

тані і добилися видужання пацієнта. Професор А.Ф. Іванов для дилатації порожнини гортані застосував 4-етапну методику: на першому етапі – ларингостомія, на другому – дилатація стоми, на третьому – контрольний період, на четвертому – пластика стоми. А.І. Юніна запропонувала 5 етап – ортофонічна та дихальна гімнастика.

Таким чином, ларингостомія, а згодом і ларинготрахеостомія стали основними методами лікування хворих на рубцеві стенози, атрезії і дефекти гортані та трахеї. Безумовно, ларингостомія була лише методом підходу до порожнини гортані. При цьому використовувалися різноманітні хірургічні втручання для усунення плоских і об'ємних дефектів органу.

Ларингостомія використовувалась також при усуненні паралітичних (серединних) стенозів і навіть при відриві гортані від гортаноглотки і під'язикової кістки. Поступово роль ларинго- і ларинготрахеостомії, як універсального методу в лікуванні хворих на стенози гортані, втрачалась. В середині ХХ століття появились такі методи для лікування хронічних стенозів, як резекція скомпрометованої ділянки трахеї, в т.ч. на рівні трахеогортанного з'єднання з одночасним утворенням міжтрахеального чи трахео-

гортанного анастомозів. Появились нові методи усунення паралітичних стенозів гортані шляхом переміщення в латеральну сторону голосової складки екстраларингеальним і ендоскопічним підходами до голосового апарату гортані. Застосування ларингостомії при відривах гортані від гортаноглотки виявилось зайвим.

Застосування ларингостомії показано тільки при локалізації рубцевих зрощень в порожнині гортані, що дозволяє відновити дефекти слизової оболонки гортані шляхом пересадки інших тканин чи, використовуючи роль направляючої регенерації слизової оболонки, а також для об'ємної пластики гортані. Ларингостомія є незамінним методом відновлення дихання природнім шляхом при ускладненні трахеогортанного анастомозу, яким є його неспроможність, тобто при розриві анастомозу. Такий метод дозволяє провести реканалізацію гортані та трахеї, коли інші методи уже вичерпані.

Таким чином, завдяки новітнім технологіям, ендоскопічної оптики, відповідного інструментарію, появились нові хірургічні методи лікування хронічних стенозів, більш економні і результативні, але ларингостомія і ларинготрахеостомія і сьогодні відіграє свою корисну роль в області ларинготрахеопластики.

© Ф.О. Тишко, 2017

*В.І. ТРОЯН, О.М. КОСТРОВСЬКИЙ (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

### **ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ЗДМУ**

Проблемно-орієнтоване навчання на кафедрі оториноларингології Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) бере свій початок з жовтня 2012 р., коли було започатковано грантовий проект 530519-Tempus-1-2012-1-UKTEMPUS-JPCR “Створення Міжрегіональної мережі національних центрів медичної освіти, головним напрямом яких є впровадження проблемно-орієнтованого навчання з використанням віртуальних пацієнтів” (“ePBLnet”). Освітній процес за методикою проблемно-орієнтованого навчання в рамках виконання Tempus- проекту ePBLnet базується на вивченні протягом тижня одного конкретного клінічного випадку, який носить робочу назву “кейс”. Кейс з оториноларингології був присвячений хворому на рак гортані. На протязі вивчення кейсу студенти повинні отримати знання з анатомії верхніх дихальних шляхів (ВДШ) та шиї, вивчити

причини обструкції ВДШ та методи її лікування (трахеостомія). Мати уяву про канцерогенез та основні канцерогени (табачний дим). Ознайомитись з клінікою пухлин гортані та методами їх лікування (хірургічний, променевиї, хіміотерапевтичний), а також з реабілітацією пацієнтів після ларингектомії. Структура кейсу побудована таким чином, що студенти поступово отримують від тьютора інформацію щодо скарг, анамнезу, супутньої інформації про стан хворого, даних фізикального, інструментального та лабораторного обстеження хворого. Після отримання кожного блоку інформації студенти розпочинають дискусію між собою (це важливий момент – дискусія проводиться всередині групи студентів, тоді як викладач-тьютор виконує роль спостерігача, який мотивує студентів та направляє дискусію у випадку, коли вона непродуктивна). Основними завданнями дискусії

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-