Бачурина А.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Ростов-на-Дону, Россия

doi: 10.18411/lj2016-3-03

Частота реаденотомий по данным Ростовской ЛОР клиники

Аденотомия и аденотонзиллотомия - наиболее часто выполняемые операции в детской оториноларингологии [1, 2] и одновременно самые обсуждаемые среди сторонников хирургического и консервативного лечения аденоидов, поскольку эти операции могут вызвать серьезные осложнения [3] и сопряжены с трудностями обезболивания во время и после операции [4].

В практической работе всегда остро стоит вопрос о возрасте выполнения этих операций. В течение многих лет данные операции проводились вне зависимости от возраста ребенка и степени гипертрофии миндалин при наличии соответствующих жалоб. Единственное объяснение этому – отсутствие национальных стандартов, определяющих показания к хирургическому лечению патологии глоточной миндалины как в нашей стране, так и за рубежом [5, 6].

Целью нашего исследования было изучение частоты выполнения аденотомий, аденотонзиллотомий и реаденотомий за 2014 год у детей с затруднением носового дыхания.

Материал и методы исследования. Произведен анализ историй болезни 324 детей, подвергнутых аденотомии и аденотонзиллотомии за период с января по сентябрь 2014 года в детском отделении ЛОР клиники. Все хирургические вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом, под контролем зрения. Отбор на операцию производили при наличии показаний: затруднение

носового дыхания – у 317 детей (родители 28 детей отмечали «постоянно открытый рот»); нарушение сна – (беспокойный сон, храп) у 202 детей; вялость, адинамичность, утомляемость, нарушение внимания – у 79 детей; частые ОРВИ – у 203 детей (более 4 раз в год – у 72, каждый месяц – у 43); рецидивирующие гнойные синуситы, по поводу которых выполнялись пункции верхнечелюстных пазух – у 46 ; «непроходящий насморк» - у 92; рецидивирующий острый средний отит – у 102 (2 раза в год – у 43, более 4 раз в год – у 55); экссудативный отит с длительным течением – у 29; снижение слуха – у 84.

Перед операцией всем детям произведено общеклиническое обследование, включающее осмотр носоглотки с помощью жесткого эндоскопа 2,7 мм с углом зрения 0°.

При осмотре ротоглотки у 91 ребенка было установлено наличие гипертрофии небных миндалин 3 степени – этим детям была произведена аденотонзиллотомия.

Результаты. Все анализируемые случаи были разделены на две группы по виду хирургического вмешательства, каждая из которых подвергнута анализу по полу (мальчики и девочки) и возрасту.

В группу А включено 233 ребенка, перенесших аденотомию, в группу Б – 91 ребенок, подвергнутых аденотонзиллотомии. Аденотонзиллотомия потребовалась в 38,8% (91/324) от общего числа детей, подвергнутых хирургическому вмешательству на глоточной миндалине. Данная операция произведена, в основном, произведена детям младше 6 лет, что совпадает с возрастом физиологической гиперплазии лимфокольца глотки. Основным показанием к аденотонзиллотомии была выраженная гиперплазия небных миндалин, создающая технические трудности для введения аденотома в носоглотку.

В обеих группах преобладали мальчики: в группе А их было 58% (136 из 233), в группе В 64 % (58 из 91).

При анализе распределения детей по возрасту были отмечены следующие

особенности: в группе А 55,8% вмешательств пришлось на возраст 4-7 лет (4 года – 25 детей, 5 лет – 44 ребенка, 6 лет – 35 детей, 7 лет – 26 детей). В других возрастных интервалах количество детей гораздо меньше, распределение их равномерное. В анализируемой выборке дети младше 3 лет составили 0,6% (2/324).

В группе Б возрастной пик приходится на 4-6 лет и составляет 64,8% (4 года – 20 детей, 5 лет – 23 ребенка, 6 лет – 16 детей), в более старших возрастных интервалах случаи аденотонзиллотомии единичны (1 - 4).

Первичная аденотомия была произведена в 313 случаях – повторная – в 11 случаях (3,3% от общего количества операций на глоточной миндалине. Из анамнеза установлено, что в 8 случаях из 11 реаденотомий первичное вмешательство было произведено в возрасте до 3 лет.

Нами отмечен сравнительно невысокий процент повторных аденотомий – 3,3%. В литературе приведены более высокие показатели рецидивов аденоидов – от 6,5 до 9% [7]. Низкий уровень рецидивов в нашем исследовании обусловлен тем, что в Ростовской ЛОР клинике на протяжении многих лет аденотомия детям в возрасте младше 3 лет производится только по особым показаниям.

Литература:

1. Бойко Н.В., Бачурина А.С. Аденотомия и аденотонзиллотомия у детей с затруднением носового дыхания. Рос. ринология 2015; 23 (1): 9-12.
2. Бойко Н.В., Гукасян Е.Л., Быкова В.В. Статистика хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите. Вестник оториноларингологии 2008; 5: 234.
3. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Жданов А.И. Профилактика послеоперационных кровотечений при аденотомии. Рос. ринология 2015; 23 (2): 26-30.

4. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Оксенюк О.С., Колмакова Т.С. Лечение послеоперационного воспаления после тонзиллэктомии у детей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского 2016; 95 (1): 93-97.
5. Fedeli U. Marchesan M. Avossa F. Zambon F. Andretta M. Baussano I. Variability of adenoidectomy/tonsillectomy rates among children of the Veneto Region, Italy. BMC Health Serv Res 2009; 9: 25.
6. Motta G. Motta S. Cassano P. Conticello S. Ferretti M. Galletti B. Effects of guidelines on adenotonsillar surgery on the clinical behaviour of otorhinolaryngologists in Italy. BMC Ear Nose Throat Disord. 2013; 13 (1): 8.
7. Monroy A., Behar P., Brodsky L. Revision adenoidectomy - a retrospective study. Int J of Pediatr Otorhinolar 2008; 72: 565—570.