



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

вероятностью возникновения ряда серьезных осложнений. Большинство местных анестетиков расширяют сосуды (за исключением мепивикаина). Поэтому многие производители для улучшения качества анестетика добавляют в его состав вазоконстрикторы, что приводит к ишемии тканей, гипоксии в зоне введения и как следствие усиление эффекта анестезии. Но все вазоконстрикторы относятся к группе сильнодействующих препаратов, оказывающих на организм в малых концентрациях серьезное воздействие [10].

У детей до 3 лет не сформированы регуляторные механизмы вегетативной иннервации, что увеличивает вероятность резкого возрастания гормонов в крови, приводящее к разного рода неуправляемым реакциям организма.

Немаловажной проблемой, связанной с применением местных анестетиков, является вероятность возникновения аллергических реакций. По данным С.А.Рабиновича и соавт. [10], 50% осложнений в виде аллергических реакций в стоматологии вызывают местные анестетики, а учитывая, что, по данным педиатров, более 65% современных детей имеют атопический дерматит, вероятность осложнений при применении местных анестетиков резко возрастает.

Поэтому возможность санировать полость рта ребенка во время операции по поводу его основного заболевания под общей анестезией в значительной степени облегчало работу врача и снижало риск возникновения интраоперационных осложнений. Необходимо принять во внимание, что 84% детей, прошедших лечение по нашей методике, имели негативный опыт лечения у стоматолога, и, к сожалению, некоторые родители, до обращения к нам, оставили попытки санировать полость рта своего ребенка, что в свою очередь не только тормозило лечение основной патологии, но и усугубляло ее течение. Поэтому, в своем роде, мы для них были последней инстанцией.

У детей младшего возраста порой необходимо не обезболить, а выключение сознания [10]. Но принимать решение в пользу санации полости рта под общей анестезией надо предельно осторожно. В большинстве случаев квалифицированная работа персонала, заботливое отношение к ребенку, длительный адаптационный период позволяют провести лечение консервативным методом. Но, работая в стационаре, мы очень часто сталкиваемся с ситуациями, когда ребенку показано лечение основной патологии под общей анестезией, однако проведение этого лечения откладывается на неопределенный срок, так как полость рта не санирована. А если учесть, что основная масса операций проводится под общей анестезией, то сам собой встает вопрос о проведении санации полости рта одновременно с хирургическим лечением основной патологии.

Перед тем как планировать санацию полости рта под общей анестезией, каждому ребенку проводился обязательный объем исследований, позволяющий избежать неожиданностей во время операции, определить объем работы врача во время операции и этапность манипуляций. На наш взгляд, именно предоперационная подготовка во многом определяет успех лечения и сводит к минимуму послеоперационные осложнения.

С развитием эндоскопической хирургии и активным ее внедрением в повседневную практику [12] возможность санации полости рта под наркозом в значительной степени увеличивается при проведении симультанного оперативного лечения основной и стоматологической патологии.

Обезболивание в стоматологии и оториноларингологии — это одна из первоочередных задач, именно болевые ощущения пациента во многом ограничивают действия врача в проведении полного объема лечебных мероприятий и зачастую из-за боли снижается качество лечения. В большинстве случаев не только дифференциальная диагностика, но и само лечение в этих смежных областях сопровождается неприятными или болевыми ощущениями, что во многом способствует

формированию негативного отношения к лечению, особенно у детей.

Особенно важно обеспечение эффективного анестезиологического пособия и интенсивной терапии в педиатрической практике. Это объясняется тем, что у детей вследствие их анатомо-физиологических особенностей гораздо чаще, чем у взрослых, могут возникнуть критические состояния, выведение из которых потребует реанимации и интенсивной терапии. В ответ на любое оперативное вмешательство и болезненную манипуляцию возникает различной степени стрессовая реакция, обусловленная психической травмой, болевым синдромом и теми изменениями гомеостаза, которые протекают во время операции (кровопотеря, нарушение газообмена, биохимические сдвиги и др.). Эта реакция чрезвычайно многогранна. Пусковым механизмом ее могут быть операционная травма, кровопотеря, манипуляции на рефлексогенных зонах. Все это приводит к нарушению функции дыхания, кровообращения, резким сдвигам свертывающей и антисвертывающей систем и метаболических процессов. Ответная реакция нейровегетативной системы способствует возникновению спазма периферических сосудов, дополнительному выбросу в кровь катехоламинов, нарушению всех видов обмена. Возникает порочный круг, когда многие нарушения гомеостаза уже не зависят от вызвавшей их причины, а сами способствуют дальнейшим изменениям. Таким образом, главной задачей анестезиологического пособия в педиатрии является обеспечение уравновешенного поведения ребенка вне зависимости от объема и характера вмешательства; безболезненности самих манипуляций; нормального вегетативного состояния пациента. Обеспечение безболезненного лечения во многом определяет объем выполненных манипуляций, их качество, течение лечебного процесса и восстановительного периода. Поэтому при выборе метода анестезии необходимо руководствоваться возрастом ребенка, его психологическим состоянием, общим состоянием, сопутствующими заболеваниями, объемом хирургического вмешательства, возможными осложнениями, степенью риска. Оперативное вмешательство с применением любого вида обезболивания должно проводиться только с согласия родителей, с обязательным разъяснением о возникновении возможных осложнений, о длительности вмешательства и его исходе.

