



ЛИТЕРАТУРА

1. Елизарова Л. Н. Наш опыт хирургического лечения храпа // Вестн. оторинолар. – Прил. – 2002. – С. 287–288.
2. Елизарова Л. Н. Клинико-лабораторные аспекты в хирургическом лечении хронической ринхопатии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 30 с.
3. Елизарова Л. Н. Клинико-морфологическая характеристика мягкого неба у больных с хронической ринхопатией // Вест. оторинолар. – 2005. – № 3. – С. 20–24.
4. Николаева И. В. Ринхопатия (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 26 с.
5. Старкова Л. Н. Хирургическое лечение храпа в анатомо-клиническом освещении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 26 с.
6. Шевцов В. М. Гиперплазия мягкого неба (клиника, гистофизиология и лечение): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Владивосток, 1972. – 34 с.

Елизарова Людмила Николаевна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии ФУВ Российского национального исследовательского медицинского университета 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 ФУВ РНИМУ им. Н. И. Пирогова. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6; тел.: 8-915-330-93-46, e-mail: loriki1@mail.ru

Ракша Александр Петрович – докт. мед. наук, профессор каф. патологической анатомии лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, зав. патологоанатомическим отделением ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова. 117049, Ленинский пр., д. 8/17, тел.: 8-916-976-84-01, e-mail: rakcha.doc@yandex.ru

УДК 616. 323-007. 61-08-053

ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЪЕМНОГО ПРОМЫВАНИЯ НОСА И НОСОГЛОТКИ В ДЕТСКИХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Н. В. Еремина¹, Н. Ю. Леншина²

EXPERIENCE DETECTION OF CHRONIC ADENOIDITIS AND SURROUND ABSTERSION EFFICIENCY OF THE NOSE AND OF THE NASOPHARYNX IN CHILDREN'S ORGANIZATIONAL COLLECTIVES

N. V. Eryomina, N. Y. Len'shina

¹ ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Россия (Ректор – лауреат Государственной премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ, засл. деят. науки РФ, академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)

² ГБУЗ «Самарская городская поликлиника № 9», Самара, Россия (Главный врач – Т. Н. Кукушкин)

В детском саду проведено скрининг-выявление хронического аденоидита у 70 детей методом анкетирования их родителей. Симптомы хронического аденоидита выявлены в 62,86% наблюдений. 15 детям с симптомами хронического аденоидита после ЛОР-осмотра по согласованию с родителями проведено объемное промывание носа и носоглотки по разработанной схеме, которая оказалась эффективной в 80% наблюдений. В 20% случаев потребовалась коррекция лечения в условиях поликлиники.

Ключевые слова: детские коллективы, хронический аденоидит, объемное промывание носа и носоглотки.

Библиография: 9 источников.

In the kindergarten a screening identification of chronic adenoiditis was conducted on 70 children by surveying their parents. Symptoms of chronic adenoiditis were identified in 62,86% of observations. After otorhinolaryngology inspection, by agreement with parents, 15 children with symptoms of chronic adenoiditis was held volume washing out the nose and of the nasopharynx using developed scheme. It appeared to be effective in 80,0% of the observations, in 20,0% was needed correction of the treatment in the clinic.

Key words: children collectives, chronic adenoiditis, volume irrigation of the nose and of the nasopharynx.

Bibliography: 9 sources.



У детей дошкольного возраста наиболее частой патологией является увеличение (гипертрофия) глоточной миндалины, или аденоиды [1, 3, 4, 7, 9], которые по данным российских исследований выявляются у 50% детей [7]. Увеличение глоточной миндалины 2-й и 3-й степени, как правило, трудности в диагностике не представляет. Наиболее сложно установить симптомы хронического воспаления глоточной миндалины при ее небольших размерах [6, 9]. Часто возникает необходимость дифференциальной диагностики хронического аденоидита и патологии околоносовых пазух, сопутствующих друг другу у 40% больных [3–6].

