

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, заворовувань верхніх дихальних шляхів у дітей із використанням інтерактивних методів.

До запланованих видів активності відносяться проблемне навчання у малих групах ("кейси"), підготовка та презентування 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.

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

АНАТОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ НАСАДКИ ДЛЯ ШЕЙВЕРНОЇ АДЕНОТОМІЇ У ДІТЕЙ З ВРАХУВАННЯМ ПІРИКУСУ

Протягом багатьох років аденомія залишається одним з найбільш поширених хірургічних втручань в дитячій отоларингології (S.H.Kozcu 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 аденомії 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 вегетатив. 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.Khamu et al., 2015; F.Kassem et al., 2017; С.Dimatos et al., 2020). Зважаючи на вищевикладене, питання розробки критеріїв вибору насадки для шейверної аденомії 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 зміниним прикусом; до четвертої групи ввійшли 21 дитина з пізнім зміниним прикусом. В подальшому, на основі отриманих замірів виконувалася розрахунок величин, які характеризують оптимальну конфігурацію інструмента для виконання аденомії – 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 аденомії у дітей віком від 2 до 12 років встановлено, що відстань від скелітної хаони 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 зміниним прикусом. Зміна носоглоткового кута з віком різнонаправлена: у дітей зі стабільним молочним прикусом він становить 126,25±8,76°, потім, у період старіючого молочного прикусу, він стає тупішим - 132,81±12,21°, а у дітей зі зміниним 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 змін розмірів після переходу з періоду старіючого тимчасового до раннього зміниного прикусу.
2. Оптимальна конфігурація насадки для шейверної аденомії у дітей зі сформованим тимчасовим прикусом має кут $53,53 \pm 8,76^\circ$, а довжина робочої частини $2,01 \pm 0,61$ см. У дітей зі старіючим тимчасовим прикусом - $47,18 \pm 12,21^\circ$ та $2,10 \pm 0,71$ см, зі зміниним прикусом - $59,45 \pm 13,72^\circ$ та $3,09 \pm 1,02$ см відповідно.

Кривина В.В., Пелешенко 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 «мастоїдит» 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 повтроснених клітин відростка. Запальний процес відбувається в межах муккоперіосту антрума та клітин відростка і трактується як антропелеліт. Цей термін використовують західні фахівці.