

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТРОФІЄЮ  
МИГДАЛИКІВ ГЛОТКИ, ОБТЯЖЕНОЮ АНОМАЛІЯМИ  
РОЗВИТКУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

**Н.Б. Соннік**

Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»

**Вступ**

Проблема захворювань лімфоаденоїдного кільця найактуальніша в дитячій оториноларингології. Найчастіше зустрічається ураження глоткового мигдалика, що складає 30-50% усіх захворювань вуха, горла та носа в дітей від 3 до 7 років [1,12].

Аномалії розвитку слизової оболонки порожнини рота в дитячому віці зустрічаються в кожній другій дитині, їх найчастіше виявляють на планових профілактичних оглядах лікаря-стоматолога. Пластику вуздечок у 80% дітей проводять у віці від 3 до 8 років [2,4,5,8].

Збільшення глоткового мигдалика називається аденоїдними вегетаціями та має 3 ступені вираженості, які визначаються за співвідношенням прикриття ними хоан. Нерідко гіпертрофія глоткового мигдалика поєднана з гіпертрофією піднебінних мигдаликів. Гіпертрофія мигдаликів II - III ступенів утруднює носове дихання, супроводжується нічним апное, захворюваннями середнього вуха, зниженням слуху за кондуктивним компонентом, порушенням фонації, частими респіраторними захворюваннями з розвитком обструктивного бронхіту [3,].

Довготривалий ротовий тип дихання в дитячому віці призводить до порушення прикусу.

Патологія вуздечок порожнини рота призводить до ротового типу дихання, порушує фонетику мови та є однією з причин розвитку патології прикусу в дітей [9,10,11].

Найпоширенішим оперативним втручанням в умовах дитячого лор-відділення є аденотонзилотомія (75%), яка переважно проводиться у віці від 3 до 8 років.

Останніми роками оперативні втручання в дітей на лімфоглотковому кільці проводяться в умовах стаціонару з використанням ендотрахеального наркозу. Корекція вуздечок порожнини рота, особливо язика, потребує загального знеболювання. Аденотонзилотомія належить до планових оперативних втручань, яким передують необхідне обстеження в поліклінічних закладах за місцем проживання [6,7]. Усе це і зумовило актуальність проведеного дослідження.

**Мета дослідження** - забезпечення раціонального хірургічного лікування під загальним знеболюванням у дітей із гіпертрофією мигдаликів, обтяженою аномаліями розвитку слизової оболонки порожнини рота.

#### **Матеріали та методи дослідження**

12 дітей віком від 4 до 8 років (5 хлопчиків і 7 дівчаток) із гіпертрофією мигдаликів глотки, обтяженою аномалією розвитку слизової оболонки порожнини рота, яким в умовах дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави проводили у 2013 році комплексне хірургічне лікування: аденотонзилотомію з пластикою вуздечок слизової оболонки порожнини рота.

Передопераційна підготовка охоплювала клінічні обстеження, необхідні для виконання оперативного втручання під ендотрахеальним наркозом в умовах стаціонару дитячої лікарні.

Усіх пацієнтів оглянув щелепно-лицевий хірург для визначення порушень функцій. Виконували оптичну риноскопію за допомогою 0° ендоскопа фірми «Карл Шторц».

Аденотомію виконували стандартно з використанням прямого та вигнутого аденотома під оптичним контролем. Тонзилотомія забезпечувалася петлею Бахона та конхотомом. Пластику вуздечок проводили методом Дифенбаха (V пластика).

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Провели клінічний аналіз симптомів захворювання. Вада розвитку вуздечки язика проявлялася зменшенням довжини та нетиповим місцем прикріплення “ніжок”, а також зміною її товщини. У разі короткої вуздечки язика спостерігали 2 варіанти її прикріплення:

I варіант - до верхівки язика та тканин дна ротової порожнини наперед до під'язикових сосочків;

II варіант - до верхівки язика й альвеолярного відростка.

Вада розвитку вуздечки верхньої губи характеризувалася зменшенням її довжини, нетиповим місцем прикріплення її ніжки. Спостерігалася непроникна форма (без уплетення волокон вуздечки в міжальвеолярний шов) та проникна форми (з уплетенням волокон вуздечки в міжальвеолярний шов).

В усіх 12 обстежених дітей були визначені порушення різних функцій. Частіше діагностували порушення змикання губ та дихання, які на перший погляд не пов'язані безпосередньо з функціонуванням язика, але для створення умов ротового дихання за неможливості або утрудненні носового дихання відбувається зміна розташування язика, що є компенсаторно-адаптаційним механізмом. Також спостерігали порушення функції ковтання, фонації мови, рухів у різних напрямках (при облизуванні губ по колу та рухів по кінчику носа), кондуктивну глухуватість.

