

Особенности хронических аденоидитов у детей с атопией

М.Р.Богомильский, Н.А.Круговская

Российский государственный медицинский университет,
кафедра оториноларингологии педиатрического факультета, Москва
(зав. кафедрой – чл.-кор. РАМН, проф. М.Р.Богомильский)

В статье представлены особенности течения хронического аденоидита у детей с атопией. Были обследованы 207 детей с аденоидными вегетациями, из них 109 детей страдали различными атопическими заболеваниями и 98 детей были без признаков атопии. У детей с атопией преобладала гипертрофия глоточной миндалины II–III степени. В результате обследования выявлены характерные эндоскопические признаки и формы аллергических аденоидитов. Показано, что сенсibilизация организма влияет на развитие и течение аденоидитов у детей.

Ключевые слова: аденоидит, атопия, эндоскопия носоглотки

Features of chronic adenoiditis in children with atopy

M.R.Bogomilskiy, N.L.Krugovskaya

Russian State Medical University, Department of Otorhinolaryngology of Pediatric Faculty, Moscow
(Head of the Department – Corresponding Member of RAMS, Prof. M.R.Bogomilskiy)

In this article are produced features of chronic adenoiditis course in children with atopy. 207 children with adenoiditis vegetation were examined, 109 of them suffered from different atopic diseases and 98 of them were without any features of atopy. In children with atopy there was prevalence of hypertrophy of pharyngeal tonsil of the II–III degree. As a result of the examination there were found typical endoscopic features and forms of allergic adenoiditis. Our examinations show that sensibilization of the constitution influences on the development and course of children adenoiditis.

Key words: adenoiditis, atopy, nasopharynx endoscopy

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последние десятилетия привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей. Считается установленным, что явления аллергии чаще всего возникают в детском возрасте. По данным мировой статистики, к 14 годам жизни у 10–15% детей имеются различные признаки атопии, а самым распространенным в общей структуре аллергических заболеваний у детей является аллергический ринит. Научный прогноз свидетельствует о дальнейшем росте числа аллергических заболеваний [1, 2].

Среди множества факторов, ответственных за высокую заболеваемость аллергическими болезнями, значительное место занимают перевод детей в раннем возрасте на искусственное вскармливание, пищевые добавки и красители, возрастающая потребность в лекарствах, непрерывно ухудшающаяся экологическая среда и др. Вместе с тем самой распространенной патологией ЛОР-органов в детском возрасте являются заболевания лимфаденоидного кольца глот-

ки, гипертрофия и воспалительные заболевания, которые составляют от 30 до 56,7%. Среди этой группы ведущая роль принадлежит аденоидным вегетациям [3–6].

По данным M.Modrzynski et al. (2002, 2003), наличие у ребенка аллергического ринита – это важный фактор риска для развития гипертрофии глоточной миндалины, кроме того, ранняя диагностика может предотвратить ее развитие.

По мнению ряда авторов, признаки аллергических изменений в аденоидных вегетациях имеют двоякое толкование. Одни считают, что гипертрофия носоглоточной миндалины является следствием сенсibilизации организма ребенка [5], другие – что носоглоточная миндалина сама служит очагом инфекции, способствующим общей сенсibilизации организма [7]. А.Г.Лихачев (1969) указывает, что инфекционно-аллергическое состояние носоглоточной миндалины следует трактовать как аллергический аденоидит.

Глоточная миндалина (ГМ) локализуется в критической зоне: на пересечении дыхательных и пищеварительных путей, где регистрируется наиболее интенсивное антигенное воздействие как инфекционное, так и неинфекционное. При значительном увеличении ГМ нарушается нормальное носовое дыхание, вследствие чего нарушается мукоцилиарный транспорт и возникает застой слизи в полости носа. Чужеродные частицы, аллергены, вирусы, бактерии, химические вещества, проникающие в полость носа с потоком вдыхаемого воздуха, прилипают к слизи. Фиксирующиеся

Для корреспонденции:

Круговская Наталья Львовна, аспирант кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1

Телефон: (495) 959-8894

E-mail: krugovskayanl@rambler.ru

Статья поступила 17.01.2008 г., принята к печати 19.11.2008 г.

в полости носа и носоглотки аллергены становятся триггерами аллергического воспаления; размножение вирусов, рост бактериальных колоний приводит к возникновению инфекционного воспаления, вследствие чего клинические различия между этими двумя формами патологии могут стираться [8, 9].

Оториноларингологу важно своевременно распознать суть патологического процесса в верхних дыхательных путях, т.к. от своевременного и правильно установленного диагноза зависит назначение этиологически и патогенетически обоснованного лечения.

Лечение хронических аденоидитов включает разнообразный круг мероприятий, а для детей, страдающих гипертрофией носоглоточной миндалины или хроническим аденоидитом, в частности, осложненных аллергией, необходима особая схема лечения, учитывающая общий атопический фон организма. Широта распространенности аллергических заболеваний и аденоидных вегетаций в детском возрасте определила актуальность изучения этих вопросов.