Хронический аденоидит может быть обусловлен бактериальной и вирусной инфекциями, физической и химической травмами, аллергической реакцией [3–5, 8]. Рецидивы острых респираторных инфекций являются наиболее частым пусковым моментом формирования хронического процесса носоглотки в детском возрасте [2, 6, 8]. Небольшая и непостоянная заложенность носа, периодический храп во время сна, покашливание по утрам, периодическая гнусавость у детей воспринимаются их родителями зачастую как вариант «нормы» либо как незначительное «нездоровье», не требующее лечения. При большей выраженности эти симптомы трактуются как проявление простуды или ОРВИ, и в лучшем случае родители ребенка обращаются к педиатру, не проводящему осмотра носа и носоглотки. Очень редко такие пациенты сразу попадают к оториноларингологу. Чаше хронический аденоидит диагностируется при значительном увеличении глоточной миндалины – 3-й степени, что и определяет назначение хирургического лечения. Поэтому раннее выявление и своевременное лечение хронической патологии глоточной миндалины являются актуальными и своевременными задачами.

Цель исследования. Разработка скрининг-выявления хронического аденоидита и оценка эффективности метода объемного промывания носа и носоглотки у детей дошкольного возраста в организованных коллективах на примере детских садов г. Самары.

Пациенты и методы. Для выявления симптомов хронического аденоидита у детей двух групп – средней и старшей – типового детского сада на первом этапе исследования была разработана и предложена анкета для родителей детей. Она включала вопросы о частоте простудных заболеваний, появления затрудненного дыхания, выделений из носа, гнусавости, храпа во время сна. Выраженность каждого симптома в анкете оценивалась по балльной шкале: 0 – симптом отсутствовал, 1 – проявлялся редко (иногда), 2 – часто, 3 – всегда (постоянно), 4 – только во время простудных заболеваний. Принявшие

участие в заполнение анкеты родители 70 детей: 36 (51,43%) мальчиков и 34 (48,57%) девочек дали информированное добровольное согласие на сбор, хранение, обработку, передачу обезличенных персональных данных своего ребенка, результатов обследования и лечения для последующей статистической обработки и проверки при условии соблюдения конфиденциальности и их целевого использования. Возраст обследованных детей колебался от 4,0 до 6,5 года, составив $5,30 \pm 0,61$ года: мальчиков – $5,47 \pm 0,53$ года, девочек – $5,11 \pm 0,64$ года. Все дети, состояние которых оценено методом анкетирования, считались родителями во время обследования «здоровыми».

Вторым этапом был проведен осмотр ЛОР-органов и проработана индивидуальная карта ребенка. После осмотра, исключив острую патологию носа и околоносовых пазух и установив диагноз хронический аденоидит, 15 детям одной из групп детского сада, по согласованию с родителями, был проведен курс объемного промывания носа и носоглотки раствором, специально приготовленным из очищенной смеси, которая содержала морскую соль, гидрокарбоната натрия, сухие экстракты *roza cinnamomea* и *glycyrriza glabra*, в разведение 1 г порошка на 120 мл кипяченой воды. Процедуры проводились по разработанной схеме 1 раз в день в течение месяца после специального обучения родителей и их детей. Дети сами выполняли указанные процедуры под контролем врача-оториноларинголога с последующим осмотром ЛОР-органов.

Результаты, обсуждение. По данным проведенного анкетирования родителей детей дошкольного организованного коллектива частота респираторных заболеваний до 1–2 раз в год выявлена из 70 детей у 12 человек – 17,14%, до 3–4 раз в год у 31 ребенка – 44,29%, до 5–10 раз в год у 27 детей – 38,57%. Среди симптомов, отмеченных родителями (табл. 1), наиболее часто выявлялось периодическое затруднение носового дыхания у 65 человек, что составило 92,86%; из них редко – у 35 детей – 50,0%, часто – у 32 человек – 45,71%. Периодическая гнусавость беспокоила 44 ребенка – 62,86%. Ночной и (или) утренний кашель без видимой причины отмечался у 46 детей – 65,71%. Повышенная утомляемость и сонливость – у 38 детей – 54,29%. Беспричинная головная боль выявлена у 34 человек – 48,57%. Такие симптомы, как выделения из носа, ночной и (или) утренний кашель, которые редко беспокоят детей, в совокупности могут косвенно указывать на наличие ранних симптомов хронического аденоидита и возможное увеличение глоточной миндалины не больше первой степени. Сочетание следующих симптомов: затруднение носового дыхания, гнусавость, беспричинная утомляемость и сонливость – может указывать на гипоксию головного