Кількісний аналіз порушень представлений у табл. 1.

Таблиця 1

Порушення функцій	Кількість хворих	Відсоток
Вада розвитку вуздечки язика, I варіант	8	66,66 %
Вада розвитку вуздечки язика, II варіант	4	33,33 %
Непроникна форма вуздечки верхньої губи	7	58,33 %
Проникна форма вуздечки верхньої губи	3	25,00 %
Порушення змикання губ	7	58,33 %
Порушення носового дихання	11	91,66 %
Порушення ковтання	4	33,33 %
Порушення фонації мови	6	50,00 %
Порушення рухів язика при облизуванні губ по колу	4	33,33 %
Порушення рухів язика по кінчику носа	9	75,00 %
Глухуватість	7	58,33 %
Усього	12	100 %

При оцінці гіпертрофії мигдаликів глотки у 4 дітей (33,33 %) разом з аденоїдними вегетаціями спостерігалася гіпертрофія II – III ступеня піднебінних мигдаликів

Частіше в обстежених діагностували порушення двох та трьох функцій. З віком спостерігається збільшення відсотка пацієнтів із порушенням двох-трьох функцій та рухів язика у різних напрямках.

Оптична ендоскопія носоглотки дозволила оптимально визначити показання до аденотомії, оскільки давала уявлення про характер тканини в

носоглотці, співвідношення її до об'єму носоглотки та співустя слухових труб, вираженість запального процесу.

Усі ці дані свідчили про необхідність відновлення функцій у пацієнтів із гіпертрофією мигдаликів глотки та вкороченням вуздечок язика та верхньої губи за допомогою хірургічного методу лікування. Оперативне втручання проводили під ендотрахеальним наркозом, де особливе значення приділяли глибині постановки трубки та її фіксації, що пов'язано зі зміною положення голови під час оперативного втручання і можливістю її міграції. ШВЛ проводили в режимі нормовентиляції геодинамікою – АТ із незначною гіпотензією (профілактика кровотечі). Інфузійна терапія в операційній та у відділенні інтенсивної терапії в обсязі 1/3 добової потреби. Екстубацію проводили після відновлення свідомості, повного відновлення м'язового тону. Перед екстубацією проводили огляд глотки для запобігання аспірації. Середня тривалість оперативного втручання не перевищувала 30 хвилин. Проведення оперативного втручання під загальним знеболюванням дозволило оптично контролювати видалення аденоїдних вегетацій із використанням різних видів аденотомів, у тому числі і вигнутого. Пластика вуздечок проведена методом Дифенбаха (V пластика) з ушиванням рани.

У післяопераційний період (перші 3-5 діб) усім дітям призначали щадну дієту, знеболювальні засоби (нурофен), антисептичні носові краплі (2% протаргол), обробку порожнини рота та глотки антисептиками у вигляді спрею (ангілекс, оросепт). Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не спостерігали. У післяопераційний період, через 10-14 діб призначали міогімнастику. Дітям із порушеннями прикусу рекомендували подальше лікування через 3-4 тижні в лікаря-ортодонта.

### **Висновки**

1. Частота випадків аномального розвитку слизової оболонки порожнини рота і гіпертрофії мигдаликів глотки в дітей спонукає

до включення обов'язкового огляду щелепно-лицьового хірурга в планову підготовку до проведення аденотонзилотомії.

2. Комплексна хірургічна тактика в дітей із гіпертрофією мигдаликів глотки, обтяженою патологією слизової оболонки порожнини рота, дозволяє зменшити кратність застосування загального знеболювання та психологічне навантаження на дитину.
3. Своєчасне комплексне лікування підвищує ефективність відновлення носового дихання та фонетики мови, сприяє підвищенню результативності занять із логопедом щодо корекції фонетики мови.

### **Література**

1. Новый взгляд на гипертрофию глоточной миндалины: аденоиды или аденоидная болезнь / В.Ф. Антонив, В.М. Аксёнов, Г.В. Антонив [и др. ] // Весник оториноларингологии. – 2004. - №4. - С. 23-24.
2. Безрукова Л.П. Хирургическое лечение заболеваний пародонта / Л.П. Безрукова. - М., 1987. – С. 137-139.
3. Тактика ведения детей с сочетанной патологией лимфоглоточного кольца и аллергией / [ В.П.Вавилова, О.А. Вайсман, О.С. Чернюк, Т.А. Караулькова] // Детская оториноларингология. – 2011. - №1. – С. 64-68.
4. Головка Н.В. Стан колового м'яза рота в ортодонтичних пацієнтів з укороченням вуздечки язика /Н.В. Головка, В.М. Дворник, В.В. Рубаненко //Український стоматологічний альманах.- 2011. - № 6. – С. 74-80.
5. Головка Н.В. Тиск язика в ортодонтичних пацієнтів з I, II та III видом аномального прикріплення вкорочення вуздечки язика /Н.В. Головка, Ганнам Іяд Наджиб // Український стоматологічний альманах.- 2011. - № 5. – С.59-61.

