



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 клинко-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

детей с разнопрофильной острой, хронической, травматической и, что важно отметить, сочетанной патологией, в частности и с травмой структур носа. При этом 445743 (79,13%) больным помощь была оказана амбулаторно и 117531 (20,87%) ребенок по результатам осмотра был госпитализирован в профильные отделения больницы.

Среди всех перечисленных разнопрофильных больных в оториноларингологической помощи нуждались 73226 (13%) детей, из них 46861 (66,99%) больному помощь была оказана амбулаторно и 26365 (33,03%) — в условиях стационара. В свою очередь, среди больных, нуждавшихся в неотложно-консультативной оториноларингологической помощи, дети с травмами структур носа всех возрастных групп составили 18,20%, или 13327 больных, из которых 66,38% (8846) лечились амбулаторно и 33,62% (4481) были госпитализированы по клиническим показаниям, при этом не всегда в ЛОР-отделение.

Таким образом, за исследуемый период дети с травмами носа составили 2,37% среди всех больных, принятых в приемном отделении с разнопрофильной и сочетанной патологией, 3,81% среди всех госпитализированных и 1,98% среди всех проконсультированных амбулаторно, при этом 17% среди стационарных и 18,88% среди амбулаторных оториноларингологических больных (рис. 1, 2).

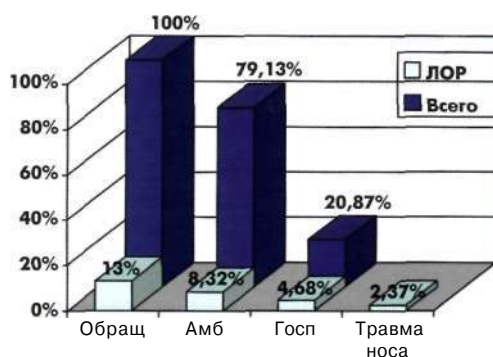


Рис. 1. Процентный состав детей, прошедших через приемное отделение.

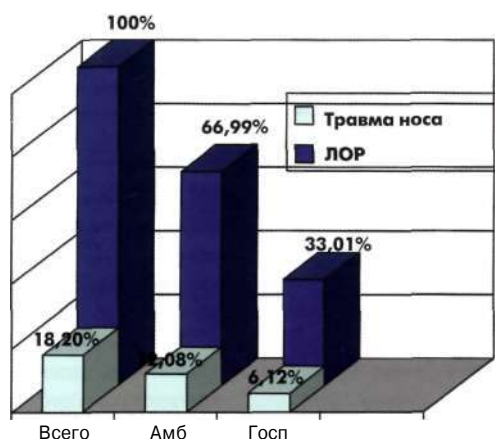


Рис. 2. Процентный состав детей с ЛОР-патологией и травмой носа.

Для определения возможности влияния возрастного фактора травматизма на частоту встречаемости травм структур носа у детей и для формирования основной группы наблюдения из больных до 3 лет мы проследили распределение всех 13327 (18,2%) детей с травмами носа по возрасту. По полученным данным, дети от 1-го месяца до 1-го года составили 1,66% (221), от 1 года до 3 лет - 14,46% (1928), от 3 до 7 лет - 23,93% (3186), от 7 до 12-36,94% (4923) и от 12-ти до 15-ти лет-23,03% (3069) больных (таблица 1, рис. 3).

Таким образом, наименьшая частота встречаемости травм носа наблюдалась у больных в возрасте до одного года, а

Таблица 1

Возрастной состав наблюдаемых пациентов

Возраст	Число детей	
	абс.	%
До 1 года	221	1,66
1-3 года	1928	14,46
3-7 лет	3186	23,91
7-12 лет	4923	36,94
12-14 лет	3069	23,03
ВСЕГО:	13327	100

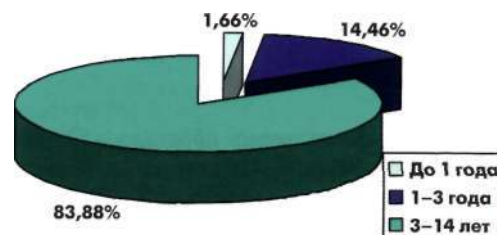


Рис. 3. Процентный состав наблюдаемых по возрастам.

