

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ФРОНТИТА У ДЕТЕЙ

Ниделько А. А., Буцель А. Ч.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра болезней уха, горла, носа
г. Минск*

Ключевые слова: лобные пазухи, острый фронтит, дети.

Резюме: в статье приведены данные анализа 176 медицинских карт стационарных пациентов. Выявлены особенности клинического течения острого фронтита у детей в разных возрастных группах.

Resume: The article presents the data analysis of 176 medical records of hospitalized patients. Peculiarities of clinical manifestations of acute sinusitis in children in different age groups.

Актуальность. В научной литературе имеется достаточное количество работ, посвященных вопросам диагностики и лечения заболеваний околоносовых пазух, однако в большинстве из них авторы не касаются вопросов, связывающих клинику и лечение синуситов с возрастными особенностями синусов у детей [1].

Цель: улучшить качество диагностики и своевременность назначения лечения детям разных возрастных групп с острым фронтитом.

Задачи: 1. Выявить возрастные особенности клинического течения острого фронтита у детей; 2. Выявить наиболее часто встречаемые симптомы острого фронтита у детей разных возрастных групп; 3. Выявить сопутствующую патологию верхних дыхательных путей, способствующую развитию острого фронтита у детей.

Материал и методы. Проанализировано 176 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 5 до 17 лет за 2015 год в оториноларингологическом отделении УЗ «3 городская детская клиническая больница» г. Минска, у которых был диагностирован острый фронтит. В историях болезни изучались следующие параметры: пол, возраст, жалобы, сопутствующая патология верхних дыхательных путей, результаты физикального осмотра, риноскопии. Для выявления возрастных особенностей течения фронтита все пациенты были разделены на 6 групп с учетом возраста: 5-7 лет, 8-9 лет, 10-11 лет, 12-13 лет, 14-15 лет, 16-17 лет.

Результаты и их обсуждение. Начиная с 8-9 лет, наблюдается увеличение частоты встречаемости острого фронтита у детей, которая продолжается до 16-17 лет: в возрасте 5-7 лет - 3 человека, 8-9 лет - 24 человека, 10-11 лет - 30 детей, 12-13 лет - 39 детей, 14-15 лет - 38 детей, 16-17 лет - 42 ребенка.

Острый фронтит в изолированной форме у детей встречался только в 7% случаев. Чаще острый фронтит выявлялся в сочетании с другими синуситами; верхнечелюстным синуситом и этмоидитом (57% случаев) и с верхнечелюстным синуситом (36% случаев). Отдельные случаи изолированного фронтита выявлялись в 8-9 лет (4% случаев). В 12-13 лет мы наблюдали увеличение частоты встречаемости случаев изолированного фронтита (до 13%), однако в 14-15 и 16-17 лет фронтит как самостоятельное заболевание встречался редко (5% и 7% случаев).

соответственно). Воспаление лобных пазух в сочетании с верхнечелюстным синуситом наблюдалось от 23% в 10-11 лет до 46% случаев в 8-9 лет. Фронтит в сочетании с верхнечелюстным синуситом и этмоидитом наблюдался от 49% в 12-13 лет до 73% в 10-11 лет (Рис. 1).

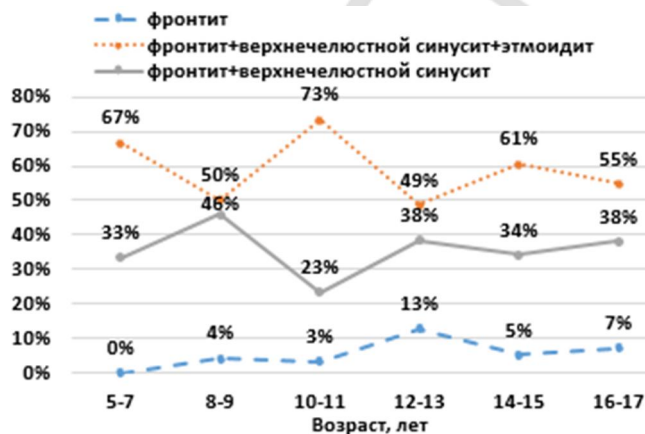


Рис. 1 – Распределение синуситов по возрасту в УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2015г.

У всех детей с острым фронтитом были отмечены сопутствующие заболевания, среди них: гипертрофия аденоидов (классификация МКБ-10), искривление перегородки носа, хронический тонзиллит, перенесенные синуситы ранее, бронхит. Чаще всего встречались гипертрофия аденоидов и искривление перегородки носа. В 5-7 лет в 100% случаев у детей отмечалась гипертрофия аденоидов, в 8-9 лет и 10-11 лет частота встречаемости гипертрофии аденоидов оставалась высокой (25% и 53% случаев соответственно). С увеличением возраста гипертрофия аденоидов стала встречаться реже от 10% случаев в 12-13 лет до 13% случаев - в 14-15 лет. Достаточно часто у детей диагностировано искривление перегородки носа. С увеличением возраста частота встречаемости этой патологии увеличивалась от 33% (в 5-7 лет) до 53% случаев (в 14-15 лет), однако достоверной корреляционной связи влияния искривления носовой перегородки на частоту фронтита мы не получили.

