

ЖУРНАЛ

УШНЫХ, НОСОВЫХ И ГОРЛОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ

(Отдельный оттиск)

1991

«ЗДОРОВ'Я»

Журнал УШНЫХ, НОСОВЫХ И ГОРЛОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ДВУХМЕСЯЧНЫЙ
ЖУРНАЛ

Основан в январе
1924 года

№ 1

январь — февраль
1991

Киев - Здоровья

УДК 616.322-002.2-053.2-06:45.832.9:615.

В. Д. ДРАГОМИРЕЦКИЙ, Ю. И. БАЖОРА, ВАЖИХ ДОШИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА И КРИОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

*Каф. оториноларингологии (зав.— проф. В. Д. Драгомирецкий) Одес. мед. ин-та
им. Н. И. Пирогова (ректор — проф. И. И. Ильин)*

Известно, что сочетанное применение крио- и ультразвукового воздействия на нёбные миндалины значительно повышает эффективность лечения больных хроническим тонзиллитом (В. Д. Драгомирецкий и соавт., 1984; Л. Н. Гончар, 1985; Ю. И. Бажора, 1987). Однако у детей результативность такого метода терапии не изучена.

В настоящей работе нами приведены отдаленные результаты (от 6 мес до 5 лет) использования ультразвука и криовоздействия на миндалины при хроническом тонзиллите у детей. Проведены клинические наблюдения и математический анализ полученных данных.

С 1980 до 1990 г. обследовано 386 пациентов с хроническим тонзиллитом в возрасте от 3 до 14 лет, которые подверглись комбинированному лечению. Из них мальчиков было 171 (44,3%), девочек — 215 (55,7%).

Эффективность оценивалась по следующим критериям, предложенным В. Д. Драгомирецким и соавторами (1982): «хороший результат», «удовлетворительный» и «без эффекта». Через 6 мес хороший результат отмечен у $67,4 \pm 3,8\%$, удовлетворительный — у $13,8 \pm 3,1\%$, эффект не получен — у $9,8 \pm 2,6\%$ детей. Из них через 3 г. хороший исход терапии сохранился у $61,0 \pm 7,6\%$, удовлетворительный — у $24,4 \pm 6,7\%$, без эффекта — у $7,3 \pm 4,1\%$. Спустя 4—5 лет эти показатели составляли соответственно: $66,7 \pm 10,3\%$, $26,6 \pm 9,7\%$ и $4,8 \pm 4,6\%$.

На основании ретроспективного анализа эффективности сочетанного ультразвукового и криогенного воздействия на нёбные миндалины при хроническом тонзиллите у детей мы провели статистическое прогнозирование результативности данного метода. Для суждения о стойкости полученных результатов в каждый срок мы выделяли группу больных с оценкой терапии «без эффекта». Так, через 6 мес отсутствие эффекта отмечено у 12 (9,8%) из 123 пациентов, через 1 г. — у 5

(5,3%) из 94, через 2 г.— у 5 (8,5%) из 58, через 3 г.— у 3 (7,9%) из 38, через 4—5 лет — у 1 (4,7%) из 22.

Из этих данных видно, что отрицательные результаты чаще имеют место через 6 мес после окончания лечения. В дальнейшем, с увеличением сроков наблюдения эти показатели снижаются. Представляло интерес изучить вероятность отсутствия эффекта после применения данного метода терапии в зависимости от сроков наблюдения. С этой целью мы использовали математические подходы, предложенные Л. Б. Дайняк и соавторами (1988). В данном случае при выявлении отрицательных результатов лечения детей между смежными сроками наблюдения вычисляли V_i в период с момента назначения терапии («нулевого» срока) до первого срока наблюдения — V_1 , а в промежуток между первым и вторым сроками после лечения — V_2 и т. д.

Статистическая характеристика возможности выявления неэффективной терапии по всем срокам наблюдения (в процентах)

Статистический показатель	Сроки выявления неэффективной терапии					
	момент начала лечения	6 мес	1 г	2 г	3 г	4—5 лет
	число наблюдений (%)					
V_i	0	10	5	9	8	5
S_i	—	2,7	2,25	3,73	4,40	4,76
P_i	31	24	20	13	5	—
σ_i	2,4	4,7	5,2	5,5	4,8	—

Величина V_i является статистической оценкой вероятности выявления неэффективной терапии между смежными сроками наблюдения со среднеквадратической ошибкой S_i , вычисляемой по формуле:

$$S_i = \sqrt{\frac{V_i(1 - V_i)}{n_i}}$$

По имеющимся данным можно вычислить статистическую оценку P_i вероятностей отсутствия результатов криогенного и ультразвукового воздействия на небные миндалины в будущем после определенного периода наблюдения при условии положительного исхода лечения в сроки i .