наибольшая — от 7 до 12. Но при проведении сопоставительного анализа в количественно-процентном соотношении нами была прослежена настораживающая тенденция увеличения количества больных, особенно заметная в основной группе наблюдения. Так, по полученным нами данным, дети с травмами структур носа в возрасте от одного месяца до 3 лет составили 16,13%, где 1,66% — это больные до 1 года. При этом, по данным литературы, за разное время больных с травмами носа до 3 лет было не более 14%, где дети до 1 года составляли не более 0,8—1%. Но если принять во внимание, что практически все предыдущие исследования по проблеме травм носа у детей проводились преимущественно среди стационарных больных в ЛОР-отделениях и при челюстно-лицевой травме и на меньшем количестве клинического материала, то полученные статистические различия можно расценить как статистически достоверные разночтения, связанные не столько с резким ростом количества травм носа у детей, в частности раннего возраста, а скорее из-за узкопрофильности исследований и отсутствия данных амбулаторных наблюдений.

Результаты наших исследований показали, что при более высоком уровне травм структур носа среди мальчиков контрольной группы, чем среди девочек, отмечались его значительные колебания в каждой отдельной возрастной группе. Так, как было уже отмечено ранее, наибольшее число травм носа случалось у детей 7—12 лет — 36,94%, где доля мальчиков составила 73,2%, а девочек — 26,8%, при этом среди больных 12—15 лет при общем заметном снижении числа травм носа — 23,03%, более резко оно происходит среди девочек — 82,3% к 17,7%.

Анализ больных из основной группы показал, что количество повреждений структур носа среди детей обоих полов (16,13%) практически равно, с небольшой тенденцией к увеличению в пользу мальчиков трехлетнего возраста — 52,49% (1128) к 47,51% (1021).

Наши данные при анализе больных из контрольной группы показали, что наибольший процент травм носа наблюдался в декабре - 7,19%, в марте - 8,41%, в сентябре - 11,03%, январе — 11,49% и пиком травматизма был октябрь — 14,30% (рис. 4).

Наиболее часто повреждения носа случались в начале и конце недели, а в течение суток с 14 до 17 — 19 часов. В первые

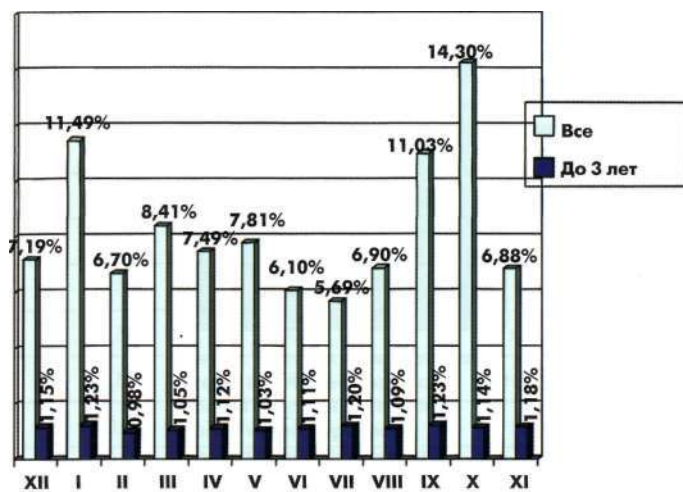


Рис. 4. Сезонность травм носа.

сутки с момента получения травмы обратилось 82,4% больных, из них 63,5% — в первые часы. Именно эти дети доставлялись бригадой скорой помощи чаще всего из детских учреждений или при автотравмах (рис. 5).

