

И.В. Тихонова<sup>1</sup>, Е.В. Симонова<sup>2</sup>**ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ  
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**<sup>1</sup>АФ–НИИ медицины труда и экологии человека ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Ангарск)<sup>2</sup>МУЗ ГДБ № 1 (Ангарск)

В статье представлены результаты обследования и лечения 120 детей с различными формами аденоидита. Предложена схема консервативного комплексного лечения аденоидита, которое оказывает выраженное благоприятное воздействие на течение данной патологии, что позволяет широко использовать его в поликлинической практике.

**Ключевые слова:** аденоиды, аденоидные вегетации, аденоидит, гипертрофия глоточной миндалины

**EXPERIENCE OF COMPLEX LOCAL TREATMENT OF CHILDREN'S ADENOIDITES  
UNDER AMBULATORIC CONDITIONS**I.V. Tikhonova<sup>1</sup>, E.V. Simonova<sup>2</sup><sup>1</sup>Angarsk branch of Research institute of occupational medicine and human ecology of SE SC ME ESSC  
SB RAMS, Angarsk<sup>2</sup>Children's Clinic № 1, Angarsk

The study results of the examination and the further treatment of 120 children with different adenoiditis forms are presented in this paper. A scheme of a conservative complex adenoiditis treatment which may exert a pronounced favourable effect on the process development of the pathology above and allows to widely use it in the polyclinical praxis has been offered.

**Key words:** adenoids, adenoid vegetations, adenoiditis, pharyngeal tonsil hypertrophy

Ведущее место в патологии детского возраста занимают различные заболевания ЛОР-органов, являющиеся одной из основных проблем оториноларингологии и педиатрии. Следует учесть, что по мере роста и развития ребенка структура ЛОР-патологии несколько меняется. В первые годы жизни преобладающее место среди заболеваний ЛОР-органов занимают патологические изменения глоточной миндалины, которые встречаются у 45–71 % детского населения [4, 6, 11]. По литературным наблюдениям, в последние десятилетия отмечалась тенденция к росту данной патологии: в 1960-е годы гипертрофия глоточной миндалины встречалась у 4–16 % детей, в 1970–1980-е гг. — у 9,9–29,2 % обследуемых, а в 1999 г. процент распространенности увеличился до 37–71 % [7]. Следует отметить, что в 42,8 % случаев аденоидные вегетации сопровождаются воспалительным процессом [10], то есть имеет место острый или хронический аденоидит, что в свою очередь может привести к возникновению, рецидивированию и хронизации заболеваний верхних и нижних дыхательных путей [9].

Формирование данной патологии зависит от ряда причин. Одной из них является недостаточная сформированность и эффективность общего и местного иммунитета. Важную роль в обеспечении нормального функционирования факторов местной защиты играет лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистой оболочкой носа и околоносовых пазух. Слизистая носа является первым защитным барьером для разнообразной инфекции, содержащейся в воздухе. От её состояния зависит частота возникновения воспалительного процесса

и его исход — выздоровление или затяжное хроническое течение. Следует учесть, что частый ринит предрасполагает к последующему воспалению носоглоточной миндалины — аденоидиту.

Другой причиной обсуждаемой патологии является бактериальная обсемененность глоточной миндалины. Известно, что микробный состав носоглотки разнообразен и характеризуется носительством стрептококков, стафилококков и возможным их сочетанием. Микробиологические исследования ткани глоточной миндалины выявили, что в качестве этиологических факторов могут выступать 93 вида аэробных и 56 — анаэробных микроорганизмов [1, 2].

Характеризуя течение аденоидита, следует отметить, что ведущим его симптомом является нарушение носового дыхания в результате разрастания лимфоидной ткани, которое на фоне респираторной вирусной инфекции приводит к частым, вялотекущим насморкам. По объему разрастания аденоидных вегетаций различают 3 степени гипертрофии глоточной миндалины. При I степени лимфоидная ткань перекрывает сошник на 1/3, при II — до 2/3, а при III хоаны закрыты полностью или почти полностью. С гипертрофией глоточной миндалины связан ряд расстройств местного и общего характера.