Эндотрахеальный способ общей анестезии является наиболее оптимальным и безопасным. Он позволяет значительно расширить возможности избежать серьезные осложнения во время операции и в послеоперационный период [7].

Возможность проведения совместных стоматологических и оториноларингологических операций под общим обезболиванием в значительной степени помогает решить те проблемы и задачи, которые стоят перед стоматологом: это и безболезненное лечение, и большой объем выполненной работы за достаточно короткий срок, и хорошее качество лечения, и, конечно, отсутствие негативных эмоций у маленького пациента.

Основными принципами детской анестезиологии являются: защита ребенка от любых негативных внешних воздействий, психического перенапряжения, страха, боли, травмы; восстановление, управления и поддержания жизненно важных функций в критических ситуациях. В ответ на любую лечебную манипуляцию у ребенка, в зависимости от его психологических особенностей, может возникнуть стрессовая реакция, вызванная психоэмоциональным напряжением, страхом, болью, изменениями гомеостаза организма (нарушение гемодинамики и дыхания, изменения обменных процессов, биохимических сдвигов, кровопотерей). Помимо этого, пугающие ребенка сопровождающие стоматологическое лечение вибрация, шум, пугающий вид инструментов, следы крови на тампоне могут вызвать негативную реакцию [10].

Для проведения симультанного оперативного лечения, когда предусматривается достаточно большой объем вмешательств в нескольких анатомических областях, безусловно, приоритет отдается общему обезболиванию, позволяющему решить все задачи, стоящие перед врачами.

Используемая сейчас общая анестезия представляет собой комбинированную, многокомпонентную методику. Для ее обеспечения применяются комбинации различных фармакологических препаратов (ингаляционные анестетики, гипнотики, анальгетики, транквилизаторы и др.).

Безусловно, лечение зубов детей под общей анестезией является для многих родителей последней возможностью санировать полость рта ребенка. И конечно, в своем роде, это является тактикой отчаяния. Но если взять во внимание, что ребенку показано оперативное вмешательство под общей анестезией, то возможно одномоментно санировать полость рта ребенка или сделать стоматологическую операцию, тем самым обеспечив максимальный комфорт ребенка во время лечения. А если при этом есть возможность в значительной степени уменьшить число осложнений, сократить сроки лечения, устранить фактор психоэмоционального напряжения маленького пациента, то данная методика для большинства детей с сочетанной патологией будет методикой выбора, позволяющей улучшить качество жизни ребенка.

Цель исследования — повышение эффективности детей с сочетанной стоматологической и оториноларингологической патологией.

Материал и методы исследования

Нами в ходе обследования 447 детей, поступивших на оперативное лечение в ЛОР-отделение, выявлено 87 (19,4%) пациентов, в возрасте от 2 до 9 лет, имевших сочетанную стоматологическую патологию. Все они обратились в ЛОР-отделение детского корпуса ЦКБ УД Президента РФ с оториноларингологической патологией, которая была представлена у 62 (71,3%) гипертрофией аденоидов, у 12 (13,8%) детей — гипертрофией аденоидов и миндалин, экссудативный средний отит был представлен у 3 (3,4%), а также двухсторонняя тугоухость I—II степени — у 5 (5,8%), 3 (3,4%) детей страдали храпом, 2 (2,3%) из них — синдромом обструктивного апноэ сна.

В сочетании с оториноларингологической патологией в ходе стационарного обследования у всех 87 детей были выявлены стоматологические заболевания: у 47 (54%) детей — укороченная уздечка языка, обострение хронического периодонтита у 15 (17,2%) детей, у 7 (8%) — хронический периодонтит, хронический пульпит — у 21 (24,1%), средний кариес — у 52 (59,8%) пациентов. Причем у 45 (51,7%) детей стоматологическая патология была представлена несколькими нозологическими единицами, у 5 (5,8%) — патология зубов сочеталась с укороченной уздечкой языка, 45 (51,7%) детей нуждались в санации полости рта.