Нами была выявлена выраженная прямая достоверная корреляционная связь между гипертрофией аденоидов и развитием фронтита в сочетании с верхнечелюстным синуситом и этмоидитом. При увеличении или уменьшении частоты встречаемости гипертрофии аденоидов, пропорционально изменяется число заболевших фронтитом в сочетании с верхнечелюстным синуситом и этмоидитом. Такая связь прослеживалась во всех возрастных группах, начиная с 8-9 лет, что подтверждает влияние гипертрофии аденоидов на развитие синуситов (Рис. 2).

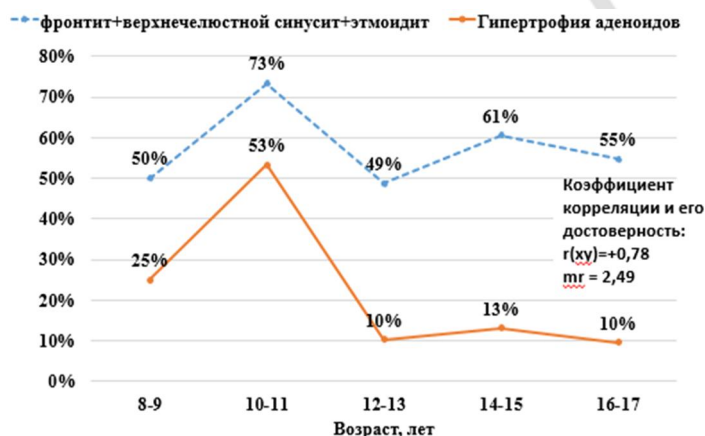


Рис. 2 – Взаимосвязь гипертрофии аденоидов (x) на развитие синуситов (y) у детей с острым фронтитом в УЗ 3 ГДКБ г. Минска за 2015г.

Такая же связь была выявлена между хроническим тонзиллитом и частотой встречаемости фронтита в сочетании с верхнечелюстным синуситом во всех возрастных группах, что подтверждает влияние хронического тонзиллита на развитие синуситов (Рис. 3).



Рис. 3 – Взаимосвязь хронического тонзиллита (x) на развитие синуситов (y) у детей с острым фронтитом в УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2015г.

Из литературных данных известно, что у детей классическими симптомами острого фронтита являются сочетание повышенной температуры тела, лобной боли, ринореи и затрудненного дыхания через нос [2]. Однако, по данным нашего исследования при перкуссии в проекции лобных пазух болезненность отсутствовала у 74% детей с острым фронтитом. При риноскопии чаще всего встречалось слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов. Слизистый характер отделяемого наблюдался во всех возрастных группах детей от 36% в 16-17 лет до 67% случаев в 5-7 лет. Слизисто-гнойное отделяемое выявилось только в 8-9 летнем возрасте в 33% случаев и сохранялось на высоком уровне частоты встречаемости во всех остальных возрастных группах (40-42% случаев).

По данным нашего исследования, классическое сочетание симптомов фронтита выявлялось только в 3% случаях (у 5 пациентов). Поэтому нами были выявлены наиболее часто повторяющиеся симптомы острого фронтита. У всех детей самым частым симптомом была изолированная ринорея или ринорея в сочетании с другими жалобами. Только ринорея чаще встречалась у детей в 8-9 лет (33% случаев), реже - в 16-17 лет (10% случаев), ринорея и лобная боль, наоборот, чаще встречались в 16-17 лет (29% случаев), реже в 8-9 лет (4% случаев). Ринорея и разлитая головная боль чаще встречалась в 5-7 лет (33% случаев), реже в 8-9 лет и 12-13 лет (по 8% случаев соответственно). Ринорея и затрудненное дыхание через нос встречалось чаще в 5-7 лет (33% случаев), реже в 14-15 лет (3% случаев) (Рис. 4).