Начальные признаки данного процесса характеризуются резко или постепенно возникающим затруднением носового дыхания с последующим выделением слизи в большем или меньшем количестве. Довольно быстро появляется закрытая гнусавость. Возникает сухой, непродуктивный

кашель, ребенок храпит во сне, дышит ртом, после сна встает вялым и уставшим. Аденоидные разрастания, закрывая глоточные отверстия евстахиевых труб и нарушая нормальную вентиляцию среднего уха, способствуют развитию инфекции и ведут к воспалительному процессу данного отдела и слуховой трубы, что может вызвать понижение слуха, иногда значительное. При дальнейшем развитии болезни у ребенка происходит нарушение роста лицевого скелета, рот постоянно открыт, нижняя челюсть отвисает, носогубные складки сглаживаются, из углов рта вытекает слюна, что придает лицу ребенка особое выражение, которое называют «аденоидным лицом». Из-за изменения формы верхней челюсти нарушается правильный рост зубов и прикус. Возможна деформация грудной клетки и позвоночника. В результате хронической гипоксии снижается иммунитет, ребенок отстает в физическом и умственном развитии [7].

Во многих лечебных учреждениях врачи рекомендуют хирургическое лечение аденоидов — аденотомию. Следует учесть, что любая операция, даже если она проводится под общим наркозом, является стрессом, который еще более ослабляет организм, часто после операции у ребенка возникают страхи, нарушения сна и другие невротические состояния [5]. Следует также помнить, что полностью удалить аденоиды невозможно в силу анатомических особенностей: аденоидная ткань диффузно расположена в носоглотке и не окружена капсулой. При новой вирусной инфекции из минимальных остатков аденоидные вегетации вновь увеличиваются, что является защитной реакцией организма от инфекции в условиях незрелого иммунитета [3]. Учитывая все вышеизложенные факты, является актуальным совершенствование консервативных методов лечения и профилактики аденоидитов, что и явилось целью настоящего исследования.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе Детской поликлиники № 2, отделения восстановительного лечения МУЗ ГДБ № 1 и поликлинического отделения клиники НИИ МТ и ЭЧ города Ангарска, где ежегодно проходят обследование и лечение дети, страдающие патологией глоточной миндалины, составляющей 64 % от всей детской ЛОР-патологии в городе. В течение года была обследована и пролечена группа детей (120 человек) в возрасте от 2 до 7 лет (средний возраст составил 4 года) с различными формами аденоидита.

Всем больным до и после лечения проводились:

- общая оценка состояния больного;
- осмотр врача-оториноларинголога;
- микробиологическое исследование отделяемого лимфоидной ткани носоглотки.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение аденоидов — это очень трудоемкий и длительный процесс, который включает в себя

не только терапию в период обострения, но и проведение профилактических курсов. В план консервативной терапии аденоидов входит уменьшение явлений воспаления лимфоидной ткани, снижение сенсибилизации и повышение иммунологической реактивности организма.

На момент первого осмотра у детей визуально определялась гиперплазия глоточной миндалины и признаки её воспаления в виде гиперемии и отека, также обильное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое в носоглотке и задних отделах полости носа. Острый аденоидит был выявлен у 72 (60 %) детей, обострение хронического аденоидита — у 48 (40 %) детей. У 11 детей (9 %) выявлены аденоиды 1-й степени, у 79 детей (66 %) — 2-й степени, у 30 детей (25 %) разрастание аденоидной ткани достигло 3-й степени. До начала лечения предъявлялись жалобы на заложенность носа, наличие выделений (из полости носа или по задней стенке глотки), кашель, гнусавость, снижение слуха различной степени выраженности.

Анализ результатов бактериологического обследования позволил установить, что возбудителями аденоидита явились: *Staphylococcus aureus* — у 49 (41 %), *Streptococcus pneumoniae* — у 30 (25 %), *Streptococcus haemophilus* — у 25 (21 %) детей. У 16 (13 %) обследуемых выявлена смешанная флора.

Всем детям проведено комплексное консервативное лечение, которое начинали с элиминационной терапии, способствующей очищению полости носа и носоглотки от патологического содержимого. Для этого использовали солевые растворы или муколитические препараты (при густом и вязком секрете). Нами применялся препарат «Аква Марис», который оказывает антисептическое, секретолитическое и седативное действие на эпителий дыхательных путей, стимулирует местное кровообращение, поддерживает нормальное физиологическое состояние слизистой оболочки глоточной миндалины. Параллельно в качестве составляющей комбинированного лечения был применен назальный спрей «Изофра» из расчета по одному впрыскиванию в каждый носовой ход три раза в сутки. В его состав входит антибиотик аминогликозидного ряда фрамицетин, предназначенный для местного применения в оториноларингологии. Концентрация фрамицетина, достигаемая при местном применении, обеспечивает его бактерицидную активность в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих развитие инфекционных процессов в верхних отделах дыхательных путей [8]. В оториноларингологии аминогликозидные антибиотики применяются редко из-за их потенциальной ототоксичности. Что касается использования препарата «Изофра», мы имеем уникальную возможность использовать весь антимикробный потенциал аминогликозидного антибиотика, направленный против патологических микроорганизмов верхних дыхательных путей, и в то же

время не опасаться его ототоксического действия, так как препарат вводится не системно, а исключительно местно. Низкая системная абсорбция фрамицетина сульфата полностью исключает ототоксическое действие.

