

е: виділення в отриманому блоці інформації вказівки, які дозволяють запідозрити ураження гортані, а також скласти список питань для самостійного вивчення на підставі тих понять, термінів, даних, які студентам невідомі; скласти список робочих гіпотез. При цьому необхідно зауважити, що для студентів 2 курсу, які навчаються за даною методикою, проблемно-орієнтоване навчання слугує не для отримання клінічних знань, а для вивчення базових дисциплін (анатомія, патологічна анатомія, фізіологія, патологічна фізіологія, гістологія, біохімія, фармакологія тощо) в контексті конкретної клінічної ситуації. Структура як лекцій, так і практичних занять на базі клінічної кафедри де що відрізняється від класичної. Частина кожної лекції

присвячена викладенню необхідних базових, або клінічних знань, частина відводиться під дискусію між лектором, як експертом у даному клінічному питанні, та студентами. Практичне заняття також орієнтоване на те, щоб продемонструвати їм необхідні клінічні навички, які студенти могли би потім вдосконалити, наприклад, під час самостійної роботи з манекенами або при роботі у групі між собою. З використанням платформи OpenLabyrinth було створено 3 віртуальних пацієнта на базі кейсів. Професорсько-викладацький склад кафедри відзначає серед академічних груп, що брали участь у проекті, більш упізнавальну активність, мотивованість, комунікативність, легкість проходження дискусійних етапів в обговоренні навчального матеріалу.

© В.І. Троян, О.М. Костровський, 2017

В.І. ТРОЯН, О.В. ЛОБОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ АДЕНОЇДІВ І АДЕНОЇДИТІ У ДІТЕЙ

Актуальність. Хронічний аденоїдит займає одне з перших місць в структурі патології ЛОР-органів і спостерігається у 20-50% дитячого населення, а в групі часто хворіючих дітей цей показник сягає 70%. Превалювання цієї патології в останнє десятиліття пов'язане з виразною тенденцією до зростання її поширеності та уповільнення вікової редукції АВ.

Мета дослідження: визначити найбільш ефективні методи лікування гіпертрофії аденоїдів і аденоїдитів в залежності від етіології.

Матеріали і методи. За період з січня 2015 р. по липень 2016 р. досліджено 3287 хворих з діагнозом «Хронічні хвороби мигдаликів та аденоїдів» (МКБ 10: J35.0-J35.9) на рівні первинної ланки. З них хірургічне лікування в умовах стаціонару отримало 1721 дитини. Діагностика хронічного аденоїдиту включала: збір анамнезу, загальний огляд, ЛОР-огляд (передня, задня риноскопія, ендоскопічне дослідження носоглотки), мікробіологічне дослідження флори носової порожнини і глотки з визначенням чутливості її до антибіотиків, консультацію та обстеження алерголога, консультацію ортодонта (оцінка стану оклюзії і орофарингеальної зони).

Результати

Згідно з протоколом лікування аденоїдних вегетатив, всі діти спрямовані на консультацію до лікаря-інфекціоніста з метою встановлення осередку хронічної інфекції, включаючи прове-

дення аналізів на наявність у дитини цитомегаловірусу і вірусу Епштейн-Бара, які є провідними у виникненні даного захворювання. Було встановлено, що 34% (1118 хворих) є носіями цих вірусів. З них, ЦМВ був виявлений в 51% (570) дітей, вірус Епштейн-Бара в 46% (514), мікст-інфекція (ЦМВ + вірус Епштейн-Бара) в 3% (34) пацієнтів. Інфікованим дітям була призначена протівірусна терапія в поєднанні з топічними ГКС в ремісії захворювання. Дітям, що не були носіями вірусної інфекції, була призначена терапія ГКС терміном на 2 місяці. Всім дітям були призначені консервативні методи лікування - фізіотерапевтичні (УВЧ-терапія, магнітотерапія, електрофорез) і елімінаційно-іригаційна терапія сольовими розчинами («Аквамаріс», «Маример»). За неефективності консервативного лікування та появи дисфункції слухової труби з розвитком гострих запальних і ексудативних отитів в групі хворим дітям було показано хірургічне лікування в обсязі аденотоміїа боаденоектомії. В цілому за вказаний період хірургічне лікування на тлі цих показників в умовах стаціонару отримали 1 721 дитина. У післяопераційному періоді після повного загоєння рани (на 10 добу) дітям були призначені топічні стероїди терміном до 1 місяця. Ретроспективне дослідження показало, що у дітей, які отримували тільки консервативне лікування рецидив захворювання протягом року спостері-

гався в 83% випадків, однак як у дітей, яких прооперували, рецидиву захворювання не відбулося.