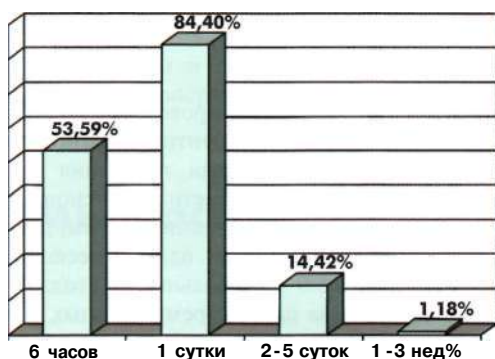


Рис. 5. Время обращения детей с травмой носа к врачу.

При аналогичном анализе больных основной группы таких понятий, как «сезонность» и «пики травматизма», нами выявлено практически не было. В среднем, ежемесячное число больных с травмами носа до 3 лет колебалось от 1% до 1,3%, при этом не было столь явной зависимости от дня недели и времени суток. Обращаемость с детьми раннего возраста, получившими травму носа в первые сутки и в первые часы — до 91,02%, транспортировка бригадой скорой помощи в 89,3% случаев. Исключение составляли отдельные летние месяцы, когда при сохранении среднемесячной численности больных данной возрастной группы изменялись сроки обращения за неотложно-консультативной помощью с момента получения ребенком травмы. В указанные месяцы большинство обращений происходило на 2-й и даже 4-й день и объяснялось родителями или отсутствием возможности транспортировки пострадавшего ребенка, или ухудшением его состояния несмотря на проводимое лечение, рекомендованное по месту первичного обращения.

Проводя анализ причин травм носа у детей, в понятие «уличной травмы» мы включили все случаи травматизации структур носа у детей от падения при катании на велосипедах, роликовых коньках, санках, качелях, при падении с «дворовых конструкций», при выпадении из прогулочных колясок, а также все травмы носа, включая и сочетанные, полученные в следствие неорганизованного досуга (драки и избиения на улицах и в подъездах).

В понятие «бытовые травмы» мы отнесли все случаи травм носа, полученных в результате неумелого обращения детей с

домашними предметами, неконтролируемых игр в отсутствие взрослых, а также травмы из-за неосторожности самих родителей.

Термин «школьные травмы» объединил в себе все случаи травматизации детей во всех организованных детских коллективах, включая ясли и сады, учитывая, что на современном этапе дошкольное образование начинается уже с 2–3-летнего возраста. Нами учитывались все случаи как случайных падений и столкновений детей, так и преднамеренные удары и толчки, кроме этого травмы носа, полученные в драках на переменах и в школьных дворах, а также травмы из-за неумелого обращения с предметами труда на производственно-практических занятиях.

«Транспортные травмы» включили в себя все случаи травм структур носа у детей, возникшие во время аварий и при наездах транспортных средств.

К «спортивным травмам» были отнесены травмы носа, полученные детьми при занятии спортом в секциях, клубах, уроках физкультуры, а также на домашних «настенных спортивных комплексах» и тренажорах, удары о бортики бассейнов.

Полученные результаты анализа анамнестических данных исследуемых групп больных с травмами носа позволил нам выяснить наиболее типичные обстоятельства и связанные с ними причины возникновения поврежденных структур носа у детей относительно возраста.

Наибольший процент травматизма среди больных всех возрастных групп 13327 (100%), где 2149 (16,12%) — это дети раннего возраста, принадлежит фактору «уличной травмы» — 44,91%, среди которых 6,58% — дети до 3 лет, далее идет «школьная травма» — 24,06%, где 8,83% больные из группы «основного наблюдения», и последовательно «бытовая» — 13,02% и 71,24%, «спортивная» — 11,05% и 8,49%, «автотравма» — 6,96% и 11,96% (рис. 6).

