

АДЕНОИД У ДЕТЕЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ.

Нарбаев З.¹

В структуре патологии глоточной миндалины наиболее часто встречаются ее гипертрофия и хронический аденоидит, в основе которых лежат разные патогенетические механизмы, что требует дифференциального подхода к лечению детей с данными заболеваниями. Высокая распространенность болезней органов дыхания в детском возрасте во многом обусловлено заболеваниями лимфаденоидного кольца глотки. У детей: дошкольного и младшего школьного возраста наиболее часто встречается патология глоточной миндалины, которая составляет около 50% в структуре заболеваний уха, горла и носа. Аденоидные разрастания вызывают разнообразные нарушения как местного; так и, общего характера.

Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца, являются вторичными, периферическими органами» иммунной системы с уникальной структурной организацией и рассматриваются в настоящее время как, региональные центры с иммуно-регуляторными функциями по отношению к контролируемым слизистым оболочкам. Даже в состоянии гипертрофии или хронического воспаления глоточная миндалина сохраняет свою функциональную иммунную активность. В связи с этим полное удаление аденоидов, что является традиционным методом лечения гипертрофия глоточной миндалины, а в ряде случаев и хронического аденоидита, может расцениваться как мощное иммунодепрессивное воздействие на организм ребенка. К негативным последствиям аденотомии относится развитие хронического тонзиллита, хронического гипертрофического фарингита, в ряде случаев рецидива аденоидов. Следует осторожно подходить к аденотомии при респираторных аллергиях, так как операционная травма может явиться неспецифическим пусковым моментом манифестации бронхита. Кроме того, оперативное вмешательство, проводимое обычно без анестезии, может оказывать отрицательное влияние на психо-эмоциональный статус ребенка. Все это диктует необходимость поиска новых щадящих методов лечения патологии глоточной миндалины.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение диагностики и эффективности лечения аденоидов II степени и хронического аденоидита у детей.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Уточнить клиническую характеристику и анамнестические факторы риска гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита.
2. Обосновать и апробировать органо-щадящие методы лечения гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита.
3. Дать оценку эффективности предложенных методов лечения по данным клинико-функционального исследования.

4. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

¹ Кафедра ЛОР болезней Андиганского Государственного медицинского института



Было обследовано 25 ребенка в возрасте от 2 до 7 лет с патологией глоточной миндалины. Обследование и оперативное лечение детей проводилось на базе ЛОР-отделения Андиганской областной детской клинической больницы.

Сбор анамнеза и документирование жалоб.

Осмотр ребенка во всех случаях предварялся беседой с родителями или официальными опекунами ребенка. Уточнялись жалобы и длительность их присутствия, а также, какое лечение и с каким эффектом уже проводилось. Для более точной формулировки и документирования жалоб всем родителям предлагалось заполнить специально разработанную **анкету**. Вопросы анкеты были сформулированы в форме, доступной для понимания человеком без медицинского образования. Первые 8 вопросов касались жалоб, вызванных патологией глоточной миндалины, остальные вопросы были направлены на изучение аллергологического анамнеза.

1. Затруднение носового дыхания - ребенок часто или постоянно держит рот приоткрытым.
2. Частый (более 3-4 раз в год) или длительный (более 2-3 недель) гнойный насморк (отделяемое из носа желтого или зеленого цвета).
3. Гнусавость (ребенок говорит "в нос", даже когда не бывает простужен).
4. Ночной храп, сопение.
5. Задержка дыхания во сне (во время сна при храпе возникают периоды в несколько секунд, когда ребенок перестает дышать).
6. Снижение слуха (ребенок часто переспрашивает, громко слушает музыку и телевизор).
7. Частые отиты (у ребенка часто болят уши; укажите, пожалуйста, как часто или сколько раз были такие состояния).
8. Частые простудные заболевания (укажите, пожалуйста, сколько в среднем раз в год).
9. Насморк в виде прозрачного слизистого отделяемого ("водичка" из носа).
10. Зуд в носу, приступы чихания.
11. Зуд в глазах, слезотечение.
12. Приступы кашля или сипения на выдохе.
13. Наблюдаете ли Вы сезонность жалоб.
14. Для детей больных бронхиальной астмой просим указать частоту использования спазмолитиков.
15. Наблюдались ли у кого-нибудь из родителей или близких родственников ребенка аллергические заболевания.
16. Какой период времени ребенок находился на грудном вскармливании?

Оториноларингологический осмотр ребенка.

Перед началом эндоскопического обследования обращалось внимание на внешний вид ребенка и конституцию, наличие сопения при вдохе и выдохе, приоткрытый рот, сглаженность носогубной складки. Для вступления в доверительные отношения с ребенком проводился краткий разговор, задавалось несколько простых вопросов, при этом обращалось внимание на наличие у обследуемого ринорея. Затем проводилась пальпация лимфатических узлов в подчелюстной области и на шее. Далее проводилось эндоскопическое исследование ЛОР-органов.

