

Б. Ю. Разаков-Андижанский
государственный медицинский
институт, ассистент кафедры
патологической анатомии

ПЕРЕХОДЯЩИЙ АДЕНОИДИТ У ДЕТЕЙ

Аннотация: Часто данная патология встречается в педиатрической практике в связи со специфическими особенностями носоглоточных микробов, вирулентностью и инвазионностью микроорганизмов. Одной из причин длительных, медленных, рецидивирующих, трудно поддающихся лечению хронических заболеваний является снижение резистентности организма. Подобные изменения возникают, прежде всего, на фоне частого и необоснованного применения системной антибиотикотерапии, в том числе снижения реактивности иммунной системы у часто болеющих детей. Особую роль в возникновении и рецидивировании воспалительных заболеваний носоглотки играют бактериальная флора и герпетические инфекции, а также факторы, вызывающие респираторные заболевания вирусной этиологии.

Ключевые слова: Аденоид, миндалины, фолликул, полость носа, околоносовые пазухи, носоглотка, гортань, среднее ухо, воспаление.

Abstract: This pathology is often encountered in pediatric practice due to the specific characteristics of nasopharyngeal microbes, virulence and invasiveness of microorganisms. One of the reasons for long-term, slow, relapsing, difficult-to-treat chronic diseases is a decrease in the body's resistance. Such changes occur, first of all, against the background of frequent and unjustified use of systemic antibiotic therapy, including a decrease in the reactivity of the immune system in frequently ill children. A special role in the occurrence and recurrence of

inflammatory diseases of the nasopharynx is played by bacterial flora and herpetic infections, as well as factors that cause respiratory diseases of viral etiology.

Key words: Adenoid, tonsils, follicle, nasal cavity, paranasal sinuses, nasopharynx, larynx, middle ear, inflammation.

Введение: Хроническое воспаление лимфоидных структур носоглотки часто встречается в практике амбулаторных и стационарных больных, склонно к рецидивам и осложнениям со стороны среднего уха. При лечении хронического воспаления аденоидов применяется множество методов и средств, но их эффективность пока недостаточна. В большинстве случаев рецидив гипертрофии лимфоидной ткани связан с ее неполным удалением, поскольку оперативное вмешательство по-прежнему часто проводится без визуального контроля; у детей это может быть связано с анатомическими особенностями строения носоглотки и выпадением лимфоидной ткани в полость носа. В то же время наличие аллергического диатеза и репликация вирусов в лимфоидных тканях головного мозга также способствуют развитию заболевания, формированию рубцово-спаечного процесса в носоглотке и трубной зоне, компенсаторной гипертрофии трубные миндалины.

Анализ литературы и методология:

в международной классификации МКБ-10 аденоидит не выделен в отдельную нозологическую группу. Врачи используют следующие коды.

- 100,0 – острый ринофарингит
- 1 31.1- хронический назофарингит
- 1 35,8 – хронические заболевания миндалин и аденоидов
- 1 35,2 - гиперплазия глоточной миндалины, гипертрофия аденоидов

- 1 35,9 — неуточненные хронические заболевания аденоидов и миндалин.

Острый назофарингит характеризуется сезонностью, преимущественно в осенне-зимний и весенний периоды, его этиологической причиной являются различные вирусы, тропные к эпителию верхних дыхательных путей, и часто сопровождается диагнозом острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В России на грипп и ОРВИ приходится 90% всех инфекций [62,79,171]. Часто повторяющиеся ОРВИ провоцируют местный воспалительный процесс в носоглоточных миндалинах, который при частом контакте с респираторными вирусами, вызывающими ОРВИ и грипп, может перейти в хроническое течение. Считается, что гиперплазия, сопровождающая хроническое воспаление глоточных миндалин, связана с незрелостью местного и системного иммунитета у детей [17,29,77]. Наиболее частой причиной реактивных изменений глоточных миндалин являются не только острые респираторные вирусные инфекции, занимающие первое место среди всех заболеваний у детей [105,109,110]. Сравнительная статистика показывает, что в Российской Федерации респираторные вирусные инфекции занимают ведущее место в общем составе всех инфекционных заболеваний от 82% до 85% [153], с тенденцией ежегодного роста заболеваемости [136]. Частые повторные вирусные инфекции нарушают репаративные процессы в слизистой глоточной миндалины вследствие длительного воздействия антигенов, что приводит к усилению инфильтрации лимфоцитов и макрофагов в ткани. Сохранившиеся в лимфоидных тканях вирусы вызывают гипертрофию и хронизацию воспалительного процесса в глоточных миндалинах, а также способствуют изменению реактивности бактериальных агентов, колонизирующих носоглотку, за исключением ОРВИ. Учитывая анатомо-физиологические особенности глоточной миндалины, ее гипертрофия и воспаление