Величина P_i определяется по формуле:

$$P_i = 1 - (1 - V_i + 1)(1 - V_i + 2) \dots (1 - V_k).$$

Среднеквадратическая ошибка σ_i вычисляется по формуле:

$$\sigma_i = \sqrt{\frac{P_i(1 - P_i)}{n - 1}}$$

Результаты проведенных расчетов представлены в таблице, из которой следует, что вероятность выявления неэффективной терапии данным способом у детей, больных хроническим тонзиллитом, сразу после окончания лечения составляет $31 \pm 2,4\%$. Вероятность рецидива заболевания у лиц, у которых отмечен в этот срок положительный результат, равна $24,0 \pm 4,7\%$.

Установлено также, что большинство детей, у которых криогенное и ультразвуковое воздействие на небные миндалины оказалось неэффективным, выявляется в первые 6 мес — 1 год. Полученные статистические показатели позволяют с большой степенью достоверности прогнозировать хороший результат лечения. Так, например, положительный исход, отмеченный через 1 год у 80% больных детей, сохраняется и в более отдаленные сроки наблюдения.

Для выяснения возможного влияния различных факторов на эффективность данного метода терапии у детей проведен анализ отдаленных результатов в зависимости от частоты возникновения ангины, дли-

тельности заболевания, возраста больных, величины миндалины, клинической формы хронического тонзиллита. При этом установлено, что чем чаще у них до лечения были ангины, тем ниже эффективность проводимой терапии. Следует подчеркнуть, что после сочетанного применения ультразвука и криогенного воздействия на миндалины у пациентов, у которых лечение оценивалось как неэффективное, резко снизилась частота рецидива ангин.

Не выявлено достоверного различия эффективности применяемого метода лечения при разной длительности заболевания. В то же время число наблюдений с положительными результатами такой терапии растет параллельно с увеличением возраста обследованных детей во все сроки наблюдения. Так, например, в группе пациентов в возрасте от 3 до 6 лет хороший эффект зарегистрирован у $53,8 \pm 13,8\%$, а в возрасте от 11 до 14 лет — у $88,1 \pm 5,0\%$.

У детей, как и у взрослых, имеется обратная зависимость между величиной миндалин и эффективностью применяемого метода лечения.

Изучение эффективности терапии в зависимости от формы хронического тонзиллита показало, что она очень высока в сроки наблюдения от 6 мес до 4 лет при декомпенсированной форме заболевания с частыми ангинами, хорошие результаты получены в 83—100% наблюдений. У детей с декомпенсированной формой хронического тонзиллита с частыми ангинами, тонзиллогенной интоксикацией и осложнениями число положительных результатов было тоже довольно высоким, но при этом значительный процент от них составляли удовлетворительные исходы терапии.

В заключение следует сделать вывод, что криогенное воздействие после предварительного применения ультразвука на небные миндалины является высокоэффективным методом терапии, в связи с чем ее следует шире внедрять в практику детских лечебно-профилактических учреждений. Этот способ лечения показан детям как с компенсированной, так и с декомпенсированной формой хронического тонзиллита (частые ангины). При этом пациенты избавляются от многократных курсов общепринятого лечения, отпадает необходимость применения многих лекарственных препаратов, обладающих нередко побочным действием и отрицательно влияющих на иммунную систему ребенка. У детей с декомпенсированной формой хронического тонзиллита (частые ангины, постоянная тонзиллогенная интоксикация, осложнения) показана тонзиллэктомия. При наличии относительных и абсолютных противопоказаний к полному удалению миндалин с успехом может быть применено криогенное воздействие на миндалины в сочетании с ультразвуком. У лиц с гипертрофией небных миндалин II и III степени при отсутствии эффекта терапии (перенесенная ангина) целесообразно произвести повторную криотонзиллотомию с использованием ультразвука. Этот способ лечения следует применять (как первый раз, так и повторно) не ранее, чем через 1 мес после обострения хронического тонзиллита.

