорбітальний (транскарункулярний). Їх застосування визначається характером травми і ступенем ушкодження прилеглих до орбіти анатомічних структур. При ушкодженнях кісток обличчя застосовували трансантральну декомпресію з доступом до нижньої стінки орбіти. Медіально-нижній та трансантральний підхід мають високу ефективність та безпечність у поєднанні з застосуванням сучасної ендоскопічної техніки. Дана методика хірургічного втручання отримала назву – ендоскопічна декомпресія орбіти і є найефективнішим методом доступу до структур очниці з найменшим ризиком їх ушкодження.

Висновки: Синдром верхівки орбіти виникає при травматі кісток лицьового та мозкового черепа, що утворюють верхню орбітальну щілину та канал зорового нерву. Велика різноманітність хірургічних підходів при проведенні декомпресії верхівки орбіти зумовлена тим, що ця зона знаходиться на межі з'єднання багатьох кісток як лицьового, так і мозкового черепа, поблизу передньої черепної ямки, решітчастого лабіринту, клиновидної та гайморової пазухи. Передумовою успішного лікування СВО є рання репозиція і повноцінна фіксація кісткових уламків, що спричиняють компресію зорового нерва.

Abstract: Orbital apex syndrome (OAS) develops, when bones, which surround superior orbital fissure and optic nerve canal, are damaged. A big variety of surgical approaches exists, because this zone contains connections of many visceral and neurocranium bones and borders on variety of bone cavities, such as anterior cranial fossa, ethmoid cells, sphenoid and maxilla sinuses. Rapid reposition and stable fixation of bone fragments are the most important for successful treatment of the OAS.

РВАНИ ТА УКУШЕНІ РАНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

TORN AND BITTEN WOUNDS OF SOFT TISSUE OF MAXILLOFACIAL AREA

Вітюк О.В./O. Vitjuk

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Єфіменко В.П.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
(зав.каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
проф. Л.В. Харьков)
м. Київ, Україна*

В наш час проблема травматизму м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей продовжує залишатись актуальною. Особливо, це стосується пошкоджень – укушених ран м'яких тканин, що можуть виникати внаслідок необережного поводження з домашніми тваринами.

Проблема укушених ран є досить розповсюдженою, оскільки 20% усього дитячого населення хоча б один раз були травмовані тваринами (Лауер 1982р.). При цьому поранення голови, обличчя та шиї складають від 15-82% випадків травмування, які нанесені тваринами дітям (Харьков Л.В., Єфіменко В.П. 2001 р.) – і за класифікацією відносяться до найбільш тяжких.

Дані пошкодження характеризуються високою ймовірністю виникнення естетичних дефектів тканин обличчя, цілим рядом функціональних порушень, можливістю інфікування пошкоджених тканин як банальною мікрофлорою, так і специфічними інфекційними агентами.

Так, інфікування людини сказом від укусу собаки, становить 15,3% (МОЗ України). Впродовж 2010 року за антирабійною допомогою по м. Києву та Київській області звернулося 3317 осіб (в тому числі дітей), які отримали укуси чи були облінені тваринами.

В першому кварталі 2010 року кількість людей, що звернулися за допомогою, з приводу укусів тваринами, дещо зросла в порівнянні з таким же періодом 2010 року на 2,1% і склала 856 осіб.

Проаналізувавши клінічні випадки хворих в стаціонарі ЩЛВ ДКЛ №7 з укушеними ранами обличчя, ми вважаємо доцільним навести яскравий клінічний випадок множинних укушених ран у дитини 2-ох років, як приклад лікувальної тактики лікарів у відношенні до подібних пошкоджень.

Хвора М. постуила до приймального відділення ДКМКЛ №3 з приводу множинних укушених ран обличчя, верхніх та нижніх кінцівок, травматичного шоку (III ступеню). З анамнезу стало відомо, що того ж дня дитину покусала домашня собака, породи пітбультер'єр.

Об'єктивно: обличчя закрито марлевою пов'язкою, просякнутою геморагічним ексудатом. Під пов'язкою обличчя асиметричне за рахунок вираженого набряку та множинних поранень ділянок обличчя. В лобовій ділянці визначається рвана скальпована рана, що поширюється

на волосяну частину голови. Виявлено множинні рвані рани обох параорбітальних ділянок з пошкодженням верхніх і нижніх повік з обох сторін. В правій привушно-жувальній ділянці виявлено поранення привушної слинної залози зі значним порушенням цілісності капсули та її вивідного протоку. Також, мали місце множинні рвані рани губ, м'яких тканин щік та підборіддя.

У відділенні реанімації проведено протишокову інфузійну терапію, місцевопластичні операції щелепно-лицевими хірургами сумісно з хірургами-офтальмологами, травматологами та отоларингологами. Пацієнтці проводилась антирабійна вакцинація в умовах стаціонару. Здійснювався контроль віддалених результатів.

Висновок:

1. Необхідність контролю з боку дорослих та відповідних служб за дітьми та домашніми тваринами, особливо агресивними (так званих бійцівських порід) та відповідальність за якість їх утримання.

2. Тактично вірний підхід до лікування такої категорії хворих з місцевими травматичними пошкодженнями, які потребують сумісної роботи лікарів кількох спеціальностей.

3. Рубцеві деформації, що виникають в результаті таких травм в молодому організмі дитини можуть призвести до естетичних та функціональних порушень, які в свою чергу призводять до психоемоційних порушень і соціальної дезадаптації дитини. Таким чином дана категорія хворих потребує тривалої роботи з психологами і психотерапевтами паралельно з щелепно-лицевими та пластичними хірургами.

Abstract: The problem of soft tissue damage (bitten and ragged wounds) continues to remain relevant, as a result of injuries the child gets the aesthetic, functional and psycho-emotional disorders. The successful treatment of such patients is result of the cooperation of several medical specialties.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРУЮ СТАДИЮ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

ANALYSIS OF SOME CLINIC MORPHOLOGICAL ATTRIBUTES IN PATIENTS WITH ACUTE PHASE OF SENSORINEURAL HEARING LOSS

Гаделия М.В., Лазарева Л.А./ M. Gadeliya, L.A. Lasareva

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Л.А. Лазарева
Кубанский государственный медицинский
университет

Кафедра ЛОР-болезней
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Ф.В. Семенов)
г. Краснодар, Россия

Острая нейросенсорная тугоухость (ОНТ) является широко распространенным заболеванием. По данным ВОЗ, количество лиц с нарушением слуха в мире составляет около 4,2% всего населения Земного шара.

Целью нашего исследования явился анализ некоторых клиничко-морфологических признаков у больных в острую стадию нейросенсорной тугоухости.

Нами проанализировано 770 историй болезни пациентов с ОНТ. Возраст пациентов от 22 до 50 лет. Этот факт вызывает интерес в социальном плане, так как этот контингент является наиболее трудоспособным и потеря, либо снижение слуха, может отразиться на их профпригодности. Достоверных различий в частотах возрастных групп среди мужчин и женщин не установлено. Большинство больных -74,6 % являлись жителями города и только 25,4% проживали в сельской местности. При наборе клинического материала стал объективно доминировать определенный контингент больных. Нами были выделены следующие группы больных ОНТ по профессии:

1 группа- лица, в ходе работы которых имеет место эмоциональная нагрузка, стрессы; к ним мы отнесли учителей, врачей, ИТР, руководящих работников;

2 группа- больные, чья профессия также сопряжена с постоянной эмоциональной нагрузкой, но на несколько другом исходном фоне (водители, продавцы, работники сферы обслуживания).

3 группа- пенсионеры, ученики средних школ, не работающие;

4 группа- больные, профессия которых связана с патологическим воздействием на внутреннее ухо факторов, влияющих на слуховой анализатор

5 группа- представители других профессий.

В ходе исследования стало очевидно преобладание среди больных ОНТ представителей 1 группы. Их частота – 35,8±2,6%. Преобладание городских жителей над сельскими достаточно очевидно – 78,5±2,2% против 21,5±2,2%. Еще одно существенное обстоятельство заключается в достоверной корреляции ($\chi^2=108,2$; $p=0,000$; $K=0,39$) места жительства и профессии. В основе такой корреляции, в первую очередь, лежат чисто социальные причины.

Безусловно, факт принадлежности к профессии нельзя принять за абсолют. Но ее следует учесть и в качестве формирования групп риска поражения слухового анализатора по профессиональной принадлежности и при последующем обсуждении связи профессии с клиничкой и результатами лечения.

Summary. Having performed analysis of clinic morphological attributes in patients with acute phase of sensorineural hearing loss we defined relationship between age of the patients and their professional activity and place of residence.

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОИМПЛАНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ПРИКУСА, ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

COMPLEX TREATMENT OF PATHOLOGICAL BITE, MAXILLOFACIAL ANOMALIES AND DEFORMATIONS WITH THE USING OF MICROIMPLANTS

Гатальская Н.А./ Gatalskaya N.A.

*Научный руководитель: к.мед.н., доц. Ращенко Н.В.,
к.мед.н., доц. Кульбашина Я.А.*

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца*

*Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии*

*(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины, д.мед.н,
проф. Маланчук В.А.)*

г. Киев, Украина

Актуальность темы: Более 90% населения имеют патологии зубочелюстной системы и более трети случаев требует специализированной помощи. Громоздкость традиционных конструкций, применяемых для лечения таких больных, сложность изготовления и их использования, социальный и психологический дискомфорт в 80% являются поводом отказа от необходимого лечения. Альтернативным методом лечения являются искусственные временные скелетные опоры – титановые микроимпланты (МИ), которые являются абсолютным анкором и используются для перемещения зубов и контроля их исходного положения, служат опорными элементами лигатур, межзубных тяг.

Цель: изучить современное состояние проблемы использования МИ в лечении зубочелюстных деформаций и патологий прикуса и, на основании биомеханики костной ткани, разработать методику их индивидуального подбора.

На основании изучения дополнительной литературы и клинических исследований кафедры ортодонтии и пропедевтики ортопедической стоматологии НМУ имени А.А. Богомольца (зав. каф.: проф. Флис П.С.), при проведении лечения пациентов с дистальной окклюзией 2 класса I и II подклассов Angle при помощи МИ получены положительные результаты в около 80 % случаев.

Основные преимущества МИ: “компактность” конструкции, биосовместимость, малая инвазивность хирургического вмешательства, соответствие эстетическим требованиям, возможность размещать их практически в любой части альвеолярного отростка, сокращение сроков лечения, максимальное удержание опорных элементов с одновременным контролем над корпусным передвижением перемещаемых зубов, снижение хронического травмирующего действия на слизистую, улучшение гигиены полости рта.

Основные показания к использованию МИ: дистальное и мезиальное смещение боковой группы зубов,

выравнивание моляров, их дистализация и нормализация осевого положения, лечение перекрестного, открытого и глубокого прикуса, патологию по 2 и 3 классу, лечение аномалий положения отдельных зубов, стабилизация зубов со сниженной костной опорой.

Выводы: Несмотря на то, что МИ практически имеют множество положительных характеристик, существует определенный процент неудач, что требует дальнейшего изучения, основанного на биофизических и морфологических особенностях структуры костной ткани в области проведения вмешательства.

Summary: Despite MI have multiply positive characteristics, there is a certain percent of failures, what needs further researches, which are based on biophysical and morphological peculiarities of the bone structure in the place of intervention.

ДІАГНОСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИМИ ТРАВМАМИ

DIAGNOSIS OF EMOTIONAL DISORDERS OF PATIENTS WITH CRANIO-MAXILLO-FACIAL INJURY

*Гриб Ю.В., Вовк В.В., Рибачук А.В. /
Y. Gryb, V. Vovk, A. Rybachuk*

*Наукові керівники: д.психол.н., проф. Максименко
С.Д., член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.
Маланчук В.О., к.психол.н., доц. Максименко К.С.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної медичної психології
та педагогіки*

(зав. каф.: д.психол.н., проф. Максименко С.Д.)

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії*

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Маланчук В.О.)

м. Київ, Україна

Актуальність даної теми полягає у необхідності створення валідної та універсальної методики для діагностики психоемоційних розладів після черепно-щелепно-лицевих травм, яка в той же час повинна бути короткою і легкою для проходження пацієнтом. Про необхідність розвитку психологічної галузі у щелепно-лицевій хірургії свідчить зростаюча кількість хворих із травмами такого характеру. Середній показник частоти черепно-щелепно-лицевих травм складає 0,3 випадки на 1000 населення, та збільшується. У стаціонарах щелепно-лицевих відділень лікарень до 30-40% складають хворі із травмами голови та їх ускладненнями.

Метою цієї роботи є теоретично обґрунтувати і експериментально довести ефективність запропонованої нами комбінації експрес-методик.

Так як хворі даного профілю характеризуються замкнутістю, недовірою до персоналу, вступати в контакт,

відкриватися лікарю. Доцільно використовувати якомога коротші тести, а також проєктивні методики, які дозволяють діагностувати стан безсвідомої складової особистості хворого.

У ході наших клінічних досліджень на базі (Київської міської клінічної лікарні №12, відділення 2), було продіагностовано 9 пацієнтів, за допомогою батареї методик “Особистісний диференціал” та восьмикольорового тесту Люшера. Тестування проводилося у три стадії:

1. Перше випробування тестом Люшера
2. Заповнення анкети “Особистісного диференціалу”
3. Повторне випробування тестом Люшера

Під час проведення досліджень було помічено, що для хворих найскладніше було вибрати із смислових пар антагоністів “Обаятельный – Непривлекательный”, “Справедливый – Несправедливый”, “Слабый – Сильный”, що свідчить про зміни самооцінки та наявність захисних компенсацій.

За результатами тесту Люшера можна сказати, що на перше місце найчастіше стають кольори, що характеризують депресивні стани та незадоволені потреби.

Отже, на основі отриманих нами результатів вже можна говорити, що запропонована комбінація методик має гарний діагностичний ефект, але потребує доповнення ще одним саме проєктивним тестом для підвищення валідності та широти діагностики.

Вдосконалення методики тестування пацієнтів із черепно-щелепно-лицевими травмами є подальшою метою нашої роботи.

ТОКСИЧНА ДІЯ ПРЕПАРАТУ “КОДТЕРПІНУ” НА ЗОРОВИЙ НЕРВ

TOXIC EFFECTS OF THE DRUG “KODTERPIN” ON THE OPTIC NERVE

Грундас І.М. / I. Hrudas

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Баран Т.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра офтальмології

*(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
проф. Г.Д.Жабоедов)*

м. Київ, Україна.

Актуальність: На сьогоднішній день кожен другий серед тих, хто приймає наркотичні речовини, має досвід вживання препарату “Кодтерпін” – препарат містить в своєму складі кодеїн. В СРСР “Кодтерпін” значився у списку наркотиків. Існують дані, що для посилення дії препарату деякі наркозалежні пацієнти використовують комбінацію з левоміцетином, який гальмує біотрансформацію кодеїну в печінці. Токсична дія цих препаратів на організм в цілому – доведена. При вживанні цих препаратів також страждає і зоровий аналізатор. Нажаль доступність цих препаратів в аптечній мережі збільшує кількість наркоза-

лежних пацієнтів, це як правило молоді люди працездатного віку. Вивчення ускладнень пов’язаних з цією проблемою – є актуальним.

Мета: Вивчити вплив “Кодтерпін” на зоровий нерв та ефективність лікування атрофії зорових нервів в результаті його токсичної дії.

Матеріали та методи: Наркозалежні хворі, які приймали “Кодтерпін” (або його комбінацію з левоміцетином). Вивчали стан зорових нервів – гостроту зору, поле зору, електричну чутливість та лабільність зорового аналізатора, результати ОСТ. Хворі обстежувались та лікувались в офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні.

Результати: Всі обстежені хворі з діагнозом токсичної атрофії зорового нерву на тлі вживання наркотичних речовин (“Кодтерпін” в комбінації з левоміцетином), скаржились на погіршення зору, яке з’явилося через рік після вживання даних препаратів, за медичною допомогою до лікарів не звертались. При клінічному обстеженні у пацієнта були виявлені типові ознаки атрофії зорового нерва: зниження гостроти зору, звуження поля зору, деколорація диску зорового нерва, позитивний симптом Кестенбаума, підвищення порогу електровідчуття за Фосфеном, зниження лабільності зорового аналізатора. Після проведеного лікування відмічалось покращення. Хворі також були обстежені невропатологом.

Висновок: 1-Вживання наркотичних речовин (“Кодтерпін” в комбінації з левоміцетином), призводить до токсичної атрофії зорового нерва.

2- Атрофія зорового нерва призводить до значного зниження основних зорових функцій.

3-При адекватному лікуванні можливе часткове покращення стану пацієнта.

4-Лікування ускладнень у наркозалежних хворих повинна проводитись разом з наркологом, невропатологом та психологом.

Abstract: Today one in two among those who take drugs, has experience of taking the medicine “Kodterpin”. To work was to study the impact Kodterpinu on the optic nerve and efficacy optic nerve atrophy as a result of its toxic effects. All examined patients with a diagnosis of toxic optic nerve atrophy on the background of drug use (in combination with “Kodterpin” levomitsetinom), complained about blurred vision, which zyavylos year after use of these drugs. With adequate treatment of a partial improvement of the patient.

ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ ХОРТОНА

OPHTHALMOLOGICAL DISPLAYS OF ILLNESS HORTON

*Горобей М.П., Шеремет С.В., Керницька А.Я.,
Стеців О.В., Хорошкова М.В. /
Gorobej M.P., Sheremet S.V., Kernytska A.Y.,
Stetsiv O.V., Khoroshkova M.V.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.,
к.мед.н., доц. Розумій Н.М.*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра офтальмології
(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
проф. Г.Д. Жабоводов)
м. Київ, Україна*

Гігантсклітинний артеріит або хвороба Хортонна (ХХ) – системне захворювання, що характеризується гранулематозним гігантсклітинним запаленням середньої оболонки аорти та відгалужених від неї крупних артерій, переважно басейна сонних артерій (скроневи, черепних та ін.). ХХ зустрічається в усьому світі, вік хворих становить від 50–60 років, частіше у осіб жіночої статі. Дані літератури свідчать, що в США щорічна захворюваність ХХ складає 2,9 на 100 000 населення зі значними коливаннями цього показника залежно від віку: для осіб в віці 50-59 років він дорівнює 1,7 на 100 000, а для 80-річних та старше – 55,5 на 100 000.

Причини виникнення ХХ невідомі. У більшості випадків захворювання є вірусна етіологія (віруси грипу та гепатиту). Наявні спадкова теорія (сімейні випадки захворювання) та генетична схильність (носієство генів HLAB14, B8, A10). При ХХ має місце потовщення та набряк всіх оболонок артерій, що відображається змінами просвіту судин та утворенням тромбів, формується порушення кровопостачання тканин.

Існує комплекс діагностичних критеріїв характерних для ХХ:

- загальні симптоми – розвиток хвороби в осіб старше 50-60 років, переважно жіночої статі; головний біль, особливо в ділянці скроні, який може підсилюватись при розмові та жуванні; порушення сну та депресія; перенесена раніше респіраторна інфекція;
- судинні симптоми – відчуття болю, припухлість, гіперемія, відсутність пульсації скроневи артерій;
- ураження органу зору – зниження зору до сліпоти, диплопія, біль в оці, звуження поля зору на враженому оці, розвиток ішемічної нейропатії зорового нерву із зниженням зору;
- лабораторні дослідження – підвищення ШОЕ більш як 50-70 мм/год, ознаки анемії (нормо- або гіпохромної), лейкоцитоз, диспротеїнемія з гіпоальбумінемією, підвищення рівня альфа-глобулінів;
- для підтвердження діагнозу проводиться біопсія враженої артерії (виявлення гігантських клітин);
- до діагностичних критеріїв відносять також позитивний результат лікування глюкокортикоїдами.

Під час проведення профілактичного огляду в січні 2012 року на базі офтальмологічного відділення Олександрівської клінічної лікарні, за консультацією звернулася хвора К., 1955 р.н., зі скаргами на сильні головні болі, різке зниження гостроти зору та звуження поля зору на лівому оці. Зі слів хворої, вперше клінічні симптоми з'явилися приблизно 5-6 днів тому. В анамнезі відмічає перенесений ринофарингіт. Хвора К. була госпіталізована в офтальмологічне відділення, де було проведено діагностичне обстеження, під час якого виявлено: гострота зору правого ока 0,1 з sph -2,0 дптр = 0,7; лівого ока рух пальців біля обличчя; ВОО обох очей – 19,0 мм рт.ст. При біомікроскопії: передній відрізок ока – без особливостей. Під час офтальмоскопії: ДЗН блідий, межі розмиті, перипапілярний набряк, ангиопатія сітківки; При периметрії лівого ока – звуження поля зору по всім меридіанам до 10 градусів. Електрофізіологічне обстеження: ОД – ПЕЧФ = 160 мА, ЛЗА = 55 Гц, КЧСМ = 43-44; OS – не визначається. При лабораторному дослідженні: ШОЕ 18 мм/год, коагулограма, ревмопроби без особливостей. Ультразвукова доплерографія магістральних судин шиї та голови продемонструвала зниження функціонального (перфузійного) резерву мозкового кровообігу в басейні лівої середньої мозкової артерії. Таким чином, було діагностовано передню оптичну ішемічну нейропатію лівого ока.

Відсутність позитивного терапевтичного ефекту в найближчий термін спонукало до подальшого обстеження, під час якого за участі ревматологів було встановлено діагноз: Хвороба Хортонна, гостре протікання, активність 1 ступеню із рекомендаціями подальшого лікування в спеціалізованому ревматологічному відділенні.

Таким чином, комплексний підхід в діагностиці, а саме клінічні ознаки, лабораторні, інструментальні методи обстеження та залучення суміжних спеціалістів для диференційного діагнозу, сприяє своєчасному встановленню правильного діагнозу.

Abstract: Clinical case of illness Horton was described in the paper. It was diagnosed in ophthalmological department during preventive examinations. The ophthalmological signs, methods of diagnosis, are described in the paper.

ЧАСТОТА ТА ТИПИ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В МІСТІ КИЄВІ В 2009–2011 рр.

INCIDENCE AND PATTERN OF MANDIBLE FRACTURES IN KIEV IN 2009-2011

Денисенко К.В. / Denysenko K.

Науковий керівник: ас. Мамонов Р.О.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. В.О. Маланчук)
м. Київ, Україна*

Переломи нижньої щелепи займають друге місце по частоті виникнення серед усіх лицевих травм, що лікуються

у щелепно-лицевому стаціонарі, згідно даних різних авторів їх частота складає від 71 до 80%. Актуальним також є питання впливу соціально-економічних умов та способу життя суспільства на частоту травматизму, як в розвинутих країнах, так і в країнах що розвиваються.

Метою цього дослідження було проаналізувати різновиди та частоту переломів нижньої щелепи, а також відобразити епідеміологічні тренди переломів нижньої щелепи у місті Києві за останні три роки. Особливу увагу було спрямовано на потенційний вплив соціально-економічних умов на механізми виникнення даного виду травми.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз 606 історій хвороб постраждалих з 769 переломами віком від 15 до 89 років, за даними відділення щелепно-лицевої хірургії №2 Київської міської клінічної лікарні №12 за період з 2009 по 2011 рік.

Результати. Серед травмованих переважали чоловіки (89%), середній вік хворих складав 29 років. Найчастішою причиною виникнення переломів була кримінальна травма, побутова травма, що пов'язана з насиллям у сім'ї та травма, що пов'язана з падінням. Пік травматизму переважно припадав на літні місяці.

За локалізацією переважали переломи в ділянці кута щелепи (44.3%), друге місце займали переломи в ділянці суглобового відростку (26.1%), третє – переломи в підборідному відділі нижньої щелепи 18.4%, в той час як частота переломів в ділянці тіла та гілки нижньої щелепи складала 8.8% та 0.7% відповідно. Двобічні переломи зустрічались у 115 (27%) хворих. Найбільш частими комбінаціями були – перелом підборідного відділу щелепи та кута з протилежного боку (27%), підборідного відділу та виросткового паростку з протилежного боку (26%), тіла і кута з протилежного боку (22%).

Висновки. Згідно проаналізованих даних можна зробити висновок, що від щелепно-лицевої травматизму переважно страждають молоді особи працездатного віку (66%), за причиною виникнення переважають падіння та травма, що пов'язана з насиллям. Отримані данні свідчать про відповідність типу перелому до причини та механізму його виникнення.

Summary: The purpose of this study was to describe epidemiological trends and predominant patterns of mandibular fractures in Kiev. There were total 606 patients with 769 mandible fractures. The two most common causes of injury, which have equal rate were interpersonal violence (46%) and falls (47%). A special emphasis was directed towards the potential impact of socio-economic standards on the mechanism and pattern of mandible fractures. The data presented here supports the assumption of a correlation of trauma cause and fracture pattern.

