

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ АДЕНОТОМИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Абдуллаева Р.Р., Ашуров А.М.,

Республиканская детская многопрофильная больница. Каракалпакстан,
Ташкентский институт усовершенствования врачей.

✓ Резюме

Сделан анализ истории болезни 332 (78,3%) больных детей с гипертрофией носоглоточной миндалины. Гипертрофия носоглоточных миндалин чаще всего встречается среди мальчиков (60%).

Проведен сравнительный анализ операции под местной аппликационной анестезии и общим интубационным наркозом. Указаны положительные и отрицательные стороны данных способов анестезии.

Определены относительные количество кровопотерь при применении различных методов удаления гипертрофированных носоглоточных миндалин.

Выявлено наличие железодефицитной анемии у 260 (78,3%).

В конце статьи приводятся выводы в качестве рекомендации для практических ЛОР врачей.

Ключевые слова: Аденоидная вегетация, аденотомия, анемия.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА АДЕНОТОМИЯ ЖАРРОҲЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаева Р.Р., Ашуров А.М.,

Республика болалар кўптармоқли касалхонаси. Қорақалпоғистон,
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти.

✓ Резюме

Аденоидли вегетация 2-3 даражада бўлган 332 бемор болалар архив материаллари ўрганилди. Умумий беморларни кўпчилигини (60%) ўғил болалар ташкил этган.

Маҳаллий аппликацион анестезия ва умумий интубацион наркоз усулларида олиб борилган аденомия операциялари қиёсий таҳлил қилинган. Бу оғриқсизлантириш усулларида қулайлик ва камчилик томонлари кўрсатилган.

Аденотомия операциясини ўтказиш усулларидаги қон йўқотиш миқдори аниқланган.

Текширилган 260 (78,3%) болаларда темир танқислик анемия борлиги аниқланган.

Мақола сўнгида хулоса, амалий ЛОР шифокорларига таклиф сифатида баён этилган.

Калит сўзлар: Аденоид вегетация, аденотомия, анемия.

FEATURES OF ADENOTOMY SURGERY IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN

Abdullaeva R.R., Ashurov A.M.,

Republican children's multidisciplinary hospital. Karakalpakstan,
Tashkent Institute for the Advancement of Physicians.

✓ Resume

An analysis of the history of the disease was made in 332 (78.3%) children with hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil. Hypertrophy of the nasopharyngeal tonsils is most common among boys (60%).

A comparative analysis of the operation under local application anesthesia and general intubation anesthesia was carried out. The positive and negative aspects of these methods of anesthesia are indicated.

Determined the relative amount of cow losses when using various methods of removing hypertrophied nasopharyngeal tonsils.

The presence of iron deficiency anemia was revealed in 260 (78.3%).

At the end of the article, conclusions are given as a recommendation for practicing ENT doctors.

Key words: Adenoid vegetation Anemiya, adenomectomy

Актуальность

Патологические изменения органов дыхания остаются одной из актуальных проблем современной педиатрии, определяя высокий уровень детской заболеваемости. Функциональная несостоятельность структурных образований лимфоэпителиального кольца глотки занимает одно из ведущих мест по распространенности среди всех ЛОР заболеваний в детской оториноларингологии (Козлов В.С. и др., 2009;). По данным отечественных авторов, в детской популяции количество детей с патологией лимфоэпителиального кольца колеблется от 50 до 70% (Пухлик С.М., Нейверт

Э.Г. 2008.). У детей дошкольного и младшего школьного возраста 74,3% в структуре заболеваний уха, горла и носа составляет патология глоточной миндалины (Пронина Ю.В. и др. 2003.). Дети с аденоидами или гипертрофией глоточной миндалины, относятся к группе часто болеющих детей.

Лечение детей с патологией глоточной миндалины на фоне сопутствующих аллергических заболеваний сегодня является актуальной проблемой и для педиатров, и для аллергологов, и для оториноларингологов. Во-первых, потому что гипертрофия и воспаление глоточной миндалины в детском возрасте являются самой распространенной патологией среди

всех заболеваний верхних дыхательных путей и составляет 30 % (Козлов В.С. и др.2002). Во-вторых, потому что среди всех детей, страдающих гипертрофией небных миндалин 30 - 40% имеют сопутствующее заболевание (Богомилский М.Р. 2000). Традиционным способом лечения аденоидов и хронического аденоидита уже более 100 лет является аденотомия. Сегодня это самая распространенная операция в детской оториноларингологии.