проявляются в соседних органах, вызывая осложнения в околоносовых пазухах и среднем ухе [10,159,178,184]. При наличии вирусной, бактериальной ассоциации бактерии задерживают выход вирусов из организма, а вирусы поддерживают бактериальную инфекцию, которую в современной иммунологии рассматривают как резистентность клеточного противовирусного и гуморального антибактериального иммунитета [61,141]. Немецкие учёные располагают данными о различных воспалительных изменениях в ткани глоточной миндалины, полученными при аденоотомии [1100]. Иммуногистохимическое исследование выявило статистически значимые различия фолликулярных и интраэпителиальных отделов лимфоидной ткани у детей старше 6 лет и незначительные различия между межфолликулярными и субэпителиальными участками у пациентов с гипертрофией глотки и хроническим воспалением [161]. Вирусная инфекция вызывает воспалительную реакцию с клеточной инфильтрацией и выбросом противовоспалительных цитокинов — ТОТ- α (фактор некроза опухоли) и ТГ-Ш (интерлейкин — Ш). Информационная система цитокинов — один из важнейших механизмов взаимодействия на межклеточном уровне, определяющий характер воспаления и запускающий процессы восстановления [10,130]. Помимо вирусов респираторного гриппа и негриппозных вирусов, важную роль в развитии и поддержании воспаления в ткани глоточной миндалины играют также вирусы герпеса, в частности вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ) и герпес простые вирусы типа I и II). Инфицирование нейтрофилов и моноцитов ВЭБ отдельно или в сочетании с аденовирусом способствует изменению функций этих клеток, что приводит к уменьшению циркулирующих фагоцитов и, как следствие, к формированию на фоне гипертрофии глоточных миндалин стойкое, рецидивирующее воспаление [84, 174]. Необходимо учитывать сложность иммунной, нервной и эндокринной систем на уровне клеток, тканей, органов приобретенные под воздействием как генетических, так и

неблагоприятных факторов внешней среды [53,58]. Определены особенности влияния неблагоприятных факторов внешней среды на изменение иммунитета детей. В исследованиях доказано, что у практически здоровых детей, проживающих в условиях умеренного загрязнения окружающей среды, существенно угнетается фагоцитарная активность нейтрофилов, что сопровождается снижением уровня CD8+ клеток и увеличение количества клеток CD25+. При очень высоком уровне загрязнения окружающей среды иммунитет характеризуется выделением иммунокомпетентных клеток с признаками активации (CD25+) и апоптоза (CD95+) на фоне недостатка зрелых Т-лимфоцитов и четкого угнетения интерферона. Развитие частых респираторных заболеваний. Снижение синтеза иммуноглобулина А (IgA) у детей способствует замедлению разрушения этиологически важных возбудителей, что является одной из основ этиопатогенеза формирования хронических инфекций верхних дыхательных путей [52, 53]. В последние десятилетия тенденция роста и частоты возникновения у больных аллергических заболеваний, в том числе носа и околоносовых пазух, связана с загрязнением окружающей среды загрязняющими веществами, развитием сельского хозяйства, курением табака и химическими веществами. Промышленности, бесконтрольное применение населением лекарственных средств, особенно обладающих антимикробной активностью (антибиотиков системного и местного действия, антисептиков) [68,134]. Рост аллергической патологии в детском населении и влияние аллергического ринита на другие заболевания органов дыхания, в частности ОРВИ, инфекции околоносовых пазух, инфекции среднего уха. Ряд исследований посвящен последствиям аллергического ринита. Глоточной миндалины [44,156,183]. Ряд авторов считают аллергический ринит/диатез, является гипертрофия глоточных миндалин. Гистоморфологическое исследование ткани глоточной миндалины выявляет признаки аллергического воспаления: повышенную проницаемость стенок сосудов, васкулит, скопление эозинофилов, макрофагов,