Отоскопия. Обращалось внимание на наличие признаков тубоотита (втянутость барабанной перепонки, укорочение светового рефлекса) и секреторного отита (тусклая барабанная перепонка, сглаженность опознавательных пунктов, укорочение светового рефлекса или его отсутствие, наличие уровня жидкости, просвечивающего сквозь барабанную перепонку). Данная патология часто сопутствует гипертрофии глоточной миндалины и хроническому аденоидиту, при ее



выявлении дети дополнительно направлялись на аудиометрическое исследование (до 5-6 лет в игровой форме), импедансометрию, консультацию сурдолога.

Риноскопия. Обычно выявлялись отечные, иногда синюшные передние концы нижних носовых раковин. Наличие в нижних и общих носовых ходах тянущегося из носоглотки слизисто-гнойного отделяемого, указывало на обострение хронического воспаления глоточной миндалины. При необходимости проводилась анемизация слизистой оболочки носовых раковин с помощью смазывания или аппликацией сосудосуживающих лекарственных веществ (раствор адреналина 0,01%, раствор нафтизина 0,05% и др.). В некоторых случаях это давало возможность визуализировать гипертрофированную глоточную миндалину. Также передняя риноскопия позволяла выявить клинические признаки сопутствующих ЛОР-заболеваний: синусит, искривление носовой перегородки, аллергический ринит и других. При необходимости проводилось рентгенологическое исследование околоносовых пазух в прямой проекции.

При затруднениях в выявлении аденоидов с помощью передней риноскопии детям старшего возраста проводилась *задняя риноскопия*. В некоторых случаях аденоиды можно было увидеть через рот, слегка приподняв краешком шпателя мягкое небо. При повышенном рвотном рефлексе или крайнем негативизме ребенка к осмотру, а также в других сомнительных случаях назначалось рентгенографическое исследование носоглотки в боковой проекции. Детям младшего возраста в сомнительных случаях иногда проводилось пальцевое исследование носоглотки.

Фарингоскопия предвлялась осмотром слизистой полости рта, языка, зубов, десен и твердого неба. При этом выявлялись возможные воспалительные заболевания полости рта, наличие кариеса в зубах, шатающихся молочных зубов, что особенно важно, если ребенок готовится к аденотомии. Затем осматривались мягкое небо, небные дужки, небные миндалины, задняя стенка глотки. Выявлялись признаки хронического тонзиллита и гипертрофии небных миндалин, заболеваний, часто сопутствующих патологии глоточной миндалины. При осмотре задней стенки глотки обращалось внимание на ее цвет, влажность, зернистость, наличие спускающихся из носоглотки выделений.

Ларингоскопия проводилась только при наличии у детей жалоб на осиплость голоса, дискомфорт в области гортани и т.п.

Лабораторные исследования. Цитологическое исследование отделяемого из носа. Микробиологическое (бактериологическое) исследование слизи из носоглотки.

Выводы

1. На основании разработанного метода комплексного обследования у детей с патологией глоточной миндалины в 58% случаев выявлены сопутствующие аллергические заболевания, и в 22% случаев обнаружен отягощенный аллергоанамнез, что подтверждает причинно-следственную связь между аллергопатологией детского возраста и заболеваниями лимфоэпителиального глоточного кольца.
2. Разработанный метод комплексной оценки эффективности аденотомии показал положительный результат оперативного лечения детей с патологией глоточной миндалины на фоне сопутствующих аллергических заболеваний.
3. Метод прогнозирования эффективности аденотомии можно считать дополнительным объективным критерием при решении вопроса об оперативном лечении детей с патологией глоточной миндалины на фоне аллергических заболеваний.
4. Операция аденотомии у детей с сопутствующими аллергическими заболеваниями при адекватной технике операции и специальной предоперационной подготовке и послеоперационном ведении не приводит к обострению аллергопатологии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергические болезни у детей /Под ред. М.Я. Студеникина, Т.С. Соколовой.- М.: Медицина, 1986.- 288с.
2. Аллергический ринит у детей / А.А. Баранов, М.Р. Богомильский, Б.С. Каганов и др.- М., 2002.- 80с.
3. Антонив В.Ф. Новый взгляд на гипертрофию глоточной миндалины: аденоиды - аденоидная болезнь /В.Ф. Антонив, В.М. Аксенов, П.А. Рауцкис //Рос. мед. журн.- 2004.- №3.- С. 45-46.
4. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и принципы терапии аллергических заболеваний у детей / И.И. Балаболкин // Педиатрия. - 2003.- №4.- С. 52-57.
5. Балаболкин И. И. Проблемы профилактики аллергических заболеваний у детей / И. И. Балаболкин // Там же.- С.4-7.
6. Богомильский М.Р. Аллергические риниты: проблемы хирургического лечения / М.Р. Богомильский // Консилиум медикум.-2000.-Экстра- выпуск.- С. 11-12.
7. Богомильский М.Р. Антибактериальная терапия при остром тонзиллофарингите у детей / М.Р. Богомильский // Педиатрия.-2001.-№5.-С10-12.ибитиком)