ПОРІВНЯННЯ ЗРАЗКІВ МАТЕРІАЛІВ НА ОСНОВІ ТИТАНУ ТА БІОМОРФНОЇ КЕРАМІКИ β -SiC/Si В ЕКСПЕРИМЕНТІ IN VIVO, IN VITRO

IN VIVO AND IN VITRO COMPARISON OF SAMPLES MATERIAL BASED ON TITANIUM AND SiC/Si CERAMICS

Жуковцева О.І., Солодуха О.В., Алексеева Т.А. /
Zhukovtseva O., Solodukha O., Alekseeva T.

Науковий керівник: доц. Гарляускайте І.Ю.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії

(зав. каф. – член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. В.О. Маланчук)

м. Київ, Україна

Вступ. Велика увага в дослідженнях останніх років приділяється можливості кісткової тканини без перешкод інтегруватися в структуру матеріалу, що імплантується. В наш час існують наступні параметри для імплантатів, які в найбільшій мірі сприяють їх інтеграції з кістковою тканиною, окрім їх хімічної та біологічної інертності: розмір пор відповідно 50-500 мкм, що забезпечує безперешкодне поступання через пористу структуру поживних речовин та кисню, які необхідні для новоутворення кісткової тканини, проміжний показник модуля пружності матеріалу та кістки. Найбільш широкого застосування отримали титанові імплантати, як біосумісні матеріали, за рахунок їх захисного оксидного шару, який обмежує реакції матеріалу з оточуючими тканинами та біологічними рідинами. Однак, пасивний шар, який спонтанно утворюється на титані та його сплавах (в основному діоксид титану) не має достатньої міцності на зсув. При наявності механічного навантаження, деформації та мікропереміщень імплантату, захисна плівка легко руйнується, що призводить до збільшення від'ємного потенціалу, прискоренню корозії та виходу токсичних лігундних продуктів (алюмінію, ванадію), розвитку несприятливих тканинних реакцій. Відсутність наскрізних пор також обмежує інтеграцію останнього матеріалу.

Новий клас матеріалів – біоморфна кераміка (β -SiC/Si), отриманий шляхом піролізу деревини з наступним просоченням розплавленим кремнієм, має характерні ієрархічно розміщені пори різного розміру (в діапазоні від 5 до 300 μm), що визначають переваги даного матеріалу над однорідним.

Метою даної роботи було порівняння зразків матеріалу з титану (Ti) та біоморфної кераміки (Si) в експерименті in vivo та in vitro.

Матеріали та методи дослідження. В якості досліджуваного матеріалу були взяті розщеплені Ti пластини розміром 0,5x0,3x0,06 см (стандарт США ASTM F67-00) та SiC у вигляді пластин розміром 0,5x0,4x0,1 см, які були виготовлені в Інституті фізики напівпровідників імені В.С. Лашкарьова НАН України. Експеримент проводили на 20 білих лабораторних щурах (масою 370-400 г) з наступним роз-

поділом по групам: А – основна група, до якої ввійшло 10 шурів з імплантатами SiC; Б – група із 6 шурів з Ti; В – контрольна група із 4 інтактних шурів. Оперативним шляхом під загальним знеболенням в ділянці спини імплантували зразки матеріалів. Шури виводилися з експерименту в терміни 2 тижні, 1 місяць, 2 та 9 місяців після операції з наступним забором кістки, окістя та оточуючих імплантат м'яких тканин для морфогістологічного дослідження.

До початку операції та після проведеного експерименту провели забір крові шурів для визначення С-реактивного білка та виділення імуноглобулінів класу G стандартною методикою (осадження з $(NH_4)_2SO_4$). Реакцію організму на матеріал, що досліджується *in vitro* визначали методом атомно-силового мікроскопу (АСМ). Визначення біологічної сили мікрокопі проводили за допомогою апарату Dimension 3000 Nano Scope III a (США) та стандартного зонду SiN₃ типу DNP-20 з номінальною гнучкістю консолі 0,06 N/m.

Результати. Відповідно даним АСМ адгезія зонда з Ig G на повітрі до поверхні зразків SiC нижча, ніж до зразка Ti ($20,3 \pm 0,43 \text{ nN}$ та $27,04 \pm 0,63 \text{ nN}$ відповідно). Показники рівня С-реактивного білку до операції та в кінці проведеного експерименту також вказують на відсутність розвитку асептичного запалення ($3,8 \pm 0,95 \text{ мг/дл}$ та відповідно $4,2 \pm 1,1 \text{ мг/дл}$, де $\text{мг/дл} = (\text{ммоль/л} \times \text{відносну молекулярну масу}) / 10$).

В групі А через 2 тиж., 1 міс. після операції макроскопічно тканини залишалися чистими, вогнищ запалення не відзначали, дифузія складових імплантатів в оточуючі тканини була відсутня. Через 2 та 9 міс. після операції в групі Б спостерігалися явища металозу в тканинах навколо зразків Ti, що підтвердилося гістологічно у вигляді артефактів. Останні можуть бути продуктами руйнування поверхні титану. При цьому в групі А подібних явищ не спостерігали. Результати гістологічних досліджень були підтвердженні даними мікроскопії (10^{-6} м).

Висновок. Результати дослідження *in vivo* та *in vitro* свідчать про біологічну сумісність пористої біоморфної кераміки на основі SiC та дають підставу вважати доцільним подальше дослідження та розробку даного матеріалу для використання його при реконструктивно-відновній хірургії, як каркасу для інтеграції кісткової тканини.

ПОЄДНАННЯ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ ІЗ КІСТОЗНИМ ЇХ РОЗТЯГНЕННЯМ

COMBINING ANOMALIES OF PARANASAL SINUSES WITH THEIR CYSTIC DILATATION

Журавель О.Ю Лакиза С. О. / O. Zhuravel, S. Lakyza,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра отоларингології

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Р.А. Абизов)

м. Київ, Україна

Аномалії розвитку приносних пазух можуть стати причиною їх кістозного розширення. При такому патоло-

гічному поєднанні, внаслідок порушення сполучення з порожниною носа, відбувається розтягнення синуса в результаті накопичення в ньому гнійного (піоцеле), слизового (мукоцеле) вмісту або повітря (пнеumoцеле).

За походженням виділяють первинні (спонтанні) 7-18%, і вторинні (що виникли під дією певних чинників) (35-66%) кістозні розтягнення пазух [Bockmuhl U, 2006]. Клінічно, поєднана патологія характеризується гіпо- або аплазією синуса із дислокацією анатомічних структур та наявністю великих розмірів кістозного утворення [Kanyu MT, 1998]. Кістоподібне розтягнення пазух може привести до спотворення обличчя, утворення субперіостальних абсцесів, компресії зорових нервів, інтракраніальних та інтраорбітальних ускладнень.

Незважаючи на актуальність, в літературі по даній темі зустрічаються лише поодинокі спостереження або публікації, де узагальнюється невелика кількість випадків [А.С. Киселев с соавт., 1995; В.Н. Красножен с соавт., 2002; В.П. Иванов, 2001; Д.Н. Капитанов с соавт., 2003; Г.З. Пискунов с соавт., 2005].

За останні 10 років під нашим наглядом знаходилося 26 пацієнтів із кістозним розтягненням приносних пазух, зумовлених різними причинами, з ураженням по частоті в наступному порядку: лобна пазуха 14 (54%), решітчастий лабіринт 8 (30%), верхньощелепна 2 (7,7%) і клиноподібна пазухи 1 (3,8%). У 8% випадків причиною виникнення мукоцеле були вроджені аномалії розвитку пазух (гіпо- та аплазія синуса). 20 хворим проведено хірургічне лікування із застосуванням зовнішнього підходу з видаленням патологічного вмісту і ураженої слизової оболонки та створенням широкого сполучення з порожниною носу. У 6 хворих здійснено ендоскопічний ендоназальний підхід.

Висновки. Хворі із кістоподібними розширеннями складають біля 0,068% патології приносних пазух, із них у 8% випадків причиною виникнення даної патології є вроджені аномалії розвитку пазух (гіпо- та аплазія синуса).

У встановленні діагнозу кістоподібного ураження синусу вирішальне значення належить комп'ютерній томографії та даним ендоскопічного дослідження. При дослідженні оцінюють розмір ураженого синусу, стан кісткових стінок, характер вмісту, а також взаємовідношення пазухи із навколишніми структурами.

Недостатнє обстеження хворих, особливо у випадках коли причиною кістозного розтягнення приносних пазух є аномалії розвитку лицевого скелету, може призвести до ускладнень під час операції, зокрема потрапляння інструменту у порожнину черепа чи орбіту, пошкодження крупних судин.

У певних випадках ендоназальний доступ дає можливість широко розкрити уражену пазуху, та добитися стійкого видужання.

При поєднанні аномалій розвитку приносних пазух із кістоподібним розтягненням перевага повинна надаватись екстраназальному оперативному доступу.

Summary: Patients with mucocoele comprise about 0.068% pathology of paranasal sinuses, of which 8% of cases the cause of this pathology is a congenital abnormality of the sinuses (hypo-and aplasia sinus). Cystic stretching sinuses can lead to distortion of the face, abscess formation,

compression of optic nerves, intraorbital and intracranial complications. In establishing the diagnosis cystic stretching sinus lesions is crucial computed tomography and endoscopic study. In the study estimated the size of the affected sinus, the state of bone walls of the content and the relationship of the sinuses surrounding structures. Inadequate examination of patients, especially in cases when the cause of cystic stretching in nasal sinuses are developmental anomalies of the facial skeleton, can lead to complications during surgery, including getting an instrument in the cranial cavity or orbit, damage to major blood vessels. In certain cases endonasal access enables wide-open the affected sinus, and achieve sustainable recovery. In case of combined abnormalities of the nasal sinuses and the cyst stretching the preference should be given to extranasal approach.

ХВОРОБА МАДЕЛУНГА: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

MADELUNG'S DISEASE: MAIN FEATURES OF CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Заславський О.М. / Zaslavskiy O.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. В.О.Маланчук)

м. Київ, Україна

Хвороба Маделунга – це захворювання, що характеризується розростанням жирових мас довкола обличчя, потилиці, шиї, грудей, живота і кінцівок зі специфічними характеристиками і розподілом. Вперше описане німецьким хірургом О.В. Маделунгом у 1888. Хворіють переважно чоловіки старші середнього віку, які зловживають алкоголем.

На сьогоднішній день існує кілька теорій розвитку даного захворювання: спадкова, ендокринна, мітохондріальної мутації тощо. Найбільшого поширення набула ендокринна теорія, згідно якої основним етіологічним чинником захворювання є етанол, який спотворює правильність сприйняття адренорецепторами адипоцитів гуморальних впливів, відтак порушуючи співвідношення процесів ліполізу і ліпогенезу на користь останнього. Інші вагомі чинники – наявність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, органічних уражень печінки.

Специфічність клінічного перебігу захворювання зумовлена відсутністю сполучнотканинної капсули довкола жирових мас, а отже і чітких меж пухлино подібного утворення. Виразність основних симптомів захворювання залежить від маси і локалізації жирових відкладень. На ранніх етапах розвитку хвороба може нагадувати звичайне ожиріння з відповідною симптоматикою.

У випадку значного розростання жирової тканини з'являється неврологічна симптоматика, порушується венозний відтік, може стискатися гортань, глотка, що проявляється порушенням дихання, дисфагією. В науковій літературі описані випадки розростання жирової клітковини орбіти з розвитком симптоматики екзофтальму. Специфічних для даного захворювання методів діагностики не розроблено, тому слід ретельно проводити дифдіагностику зі схожими нозологіями: ожирінням, ліпомою, ліпосаркомою, сіалозом, зобом, хворобою Деркума.

Єдиним дієвим методом лікування є ліпосакція і ліпектомія, проведення яких вимагає залучення лікарів різних спеціальностей. Частими є рецидиви хвороби через відсутність у жирових мас капсули і неможливість повного видалення всіх дефектних адипоцитів. Пацієнтам рекомендовано обмежити або припинити вживання алкоголю, дієта з низьким вмістом жирів, підвищене фізичне навантаження.

Дана робота містить дані клінічного обстеження двох пацієнтів з діагнозом хвороби Маделунга. У пацієнтів визначено переважаючі симптоми і особливості хірургічної тактики. Наведені прогнози найближчих та віддалених результатів лікування.

Summary: Madelung's disease, or benign symmetric lipomatosis – is a rare disease characterized by growth of fatty masses around the face, neck, chest, abdomen and proximal part of extremities with very specific characteristics and distribution. Unlike ordinary lipoma, these benign fatty masses are not enclosed in a membrane capsule with clear boundaries. Because of this feature, as well as absolute symmetry in appearance, the patients' condition is often associated with common obesity. The etiology and pathogenesis are still unknown. Rapid diagnosis is needed because of the high risk of asphyxia development at the late stages of the disease.

ВИКОРИСТАННЯ 3D КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОЇ СЕПТОПЛАСТИКИ

USING OF 3D CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IN SEPTOPLASTY

Камінський Е.А. / E. Kaminskyi

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ю.В. Дєєва

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра оториноларингології

(зав.каф.: д.м.н, проф. Ю.В. Мітін)

м. Київ Україна

Частота ускладнень після септопластики є значною. Важко контролювати та передбачити можливі ускладнення. Післяопераційний контроль стану носової перегородки здійснюється ендоскопічними та риноскопічними методиками, однак користуючись даними методами

неможливо передбачити можливі ускладнення після операції у майбутньому.

Вивчити можливості 3D конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) у післяопераційній оцінці стану структур носа з метою виявлення змін положення і зміщення НП.

Нами було обстежено 11 пацієнтів, яким була виконана операція – септопластика. 4м пацієнтам була проведена первинна септопластика, 7м пацієнтів були прооперовані повторно. В усіх випадках дооперативного втручання були проведені виміри структур носової перегородки за допомогою КПКТ. Результати вимірів були співставлені із розмірами структур під час операції. За допомогою КПКТ у 2х пацієнтів були виявлені післяопераційні зміни: в першому випадку – зміщення хряща носової перегородки вліво відносно сагітальної лінії, у другому – зміщення хряща в К-зоні. В обох випадках виявлені післяопераційні зміни були усунені під місцевою анестезією, без проведеного повторного оперативного втручання.

Висновок. Використання методу КПКТ дозволяє достовірно оцінити стан структур носової перегородки після проведеної операції та виявити наявність ускладнень з метою їх усунення у ранньому періоді.

Резюме. Трудно контролировать и предвидеть возможные осложнения после проведенной септопластики. Нами были изучены возможности 3D конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в послеоперационной оценке состояния структур носа с целью выявления изменений положения и смещения носовой перегородки. Мы обследовали 11 пациентов. Во всех случаях до- и послеоперативного вмешательства были проведены измерения структур носовой перегородки с помощью КЛКТ. Полученные результаты были сопоставлены с измерениями во время операции.

Использование метода КПКТ позволяет достоверно оценить состояние структур носовой перегородки после проведенной операции и выявить наличие осложнений в целях их устранения в раннем периоде

Summary. It is difficult to monitor and anticipate possible complications after septoplasty. We have studied the possibility of 3D cone-beam computed tomography (CBCT) in the postoperative assessment of the structures of the nose to detect changes of position and displacement of an emergency. We studied 11 patients. In all cases the pre intervention and postoperative measurements were made structures septum with CBCT.

The results were compared with measurements during the operation. The output, using of CBCT method makes it possible to reliably estimate state structures of the nasal septum after the operation and identify the presence of complications to overcome them in the early period.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ

Кеян Д.Н. / Keyan D.

Научный руководитель: к.мед.н.,
доц. Гарляускайте И.Ю.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии

(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины,
д.мед.н., проф. В.А. Маланчук)

г. Киев, Украина

Больные с одонтогенными верхнечелюстными синуситами занимают одну из наиболее многочисленных групп госпитализированных в челюстно-лицевом отделении. Данная патология составляет 3-7% от общего числа хирургических стоматологических заболеваний, а ежегодный прирост одонтогенных синуситов составляет 1-2%.

В комплекс стационарного лечения таких больных входит антибактериальная, противовоспалительная терапия, а так же оперативное лечение с санацией верхнечелюстного синуса и устранением ороантрального сообщения при его наличии.

Традиционная методика закрытия ороантрального сообщения подразумевает закрытие дефекта слизисто-надкостничным лоскутом со щеки или твёрдого нёба, что приводит к втягиванию лоскута в полость дефекта и, следовательно, к деформации альвеолярного отростка верхней челюсти, а линия швов при этом не имеет жесткой основы, что является не допустимым по принципам пластической хирургии.

Поставленная задача решается нами с помощью пластического закрытия ороантрального сообщения свободным костным аутоотрансплантатом из передней стенки верхнечелюстного синуса, установленного на вершину альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального сообщения и слизисто-надкостничным лоскутом. Предложенная методика препятствует втягиванию слизисто-надкостничного лоскута в полость дефекта и, следовательно, не деформирует альвеолярный отросток в послеоперационном периоде, а линия швов при этом имеет под собой жёсткую основу. Всё это в дальнейшем способствует сохранению оптимальных условий для дальнейшей ортопедической реабилитации.

Таким образом, задачей лечения одонтогенных синуситов с наличием ороантрального соустья является не только санация верхнечелюстного синуса и закрытие сообщения, но и создание оптимальных условий для предотвращения деформации альвеолярного отростка.

**РАННЯ ДІАГНОСТИКА
СЕНСОНЕВРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ
У ХВОРИХ ІЗ СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**DIAGNOSTICS OF SENSORINEURAL
DISTURBANCES IN PATIENTS WITH
CARDIOVASCULAR PATHOLOGY**

Кілбас К.Ю./ K.Kilbas

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ю.В. Мімін

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра оториноларингології
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Мімін)
м. Київ, Україна*

Сенсоневральна приглухуватість привертає велику увагу дослідників, зважаючи на складність її патогенезу та поліетіологічність, а також на тенденцію до зростання захворюваності. Це робить проблему ранньої діагностики та профілактики СНП надзвичайно актуальною.

Мета. Підвищення якості ранньої діагностики сенсоневральних порушень слуху та їх профілактики при впливі судинних чинників.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 3 групи пацієнтів. При цьому 15 хворих було з початковими сенсоневральними порушеннями слуху, у яких епізодично підвищувався артеріальний тиск (1 група). Другу групу склали 13 хворих з початковою СНП у сполученні з вегето-судинною дистонією по гіпертонічному типу. Третю групу склали 10 хворих з сенсоневральними проявами на фоні гіпертонічної хвороби I ступеня (група порівняння). Контролем служили 15 здорових нормальнослухуючих осіб без наявності порушень з боку серцево-судинної системи.

Всім досліджуваним хворим було проведено комплексне отоларингологічне (клінічне і інструментальне) аудіологічне обстеження.

Найбільш виражені порушення слуху на тони були виявлені нами у хворих 2 групи, у яких СНП супроводжується ВСД по гіпертонічному типу. Переважно це область 6-8 кГц, де пороги становили відповідно (38,06±2,18 та 36,12±2,16) дБ, що достовірно більше не тільки від контрольних значень, але і від показників у 1 (з періодичним підвищенням АТ) та 3 (з ГХ I ступеня) групах досліджуваних.

Ще більш виражені порушення у 2 групі хворих були виявлені нами у сприйнятті слуху на тони в області високочастотного діапазону (10, 12, 14 та 16 кГц). Зниження слуху на тони у пацієнтів даної групи спостерігається в області всіх зазначених частот, але найбільше – в області 14 і 16 кГц.

Виявлення ранніх доклінічних форм слухових порушень дозволяє раніше розпочати лікувально-профілактичні заходи, що сприятиме більш ефективному лікуванню та попередженню розвитку СНП. Особливу увагу слід звертати на тих хворих з судинними розладами, у яких є скарги на суб'єктивний шум у вухах, хоча вони ще і не скаржаться на зниження слуху.

Summary. Prevention and effects of treatment of sensorineural disturbances mainly affected by quality of early diagnostic of hearing pathology on nonclinic stages. Main attention should be paid to patients with vascular disorders.

**ГІПЕРДІАГНОСТИКА ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ НАЯВНОСТІ СИМПТОМІВ
ЗАПАМОРОЧЕННЯ ТА ПОРУШЕННЯ РІВНОВАГИ**

**HYPERDIAGNOSTICS OF VERTEBRO-BASILAR
FAILURE IN THE PRESENCE OF SYMPTOMS
OF DIZZINESS AND IMBALANCE**

Кіналь М.І. / M.Kinal

Науковий керівник: д.мед.н., проф. В.І. Попович

*Івано-Франківський національний медичний
університет*

*Кафедра оториноларингології
з курсом голови та шиї
(зав.каф.: д.мед.н., проф. В.І. Попович)
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. В основі формування відчуттів запаморочення та порушення координації лежать різні анатомо-фізіологічні механізми. Напад запаморочення обумовлений морфофункціональними особливостями кровопостачання вестибулярного апарату, його високої чутливості до ішемії. Порушення рівноваги може бути наслідком втрати вестибулярної, мозочкової, сенсорної або рухової функцій. В клінічній практиці даним симптомам не надається відповідна увага. Захворювання на ранніх стадіях не правильно діагностують, лікують запущені форми хвороб, що фактично призводить до появи соціальних проблем з тяжкими розладами здоров'я. Запаморочення і порушення рівноваги – дві найбільш часті скарги, виникнення яких найчастіше призводить до гіпердіагностики вертебро-базиллярної недостатності.

Мета. Враховуючи актуальність та поширеність даної проблеми метою нашої роботи стало вивчення симптомів запаморочення і порушення рівноваги при вертебро-базиллярній недостатності та інших патологічних станах з метою диференціальної діагностики.

Матеріали і методи. Було обстежено 20 хворих у віці 40-60 років чоловічої та жіночої статі із симптомами запаморочення та порушення рівноваги.

Результати. У 14 пацієнтів запаморочення починалося приступоподібно, тривало декілька хвилин, не проявлялося втратою чи розладами свідомості. Рухи головою відчутно його підсилювали. Також хворі скаржились на шум у вусі, відчуття його повноти. У 6 інших – хвороба розвивалась поступово, супроводжувалась порушенням рівноваги, падінням та ністагмом. Вплив рухів голови на запаморочення відсутній. Скарж на погіршення слуху чи шум у вусі – немає. Вищевказані симптоми супроводжувались розладами свідомості. З цього випливає, що для першої групи пацієнтів (14 чоловік) характерне запаморочення

периферичного походження, а для другої (6 чоловік) – центрального.

Висновки. Отже, дане дослідження має цінне діагностичне значення для виявлення рівня ураження при вестибулярних розладах, а також правильної інтерпретації даних порушень у клініці з визначенням подальшої тактики лікування.

Summary. Dizziness and imbalance – the two most frequent complaints that are not given appropriate attention at the clinic. This in turn leads to an incorrect diagnosis, treatment and, as a result – to the emergence of social problems with serious health disorders. Therefore, to study the data of symptoms in vertebro-basilar insufficiency and other pathological conditions, we conducted a study in which found that in most patients we surveyed existing vertigo of peripheral origin. Thus, this study is a valuable diagnostic value for detecting the level of destruction in vestibular disorders.

МІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ КОМІРОК ТА ОЦІНКА ГЕОДИНАМІКИ ЇХ СЛИЗОВО-ОКІСНОГО ПОКРИТТЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО АЛЬВЕОЛІТУ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

THE MICROSCOPIC DESCRIPTION OF THE PROCESS OF ALVEOLUS ACUTE INFLAMMATION AND ASSESSMENT OF HEMODYNAMIC THEIR MUCOUS-PERIOSTEUM COVERING AFTER A TOOTH EXTRATION DURING THE TREATMENT

Кмецинська З. В./ Z. Kmeinska

Науковий керівник: к.мед.н., ас. О.В.Чумаченко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. В.О. Маланчук)

м. Київ, Україна

Не зважаючи на досить велику частоту запалень комірок після видалення зубів (від 2–15% до 35%), всі лікувальні заходи частіше всього зводяться до санації комірок, внесення антибактеріальних, протизапальних та знеболювальних препаратів, стимуляторів остеорепаративного процесу.

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності внутрішньокміркового електрофорезу у порівнянні з одним із найбільш традиційних способів лікування запалення комірок після видалення зубів.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження та лікування 70 хворих віком від 22 до 50 років, які були розподілені на 2 групи по 35 пацієнтів у кожній. У хворих 1 групи (контрольній) лікування альвеолітів включало використання содових ванночок та йодоформного тампону (перев'язки проводилися амбулаторно через день). Хворі 2 групи лікувалися за наступною методикою:

1. звільнення комірки від детриту та зрошування теплим антисептичними розчинами;
2. висушування комірки стерильним тампоном;
3. внутрішньокмірковий електрофорез з позитивного електрода при 1,2-1,5 мА протягом 15-20 хвилин частиною суміші: вода 70 мл., розчини дексаметазону 0,4% – 6 мл., лінкоміцину 30% – 7 мл., траумелью С – 5 мл., кетанову 3% – 2 мл. та димексиду 10 мл.
4. заповнення комірок після електрофорезу метрогилдента-гель та закриття входу до неї плівкою “Диплен-дента”;
5. додавання до розчину для електрофорезу препарату “Ербісол” на 2-4 день після початку лікування в кількості 2,2 мл.