В плане лечения также применялся курс лазерной терапии, составляющий 10–12 ежедневных сеансов. Известно, что лазеротерапия обладает мембраностабилизирующим эффектом, оказывает непосредственное положительное влияние на локальные факторы, улучшая процессы санирования и репарирования слизистых оболочек респираторного тракта и аденоидных вегетаций, а за счет иммуномодулирующего воздействия влияет на системный иммунитет, что уменьшает кратность заболеланий и облегчает их течение.

На фоне проведенной комплексной терапии наступало существенное улучшение состояния детей и клинически определяемое улучшение картины носоглотки. Отмечено, что к 5–7-му дню лечения выраженность симптомов снизилась вдвое, к 14-му дню — была небольшой, а к 28-му дню — минимальной. Анализ проведенных исследований выявил, что имеющиеся выделения в носоглотке практически полностью прекращались к 5–7-му дню лечения, а после проведенного курса лечения носовое дыхание было восстановлено у 86 % детей. Большое значение имело изменение степени гипертрофии аденоидных вегетаций. После курса лечения у 79 % детей (62 из 79 человек), имеющих при обращении 2-ю степень, аденоиды сократились до 1-й, у 73 % детей (22 из 30 человек) с первоначальной гипертрофией 3-й степени аденоидные вегетации уменьшились до 2-й степени. Бактериологическое исследование после лечения показало, что только у 7 (6 %) детей состав и титр микрофлоры остались прежние. У остальных пациентов произошла эрадикация бактериальных возбудителей: у 29 (24 %) детей выявлена та же микрофлора, что и до лечения, но со снижением степени обсемененности до условно-патогенных значений, у 84 (70 %) обследуемых патогенной флоры не выявлено. Все вышеперечисленные факты свидетельствуют о выраженном противовоспалительном и saniрующем эффекте использованного комплекса консервативной терапии.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применяемое нами комплексное лечение оказывает выраженное благоприятное воздействие на течение аденоидитов у детей, что говорит о высокой эффективности использованной схемы лечения. Положительный эффект терапии связан с тем, что нанесение антибактериального препарата на слизистую оболочку, очищенную от

патологического секрета, способствует более быстрому воздействию на патологический очаг. Простота и эффективность предложенной нами схемы комплексной терапии позволяет рекомендовать её для широкого использования в поликлинических условиях оториноларингологической практики.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Батчаев А.С. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения хронических аденоидитов / А.С. Батчаев // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2002. — № 1 (29). — С. 43–45.
2. Богомильский М.Р. Детская оториноларингология / М.Р. Богомильский, Т.И. Чистякова. — М.: Медицина, 2005. — С. 98–119.
3. Богомильский М.Р. Диагностическая эндоскопия в ринологии у детей / М.Р. Богомильский, Т.И. Гаращенко // Вестник оториноларингологии. — 1995. — № 3. — С. 10–17.
4. Борзов Е.В. Распространённость патологии лор-органов у детей / Е.В. Борзов // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2002. — № 1 (29). — С. 3–8.
5. Коченов В.И. Криолазеротерапия при хроническом риносинусите и аденоидите у детей / В.И. Коченов // Российская ринология. — 2002. — № 2. — С. 157–158.
6. Пронина Ю.В. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей / Ю.В. Пронина, С.Г. Вахрушев, Г.И. Буренков // Российская ринология. — 2003. — № 3. — С. 56.
7. Пухлик С.М. Новый подход к лечению детей с гипертрофией глоточной миндалины / С.М. Пухлик, Э.Г. Нейверт // Российская ринология. — 2003. — № 2. — С. 37.
8. Рязанцев С.В. Отофа, Изофра и полидекса — новые препараты для лечения отитов и риносинуситов / С.В. Рязанцев // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 1999. — № 2 (18). — С. 115–116.
9. Сенченко Н.А. Лечебная тактика при экссудативных изолированных и сочетанных этмоидитах у детей / Н.А. Сенченко, Н.А. Флигинских // Вестник оториноларингологии. — 1991. — № 5. — С. 8–11.
10. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия синусита / Л.С. Страчунский, Е.И. Каманин, А.А. Тарасов // Клиническая микробиология. Антимикробная химиотерапия. — 1999. — Т. 1, № 1. — С. 83–88.
11. Тарасова Г.Д. Клинико-лабораторные показания к аденотомии / Г.Д. Тарасова, М.А. Мокроносова // Российская ринология. — 1999. — № 1. — С. 92.