Висновки

Серед етіологічних факторів хронічних хвороб мигдаликів і аденоїдів переважають цитомегаловірус та вірус Епштейн-Бара, тому

© В.І. Троян, О.В. Лобова, 2017

В.І. ТРОЯН, І.О. СІНАЙКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОНИ ШИЇ

Актуальність. Гнійне запалення клітковинних прошарків шиї, що виникає в результаті запальних процесів в глотці і гортані характеризується бурхливим клінічним перебігом і може привести до розвитку таких ускладнень як: грудний медіастиніт, сепсис і поліорганна недостатність, що вимагає проведення у цієї категорії хворих екстреного і адекватного як хірургічного так і антибактеріального лікування.

Мета. Проаналізувати ефективність хірургічного та емпіричного антибактеріального лікування з використанням фторхінолонів в поєднанні з похідними 5-нітроїмідазолу.

Матеріали та методи

Було проліковано 14 хворих з флегмонами шиї. Серед них було 11 чоловіків і 3 жінки у віці від 28 до 71 року. Первинним гнійним вогнищем у 12 пацієнтів був парафарингіт в стадії абсцедування, у 2 – гортанна ангіна. Стратегія комплексного лікування цієї категорії хворих передбачала в першу чергу елімінацію первинного гнійного вогнища з наступною екстреною ревізією і дренажуванням всіх клітинних просторів шиї. Згідно наших регіональних даних найбільш частими збудниками, що викликають

© В.І. Троян, І.О. Сінайко, 2017

комплексна консервативна терапія повинна обов'язково супроводжуватися протівірусною.

При неефективності консервативного лікування та появи дисфункції слухової труби з розвитком гострих запальних та ексудативних отитів, хворим дітям показано хірургічне лікування в обсязі аденотомії або аденоектомії.

флегмони шиї були: *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, а також фузобактерії, які в більшості випадків мали резистентність до цефалоспоринів III покоління, внаслідок чого нами емпірично до отримання антибіограми застосовувалися фторхінолони в поєднанні з похідними 5-нітроїмідазолу які мають гарну активність від аеробної і анаеробної інфекції. З метою потенціювання антибактеріальних засобів у всіх хворих ми використовували системну ензимотерапію серратіопептидазою яка володіє фібринолітичною, протизапальною активністю і поліпшує мікроциркуляцію в рані.

Результати: Проведення екстреного і адекватного хірургічного та антибактеріального лікування дозволило у всіх випадках досягти одужання.

Висновок. Флегмони шиї потребують негайного проведення адекватного хірургічного лікування на первинному осередку і клітинних просторах шиї. Застосовувані антибактеріальні препарати можуть стати засобом вибору при емпіричній терапії змішаних аеробно-анаеробних ранових інфекцій шиї.

*В.Г. ЦЕНТИЛО, АЛ.АЛ. МИНАЕВ, АЛ.АН. МИНАЕВ, Д.З. МАЛАКШАНИДЗЕ
(КРАМАТОРСК, УКРАЇНА)*

ГИГАНТСКАЯ ЛИМФОГЕННАЯ КИСТА ЗАДНЕГО ТРЕУГОЛЬНИКА ШЕИ

Лимфогенные кисты шеи являются довольно редкими новообразованиями. Как известно, значительно бoльшую распространенность имеют врожденные кисты шеи: боковые, срединные и дермоидные (П.И. Ивасенко, 1999; А.С. Киселёв, 2007; G.D. Josephson, 1998; S.

Soni, 2014). Лимфогенные кисты, или лимфангиомы, обычно встречаются в раннем детском возрасте и чаще локализуются в заднем треугольнике шеи. Несмотря на накопленные специальные знания и широкий выбор современных методов диагностики новообразований