Таблица 1

Симптомы патологии носа и носоглотки у детей дошкольного организованного коллектива до лечения (n; %)

Симптом	Выраженность симптома					Всего	
	0	1	2	3	4	Выявлено симптомов	Осмотрено детей
Затруднение носового дыхания	5; 7,14	35; 50,00	32; 45,71	1; 1,43	0; 0	65; 92,86	70; 100,00
Выделения из носа	6; 8,57	39; 55,71	24; 34,29	1; 1,43	0; 0	64; 91,43	70; 100,00
Гнусавость	26; 37,14	35; 50,00	9; 12,86	0; 0	0; 0	44; 62,86	70; 100,00
Храп во время сна	26; 37,14	13; 18,57	8; 11,43	0; 0	23; 32,86	44; 62,86	70; 100,00
Сон с открытым ртом	17; 24,28	14; 20,00	9; 12,86	0; 0	30; 42,86	53; 75,71	70; 100,00
Ночной и (или) утренний кашель	24; 34,29	39; 55,71	6; 8,57	1; 1,43	0; 0	46; 65,71	70; 100,00
Беспричинное повышение температуры тела до 37 °С	47; 67,14	21; 30,00	2; 2,86	0; 0	0; 0	23; 32,86	70; 100,00
Беспричинная утомляемость, сонливость	32; 45,71	35; 50,00	3; 4,29	0; 0	0; 0	38; 54,29	70; 100,00
Беспричинная головная боль	37; 52,86	30; 42,86	3; 4,29	1; 1,43	0; 0	34; 48,57	70; 100,00

мозга за счет нарушения носового дыхания и возможного увеличения глоточной миндалины больше 1-й степени. Ответы респондентов в 50,0% случаях указывали на симптомы хронического аденоидита, что обосновывало необходимость углубленного осмотра детей и при диагностировании заболевания – проведение соответствующего лечения. В условиях детского сада всем детям с симптомами хронического аденоидита было предложено объемное промывание носа и носоглотки. Согласие дали родители 15 детей.

После проведенных процедур (табл. 2) носовое дыхание улучшилось у 14 человек (93,3%), из них 6 детей (40,0%) жалоб на затруднение носового дыхания не предъявляли, у 8 человек (53,34%) сохранялась незначительная заложенность носа.

Выделения из носа (табл. 3) прекратились у 7 человек (46,67%), редко беспокоили 5 детей (33,33%), сохранялись (часто) у 3 детей (20,0%).

Храп во время сна (табл. 4) прекратился у 10 детей (66,67%), редко сохранялся у 4 человек (26,67%), часто – у 1 ребенка (6,66%).

Симптом «открытый рот во время сна ребенка» стал отмечаться редко у 5 человек (33,33%), сохранялся у 2 детей (13,33%), у 8 человек (53,34%) открывание рта во время сна прекратилось.

Ночной и (или) утренний кашель (табл. 5) перестал беспокоить 10 человек (66,67%), редко проявлялся у 2 детей (13,33%), часто – у 3 человек (20,0%).

Такие симптомы, как беспричинное повышение температуры тела до 37,0 °С, беспричинная утомляемость, сонливость, беспричинная голов-

Таблица 2
Симптом «затруднение носового дыхания» до и после лечения (n; %)

Выраженность симптома	До объемного промывания носа и носоглотки	Через месяц после объемного промывания носа и носоглотки
0	0; 0	6; 40,00
1	7; 46,47	8; 53,34
2	8; 53,33	1; 6,66

Таблица 3
Симптом «выделения из носа» до и после лечения (n; %)