Для оцінки ефективності проведеного лікування обрані прості та технологічно легкі методи дослідження – мікроскопічну характеристику вмісту комірок та реографічну характеристику коміркового кровообігу.

Забір матеріалу з комірок для мікроскопії проводився до перев'язок на першій, другій, третій, четвертий, п'ятий, сьомий та дев'ятий дні після видалення зубів. Фіксація проводилася розчином Майн-Грюнвальда, фарбування – за Романовським. Мікроскопічна оцінка матеріалу проводилася за допомогою апарату KONUS Biogex – 3 та цифрової камери CD-5,0 (5 мегапікселів) з послідовним перенесенням на комп'ютер та включала кількісну оцінку клітин крові (еритроцитів, лейкоцитів), епітеліальних клітин та мікроорганізмів (кокової групи, веретеноподібних паличок, грибів).

Реографічне дослідження проводилося апаратом Rheotest з автоматичним обчисленням:

– реографічний індекс **PI** – показник об'єму кровообігу в тканинах;

– час швидкого наповнення **б/1** – показник наповнення судин великого калібру;

– б/2 – час повільного наповнення;

– б/Т – показник тону судин.

Візуальний аналіз реограм полягав у порівнянні основної та диференціальної кривої пацієнтів з аналогічними результатами дослідження у здорових людей.

Результати. При поєднаному застосуванні внутрішньокміркового електрофорезу та запропонованих препаратів у комплексному лікуванні хворих 2 групи із гострим альвеолітом після видалення зубів спостерігається суттєве скорочення термінів стабілізації загального стану хворих та загоєння рани порівняно з контрольною групою. Так, порівняно з 1 групою покращення загального (самопочуття, сон) та місцевого (гіперемія, набряк) станів у 2 групі спостерігалось в 1,7 разів швидше – на 2,5 добу, в 1 – на 4 добу. Мікроскопічна картина стану досліджуваних запалених комірок, вже починаючи з 2 доби у хворих як контрольної, так і 2 груп, свідчила про велику кількість еритроцитів та різновидів лейкоцитів. Але у 2 групі в порівнянні з контрольною, стадії запального процесу протікають значно швидше, тобто у 2 групі вже починаючи з 2 доби спостережень було виявлено значну кількість епітеліальних клітин поверхневого та базального походження у вигляді склеєних пластів, тоді як в контрольній групі дані зміни ми спостерігаємо лише з четвертої доби. Через добу до них приєднуються епітеліальні клітини з елемен-

тами ороговіння, тобто у 2 групі – на 3 добу, а в контрольній – на 5 добу. Також при мікроскопічному дослідженні матеріалу на всьому протязі досліджень було виявлено значну кількість представників кокової групи та грибів, але у хворих 2 групи, які місцево застосовували запропоноване лікування, відзначалося більш швидке зниження мікробного числа: у хворих 1 групи на 6 добу, у хворих 2 групи на 4 добу.

Щодо даних реографічного дослідження найбільш типовими показниками реограми є:

1. Зменшення рографічного індексу через добу після видалення зубів на 15–20%, час швидкого наповнення б/1 збільшений майже на 11–14%, а час повільного наповнення б/2 – зменшувався на 20–26%. Це вказувало на порушення кровообігу в судинах великого та середнього калібру. Показник еластичності судин б/Г перевищував загальноприйнятну норму всього на 10–14% – погіршення кровообігу в артеріолах та венах, венозний застій.

2. У разі проведення стандартного лікування гострого альвеоліту у хворих 1 групи зниження реографічного індексу утримувалося до 4–6 днів спостереження в межах 10–20% з послідуною тенденцією до повернення на рівень норми, а у кількох хворих, навіть з незначним перевищенням показника, тоді як у хворих 2 групи зниження географічного індексу утримувалося до 3–4 днів.

3. Реографічні криві як у хворих 1 та 2 груп не мали тенденції до зміщення вправо, висота основного підйому падала, після дикротичного сідла з'являлися 1–2 додаткові хвилі. ДРГ теж не зміщувалися вправо, проте, мали кілька додаткових хвиль коливання рідини в судинах.

Висновки. Запропонована методика лікування гострого запалення комірок після видалення зубів вдало об'єднується в одній процедурі та зберігає основні принципи: санація, антибактеріальна та протизапальна терапія, знеболення та стимуляція репаративного остеогенезу. Проте, на відміну від традиційної, вона значно перевищує останню за ефективністю і скорочує терміни лікування. Застосування внутрішньокміркового електрофорезу запропонованої суміші лікарських засобів забезпечує більш швидке усунення больових відчуттів та запальних явищ, появу грануляційної тканини, відновлення кровопостачання комірок та епітелізації.

Summary. During microscopic examination of the contents of the wells with acute postextraction alveolitis at 70 patients was found continuity of cell dynamics of different origin and continuity of their morphological characteristics depending on the course of inflammatory process, what may be significant for planning treatment activities and assess of their effectiveness.

ПОРАЖЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛЯРНЫМИ КАРЦИНОМАМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коваленко В.А. / Kovalenko V.

Научный руководитель: к.мед.н, асс. Копчак А.В.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии

(зав. каф.: член-кор. НАМН Украины,

д.мед.н., проф. В.А. Маланчук)

г. Киев, Украина

Введение. За последние два десятилетия наблюдается резкое увеличения числа папиллярных карцином щитовидной железы среди населения Украины, что связано с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС.

Одним из основных методов комплексного лечения таких пациентов является терапия радиоактивным йодом. Известно, что наравне с тиреоидной тканью радиоактивный йод может избирательно накапливаться в тканях слюнных желез. При этом в результате поглощения значительных доз радиоактивного излучения в железах может развиваться комплекс структурных и функциональных нарушений, проявляющихся выраженной дисфункцией в ближайшие и отдаленные сроки после проведенной терапии.

Материалы и методы. Проведено исследование состояния слюнных желез у 8 пациентов, прошедших радикальное лечение по поводу папиллярного рака щитовидной железы на базе ДУ “Институт эндокринологии и обмена веществ имени В.П.Комиссаренко НАМН Украины”. Всем больным была произведена тиреоидэктомия, дополненная диссекцией лимфатических коллекторов шеи. С целью абляции остаточной тиреоидной ткани и метастазов опухоли проводилась терапия радиоактивным йодом в дозе от 140 до 4500 МБк.

Пациентов обследовали в сроки от 3 месяцев до 3 лет после последнего курса радиойодтерапии. О состоянии слюнных желез судили на основании данных анамнеза клинического обследования и УЗИ.

Результаты. Все пациенты указывали на периодически возникающее чувство дискомфорта в области слюнных желез, и, выраженные в различной степени, нарушения их функции. В раннем послелучевом периоде локальные изменения проявлялись в виде периодического припухания и умеренной болезненности больших слюнных желез. Отдаленный период характеризовался уплотнением железистой ткани со снижением саливации. При этом нарушения слюноотделения у 50% пациентов носили компенсированный характер. Остальные пациенты отмечали сухость полости рта, у 1 пациента было выявлено нарушение вкусовой чувствительности. При вербальной стимуляции (упоминание о кислых пищевых продуктах) увеличение слюноотделения было незначительным, что

свідечило про зниження функціональних резервів. В цей же період за даними УЗІ визначалося структурне змінювання паренхіми заліза у 50% пацієнтів, виражене в формі зменшення ехогенності та ехоструктурної неоднорідності залізистої тканини.

На цьому фоні розвинулися порушення спостерігалися помірно виражені зміни з боку слизової оболонки порожнини рота, зубів та пародонта. Найбільш характерним було наявність нальоту на мовці, поява ознак катарального гингівіта та погіршення гігієнічних показників порожнини рота.

Висновки. Таким чином, одним із побічних ефектів проведеної радіоїодтерапії при лікуванні папілярних карцином щитовидної залізи є ураження паренхіми більших слинних заліз, що призводить до вичерпання функціональних резервів. Зміни з боку слинних заліз можуть бути достатньо вираженими та супроводжуються значним зменшенням якості життя пацієнта, збільшенням ризику виникнення, розвитку та прогресування захворювання порожнини рота.

Оскільки використання традиційних методів лікування дисфункції слинних заліз у онкологічних хворих має значні обмеження, проблема пошуку нових ефективних способів профілактики та лікування уражень слинних заліз у цих пацієнтів набуває особливого значення. Оцінка віддалених результатів впливу ізотопів радіоактивного йода на залізисту тканину, визначення ризику розвитку новоутворень слинних заліз вимагають проведення подальших широких проспективних, мультицентрових досліджень.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХОВАТОСТІ ШУМОВОГО ГЕНЕЗУ

RISK FACTORS OF SENSORINEURAL HEARING LOSS IN NOISE

*Козак-Волошаненко Ю.М., Овсяник К.В., Камінська І.В. /
Y.Kozak-Voloshanenko, K. Ovsiyanik, G.Kaminska*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ю.В. Мітін
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра оториноларингології
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Мітін)
м. Київ, Україна*

Вплив виробничого шуму на орган слуху присвячена велика кількість робіт, але невелика кількість робіт стосувалась початкових проявів слухових порушень. Мета роботи – дослідження слухової функції, церебральної гемодинаміки та ліпідного обміну у робітників з нормальним слухом (35 осіб), початковими його порушеннями (22 особи), відповідно 1 і 2 групи, та у 15 здорових осіб контрольної групи.

За даними реоенцефалографії (РЕГ) виявлені зміни у осіб з нормальним слухом, за даними конвенціональної

аудиометрії, однак в розширеному діапазоні у них (9-16) кГц були порушення. Так, у хворих з нормальним слухом в вертебрально-базиллярній системі спостерігалось достовірне ($P<0,05$) зменшення показника реографічного індексу (Рі) до $(1,06\pm 0,02)$ при нормі – $(1,19\pm 0,05)$, що характеризує зниження пульсового кровенаповнення. У робітників 2 групи в каротидній системі спостерігалось достовірне ($P<0,05$) збільшення показників дикротичного та діастолічного індексів, відповідно до $(55,62\pm 1,75)$ % при нормі $(50,1\pm 1,4)$ %, а також – $(68,8\pm 1,86)$ % та $(58,6\pm 1,7)$ %. Аналогічні зміни в даних РЕГ виявлені в вертебрально-базиллярній системі хворих.

Результати досліджень ліпідного обміну крові також свідчать про судинний генез розвитку сенсоневральної приглухуватості шумового генезу. Отримані дані можуть бути використані при проведенні лікувально-профілактичних заходів ще на доклінічній стадії розвитку слухових порушень.

Резюме. Проведено дослідження слухової функції, церебральної гемодинаміки та ліпідного обміну у робітників з нормальним слухом (35 осіб), початковими порушеннями (22 особи) та 15 чоловік контрольної групи. Виявлено зміни в показниках РЕГ у каротидній та вертебрально-базиллярній системах мозкового кровообігу та ознаки дисліпідемії у малостажованих робітників, що необхідно враховувати при проведенні лікувально-профілактичних заходів таким хворим.

Summary. We studied auditory function, cerebral hemodynamics and lipid keeping in 35 workers with normal hearing and impaired of initial noise genesis in 22 persons and 15 people of control group. We observed the reliable changes of REG in vertebrobasilar and carotis systems and dyslipidemic disorders even in patients with initial sensorineural hearing loss this findings can be used in preventive measures among this patients.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ФОНАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ ДОБРОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ГОРТАНИ ПРИ МІКРОХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ

COMPARATIVE ESTIMATION OF PHONATORY FUNCTION OF THE PATIENTS WITH BENIGN TUMORS OF LARYNX WHICH WERE OPERATED BY MICROSURGICAL METHOD.

Колошян К.Ю./ K.Koloshyan

*Научный руководитель: д.мед.н.,
проф. А.В. Ковтуненко*

*Государственное учреждение
"Днепропетровская медицинская академия"*

*Кафедра оториноларингологии
(зав.каф.: д.мед.н., проф. В.В. Березнюк)
г. Днепропетровск*

Цель. Сравнить фонаторную функцию (ФФ) при различных методах хирургического лечения доброкачественных новообразований гортани (ДНГ).

Матеріал и методи. В роботі проаналізовані результати обстеження и лечения 25 больных с различными ДНГ за 2011 г. В зависимости от метода хирургического лечения выделено 2 группы: I-я гр.-12 (48%) пациентов, которым выполнена опорно-подвесная микроларингоскопия (ОПМ), удаление опухоли инструментальным методом; II гр. -13 (52%) больных, которым выполнена ОПМ, удаление опухоли с применением лазера. Для оценки ФФ использовали определение акустических параметров голоса (АППГ) с помощью программного обеспечения "Wavelab 4.0".

Результаты. В I и II гр. у больных до оперативного вмешательства (ОВ) было выявлено одинаковое снижение силы голоса с показателем $32,7 \pm 1,9$ дБ. Через 2 дня после ОВ значение силы голоса (ЗСГ) составило в I гр. $40,3 \pm 0,5$ дБ, во II-25, $1 \pm 0,6$ дБ. Имеет место достоверная разница показателей ($p < 0,001$) с повышением СГ в 1,6 раза в I гр. Через 2 недели ЗСГ составило в I гр. $40,7 \pm 0,5$ дБ, во II-40, $5 \pm 0,7$ дБ. Различия статистически не достоверны ($p > 0,05$). Через 1 месяц после ОВ ЗСГ составило в I гр. $42,5 \pm 1,5$ дБ, во II-57, $7 \pm 0,5$ дБ. Отмечается достоверное повышение СГ в 1,4 раза в II гр. ($p < 0,001$).

Выводы. Данные исследования свидетельствуют о лучшей положительной динамике восстановления ФФ у пациентов, подвергнутых удалению ДНГ с применением лазера, а также более длительными сроками реабилитации. **Summary.** In the research phonatory function of the patients with benign tumors of larynx operated by instrumental method is compared with the same of the patients operated with application of laser. Results of this research indicate better dynamics of the recovery of phonatory function in the operations with the application of laser.

СЛУХОВІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ГОЛОВИ І ШІЇ

HEARING DISORDERS IN PATIENTS WITH PATHOLOGY OF MAGISTRAL VESSELS OF HEAD AND NECK

Коновалов С.Е. / Konovalov S.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Мітін Ю.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра оториноларингології
(зав.каф.: д.мед.н, проф. Ю.В. Мітін)
м. Київ Україна

Вступ: Недостатність заднього церебрального кровотоку залишається однією з основних проблем неврології. Так за даними European Stroke Association оклюзія артерій вертебробазиллярної системи відбувається в 25% випадках, що зв'язують з загальною судинною патологією з поширеністю наближеною до 2 випадків на 1000 населення.

За даними світової літератури майже у 52,6% випадків спостерігаються суттєві зміни з боку слухової функції у

хворих на недостатність заднього кровотоку, хоча скарги на зниження слуху спостерігаються лише в 30-40%. Однак при більш досконалому обстеженні зміни на до клінічному етапі сягають 76% (Grifits T.D., Bates D., Huang M.N., Yamasoba T., Baloh R.W.).

Мета: Дослідити стан слухової системи у пацієнтів з гемодинамічними порушеннями кровообігу по магістральним судинам голови і шії.

Матеріали і методи: У нашому дослідженні ми проаналізували дані 65 хворих з вертебробазиллярною недостатністю і порушеннями слуху. Середній вік пацієнтів групи становив 48 років (35-55). Пацієнти з хворобою Меньєра, отосклеротичними змінами та гострою патологією були виключені з дослідження. Пацієнтів турбували потиличний головний біль, періодичні запаморочення, шум у вухах, нейросенсорна приглухуватість. Всім пацієнтам проводилося доплерографія судин голови та шії, магнітно-резонансна томографія і магнітно-резонансної ангиографія, для підтвердження судинної етіології захворювання. Комплекс обстеження слухової функції включав в себе: тональну порогову аудіометрію, акустичну імпедансометрію, реєстрації коротколатентних латентних слухових викликаних потенціалів та ото-акустичну емісію (ЗВОАЕ, ПСОАЕ).

Результати: Шість пацієнтів (9%) скаржилися на раптову втрату слуху. Ступінь дефіциту класифікувалася за стандартною схемою: незначна (11 – 29dB), помірна (30-59 dB), важка (60-89dB) і повна (> 89 dB). Використовуючи цю класифікацію, незначна глухота була присутня у 43 хворих (66%), помірна у 19 пацієнтів (29%), важка у 3 пацієнтів (5%). ОАЕ була зареєстрована у 37 пацієнтів (57%). КСВП було патологічним у 45 пацієнтів (69%): відсутність I хвилі спостерігалось у 15,5 % випадків (7 пацієнтів), підвищення періоду латентності V хвилі у 62,2% випадках (28 пацієнтів), подовження між пікових інтервалів I-III у 17,8 % (8 пацієнтів), подовження між пікових інтервалів I-V у 4,5 % (2 пацієнти).

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМОДЕКОЗОМ ГЛАЗ

ESTIMATION OF OCULAR SURFACE IN PATIENTS WITH DEMODECOSIS OF THE EYE

Кутузова К. / K. Kutuzova

Научний керівник: д.мед.н., професор
Скрипник Р.Л.

Національний медичний університет
імені А.А. Богомольця

Кафедра офтальмології
(зав. каф.: член-корр. НАМН України,
проф. Г.Д. Жабодов)
г. Київ, Україна

На сьогоднішній день кількість больных с воспалительными заболеваниями век и конъюнктивы неуклонно

увеличивается. Одной из основных причин развития блефаритов является условно – патогенный паразит – клещ рода *Demodex*. *Demodex* обнаруживается у 39-88% больных с блефаритами, в 66% – при множественных халазионах, в 75% – при эписклеритах, в 63,6% случаев – при краевых кератитах. Паразитоносительство встречается в 39% случаев: до 10 лет – 3%, 11-20 лет – 12-29%, 21-40 лет – 30%, 41-60 лет – 50%, после 60 лет – 68-100% с одинаковой частотой у мужчин и женщин. По данным Эфрон Н. (1999), в США клещей обнаружили на удаленных ресницах в возрасте 0-25 лет – у 29% обследованных, 26-50 лет – 53%, 51-90 лет – 67%.

Цель – оценка состояния глазной поверхности у пациентов с демодекозным блефаритом.

Материалы и методы: нами было обследовано 15 пациентов (24 глаза), 7 женщин и 5 мужчин в возрасте 45-70 лет с демодекозным блефаритом. Всем пациентам было проведено общее офтальмологическое обследование (визометрия, тонометрия, биомикроскопия, тест Ширмера), оценка показателя субъективного дискомфорта (оценивали субъективные и объективные проявления хронического воспаления век по 4-балльной шкале), а так же лабораторная диагностика эпиллированных ресниц на *Demodex*.

Результаты: *Demodex* был обнаружен у 12 пациентов. Существенного различия в распространенности между мужчинами и женщинами выявлено не было. Пациенты предъявляли жалобы на усталость глаз – 2 балла, слезотечение – 2 балла, зуд ресничного края век – 4 балла, чувство инородного тела в глазах – 3 балла, тяжесть век – 4 балла и вязкое отделяемое по утрам – 3 балла. При микробиологическом исследовании конъюнктивы у 80% пациентов был обнаружен *Staph. aureus*. При биомикроскопии было выявлено: дистрофические изменения ресниц – 2 пациента (2,4%), гиперемия конъюнктивы – 6 пациентов (7,2%), выделения с конъюнктивальной полости – 6 пациентов (7,2%), папиллярная гипертрофия конъюнктивы – 9 пациентов (10,8%), демодекозный эписклерит – 2 пациента (2,4%). При проведении пробы Ширмера у 15 пациентов был выявлен синдром “сухого глаза”.

Выводы: Демодекс оказывает токсико – аллергическое действие на конъюнктиву, роговицу и другие оболочки глаза, поэтому оценка состояния глазной поверхности у таких пациентов играет важную роль в диагностике и назначении адекватной фармакотерапии. Всем пациентам необходимо включать курс лечения препараты искусственной слезы.

Abstract: *Demodex* renders toxic and allergic action on a conjunctiva, a cornea and other covers of an eye. The estimation of a condition of an eye surface at such patients plays an important role in diagnostics and appointment of adequate pharmacotherapy. It is necessary for all patients to include course of treatment preparations of artificial tear.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФРОНТИТУ

FEATURES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT FRONTITIS

Лобурець А.В. / A. Loburets

Науковий керівник: д.мед.н., проф. С.Б. Безшапочний
Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”

Кафедра оториноларингології з офтальмологією
(зав. каф.: д.мед.н., проф., С.Б. Безшапочний)
м. Полтава, Україна

Фронтит є розповсюдженим захворюванням в ЛОР-практиці. Він складає 18% серед інших синуситів, може призводити до розвитку важких ускладнень. З впровадженням ендоскопічних технологій, погляди на діагностику та лікування цих захворювань істотно змінилися.

Нами було проліковано 46 хворих на гострі та хронічні форми фронтиту. Метою дослідження було з'ясування стану остіомеатального комплексу та її елементу – лобної кишені у хворих на різні форми фронтиту.

Новизна роботи полягає у тому, що дослідження ділянки дренажного отвору лобної пазухи проводилось з боку порожнини носа – лобної кишені. Традиційно методи діагностики та лікування включали проведення екстраназальної фронтотомії. При цьому пошкодження ділянки дренажного отвору з боку лобної пазухи в більшості випадків призводило до його рубцювання.

При проведенні оптичної ендоскопії досліджувалися особливості будови остіомеатального комплексу і лобної кишені. Застосовувалися ендоскопи з різним кутом зору. При виявленні патологічних утворень – грануляцій, поліпів, кіст проводилось їх видалення. Слизова оболонка максимально зберігалася. Після візуалізації дренажного отвору пазухи в нього вводився зонд-провідник. По зонду у лобну пазуху вводилася дренажна трубка діаметром близько 0,2 см. Як провідник і дренаж ми використовували стандартний набір для катетеризації підключичної вени.

Спостереження у динаміці показали високу ефективність дренування лобної пазухи через природний вивідний отвір. У хворих із проведеною радикально фронтотомією завдяки застосуванню ефективної медикаментозної терапії не спостерігалось вираженого рубцювання штучного співустя.

Summary. Frontal sinusitis is a common disorder in otorhinolaryngological practice. The introduction into clinical practice of endoscopic technology has changed the views on the issues of diagnosis and treatment of frontal sinusitis. The most effective methods of treatment are surgical intervention. Observations have shown high efficiency of frontal sinus drainage through natural hole.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОСПОРИНОВ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧНОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА**CYCLOSPORINE USE IN TREATMENT OF RECURRENT HERPETIC KERATITIS***Моисеенко Т. / Moiseenko T.**Научный руководитель: к.мед.н., доц. С.А. Лупырь
ГУ "Луганский государственный
медицинский университет"**Кафедра офтальмологии
(зав. каф.: д.мед.н., проф. А.М. Петруня)
г. Луганск, Украина*

Актуальность темы. Среди герпетических поражений глаз на послепервичный герпетический кератит (ГК) приходится более 90% случаев. Без профилактического лечения рецидивы возникают в течение года у 33 % лиц, в течение 2 лет – у 66 %. Особенно тяжелыми являются последствия рецидивирующих кератитов в виде помутнений роговицы, новообразованных сосудов слабой смешанной инъекции и длительного корнеального синдрома.

Цель исследования – изучение эффективности циклоспоринов в лечении и профилактике осложненных хронического герпетического кератита.

Задача – оценить клиническую эффективность циклоспоринов в лечении и профилактике осложненных хронического герпетического кератита.

Материалы и методы: Под наблюдением находилась пациентка П., 2002 г.р. с диагнозом: Хронический рецидивирующий герпетический кератит левого глаза. Болеет около 2 лет. Рецидивы заболевания возникают очень часто, около 1 раза в 1-2 месяца с дальнейшим прогрессом клинической картины и усилением последствий. Динамика заболевания после предыдущего лечения препаратами ацикловира слабopоложительная: сохраняется легкая болезненность и светобоязнь левого глаза, глаз слабо раздражен, видны множественные новообразованные сосуды, остаточный отек роговицы, формируется рубец.

Циклоспорин в глазной лекарственной форме в однократной дозировке, то есть без консервантов, применялся в виде капель Рестазис. Этот препарат показан для пациентов с синдромом сухого глаза и иными воспалительными заболеваниями.

Результаты: Циклоспорин назначался на протяжении полутора месяцев с регулярным контролем и фоторегистрацией каждую неделю. После назначения препарата состояние значительно улучшилось: глаз спокоен, началось выраженное запустевание и склероз новообразованных сосудов роговицы. Помутнение уменьшилось и приобрело более отчетливые контуры. Корнеальный синдром полностью отсутствует.

Выводы: Лечение и профилактика последствий хронического рецидивирующего герпетического кератита с применением циклоспоринов является весьма эффективным и позволяет получить хорошие результаты исходов и значительно сократить сроки лечения больных.