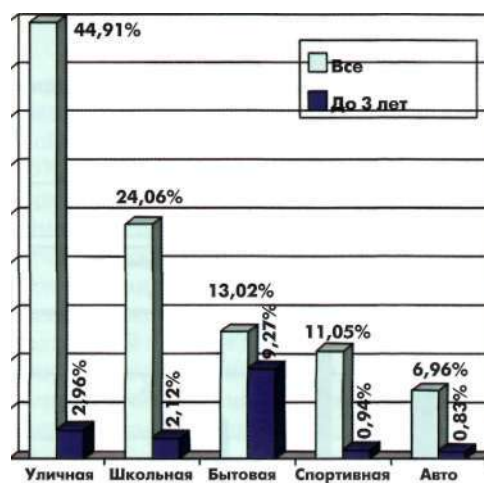


Рис. 6. Виды травм.

Таким образом, в соответствии с представленной нами трактовкой этиологических факторов травм структур носа у детей, среди больных основной группы, т.е. от одного месяца до 3 лет — 2149 (100%) прослеживались все из вышеперечисленных: бытовые травмы — 1236 (57,52%), уличные — 394 (18,33%), детские учреждения — 283 (13,17%), спортивные травмы — 125 (5,82%) и автотравмы — 111 (5,16%).

При этом для детей до одного года (221 — 10,28%) чаще всего были характерны травмы носа, полученные при падении с предметов мебели дома, при опрокидывании прогулочных колясок на улицах или подъездах домов, неосторожности родителей.

Для детей от одного года до 2 лет (682 — 31,74%) причинами травматизации можно считать последствия недостаточности координации движений при первых навыках самостоятельного

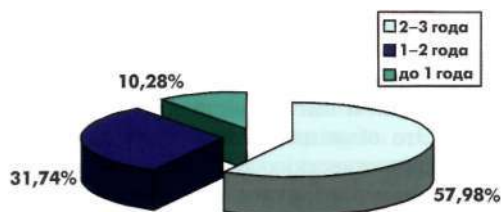


Рис. 7. Процентный состав детей первых трех лет жизни с травмами носа.

передвижения, а также позднего развития охранительного рефлекса — «выставления рук вперед» при падении, кроме этого, фрагментированность внимания и как следствие падение на пол, удары о мебель и ее опрокидывание на себя. На улице — выпадение из прогулочных колясок, удары об ограждения песочниц, травмы от ударов качелями.

У детей 2–3 лет (1246 — 57,98%) двигательные навыки становятся уверенней, возникает инициативность и подвижность, а следовательно, возможность травматизации. Кроме вышеперечисленных причин травм носа, которые также имели место в данной возрастной группе, нами были констатированы травмы от падения с подоконников, перил лестниц, со спортивных комплексов на улице и дома, травмы от падения с велосипедов, саней, качелей, от случайных ударов по лицу твердой игрушкой или в драке (рис. 7).

Заключение

При подведении итогов проведенного анализа по определению максимально достоверной частоты встречаемости травм структур носа у детей раннего возраста в сопоставительном аспекте с другими возрастными группами больных с аналогичной патологией нам удалось установить, что:

— распространенность травм структур носа у детей грудного и раннего возраста, т.е. от одного месяца до 3 лет (1,66%), значительно выше, чем показывают данные литературных ис-

точников (0,8—1%), что частично объясняется отсутствием в них амбулаторных наблюдений;

— влияние общепризнанных «факторов травматизма» на формирование уровня и структуры при травмах носа у детей, таких, как: пол, возраст, сезонность и время обращения, не являются определяющими при травмах носа у детей грудного и раннего возраста и начинают явно прослеживаться у больных начиная с 3 лет. Так, по нашим данным, количество поврежденных структур носа у детей грудного и раннего возраста приблизительно одинаково для обоих полов (52,49% к 47,51%), тенденция к увеличению в пользу мальчиков появляется после 2,6—3 лет. Отсутствуют понятия «сезонности» и «пиков» травматизма, столь явные в других возрастных группах детей, т.е. в течение всего года среднемесячное число больных с травмами носа до 3 лет колеблется от 1% до 1,3%. Обращаемость родителей с травмированными детьми за первичной неотложно-консультативной помощью в первые сутки и часы составляет до 91,02% случаев.

