



УДК: 616. 323–007. 61–08–039. 73–053. 5

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. И. Крюков, А. Ю. Ивойлов, И. И. Архангельская, В. В. Яновский

*ГУЗ Московский научно-практический центр оториноларингологии» ДЗ г. Москвы
(Директор – проф. А. И. Крюков)*

Глоточная миндалина (аденоиды) является составной частью лимфоэпителиального кольца Вальдейера-Пирогова и относится к одному из периферических органов иммунитета, с собственной иммунорегуляторной областью, контролирующей мукозальный иммунитет. На фоне сниженной реактивности организма ребенка, возникающей в результате перенесенных воспалительных заболеваний глотки, детских инфекционных и респираторно-вирусных болезней, аллергоза, эндокринных нарушений, гиповитаминоза, неблагоприятных социально-бытовых условий жизни и т. п. развивается гипертрофия глоточной миндалины. Сохраняя свою функцию, гиперплазированная лимфоидная ткань носоглотки может быть причиной развития патологических изменений, носящих, как местный характер (синуситы, отиты, риниты и т. д.), так и общий (нарушение обмена веществ, замедленный рост ребенка, гипоксия, задержка полового развития, изменение лицевого скелета, энурез и т. д.) [4].

Различают «истинную» и «ложную» гипертрофию глоточной миндалины [1]. «Истинная» гипертрофия обусловлена гиперплазией лимфоидной ткани, возникшей в результате вышеперечисленных факторов. В этом случае ребенку показано хирургическое лечение – аденотомия.

«Ложная» гипертрофия глоточной миндалины характеризуется отеком лимфоидной ткани носоглотки, угнетением мукоцилиарной системы респираторного тракта, активацией условно патогенной флоры, т. е. развитием хронического аденоидита. При этом глоточная миндалина увеличена в размерах и ошибочно принимается оториноларингологами за «истинную» гипертрофию. В связи с чем производится необоснованная аденотомия, тогда как можно сохранить этот иммунокомпетентный орган носоглотки, проведя курс консервативного лечения.

На сегодняшний день существует ряд способов консервативного лечения хронического аденоидита в детском возрасте. Наиболее известным является метод А. В. Проетца (3), модифицированный А. А. Цыглиным и соавт. [5]. Данный метод предусматривает закапывание и последующие промывания полости носа и носоглотки методом перемещения различных лекарственных средств. Причем ребенок должен принимать активное участие в процедуре. Известен также способ лечения аденоидита, предусматривающий использование способа ультразвукового орошения слизистой оболочки носоглотки раствором фурацилина в разведении 1:5000, подогретого до 40° С (2).

Недостатками этих способов являются отсутствие стойкого клинического эффекта, большой объем медикаментозного лечения, возможные аллергические реакции на вводимые препараты, негативное отношение детей к проводимым манипуляциям, наличие противопоказаний для использования ультразвука, отсутствие визуального контроля за введением лекарственного вещества, которое при промывании вместе со слизисто-гнойным отделяемым носоглотки может попасть в слуховые трубы, что, в свою очередь, может привести к развитию острого или экссудативного среднего отита, евстахиита и т. п. При этом не учитывается характер микрофлоры отделяемого носоглотки до и после проведенного курса лечения.

В отделении ЛОР-патологии детского возраста МНПЦО на базе I ЛОР отделения ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского нами разработан и успешно применяется новый способ лечения хронического аденоидита у детей школьного возраста (патент РФ на изобретение №2307686). Сущность способа заключается в следующем: к жесткому риноскопу РнЖ-ВС «ЭНДОСКАМ» 2,7 мм 0° или 30° 180 мм фиксируется резиновый мочевого катетер для новорожденных Д-1,5 мм. Катетер фиксируется таким образом, чтобы округлая часть его на несколько миллиметров была впереди тубуса риноскопа, а сам катетер располагался внизу его. В катетер вводится ка-