Abstract: The treatment of chronic recurrent herpetic keratitis with the use of the drug with Cyclosporine is effective enough and gives good results of outcomes and reduce the time of treatment.

ВИВЧЕННЯ ВЕЛИЧИН І ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛУ КОНТАКТНИХ ТИСКІВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ НАКІСНИХ МІНІПЛАСТИН*Назар Алі, Циж Ольга**Науковий керівник: к.мед.н., ас. Копчак А.В.**Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця**Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. Маланчук В.О.)
м. Київ, Україна*

Вступ. На сьогоднішній день, лікування травматичних ушкоджень нижньої щелепи нерідко потребує застосування відкритої репозиції та фіксації кісткових уламків із застосуванням різноманітних фіксуєчих пристроїв. Значного поширення набули методи, основані на використанні титанових накісних мініпластин, що мають різну форму, розміри та конструкційні особливості. Прагнення до функціонально-стабільної фіксації, що дозволяє скоротити тривалість або повністю відмовитися від іммобілізації нижньої щелепи в післяопераційному періоді, призводить до збільшення кількості пластин, що використовують для фіксації уламків, зумовлює більш широке використання великих реконструктивних пластин, технік біпланарної фіксації та компресійного остеосинтезу. Водночас хірургічне лікування переломів із використанням накісних фіксаторів супроводжується низкою негативних ефектів, зокрема – виникненням локального остеопору, резорбцією та атрофією кістки на ділянці встановлення пластини, порушеннями локальної гемодинаміки та уповільненням репаративних процесів. Одним з механізмів, що зумовлюють це, є статичні навантаження в системах фіксатор-кістка. Контактні тиски між елементами фіксації і кістковою тканиною, які виникають при проведенні остеосинтезу, діють протягом тривалого часу і на думку авторів можуть сягати значної величини, що перевищує компенсаторну здатність ушкодженої кісткової тканини. При цьому вони зумовлюють низку біологічних та фізико-механічних ефектів, які суттєво впливають на ефективність лікування постраждалих з переломами щелеп.

Мета роботи: Вивчення в експерименті величини і особливостей розподілу контактних тисків, що виникають між пластиною і поверхнею кістки та між раньовими поверхнями кісткових уламків при остеосинтезі нижньої щелепи в залежності від типу пластини і особливостей її адаптації до поверхні кістки.

Матеріали і методи: Визначення величини і особливостей розподілу тисків виконували із застосуванням

вимірювальних плівок Fuji Prescale Pressure Measuring System (Fuji Photo Film Co., Ltd., Японія). Вимірювальна плівка містить мікрокапсули з барвником, які під дією зовнішнього тиску руйнуються. Реакція, що проходить в наступному, призводить до утворення стійкого червоного забарвлення в місці контакту. Інтенсивність забарвлення пропорційна силі. Вимірювальну плівку розташовували на поверхні кістки під пластиною після чого проводили фіксацію пластини шурупами. Відбиток отриманий на плівці оцифровували і аналізували в спеціально розробленій комп'ютерній програмі.

Розподіл контактних тисків вивчали при встановленні мініпластин товщиною 1 мм із монокортикальною фіксацією та реконструктивних пластин товщиною 1,5 мм, фіксованих бікортикально. Для кожного типу пластин було проведено по 2 досліді. В першому досліді пластину попередньо вигинали відповідно до рельєфу поверхні щелепи на ділянці фіксації. В другому – встановлювали неадаптовану до поверхні кістки пластину. Її адаптація до підлеглого кортикального шару в цьому випадку відбувалась в процесі укручування шурупів.

Результати: В ході проведення досліджень було встановлено, що при застосуванні традиційних мініпластин з монокортикальною фіксацією в разі їх точної адаптації до поверхні кістки, величина тиску спричиненого пластиною, була меншою за 10 МПа. Тиск такої величини не спричиняє резорбції та атрофії кортикального шару кістки, суттєвих порушень гемодинаміки та обмінних процесів в середині щелепи. Дещо більшими контактні тиски виявлялися на ділянці встановлення шурупів і були зумовлені тиском першого витка різьби на поверхню кортексу, при цьому найбільший тиск виникав на ділянці шурупів, що укручувались першими. При застосуванні товстіших пластин, попередньо вигнутих по поверхні кістки, характер розподілу тисків суттєво не відрізнялася, а їх величина зростала незначною мірою.

В разі, якщо пластина за формою не відповідала поверхні кістки розподіл контактних тисків під нею змінювався якісно. В процесі укручування шурупів, що відбувалось з певним зусиллям, пластина згиналась, набуваючи більшої відповідності рельєфу поверхні підлеглої кістки, при цьому на поверхні кістки виникали ділянки із локальною концентрацією тисків де тиск становив від 20 до 40 МПа. На окремих невеликих площадках величина тиску виявлялася більшою за 40 МПа, але не перевищувала 50 МПа. При застосуванні неадаптованих реконструктивних пластин величина тиску і площа перевантажених ділянок виявлялися більшими ніж при застосуванні мініпластин. Так площа ділянок де тиск перевищував 40 МПа була більше майже в 10 разів, а його максимальна величина досягала чи перевищувала 50 МПа.

Висновки: Контактні тиски, що виникають між фіксатором і кісткою при проведенні остеосинтезу нижньої щелепи накісними пластинами можуть бути досить значними і на певних ділянках сягати небезпечних значень. Більша величина контактних тисків пов'язана із застосуванням пластин більшої товщини та пластин, форма яких попередньо не адаптована до рельєфу поверхні кістки.

СУЧАСНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ХРОНІЧНИХ КОН'ЮНКТИВІТІВ

MODERN ANTIBIOTIC THERAPY OF CHRONIC CONJUNCTIVITIS

*Насташенко О.І., Сковпень Т.В., Антоненко О.В. /
Nestashenko O., Skovpen' T., Antonenko O.*

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

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра офтальмології

(зав.каф.: член-кор. НАМН України,

проф. Жабєдов Г.Д.)

м. Київ, Україна

За даними ВООЗ протягом останніх 10 років збільшується кількість запальних захворювань переднього відділу ока. Вони складають до 50% випадків первинного звернення до офтальмолога. Гострі та хронічні захворювання переднього відділу ока у 10-30% випадків призводять до сліпоти, з ними пов'язано до 80 % непрацездатності. Найпоширенішими в Україні серед них є кон'юнктивіти.

Мета – оцінити терапевтичну ефективність ципрофлоксацину (очні краплі Флоксимед) та диклофенаку натрію (очні краплі Клодіфен) у лікуванні хронічних кон'юнктивітів.

Матеріали та методи: під нашим спостереженням знаходилось 30 хворих (60 очей) з хронічними кон'юнктивітами у віці від 22 до 58 років. Усім хворим проводили загальне офтальмологічне обстеження (візометрія, тонометрія, периметрія, біомікроскопія), оцінку суб'єктивних та об'єктивних ознак запалення за шкалою (NathanEfron, 2004) та бактеріологічне обстеження посівів с кон'юнктиви. Пацієнти були розподілені на 2 групи. Перша група (15 чоловік) – місцево отримувала ципрофлоксацин (в очних краплях Флоксимед), друга група (15 чоловік) – місцево отримували ципрофлоксацин та диклофенак натрію (в очних краплях Клодіфен). В обох групах додаткова терапія включала застосування бесконсервантних форм гіалуронової кислоти та декспантенолу (Хіло-Комод). Препарати призначали по одній краплі від 3 до 6 разів на день залежно від вираженості запального процесу. Порівняльна оцінка ефективності лікування в обох групах проводилась з урахуванням термінів об'єктивного та суб'єктивного покращення, ліквідації запальних явищ, динаміці зорових функцій ока та тривалості лікування хворих.

Результати: Всі пацієнти мали скарги на почервоніння, свербіж, слезотечу, важкість відкриття очей з ранку, відчуття чужорідного тіла в очах, втому при зоровій роботі. За даними бактеріологічного дослідження була виявлена патологічна мікрофлора кон'юнктиви (*S.aureus*) у 22 (78%) пацієнтів, у 4 (%) – *Ch. Trachomatis*, а у 4 (12%) пацієнтів посів на мікрофлору росту не дав. До початку лікування в обох групах ступінь вираженості запального процесу була однаковою. Вже на 3й день лікування у 2 групі пацієнтів спостерігалось зменшення гіперемії, виділень, зменшувалась

сльозотеча, в той час, як у 1 групі зменшення запальних явищ відбулося лише на 5 день. Суб'єктивні відчуття хворих та зорові функції також покращувались.

Висновки: Таким чином, сумісне застосування ципрофлоксацину та диклофенаку натрію у хворих на хронічні кон'юнктивіти бактеріальної етіології характеризується вираженою терапевтичною ефективністю та зменшує тривалість лікування.

Abstract: Combined use of ciprofloxacin and diclofenac sodium in patients with chronic conjunctivitis characterized of therapeutic efficiency.

ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОВАНОЇ ДИСТИЛЬОВАНОЇ ВОДИ ДЛЯ ДЕКОНТАМІНАЦІЇ ТА АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ ПОВЕРХНІ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ

APPLICATION OF THE OZONE DISTILLED WATER FOR DECONTAMINATION AND ANTISEPTIC SURFACE TREATMENT OF THE DENTAL IMPLANTS

Олійник А. / Oliynuk A.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології ФПО

*(зав. каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Вовк)
м. Львів, Україна*

Для антисептичної обробки поверхонь імплантатів, протезних конструкцій і періімплантатних тканин найчастіше використовують розчин хлоргексидину біглюконату в концентрації 0,1-0,2%, який визнано найефективнішим засобом для терапії після механічної очистки імплантатів. Однак, його застосування протипоказано при використанні концентрацій понад 0,2%, для нанесення в ділянках зубо-щелепової системи з оголеною кістковою тканиною, при хронічних запальних процесах у м'яких тканинах зі здовженням їх загоєнням; при надмірному застосуванні здатний викликати десквамацію епітеліального покриву слизової оболонки ротової порожнини.

Ми пропонуємо використовувати з метою деконтамінації та антисептичної обробки озоновану дистильовану воду (ОДВ).

Суть методики полягала у постійному промиванні та імпульсній іригації періімплантатних тканин впродовж 1-2 хвилин, кожної інфекційно-забрудненої поверхні імплантата та протезної конструкції ОДВ з концентрацією озону 12 мг/л. Промивання здійснювали щодня, але не більше 5-7 днів, у залежності від швидкості очищення рани. Усім пацієнтам проводилось мікробіологічне дослідження поверхні дентальних імплантатів до та після проведення лікувальних маніпуляцій.

Після проведення механічної та медикаментозної очистки поверхні дентальних імплантатів ОДВ мікробіологічне дослідження показало практичну стерильність останніх.

Місцеве застосування ОДВ показало, що її бактерицидний потенціал співрозмірний з таким 0,2% розчину хлоргексидину при ряді переваг: високі дози озону не впливають негативно на організм, до озону не виникає резистентності мікроорганізмів. Це дозволяє знизити кількість лікарських препаратів, а у деяких випадках повністю відмовитись від їх застосування.

Summary: The article presents the method and results of the use of ozone distilled water on the purpose of decontamination and antiseptic surface medication of dental implants. The bactericide potential of ozone distilled water is shown to be comparative to 0,2% of chlorhexidine solution, but the advantages of ozone therapy reduces the number of drugs, and in some cases completely waive their application.

КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА ГУБ

CONTOURING PLASTIC OF THE LIPS

Острожний А.В. / A. Ostroznyi

Научный руководитель: к.мед.н., асс. А.В. Копчак

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины, д.мед.н., проф. В.А. Маланчук)

г. Киев, Украина

Многие ощущают себя гораздо лучше, когда выглядят молодо. Однако старение – процесс, который невозможно остановить. С возрастом изменяются свойства всех тканей тела человека, и губы не являются исключением: их внешний вид и характеристики с течением времени так же становятся иными. Губы не только играют важную функциональную значимость при разговоре или употреблении пищи, но и являются и еще важным эстетическим элементом лица. Над вопросами пластики губ, задумывались еще в конце 19 столетия применяя воск, парафин или золотые нити. С развитием биоинженерных технологий пластика шагнула далеко вперед. Были разработаны препараты на основе гиалуроновой и полимолочной кислоты и различный спектр методик, которые давали положительный результат и практически исключали риск возникновения осложнений. С течением времени, наиболее приемлемыми и популярными методами пластики губ стали: инъекционный, хирургический и аппаратный. Одну из значимых на сегодня позиций занимает инъекционный метод контурной пластики губ, который подразумевает введение биогелей: перманентных, что давали более длительный эффект, но повышали риск потенциальных осложнений или биодеградирующих, что практически исключают риск возникновения осложнений, но имели короткий период действия, в толщу красной каймы губы, придавая тем самым необходимой формы и объема. Пациенты от начала до конца наблюдают за проведением

процедуры, видят ее результат и могут высказывать свои пожелания не только до процедуры, но и прямо во время ее проведения. Благодаря этому хирург может своевременно внести все необходимые коррективы и добиться результата идеального соответствующего всем требованиям пациента. Как и любая другая процедура, инъекции биогеля имеют ряд показаний и правил, придерживаясь которых можно достичь желаемого результата и снизить риск возникновения осложнений. Несмотря на все достоинства инъекционного метода контурной пластики губ он не является панацеей, но как метод выбора всегда должен присутствовать в арсенале практикующего врача.

Действительно, инъекционная методика увеличения губ имеет массу преимуществ – быстрый видимый результат, короткий послеоперационный период – нет необходимости в подготовке к процедуре, полное отсутствие шрамов и достаточно пролонгированное действие препарата. Введение позволяют не только увеличить объем губ, но и исправить их форму, подчеркнуть или даже создать отсутствующий контур губ, добавить недостающие объемы именно там, где это требуется, чтобы добиться желаемой формы губ.

Summary: Indeed, injection of the lip augmentation technique has many advantages – fast, visible results, the short postoperative period – no need to prepare for the procedure, the total absence of scars and sufficiently prolonged action of the drug. Introduction allow us not only to increase lip volume, but also to correct their shape, stress, or even create the missing contour of the lips, add the missing volumes exactly where it is required to achieve the desired shape of the lips.

ДЛИННОВОЛНОВАЯ ФУНДУСГРАФИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА

LONG – WAVE FUNDUSGRAPHY – NEW METHOD OF REGISTRATION OF OCULAR FUNDUS IMAGE

Павленко Ю.Р. / J.Pavlenko

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Скрипник Р.Л.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

*Кафедра офтальмологии
(зав.каф.: член-корр. НАМН Украины,
д.мед.н., проф. Г.Д.Жабоедов)
г. Киев, Украина*

Актуальность: В настоящее время большое внимание уделяется не инвазивным информативным методам исследования глазного дна. На сегодняшний день для визуализации глазного дна используют флюоресцентную и индоцианиновую ангиографии, которые проводят при полном мидриазе и внутривенном введении контрастного вещества, что может привести к развитию аллергических реакций, и противопоказано при некоторых общих заболеваниях.

Последнее время в офтальмологии использовать метод длинноволновой фундусграфии, при помощи которого можно визуализировать сосуды хориоидеи и патологические изменения сетчатки без введения контрастного вещества и медикаментозного мидриаза.

Материалы и методы: Использовался прибор ИРИС для визуализации и регистрации изображения глазного дна. Методика заключается в следующем: источник излучения направляется на край нижнего или верхнего века с темпоральной стороны и освещает глазное дно через кожные покровы. На данный момент существует два источника излучения с длинами волн в 660нм и 940 нм.

Всего было исследовано 15 больных (30 глаз) возрастом от 50 до 75 лет с диабетической ангиоретинопатией – 8, с глаукомой – 2, с сухой формой возрастной макулодистрофии – 5.

При просвечивании 660 нм было хорошо видно диск зрительного нерва, который имеет светлый оттенок, центральные артерии и вены, а также макулярная область.

При просвечивании с длиной волны в 940нм зрительный нерв имеет вид темного круга с четкими границами, хороши видны сосуды хориоидеи которые имеет также темный оттенок.

Выводы: Метод длинноволновой фундусграфии простой, легко переносится пациентами, неинвазивный и может проводиться на узком зрачке и давать широкое поле обзора глазного дна. Длинноволновая фундусграфия дает возможность изучать сосуды глазного дна, диск зрительного нерва, макулярную область и периферию глазного дна.

Abstract: The method presented makes it possible to conduct registration of ocular fundus image, allowing thus the detection of early changes in layer of pigment epithelium and Bruch's membrane. It should be noted that this method is simple, easy for patients, noninvasive, and can be practiced on narrow pupil providing wide field of view on ocular fundus.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАН НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ГОСТРИХ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

FUNCTIONAL STATE OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE AT ACUTE ODONTOGENIC INFLAMMATORY PROCESSES OF LOWER JAW

Павловський Л.Л. / Pavlovskiy L.

*Науковий керівник: член-корр. НАМН України,
д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
(зав.каф.: член-корр. НАМН України,
д.мед.н., проф. Маланчук В.О.)
м. Київ, Україна*

Проблема гострих одонтогенних запальних захворювань нижньої щелепи є однією з центральних у сучасній

стоматології та щелепно-лицевій хірургії, частота яких залишається високою. Вивчення функціонального стану і глибини ураження нижньоальвеолярного нерва при даній групі захворювань формують актуальність та науково-практичне значення даного напрямку дослідження.

Метою роботи було визначити функціональний стан нижньоальвеолярного нерва за допомогою стимуляційної електронейрографії. Для цього було проведено обстеження 32 хворих у віці від 18 до 57 років з гострими одонтогенними запальними захворюваннями нижньої щелепи. За нозологічними формами їх розділили на 3 групи: 1 група – 9 хворих з гострим одонтогенним періоститом нижньої щелепи, 2 група – 14 хворих з одонтогенними абсцесами і флегмонами; 3 група – 9 хворих з гострим одонтогенним остеомієлітом нижньої щелепи. Контрольну групу (5 осіб) становили особи без патології щелепно-лицевої ділянки. Дослідження виконували за допомогою апаратно-програмного комплексу Нейро-МВП-4. Всім хворим проводилися обстеження симетричних сторін нижньої щелепи за сенсорною антидромною методикою.

В результаті досліджень з'ясувалося, що амплітуда потенціалу дії (ПД) нижньоальвеолярного нерва в нормі складає $1,48 \pm 0,34$ мВ. Середній показник у пацієнтів 1 групи варіював і становив у 6 хворих – $12,3 \pm 1,35$ мВ, 3 – $1,75 \pm 0,53$ мВ. Дані показники свідчили про наявність запальної невротатії, вираженість якої залежала від локалізації “причинного” зуба. Показники амплітуди ПД нерва у хворих 2 групи також значно відрізнялися від нормальних, що вказувало на виражену невротатію. Крім того, дані відрізнялися між собою – $20,46 \pm 3,69$ мВ \ $42,6 \pm 3,73$ мВ і відповідали тяжкості запального процесу. Амплітудні показники в 3 групі були значно знижені ($0,53 \pm 0,21$ мВ), що характерно для компресійно-ішемічної невротатії, яка може виникнути при внутрішньокістковій гіпертензії нижньої щелепи і компресії судинно-нервового пучка в нижньощелепному каналі. Отримані результати були характерні для всіх пацієнтів з гострим одонтогенним остеомієлітом нижньої щелепи і не залежали від локалізації “причинного” зуба.

В результаті вищевикладеного були зроблені наступні висновки:

1. Стимуляційна електронейрографія є об'єктивним методом оцінки функціонального стану нижньоальвеолярного нерва при гострих одонтогенних запальних захворюваннях нижньої щелепи.

2. Функціональні порушення нижньоальвеолярного нерва характерні для всіх гострих одонтогенних запальних процесів, вираженість яких залежить від локалізації “причинного” зуба і тяжкості запального процесу.

3. Для гострих одонтогенних запальних процесів м'яких тканин характерні зміни нерва за типом запальної невротатії, в той час як для гострого одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи – зміни компресійно-ішемічного характеру.

СКРИНИНГСИНДРОМА “СУХОГО ГЛАЗА” У ЖЕНЩИН ПРИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

SKRINING “DRY EYE” SYNDROME BESIDE WOMANS UNDER GORMON DYSFUNCTIONS

*Павловский С.А., Тихончук Н.А. /
Pavlovskiy S.A., Tihonchuk N.A.*

*Научный руководитель: д.мед.н.,
проф. Р.Л. Скрипник*

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца*

Кафедра офтальмологии

*(зав.каф.: член-корр. НАМН Украины,
д.мед.н., проф. Г.Д.Жабоедов)
г. Киев, Украина*

Синдром “сухого глаза” (ССГ) в структуре первичных обращений к офтальмологу составляет 30% – 45%. Скрининговое исследование “DE-Screen” 2008-2009 года позволило выявить, что распространенность ССГ у женщин в Украине старше 40 лет составляет 57,3%.

ССГ это нарушение слезной пленки вследствие недостатка слезы или ее избыточного испарения, приводящее к повреждению межпальпебральной поверхности глазного яблока и связанное с проявлением дискомфорта.

Наличие ССГ ухудшает прогноз проведения контактных диагностических процедур, рефракционных операций, является причиной плохой переносимости контактных линз, а субъективные жалобы больных ухудшают качество жизни пациентов.

Среди многих причин нарушений слезной секреции при ССГ выделяют гормональные нарушения у женщин, а именно климактерический и постовариоэктомический синдромы. Удельный вес таких нарушений в структуре ССГ у больных старше 40 лет составляет 48%. В патогенезе развивающегося ССГ лежит экстрагенитальный эстрогенодефицит, который в итоге приводит к выраженному снижению продукции муцинов бокаловидными клетками конъюнктивы. В результате гидрофильный слой слезной пленки истончается, а она сама утрачивает свою стабильность.

Целью исследования явилось изучение особенностей синдрома сухого глаза у женщин старшей возрастной группы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 67 женщин. от 42 до 63 лет. Среди них у 38 пациенток диагностирована легкая степень ССГ, у 29 – средняя степень, тяжелая степень не диагностировалась. Срок заболевания пациентов составил от 2 месяцев до 3 лет.

Всем пациенткам проводили традиционное офтальмологическое обследование, а также определяли величины суммарной и основной слезопродукции (пробы по O.Schirmer и L.T.Jones), стабильность прероговичной слезной пленки (по M.S.Nom), индекс высоты слезного мениска. Также для оценки симптомов и тяжести заболевания ССГ использовали тестовый опросник “Индекс

заболевания поверхности глаза” (Ocular Surface Disease Index, OSDI).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных заболеваемость ССГ составила 83,5% (56 пациенток). Симптомами ССГ явилось ощущение сухости, жжения и чувства инородного тела в конъюнктивальной полости, уменьшение или отсутствие слезных менисков, складка бульбарной конъюнктивы, локализуемая над свободным краем нижнего века, отмечалось умеренное снижение стабильности прекорнеальной слезной пленки в сочетании с повышением всех компонентов слезопродукции. Проба Ширмера составила в среднем $-9,3 \pm 0,4$ мм, проба Джонса- $7,7 \pm 0,4$ мм, при проведении пробы Норна отмечено снижение стабильности прекорнеальной слезной пленки до $6,8 \pm 0,7$ сек., индекс высоты слезного мениска составил в среднем $0,7 \pm 0,3$.

Выводы. Для раннего выявления заболевания и оптимизации лечения ССГ у женщин при гормональной дисфункции целесообразным является проведение комплексной диагностики и использование тестового опросника OSDI. Это будет способствовать определению степени тяжести нарушений и достижению комплайенса для этой категории пациентов.

Abstract: For early revealing of disease and optimization of treatment ССГ at women at hormonal dysfunction carrying out of complex diagnostics and use of test questionnaire OSDI is expedient

ТОКСИЧНІ УРАЖЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕПІ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА

TOXIC LESION OF BONE TISSUE OF JAW'S: PATHOGENETIC FEATURES AND CLINICAL DIAGNOSIS

Паливода Р.С./ R. Palivoda

Науковий керівник: к.мед.н., ас. А.В. Копчак

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. В.О. Маланчук)
м. Київ, Україна*

На тлі інтенсивного розвитку фармакологічного ринку, удосконалення методів комплексного лікування онкологічних захворювань зростає число небажаних впливів побічних ефектів хімічних сполук на організм людини. Розвиток дифузних токсичних уражень кісткової тканини (ТУКТ) щелеп у вигляді некротизації значних ділянок кістки та розвитку остеомієліту може бути зумовлений прийомом бісфосфонатів (БФ), наркотичних речовин кустарного виробництва, глюкокортикоїдів, отруєннях фосфором, довготривалою радіотерапією у поєднанні з хіміотерапією тощо.

Мета: порівняти клінічну картину та патогенетичні особливості різних форм ТУКТ щелеп за даними літературного огляду та ретроспективного аналізу матеріалів клініки щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця.