плазматических и тучных клеток [44,156,170,183]. У детей аллергический ринит и хронический аденоидит часто сочетаются, и в этом случае различить симптомы этих двух заболеваний очень сложно. У таких больных возникает порочный круг: носовое дыхание нарушается с гипертрофией аденоидов, в результате вентиляции околоносовых пазух (ОНП) количество слизи увеличивается и закупоривается просвет пазух с отежной слизистой оболочкой; При сохранении оттока из СНП транспортируемый секрет покрывает поверхность глоточной миндалины, что способствует формированию/поддержанию ее воспаления и большей гипертрофии глоточной миндалины, что приводит к снижению регенерации миндалины [16, 26, 39 , 72, 172, 181]. В полости носа и околоносовых пазухах, носоглотке, гортани и среднем ухе [34, 83, 91, 102, 127]. При ГЭР кислый химус забрасывается в различные отделы глотки и вызывает рефлюкс в верхние дыхательные пути (полость носа, околоносовые пазухи, глотку и различные отделы среднего уха) [3, 51, 64, 78, 102, 140, 143]. Считалось, что соляная кислота вызывает денатурацию белков и некроз слизистой оболочки пищевода, однако недавние исследования показали, что наиболее вредное воздействие оказывает рефлюкс соляной кислоты в сочетании с желчными кислотами. Ряд авторов предположили, что клетка предполагает возможность того, что клетки в пределах проникновения желчных кислот с цитотоксическим и мутагенным действием [78]. При этом частота эндоскопически подтвержденного рефлюкс-эзофагита колеблется от 5% до 12% [56]. Из вышеизложенного следует, что существуют разные механизмы воспаления глоточной миндалины, и в настоящее время нет единого мнения о причинах возникновения и развития хронического процесса и гипертрофии глоточной миндалины [105, 160].

Результаты

Клинико-инструментального обследования и родителей по результатам опроса. Жалобы всех 192 пациентов обобщены и представлены в таблице 4.

Таблица 4.

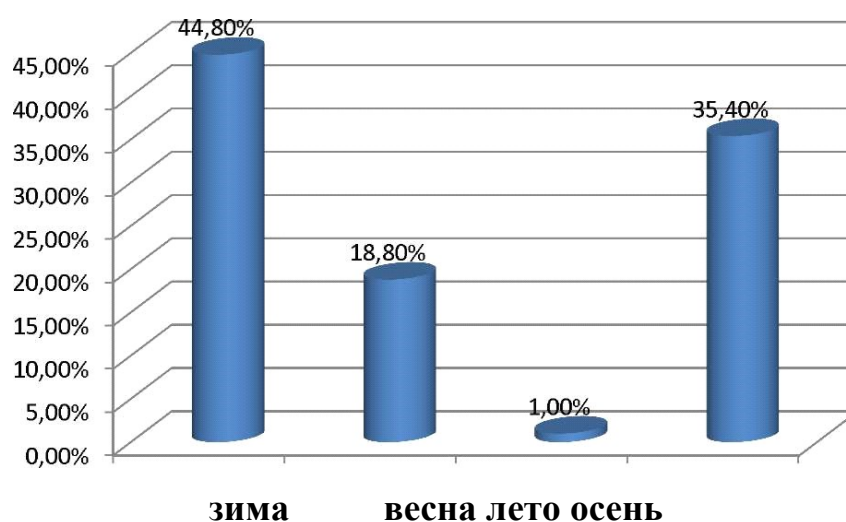
Жалобы	я группирую (n= 11 , 2)	Группа II (n=80)
Трудно дышать через нос.	69 (61,6 %)	50 (62,5 %)
Кашель / кашель	70 (64%)	61(76,25 %)*
Обструктивное апноэ во сне	7(6,3 %)*	-
Потеря слуха	40 (35,7 %)	28(35 %)
Боль в ухе	14 (12,5 %)	14 (17,5 %)

