

Эффективность эндоскопической аденотомии у детей по результатам отдаленных наблюдений

О. В. Белова, Е. А. Новикова, А. П. Якушенкова

ФГУ «ЦКБ» УД Президента РФ, ФГУ «Поликлиника детская» УД Президента РФ

За последние десятилетия отмечается увеличение заболеваемости верхних дыхательных путей. Хронический аденоидит является одним из самых распространенных заболеваний в детском возрасте [4, 5, 7, 8, 10]. С социальной стороны это приводит к частым больничным листам родителей, снижению степени подготовки детей к школе, снижению качества жизни всей семьи, успеваемости у школьников. Лечение воспалительных заболеваний глоточной миндалины до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем детской оториноларингологии [6, 7]. К сожалению, консервативные методы лечения: антибактериальная, антисептическая, иммуномодулирующая и элиминационная терапия не всегда дают желаемый эффект. По-прежнему основным показанием к оперативному лечению остается неэффективность консервативной терапии, поэтому при определенных показаниях приходится прибегать к оперативному лечению. К таким показаниям относятся частые респираторные заболевания, увеличение глоточной миндалины, приводящее к значительному затруднению носового дыхания, тугоухости, рецидивирующим или экссудативным средним отитам, деформации лицевого скелета, общим нарушениям физического и умственного развития ребенка. Однако проведенное грамотно консервативное лечение является качественной предоперационной подготовкой [2].

С внедрением новых технологий появились функциональные методы оперативного лечения, в частности наиболее распространенной операции в детской оториноларингологии — аденотомии. Техническое несовершенство классической аденотомии связано с тем, что операция производится вслепую [9, 3]. В последние годы в практику внедряется эндоскопическая аденотомия под наркозом [1].

Цель исследования: изучить отдаленные результаты эндоскопической и стандартной аденотомии у детей.

Материал и методы исследования

Под нашим динамическим наблюдением находились в 2001—2007 гг. 170 часто и длительно болеющих детей в возрасте от 3 до 9 лет по 2—3 диспансерным группам здоровья, среди них 105 (61,7%) дошкольников и 65 (38,3%) школьников. Диагноз: аденоиды II—III степени был поставлен при первичной диспансеризации. Кроме аденоидов II—III ст. 112 (65,8%) из них страдали тубоотитом, храпом, гнусавым оттенком голоса, тенденцией к изменению лицевого скелета, гипертрофией небных миндалин. Сопутствующая соматическая патология была представлена заболеваниями бронхиального дерева, неврологической симптоматикой, патологией внутриносовых структур. Пропуски посещаемости детского сада составили около 100—120 дней в году, школы от 45 — до 100 дней в году (1/3 года!). Наблюдаемые пациенты по результатам проводимого в течение 1—2 лет консервативного лечения нуждались в операции: 143 (84,1%) в аденотомии (один из них в реаденотомии), остальные 27 (15,9%) — в сочетанных.

Эндоскопическая аденотомия была проведена на базе ЦКБ с поликлиникой у 82 (48,2%) детей под эндотрахеальным наркозом с применением пропофола в возрастной дозировке. Во время удаления аденоидов под контролем 0° эндоскопа тщательно освобождались просветы хоан, области трубных валиков, гипертрофированные участки боковых столбов. У 27 (15,9%) детей были выполнены одномоментные операции: аденотонзиллотомии — 9, тонзиллотомия + коррекция внутриносовых структур — 7, аденотомия + коррекция внутриносовых

структур — 4, аденотонзиллотомия + коррекция внутриносовых структур — 7.

Стандартная аденотомия была выполнена 61 (35,8%) ребенку в других стационарах. Результаты оперативного лечения были оценены через 1—5 лет.

Кроме общеклинических методов исследования детям проводились: эндоскопия ЛОР-органов, рентгенография носоглотки, передняя активная риноманометрия.

Результаты исследования

Эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки у детей после проведения аденотомии под общей анестезией рецидива аденоидных вегетаций не выявил (рис. 1). В



Рис. 1. Эндоскопическая картина левой половины носа через два года после эндоскопической аденотомии. Эндоскоп 25°.

результате катamnестического наблюдения выяснено, что частота заболеваемости после оперативного лечения детей снизилась до 1—2 раз в год, отмечается также и снижение сроков заболевания, количества осложнений, необходимости госпитализации и проведения антибактериальной терапии во время болезни (рис. 2). По данным передней активной

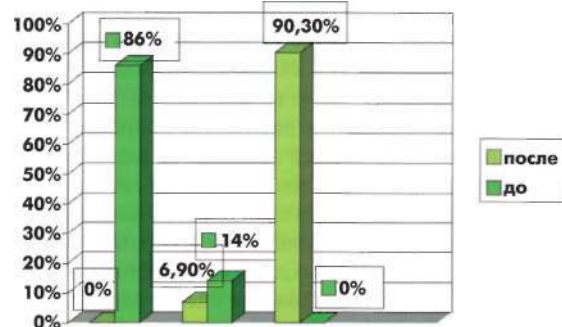


Рис. 2. Изменение частоты заболеваемости острыми респираторными инфекциями в год (в %) до оперативного лечения и в катamnезе.