6. Каманин Е.И. Альтернативные методы анестезии при аденотомии у детей / Е.И. Каманин, С.А. Ерохов, Ю.В. Мишунин // Вестник отоларингологии. – 2004. - №3. - С. 37-40.
7. Козлов В.С. Визуализация оперативного поля при использовании аденотома кривой конструкции/ В.С. Козлов, В.А. Карпов // Вестник оториноларингологии. – 2004.- №4. – С. 18-22.
8. Кручинский Г.В. Устранение аномалии уздечек, губ и языка / Г.В. Кручинский, А.С. Артлошкевич // Стоматология. – 1982. - №3. – С. 39-40.
9. Обґрунтування актуальності вивчення сполученої патології лімфоглоточного гільця і зубощелепної системи у дітей / [ Т.В. Почуєва, О.Ф. Мельников, Є.Є. Ямпольська, І.М. Сапожнікова] // ЖУНГ. – 2012. - №3. - С. 173-174.
10. Смаглюк Л.В. Резистентність слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів з зубощелепними аномаліями / Л.В. Смаглюк, І.В. Петрушанко // Український стоматологічний альманах.- 2012. - № 2, Т. 1. – С. 90-92.
11. Степанов А.В. Дрениропластика, вестибулопластика и операции на транш пародонта / А.В. Степанов. - М., 2000. - 368 с.
12. Совершенствование диагностики и хирургического лечения аденоидов у детей / [С.А. Хасанов, Г.К. Бабаханов, М.С. Касанов, С.А. Мошков] // Вестник оториноларингологии. – 2008. - №1. – С. 55-56.

Стаття надійшла

2.06.2014 р.

### **Резюме**

Частота виявлення гіпертрофії мигдаликів глотки та аномалій розвитку слизової оболонки порожнини рота в дітей сягає понад 50%.

Ці патологічні процеси мають відношення до порушення носового дихання та формування ротового типу дихання, порушення фонетики мови та є однією з причин розвитку патології прикусу. За мету дослідження ставили забезпечення раціонального хірургічного лікування під загальним знеболюванням у дітей із гіпертрофією мигдаликів, обтяженою аномаліями вуздечок язика та верхньої губи.

У 12 дітей у віці від 4 до 8 років оцінювали клінічні прояви поєднаної патології, де превалювали симптоми порушення носового дихання, фонації мови. Усім дітям виконували комплексне оперативне втручання: аденотонзилотомію з пластикою вуздечок язика та верхньої губи. Це дозволило розробити алгоритми обстеження дітей із гіпертрофією мигдаликів глотки та включити огляд дитячого щелепно-лицьового хірурга в план обстеження при підготовці до аденотонзилотомії. Таке комплексне лікування підвищує ефективність відновлення носового типу дихання та фонетики мови.

**Ключові слова:** діти, аденотонзилотомія, аномалії прикріплення вуздечок, френулопластика.

### **Резюме**

Частота встречаемости гипертрофии миндалин глотки и аномалии развития слизистой оболочки полости рта у детей достигает более 50%. Данные патологические процессы имеют отношение к нарушению носового дыхания и формированию ротового типа дыхания, нарушению фонетики речи, а также являются одной из причин развития патологии прикуса.

Целью исследования ставили обеспечение рационального хирургического лечения под общим наркозом у детей с гипертрофией миндалин, осложненной аномалиями развития уздечек языка и верхней губы.



У 12 детей в возрасте от 4 до 8 лет оценивали клинические проявления общей патологии, при которой преобладали симптомы нарушения носового дыхания, фонации речи.

Всем детям выполняли комплексное оперативное вмешательство: аденотонзиллотомию с пластикой уздечек языка и верхней губы. Это позволило разработать алгоритмы обследования детей с гипертрофией миндалин глотки и включить осмотр детского челюстно-лицевого хирурга в план обследования при подготовке к аденотонзиллотомии. Такое комплексное лечение повышает эффективность восстановления носового типа дыхания и фонетики речи.

**Ключевые слова:** дети, аденоидные вегетации, аденотонзиллотомия, аномалия прикрепления уздечек, френулопластика.

UDC 616. 322 – 007. 61 – 053. 4/ . 5 – 08

**Sonnik N.B.**

**CLINICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PHARYNGEAL  
TONSIL HYPERTROPHY ACCOMPANIED BY ABNORMALITIES OF  
THE ORAL CAVITY MUCOSA**

Higher State Establishment of Ukraine

«Ukrainian Medical Stomatological Academy»

Problem of lymph adenoid ring disease is the most important in pediatric otorhinolaryngology. Lesions of pharyngeal tonsil occur more often in 30-50% of all diseases of the ear, nose and throat in children from 3 to 7 years.

