

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра оториноларингологии и офтальмологии

Научно-исследовательская работа

АДЕНОИДЫ И АДЕНОИДИТ

Выполнила:

Ординатор 2 года обучения

По специальности «Оториноларингология»

Баринова Светлана Владимировна

Научный руководитель:

к.м.н., доцент Соколов Роман Олегович

г. Иваново, 2019 г.

Определение

Аденоиды (или Аденоидные вегетации) – это состояние увеличения миндалины носоглотки, приводящее к выраженным клиническим проявлениям. Воспалительный процесс носоглоточной миндалины именуется аденоидитом. Прежде, чем рассмотреть патологический процесс данного органа, считаю необходимым уточнить его анатомо-физиологические особенности.

Анатомия и физиология

Глоточная миндалина располагается в своде носоглотки на широком основании, впереди до хоан и сошника, в стороны до устьев слуховых труб. Поверхность ее разделена глубокими бороздами доли (встречается и продольная срединная борозда, придающая глоточной миндалине вид парного органа). В отличие от небных, капсула у глоточной отсутствует. Основу паренхимы органа составляет рыхлая аденоидная или ретикулярная ткань. В её толще расположены отдельные лимфоциты и фолликулы; присутствуют также нейтрофилы, гистиоциты или тканевые макрофаги и плазматические клетки. Свободная поверхность миндалины покрыта многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием.

Лимфоотток из глоточной миндалины осуществляется в задние шейные лимфатические узлы, расположенные вдоль заднего края *m. sternocleidomastoideus*. Посредством лимфатических сосудов, расположенных в толще слизистой оболочки боковых стенок носоглотки, глоточная миндалина сообщается с трубными, небными и язычной.

Глоточная миндалина выполняет барьерную роль, являясь периферическим органом иммунной системы и участвуя в формировании реакций клеточного и гуморального иммунитета. Уже у новорожденного ребенка респираторный эпителий, расположенный на слизистой оболочке носа и на поверхности глоточной миндалины продуцирует лактоферрин и интерфероны, являющиеся первой линией обороны против патогенных вирусов. В-лимфоциты глоточной миндалины при контакте с антигенами стрепто- и стафилококка трансформируются в плазматические клетки и начинают синтезировать IgA, IgM, IgG и IgE. Т-лимфоциты вырабатывают интерлейкины, являющиеся медиаторами клеточных реакций (хемотаксис нейтрофилов, NK-клеток киллеров и др.). На поверхности и в фолликулах миндалин происходит фагоцитоз бактериальных возбудителей.

Глоточная и небные миндалины взаимодействуют со слизистой оболочкой полости носа; играют решающую роль в иммунном ответе на вирусно-бактериальную атаку верхних дыхательных путей. Выработанные в глоточной миндалине лимфоциты заселяют слизистую оболочку носа и околоносовых пазух, задней стенки глотки. При удалении глоточной миндалины до 2-х летнего возраста слизистая оболочка полости носа не получит эффекторные клетки в должном количестве; также выработка интерферонов при контакте с вирусом будет сниженной.

С учётом вышеизложенной информации, необходимо подходить к патологическому процессу – аденоидам и аденоидиту – с большим осмыслением.

Аденоидные вегетации

Аденоиды являются одним из наиболее распространенных заболеваний оториноларингологического профиля среди детей, составляют более половины (53,1%) всех заболеваний ЛОР-органов.

В основном аденоидные вегетации отмечаются у пациентов в возрасте от 3 до 15 лет, однако, могут выявляться у детей ясельного возраста и взрослых. Аденоиды наблюдаются одинаково часто у мальчиков и девочек, примерно у 3,5-8% [10].

Этиология и патологическая анатомия

Этиология и патогенез данного патологического состояния остаются неясными. Одна из основных гипотез их формирования связана с особенностями формирования иммунной системы. У детей возраста 1,5-3 лет выявляется физиологическая недостаточность клеточного и гуморального иммунитета, что в условиях повышенной антигенной нагрузки вызывает гипертрофию и процесс хронического воспаления в органе. К 6-7 годам размеры миндалин, концентрации иммунных клеток и фолликулов достигают максимума, что способствует нарушению дренажа лакун. В пубертатный период начинается уменьшение величины миндалин, с этим связано определённая обратимость процессов гипертрофии.

Аденоидные разращения локализуются в области заднего отдела свода носоглотки, но могут заполнять весь ее купол и распространяться по боковым стенкам книзу к глоточным устьям слуховых труб.

Когда лимфоидная ткань полностью закрывает сошник и хоаны, то носовое дыхание практически невозможно, диагностируют аденоиды III степени. В единичных случаях приходится сталкиваться с необходимостью оценки степени увеличения аденоидов по другим критериям. Это связано с диффузным, асимметричным или нетипичным расположением глоточной миндалины – на задней стенке носоглотки, а также с размерами носоглотки, которая бывает плоская, небольшая или, наоборот, очень высокая. Тогда аденоиды, занимающие всю носоглотку, считаются III степенью увеличения; аденоиды, занимающие соответственно 2/3 и 1/3 носоглотки – II и I степени. Если глоточная миндалина закрывает половину сошника или занимает половину носоглотки, то говорят о I–II степени гипертрофии аденоидов.