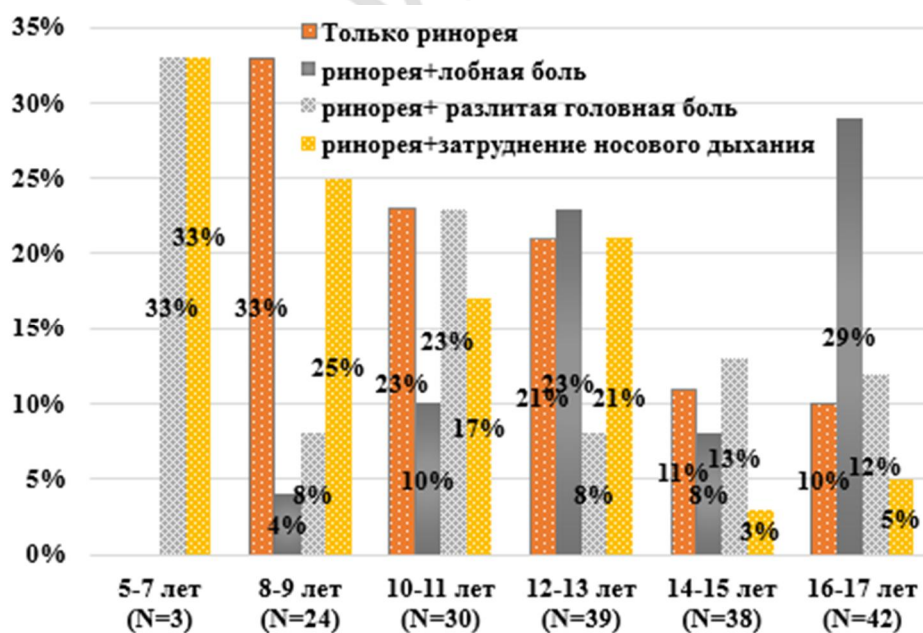


Рис. 4 – Наиболее часто встречаемые симптомы острого фронтита у детей УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2015г.

Была выявлена прямая сильная достоверная корреляционная связь между симптомами ринореи и лобной боли и возникновением изолированного фронтита. Однако несмотря на высокий коэффициент корреляции во всех возрастных группах, в 10-11 лет и в 16-17 лет связь становится слабее. Была выявлена такая же связь между симптомами ринореи и разлитой головной боли с выявлением острого фронтита в сочетании с другими синуситами. Во всех возрастных группах увеличение или уменьшение частоты встречаемости данных симптомов вызывает пропорциональное увеличение или уменьшение частоты встречаемости синуситов (Рис. 5, 6).



Рис. 5 – Взаимосвязь симптомов ринореи и лобной боли (x) на развитие изолированного фронтита (y) у детей с острым фронтитом в УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2015г.

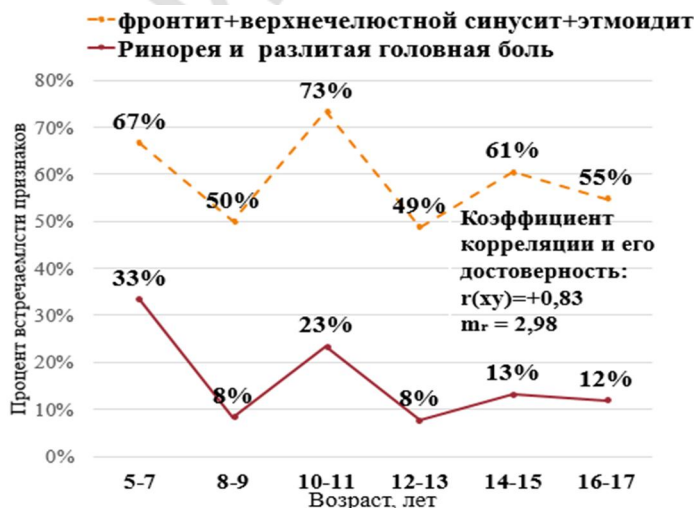


Рис. 6 – Взаимосвязь симптомов ринореи и разлитой головной боли (x) на развитие синуситов (y) у детей с острым фронтитом в УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2015г.

Выводы: 1. Острый фронтит в изолированной форме у детей встречался только в 7% случаев. Чаще острый фронтит выявлялся в сочетании с другими синуситами; верхнечелюстным синуситом и этмоидитом (57% случаев) и с верхнечелюстным синуситом (36% случаев); 2. Классическая картина, характерная для острого фронтита (сочетание повышенной температуры тела, лобной боли, ринореи и затрудненного дыхания через нос) выявлена только у 3% детей. В остальных 97% случаев во всех возрастных группах симптоматика острого фронтита принимает стертые формы в виде только ринореи (максимально в 8-9 лет – 33% случаев); ринореи и лобной боли (максимально в 16-17 лет – 29% случаев); ринореи и разлитой головной боли (максимально в 5-7 лет – 33% случаев), ринореи и затрудненного дыхания через нос (максимально в 12-13 лет – 23% случаев); 3. Ринорея – постоянно встречающийся симптом при остром фронтите у детей во всех возрастных группах; 4. Гипертрофия аденоидов и хронический тонзиллит – факторы, способствующие развитию острого фронтита в сочетании с другими

синуситами. Получена сильная достоверная корреляционная связь: по хроническому тонзиллиту коэффициент корреляции и его достоверность: $r(x,y)=+0,84$, $m_r = 3,14$; по гипертрофии аденоидов: коэффициент корреляции и его достоверность: $r(x,y)=+0,78$, $m_r = 2,49$.

Литература

1. Сергеев С. В. Возрастные особенности лечения хронического фронтита / С. В. Сергеев, В. Г. Зенгер // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. №3. С. 53-58.
2. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 432 с.