нолю, в канюлю – стеклянный шприц объемом 10,0 мл. После поверхностной местной анестезии слизистой оболочки полости носа с обеих сторон Sol. Lidocaini 10%, в положении лежа, ребенку через общий носовой ход одной половины носа вводится тубус риноскопа с фиксированным катетером до носоглотки, через который проводится орошение глоточной миндалины 0,01% раствором мирамистина, разведенным дистиллированной водой в соотношении 1:2, в объеме 10,0 мл смеси. В другую половину носа вводится катетер отсоса, через который одновременно с промыванием производится отсасывание промывной жидкости. Данные риноскопии с помощью видеокамеры фиксируются на мониторе, что не позволяет допустить попадания промывной жидкости в слуховые трубы. Затем, после удаления тубуса риноскопа и катетера отсоса, на глоточную миндалину воздействует расфокусированным когерентным монохроматическим красным светом лазера ($\lambda = 6328 \text{ \AA}$) мощностью 10 Мвт/см^2 с помощью гибкого световода, который попеременно вводится в каждую половину носа до носоглотки на 5 мин. Процедура проводится ежедневно, 1 раз в день, в течение 5–7 дней [2].

Представленный способ лечения рекомендуется проводить детям школьного возраста. Обусловлено это тем, что у детей младшего возраста, в большинстве случаев, возникает негативное отношение к этой процедуре, поэтому проводить ее трудно. Перед проведением процедуры ребенку проводится оториноларингологическое, рентгенологическое, эндоскопическое, бактериологическое (исследуется патологическое отделяемое из носоглотки и выявляется характер ее инфицирования) обследования. При этом, необходимо уделить должное внимание сбору анамнеза заболевания, особо выяснив характер заложенности носа (постоянный или периодический).

Лечение по предлагаемой методике проведено у 47 детей с хроническим аденоидитом в возрасте 7–15 лет. Клиническая эффективность лечения оценивалась по следующим параметрам:

- состояние носового дыхания;
- функциональное состояние слизистой оболочки полости носа;
- количество отделяемого из полости носа и носоглотки;
- частота ОРВИ;
- бактериологическое исследование флоры носоглотки;
- размеры аденоидных вегетаций.

Положительный клинический эффект получен у всех больных: улучшилось носовое дыхание; восстановилось функциональное состояние слизистой оболочки полости носа; прекратилось отделяемое из носа, ранее носящее слизисто-гнойный характер; при повторном бактериологическом исследовании микрофлоры носоглотки отмечалось отсутствие патогенных видов ее; дети стали реже болеть ОРВИ; уменьшилась степень аденоидных вегетаций. При катamnестическом наблюдении через 1, 3 и 6 мес. обострений не отмечалось. Осложнений не было.

Таким образом, применение комбинированного способа лечения хронического аденоидита у детей школьного возраста позволяет полностью восстановить носовое дыхание, получить стойкий лечебный эффект, предотвратить возникновение осложнений и обострений данного заболевания, избежать оперативного вмешательства (аденотомия), травмирующего детскую психику, тем самым сохранить глоточную миндалину, как иммунный орган, а также сократить сроки лечения вышеупомянутой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архангельская И. И. Аденоидные вегетации у детей: клиника, диагностика, лечение / И. И. Архангельская, А. И. Мачулин. // Новые лекарственные препараты – 2007. – вып. 1. – С. 3–9.
2. Пат. 2159136 Российская Федерация, МПК⁷ А 61 N 7/00, А 61 K 31/ 345. Способ лечения аденоидита/ Архандеев А. В., Кофанов Р. В., Теплова С. Н.; заявитель и патента обладатель Челяб. гос. мед. академия – №99120431/14; заявл. 27.09.99;опубл. 20.11.2000, Бюл. №32 (Пч.). – 6 с.
3. Богатищев В. И. О консервативном лечении детей, страдающих синуситами и аденоидами. / В. И. Богатищев // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1983. – №3. – С. 35–38.
4. Богомилский М. Р. Детская оториноларингология. / М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2001. – 432 с.
5. Цыглин А. А. Иммунокоррекция ринитов в сочетании с хроническим аденоидитом / А. А. Цыглин, Л. Ф. Филиппов, Т. М. Коценко. Всерос. симпозиум «Проблемы иммунологии в ЛОР»: Тез. докл. – СПб., 1994. – С. 45.