



УДК: 616.21/.22; 616.28

ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РОНХОПАТИИ

Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук

ON THE ETIOLOGY AND PREVENTION RONHOPATII

L. N. Elizarova, V. I. Grinchuk

ФУВ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва
(Зав. каф. оториноларингологии ФУВ – проф. Н. А. Дайхес)

Многолетнее клиническое наблюдение, включающее анализ анамнестических сведений о состоянии здоровья больных ронхопатией с детства и до момента обращения в клинику, позволило установить тот факт, что заболевание ронхопатией закладывается задолго до того, когда больной становится объектом медицинского внимания как хронически храпящий.

В период от 3–4 до 14–15 лет происходит «сосредоточивание» местных закономерных патологических процессов в проксимальном отделе воздухопроводящего пути в виде хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, последовательно развивающихся в структурах лимфоэпителиального глоточного кольца, в полостях носа глотки и рта, протекающих с объемным увеличением пораженных тканей и органов, формирующих стенки воздухопроводящего пути, что нарушает аэродинамику воздушного потока.

Вышеизложенное представление об этиологии ронхопатии предопределяет характер профилактических мероприятий: радикальную санацию гипертрофического аденоидита – в возрасте 3–5 лет, гипертрофического тонзиллита – в возрасте 8–12 лет, хирургическую коррекцию деформации носовой перегородки – в возрасте 17–19 лет.

Ключевые слова: ронхопатия, этиология, лимфоэпителиальное глоточное кольцо орофарингеальная инфекция, неадекватная микробная инвазия, профилактические мероприятия, патологический храп, обструктивное апноэ.

Библиография: 3 источника.

Many years of clinical follow-up, which includes analysis of anamnestic data on the health status of patients ronhopathey from childhood to the moment of treatment in the clinic, and established the fact that the disease ronhopathey laid long before the patient becomes the object of medical attention for chronic snoring. In the period from 3–4 to 14–15 years is «consolidating interest» of local law-governed pathological processes in the proximal part of the air-conducting paths in the form of chronic infectious and inflammatory diseases, consistently developing the structures limfoepitelialnogo pharyngeal ring in the nose and mouth, pharynx, occurring with volume increase in the affected tissues and organs that form the walls of air-conducting paths, which violates the aerodynamics of the airflow. Foregoing understanding of the etiology ronhopatii determines the nature of preventive measures: a radical reorganization of hypertrophic adenoiditis aged 3–5 years, hypertrophic tonsillitis – at the age of 8–12 years, surgical correction of deformation of the nasal septum – at the age of 17–19 years.

Key words: ronhopatiya, etiology, limfoepitelialnogo pharyngeal ring oropharyngeal infection, inadequate microbial infestation, preventive measures, pathological snoring, obstructive sleep apnea.

Bibliography: 3 sources.

Великий патолог XIX века И. В. Давыдовский писал: «В центре современной медицины должны стоять болезни, т. е. обрисовавшиеся нозологические формы. Будущее медицины заключается не столько в лечении индивидуальных больных, сколько именно в лечении, т. е. в профилактике и ликвидации болезней» [1].

Наш многолетний клинический опыт обследования и лечения хронически храпящих лиц позволяет рассматривать ронхопатию как самостоятельную нозологическую форму заболевания, проявляющуюся сочетанной обструкцией начального отдела дыхательного тракта и хронической дыхательной недостаточностью, приводящей к синдромальным сдвигам в организме компенсированного и декомпенсированного ге-

неза. Таким образом, в данном случае понятие о болезни связано с этиологией.

Комплексное клиническое обследование и многолетнее наблюдение, включающее анализ анамнестических сведений о состоянии качества жизни и о состоянии ЛОР-органов у 80 больных с ронхопатией за период от раннего детства и до момента обращения в клинику (средний возраст обратившихся больных составил $43,8 \pm 1,9$ года), позволили нам выделить в течении ронхопатии три периода:

- начальный;
- собственно период болезни (или полное развитие клинической картины);
- период осложнений.

За основу осложнений ронхопатии мы взяли грубое нарушение дыхания – апноэ. Наши дан-



ные позволяют считать, что сочетание ринхопатии и апноэ усугубляет состояние больного.

Начальный период ринхопатии растянут во времени, в среднем это период от 3–4 до 17–19 лет. Это период медленного и постепенного развития характерных патологических процессов. Локализацией для «сосредоточивания» местных закономерных патологических процессов при ринхопатии является проксимальный отдел воздухопроводящего пути.

У всех обследованных храпунов в возрасте от 3–4 до 14 лет в структурах лимфоэпителиального глоточного кольца развивались хронические инфекционно-воспалительные заболевания, протекающие с частыми и клинически выраженными обострениями. Раньше и прежде всего воспалительный процесс возникал в самом верхнем отделе лимфоэпителиального глоточного кольца – в носоглоточной миндалине. Л. Г. Кузьменко с соавт. (2005) [3] склонность к развитию аденоидита и в последующем склонность детей к частому возникновению ОРЗ объясняют недостаточностью иммунологической защиты. По мере увеличения возраста пациентов в воспалительный процесс вовлекаются небные миндалины, лимфоидные структуры, расположенные на задней, боковой стенках глотки, регионарные шейные лимфоузлы.

