

мультимедійної презентації та інше. Під час проведення вказаних циклів тематичного удосконалення робиться акцент на особливостях викладання на сучасному рівні методів діагностики та лікування хвороб вуха, захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей із використанням інтерактивних методів.

До запланованих видів активності відносяться проблемне навчання у малих групах ("кейси"), підготовка та презентація рефератів по темі, навчання на компетентній основі з використанням сучасних можливостей інформаційних технологій освітнього процесу.

Для виконання даної програми в процесі навчання передбачено різні види занять. Основною формою контролю засвоєння слухачами матеріалу програми є залік по закінченню циклів.

Після закінчення курсу слухач отримає: посвідчення про підвищення кваліфікації спеціалістів з певною кількістю балів безперервного професійного розвитку; відповідний обсяг знань із методів обстеження пацієнтів з ЛОР-патологією, що дасть можливість ефективно виконувати професійні обов'язки та приймати необхідні діагностичні рішення.

Косаковський А.Л., Лях К.В., Шкорботун Я.В. (Київ, Україна)

АНАТОМІЧНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ВИБОРУ НАСАДКИ ДЛЯ ШЕЙВЕРНОЇ АДЕНОТОМІЇ У ДІТЕЙ З ВРАХУВАННЯМ ПРИКУСУ

Протягом багатьох років аденомотомія залишається одним з найбільш поширених хірургічних втручань в дитячій отоларингології (S.H.Kozec et al., 2019; S.Singh et al., 2019; F.Pagella et al., 2020). Однією з сучасних методик цього втручання є трансоральна ендоскопічно контрольована її методика (F.Pagella et al., 2011).

Для виконання шейверної аденомотомії у дітей виробниками (Medtronic, Storz, Straet) було запропоновано стандартну насадку 40°. Вона за конфігурацією нагадує класичний аденотом і дозволяє швидко та зручно видалити основну частину аденоїдних вегетацій. Разом з тим, така насадка не дозволяє ефективно працювати у випадках розміщення лімфоїдної тканини у «важкодоступних» ділянках носоглотки, крім того її застосування в цих випадках може призводити до надмірного розтягування м'якого піднебіння, що в ряді випадків викликає тимчасову, а іноді і стійку велофарингеальну недостатність (N.C.Saunders et al., 2004; M.Khamy et al., 2015; F.Kassem et al., 2017; S.Dimatos et al., 2020). Зважаючи на вищевикладене, питання розробки критеріїв вибору насадки для шейверної аденомотомії залишається актуальним. На нашу думку таким критерієм є антропометричні дані структур лицевого скелета, включаючи розміри рото- та носоглотки.

Проведено інтраопераційне антропометричне вимірювання рото-та носоглотки 144 дітям, які згідно загальноприйнятої класифікації прикусу (Мельник, 2019) були розподілені на 4 групи: до першої групи ввійшли 22 дітей зі стабільним тимчасовим прикусом, другу групу склали 60 дітей зі

старіючим тимчасовим прикусом; третю – 41 дитина з раннім зміним прикусом; до четвертої групи ввійшли 21 дитина з пізнім зміним прикусом. В подальшому, на основі отриманих замірів виконувався розрахунок величин, які характеризують оптимальну конфігурацію інструмента для виконання аденомотомії – кут, що визначає оптимальну кривизну насадки, та довжину робочої частини інструменту.

В результаті інтраопераційних вимірювань та розрахунків відстаней між окремими структурами лицевого скелету під час аденомотомії у дітей віком від 2 до 12 років встановлено, що відстань від склепіння хоани до вільного краю ретрагованого м'якого піднебіння по середній лінії поступово зростає з 2,01±0,61 см у дітей зі стабільним молочним прикусом до 3,09±1,02 см зі зміним прикусом. Зміна носоглоткового кута з віком різнонаправлена: у дітей зі стабільним молочним прикусом він становить 126,25±8,76°, потім, у періоді старіючого молочного прикусу, він стає тупішим – 132,81±12,21°, а у дітей зі зміним прикусом носоглотковий кут знову стає більш гострим – 120,54±13,72°.

Висновки:

1. У дітей віком з 2 до 12 років ріст частин лицевого черепа відбувається нерівномірно, при чому відмічається суттєве зростання темпів зміни розмірів після переходу з періоду старіючого тимчасового до раннього змінного прикусу.
2. Оптимальна конфігурація насадки для шейверної аденомотомії у дітей зі сформованим тимчасовим прикусом має кут 53,53±8,76°, а довжина робочої частини 2,01±0,61 см, у дітей зі старіючим тимчасовим прикусом – 47,18±12,21° та 2,10±0,71 см, зі зміним прикусом – 59,45±13,72° та 3,09±1,02 см відповідно.

Кривіша В.В., Пелещенко О.О. (Київ, Україна)

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МАСТОЇДИТОМ

Мастоїдит – гостре гнійне запалення соскоподібного відростка, яке супроводжується деструкцією кістки. Гострий мастоїдит, в переважній більшості, є ускладненням гострого гнійного середнього отиту.

Термін «мастоїдизм» використовується при гострому гнійному середньому отиті (ГГСО), який супроводжується болем в ділянці соскоподібного відростка при відсутності локальних симптомів мастоїдиту. «Мастоїдизм» – термін, що не має офіційного визнання, однак широко використовується вітчизняними отоларингологами.

При ГГСО запальні зміни в соскоподібному відростку завжди присутні. Однак їх вираженість, в більшості випадків, не веде до деструкції трабекул повітряноних клітин відростка. Запальний процес відбувається в межах мукоперіосту антрума та клітин відростка і трактується як антропоцеліт. Цей термін використовують західні фахівці.