риноманометрии нарушение носового дыхания выявлено после эндоскопической аденотомии у 1 (0,9%) ребенка с аллергопатологией и у 7 (11,4%) детей после стандартной аденотомии, что, вероятно, обусловлено оставшейся в просвете хоан лимфоидной тканью (рис. 3). Таким образом, в нашем



Рис. 3. Участок лимфоидной ткани в просвете правой хоаны (указан стрелкой) после «стандартной» аденотомии. Эндоскоп 0°.

наблюдении, эндоскопическая аденотомия оказалась в 12,6 раза эффективней «классической».

Кроме того, т.к. главным условием развития ребенка является его общение со взрослым, а происходит оно в том числе и через ЛОР-органы, мы видели изменение когнитивного развития. Так, у двух наблюдаемых нами детей после аденотомии был снят диагноз — задержка темпов психомоторного развития.

Таким образом, эндоскопическая аденотомия является эффективным методом лечения часто болеющих детей с патологией носоглотки и позволяет значительно улучшить качество проводимого оперативного лечения.

Травмы носа у детей грудного и раннего возраста

М.Р. Богомильский, И.Н. Кутруева

Актуальность проблемы посттравматических нарушений структур носа у детей грудного и раннего возраста подтверждается анализом материалов доступной отечественной и иностранной литературы по данной теме, где указывается, что отмечается тенденция к неуклонному росту травматизма, при этом травмы костей носа занимают первое место во всех возрастных группах населения. Среди больных, госпитализированных по поводу челюстно-лицевых травм, дети составляют до 13%, среди них с травмами носа до 28% и это без учета лечащихся амбулаторно с легкими повреждениями в виде ушибов и гематом мягких тканей наружного носа, в связи с чем данные о них в статистике не учитываются и в литературе не освещены. При этом достаточно большое количество среди них — это дети младшего возраста [1, 4]. До настоящего времени остаются предметом дискуссий вопросы механизма переломов костей носа у детей грудного и раннего возраста, т.к. в большинстве случаев травма у них своевременно не распознается и проявляет себя в виде деформаций структур носа в более старшем возрасте. Это подтверждают анализы анамнеза больных, госпитализированных для их коррекции, где в 36–47% случаев явная травма носа в анамнезе у детей отрицалась, но не исключались небольшие ушибы в раннем возрасте, которым не придавалось значения не только родителями, но в отдельных случаях и врачами [2, 5].

Возникновение травм структур носа у детей, характер повреждений, течение заболевания и его последствия существенно отличаются не только от травм у взрослых, но и в отдельных возрастных группах больных детского возраста, поэтому организация неотложных мер и некоторые способы лечения должны разрабатываться и проводиться в соответствии с возрастными анатомо-физиологическими и психологическими особенностями [3, 6].

Литература

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. *Детская оториноларингология. Учебник для вузов.* — М.: ГЭОТЛР-МЕД. — 2001. — 431 с.
2. Волков А.Г., Давыдова А.П., Хачкиева Е.В. // *Рос. риол.* — 2006. — №1 — С. 30.
3. Ковалева Л.М., Ланцов А.А. *Диагностика и лечение заболеваний глотки у детей.* — Санкт-Петербург: Издание СПб НИИИуха, горла, носа и речи, 1995.
4. Рафаилов В.В., Сватко Л.Г., Мангушев А.Р., Зайнетдинова Г.М. // *Материалы XVII съезда оториноларингологов России.* — 2006. — С. 473-474.
5. Романова Ж.Г. // *Материалы XVII съезда оториноларингологов России.* — 2006. — С. 474.
6. Соколов Р.О., Борзое Е.В., Иванов Е.К. // *Материалы XVII съезда оториноларингологов России.* — 2006. — С. 482—483.
7. Солдатов И.Б. *Лекции по оториноларингологии: Учебн. Пособие.* — 2-е изд. — М.: Медицина, 1994. — 170с.
8. Сотникова Н.Ю. // *Рос. риол.* — 2007. — № 2. — С. 117.
9. Фотин А.В., Альтман Е.М., Шустер М.А. *Аденоидные разрастания у детей (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации* — М. — 1973. — 14с.
10. Maciorkowska E., Kaczmarek M., Sulik M., Szafalowicz K. // *Pol. Mercuriusz. Lek.* — 1998. — N 5. — P. 335-337.

Материал и методы исследования

В данной работе обобщены результаты многолетних (с 1997 по 2007г.) клинических наблюдений за детьми раннего возраста с различными по сочетанности и степени тяжести повреждениями структур носа. Дети были доставлены родителями или бригадой скорой помощи в централизованное приемное отделение многопрофильной Морозовской детской городской клинической больницы и нуждались в экстренной или консультативной помощи врача-оториноларинголога

Для решения поставленных задач по изучению частоты встречаемости, причин возникновения и особенностей проявлений симптомокомплекса при травмах носа у детей грудного и раннего возраста и для большей информативности ожидаемых результатов нами был избран метод сравнительного анализа, чему способствовали возможности приемного отделения, когда врач может наблюдать клинические проявления травматического процесса у детей различных возрастных групп с первых часов и при необходимости проследить и сопоставить динамику течения заболевания и результаты от проводимого лечения.

С целью проведения многофакторного сравнительного анализа все больные грудного и раннего возраста были включены в группу основного наблюдения. В контрольную группу вошли больные с травмами структур носа старше 3 лет и до 15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного клинико-статистического исследования показали, что за указанное время специалистами приемного отделения (ларингологами, хирургами, окулистами, невропатологами и педиатрами) достаточно часто при совместных консультациях было принято 563274 (100%) больных