Литература

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Травмы носа// В кн.: *Детская оториноларингология*. — М., 2001. — С. 153—157.
2. Бокштейн Ф.С. Травмы носа// В кн.: *Внутриносовая хирургия*. — М.: Медгиз, 1956. — С. 25—48.
3. Валькер Ф.И. Морфологические особенности развивающегося организма. — Л., 1955.
4. Компанеев С.М. Повреждения носа/ В кн.: *Болезни носа и околоносовых пазух*. — Киев, 1949. — С. 2—281.
5. Лисицын Е.Д. Скорая и неотложная помощь при травмах и инородных телах носа у детей// В сб.: *Труды 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. Том LXXXII. Серия -педиатрия, выпуск 17*. — М., 1977. — С. 31-37.
6. Шеврыгин Б.В. Помощь при повреждениях носа// *Воен.-мед. журнал*. — 1973. — № 9. — С. 68-70.

Стоматологическая помощь у детей с ЛОР-патологией

Ф.Ф. Лосев, А.П. Якушенкова, В.П. Фоминых, И.А. Есаков, Т.Д. Кишинец
ФГУ «ЦКБ» УД Президента РФ

Возникновение и клиническое проявление стоматологических заболеваний у детей во многом определяется состоянием внутренних органов и систем организма [2, 6]. Заболевания внутренних органов способствуют развитию или усугубляют течение различных патологических процессов зубочелюстной системы, возникновению которых предшествует или сопутствует нарушение гомеостаза полости рта [9, 6]. Наиболее выраженное неблагоприятное влияние общих соматических заболеваний отмечается именно в детском возрасте, в период закладки и развития и наименьшей зрелости зубов. Под влиянием общих заболеваний изменяются условия формирования и созревания твердых тканей зуба, что делает их менее устойчивыми к патогенным действиям внешней среды [2, 6].

Заболеваемость кариесом и интенсивность данного процесса напрямую зависит от состояния иммунного статуса организма ребенка, наличия у него хронических заболеваний. Кариес зубов и его осложнения особенно часто возникают и активно развиваются у детей с различными хроническими заболеваниями инфекционно-аллергической природы [1, 3, 4, 11]. Общесоматические заболевания изменяют условия формирования и созревания твердых тканей зуба, что делает их менее устойчивыми при воздействии кариесогенных факторов.

По данным Т.Ф.Виноградовой [5], 89,1% детей нуждаются ежегодно в санации полости рта. Среднее число пломб, ста-

вящихся в год одному ребенку, равно 4,43, из них 2,1 за счет рецидивов кариеса, зубы разрушаются настолько быстро, что в течение года 16,8% подлежат удалению, а 63,6% депульпируются, и, к сожалению, ситуация с годами не только не улучшается, но и становится хуже. Так за 2006 год было установлено, что у детей к пяти годам распространенность составляет 73%, а в среднем на одного ребенка приходится 2, 84 кариозных зуба по КПУ (Солвей Фарма, 2006).

Особую проблему представляет лечение детей младшего возраста с сопутствующей патологией и имеющих негативный опыт лечения у стоматолога. Так, по данным N.Savanheimo и соавт. [13], 39% детей имеют негативный опыт лечения у стоматолога в возрасте до 3 лет, 32% исследуемых испытали по 4 случая безуспешного лечения.

Поэтому решающее значение при проведении лечебных манипуляций имеет выбор обезболивания. По данным С.А. Рабиновича [10], ни одна из лечебно-профилактических программ в детской стоматологии не может быть осуществлена без учета обезболивания необходимых вмешательств.

В педиатрической стоматологии даже лечение кариеса молочных зубов может стать проблемой и в случае неудачи сформировать у ребенка стойкое негативное отношение к стоматологическому лечению. Использование местной анестезии у детей младшей возрастной группы сопряжено с