Большинство детей, госпитализированных к нам в стационар по поводу оториноларингологической патологии и обследованные нами перед оперативным вмешательством, имели не только стоматологическую патологию, но и негативный опыт лечения у стоматолога. Поэтому нашей задачей было не только подготовить пациента к операции по основному заболеванию, но изменить психоэмоциональный настрой по отношению к стоматологическому лечению.

Учитывая, что основной патологией при поступлении была оториноларингологическая патология и дети поступали в ЛОР-отделение для проведения хирургического лечения основного заболевания, стоматологическая патология выявлялась при обследовании детей перед операцией.

Все пациенты проходили общеклинические, оториноларингологические и стоматологические методы исследования, такие, как ортопантомография, эндоскопия, риноманометрия, исследование мукоцилиарного транспорта. На основании

проведенных методов исследования проводилось планирование объема и содержание оперативного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

В нашей работе нам особенно интересен был расчет индекса КПУ полостей и прирост интенсивности кариозных полостей, так как именно эти показатели в достаточной мере позволяли определить качество лечения при симультанных операциях. Прирост интенсивности (заболеваемость) рассчитывался для каждой возрастной группы, выделенной нами в ходе исследования. Помимо расчета прироста интенсивности нами вычислялась разница между кариесом зубов и кариесом полостей, количество депульпированных зубов за этот год, количество удаленных постоянных зубов за этот год. Показатели интенсивности поражения кариесом и прирост интенсивности кариеса представлены в таблице.

Таблица
Прирост интенсивности (заболеваемость) кариеса у детей разных возрастных групп через год после лечения

Возраст, лет	Интенсивность кариеса до операции	Интенсивность кариеса через год после лечения	Прирост интенсивности
2-3, n=23	5,5	6,0	0,5
3-7, n=15	6,8	7,2	0,4
8-9, n=7	4,8	5,1	0,3

Как видно из данных таблицы, дети, проходившие лечение у нас, имели высокий и очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов, что подтверждает утверждение о высокой интенсивности кариеса у детей с сопутствующей патологией. Прирост интенсивности за истекший после лечения год составил от 0,3 до 0,5 в разных возрастных группах, что представляет собой достаточно низкий показатель прироста интенсивности (заболеваемости).

Разница между К зубов и К полостей составила 0,05. Это достаточно низкий показатель. Таким образом, только 21,8% детей через год нуждались в лечении зубов, тогда как 50% считается хорошим показателем. За год, прошедший после лечения, ни одному ребенку не был депульпирован ни один зуб. По ортодонтическим показаниям было удалено два постоянных зуба у одного (1,1%) ребенка.

При проведении через год осмотра детей, у которых зубы с хроническим периодонтитом были вылечены консервативно, а также детей, имеющих зубы, леченные по поводу пульпита методами пульпотомии и пульпэктомии, делалась прицельная рентгенография для объективной оценки состояния костной ткани и периодонта. Хотелось отметить, что ни один ребенок за истекший после лечения год не имел ни одного осложнения в периапикальной области.

При осмотре через год детей, прооперированных по поводу укороченной уздечки языка, все родители отмечали значительное улучшение речи, появление ощутимых результатов ортодонтического лечения.

Родители детей с диагнозом: укороченная уздечка языка, как правило, предъявляли жалобы двух видов — нарушение речи или ортодонтическая патология. Причем на речевые нарушения у детей жаловались 39 (82,9%) родителей, 35 из них обращались к помощи логопеда, но лечение проходило без видимых результатов. У 8 (17,1 %) детей направление на пластику уздечки языка было от врача-ортодонта, поскольку ранее проведенное ортодонтическое лечение не удовлетворяло ни родителей, ни врача. После проведенного оперативного лечения данной патологии, эта группа детей продолжала лечение у специалистов — логопеда и ортодонта. Так, опрос родителей через год после проведенной пластики уздечки языка показал,

что 38 (80,8%) человек оценили результаты операции как очень хорошие и отметили значительный прогресс у детей в развитии речи и ортодонтическом лечении, 9(19,2%) оценили результаты операции и лечение у других специалистов как хорошие. Все родители отмечали, что проведенная операция значительно помогла их детям в решении речевых и ортодонтических проблем, особенно родителей удовлетворяло то, что проведенная пластика уздечки языка во время симультанной операции не вызвала у их ребенка психоэмоционального напряжения и прошла совершенно безболезненно.