Отсутствие единых стандартов диагностики и лечения приводит к тому, что выбор метода лечения пока зависит от того, в руках какого специалиста находится пациент (Карпова Е.П. 2007.). На сегодняшний день очевидна необходимость составления единого алгоритма обследования и лечения детей с патологией глоточной миндалины на фоне сопутствующих аллергических заболеваний. Данное исследование должно внести свою лепту в создание стандартного протокола ведения таких пациентов, что позволит всем специалистам, занимающимся этой проблемой, осуществлять свою профессиональную деятельность, основываясь не на частных мнениях, а с позиций доказательной медицины.

Актуальность проблемы аденоидов обусловлена тем, что она выходит за пределы оториноларингологии и тесно связана с бронхологической патологией, аллергизацией организма, изменениями в местном и гуморальном иммунитете. Поэтому гипертрофия носоглоточной миндалины привлекает внимание не только оториноларинголога, но и врачей других специальностей.

Операция аденотомия, является одной из наиболее широко распространенных операций в оториноларингологии и активно применяется с XIX века. Ав-

тору этой операции Н. W. Meyer на его родине в городе Копенгагене в знак особой благодарности был воздвигнут памятник на средства врачей и родителей оперированных детей. В структуре оториноларингологической патологии гипертрофия носоглоточной миндалины занимает значительное место и составляет от 30% до 45,2% (Быкова В.П. и др. 2005.; David H. et al. 2002). В структуре оперативных вмешательств отделений детской оториноларингологии аденотомия составляет до 80%.

Но операция проводится по определённым показаниям и требованиям, в некоторых случаях, когда имеется противопоказание со стороны общего организма, проводить операция аденотомия невозможно на определённый срок. Один из таких факторов - наличие анемии у ребенка. Данная патология широко распространена в Республике Каракалпакстан, также не разработаны стандарты - показания для проведения аденотомии. Многие дети страдают от хронической гипоксии, развиваются сопряженные заболевания не решение проблемы гипертрофии носоглоточной миндалины.

Цель работы: изучить особенности операции аденотомии у детей с анемией.

Материал и методы

Работа проведена в Республиканской детской больнице г. Нукус за период с 2016 по 2019гг. нами было обследовано 332 дети с 3 до 14 лет (средний возраст 6 года), с гипертрофией носоглоточной миндалины, из них 200 (60%) мальчики, 132 (40%) девочки.

Предмет исследования: пациенты - дети с гипертрофией носоглоточной миндалины 2-3 степени.

Таблица 1.

Распределение больных детей с гипертрофией носоглоточной миндалины

годы	2016		2016		2017		2018		2019	
пол	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д
Количество больных	36	21	34	26	31	26	58	31	41	28
Общее Количество больных	57		60		57		89		69	
итого	332									

Как видно из таблицы 1, у мальчиков больше встречается гипертрофия носоглоточной миндалины, чем девочки. По данным архивного материала, за этот период, осложнения в виде кровотечения после аденотомии, было в 5 случаях, это соответствует 1,5%, от общего числа больных. Всем больным оказано своевременная помощь и во всех случаях - прогноз благоприятный.

Результат и обсуждения

290(87,3%) больным, операция аденотомия произведена традиционным методом - местная аппликационная анестезия с премедикацией и 42(12,7%) детям, под общим интубационным наркозом, с помощью эндоскопа.

Аппликационную анестезию провели смазыванием 10% лидокаина на слизистую оболочку носоглотку, с

помощью ватника введенной через полости носа. Аденоидная вегетация удалена вслепую, аденотомом Бекмана.

Под общим наркозом операцию проводили с помощью эндоскопической трубкой 4мм., диаметром 70 , при этом была хорошая визуализация гипертрофированной носоглоточной миндалины. Наш опыт позволяет сравнить операции аденотомии местной и общей анестезией.

Традиционная аденотомия с аппликационной анестезией

Положительные стороны:

1. НЕ требуется больших затрат.
2. НЕ требуется много медперсонала.
3. НЕ требуется большого времени.

Недостатки:

1. Нет визуального контроля.
2. Ребенок получает психоэмоциональная травма.

3. Невозможно применять коагулирующих инструментов.