* - $p < 0,05$

При анализе жалоб пациентов установлено, что основной жалобой является затруднение дыхания через нос (61,6 %) снижение на 62,5%).

Жалобы на снижение слуха были примерно одинаковыми в обеих группах больных (35,7 %) со снижением на 35 %, тогда как жалобы на кашель или хрипы чаще встречались у больных II группы (76,25 %). дек 64 %, $p < 0,05$). Беседа с родителями, мы узнали, как протекала беременность матери, наличие курения во время беременности, наличие тяжелого аллергологического анамнеза в семье, связь аденоидита с ОРВИ. При анализе анамнестических данных установлено, что частота курения матери во время беременности в обеих группах пациенток была примерно одинаковой (16,6 %) снижение на 15,6%, незначительное увеличение частоты ОРВИ в год у больных II группы (36,4% декабрь 30,1%). Часто

семейный аллергический анамнез (28,6 %) встречался у 17,2% больных I группы. Ассоциация аденоидита с ОРВИ преобладала (26,6 %), а у больных II группы - 15%. Наблюдается сезонность обращений пациентов (рис.2). Она больше всего осенью-зимой (35,4 % - 44,8 %), несколько меньше весной (18,8 %) и минимальна летом (1 %).



2. Частота встречаемости аденоидита в зависимости от времени года.

Заключение:

На сегодняшний день наиболее распространенными заболеваниями носоглотки являются: аденоидит (острый и хронический), гипертрофия носоглоточных миндалин. Хронический аденоидит (ХрА) – один из первых J ОП располагается при патологии органов и наблюдается у 20-50% детей населения, а в группе часто болеющих детей этот показатель достигает 70%. На сегодняшний день понятие аденоидит считается полиэтиологическим заболеванием слизистой оболочки носоглотки, в основе которого лежит нарушение иммунных процессов глоточной миндалины, что нередко сопровождается ее гиперплазией. Это было в 1,4 раза больше. Таким образом, лечение детей с аденоидитом должно быть комплексным, помимо местных антисептических, а также физиотерапевтических процедур, при клиническом выявлении аденоидита вирусной, вирусно-бактериальной или

бактериальной этиологии следует назначать противовирусные препараты и/или антибактериальные средства. должна включать.

Список литературы

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Руководство для врачей. М.: «Медицина» 2005. С302-307.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Руководство для врачей. М.: «Медицина» 2005. С 517-528.
3. Борзов Е. В. Выявление цитокинового профиля гипертрофированных и хронических аденоидов и местная цитокинотерапия / Е. В. Борзов, Н. Ю. Сотникова, Е. В. Толкачева // Вестник новых медицинских технологий. - 2008. - Т. 15, № 1. - С. 83-85.
4. Будяков В.Б. Комплексное лечение экссудативного среднего отита средней степени тяжести при патологии носа, пазух и носоглотки. // Рос .р инология. -2003.- № 1.-С. 33-35.
5. Бурмистрова Т.В. Этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита: Автореф. дис. сахар Мед . н ук. М 2006; 22.
6. Быкова В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Рос.р инол . 1999. #1.С.5-9.
7. Быкова В.П. Аденоиды и аденоиды и физиология и патология в детском возрасте / В. П Быкова, О.А. Бруевич, О.В. Паюшина// Архив патологии.- 2007.-Т 69, вып.4.- С 50-55.
8. Володин А.В. Изучение локализации и формирования носоглоточной мандалины по результатам эндоскопии полости носа и носоглотки у детей 3 - 5 лет. Рос отринолар 2009;2:50-51.