

ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Азимова Шахзода Алишер кизи

г. Ташкент, Мирабадский р-н, Айбек 50

Ассистент кафедры оториноларингологии Ташкентского
государственного стоматологического института
азимовашах@gmail.com

Аннотация: Инфекции верхних дыхательных путей занимают ведущее место в структуре заболеваемости детского населения. В последние годы сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости детей аденоидитами. В данной статье подробно описаны особенности этиологии, клинической картины, дифференциальной диагностики и лечения данного заболевания. Представлена роль лимфоидных образований в формировании местного иммунитета верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: инфекции верхних дыхательных путей, аденоидит, этиология, диагностика, клиническая картина, лечение, дети.

ВВЕДЕНИЕ

В структуре заболеваемости детского населения ведущее место занимают инфекции верхних дыхательных путей. Наблюдается стойкая тенденция к увеличению заболеваемости детей аденоидитом.

Аденоидит — воспаление глоточной миндалины лимфоглоточного кольца Пирогова–Вальдейера. Различают острый и хронический аденоидит. Острый аденоидит — острое воспаление глоточной миндалины преимущественно инфекционной этиологии, ассоциированное с острым воспалением ротоглотки или слизистой оболочки полости носа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Хронический аденоидит представляет собой полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины [1]. Частота хронических аденоидитов у детей в возрасте до 14 лет достигает 50%.

Иммунологические исследования, проведенные при затяжном и хроническом течении аденоидита, показали, что при этих заболеваниях возникают вторичные иммунодефициты в виде дисглобулинемии, снижения уровня сывороточных иммуноглобулинов А и G, резкого снижения уровня секреторного иммуноглобулина А [2].

Вынужденное дыхание через рот способствует снижению тонуса мышц глотки, аденоидные вегетации делают движение воздушной струи турбулентным, что приводит к вибрации мягкого неба, соответственно, к возникновению храпа и даже синдрома обструктивного апноэ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При пальпации определяются увеличенные безболезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы; при фарингоскопии — стекание слизистого отделяемого по задней стенке глотки из-под мягкого неба. В результате нередко развивается вторичный гранулезный фарингит [3]. При риноскопии могут определяться симптомы вазомоторного ринита с признаками аллергии (отечная, застойно-синюшная или бледная слизистая оболочка полости носа со слизистым или гнойным отделяемым в задних отделах носа). После анемизации слизистой оболочки через просвет хоан можно увидеть «подвижные» аденоидные вегетации [4].

Аденоиды нарушают вентиляционную, дренажную функции слуховой трубы. Понижается давление в барабанной полости, возникает полнокровие сосудов, мукоидное набухание слизистой и образование серозного экссудата. Параллельное тубогенное инфицирование может привести к развитию острого гнойного воспаления в среднем ухе. У детей с аденоидными вегетациями часто наблюдают тубоотиты, экссудативные отиты, острые средний гнойный отиты. Нарушение вентиляционной функции слуховой трубы приводит к ограничению и полному прекращению поступления воздуха через евстахиеву трубу, что при постоянном поглощении кислорода слизистой оболочкой вызывает понижение давления в среднем ухе. Клиническое проявление данного состояния — тугоухость звукопроводящего типа [5].

Диагностика воспалительных заболеваний глоточной миндалины, особенно у детей младшего возраста, часто затруднительна. Выраженный глоточный рефлекс и беспокойное поведение ребенка нередко делают невозможным выполнение задней риноскопии даже у детей старшего возраста. Используемый ранее метод пальцевого исследования носоглотки не дает полную информацию об аденоидных вегетациях, их величине, форме, отношению к стенам носоглотки и хоанам: на введение пальца врачом констрикторы глотки отвечают сокращением, глотка сжимается, ее размеры уменьшаются. Использование рентгенограммы носоглотки нежелательно по причине лучевой нагрузки. Применение эндоскопического исследования

полости носа и носоглотки позволяет детализировать характер и объем аденоидных вегетаций, воспаление в полости носа и носоглотки. Всем детям с патологией глоточной миндалины показано проведение акустической импедансометрии для объективной диагностики функций слуховой трубы.

Дифференциальный диагноз. Важно дифференцировать аденоидные вегетации от юношеской ангиофибромы носоглотки: отличие заключается в плотноэластической консистенции, неровной поверхности, частой кровоточивости. Чаще встречается у мальчиков. Хоанальный полип имеет гладкую поверхность, сероватый цвет, боковое расположение на ножке, исходит из одной хоаны. При гипертрофии задних концов нижних носовых раковин хоаны со стороны полости носа закрыты, при этом свод носоглотки остается свободным.

Лечение. Учитывая важную роль лимфоидной ткани носоглотки в формировании местного иммунитета верхнего отдела верхних дыхательных путей, необходимо расширять показания к консервативным методам лечения и стараться избегать проведения необоснованных хирургических вмешательств. Абсолютным показанием к проведению аденотомии являются:

- синдром обструктивного апноэ сна;
- длительное гноетечение из уха при хронических отитах, не поддающихся консервативному лечению;
- рецидивирующие средние отиты у детей, сопровождающиеся скоплением экссудата в полости среднего уха и развитием кондуктивной тугоухости;
- хронические гнойные синуситы, не поддающиеся консервативному лечению;
- хронический аденоидит, сопровождающийся частыми респираторными инфекциями и не поддающийся консервативному лечению.

При сочетании аденоидов с гипертрофией небных миндалин проводят 2 операции одновременно: сначала тонзиллэктомию, а затем аденотомию [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при отсутствии эффекта от консервативной терапии показано хирургическое лечение. Своевременное и правильно проведенное консервативное лечение позволит устранить симптомы данного заболевания и предотвратит развитие осложнений.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. Хронический аденоидит у детей. Пособие для врачей. Москва. 2019.
2. Karlidag T., Bulut Y., Keles E., Alpay H.C., Seyrek A., Orhan I., Karlidag G.E., Kaygusuz I. Presence of herpesviruses in adenoid tissues of children with adenoid hypertrophy and chronic adenoiditis. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2012 Jan–Feb; 22 (1): 32–37.
3. Овчеренко Л. С., Вертегел А. А., Андриенко Т. Г. и др. Иммунная система слизистых оболочек и ассоциированная лимфоидная ткань: механизмы взаимодействия в норме и при патологии, пути коррекции. *Клиническая иммунология, аллергология, инфектология*. 2018; 4 (15): 25–27.
4. Marseglia G. L., Caimmi D., Pagella F. et al. Adenoids during childhood: the facts. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2011; 24 (Suppl. 4): 1–5.
5. Pintucci J. P., Corno S., Garotta M. Biofilms and infections of the upper respiratory tract. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2010; 14 (8): 683–690.