Выраженность симптома	До объемного промывания носа и носоглотки	Через месяц после объемного промывания носа и носоглотки
0	0; 0	7; 46,67
1	9; 60,00	5; 33,33
2	6; 40,00	3; 20,00



Таблица 4

Симптом «храп во время сна» до и после лечения
(n; %)

Выраженность симптома	До объемного промывания носа и носоглотки	Через месяц после объемного промывания носа и носоглотки
0	4; 26,67	10; 66,67
1	3; 20,00	4; 26,67
2	2; 13,33	1; 6,66
3	0; 0	0; 0
4	6; 40,00	0; 0

Таблица 5

Симптом «ночной и (или) утренний кашель» до и после лечения (n; %)

Выраженность симптома	До объемного промывания носа и носоглотки	Через месяц после объемного промывания носа и носоглотки
0	5; 33,33	10; 66,67
1	9; 60,00	2; 13,33
2	0; 0	3; 20,00
3	1; 6,67	0; 0

ная боль, которые могли быть вызваны хронической интоксикацией организма и периодически отмечались у 6 человек (40,0%) до промывания полости носа и носоглотки, после курса процедур исчезли.

Большинство родителей отметило улучшение состояния своих детей. Наиболее стойкими оказались такие симптомы, как гнусавость, сон с открытым ртом, ночной и (или) утренний кашель, что потребовало коррекции в лечении.

Выводы

Разработанная анкета-опросник для родителей может служить методом скрининга хронического аденоидита и облегчить выявление симптомов заболевания при массовых осмотрах детей в дошкольных организованных коллективах.

Объемное промывание носа и носоглотки, выполненное у 15 детей с выявленным хроническим аденоидитом, в 80,0% наблюдений – 12 человек – оказало положительное действие в отношении основных клинических симптомов, что было подтверждено осмотром ЛОР-органов. В 20% наблюдений потребовалась коррекция лечения в условиях поликлиники.

Предложенный алгоритм работы оказался эффективным, что обосновывает целесообразность проведения у детей профилактики заболеваний носа и носоглотки в дошкольных организованных коллективах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М. П., Гаращенко Т. И., Шишмарева Е. В. Элиминационная терапия в лечении аденоидита у детей с острым синуситом // Вестн. оторинолар. – 2004. – № 4. – С. 46–48.
2. Гончарова О. В. Программы профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // Педиатрия. – 2010. – № 1. – С. 59–63.
3. Карпова Е. П., Вагина Е. Е. Ирригационная терапия в педиатрической ринологии // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 5. – С. 115–119.
4. Козлов В. С., Карпов В. А. Роль местной терапии в лечении хронического аденоидита // Рус. мед. журн. – 2002. – № 20. – С. 910–914.
5. Козлова С. Н., Коробкина А. Г. Аденоиды как проблема хронической Эпштейн–Барр-вирусной и цитомегаловирусной инфекций и состояние мукозального иммунитета в системе «Мать–дитя» // Рос. оторинолар. – Прил. № 2. – 2008. – С. 59–63.
6. Консервативный подход к лечению хронических аденоидитов у детей / Р. О. Соколов [и др.] // Там же. – С. 116–119.
7. Кунельская В. Я., Мачулин А. И. Роль распространенности микобиоты у детей с хроническим воспалением глоточной миндалины // Там же. – С. 80–86.
8. Радциг Е. Ю., Шкляр Д. В. Острые респираторные вирусные инфекции в практике врача-педиатра: ЛОР-осложнения и методы лечения // Педиатрия. – 2011. – № 4. – С. 19–24.
9. Усень Л. И., Карпова Е. П. Антибактериальная терапия при острых синуситах у детей // Там же. – 2010. – № 3. – С. 46–48.

Еремина Наталья Викторовна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатов Самарского ГМУ. 443099, г. Самара, Чапаевская ул., д. 89; тел.: +7-963-116-33-44; e-mail: erjominalor@mail.ru

Леньшина Надежда Юрьевна – врач-оториноларинголог городской поликлиники № 9. 443056, г. Самара, Революционная ул., д. 89; тел.: +7-927-714-77-22, e-mail: Lenshinanu@mail.ru