У 32% обследованных с ринхопатией в детстве проводились курсы консервативной, в основном гомеопатической терапии аденоидитов, у 21% больных была проведена аденотомия в возрасте от 3 до 5 лет. У 53,6% лиц в возрасте 8–10 лет был поставлен диагноз хронического тонзиллита; у 5% пациентов произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Подавляющее число пациентов указали на неоднократно перенесенные воспалительные заболевания в возрасте до 14 лет: ангины, фарингиты, аденоидиты, риниты, ОРВИ, рецидивирующие бронхиты, 4 из обследованных пациентов не смогли посещать детские сады из-за повторяющихся «простудных заболеваний». Обращает на себя внимание факт, что возникающие ангины в подростковом возрасте протекали клинически тяжело, с высокой температурой, рецидивировали по нескольку раз в год. Почти все обследованные указали, что по мере увеличения возраста частота ангин уменьшалась; в возрасте 14–16 лет ангины прекратились и не повторялись. В то же время пациенты отметили, что в дальнейшем до момента обращения в клинику периодически по нескольку раз в год появлялись болезненность в горле, саднение, чувство дискомфорта на фоне познания, ухудшения общего состояния, субфебрильной температуры, сердцебиения, болезненности в суставах.

Патологический симптом – храпение – у большинства больных появился в возрасте 3–6 лет,

в дальнейшем в возрасте до 14 лет отмечалась флюктуация храпа. Начиная с 15–17 лет храпение у подавляющего числа больных возобновлялось и нарастало как по выраженности (имеется в виде положение тела во сне), так и по интенсивности.

При обследовании храпунов в клинике в возрасте 17–19 лет были обнаружены характерные патоморфологические изменения в полостях верхних дыхательных путей: гипертрофия всех структур лимфоэпителиального глоточного кольца (небной, язычной миндалин, лимфоидных гранул и боковых валиков глотки, аденоидных вегетаций), патологические процессы в полости носа с гипертрофией кавернозной, фиброзной, костной ткани.

Обследование пациентов в возрастных группах, старше 19 лет, объективизировало факт продолжающегося объемного увеличения всех выше указанных органов и тканевых структур, формирующих дыхательный просвет воздухопроводящих путей в его проксимальном отделе. Обращает на себя внимание факт объемного увеличения структур мягкого неба: язычка, небной пластинки, небных дужек, небных миндалин, а также гипертрофии слизистой оболочки стенок глотки, которая имела складчатый, дрябло-провисающий характер. Проведенное клинко-морфологическое исследование увеличенных в объеме структур мягкого неба с использованием операционного материала позволило сделать вывод о том, что объемное увеличение тканей и органов, формирующих просвет воздухопроводящих путей, в последующих возрастных группах обусловлено в значительной мере инфильтрацией жировой клетчатки стенок глотки, языка, язычной и небной миндалин, парафарингеальных пространств [2].

Выше приведенные данные позволяют сделать вывод, что заболевание «ринхопатия» закладывается задолго до того, как больной становится объектом медицинского обследования, а именно в возрасте 3–5 лет.

В детском возрасте в период от 3 до 14 лет в слизистой оболочке глотки, ассоциированной с лимфоидной тканью, последовательно формируются хронические очагово-воспалительные процессы. Пусковым этиологическим фактором является орофарингеальная инфекция, которая неадекватно инвазирует в структуры лимфоэпителиального глоточного кольца. Неадекватность повреждения проявляется хроническим патологическим воспалением, протекающим с объемным увеличением всех структур лимфоэпителиального глоточного кольца. К 14–15 годам в воспалительный процесс с объемным увеличением включаются ткани полости носа (кавернозная, фиброзная, костная), глотки (небные миндалины, мягкое небо с небными дужками,

слизистая стенка глотки, парафарингеальное пространство), полости рта (язычная миндалина, язык). В итоге после 19 лет формируется сочетанная обструкция в начальном отделе дыхательного тракта. Причем воспалительные процессы с объемным увеличением тканей и органов, развивающиеся в начальном периоде ринофарингита, отличаются от банальных воспалительных процессов в дыхательных путях, возникающих как у часто, так и у редко болеющих детей клиническим течением и патоморфологическими изменениями.

Выше изложенное представление об этиологии ринофарингита предопределяет характер профилактических мероприятий:

- своевременную (раннюю) радикальную (хирургическую) санацию очагов хронического воспаления в ЛОР-органах и полости рта: аденотомию в возрасте 3–5 лет, тонзиллэктомию в возрасте 8–12 лет.
- своевременную хирургическую коррекцию врожденной и приобретенной деформации наружного носа, носовой перегородки: подслизистую резекцию перегородки носа в возрасте 17–19 лет.

Выводы

Пусковым этиологическим фактором объемного увеличения тканей и органов, формирующих стенку проксимального отдела воздухопроводящего пути, является неадекватная микробная инвазия в слизистой оболочке глотки, ассоциированная с лимфоидной тканью, при которой последовательно формируются очагово-воспалительные процессы.

Мерой профилактики ринофарингита является своевременная радикальная санация очагов хронического воспаления ЛОР-органов и полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине. – М.: Медгиз, 1962. – 131 с.
2. Елизарова Л. Н. Клинико-морфологическая характеристика мягкого неба у больных с хронической ринофарингитом // Вестн. оторинолар. – 2005. – № 3. – С. 20–24.
3. Иммунокоррекция Тактивиним в комплексном лечении часто болеющих детей: пособие для врачей / Л. Г. Кузьменко [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 48 с.

Елизарова Людмила Николаевна – канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью каф. оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университет им. Н. И. Пирогова. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, тел.: 8-916-382-19-76, e-mail: loriki1@mail.ru

Гринчук Вера Николаевна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, тел.: 8-915-330-93-46, e-mail: loriki1@mail.ru