Пациенты и методы

Нами были обследованы 207 детей (72 школьника, остальные 135 – дети дошкольного возраста) с аденоидными вегетациями в возрасте от 2 до 14 лет. Из них – 112 мальчиков и 95 девочек.

Первую группу (основную) составили 109 детей, страдающих различными атопическими заболеваниями; вторую группу (сравнения) – 98 практически здоровых детей без признаков атопии. Основная группа и группа сравнения были рандомизированы по возрасту и полу.

Всем детям для выявления сенсibilизации организма проводилась специфическая аллергологическая диагностика: аллергологический анамнез, постановка кожных скарификационных проб для выявления причинно-значимых аллергенов, цитология носового секрета (определение эозинофилов), исследование общего уровня иммуноглобулинов и уровня специфического иммуноглобулина Е (IgE) в сыворотке крови, исследование периферической крови (определение эозинофилов).

Всем детям проводилось эндоскопическое исследование носоглотки, которое выполнялось жесткими эндоскопами фирмы «Karl Storz» (Германия) с углом зрения 0° и 30° или гибким эндоскопом фирмы «Olympus» (Германия) с диаметром оптической трубки 1,7 или 1,9 мм (в зависимости от возраста детей).

Результаты исследования и их обсуждение

На основании анамнеза и комплексного аллергологического обследования детей основной группы среди атопических заболеваний изолированный аллергический ринит и аденоидит наблюдался у 65 (60%) детей, у 33 (30%) детей отмечалась бронхиальная астма и у 11 (10%) – явления атопического дерматита. Длительность аллергических заболеваний составляла от 1 года до 5 лет. В группе сравнения наследственная отягощенность по атопии выявлена у 13 (13,2%) детей, пищевая аллергия – у 7 (7,1%) и медикаментозная – у 5 (5,1%) детей.

Основными жалобами как в основной, так и в контрольной группах являлись заложенность носа, которая присутствовала практически у всех детей – 205 (99%), длительный кашель и покашливание – в 145 (70%) случаях, выделения из носа отмечались у 124 (60%) детей, храп – у 47 (23%), гнусавость определялась у 25 (12%) детей. Жалобы на снижение слуха присутствовали у 65 (31,4%) детей. Отоскопически при этом, как правило, отмечалась втянутость барабанных перепонок, иногда с признаками наличия транссудата в барабанной полости. Изменения со стороны слуха в основной группе носили чаще «флюктуирующий» характер, что обусловлено не столько механическим закрытием слуховой трубы, как в группе сравнения, сколько отеком реакцией со стороны лимфоидной ткани носоглотки.

Эндоскопическое исследование носоглотки в настоящее время является основным методом диагностики, позволяющим оценить характер и степень гипертрофии аденоидных вегетаций, а также заподозрить аллергическую этиологию заболевания. Исследования показали, что у детей основной группы размеры лимфоидной ткани в носоглотке часто не связаны с истинной гипертрофией, а являются лабильными, изменчивыми, предположительно связанными с аллергическими изменениями.

Эндоскопическими признаками аллергического аденоидита, по нашим наблюдениям, следует считать: бледно-розовый цвет лимфоидной ткани, выраженную отечность, сглаженные борозды и обильный секрет слизистого характера. У детей в группе сравнения гипертрофия носоглоточной миндалины носила стойкий характер, отделяемое на поверхности ГМ преимущественно носило слизисто-гнойный характер.

Среди 109 больных у 91 (83,5%) ребенка основной группы выявлены аденоидные вегетации. Свободная носоглотка отмечена у 18 (16,5%) детей, причем половине из них производилась аденотомия в анамнезе. Аденоиды I степени выявлены у 11 (12%) пациентов, II степени – у 32 (35%), III степени – у 48 (53%) .

В группе сравнения аденоидные вегетации выявлены у 73 (74,5%) детей. Свободная носоглотка отмечена у 25 (25,5%), аденотомия в анамнезе проводилась лишь 3 детям из этой группы. Аденоиды I степени выявлены у 28 (38,3%) пациентов, II степени – у 31 (42,5%), III степени – у 14 (19,2%).

При сопоставлении частоты гипертрофии ГМ у детей основной группы с группой сравнения было выявлено, что у детей с атопией преобладала гипертрофия ГМ II–III степени. Рефлюкс носоглоточного секрета в глоточное устье слуховой трубы отмечался у 28 (25,7%) больных в основной группе и у 13 (12,7%) – в группе сравнения.