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз 25 історій хвороб з ТУКТ щелеп та 3 пацієнтів з бісфосфонатним остеонекрозом (БОН). Отримана з історій хвороб інформація про особливості виникнення, патогенез, клінічну та рентгенологічну картину, план лікування порівнювалися з даними про перебіг гнійно-некротичних уражень щелеп на тлі інтоксикації фосфором, миш'яком, вживанні глюкокортикоїдів, при кесонній хворобі та остеорадіонекрозі.

Результати: дифузні гнійно-некротичні процеси на фоні прийому наркотичних речовин кустарного виробництва та препаратів бісфосфонатної групи супроводжується важким і атипичним перебігом. Ураження кісткової тканини щелеп та інших кісток обличчя дифузного характеру разом з появою виразкових процесів на слизовій оболонці призводить до утворення секвестрів великого розміру, довготривалої хронічної інтоксикації. БОН може розвинути після прийому пероральних форм БФ впродовж 22-39 міс. і проявляється у 65% на нижній щелепі, 26% – на верхній щелепі, у 9% уражаються обидві щелепи. За клінічною картиною БОН подібний загалом до ТУКТ на фоні наркотичної залежності, а також інтоксикаціях фосфором, миш'яком, ртуттю, при кесонній хворобі, остеорадіонекрозі, прийомі глюкокортикоїдів, гіповітамінозах, цукровому діабеті. Відповідно патогенетична картина є спільною і полягає в порушенні васкуляризації, системи гомеостазу, виникненні імуносупресії.

Висновок: розвиток ТУКТ різної етіології має особливі клінічні ознаки та механізми патогенезу. Принципи лікування, прогноз та профілактика цих захворювань є індивідуальними та водночас стосуються порушення функціонування і основних систем організму (нервової, сечовидільної, дихальної, ШКТ), що потрібно завжди враховувати.

Summary: The development TLBT with different etiology has specific clinical features and mechanisms of pathogenesis. The principles of treatment, prognosis and prevention of these diseases are the individual and also concern bad function the major body systems (nervous, urinary, respiratory, gastrointestinal), which should always be considered.

**ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЦЕСУ
КОНСОЛІДАЦІЇ ВІДЛАМКІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ
ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ТА ХІРУРГІЧНОМУ
МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ**

**COMPARISON OF CONSOLIDATION PROCESSES
OF THE LOWER JAW FRACTURES AFTER USING
SURGICAL AND NON-SURGICAL METHODS
OF TREATMENT**

Палій А.В. / A.Paliy

*Науковий керівник: к.мед.н., проф. І.М. Готь
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
(зав.каф.: к.мед.н., проф. І.М. Готь)
м. Львів, Україна*

Актуальність. Злами нижньої щелепи посідають одне з перших місць серед травматичних ушкоджень кісток лица, а в процесі їх лікування часто виникають ускладнення.

Мета. Порівняння особливостей процесу консолідації відламків при консервативному та хірургічному методах лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено 20 осіб з діагностованим переломом нижньої щелепи різної локалізації. Пацієнтам було проведено рентгенологічне (Rtg) та ультрасонографічне (УСГ) обстеження на початку лікування та на 21-й день після іммобілізації відламків щелепи. Під час хірургічного лікування використовувалися методи остеосинтезу титановими мініпластинами та кісткового шва (1 група); при консервативному лікуванні застосовувався метод двощелепового назубного шинування дротяними шинами (2 група). Критерії оцінки: 1) інтенсивність рентгенологічної тіні в лінії зламу; 2) співвідношення відламків; 3) стан країв кісткових фрагментів; 4) величина діастази між фрагментами.

Результати. 1. Після проведеного лікування у 1 групи спостерігалось значне зменшення інтенсивності Rtg тіні лінії зламу; у пацієнтів 2 групи зміна інтенсивності не була суттєва; 2. Репозиція відламків була кращою у 1 групи, що підтверджується результатами Rtg та УСГ; 3. Тканинна реакція в лінії зламу на рентгенограмі у пацієнтів 1 групи була мінімальною, у 2 групі резорбція кісткової тканини спостерігалась в більшій мірі; 4. Зменшення діастази між фрагментами становило у 1 групі – на 72,58% від початкового значення; у 2 групі – на 20,17%.

Висновки: При використанні хірургічних методів лікування зламів нижньої щелепи зменшується термін та оптимізується процес формування кісткового мозолу. Утворення мозолу проходить у залежності від ширини щілини між фрагментами, тому під час оперативного втручання чи консервативного лікування слід застосовувати компресію фрагментів при репозиції та фіксації відламків.

Summary: In order to compare surgical and non-surgical methods of treatment we conducted the X-ray and ultrasonic examination of 20 patients with lower jaw fractures in the process of consolidation.

**ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ СЛЕЗНОЙ
ЖИДКОСТИ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ
ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЛИНЗАМИ**

**OBJECTIVE ESTIMATION OF CHANGES OF A
TEARS AT USERS ORTHOCERATOLOGY LENSES**

Пархомец Р.А. / R. Parhomets

*Научный руководитель: к.мед.н.,
доцент С.А. Лупырь*

*Луганский государственный
медицинский университет*

*Кафедра офтальмологии
и оториноларингологии*

*(зав. каф. – д.мед.н., проф. А.М. Петруня)
г. Луганск, Украина*

Цель исследования: Изучить картину кристаллизационных узоров слезной жидкости у пользователей рефракционной терапии.

Задачи исследования: 1. Определить изменения в структуре слезной жидкости у пользователей ОК линзами с помощью теста на образование кристаллизационных узоров. 2. Исследовать влияние длительности пользования ОК линзами на показатели слезопродукции и картину кристаллизационных узоров

Материалы и методы: В исследование приняли участие 32 человека (64 глаза), в возрасте от 10 до 50 лет. Исследуемые разделены на 2 группы. I группа – пользователи рефракционной терапией – 16 человек (32 глаза) с миопией различной степени. II группа (контрольная) – 16 человек (32 глаза) – здоровые лица, не имеющие никаких жалоб со стороны органа зрения. Исследование проводилось на базе офтальмологического центра и включало себя: общее офтальмологическое обследование, тест Ширмера, забор слезы микропипеткой. Слеза наносилась на маркированное предметное стекло в виде круглой капли. Кристаллизационные узоры высушенной капли слезной жидкости рассматривались в микроскоп при увеличении 100х. Результаты кристаллоскопии оценивались по классификации Rieger (1994).

Результаты исследования. При объективной оценке слезопродукции тестом Ширмера выявлено: 22 (68,75%) – ≥ 15 мм – норма, 2 (6,25%) – > 10 до 15 мм – начинающаяся недостаточность, 5 (15,62%) – > 5 до 10 мм – выраженная недостаточность, 3 (9,38%) – ≤ 5 мм – тяжелая недостаточность. При этом лица с выявленным снижением слезопродукции выраженной и тяжелой степени пользуются ОК-линзами в течение 2-х и более лет. В II группе начинающаяся недостаточность выработки слезной жидкости выявлена на 2 глазах (6,25%), а на 30 глазах слезопродукция оказалась нормальной. Результаты теста на образование кристаллизационных узоров в I группе: однородная кристаллизация без пустот по всей площади капли – 6 образцов слезы (18,75%), менее выраженный узор кристаллизации с небольшими пустотами – 10 (31,25%), неполные узоры кристаллизации разделены большими пустотами – 4 (12,5%), видны лишь отдельные

групи кристаллов, присутствует детрит – 6(18,75%), полное отсутствие кристаллов, детрит – 2 образца (6,25%). У 4 исследуемых кристаллоскопией провести не удалось из-за малого количества слезной жидкости. В контрольной группе (II) однородная кристаллизация без пустот по всей площади капли выявлена на 16 образцах слезы(%), менее выраженный узор кристаллизации с небольшими пустотами – 14 (%), неполные узоры кристаллизации, разделенные большими пустотами – 2(%).

Выводы: По результатам теста Ширмера установлено, что изменения слезопродукции выраженной и тяжелой степени чаще встречаются у пациентов, пользующихся рефракционной терапией 2 года и более. Картины кристаллографических узоров показывают, что у пользователей ОК линз преобладают изменения 3-5 степеней, что характеризует значительные нарушения качественного состава слезы. Тест на образование кристаллизационных узоров слезной жидкости весьма информативен. Кроме того, он доступен и прост в исполнении.

Abstract: In research took part 32 people. Among them, 16 – the users of refractive therapy. We took their tear and research it under the microscope. Results: homogeneous crystallization without voids – 6 sample, crystallization pattern with small voids – 10 sample, the crystallization process is disrupted (pathology) – 12 sample.

АНАЛІЗ СТАНУ МІКРОФЛОРИ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ У СЛУХОПРОТЕЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

ANALYSIS OF MICROFLORA IN THE EXTERNAL EAR CANAL SLUHOPROTEZOVANYH PATIENTS

Пасова О.О., Дідковський В.Л. / O.Pasova, V.L.Didkovskiy

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

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра оториноларингології
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Мімін)
м. Київ, Україна

Актуальність. В Україні біля 3 млн. людей користуються слуховими апаратами (Д.І.Заболотний і співавт.; 2002 р.). Незважаючи на відновлення слуху у пацієнтів, виникає ряд ускладнень, зокрема, зовнішні дифузні отити.

Тривале носіння слухового апарату з індивідуальною вушною вкладкою призводить до мікротравм та мацерацій шкіри зовнішнього слухового проходу, що своєю чергою призводить до хронічного зовнішнього отиту. Тому дана проблема стає надзвичайно актуальною. Основними чинниками, що викликають часті загострення хронічного зовнішнього отиту, вважають порушення вентиляції слухового проходу, мікротравми шкіри вушними вкладками, вологий та теплий мікроклімат у слуховому проході (Т.А. Кислошук, 2005 р.). Такі чинники призводять до частих реци-

дивів, зумовлених різною етіологією. Бактеріальною флорою найчастіше викликається *Pseudomonas aeruginosa* та *Staphylococcus aureus*, так і патогенними грибами – *Aspergillus* (80-90%), потім – *Candida* (10-20%) (Dibb, 1991).

Метою роботи було визначення мікрофлори зовнішнього слухового проходу у слухопротезованих пацієнтів та проведення порівняльного аналізу (бактеріальної та грибкової флори).

Матеріали та методи. На базі клініки “Інфотон” було досліджено 42 слухопротезованих пацієнта. Серед досліджуваних 26 осіб – жінки та 16 – чоловіки, віком від 12 до 76 років. Пацієнтам було проведено клінічний огляд, що включав у себе збір анамнезу та анамнезу захворювання, ото-скопії, отомікроскопії, аудіограму, тимпанометрію і бактеріологічне дослідження мазка із вуха з визначенням чутливості флори до антимікробних препаратів. Для мікробіологічного дослідження використовувався вміст зовнішнього слухового проходу (сірка, шматки епідерміса).

Результати дослідження. За даними клінічного дослідження було визначено, що 35 (83%) пацієнтів хворіли на хронічний зовнішній отитом декілька разів на рік, 4 (9,5%) пацієнти відмічають періодичний свербіж, у 32 (76%) пацієнтів протягом року утворюються сірчані пробки. Після проведеного мікробіологічного дослідження було виявлено патогенну мікрофлору зовнішнього слухового проходу у 37 (88,0%) слухопротезованих пацієнтів, отримано наступні дані: грам “+” *St. Aureus* – 28,0% (10,3), *St. Haemoliticus* – з 39,0% (14,4), *Enterococcus faecium* 11,0% (4), *Enterococcus faecalis* 2,1% (0,7) грам “-” *Klebs. Oxitoca* – 10,2% (3,7), *Proteus mirabilis* – 9,0% (3,3), *Citrobacter* – 7,0% (2,59), *Pseudomonas aeruginosae* – 4,0% (1,48), *E. Coli* – 8,0% (2,96), *Enterobacter* – 2,4% (0,8). При проведенні порівняльного аналізу висіваної грибкової флори отримано такі дані: *Aspergillus* – 58% (21,4), *Candida* – 40% (14,8), *Penicillium* – 1,8% (0,6). Крім того, у 83% (30,7) із зовнішнього слухового проходу поряд із грибами виділено бактеріальну флору, при чому гриби роду *Aspergillus* частіше асоціювали з грам-негативною флорою (52%), а гриби роду *Candida* з грам-позитивними (65%). І лише у 5 (12%) пацієнтів мікрофлора зовнішнього слухового проходу у нормі.

Висновки. Таким чином, тривале носіння слухового апарату призводить до негативного впливу на шкіру зовнішнього слухового проходу, що призводить до виникнення хронічного зовнішнього отиту, що виникає у 83% досліджених. Результати мікробіологічного дослідження показали, що у 88% оглянутих пацієнтів висівана патогена мікрофлора, у якій домінує грибково-бактеріальна асоціація (83%). Ці дані свідчать про те, що слухопротезовані пацієнти потребують періодичного огляду ЛОР-лікарем, з мікробіологічним дослідженням зовнішнього слухового проходу та профілактичного курсу лікування зовнішнього отиту, з використанням комбінованих препаратів, що містять антибактеріальну та антимікозну дію.

Summary. A clinical examination and investigation of microflora in the external ear canal of ear-prostheses patients with individual earpads were held. Was examined 42 patients and determined that 35 (83%) patients suffering from chronic external otitis, 4 (9.5%) patient note periodic itch in 32 (76%)

formed sulfur cork. After the microbiological studies revealed pathogen microflora of ear canal in 37 (88.0%) ear-prostheses patients. Results of microbiological studies have shown that 88% of surveyed patients have pathogen microflora, which is dominated by fungal-bacterial association (83%). So local complications in the external ear way require preventive inspection ENT doctor, followed by preventive treatment.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КАТАРЛЬНИЙ РИНИТ З ВИКОРИСТАННЯМ НЕСТЕРОЇДНОГО ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ ТА ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ

TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SIMPLE RHINITIS USING NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUG AND IMMUNOMODULATORS

Переяславська М.Ю., Круць Б.О., Бербець К.І. /

M. Pereyaslavska, B. Kruts, K. Berbets

Науковий керівник: к.мед.н., доц. А.С. Ягупова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра біоорганічної, біологічної та фармацевтичної хімії

(зав. каф.: д.мед.н., проф. І.В. Ніженковська)

м. Київ, Україна

Мета. Підвищити дієвість та ефективність патогенетичної терапії хворих на хронічний риніт комплексного лікування з нестероїдним протизапальним препаратом та імуномодуляторів.

Матеріали та методи досліджень. Матеріали були взяті з результатів клінічних досліджень, які проведені на хворих на хронічний катаральний риніт. Лабораторні дослідження – методи експериментальної та клінічної імунології, мікробіології та біохімії.

Результати досліджень. В результаті проведених клініко-лабораторних досліджень було доведено, що найбільш проявлені клінічні ознаки хронічного риніту були саме в тих випадках, коли хронічний катаральний риніт поєднувався із деякими захворюваннями верхніх дихальних шляхів (хронічний тонзиліт, пародонтоми, хронічні фарингітоми). Було встановлено, що ефективність терапії осіб з ХКР, який приблизно в 78% сполучається з інфекційними захворюваннями дихальних шляхів іншої місцезнаходження, може значно зрости при одночасному лікуванні усіх запальних процесів з використанням нестероїдних протизапальних препаратів. Таким препаратом є “Ереспал”, один із перспективних та сучасних лікарських препаратів, який має здатність знижувати проникність судин слизової оболонки дихальних шляхів, пригнічувати вироблення медіаторів запалення (особливо ФНО- β), заблокувати адренергічні рецептори в тканинах. Була випробована також імуномодулююча дія нового імуномодулятора хімічної природи – поліоксидонію –

високомолекулярного та низькомолекулярного тимоміметика – тимогену на зміни реакції імунітету при їх використанні разом з ереспалом. Отримані результати проведених досліджень показали, що поліоксидоній більш дієвий, ніж тимоген, і покращував прояви реакції природженого імунітету а саме – активність фагоцитів та лімфоцитів, відновлював пригнічуване ереспалом вироблення антитіл.

Висновки. Хронічний риніт у своєму клінічному розвитку перш за все залежить від наявності одночасних захворювань в ділянці верхніх дихальних шляхів, які зумовлюють більш тяжку форму перебігу захворювання разом із ускладненнями. Під час експерименту була також доведена імуномодулююча активність ереспалу, який здатен впливати на реакції клітинного типу та імуногенез імунодефіцитних тварин та здатен пригнічувати вироблення антитіл. Досліджено та обґрунтовано застосування ереспалу разом з імуномодулятором нового сучасного покоління поліоксидонієм.

Summary. This study is devoted to issues of increasing the efficacy of treatment of patients with chronic simple rhinitis. The study of clinical and immunological efficacy of treatment of patients with chronic simple rhinitis using Erespal and Polyoxidonium showed the sum of positive clinical effects and their sustainability were exceeding those achieved with the use of Polydexa with Phenylephrin in patients with both chronic simple rhinitis and chronic simple rhinitis accompanied by other infectious and inflammatory pathologies.

ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ ТА ЙОГО ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ

CHRONIC LARYNGITIS AND IT'S PRE-CONDITIONS OF APPEARING

Переяславська М.Ю., Круць Б.О., Бербець К.І./
M.Pereyaslavska, B.Kruts, K.Berbets

Науковий керівник: к.мед.н., доц. А.С. Ягупова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра біоорганічної, біологічної та фармацевтичної хімії

(зав. каф.: д.мед.н., проф. І.В. Ніженковська)

м. Київ, Україна

Хронічний ларингіт – є однією з найактуальніших отоларингологічних проблем сучасної медицини, яка тісно взаємопов'язана з патологічними процесами запалення верхніх дихальних шляхів. Це захворювання викликане низкою шкідливих звичок, вживанням алкоголю та курінням, а також довготривалим впливом холодного та гарячого повітря, токсичних хімічних речовин, контакту з пилом.

Мета. Визначити основні передумови виникнення хронічного ларингіту та їх вплив на нього.

Матеріали та методи досліджень. Матеріали були взяті з результатів клінічних досліджень, які проведені на хворих на хронічний ларингіт.

Результати досліджень. Професійні шкідливі впливи на людину можуть стати головною причиною появи та розвитку хронічного ларингіту, а саме пил, довготривала дія холодного та гарячого повітря, хімічні речовини. Під час проведення досліджень було також встановлено, що люди, які не палять, менш вразливі до дії патогенних факторів на слизову оболонку гортані. Це пояснюється тим, що дія табачного диму спонукає до надмірного обсіменіння шкідливими мікроорганізмами слизової оболонки гортані. При супутніх захворюваннях верхніх дихальних шляхів, таких як наприклад бронхіт, кашель відіграє не менш важливу роль при виникненні ларингіту, так як зумовлює подразнення слизової оболонки голосових зв'язок, тим самим викликаючи її запалення та інфікування.

Висновки. Приблизно 40% хворих на хронічний ларингіт вживають алкоголь та палять. В 65% ця хвороба пов'язана з голосовими навантаженнями, 10% припадає на впливи токсичних хімічних речовин на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів, 25% – безпосередній вплив холодного повітря під час перебування на вулиці, особливо взимку.

Summary. Chronic laryngitis is the main problem of otorhinolaryngologic practice nowadays. Most important factors of appearance laryngitis are smoking, indigestion of alcohol, direct influence of cold air, chemical and poisoning substances, dust.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ НАНОЧАСТИНОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

PERSPECTIVES OF USING SILVER NANOPARTICLES ANTIMICROBIAL DRUGS FOR TREATMENT OF TRAUMATIC FRACTURES OF MAXILLOFACIAL AREA

Рибачук А.В. / Rybachuk A.V.

*Науковий керівник: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії*

*(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. Маланчук В.О.)
м. Київ, Україна*

Останнім часом, в зв'язку із розвитком технічного прогресу визначається збільшення загальної кількості травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, частка яких, за даними літератури, складає від 6% до 17%. Завдяки численним науковим розробкам і дослідженням вітчизняних та зарубіжних вчених вдалось значно поглибити уявлення про патогенез травматичних переломів кісток, вдосконали-

ти підходи до їх хірургічного й консервативного лікування. Важливим фактором впливу на частоту гнійно-запальних ускладнень, які виникають при переломах кісток щелепно-лицевої ділянки, є кількісний та якісний склад мікрофлори порожнини рота, який значно змінюється після шинування хворих. Тому можна підкреслити, що головна роль в комплексному місцевому лікуванні травматичних переломів належить сорбційним, антисептичним та антибактеріальним препаратам, які мають зменшити кількість бактеріальної мікрофлори порожнини рота.

Мета дослідження: Узагальнити дані щодо досліджень протимікробних властивостей препаратів на основі наночастинок для попередження розвитку гнійних запальних ускладнень при травматичних переломах кісток щелепно-лицевої ділянки.

Результати та їх обговорення. Завдяки розвитку нанотехнологій в Інституті хімії поверхні імені О.О.Чуйко НАН України розробили та впровадили у медичну практику новий препарат сорбційно-детоксикаційної дії на основі наночастинок кремнезему – “Силікс”. Основні властивості нанокремнезему – гідрофільність, тобто властивість зв'язувати значну кількість води, адсорбція мікроорганізмів й висока здатність сорбувати білок. “Силікс” сорбує втричі більше білкових сполучень в порівнянні з іншими відомими сорбентами. Величина зв'язування мікроорганізмів складає до 3 млрд. мікробних тіл на 1 г сорбенту.

На 30 хворих, віком від 19 до 58 років було показано, що місцеве застосування “Силіксу” в комплексному лікуванні хворих з відкритими травматичними переломами нижньої щелепи, з метою поліпшення гігієни порожнини рота та попередження інфікування кісткової рани, сприяло значному зниженню кількості мікроорганізмів порожнини рота – в 10000 раз в порівнянні з контрольною групою [Маланчук В.О. та співав., 2009].

Також є первинні дані щодо застосування препаратів колоїдного наносрібла для зниження життєдіяльності й припинення розмноження вірусів, бактерій та грибків, стимулюючи захисні механізми організму. Механізм дії полягає в тому, що на поверхні мікробної клітини сорбується срібло й проникає всередину клітини, інгібуючи ферменти дихального ланцюга, а також роз'єднує процеси окислення і окислювального фосфорилування в мікробних клітинах, внаслідок чого клітина гине.

Для досліджень були використані наночастинок срібла, які виготовлені у спільній лабораторії “Електронно-променевої нанотехнології неорганічних матеріалів для медицини” Інституту електрозварювання імені Є.О.Патона та Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Протимікробна активність наночастинок даного металу доведена в сертифікованій лабораторії дезінфектології Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В.Громашевського НАМН України. Дослідження показали доцільність використання препаратів колоїдного наносрібла, як сильнодіючого протимікробного засобу [Чекман І.С. та співав., 2009].

Сумація ефектів дії “Силіксу” та колоїдного наносрібла сприяє зменшенню кількісного та якісного складу патогенної мікрофлори ротової порожнини, що опосередковано впливає на прискорення процесів репаративної

регенерації тканин і клінічно проявляється швидкою епітелізацією гнійних ран слизової оболонки порожнини рота.

Висновок: Таким чином, місцеве застосування препаратів сорбційної та антибактеріальної дії, на основі наночастинок, створюють сприятливі умови для епітелізації ран слизової оболонки порожнини рота і сприяють їх широкому застосуванню для лікування різних гнійних інфекційних захворювань, що виникають при травматичних переломах кісток щелепно-лицевої ділянки.

Summary: Nanostructuring technology has been proven to create unique biological properties in various biomaterials. The development of engineered nanoparticles with substantial biomedical significance has posed new opportunities and challenges for oral and cranio-maxillofacial surgery.

anatomical landmarks or limitation of access. Navigation helps to position the fragments. Instead of relying on clinical judgment, the preoperative three-dimensional (3D) plan is used as a target for navigation so that the fragment is placed in its ideal position. A search for good evidence that navigation improves outcome resulted in a paucity of data relating to cranio-maxillofacial surgery.

Summary: Computer-aided surgery is improving the surgical outcomes in cranio-maxillofacial reconstructions, particularly in complex cases. These reconstructions are then used by intraoperative navigation systems to guide the surgeon and increase the precision of surgical outcomes. Evaluation of various registration strategies used to orient navigation systems to patient anatomical markers demonstrates that the optimum strategy is dependent on injury type.

ADVANTAGES OF INTRAOPERATIVE NAVIGATION IN CRANIO-MAXILLOFACIAL SURGERY

Rybachuk A.V.

Scientific advisor: Corresponding Member of NAMS of Ukraine, Prof. V.A. Malanchuk

National O.O. Bohomolets Medical University

Department of oral and maxillofacial surgery (Head of department: Corresponding Member of NAMS of Ukraine, Prof. V.A. Malanchuk) Kiev, Ukraine

Introduction: Nowadays, because of the recent development of three-dimensional (3D) technology, computer software is increasingly being used for analysis, diagnosis, data documentation and surgical planning for cranio-maxillofacial surgery. Preoperative computer design combined with intraoperative navigation provide a useful guide for and possibly more accurate reconstruction of a variety of complex cranio-maxillofacial deformities: computer-assisted surgery is indicated for complex posttraumatic reconstruction of the maxilla and mandible, cranium, orbits, zygoma, for orthognathic surgery, total temporomandibular joint replacement and complex dental/cranio-maxillofacial implantation.