Abnormalities of the oral cavity mucosa in children occur in every second child which found during routine preventive examinations by dentist. Frenoplasty is 80% and held from 3 to 8 years.

Last years surgery of lymph pharynx ring in children is performed in a hospital using endotracheal anesthesia. Correction of frenula in the mouth,

especially the tongue, requires general anesthesia. Adeno-tonsillotomy refers to the scheduled surgery, which is preceded by the necessary examinations in local clinics. All this led to the relevance of the research.

The aim of our study was providing a rational surgery under general anesthesia in children with tonsillar hypertrophy, burdened abnormalities of the oral cavity mucosa.

We observed 12 children aged 4 to 8 years (5 boys and 7 girls) with pharyngeal tonsil hypertrophy burdened by an abnormality of the oral cavity mucosa, which in terms of children's clinical hospital of Poltava in 2013 conducted a comprehensive surgery: adeno-tonsilectomy of frenoplasty of oral cavity mucosa.

Conducted analysis of clinical symptoms. Failure of development of frenulum of the tongue manifested shorter and unusual place attachment "legs", as well as changes in its thickness. In the event of a tied tongue watching 2 versions of attachment: 1. The tongue to the top and bottom of the tissues of the oral cavity anterior to sublingual papillae in 8 patients (58.33%) 2. To the top of the tongue and the alveolar bone in 2 patients (16.67%).

Defect of the upper lip frenulum characterized by a decrease in its length, atypical situs of its legs. Opaque form (without weaving fibers between alveolar bridle suture). Detected in 50.00%, penetrating form - 33.3%). In 8 patients (66.67%). Revealed shortened frenulum of the tongue and upper lip. In assessing the pharyngeal tonsil hypertrophy in 4 children (33.33%) with adenoid hypertrophy observed vegetation of II-III stages of tonsils.

In all 12 children there were different disturbances of various functions. Closing of the lips and breathing were the most often revealed ( 75.00 % and 95.33 % of the patients, respectively), which at first sight are not directly related to the operation of tongues and to create conditions for mouth breathing with the inability or difficulty in nasal breathing changes the placement of the tongue , which is a compensatory adaptation mechanism. Impaired function of

swallowing was diagnosed in 41.66 % of patients , speaking - in 50.00 %, movements in different directions - from 33.33 % (the licking of the lips in a circle ) to 75.00 % ( moves to the tip nose ) conductive hearing loss in 41.66 %.

Most of the patients diagnosed with disturbances of two (58.33%) and three features (33.33%), there is an increase in percentage of patients with impaired function of two or three and tongue movements in different directions. Optical nasal endoscopy has allowed optimally determine the indications for adenotomy as well as give an idea of the nature of the tissue in the nasopharynx, the ratio of volume to the nasopharynx and auditory tube, the severity of the inflammatory process.

The above data is indicative of the need for functional recovery in patients with hypertrophy of the tonsils and pharynx shortening bridles of the tongue and upper lip by means of surgical treatment. Surgical intervention was performed under endotracheal anesthesia, with particular importance paid a depth setting of the tube and its fixation, which is associated with a change in head position during surgery and the possibility of migration. Mechanical ventilation was conducted using the norm ventilation Geodynamics - AP with little hypotension (prevention of bleeding ). Infusion therapy in the operating room and intensive care unit in the amount of 1/3 of the daily requirement. Extubation held after recovery of consciousness , the restoration of muscle tone. Before extubation of throat examination was performed to prevent aspiration. The average duration of surgery was less than 30 minutes. Surgical intervention under general anesthesia allowed optically controlled removal of adenoid vegetations using different types of adenotomy, including curved. Plastic frenulum conducted on an Dyfenbah method (V plasty ) with suturing wounds.

Conclusions: 1. Prevalence of abnormal development of the mucous membrane of the mouth and pharynx tonsil hypertrophy in children leads to the inclusion of a mandatory review of maxillofacial surgeon in preparation for the planned adenotonsillotomy; 2. Integration of surgical tactics in children with

tonsillar hypertrophy pharynx, burdened pathology of the oral cavity mucosa can reduce the multiplicity of common pain and psychological stress on the child; 3. Timely comprehensive treatment increases the effectiveness of restoration of nasal breathing and phonetics of the speaking, improves performance sessions with a speech therapist to correct phonetics of the speaking .

**Key words:** children, adenotonsillotomy, abnormal attachment of the frenula, frenoplasty.