Аденотомия с общим интубационным наркозом
Положительные стороны:

1. Операция проводится визуально, исключается травма устья слуховых труб, крупных сосудов, контролировать удаление остатки аденоидной ткани и др.

2. Для остановки кровотечения можно применять коагулятор.

3. Ребенок не чувствует страх и боль.

Недостатки:

1. В послеоперационном периоде у ребенка наблюдается тошнота, головокружение.

2. Требуется наркозный аппарат и препараты.

3. Требуется участие анестезиолога и анестезистки.

4. Есть риск повреждение гортани и др.

Характерная особенность у детей с гипертрофией носоглоточной миндалины - это наличие железодефицитной анемии у 260 больных (78,3%), только у 72 больных было гемоглобин выше 100г.%. Самый высокий гемоглобин среди обследованных больных 120г.%, самый низкий показатель 72г.%. Средний показатель гемоглобина составляет 85г.%. В предоперационном периоде больным назначена улучшающая свертывающие системы крови. Дицинон по $\frac{1}{2}$ таб. 2 раза, кальций глюконат по 1 таб. 3 раза и аскорутин по 1 таб. 3 раза в день. Несмотря на наличие анемии, у больных послеоперационный период прошло гладкое.

Диаграмма 1.

Среднее значение гемоглобина в хронологическом аспекте у больных перенесших операция аденотомия

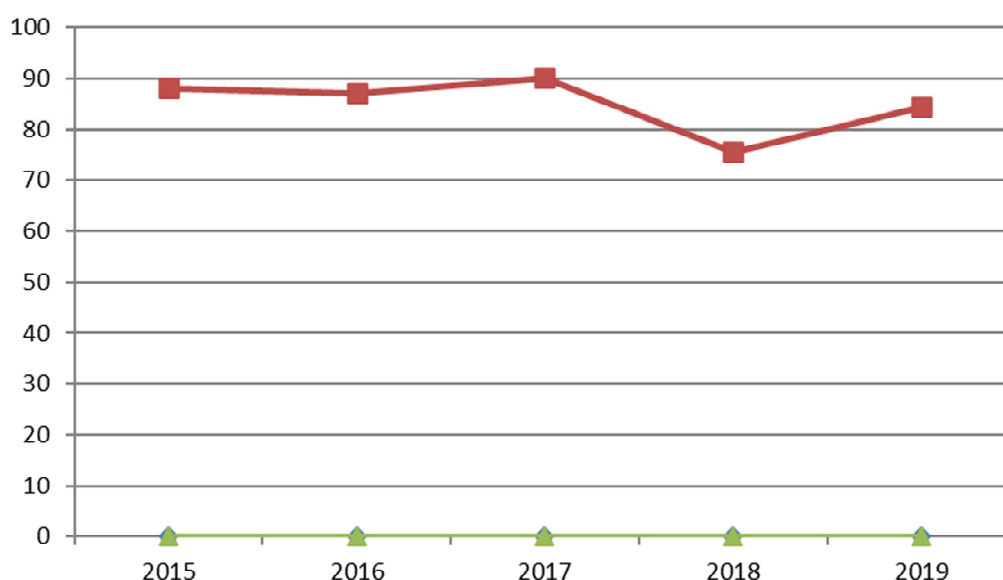
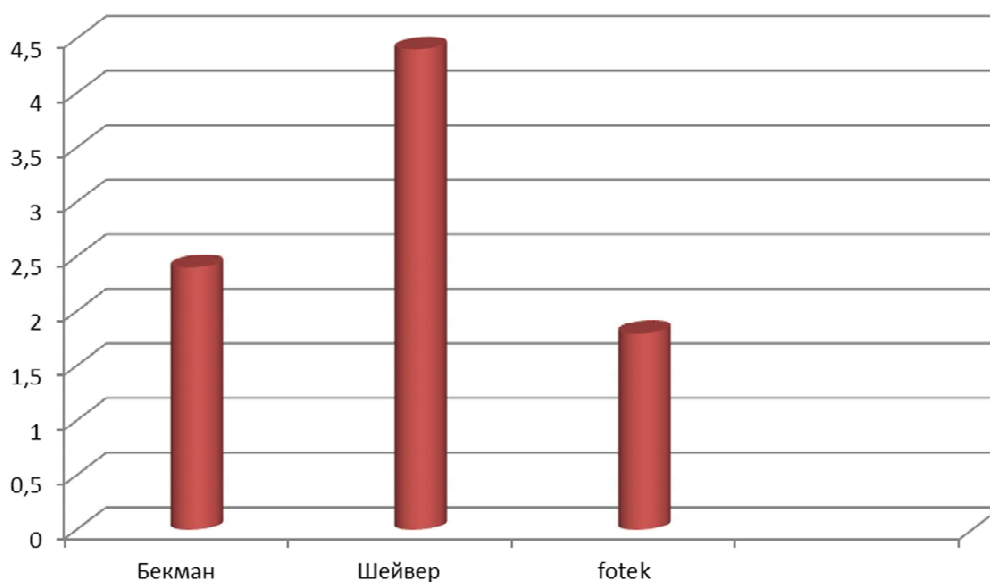