The **aim** of study is evaluation of the foreign experience in the area of using intraoperative navigation in cranio-maxillofacial surgery.

Results: Basic software may allow images to be manipulated and viewed in a way that is analogous to viewing the patient at operation. More complex packages allow for three-dimensional (3D) planning software to be integrated with navigation. Navigation – is essentially a surgical adjunct and its purpose is to improve the safety and outcome of existing surgical procedures. Surgical navigation has been described in a wide variety of cranio-maxillofacial procedures such as operations on the skull base, paranasal sinus and orbit, for orthognathic and implant surgeries. In essence it is useful in any situation where it is possible to make a three-dimensional (3D) plan for an operation, but is difficult to translate that plan during operation, because of a lack of

ЛІКУВАННЯ ДИСБІНОКУЛЯРНОЇ АМБЛІОПІЇ ПРИ СПІВДРУЖНІЙ КОСОКОСТІ

THE TREATMENT OF DISBINOCULAR AMBLYOPIA WITH CONCOMITANT STRABISMUS

Риков С.О., Мелліна В.Б. / S. Rykov, V. Mellina

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Риков С.О.)

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока"

м. Київ, Україна

Мета. Вивчити вплив та ефективність лікування дисбінокулярної амбліопії за допомогою призмової корекції вітчизняного виробництва.

Матеріали та методи: Обстежено 42 дітей хворих на співдружну косоокість з дисбінокулярною амбліопією у віці від 4 до 17 років. Середня гострота зору до лікування – 0.25. Кут косоокості від 8 до 42 PD. Страбометрія проводилась методом альтернуючого тесту, шляхом установлення перед фіксуємим оком призм зростаючої сили, та по черговим прикриттям правого та лівого ока на 2-3 сек. Якщо призма в 30 ПД перед одним оком не усувала установочних рухів, додатково встановлювались призми перед іншим оком. Проводилася 30-хвилинна адаптація. Так відбувалося до стійкого усунення рефіксаційних рухів очей та повної ортотропії. При стабільному куті визначали характер зору та фузійну здатність. Окуляри включали в собі всі види аметропії (далекозорість, короткозорість, астигматизм) та виготовлялись індивідуально під замовлення на базі ІПРІ НАН України за допомогою набору КК-42 (патенти України на корисну модель № 18152 від 16.10.2006 р. та № 25549 від 10.08.2007 р.). В результаті було призначено: 17-ти дітям – призмові окуляри з розподілом комбінації мікропризм більшої сили на ведуче око, 16-ти дітям – сферо-призмові окуляри, 9-ти дітям – сферо-циліндро-призмові окуляри. У 34 дітей спостерігався монокулярний

зір та у 8-одночасний. Фузія з низькою амплітудою визначалась у 4 дітей та без амплітуди – у 8 дітей.

Результати: Огляд проведено через 1 місяць. У всіх пацієнтів зберігалась ортотропія. Гострота зору підвищилась у 34 (80%) пацієнтів на амбліопічному оці (від 0.25 до 0.38). Одночасний зір був у 28 хворих, нестійкі бінокулярні функції у 6-ти. У 10-ти дітей зберігався монокулярний зір. Фузія з нормальною амплітудою у 15-ти хворих та з низькою амплітудою у 10 дітей, у 8 дітей-фузія без амплітуди. У 11-ти хворих фузія не визначалась. Хворим, що не мали фузію, призначено ортопто-диплоптичне лікування. Через 3 місяці у всіх дітей спостерігалась ортотропія. У 40 (95%) – підвищилась гострота зору (від 0.38 до 0.55). Одночасний зір мали 28 хворих та бінокулярні функції з'явилися у 9 дітей у 5-ти залишався монокулярний зір. Фузія з нормальною амплітудою – у 16 дітей, з низькою амплітудою – у 15 хворих, без амплітуди – у 6-ти, та у 5-ти фузія не визначалась.

Висновки:

1. Розроблений нами набір КК-42 та методика використання призмової, сферо-призмової та сферо – циліндро-призмової корекції вітчизняного виробництва має здатність до покращення зорових та бінокулярних функцій
2. Окуляри комбінованої дії легкі, зручні в використанні, не потребують додаткових пристроїв для лікування. Мікропризми виготовлені з жорсткої пластмаси, що не деформується та не спричиняє оптичні аберації.

Summary

Combined action glasses were used in order to improve the treatment efficiency of patients having consecutive esotropy with disbinocular ambliopia. Fixative eye underwent prismatic or sphero-prismatic correction, which simultaneously corrected the ametropia, deviation and the angle of fixation shift for constant stimulation of retinal fovea of amblyopic eye and semi-transparent occlusion of fixative eye with microprisms, that create the diffraction of light. We have developed hard modified Fresnel's prisms (Pat. №46750 from 11.01.2010) with protected microprismatic relief.

ВПЛИВ ОДОНТОГЕННОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

INFLUENCE OF ODONTOGENIC INFECTION ON THE APPEARANCE AND DEVELOPMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Рудевич Б.В., Паливода Р.С./ B.Rudevich, R.Palivoda

Наукові керівники: к.мед.н., ас. Копчак А.В.,

к.мед.н., доц. Бодарецька О.І.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицьової хірургії
(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. В.О. Маланчук)*

*Кафедра внутрішніх хвороб
стоматологічного факультету
(зав.каф.: д.мед.н., проф. О.Б. Яременко)
м. Київ, Україна*

Зростаюча захворюваність і смертність від серцево-судинних захворювань в значній мірі відображає негативні явища в медико-демографічній ситуації всіх країн світу і, на жаль, Україна не є винятком в цьому плані. Захворювання ССС займають перше місце і в структурі первинної інвалідності населення. Починаючи з 2004 року для працездатного населення хвороби серця і судин, як причина смерті, вперше в історії нашої країни вийшли на перше місце.

Проблема впливу вогнищ хронічної інфекції в ротовій порожнині на розвиток загальних захворювань залишається актуальною у всіх країнах світу (ВООЗ, 2003). Епідеміологічні обстеження показали наявність вірогідних зв'язків між захворюваннями періодонту та серцево-судинними захворюваннями.

Ураження серцевого м'язу мають поліетіологічну природу і залежать від низки чинників: вік, стать, національність, шкідливі звички (куріння, алкоголь), артеріальна гіпертензія, індекс маси тіла, спадковість, наявність цукрового діабету, рівень тригліцеридів в крові, активність бактеріальної мікрофлори тканин пародонту.

В нашій державі від 92% до 98% дорослого населення має захворювання пародонта, з них мінімум 1 зуб у 80% дорослого населення уражений періодонтитом. Взаємозв'язок між персистуючою одонтогенною інфекцією та ураженням міокарда полягає в наступному:

1. Вплив мікроорганізмів-пародонтопатогенів (запальні процеси порожнини рота та тканин періодонту частіше проявляються в хронічній формі і є найчастіше вогнищем хроніосепсису ротової порожнини).

2. Порушення харчування через втрату зубів (захворювання ШКТ, нестача вітамінів, одноманітне харчування, погана гігієна ротової порожнини).

3. Порушення нервової регуляції. (Обличчя є надзвичайною рефлектогенною зоною і при змінах вегетативної нервової системи підвищується симпато-адреналова активність та активуються вагусні рефлекси).

Мета: дослідити вплив одонтогенної периапікальної інфекції на частоту розвитку інфаркту міокарда.

Матеріали і методи: на базі інфарктного відділення КМКЛ №3 було проведено обстеження 24 пацієнтів з підготовленою та гострою формами інфаркту міокарда. З них 15 з повторним інфарктом та 9 з первинним ураженням серцевого м'язу. Вік пацієнтів становив від 31 до 77 років. Розроблена спеціальна система анкетування, проведено клінічне обстеження, визначені індекси КПВ, Silness-Loe, надані індивідуальні рекомендації по догляду за порожниною рота

Результати: у всіх пацієнтів були наявні ознаки вторинної адентії. 6 пацієнтів мали менше 10 зубів в порожнині рота. гігієнічний індекс перевищував норму у 72% хворих. У всіх пацієнтів спостерігались запальна реакція ясен, що позначалась як гінгівіт середнього ступеня. Спостерігалась тенденція до збільшення проявів захворювань пародонту, які відмічали у 88% обстежуваних: у хворих з повторним ІМ частіше спостерігався загострений перебіг (66%), а у хворих з первинним ІМ переважали хронічні форми ураження. У 62% пацієнтів спостерігалась блідість червоної кайми губ, її сухість, тріщини. В порожнині рота: слизова оболонка бліда, судинний малюнок виражений по перехідній складці, поверхня язика згладжена, ниткоподібні сосочки атрофовані, наліт на бічних поверхнях та відбитки зубів, а також борозни на фоні сухої, яскраво гіперемованої слизової оболонки.

Всі пацієнти мали надлишкову вагу (ІМТ>25,0), при цьому у хворих відзначали виражене різною мірою зростання рівня холестерину. Відомо, що висока концентрація холестерину є одним з основних чинників в патогенезі атеросклерозу. Нами встановлено, що пацієнти з високим рівнем холестерину (> 5,7 ммоль/л) частіше мали в анамнезі гострий перебіг захворювань пародонту. За результатами статистичної оцінки даних було виявлено і вірогідну залежність між рівнем холестерину та показником КПВ ($t=3,6$; $p<0,01$).

Висновок: стоматологічні лікувально-профілактичні заходи дозволяють покращити загальний стан порожнини рота, знизити ризик хронічного орального сепсису, покращити харчування, що сприяє зниженню ризику розвитку ІХС. Тактика лікування і профілактики стоматологічних захворювань повинна бути спрямована на підтримку здорового стану ротової порожнини і зменшення кількості мікроорганізмів в тканинах пародонту. Лікар-стоматолог при наявності множинних вогнищ одонтогенної інфекції повинен пояснити пацієнту ризик виникнення ІХС та інших захворювань, провести санацію порожнини рота і системні лікувально-профілактичні заходи для підтримки загального та стоматологічного здоров'я, що крім стоматолога потребує залучення інших категорій спеціалістів (кардіолога, ендокринолога та ін.)

Summary: Dental treatment and preventive measures can improve the general condition of the mouth, reduce the risk of chronic oral sepsis and systemic inflammatory response, improve nutrition that helps to reduce the risk of CVD. Tactics of treatment and prevention of dental disease should be available to support the health of the oral cavity and reduce the number of microorganisms in the periodontal tissues. If

odontogenic infection is present dentist must explain to the patient the risk of coronary heart disease and other diseases and to provide professional teeth cleaning, oral cavity sanitation and systemic healthcare measures to support the general and dental health in particular, that in addition to the dentist requires the involvement of other categories specialists (cardiologist, endocrinologist, etc.).

ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИСПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЦЕВОГО КОМПЛЕКСУ

Тимошенко Н.М., Короткоручко А.А. /
Timoschenko N., Korotkoruchko A.

Науковий керівник: член-кор. НАМН України, проф.
В.О. Маланчук

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
проф. В.О. Маланчук)

м. Київ, Україна

Мета і завдання дослідження. Дослідити особливості стану власне жувальних м'язів у пацієнтів із травматичним зламом вилицевого комплексу методом аналізу мультиспіральної комп'ютерної томографії.

Матеріали і методи дослідження. За період 2009-2011 рр. методом мультиспіральної комп'ютерної томографії обстежено 35 хворих з травматичним зламом вилицевого комплексу (ч-29, ж-6). Подальшу обробку її результатів проводили за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення SimPlant (Materialise Software, Belgium) та ClearCanvas Workstation 2.0 Alpha (ClearCanvas Ink.).

Проводилось дослідження комп'ютерних томограм до та одразу після операції репозиції та металоостеосинтезу вилицевого комплексу. Також досліджувались томограми у віддалені строки (через 6-10 місяців) після операції. Досліджувались власне жувальні м'язи на боці перелому та на здоровому боці.

Результати та висновки. Аналіз комп'ютерних томограм пацієнтів з травматичним зламом вилицевого комплексу показав, що на боці травми в гострому періоді або відразу після проведення оперативного втручання площа поперечного перерізу власне жувальних м'язів збільшується, а їх рентген-щільність знижується. Ці зміни відбуваються внаслідок наявності інтрамускулярних гематом або набряку м'язів.

У всіх пацієнтів зі зламом вилицевого комплексу значення площі поперечного перерізу та рентгенологічної щільності власне жувальних м'язів на боці травми до і після оперативного лікування відрізнялися від таких на здоровому боці в сторону їх зменшення на 8-10%. При вивченні томограм, отриманих через 6-10 місяців після операції,

показники на пошкодженій стороні відрізнялися від здорового боку незначно: рентген-щільність була лише незначно збільшена, а площа поперечного перерізу – зменшена. Це може свідчити про розсмоктування набряку, гематом і відновлення об'ємних параметрів м'язів.

У 82% хворих з переломами вищевої дуги визначалося зміщення верхньої точки прикріплення власне жувального м'яза донизу на боці травми.

Summary: The abstract presents data of dynamic of m. masseter obtained by the method of multispiral computer tomography of patients with zygomatic complex traumatic fractures. It is established, that method of diagnostic is informative enough for estimating of the state of muscles.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПЕРЕДНИХ ОФТАЛЬМОМИКОЗАХ

RESULTS OF USE THE LOCAL ANTIFUNGAL DRUGS IN OPHTHALMOMYCOSIS

Саїдіасл Саїд, Абдурахман Х. Албаскри /
Saeidiasl Saeid, Abdurhman K. Albaskri

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Курилина Е.И.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Кафедра офтальмологии

(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины,

д.мед.н., проф. Жабоедов Г.Д.)

в Киев

Актуальность. В настоящее время распространение микозов глаз составляют от 4,7 до 6,8% от всех заболеваний роговицы. Это патология согласно статистики постоянно растет, что рассматривается как значимая офтальмологическая проблема. Грибковые кератиты отличаются крайне упорным и длительным течением, поражают всю поверхность роговицы с образованием язвы и разрушением ее стромы и перфорации. Большинство случаев экзогенных офтальмомикозов связано с травмами и вызвано грибами. Заболевание, вызванное грибами, возникает у больных на фоне иммунодефицита, гормональных и обменных нарушений, длительного применения антибиотиков, кортикостероидов, иммуносупрессивных препаратов (Филатова И.А., 2005; Кунельская В.Я. с соавт., 2007).

Цель – исследовать эффективность фунгицидных глазных капель для лечения офтальмомикозов переднего отдела глаза.

Материал и методы. Обследовано 25 (35 глаз) человек, обратившихся с января по апрель 2011 г. в клинику офтальмологическую больницу с диагнозами: различные травмы органа зрения (13 человек), инородные тела роговицы (7), кератиты (5), микозы диагностированы в 34,2% случаев, из них в 21% – в сочетании с пост-травматическим кератитом, в 22% – с вирусом простого герпеса (ВПГ).

Результаты. К комплексному лечению (антисептик – окомистин, йодистый калий, нестероидный противовоспалительный – диклофенак натрий, криотерапия) были добавлены глазные капли Флукопт 0,3% (флуконазол). У 5 больных (7 глаза) с ВПГ к лечению был добавлен ганцикловир – Вирган глазной гель по схеме: по 1 капле 5 раз в день до полной реэпителизации роговицы, затем по 1 капле 3 раза в день в течение 7 дней. В результате проводимого лечения наблюдалось улучшение состояния: уменьшение инъекции глаза, слезотечения, светобоязни, инфильтратов роговицы и т.д.

Сроки выздоровления в среднем составил $15,5 \pm 3,4$ дня.

Исходы заболевания: 16 пациентов выздоровели, у 9 пациентов были отмечены помутнения роговицы в виде бельма разной интенсивности.

Выводы. Данные исследования подтверждают необходимость удобных готовых форм чувствительных к офтальмомикозам фунгицидных препаратов для местного лечения.

Summary: These studies confirm the need for convenient ready formed sensitive to ophthalmomycosis fungicidal drugs for local treatment.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЕКЗОГЕННИХ КЕРАТИТІВ

RISING OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF EXOGENOUS KERATITES

Сковпень Т.В., Керницька Г.Я.,
Антоненко О.В., Насташенко О.І. /
Skovpen T, Kernickaya G, Antonenko E, Nastashenko A.

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

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: член-корр. НАМН України,

проф. Жабоедов Г.Д.)

м. Київ, Україна

Кератити різної етіології характеризуються вираженими тяжкими наслідками, що приводять до зниження зору та інвалідації пацієнта (до 20% сліпоти та слабкості). За останні роки відбулися зміни в етіології запальних захворювань рогівки, що пов'язано з неконтрольним використанням антибіотиків широкого спектру дії як з лікувальною, так і з профілактичною метою. Отже проблема лікування кератитів до теперішнього часу має важливе значення в офтальмології.

Мета роботи – вивчити ефективність ципрофлоксацину (очні краплі Флоксімед) та диклофенаку натрію (очні краплі Клодіфен) у комплексному лікуванні кератитів.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 28 пацієнтів (28 очей) у віці від 26 до 74 років (жінок – 13, чоловіків – 15), що перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні ОКЛ м. Києва за

період з 01.10.11 до 01.01.12 рр. Хворі були розділені на дві групи. В першій групі пацієнти отримували монотерапію антибіотиком фторхінолонового ряду; в другій – комбінацію антибіотику з диклофенаком натрію. Всім пацієнтам було призначено стандартне системне лікування та препарати, що стимулюють процеси регенерації рогівки. Місцеве лікування передбачало застосування очних крапель по 1 краплі 4 рази на день. Всім пацієнтам проводилось традиційне офтальмологічне обстеження (візіометрія, рефрактометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія). Також всім хворим проводилась флюоресцеїнові проба на момент поступлення, 1-3,5,7 та 10-ту добу. З метою контролю ефективності лікування використовувалась Оптико Когерентна Томографія переднього відрізка ока на апараті Ortopue. Перед початком лікування всім пацієнтам проводився бактеріологічний посів з інфільтрату. Контроль бактеріологічного результату проводився через 10 днів. Ступінь враженості запальної реакції визначалась за шкалою (NathanEfron 2004 р.)

Результати ті їх обговорення. Патогенна мікрофлора була виявлена у 92,8% випадків (26 пацієнтів), у 7,14% бактеріологічні посіви були негативними, що пов'язане з розпочатою антибактеріальною терапією до поступлення у стаціонар. Серед збудників виявлялись: Staphylococcus epidermidis 53,6% випадків (15 пацієнтів); Staphylococcus viridians 10,7% (3 пацієнта); Staphylococcus aureus 7,14% (2 пацієнта); Corynebacterium species 7,14% (2 пацієнта), Enterococcus facialis 7,14% (2 пацієнта); Pseudomonas sp. 7,14% (2 пацієнта). Чутливість до антибіотику була 100%. При застосуванні Флоксімеду суб'єктивних скарг не відмічалось. Однак інстиляції Клодіфену у 42,8% (12 пацієнтів) викликали неприємні відчуття у вигляді печіння, під час чи одразу після інстиляції крапель, яка проходила самостійно протягом 1-2 хвилин. Ступінь вираженості запального процесу в обох групах до початку лікування суттєво не відрізнялась. Ступінь вираженості рогівкового синдрому значно знизилась та остаточно зникла на 4-5 ту добу у хворих першої групи, та на 2-3 тю добу у другій групі пацієнтів. Повна епітелізація рогівки в першій групі наставала на 5-6 добу, в другій групі на 7 – 8 добу. Розсмоктування інфільтратів спостерігалось на 9-10 добу.

Висновки. Таким чином, у переважній більшості випадків мікрофлора була представлена Staphylococcus epidermidis 53,6%, які є чутливими до фторхінолонів (Флоксімед). Застосування НСПЗ крапель (Клодіфен) у комплексному лікуванні кератитів прискорює зникнення суб'єктивних проявів (болісність, світлообязнь, сльозотечу, вираженість ін'єкції) та дещо затримує епітелізацію рогівки. Однак, в ряді випадків характеризується місцевою побічною дією у вигляді печіння. Використання ОКТ переднього відрізка дозволяє візуалізувати структуру рогівки та дає можливість об'єктивно оцінити глибину та площу її ураження.

Summary: In most cases microflora was represented by Staphylococcus epidermidis – 53,6%, which is susceptible to ciprofloxacin. The use of anti-inflammatory drops in the complex treatment of keratitis accelerates the disappearance of subjective manifestations and slightly delayed epithelization of cornea.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ МАКУЛЫ

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF NEOVASCULAR FORM OF AGEMACULAR DEGENERATION

Стахневич Г.А., Скапа В.И. / Stahnevich G., Skapa V.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Курилина Е.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Кафедра офтальмологии

(зав. каф.: член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., проф. Жабоедов Г.Д.)

г. Киев, Украина

Актуальность. Возрастная дегенерация макулы (ВМД) – прогрессирующее хроническое заболевание, приводящее к потере зрения в 90% случаев. Значительные нарушения наблюдаются в третьей стадии заболевания, которая проявляется субретинальной неоваскуляризацией с атрофией и деструкцией пигментного эпителия сетчатки (ПЭС). Согласно статистике EDPRG (2004) субретинальная неоваскулярная мембрана (СНМ) встречается чаще в старшей возрастной группе, и среди лиц старше 40 лет достигает 1,75 миллиона человек. В настоящее время перспективным методом лечения неоваскулярной формы возрастной макулодистрофии является интравитреальное введение ингибиторов VEGF-A, которые приводят к подавлению неоваскуляризации и пролиферации сосудов.

Цель работы. Изучить эффективность интравитреального введения препарата Ранибизумаб (“Луцентис”, Новаartis Фарма АГ, Швейцария) в лечении возрастной дегенерации макулы с наличием хориоидальной неоваскуляризации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 10 пациентов (10 глаз) в возрасте от 53 до 78 лет. Всем больным было произведено стандартное офтальмологическое обследование, оптическая когерентная томография (ОСТ). На ОСТ определялся отек, элевация сетчатки вокруг субретинальной неоваскулярной мембраны (СНМ), увеличение толщины сетчатки в центре (ТСЦ). На основании результатов был установлен диагноз: возрастная дегенерация макулы с наличием хориоидальной неоваскуляризации. Всем пациентам были проведены интравитреальные инъекции “Луцентиса” в дозе 0,5 мг (0,05 мл). Повторные инъекции “Луцентиса”, при необходимости, выполнялись с интервалом в 1 месяц. Контроль над эффективностью лечения осуществлялся через 3, 6 месяцев при определении остроты зрения, тонометрии, офтальмоскопии глазного дна, ОСТ.

Результаты. Через 3 месяца, в результате проведенного лечения, у всех пациентов отмечалась положительная динамика: полная резорбция субретинальной и интравитреальной жидкости, уменьшение ТСЦ с 353,26±18,22 мкм (от 209 до 512 мкм) до 258,58±8,44 мкм (от 183 до 322 мкм). Клиническими проявлениями стали улучшение и

стабілізація зрительних функцій. Через 6 місяців у с 7 (70%) пацієнтів показатель остроти зору підвищився на 50% с $0,1 \pm 0,03$ до $0,2 \pm 0,04$.

Заключення. Интравитреальное введение препарата ранибизумаб в дозе 0,5 мг эффективно и может быть рекомендовано в лечении возрастной дегенерации макулы с наличием хориоидальной неоваскуляризации.

Abstract. Intravitreal ranibizumab injection of the drug at a dose of 0.5 mg effectively and can be recommended in the treatment of age-macular degeneration with the presence of choroidal neovascularization.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІНЗ ДЛЯ НІЧНОГО НОСІННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ОСЬОВОЇ МІОПІЇ

ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF ORTHOKERATOLOGY IN TREATMENT AND PREVENTION OF AXIAL MIOPIA

Столярова О. К. / Stoliarova O.K.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Бездетко П.А.
Харківський національний медичний університет
Кафедра офтальмології
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Бездетко П.А.)
м. Харків, Україна

Мета та задачі роботи: оцінка ефективності використання лінз із зворотною геометрією для нічного носіння у профілактиці та лікуванні осьової міопії.

Дослідження останніх років свідчать про збільшення кількості пацієнтів із міопією, переважно за рахунок дітей та молоді. Використання лінз для нічного носіння (ортокератологія) є найбільш перспективним методом лікування міопії, тому що впливає на швидкість подовження осі. Рогівка відповідає на використання лінз із зворотною геометрією значним сплюсненням по центру та покращенням гостроти зору вже через 10 хвилин носіння. Сплюснюючись по центру, рогівка залишається без змін за зоною в 7-мм. Корекція рефракції досягається в межах центральних 20° поля зору (10° у назальній і 10° у темпоральній областях). Периферійна зона зберігає кривину та сприяє чіткому фокусуванню світла у периферичних областях, де раніше визначалась гіперметропія.

Дослідження показали зменшення річного збільшення глибини камери склукватого тіла та уповільнення прогресування міопії у дітей, які використовували лінзи для нічного носіння, у порівнянні з дітьми, які користувались окулярами або м'якими контактними лінзами для корекції зору.