Таким образом, стоматологическое лечение проводилось в полном объеме и с обязательным профилактическим этапом, тем более, если учесть, что в основном мы лечили детей с пониженной резистентностью организма. Необходимо отметить психологический момент профилактического этапа лечения. Ребенок, который панически боялся стоматолога и у которого посещение стоматолога ассоциируется только с болью и страхом, вдруг обнаруживал для себя, что лечение у стоматолога может быть приятным, так как обработка пломб и герметизация фиссур — безболезненные манипуляции, что в дальнейшем в значительной степени уменьшит страх ребенка перед посещением стоматологического кабинета.

Литература

1. Белова Н.А. // «Стоматология» — № 4. — 1980. - С. 54—57.
2. Вельтищев Ю.Е. Экология и здоровье детей // Под ред. Г.И. Донской и соавт., 1996.

3. Виноградова Т.Ф. Клиника, диагностика и лечение заболеваний зубов у детей. — М., 1968.
4. Виноградова Т.Ф. и др. // Стоматология — 1977. — №. — С.
5. Виноградова Т.Ф., Блехер Г.А., Максимова О.П., Григорьева Е.Е. // Стоматология - 1982. - №5. - С. 12-15.
6. Даутов Ф.Ф., Лысенко Г.Н., Лысенко А.И. // Гигиена и санитария. — 2005. — №5. — С. 16-17.
7. Дебрянский В.А., Кутин Г.А. // Рос. риол. — 1998. — № 3. — С. 11-12.
8. Латышевская Н.И., Мазницына Л.С., Михальченко В.Ф., Давыденко Л.А. // Гиг. сан. - 2004. - № 4. - С. 29-31.
9. Мельниченко Э.М., Горбачева К.А., Яцук А.И., Чешко Н.Н. // Стоматология. - 1996. - №2. - С. 59-61.
10. Рабинович С.А. и соавт. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей. — М., — 2005. — С. 7.
11. Удовицкая Е.В., Билецкая И.С., Корчак Л.Ф. и др. // Стоматология. — 1982. — № 6. — С. 15—16.
12. Якушенкова А. П. Обоснование и эффективность новых методов хирургического лечения хронических болезней носа, околоносовых пазух и глотки у детей: Дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 2006.
13. Savanheimo N., Vehkalahti M.M., Pihakari A., Numminen M. // International Journal of Paediatric Dentistry. — 2005. — № 15. - С. 48-454.

Хирургическое лечение анкилоглоссии во время симультанного лечения стоматологической и оториноларингологической патологии у детей младшего, дошкольного и младшего школьного возраста

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

Анкилоглоссия, или укороченная уздечка языка, — довольно часто встречающаяся врожденная аномалия развития, представляющая собой протяженностью нарушение прикрепления уздечки к нижней поверхности языка и ограничивающее его подвижность.

В младенческом возрасте данная патология, в зависимости от степени тяжести, может приводить к затрудненному сосанию у грудных детей, а при отсутствии своевременной диагностики и устранения данной патологии может являться причиной нарушения речи и заболевания пародонта, формирования патологического прикуса.

Клинические признаки нарушения прикрепления уздечки языка следующие:

- при выдвигании языка из полости рта его кончик нередко раздваивается и приобретает форму «сердечка»;
- ребенок с трудом облизывает верхнюю и нижнюю губы;
- нарушено произношение некоторых звуков.

В своей практике мы сталкивались с детьми, у которых различные функциональные нарушения были обнаружены уже в период молочного или смешанного прикуса стоматологами, логопедами, педиатрами, оториноларингологами. Безусловно, ранняя диагностика этой патологии и ее устранение в младенческом возрасте во многом облегчает жизнь ребенка и предупреждает развитие многих осложнений.

Неправильное прикрепление уздечки может стать причиной отслоения десны от шейки зуба, что приводит к хронической функциональной травме, нарушению обменных процессов, скоплению зубного налета и как следствие возникновение дистрофических процессов в пародонте. Помимо этого анкилоглоссия является предрасполагающим фактором к развитию зубочелюстных аномалий, нарушению речи [1, 2, 3]. Для предупреждения нарушения развития челюстей требуется ранняя диагностика и устранение укороченной уздечки языка, так как при данной патологии ребенок не может полноценно сосать, а при нарушении полноценного акта сосания нижняя челюсть может не переместиться вперед до соединения с альвеолярным отростком верхней челюсти и остаться недоразвитой.

Хирургическое лечение анкилоглоссии желательнее проводить в раннем младенческом возрасте для профилактики осложнений, о которых было сказано выше. Но, к сожалению, своевременная диагностика данной аномалии зачастую не проводится.

Хирургическое лечение данной патологии проводится в амбулаторных условиях под местной анестезией и представляет для ребенка достаточно серьезное испытание. Вид инструментов, крови на материале, фиксация языка и пр. может привести к серьезному стрессу у маленького пациента и