

//Оториноларингологияда замонавий илмий-амалий технологиялар.
Ўзбекистон оториноларингология конференцияси материаллари: Тез. докл. -
Бухоро 2017. –С.64

2. Эргашев У. М., Мавлянов Ш.Ш. Хирургическая тактика лечения тимпаносклероза //Международный научно-практический журнал ассоциации отоларингологов Казахстана. -2018. -№1-2.

3. Эргашев У. М. Оптимизация комплексного лечения острой сенсоневральной тугоухости //Материалы Прикаспийского форума оториноларингологов Казахстана 2018. -№1-2.

4. Сайдулаев В.А., Мухтаров К.М., Шпотин В.П., Харитонов Д.А., Мухамедов И.Т., Мамич В.А. Применение коллагеновой мембраны при повторных санлирующих операциях на ухе // РО. 2016. №1 (80).

5. Мухтаров Кайрат Максутович, Сайдулаев Вахарсолта Алиевич, Харитонов Дмитрий Анатольевич, Мухамедов Иса Гуктарович, Шпотин Владислав Петрович Мастоидопластика в профилактике и лечении "болезни оперированного уха" // РО. 2014. №6 (73).

6. Кириллова К.А., Рябинин А.Г., Щурова Л.В. Применение лазерной доплеровской флоуметрии в оценке микроциркуляции тканей околоушной области перед выполнением отоластики у детей и подростков // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2012. №6.

ВЛИЯНИЕ ОБСТРУКЦИИ НОСОГЛОТКИ И ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЧЕРЕПНО- ЛИЦЕВЫХ ПРОПОРЦИЙ У ДЕТЕЙ

Абдусаматова И.И., Тастанова Г.Э., Шамсиев Д.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность темы: Группой, особенно подверженной развитию черепно-лицевых аномалий, являются дети с хронической носоглоточной обструкцией, у которых часто наблюдается ротовое дыхание, что приводит к проблемам с приемом пищи, глотанием и речью у детей из-за затрудненного дыхания одновременно во время этих действий. Снижение эффективности жевания, в свою очередь, может привести к нарушению прикуса. Более того, дети с аденотонзиллярной гипертрофией подвержены более высокому риску нарушений дыхания во сне, таких как храп или обструктивное апноэ во сне. Увеличенные аденоиды и миндалины перекрывают верхние дыхательные пути и заставляют дышать через рот, дисбаланс между открывающими и закрывающими мышцами рта отрицательно влияет на черепно-лицевую структуру за счет слабой стимуляции местного прилегания костей.

Цель: оценить черепно-лицевые пропорции у детей с гипертрофией аденотонзиллярной системы с учетом степени обструкции носоглотки и увеличения носоглоточных и небных миндалин.

Материал и методы: Собраны антропометрические и клинические данные 75 детей (39 мальчиков и 36 девочек), направленных в клинику для

хирургической аденотомии или тонзиллэктомии. Все эти пациенты соответствовали критериям для процедуры, которые включали:

1) хронический гипертрофический тонзиллит, вызванный фокальными инфекциями или рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей, с повышенными маркерами воспаления;

2) имеющие один из симптомов, таких как заложенность носа, рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей, храп, нарушение слуха, апноэ или рецидивирующий средний отит в анамнезе. Назофарингеальную обструкцию оценивали с помощью гибкой фиброоптическойназофаринголарингоскопии. Степень гипертрофии аденоидов оценивали по 3-балльной шкале, где обструкция носоглотки <50% соответствовала 1-й степени, 50-75% - 2-й степени и >75% - 3-й степени. Для оценки размера миндалин мы использовали четыре балльную шкалу Бродского.

Общая выборка составила 75 детей в среднем возрасте 6,3 года. Первые симптомы аденотонзиллярной гипертрофии появились в среднем в возрасте 3,4 года. У большинства пациентов (75%) длительность заболевания составляла до 3 лет. Мы наблюдали увеличенные аденоиды примерно у 40% больных,

а увеличенные небные миндалины – у 33%. После сочетания степени гипертрофии аденоидов и небных миндалин мы наблюдали тяжелую обструкцию носоглотки примерно у 38% от общей выборки.

	Мальчики (n = 39)	Девочки (n = 36)
Возраст (г)	6,4±2,2 (3,3–14,3)	6,1±2,1 (2,5–11,9)
Возраст первых симптомов (лет)	3,7±2,1 (0,5–8,0)	3,1±2,3 (0,5–11,0)
Длительность заболевания:		
≤3 года	33 (82,5%)	24 (66,6%)
>3 года	8 (20,2%)	10 (27,8%)
Размер миндалин:		
Малый (0–2 классы)	27 (67,5%)	25 (69,4%)
Большой (3–4 классы)	13(32,5%)	10 (27,8%)
Обструкция носоглотки:		
Умеренная (0–3)	22 (55,0%)	24 (66,7%)
Тяжелая (4–7)	17 (42,5%)	12 (33,3%)
Масса тела (стандартное отклонение)	0,23±1,31 (-1,54–5,78)	-0,33±0,79 (-1,99–1,39)
ИМТ	0,24±1,44 (-1,54–6,69)	-0,04±0,90 (-1,92–2,19)

Обсуждения:В нашем исследовании мы наблюдали увеличение черепно-лицевой ширины по отношению к высоте лица с увеличением возраста первых симптомов, более широкий лоб, более широкая челюсть и более короткая общая и верхняя часть лица по отношению к скуловой ширине у детей с продолжительностью симптомов больше 3 лет. Применяли стандартные антропометрические методы. Простые измерения лица с помощью общедоступного оборудования делают антропометрию пригодной для