Для систематизации полученных данных эндоскопических исследований мы использовали свою рабочую классификацию аллергических аденоидитов, основанную на общепринятых классификациях Б.С.Преображенского (1954) и А.Г.Лихачева (1963). В зависимости от изменения функционального состояния ГМ выделили следующие формы аллергических аденоидитов:

- Компенсированная форма – аллергический процесс в пределах глоточной миндалины с незначительными мест-

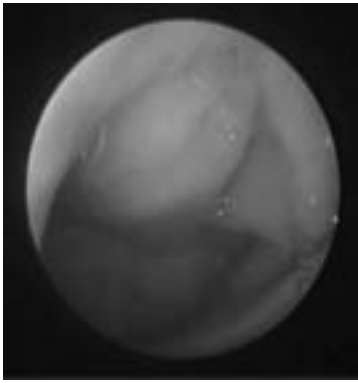


Рис. 1. Компенсированная форма аллергического аденоидита.

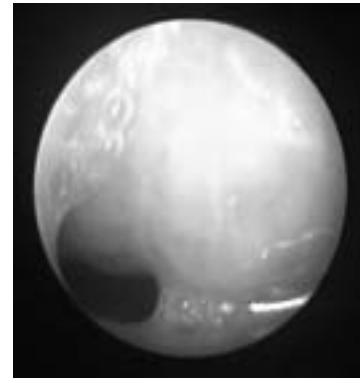


Рис. 3. Декомпенсированная форма аллергического аденоидита.

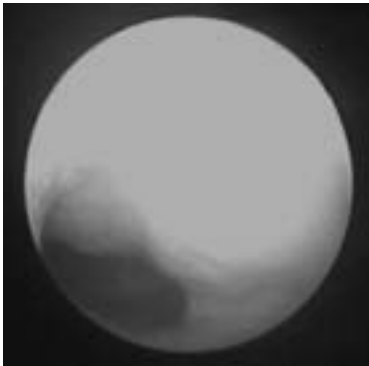


Рис. 2. Субкомпенсированная форма аллергического аденоидита.

ными клиническими проявлениями без выраженных общих нарушений. При этом имеют место аденоидные вегетации I–II степени (рис. 1).

• Субкомпенсированная форма – помимо местных клинических проявлений имеются жалобы на затрудненное носовое дыхание, слизистые выделения, затяжной кашель, храп. Аденоидные вегетации, как правило, II степени (рис. 2).

• Декомпенсированная форма – выраженные местные симптомы в сочетании с тубарной дисфункцией (туботиты, экссудативные отиты, кондуктивная тугоухость и т.д.). Длительный или часто рецидивирующий характер заболевания, аденоидные вегетации, как правило, II–III степени (рис. 3).

В соответствии с установленной формой аллергического аденоидита мы проводили лечение, включавшее в себя как консервативные и хирургические методы, так и их сочетание. Следует отметить, что в 15% случаев рационально подобранная консервативная терапия позволила полностью купировать основные симптомы заболевания и избежать аденотомии. Наши наблюдения за детьми, страдающими различными формами атопии и аденоидитов, показывают,

что сенсибилизация организма влияет на развитие и течение аденоидитов, что требует более тщательной диагностики и взвешенной лечебной тактики.

Литература

1. Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Ксензова Л.Д. и др. Аллергические риниты у детей: клиника, диагностика, лечение. Методические рекомендации (№3) Комитета здравоохранения Правительства Москвы. – М., 2000. – 14 с.
2. Ревякина В.А. Бронхиальная астма у детей: причины возникновения // Дет. докт. – 1999. – №1. – С.24–25.
3. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Аденоиды. – В кн.: Детская оториноларингология. – Т.2. – М., 2005. – С.296.
4. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // Новости оториноларингол. и логопатол. – 2002. – №1 (29). – С.3–8.
5. Гербер В.Х., Демченко Н.П., Ижбякова Е.М. Состояние ЛОР-органов и иммунитета у часто болеющих детей // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1991. – №3. – С.18–21.
6. Ковалева Л.М., Мальцева Г.С., Попов Е.Л. Влияние санации ЛОР-органов на заболеваемость ОРВИ у детей. Сборник трудов ВНИИ гриппа. – СПб., 1991. – С.137–140.
7. Лихачев А.Г. БМЭ. – Т.1. – М., 1956. – С.215–229.
8. Матвеева А.Ю., Радциг Е.Ю., Богомилский М.Р. Оценка состояния аденоидных вегетаций у детей с atopической бронхиальной астмой // Вестн. оториноларингол. Материалы 3-й Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – М., 2004. – С.137.
9. Modrzynski M., Zawisza E. Frequency of adenoid hypertrophy in children with allergic diseases // Przegl Lek. – 2003. – V.60 (5). – P.322–324.

Сведения об авторах:

Богомилский Михаил Рафаилович, член-корреспондент РАМН, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 959-8759

ИЗ ЖИЗНИ УНИВЕРСИТЕТА

Журнал «Вестник РГМУ» открывает новую рубрику

Журнал «Вестник РГМУ» открывает новую рубрику «Дискуссии», в которой будут публиковаться отзывы дискуссионного характера о размещенных в журнале статьях. Приглашаем наших читателей к активному сотрудничеству.