Диаграмма 2.

Интероперационная кровопотеря во время аденотомии при применении различных способов.



Как видно на диаграмме показатель гемоглобина не имеет роста в течение 5 лет. Это указывает на проведение диспансерное наблюдение и проведение профилактических и лечебных мероприятий среди детей в Республике Каракалпакстан на предмет анемии.

Общий интубационный наркоз даёт возможность удалить гипертрофированную носоглоточную миндалину различными способами: с применением аденомотома Бекмана, шейвера, хирургического лазера, коагулятора, ультразвуковым скальпелем, радиоволновым ножом, холодно плазменным способом и др. Для удаления гипертрофированную носоглоточную миндалину, мы в своей практике применяли, аденомотом Бекмана, коагулятор фирмы "Fotek" и шейвер. И сравнили количество кровопотери в каждом случае. Данные отражены на диаграмме 2.

Однако применение коагулятора "Фотек" весьма ограничен, этим способом можно удалять аденоида у детей 3-4 года.

Гипертрофия носоглоточных миндалин, результат частых воспаления верхних дыхательных путей, нарушение гемопоэза. Дети с аденоидной вегетацией 2-3 степени являются часто болеющими детьми. Сама аденоидная вегетация, нарушая нормальное носовое дыхание; приводит к воспалению слизистой оболочки полости носа, глотки. У детей нарушается сон, отстают от умственного и физического развития, усугубляется анемия. Получается замкнутый круг. Появляется абсолютное показание к удалению аденоидной вегетации, в состояние легкой железодефицитной анемии. При правильной предоперационной подготовке, предотвращается послеоперационные осложнения.

Выводы:

- В республике Каракалпакстан среднее содержание гемоглобина в крови у детей от 3 до 14 лет составляет 85г. %.

- Проведение операции аденотомии под общим наркозом, хирургу даёт возможность визуально контролировать ход операции.

- При легкой степени анемии, проведение предоперационной подготовке, максимально уменьшает риск после операционных осложнений.

- Гипертрофия носоглоточных миндалин чаще всего встречается у мальчиков, чем девочки, в соотношении 3:2.

- Целесообразно проводить диспансерные профилактические и лечебные мероприятия среди детей с железодефицитной анемией.

- Учитывая наличие железодефицитной анемии, целесообразно применять малокровный метод удаление аденоидной ткани.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богомилский М.Р. Аллергические риниты: проблемы хирургического лечения / М.Р. Богомилский // Консилиум медикум.-2000.-Экстра-выпуск.- С. 11-12.
2. Быкова В.П. и др. Аденоиды как индуктивный орган мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. // Рос.ринология. 2005. - № 2.-С. 175-176.
3. Карпова Е.П. Лечебно-диагностический алгоритм ведения детей с хроническим аденоидитом, гипертрофией глоточной миндалины и аллергическим ринитом в сочетании с бронхиальной астмой / Е.П. Карпова, М.В. Соколова // Рос. оторинолар. Прил.-2007.-С. 144-148.
4. Козлов В.С. Роль местной терапии в лечении хронического аденоидита / В.С. Козлов, В.А. Карпов. // Рос. мед. журн.-2002.-Т.10.-№ 20.- С. 910-913.
5. Пухлик С.М., Нейверт Э.Г. Аденоиды, аденоидит и АР // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2008. - № 5/2.-С. 16-20..
6. Пронина Ю.В.и др. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей. // Рос. ринология. 2003. -№ 3. - С. 56.)
7. David H. et al. Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy. // The Laryngoscope. 2002. - № 112. - P. 6-10.

Поступила 09.10.2020