Створення відносної периферичної міопії є бажаним для контролю прогресування міопії. При цьому вона не відображує збільшення у сферичному компоненті, який веде до істинної міопізації. Відбувається повна корекція зору у межах центральних 20° поля зору, за якими корекція міопії (сферичного компонента) починає зменшувати

ся до 35°, де не відмічається істотних змін. Часткове збільшення сферичного компоненту міопії у периферичних відділах зумовлено збільшенням астигматичної рефракції. Параретинальна стимуляція фокусування світла в ортокератології може уповільнити ріст міопічного ока, в той час як сферичне або асферичне фокусування від окулярів або м'яких контактних лінз пов'язане з прогресуванням похибок рефракції та подовженням осі.

Abstract: This study is dedicated to the problem of usage of orthokeratology in treatment and prevention of axial myopia. The efficiency of this method is justified in children.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ И УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРАПА И СОННОГО АПНОЭ

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF COMBINED THERAPY IN TREATMENT OF SNORE AND SLEEP APNEA

А.А. Суворкина /A. Suvorkina

Научный руководитель: д.мед.н.,
проф. С.М. Пухлик
Одесский Национальный Медицинский
Университет
Кафедра оториноларингологии
(зав. каф.: д.мед.н., проф. С.М. Пухлик)
г. Одесса

Цель. Определить оптимальный объём хирургического вмешательства на структурах верхних дыхательных путей при лечении храпа и сонного апноэ.

Материалы: основная группа – 22 пациента (15 мужчин и 7 женщин), леченных комбинированным способом – хирургической коррекцией носового дыхания (септопластика, вазотомия) с параллельным применением лазерной увулопалатоластики. Контрольная группа – 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин), которым, по разным причинам, выполнялась только лазерная увулопалатоластика. Пациенты основной и контрольной групп были репрезентативны по полу, возрасту и предоперационному диагнозу.

Методы. Анамнез, ЛОР-осмотр с применением эндоскопической техники, риноманометрия, полисомнография, компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух.

Результаты. У пациентов основной группы диагностировано снижение индекса апноэ по данным полисомнографии (через 2 недели после лечения) на 41-87% (в среднем на 61 %).

У пациентов контрольной группы снижение индекса апноэ составило 38-53% (в среднем на 46 %). Более длительное наблюдение (через 6 мес.) за больными обеих групп (отзывы близких родственников) позволило судить о более стойком положительном эффекте лечения у па-

циентов основной группы, что выражалось снижением тембра и звучности храпа, а также отсутствие либо эпизодичность апноэ. Все пациенты основной группы были довольны отдаленными результатами оперативного лечения. 6 (30%) пациентов контрольной группы в разные сроки были реоперированы по поводу коррекции носового дыхания.

Выводы. При хирургическом лечении храпа и сонного апноэ необходимо диагностировать нарушения и корректировать функцию носового дыхания. Хирургическое лечение храпа и синдрома сонного апноэ с коррекцией носового дыхания позволяет добиться снижения тембра и звучности храпа, а также снижения индекса апноэ в 100% случаев.

Своевременная диагностика нарушений и коррекция внутриносовых структур в молодом возрасте у пациентов группы риска является профилактикой развития храпа и сонного апноэ в будущем.

Summary. In surgical treatment of snoring and sleep apnea we need to diagnose the disorders and adjust the function of nasal breathing. Surgical treatment with correction of nasal breathing allows to reduce the tone and sonority of snoring and to decrease apnea index to 100%. Early diagnosis and correction of violations of intranasal structures among young patients is the prevention of snoring and sleep apnea in the future.

нижнечелюстного сустава. Мы зарегистрированы 11 случаев с дефектом передней стенки НСП.

Результаты. Было зарегистрировано 11 случаев с дефектом передней стенки НСП.

Мы выявили причины дефектов, такие как травмы височно-нижнечелюстного сустава, в 4 из 11 случаев. Мы наблюдали 7 пациентов с незарощением отверстия Гушке. Средний размер дефекта 3,06 ? 2,69 мм. Среди этих пациентов у 4 были грыжи ВНЧС в НСП. В последствии все четыре пациента были прооперированы с восстановлением целостности стенки НСП при помощи титановой пластины.

Выводы. Грыжи височно-нижнечелюстного сустава в НСП встречаются очень редко и не всегда есть, даже если присутствует дефект стенки НСП. Дефекты могут быть успешно устранены при помощи хирургической реконструкции.

Summary. We analysed 129 CT temporal bones of adults, and evaluated for defects. We registered 11 cases of anterior wall EAC defect. In 4 cases the cause was traumatic injury of EAC. In 7 cases the cause was open Huskes hole. In 4 cases there were a hernias of EAC.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИКОР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

EFFICIENCY OF APPLICATION OF PREPARATION МЕКСИКОР IN COMPLEX THERAPY SICK OF THE DIABETIC RETINOPATHY

Таха Салах Ахмад / Taha Salah Ahmad

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Скрипник Р.Л.

Кафедра офтальмологии (зав.каф.: член-корр. НАМН Украины, д.мед.н., проф. Жабоедов Г.Д.) г. Киев, Украина

Актуальность:сахарный диабет является одним из распространенных заболеваний эндокринной системы приводящий к изменению и снижению зрительных функций. Длительно существующая гипоксия приводит к развитию эндотелиальной дисфункций и диабетической ретинопатии (ДР), которая является наиболее частой причиной снижения зрительных функций и одной из основных причин слабовидения и слепоты у этой категории больных.

С современной позиции патологические изменения в сетчатке возникают в результате иммунных, метаболических и гемодинамических расстройств.

Мексикор – ингибитор свободнорадикальных процессов, мембранопротектор, обладающий также антигипоксическим, ноотропным и анксиолитическим действием. Механизм его действия обусловлен антиоксидантным и мембранопротекторным свойствами. Подавляет ПОЛ, повышает активность супероксидоксидазы, уменьшает

АНАЛИЗ ПРИЧИН ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ПО ДАННЫМ СНИМКОВ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАМ ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ

ANALYSIS OF CAUSES EXTERNAL AUDITORY CANAL DEFORMATIONS ACCORDING TO IMAGES OF COMPUTER TOMOGRAPHY OF TEMPORAL BONE

Тарасенко М. В. / M. Tarasenko M.

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Ю.В. Митин

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца

Кафедра оториноларингологии (зав. каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Митин) г. Киев, Украина

Актуальность. Грыжи височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в наружном слуховом проходе (НСП) является очень редким заболеванием, и это в основном происходит у пациентов с костными дефектами передней стенки НСП. (Park Y.H, Park M.H. – 2005)

Цель. Оценить клинические и рентгенологические проявления грыж ВНЧС в ВАС, рассматривая большую выборку компьютерных томограм (КТ) височной кости.

Материалы и методы. Мы проанализировали 129 КТ височных костей взрослых людей и оценивали наличие дефектов, их размеры и расположение грыжи височно-

вязкість мембрани, збільшує її текучість. Так же он модулює активність мембранозв'язаних ферментів і рецепторних комплексів що сприяє їх зв'язуванню з лігандами, збереженню структурно-функціональної організації біомембран, транспорту нейромедіаторів і покращенню синаптичної передачі.

Цель работы – вивчити ефективність використання препарату Мексикор в комплексному лікуванні больних ДР.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням знаходилися 29 жінок (58 очей) з ДР с СД II типу. Вік пацієнтів становив 47-67 років. Всі пацієнти були розділені на дві групи. Групу порівняння склали 14 больних з ДР (28 очей), яким проводили традиційну базисну консервативну терапію. Основну групу склали 15 больних з ДР (30 очей), яким додатково до традиційної базисної терапії отримували препарат Мексикор в формі розчину для ін'єкції по 2 мл в/м 1 раз в день (50 мг/мл). Курс лікування становив 10 днів. Всім больним було проведено традиційне офтальмологічне дослідження, а також визначалися електрофізіологічні показники (КЧСМ, ПЭЧ).

Результати і обговорення: після лікування в основній групі у больних спостерігалася позитивна динаміка підвищення гостроти зору до $0,75 \pm 0,05$ ($p < 0,01$). КЧСМ до $41 \pm 0,5$ Гц ($p < 0,01$). В результаті порівняння функціональних і електрофізіологічних показників органу зору у больних спостерігалася зміна. В групі порівняння гострота зору становила $0,5 \pm 0,05$ ($p < 0,01$), КЧСМ $37,3 \pm 0,3$ Гц ($p < 0,01$).

Висновки: Включення в комплексне лікування пацієнтів з ДР препарату Мексикор сприяє покращенню не тільки гостроти зору, але і електрофізіологічних показників.

Abstract: Including in complex treatment of patients with DR a preparation of Meksikor promotes improvement not only visual acuities, but also electrophysiological indicators.

ПОШИРЕНІСТЬ КОНТУЗІЇ ОКА ЗА ДАНИМИ МІСЬКОГО ЦЕНТРУ “ТРАВМА ОКА”

PREVALENCE OF EYE CONTUSION ACCORDING TO THE CITY CENTRE “EYE INJURY”

Толочко О. В., Насташенко О. І., Керницька Г. Я. /
O. Tolochko, O. Nastashenko, G. Kernitska

Науковий керівник: д.мед.н., доц. О.П. Вітовська
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології
(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
проф. Г.Д. Жабосдов)
м. Київ, Україна

Актуальність. Наслідки травми ока, орбіти займають ведуче місце серед причин первинної інвалідності по зору

в Україні (20,0-36,0%) (в т.ч.: виробничі – 62,0%, побутові – 23,0%, дитячого віку – 13,0%). Як наслідок, збільшилася питома вага контузійної травми у структурі очного травматизму.

Мета. Вивчити поширеність контузій ока та його причин за даними міського центру “Травми ока” за період 2009-2011 рр.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, що перебували на лікуванні в офтальмологічному відділенні Олександрівській клінічній лікарні м. Києва з приводу травм ока різного ступеня.

Результати. Всього за період 2009-2011 рр. на стаціонарному лікуванні перебувало 7432 пацієнтів, з них з контузійми органу зору різного ступеню – 268 (3,6%), віком від 12 до 90 років. Необхідно відмітити, що 39,6% пацієнтів – це особи у віці старше 40 років, 22% – у віці 31-40. Кількість чоловіків склала 218 (81,3%), жінок – 50 (18,7%). За період 2009-2011 рр. спостерігається тенденція щодо зростання кількості пацієнтів з травмою даного типу. Так, у 2009 р. на стаціонарному лікуванні перебувало 87 пацієнтів з контузійми органу зору, а у 2011 їх кількість зросла до 111. За етіологією найчастіше зустрічаються побутові травми (79,1%). Зростання частоти контузій спостерігається у віковій групі старше 40 років з 36,8% у 2009 р. до 45% у 2011 р. В той же час, у віковій групі 21-30 років кількість контузій зменшилася з 32,2% у 2009 р. до 27% у 2011 р. За тяжкістю ураження – контузія II ступеню спостерігалася у 53,4% випадків, III ступеню – у 29,5%.

Висновок. Таким чином, серед тупих травм органу зору переважають побутові травми, 82,9% складають пацієнти з контузійми середнього та важкого ступеню, в переважній більшості – чоловіки старше 40 років. Отже, саме серед цієї категорії громадян необхідно в першу чергу впроваджувати профілактичні заходи та організувати просвітницьку діяльність щодо наслідків та профілактики травм органу зору.

Summary. Contusion – damage to the eye when exposed to blunt his impact. In this paper were analyzed medical records of patients who were treated at the ophthalmologic department of hospital of Kyiv. Total during the period 2009-2011 there were 7432 patients in hospital, of which with varying degrees of eye contusion – 268. 82,9% patients with medium and severe contusion. At risk are men over 40 years old.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

MODERN METHODS OF PHARMACOTHERAPY OF ALLERGIC RHINITIS

*Толстикова Е.И., Пузыренко А.Н., Ходак Н.В. /
E. Tolstikova, A. Puzyrenko, N. Hodak*

*Научный руководитель: член-корр. НАН и НАМН
Украины, д.мед.н., проф. И.С.Чекман*

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца*

*Кафедра фармакологии
та клинической фармакологии
(зав. каф.: член-корр. НАН и НАМН Украины,
д.мед.н., проф. И.С.Чекман)
г. Киев, Украина*

Загрязнение окружающей среды отходами промышленного производства, учащение неконтролируемого потребления медикаментов, употребление генетически модифицированных продуктов создает все благоприятные условия для возникновения различных нарушений со стороны иммунной системы в виде аллергических реакций. Одной из распространенных форм аллергических заболеваний является аллергический ринит (АР), который по данным ВОЗ встречается у каждого третьего человека на планете. Статистика показывает, что у 30-40% пациентов в дальнейшем может развиваться бронхиальная астма. В Украине зарегистрировано около 40000 случаев, что составляет 5,01% в возрастной группе от 0 до 17 лет.

Аллергический ринит представляет собой воспаление слизистой оболочки носа, вызываемое аллергенами, в основе которого лежат аллергические реакции немедленного типа. Основные проявления АР являются чихание, затруднение носового дыхания и зуд в носу. Может сопровождаться ринореей и слезотечением. АР бывает круглогодичным (персистирующий) и сезонным (интермиттирующий).

Фармакотерапия АР требует комплексного лечения, которое позволит оказывать влияние на разные звенья патогенеза этого заболевания. Для этих целей используются такие группы препаратов, как: антигистаминные препараты системного и местного действия; стабилизаторы мембран тучных клеток; сосудосуживающие препараты системного и местного действия; антихолинэргические средства; глюкокортикостероидные препараты (ГКС). Наибольшую клиническую эффективность имеют ГКС для местного эндоназального применения. Механизм их действие направлен на уменьшение воспалительной реакции, за счет стабилизации мембран тучных клеток и эозинофилов на поверхности слизистой носа, угнетения выделения медиаторов из клеток и уменьшения проницаемости сосудов. Это позволяет достичь максимального терапевтического эффекта при наименьшем риске развития побочных эффектов ввиду минимального резорбтивного действия.

Summary. Nowadays, allergic rhinitis is one of the most important problems, as lots of people suffer from it. The therapy of multimodality reaches optimum effect with minimum risk of side effects. Glucocorticoids have this very effect for local endonasal administration.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ ОЧНОГО ЯБЛУКА ПІРОТЕХНІЧНИМИ ЗАСОБАМИ

PATHOGENETICAL PECULIARITIES OF EYEBALL INJURIES WITH PYROTECHNICAL DEVICES

*Хібінова О.О., Розумій Н.М. /
Khibinova O.O., / Rozumiy N.M.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Скрипник Р. Л.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра офтальмології
(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.мед.н., проф. Жабоедов Г.Д.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: За останні 10 років у всьому світі характерне постійне зростання травматизму на фоні збільшення частоти важких множинних і комбінованих травм. За даними ВООЗ рівень смертності від травматизму становить майже 7% від рівня загальної смертності на планеті.

Найнебезпечнішими є черепно-мозкові травми, які становлять 39,9% усіх летальних випадків, спричинених травмами. Черепно-мозкові травми досить часто супроводжуються пошкодженнями органу зору, які характеризуються значною тяжкістю і комбінованістю.

Особливе місце посідають травматичні ураження, викликані піротехнічними вибуховими засобами. На ступінь і характер пошкоджень, викликаних піротехнічними засобами впливають такі фактори: кількість та склад вибухової речовини, характеру дії вибухової хвилі, навколишні умови та дистанція між пацієнтом і вибуховим пристроєм. Вражаюча дія ударної хвилі складається з 2 фаз: первинна – фаза збільшення атмосферного тиску, вторинна – фаза падіння атмосферного тиску навколо рани і, як наслідок, всмоктування в рану уламків піротехнічного засобу і брудного повітря.

Мета: вивчити особливості ураження очного яблука піротехнічними засобами.

Матеріали і методи роботи: дане дослідження проводилося на базі офтальмологічного відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. За останні 3 роки було зафіксовано 41 випадок ураження органу зору піротехнічними засобами.

Під нашим спостереженням знаходилося 11 хворих. Вік: 25-ти до 45-ти років (середній вік 36 років), 90,9% травмованих – чоловіки. У 9 (81,8%) травмованих спостерігалося двостороннє ураження органу зору.

Результати: Для більшості хворих 9 (81,8%) було встановлено вид піротехнічного засобу, яким було нанесено ураження. Травматичні ураження були нанесені такими

видами піротехнічних засобів: феєрверк типу римської свічки – 5 (45,5%) випадків, вогняне колесо – 1 (9,1%) випадків, салютні батареї – 2 (18,2%) випадки, ураження пертарадами – 3 (27,3%) випадки.

Дія ударної хвилі призвела до наступних уражень органу зору: контузії очного яблука – 16 (80,0%), гіфема – 12 (60,0%), гемофтальм – 5 (25,0%), іридодіаліз – 5 (25,0%), аніридія – 3 (15,0%), вивих кристалика в скловидне тіло – 10 (50,0%), субретинальний крововилив – 6 (30,0%), відшарування сітківки – 5 (25,0%). Ураження повік і слізних органів спостерігалося у 9 пацієнтів (81,8%).

3 пацієнта (27,3%), які мали найтяжчі ураження, знаходилися на відстані менше 1 м. від вибухового пристрою, в 6 випадках (54,5%) – відстань становила від 1 до 10 м., 2 пацієнта (18,2%) знаходилися на відстані більше 10 м. від піротехнічного засобу.

Висновки. Порушення техніки безпеки при використанні піротехнічних засобів може призводити до значних уражень органу зору, які мають комбінований характер. З метою попередження ураження очей при використанні феєрверків ВООЗ в 1997 році представила законодавчий акт “Основні напрями діяльності для попередження сліпоти в національних програмах”, в якому були дані рекомендації щодо регулювання виробництва і використання феєрверків.

Abstract: Specification of different kinds of eyeball injuries while using fireworks depends on: structure of the explosive device, location of the injured person relatively to the explosive device, nature of blast wave. Violation of safety engineering while using the pyrotechnical devices can lead to severe damage of eyeball, which has combined pattern.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
КОМПЛЕКСА НОВОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИИ
ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ
С КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕМ (ККС)
CLINICAL EFFICACY OF NEW TREATMENT
COMPLEX OPTIC ATROPHY IN PATIENTS WITH
CAROTID-CAVERNOUS FISTULA (CCF)**

Цзя Мин / JiaMing

Научный руководитель: к.мед.н., асс. Рыжова И.П.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Кафедра офтальмологии
(зав.каф.: член-корр. НАМН Украины,
проф. Г.Д. Жабоедов)
г. Киев, Украина

Актуальность: каротидно-кавернозное соустье (ККС) представляет собой патологическое соединение между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом. В 60%-80% случаев причиной развития ККС является черепно-мозговая травма.

В клинической картине заболевания чаще всего преобладают симптомы состороны органа зрения и глазни-

цы. Контузионное повреждение структур орбиты и глазного яблока приводит к нарушению кровообращения в системе зрительного анализатора, прогрессирующей атрофии зрительного нерва. В следствии развития патогенетического процесса наблюдается ухудшение зрительных функций, в связи с чем такие пациентов требуют комплексной диагностики и лечения.

Цель: Повышение эффективности лечения больных с частичной атрофией зрительного нерва послетравматического каротидно-кавернозного соустья (ТККС).

Материал и методы: под наблюдение находилось 15 больных с ТККС (11 мужчин, 4 женщины) и 5 больных с спонтанным ККС (3 мужчины, 2 женщины), имеющих частичную атрофию зрительного нерва. У всех больных наблюдались следующие симптомы: пульсирующий экзофтальм, шум в голове, венозный застой и хемоз конъюнктивы, полная офтальмоплегия с птозом (I-III ст.).

Всем больным проводилось эндоваскулярное лечение с последующей медикаментозной терапией и электростимуляция зрительного нерва, состоящая из 15 сеансов.

Всем пациентам проводилось комплексное лечение, которое включало медикаментозную терапию (ангиопротекторы, актиагреганты, противоотечная терапия, нейрорепротекторы) и электростимуляцию зрительного нерва.

Результаты: после комплексного восстановительного лечения острота зрения улучшилась на 0.2 ± 0.003 , суммарное поле зрения увеличилось на $40^\circ \pm 15.2$, КЧСМ (критическая частота слияний мельканий) – на 5.2 ± 0.9 Гц, ПЭЧФ (порог электрической чувствительности по фосфену) уменьшился 110 ± 17.2 мкА.

Вывод: Таким образом, больные с ККС, имеющим частичную атрофию зрительного нерва, требуют применения комплексного лечения, которое в большинстве наблюдений оказывало значительный терапевтический эффективности, и обеспечивает сохранение зрительных функций.

Summary: Thus, patients with CCF having a partial atrophy of the optic nerve requires a holistic treatment which in most observations have significant therapeutic efficacy, and preserve visual function.

**СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ПО ВИЯВЛЕННЮ
МІОПІЇ У СВІТІ**

**STATISTICAL INFORMATION IS ON THE
EXPOSURE OF MYOPIA IN THE WORLD**

Чебан В.В. / V. Cheban

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Баран Т. В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології
(зав. каф.: член-корр. НАМН України,
д.мед.н., проф. Г.Д. Жабоедов)
м. Київ, Україна

Актуальність. У всьому світі збільшується кількість людей з аномаліями рефракції. Аномалії рефракції вияв-

ляють як при народженні, так і у дітей дошкільного та шкільного віку, а також у зрілого населення. Незважаючи на сучасні досягнення діагностики та методах консервативного та хірургічного лікування аномалій рефракції інвалідність пов'язана з цією проблемою збільшується. Тому вивчення всіх аспектів пов'язаних з аномаліями рефракції є актуальним.

Мета. Вивчити статистику стосовно виявлення міопічної рефракції у населення дальнього та ближнього зурубіжжя.

Матеріали та методи. Дані доступної літератури та мережі інтернет за останні п'ять років.

Результати. Серед виборчої сукупності населення у віковій групі 20 – 25 років близорукістю страждають до 95% жителів Японії, до 70% Тайваня, Південної Кореї, катастрофічна ситуація серед малих етнічних груп Півночі, до 80% людей цього віку. Невияснена ще до кінця ситуація в деяких слабо розвинених країнах Південно-Східної Азії та Індокитайського регіону. Середня швидкість прогресії міопії також суттєво відрізняється в регіонах. Найбільша вона в Сингапурі – до 1,5 D в рік.

Три відсотка дітей в перший період навчання мають порушення зору, до 3–4 класу цей показник виростає до 10%, в 7–8 класі 16%, а серед старшокласників 20% відсотків страждають на близорукість.

Статистика Росії і України – це кожна четверта дитина до 18 років, в Європі 40% дітей (кожен другий), в Америці кожен третій, в Африці – 2%, можливо вона така низька через расову схильність і не такі високі завантаження на орган зору.

Висновки.

1. У всіх країнах спостерігається збільшення діагностики міопії у всіх вікових групах.
2. У дітей в період навчання відмічається підвищений процент діагностики міопії від 3% до 20%.
3. У пацієнтів (дітей) до 18 років % виявлення міопії найвищий в Європі, найнижчий в Африці.
4. На Україні у кожної четвертої дитини виявляється міопія різного ступеня.

Summary: This article discusses the problem of myopia in the world's population. Driven by the prevalence of this disease in different regions. Also shown dynamic development in children.

МЕТОД ГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО “КОЭФФИЦИЕНТА КРАСОТЫ” В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

METHOD OF GRAPHIC ESTIMATION OF “INDIVIDUAL COEFFICIENT OF BEAUTY” IN MAXILLOFACIAL SURGERY

Черногорский Д.М./ D. Chernogorsky

Научный руководитель: к.мед.н., доц. О.Л. Циленко
Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины,
д.мед.н., проф. В.А. Маланчук)
г. Киев, Украина

Уже более 2 тысяч лет люди изучают особенности человеческого лица, пытаются изобразить его идеальные формы, найти так называемый “код красоты”. С античных времен делались попытки математического описания идеальных пропорций лица. Леонардо Да Винчи использовал принцип “золотого сечения” (пропорция 1:1,618) для анализа пропорций тела человека. Эти идеи нашли дальнейшее развитие в работах более поздних исследователей. Одним из современных методов является диагностическая маска лица (ДМЛ) созданная S. Marquardt (1999) на основании “золотой” десятиугольной матрицы.

Цель исследования: изучить диагностическую информативность метода графической оценки (МГО) челюстно-лицевой области на основании фотографических снимков и компьютерной томографии в норме с использованием основных точек алгоритмов графических идентификаций (АГИ).

Материалы и методы. Проанализированы цифровые фотографические изображения 17 человек (добровольцы одной возрастной группы без деформаций челюстно-лицевой области). МГО проецировали на фото изображение в программной среде GNU Image Manipulation Program (GIMP) и проводили анализ симметрии и пропорции лица посредством измерения сторон и углов, образовавшихся треугольников между константными точками, которые являются базовыми в алгоритмах графических идентификаций (АГИ). Затем, была проведена контрольная проверка точек АГИ, спроецированных на данных компьютерной томографии твердых тканей челюстно-лицевой области. Визуализация данных КТ осуществлялась в программной среде Planmeca Romexis.