1. Бажора Ю. И. Розеткообразующая способность нейтрофилов в смывах из ротовой части глотки у больных хроническим тонзиллитом и ее динамика после криохирургического лечения // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1987.— № 4.— С. 1—3; 2. Гончар Л. Н. Сочетанное применение ультразвука и низких температур при лечении больных хроническим тонзиллитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Киев, 1985.— 16 с.; 3. Дайняк Л. Б., Загорянская М. Е., Цырульничков М. Д. Возможность статистического прогнозирования эффективности криотерапии некоторых хронических воспалительных заболеваний полости носа // Вестн. оториноларингологии.— 1988.— № 1.— С. 27—29; 4. Драгоморецкий В. Д., Бажора Ю. И., Гончар Л. Н. Эмиграция клеток на поверхность слизистой оболочки ротоглотки и их ферментативная активность после воздействия физическими факторами // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1984.— № 3.— С. 32—37; 5. Драгоморецкий В. Д., Бажора Ю. И., Маниота А. И., Николова М. Ц., Яловенко Т. А. Отдаленные результаты криохирургического лечения больных хроническим тонзиллитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1982.— № 2.— С. 47—50.

Поступила в редакцию 27.06.90.

Summary

The authors studied results of combined using of ultrasound and cryogenic action on palatine tonsills in 386 children with chronic tonsillitis. Statistical forecast of efficiency of the method and of stability of results was performed in different periods of the study. It was found that majority of uneffective cases was revealed within 6 month to 1 year following the treatment. It was shown that efficiency of the treatment depends upon the tonsiyyitis rate per year, size of the tonsills, form of the disease and age of children. The conclusion was drawn about expedience of widespread use of ultrasound and cryogenic action in children with chronic tonsillitis.

УДК 616.22:616.231]-003.92-053.2

А. Б. ШЕХТЕР, А. М. ШУСТЕР, Е. К. ОНУФРИЕВА, В. Г. ЗИНГЕР,
Д. Г. ЧИРЕШКИН

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ
(РЕЦИДИВИРУЮЩИХ) РУБЦОВ ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО
ОТДЕЛА ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ**

Лаб. эксперим. патоморфологии (зав.—проф. А. Б. Шехтер), лаб. восстанов. хирургии гортани и трахеи для детей (зав.—проф. Д. Г. Чирешкин, науч. консультант — проф. Ю. М. Овчинников) 1-го Моск. мед. ин-та им. И. М. Сеченова

Успешное лечение детей с приобретенным рубцовым стенозом гортани и трахеи (ПРС) невозможно без знания патогенеза заболевания, составной частью которого является гистоморфологическая характеристика этапов созревания рубцовой ткани. Процесс рубцевания имеет свои фазы течения с определенной продолжительностью и последовательностью (А. Б. Шехтер, 1981). Однако при хирургическом лечении больных с ПРС имеется целый ряд предшествующих факторов, которые могут значительно изменить характер течения регенерации (Д. И. Тарасов и соавт., 1989, В. Р. Чистякова, 1976, А. И. Юнина, 1974; Hawkins, 1987). Поэтому подробное изучение этапов заживления раны позволит скорректировать как лекарственное воздействие, так, возможно, и сроки хирургических вмешательств. В данном аспекте вопросы хирургического лечения в литературе освещены явно недостаточно.

Целью настоящей работы явился сравнительный клиничко-морфологический анализ первичных и повторных (рецидивирующих) ПРС с учетом особенностей этапов созревания рубцовой ткани. Для выполнения поставленной задачи мы использовали полуколичественную (балльную) оценку различных морфологических признаков рубцового процесса (А. Б. Шехтер и соавт., 1982).

Характеристика больных и методы исследования

Рубцовая ткань (35 образцов) была взята в ходе оперативного вмешательства у 28 детей с ПРС, находившихся на лечении в клинике восстановительной хирургии гортани и трахеи для детей 1 ММИ им. И. М. Сеченова. Среди обследованных преобладали мальчики (71%). Возраст пациентов колебался от 2 до 14 лет (в среднем 7,3 г.), продолжительность заболевания — от 4 мес до 12 лет (в среднем 3,2 г.). Чаще всего причиной стеноза была травма, обусловленная продолженной интубацией трахеи, проводившейся либо по поводу острого ларингита с синдромом крупа (у 18), либо по другим причинам (у 6). Еще у 4 пациентов имела место наружная травма гортани. Трахеоканюлярами являлись 90% больных. В анамнезе у половины детей были хирургические вмешательства, произведенные за 4,5 мес — 7,5 лет (в среднем 1,7 г) до поступления в клинику, другие поступали в стационар впер-