Клиническая картина

Гипертрофия глоточной миндалины проявляется тремя основными жалобами: затруднением носового дыхания, гнусавостью голоса и храпом во время сна. Часто эти симптомы возникают в 2-летнем возрасте и прогрессируют до 4-5 лет. Хотя аденоиды могут быть и врожденными. Затруднение дыхания через нос проявляется прежде всего во время сна, особенно на спине. Это происходит из-за снижения тонуса мягкого неба и отчасти из-за отека носовых раковин и аденоидной ткани. При аденоидах II–III степени ребенок плохо засыпает, спит беспокойно, храпит, даже находясь на боку. Если на несколько секунд дыхание останавливается, то может произойти непроизвольное мочеиспускание. Постепенно родители замечают, что их малыш уже и днем ходит с открытым ртом. Это означает, что ребенок привык дышать ртом, рефлекс дышать носом утерян – вернуть его бывает трудно даже после удаления аденоидов. Физиологическое значение носового дыхания невозможно переоценить. При

нарушении носового дыхания в должной мере не реализуются защитные механизмы чихания, угнетается двигательная активность мерцательного эпителия, ощелачивается носовая слизь, увеличивается бактериальная обсемененность слизистой оболочки носа (СОН), снижается активность лизосомального фермента, создаются предпосылки к частым вирусным инфекциям. Если в помещении, где находится ребенок, очень сухой воздух, то у него чаще в утренние часы или ночью может отмечаться кашель, связанный с высушиванием слизистой оболочки глотки и трахеи.

Третья основная жалоба, закрытая гнусавость, проявляется отсутствием ясности произношения звуков «м» и «н».

Методы диагностики

Диагностика данного состояния обычно не представляет больших затруднений. Характерны жалобы на затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, полукоткрытый рот, особенно во время сна, нарушение слуха на одно или оба уха, склонность к отитам и заболеваниям верхних дыхательных путей - все это позволяет предположить наличие у ребенка аденоидов.

При задней риноскопии можно определить величину и расположение аденоидов. Достаточно информативно пальцевое исследование носоглотки, при этом определяется ее консистенция, величина, особенности строения свода и задней стенки носоглотки, что важно и для дифференциальной диагностики.

Обзорная боковая рентгенография в боковой проекции также позволяет определить степень гипертрофии носоглоточной миндалины.

В последние годы широко используются эндоскопические методы диагностики. Эндоскопами прямого и бокового видения можно тщательно осмотреть свод носоглотки, область слуховых труб, характер роста и расположение аденоидной ткани.

Дифференциальная диагностика. Аденоидные вегетации необходимо дифференцировать с ангиофибромой носоглотки, мозговой грыжей, антрохоанальным полипом. Ангиофиброма, в основном у мальчиков, отличается рецидивирующими кровотечениями в анамнезе, плотной консистенцией и выраженным сосудистым рисунком при задней риноскопии. Антрохоанальный полип исходит из верхнечелюстной или клиновидной пазух, имеет ножку, гладкую поверхность и бледно-розовый цвет, может баллотировать при форсированном дыхании или пальпации. Мозговая грыжа исходит из свода носоглотки, имеет гладкую овальную поверхность, серовато-голубой цвет.

Лечение

Лечение зависит не только от степени гипертрофии миндалины, но и от клинических проявлений. Гипертрофия аденоидов II-III степени является показанием к операции - аденотомии; при разрастаниях I степени показана консервативная терапия. В некоторых случаях, даже при незначительном увеличении аденоидов, когда нет выраженного нарушения носового дыхания, но имеется нарушение проходимости слуховой трубы, частые отиты, понижение слуха, ребенку показано оперативное вмешательство - аденотомия.

Консервативные методы включают антигистаминную терапию, гомеопатические средства местно: препараты, содержащие раствор серебра (колларгол, протаргол в нос).

Хирургическое лечение - аденотомия, часто проводится как в стационаре, так и в амбулаторных условиях, с предварительным обследованием, включающим клинический анализ крови, время кровотечения и время свертываемости, анализ мочи, при показаниях - и другие анализы, осмотр педиатра (терапевта), санация полости рта.

Операция производится кольцевидным ножом - аденотомом Бекмана под аппликационной анестезией, а в некоторых случаях и под кратковременным наркозом.

Список литературы:

1. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство: краткое издание / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. — 544 с.
2. Гаращенко Т.И. Аденоиды у детей и пути профилактики гиперплазии глоточной миндалины [Электронный ресурс] / Т.И. Гаращенко, М.В. Гаращенко // Детская оториноларингология. – 2013. – № 4. – С. 73–76. – Режим доступа: http://www.orionpharma.ru/OrionPharmaRU_Global/Products/статья%20Гаращенко%20Т.И.%20%20Аденоидиты%20%20детей.pdf (дата обращения: 01.06.2019 г.).
3. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. О роли различных этиологических факторов в развитии патологии носоглотки у детей [Электронный ресурс] / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов // Лечащий врач. – 2013. - №1 – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2013/01/15435598> (дата обращения: 29.05.2019 г.).
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр. – ВОЗ, 1995.
5. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 656 с.
6. Русецкий Ю.Ю. и др. Хирургическое лечение аденоидов [Электронный ресурс]/ Ю.Ю. Русецкий, Е.Н. Латышева, О.А. Спиранская, У.С. Малявина // РМЖ. - 2015. - №6. - С. 339 – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Hirurgicheskoe_lechenie_adenoidov/#ixzz4kw85P5zf (дата обращения: 18.05.2019 г.).