Результаты: установлено, что преимуществом МГО является возможность получить объективную информацию, о так называемом индивидуальном “коэффициенте красоты” на основе анализа зон лица по точкам, которые не меняются с возрастом и проецируются с учетом не только мягких, но и твердых тканей. Оценка индивидуального “коэффициента красоты” проводилась на основании анализа точек АГИ с учетом генетически обусловленной взаимосвязи пропорциональности руки и лица. Принципиальное

отличие МГО от существующих методов состоит в следующем: 1) для анализа используются не отдельные, несвязанные между собой признаки внешности, а конкретные точки, между которыми существует внутренняя связь; 2) сравниваются не качественные характеристики, выраженные словами, а количественные показатели константных точек, выраженных графически. Проанализированные результаты расчетов, проведенных по данным КТ, позволяют с уверенностью ассоциировать место проектировки точки на мягких тканях по фото, с той же точкой на костной структуре.

Выводы: МГО не только позволяет оценивать индивидуальный “коэффициент красоты”, но и степень выраженности врожденной или приобретенной деформации, а также планировать хирургическое вмешательство и оценивать его результат.

Summary: MGE not only allows to estimate the individual “coefficient of beauty” but also degree of expressed innate or purchased deformation, and also to plan surgical interference and estimate his result.

ИНТРАВИТРЕАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛУЦЕНТИСА И БЕТАМЕТАЗОНА ПРИ ТРОМБОЗЕ ВЕТВИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ

INTRAVITREAL INJECTION OF LUCENTIS AND BETHAMETAZONE IN BRANCH VEIN OCCLUSION

Чичур Д.А., Тодор Г.А., Тодор О.Г.,
Ганюк Е.С., Знаменская М.А. / Chichur D., Todor G.,
Todor O., Ganyuk E., Znamenskaya M.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тодор Г.А.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Киевская городская офтальмологическая больница
“Центр микрохирургии глаза”

Кафедра офтальмологии
(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины,
д.мед.н., проф. Жабоедов Г.Д.)
г. Киев, Украина

Терапия тромбоза центральной вены сетчатки (ЦВС) включает ряд последовательных лечебных мероприятий: назначение антикоагулянтов, фибринолитиков, кортикостероидов, ретинопротекторов, лазерное лечение. Однако улучшение зрения наступает далеко не всегда из-за формирования посттромботической макулопатии в сочетании с выраженным макулярным отеком.

В последнее время с целью предотвращения роста новообразованных сосудов и возникновения вторичной глаукомы применяют интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза: лувентиса (ранибизумаба), авастина (бевацизумаба) (Rosenfeld, 2005, Сергиенко А.Н и соавт. 2010). Для лечения макулярного отека различного генеза в стекловидное тело вводят пролонгированные кортикостероиды (триамцинолон, бетаметазон) (Greenberg 2002, Jonas 2003, Park 2003).

Мы представляем случай лечения ретиального флеботромбоза, сочетающегося с резким отеком сетчатки в макулярной области, с помощью интравитреального введения лувентиса и бетаметазона. Пациентка М, 52 лет поступила с жалобами на снижение зрения правого глаза в течении трех месяцев. Прошла курс консервативного лечения по поводу тромбоза ветви ЦВС. Стандартная терапия в глазном стационаре не привела к улучшению зрения. При поступлении острота зрения OD=0,09 с Sph. + 1.5D= 0,3, OS= 0.5 с Sph. + 1.5 = 1.0 Д. офтальмологический статус правого глаза: передний отрезок без видимой патологии, на глазном дне – ДЗН с четкими границами, в макулярной области сетчатка отечна, по ходу сосудов нижней височной аркады множественные кровоизлияния, вены расширены, извиты, артерии склерозированы. При оптической когерентной томографии (ОКТ) выявлено резко выраженное утолщение макулярной зоны до 736 мкм за счет кистовидного отека сетчатки.

Интравитреальное введение препарата Лувентис (ранибизумаб) 5 мг (0,05мл) и флостерон (бетаметазон) 1 мг (0,025 мл) проводили в операционной под местной анестезией трансконъюнктивально по стандартной методике.

Исследование осуществляли через 1, 2, 3 месяца после вмешательства. Уже к концу первого месяца наблюдения острота зрения левого глаза с коррекцией достигла 0,5, а к третьему месяцу – 0,7. Данные ОКТ к концу третьего месяца показали уменьшение толщины сетчатки до 200 мкм. Преретинальная пролиферация и неоваскуляризация не отмечены.

Таким образом, сочетанное введение лувентиса и бетаметазона в случае тромбоза ветви ЦВС привело к положительному клиническому и функциональному результату благодаря синергизму действия этих препаратов.

Abstract: combined intravitreal injection of Lucentis and bethametasone in branch vein occlusion decreases macular edema, leads to increase visual acuity and helps to prevent the development of vessels proliferation.

РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОННОГО КОМПЛЕКСУ У ВИНІКНЕННІ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС

A ROLE OF PSYCHOEMOTIONAL COMPLEX IN ORIGIN OF TMJ DYSFUNCTION

Шкільняк Л.І. / Shkilnyak L.I.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. С.М.Шувалов
Вінницький національний медичний університет
імені М.І.Пирогова

Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав.каф.: д.мед.н., проф. С.М.Шувалов)
м. Вінниця, Україна

Дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) один із важких патологічних процесів, що найчастіше зустрічається практикуючим стоматологам. Склад-

нощі диференціальної діагностики і низька ефективність лікування розладів СНЩС пояснюються невизначеністю їх етіології і патогенезу. В Україні ігнорується одна з версій, яка на наш погляд є основною-психосоматична теорія виникнення захворювань СНЩС. Найбільш частими проявами дисфункції СНЩС є болі в жувальних м'язах, при рухах нижньої щелепи, обмеження діапазону руху щелепи, клацання суглобу. Також нерідко спостерігаються головні болі, болі в шийному відділі хребта і емоційні розлади, що дозволяє розглядати дисфункцію СНЩС як психосоматичне страждання.

Загально прийнятою є думка, що виникнення дисфункції СНЩС пов'язане тільки з оклюзійними, просторовими і м'язовими порушеннями. Чому ж тоді в 60%-80% випадків дана патологія зустрічається у осіб з інтактними зубними рядами та ортогнатичним прикусом? Чи не достатньо таких даних для висновку, що причинами виникнення такої патології можуть бути не тільки порушення оклюзії, дефекти зубних рядів та аномалії прикусу? Існує точка зору, що пов'язує виникнення дисфункції СНЩС з психічними травмами і патохарактерологічними особливостям хворих. Вірогідний такий патохарактерологічний ланцюжок: хронічний стрес-парафункція жувальних м'язів (м'язовий спазм, бруксизм) – дисфункція жувальної мускулатури-дисфункція СНЩС. На значну роль психоемоційного комплексу, як одну із причин дисфункції та болі СНЩС, вперше вказав D.Laskin (1969). При больовій дисфункції СНЩС у пацієнтів спостерігаються різні психологічні зміни. Серед психічних порушень переважають пограничні психічні розлади, представлені тривожними, депресивними, obsесивно-фобічними, неврастеничними, іпохондричними і істеричними порушеннями (Е.А.Бульчева, 2010). При діагностиці дисфункції СНЩС 80% пацієнтів складають жінки, до того ж у молодого та зрілого віку, що співпадає з періодом їх найбільш активної соціальної та професійної діяльності. Що також можна вважати підтвердженням психоневрогенної теорії виникнення даної недуги. Адже саме жінки більш чутливі до стресових ситуацій та більш схильні до психічних розладів.

Таким чином, серед причин порушення нервово-м'язового механізму при дисфункціях СНЩС значне місце можна відвести наявності в анамнезі хворих хронічних психічних травм та емоційного стресу.

Summary: Appearance of TMJ dysfunction in modern diagnostics and treatment should not be connected only with occlusal, dimensional and muscular disturbances, but also with psychological trauma and emotional stress in anamnesis.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СУЧАСНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ ОКА

EPIDEMIOLOGY OF THE EYE'S MODERN INJURIES

Шпак О.О./ O. Shpak

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Петренко О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: член-кор. НАМН України,

д.мед.н., проф. Г.Д. Жабоводов)

м.Київ, Україна

В системі загального травматизму травма ока і його допоміжного апарату займають ведучу позицію. Серед пошкоджень ока особливе місце належить пораненню допоміжного апарату, особливо повікам. За останні роки змінилась епідеміологія пошкоджень допоміжного апарату ока

Мета роботи: вивчення епідеміології травматичних ушкоджень допоміжного апарату ока (ДАО).

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз архівної документації обліку пацієнтів, які звертались за допомогою на пункт невідкладної очної допомоги Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період 1.01.11 по 31.12.11. Зроблено вибірку звернень хворих з травмами ДАО. Хворих з пошкодженням ДАО було розподілено за певними категоріями: вік, стать, вид травми, місце первинного звернення, строки госпіталізації, соціальний статус.

Результати: За період з 1.01.11 по 31.12.11 зареєстровано 20718 звернень до пункту невідкладної очної допомоги ОКЛ, серед яких 325 пацієнтів були з травмами ДАО, що складає 1,6%. Серед хворих з травмами ДАО було 296 випадків з пошкодженням повік, 57 – з пошкодженням брів, 6 – з пошкодженням сльозових органів, 4 – орбіти, 42 – поєднані пошкодження. Серед постраждалих було 269 (83%) чоловіків і 56 (17%) жінок.

При розподіленні за віком отримані наступні дані: 16-20 років – 40 (12,3%), 21-30 років – 109 (33,4%), 31-40 років – 90 (27,7%), 41-50 років – 41 (12,5%), 51-60 років – 18 (5,5%), 61-70 років – 18 (5,5%), 71-80 років – 6 (1,7%), 81-90 років – 4 (1,2%), >90 років – 1 (0,2%). При розподіленні за віком і статтю отримані такі дані серед чоловіків віком 16-20 років – 33 (12,3%), 21-30 років – 99 (36,8%), 31-40 років – 76 (28,5%), 41-50 років – 33 (12,3%), 51-60 років – 14 (5,2%), 61-70 років – 9 (3,3%), 71-80 років – 4 (1,4%), 81-90 років – 1 (0,2%), >90 років – 0. При розподіленні за віком і статтю серед жінок отримані такі результати: 16-20 років – 7 (12,5%), 21-30 років – 9 (16%), 31-40 років – 16 (28,6%), 41-50 років – 7 (12,5%), 51-60 років – 6 (10,6%), 61-70 років – 6 (10,6%), 71-80 років – 2 (3,5%), 81-90 років – 3 (5,4%), >90 років – 1 (0,3%). Серед звернень з травмами ДАО робітників було 20 (6,2%), службовців – 2 (0,6%), студентів і учнів – 39 (12%), безробітних – 147 (45,2%), інших – 94 (28,9%), пенсіонерів – 23 (7,1%). В першу добу звернулось 306 (94,2%) хворих, 2-3 добу – 15 (4,6%) хворих, 4-10 добу –

4 (1,2%) хворих. Серед травм ДАО зареєстровано побутових 241 (65,1%), кримінальних – 104 (28,1%), ДТП – 14 (3,8%), спортивних – 10 (2,7%), виробничих – 1 (0,3%). Самозвернень зареєстровано 160 (49,2%), каретою швидкої допомоги доставлено 165 (50,8%)

Висновки: На основі проведеної роботи виявили, що серед травм допоміжного апарату ока переважають пошкодження повік, найчастіше такі травми трапляються у чоловіків віком від 20 до 30 років. За соціальним статусом серед травмованих найбільше безробітних. Більша кількість пацієнтів звертається на пункт невідкладної допомоги протягом однієї доби з моменту травми. Серед звернень переважають побутові та кримінальні травми.

Abstract: An analysis of archival documentation records of patients who applied for treatment at the emergency item. Was studied epidemiology of traumatic injury aids eye. On the basis of the work revealed that there are more injuries ever in men aged 20-30 years, unemployed. Dominated by domestic and criminal injuries.

АРТРОФОНОГРАФИЧЕСКИЕ, РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОГО ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕ- ЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ

ARTROPHONOGRAPHIC, ROENTGENOGRAPHIC AND ELECTROMYOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF TEMPOROMANDIBULAR COMPLEX OF PATIENTS WITH DEEP OVERBITE

Яценко О.И., Семенов Ю.И., Хатами Хорасани Амин /
Yasenko O.I., Semenov Yu.I., Hatami Horasani Amin

Научный руководитель: д.мед.н., проф. М.Д.
Король, д.мед.н., проф. О.В. Рыбалов,
д.мед.н., проф. В.Н. Дворник.

ВДНЗУ "Украинская медицинская
стоматологическая академия"
г. Полтава, Украина

На сегодняшний день имеется незначительное число научных разработок, относящихся к комплексной оценке морфо-функциональных изменений в компонентах височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) при различных окклюзионных нарушениях, в частности, у больных с глубоким резцовым перекрытием.

Цель исследования: изучить характер нарушений в мышечно-суставном комплексе ВНЧС у больных с глубоким резцовым перекрытием. Задачей исследования являлась оценка результатов артрофонографии, данных рентгенографии ВНЧС и электромиографии (ЭМГ) собственно жевательных мышц у изучаемой категории пациентов. Звуковые явления в ВНЧС изучались при помощи артрофонографа, который состоит из микрофона, усилителя звукового сигнала, осциллографа и ПК. Рентгено-

графические исследования обоих ВНЧС производились всем больным на аппарате ORTHOPHOS X65 при закрытом и открытом рте. Для регистрации биопотенциалов собственно жевательных мышц использовали электромиограф "Нейро-МВП" фирмы "Нейрософт". Оценке подлежало описание записей ЭМГ в период сжатия челюстей и произвольного жевания.

Под наблюдением находилось 36 больных в возрасте от 19 до 38 лет. Женщин было 32, мужчин – 6. У 9 из этих больных глубина перекрытия была в пределах 1/3 коронки нижних резцов, у 16 – до 1/2; у 11 – режущие поверхности центральных резцов верхней челюсти были на уровне десневого края резцов нижней челюсти. Патологической стираемости зубов и дефектов зубных рядов ни у одного пациента не было.

При осмотре больных отмечалось неадекватно чрезмерное открытие рта (до 5-6 см между центральными резцами). При этом суставные головки смещались кпереди под основание скуловой дуги и определялись не только пальпаторно, но и визуально, пальпация их была болезненной. При функциональной аускультации суставов у 5 человек отмечались щелкающие, хрустящие звуки, у 10 – шуршащие. Артрофонография объективно регистрировала эти звуковые явления в виде синусоидальных зубцов различной длительности и частоты спектра в зависимости от степени резцового перекрытия.

На рентгенограммах ВНЧС при закрытом рте обращало на себя внимание достоверное сужение суставной щели в верхних и передних отделах и расширение в задних. При открытом рте у большинства больных суставная головка располагалась значительно кпереди от вершины суставного бугорка.

Анализ электромиограмм собственно жевательных мышц исследованных больных при сжатии челюстей и при жевании показал падение их биоэлектрической активности с одной стороны, что объективно отражает симптоматику мышечной дисфункции, связанной с анатомической нестабильностью компонентов ВНЧС – суставного диска и суставной головки.

Таким образом, результаты артрофонографических, рентгенологических исследований ВНЧС и ЭМГ собственно жевательных мышц у больных с глубоким резцовым перекрытием подтверждают клинические проявления гипермобильности суставных головок нижней челюсти, степень её тяжести и дают возможность назначить соответствующее лечение.

Summary. Results of artrophonographic, roentgenographic investigations of TMJ and masticatory muscles' electromyography of patients with deep overbite confirm clinical indications of hypermobility in articular capsules of lower jaw, degree of its severity, that determines appropriate treatment.

ЗНАЧЕННЯ ДАНИХ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНІЙ ПРИГЛУХУВАТОСТІ З НАЯВНІСТЮ ВИРАЖЕНОЇ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЇ СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

VALUE DATA OF RHEOENCEPHALOGRAPHY IN SENSORINEURAL HEARING LOSS WITH THE PRESENCE OF SEVERE VERTEBRO-BASILARY VASCULAR INSUFFICIENCY

Шидловський А.Ю. / A. Shidlovsky

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ю.В.Мімін

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра оториноларингології
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Ю.В.Мімін)
м. Київ, Україна

Г.Г. Бурак, М.Б.Сиберазаш (1990), Оас, (1992) та ін. зазначають, що безпосередній аналітичний і функціональний зв'язок кровообігу внутрішнього вуха та головного мозку спричиняє при низці захворювань дисфункцію як периферійних, так і центральних відділів слухової і вестибулярної систем.

Мета. Дослідити мозковий кровообіг за даними реоенцефалографії (РЕГ), а також периферійний і центральні відділи слухового аналізатора у хворих з вираженою вертебрально-базиллярною судинною недостатністю (ВБСН).

Для досягнення поставленої мети нами було проведено обстеження 57 хворих з вираженою ВБСН і порушенням слуху (1 група) та 15 здорових нормальнослухових осіб (контрольна група).

Дослідження показали, що в усіх хворих спостерігається порушення слуху на тони починаючи з 2 кГц, а в області 16 кГц такі хворі не сприймали слух на тони в 56,1% випадків. Найбільше у таких хворих страждали стовбуромозкові структури слухового аналізатора, про що свідчили достовірне ($p < 0,01$) подовження латентного періоду піку V хвилі коротколатентних слухових викликаних потенціалів до $(6,03 \pm 0,04)$ мс, при нормі – $(5,56 \pm 0,01)$ мс та міжпікового інтервалу до $(4,29 \pm 0,03)$ мс, при нормі – $(3,92 \pm 0,02)$ мс.

За даними реоенцефалографії в усіх хворих було знижене пульсове кровонаповнення, підвищений тонус мозкових судин та утруднення венозного відтоку в вертебрально-базиллярній системі про що відповідно свідчить достовірне ($p < 0,01$) зниження реографічного індексу до $(0,51 \pm 0,02)$, при нормі – $(1,13 \pm 0,03)$, подовження дикротичного індексу до $(78,8 \pm 3,42)\%$, при нормі – $(51,3 \pm 1,41)\%$, а також діастолічного індексу до $(86,1 \pm 2,36)\%$, при нормі – $(59,2 \pm 1,32)\%$. Менш виражені гемодинамічні зміни були в каротидній системі.

Висновки. При вираженій ВБСН страждають як периферійний, так і центральні відділи слухового аналізатора. Про це свідчить дані суб'єктивної та об'єктивної аудіометрії, зокрема часові характеристики КСВП та ДСВП.

У хворих із слуховими порушеннями на фоні вираженої ВБСН спостерігалися виражені гемодинамічні порушення, про що свідчать дані РЕГ. Отримані дані важливі

при лікуванні хворих із слуховими порушеннями у сполученні з ВБСН.

Summary. The research and analysis showed that patients with sensorineural hearing loss on the background of severe vertebro-basilar vascular insufficiency suffer both peripheral and central sections acoustic analyzer. This is illustrated by the subjective and objective audiometry, including time characteristics of shortlatent and longlatent hearing potentials.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ПОЛІПОЗНИХ РИНОСИНУЇТІВ

FEATURES OF THE PATHOGENESIS OF NASAL POLYPS

Шиян С.П. / S. Shyyan

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ю.В. Мімін

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра оториноларингології
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Мімін)
м. Київ, Україна

Нами була обстежена група із 25 пацієнтів з хронічним поліпозним риносинуситом (основна група) та 25 пацієнтів з гіпертрофічним ринітом та викривленням носової переділочки (контрольна група). Метою нашого дослідження було провести більш глибоке вивчення патогенезу поліпозних риносинуситів з метою розробки більш ефективного патогенетичного лікування даного захворювання. Характеристика пацієнтів: вік від 25 до 65 років, всі пацієнти поступили на планове оперативне лікування, ніхто з пацієнтів не мав гострої інфекції, системних захворювань, також не був обтяжений медикаментозний та алергологічний анамнез.

Матеріали. В крові обох груп пацієнтів були досліджені рівні глутатіона, супероксиддесмутази (СОД), б-токоферола, малоновий диальдегід (МДА), 4-гідроксиналенал (4-HNE). МДА, 4-HNE, глутатіон, б-токоферол були визначені також в поліпозній тканині та тканині нижньої носової раковини. Отримані результати: показники рівня антиоксидантів (глутатіон, СОД, б-токоферол) у пацієнтів з назальним поліпозом були значно нижчими ніж у пацієнтів з гіпертрофічним ринітом, в той же час рівні МДА та 4-HNE були вищими у пацієнтів з назальним поліпозом.

Висновки. Дослідження демонструє що показники оксидативного стресу та антиоксидантного захисту у пацієнтів з поліпозом носа значно відрізняються від показників контрольної групи. Рівні антиоксидантів в крові та тканині знизилися, а показники оксидативного стресу значно збільшилися в порівнянні з контрольною групою. Це дослідження показує значення оксидативного стресу у патогенезі назального поліпозу та висвітлює доцільність призначення антиоксидантної терапії для запобігання

вільнорадикального пошкодження тканини при назальному поліпозі.

Summary. We examined a group of 25 patients with nasal polyps and 25 patients with hypertrophic rhinitis and nasal septum deviation. The aim of our study was to conduct a deeper study of the pathogenesis of nasal polyps. Research shows that indicators of oxidative stress and antioxidant defense in patients with nasal polyps is much different than the control group, the level of antioxidants in the blood and tissues decreased, and indicators of oxidative stress significantly increased compared with the control group, this study shows the importance of oxidative stress in the pathogenesis of nasal field and highlights the advisability of the appointment of antioxidant therapy to prevent free radical damage to tissues in nasal polyps.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВОГНЕСТРІЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ОРБИТИ В НЕВОЄННИЙ ЧАС МИСЛИВСЬКОЮ РУШНИЦЕЮ ТА ПІД ЧАС ЛОКАЛЬНИХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ РЕВОЛЬВЕРОМ З ГУМОВИМИ КУЛЯМИ

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF THE FIREARM INJURE OF THE UPPER JAW AND THE EYE SOCKET IN PEACE TIME CAUSED BY THE SPORTING GUN OR BY THE REVOLVER WITH THE RUBBER BULLETS DURING THE LOCAL MILITARY OPERATIONS

Ямкова К. В. / K. Yamkova

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

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра отоларингології
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Ю.В. Мітін)
м. Київ, Україна

Актуальність. Вогнестрільні ушкодження верхньої щелепи та орбіти частіше трапляються в практиці цивільних хірургів і становлять 25,7% і 8,5%, ніж під час локальних воєнних дій 14,2% і 4,9% відповідно.

Метою дослідження був порівняльний аналіз вогнестрільних ушкоджень верхньої щелепи і орбіти зброєю, яка найчастіше використовується в невоєнний час – мисливська рушниця та під час локальних військових дій – револьвер з гумовими кулями “Оса”.

Матеріалами і методами дослідження слугували дані літературних джерел, звітні та статистичні дані дисертаційних робіт по вогнестрільних ушкодженнях верхньої щелепи та орбіти в невоєнний час та під час локальних військових дій.

Результати дослідження. При вогнепальному ушкодженні верхньої щелепи бойовою зброєю з гумовими кулями “Оса” поранення тонкостінного тіла верхньої щелепи супроводжується мінімальними порушеннями, значні порушення альвеолярного відростка і розміщеними поруч кісток, м’яких тканин, при цьому наскрізні поранення складають 76,2%, сліпі – 19%, дотичні 4,8%; орбіти – пряме попадання кулі призводить до розриву та загибелі ока, дотичне ушкодження – контузії ока, великі розриви повік, переломи країв та стінок орбіти, відривання зорового нерва. Вогнепальне ушкодження цивільною зброєю верхньої щелепи – множинні поранення всіх поверхонь тіла верхньої щелепи, роздроблення альвеолярного відростка з проникненням у верхньощелепну пазуху, розміщених поруч кісток, м’яких тканин, дефект твердого і м’якого піднебіння, наскрізні ураження – 6,2%, сліпі – 88,5%, дотичні 5,3%; орбіти – при прямому попаданні виникає розрив ділянки ока і суміжних кісток, при дотичному – частіше пошкоджуються нижні стінки орбіти, екстраокулярні м’язи.

Висновок. Провівши аналіз літературних джерел, статистичних даних дисертацій, можна зробити висновок, що вогнестрільні ушкодження верхньої щелепи та орбіти спричинені мисливською рушницею під час невоєнного часу характеризуються більшим об’ємом ураження, ніж ті, котрі здійснені револьвером з гумовими кулями “Оса” під час локальних військових дій.

Summary. Having done the analysis of the information sources and the statistical data of the theses we can make the next conclusion: the firearm injures of the upper jaw and the eye socket in peace time caused by the sporting gun are characterized with the bigger size of lesion that the injures caused by the revolver with the rubber bullets “Osa” during the local military operations.