Фактори, які сприяють розвитку мастоїдиту наступні: 1) неправильна лікувальна тактика, зокрема параназальна барабанної перетинки не виконується в ранній період ГГСО, або виконується одноразово при неадекватному відтоку ексудату з порожнини середнього вуха, неефективний застосування антибіотик (недостатня доза, тривалість лікування); 2) дії самого пацієнта – самолікування, пізнє звернення до лікаря, стороннє тіло слухового ходу (вага), застосування теплових процедур на вухо; 3) атипова мікрофлора запального процесу; 4) супутні захворювання (цукровий діабет), перенесені в дитячому віці операції (антро-, мастоїдектомія); 5) пневматичний тип соскоподібного відростка; 6) блокада адітусу, «сухий мастоїдит», коли запальний процес відмежується від барабанної порожнини і розвивається самостійно; 7) блокада тимпанальної мембрани з перебігом ГГСО по типу гострого ецітимапиту з неефективністю параназального вливання в типовому місці.

Варіанти лікування мастоїдиту у хворих на ГГСО:

1. Консервативне лікування проводять при відсутності деструкції соскоподібного відростка (наявний антроцелуліт).
2. Антродренаж – можливий варіант хірургічного лікування при склеротичному соскоподібному відростку.
3. Мастоїдотомія із закритим методом ведення післяопераційної рани.
4. Мастоїдектомія та бокова цервикотомія при особливих формах мастоїдиту (Бецольда, Муре-Чителі).
5. Мастоїдектомія з мастоїдопластиком.

Напрацьовані рекомендації є результатом багаторічних досліджень пацієнтів з ГГСО, ускладненим мастоїдитом, що отримали лікування у клініці оториноларингології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Лайко А. А., Гавриленко Ю. В., Осадча Т. М. (Київ, Україна)

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ

Алергічний риніт у дитячому віці нерідко починається з шестилітнього віку і досягає частоти 8-12% у підлітків. В останніх основними ознаками АР є ринорез, чхання, утруднення носового дихання та свербіж носа, а також загальні прояви за рахунок судинного, секреторного та набрякового фактора запального процесу в порожнині носа, викликаних дією різних алергенів на слизову оболонку порожнини носа, тобто насамперед збільшується проникність судинної сітки слизової оболонки, яка проявляється транссудацією.

У діагностиці АР у дітей велике значення має збір алергологічного анамнезу. Детально зібраний алергологічний анамнез відповібно до спеціально розроблених схем опитування дозволяє правильно встановити діагноз та запідозрити причинний алерген, порушення когнітивних функцій,

поверхневий сон, апное/гіпноное уві сні, безсоння або надмірна денна сонливість.

При клінічному обстеженні хворих звертають увагу на так звані алергічний салют (дитина постійно чухає ніс, морщить його), сині і темні кола навколо очей («алергічне саяво»), наявність алергічного кон'юнктивіту. При передній риноскопії відмічається водянистий прозорий або слизовий секрет, біло-сірий або цианотичний колір слизової оболонки, наявність плямистості (симптом Воячека), значний набряк носових раковин, які майже не зменшуються під дією судинозвужуючих крапель (негативна адреналінова проба). Слід зазначити, що рутинне ендоскопічне дослідження за допомогою різних конструкцій ендоскопів діаметром 1,2, 2,7, 4 мм не проводиться. Воно показано для діагностики вад розвитку внутрішньо носових структур, підозри на пухлини, риноенцефалоцеле та інколи для діагностики стану носоглотки, визначення величини аденоїдних вегетацій.

Вірогідність діагнозу АР підтверджується підвищенням рівнів загального IgE та алерген-специфічних Ig E-антитіл у сироватці крові та дослідженням крові на еозинофілії (еозинофілія). Серед лабораторних методів дослідження доцільно провести риноцитограму для виявлення еозинофільного типу запалення.

Клінічна диференційна діагностика інтермітуючого та персистуючого АР є досить складною і ґрунтується на таких ознаках: при інтермітуючому АР закладення носа є непостійним, виділення часто водянисті, гіпосмія непостійна, завжди є чхання, нерідко є кон'юнктивальні симптоми, рідко бронхіальна астма та хронічний синусит. Для персистуючого АР вищеописані ознаки нерідко протилежні. Важливо оцінити ступінь тяжкості АР у дітей дошкільного віку для обґрунтування обсягу лікування.

У комплексному лікуванні АР у дітей дошкільного віку необхідно застосовувати іригацію слизової оболонки порожнини носа зволожуючими засобами на основі фізіологічного розчину (Хьюмер), топічні глюкокортикостероїдні препарати протизапальної дії – мометазон фураат (Флікс) та H₁-антигістамінні препарати другого покоління – левоцетиризин (Алерзин) відповідно до інструкцій, які мають патогенетичну дію. Ендоназальні кромони (кромоглікат натрію) менш ефективні порівняно з ендоназальними глюкокортикостероїдами. Антилейкотрієнові засоби (монтелукаст натрію) часто застосовуються у дітей, хворих на АР у поєднанні з коморбідними алергічними хворобами. Застосування системних глюкокортикостероїдних препаратів у дітей обмежене, необхідна консультація дитячого алерголога.

Таким чином, ефективність лікування дітей дошкільного віку, хворих на АР, забезпечується спільною працею дитячих оториноларингологів та дитячих алергологів. Запропонований алгоритм діагностики АР забезпечує оптимальну ефективну терапію.