

# ИЗУЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ФОРМЫ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭНДОСКОПИИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-5 ЛЕТ

**А.В.Володин**  
Тула, Россия

У детей дошкольного и младшего школьного возраста среди заболеваний лимфоэпителиального кольца Пирогова - Вальдейера наиболее часто встречается гипертрофия и воспаление аденоидов, что составляет 62 % в структуре ЛОР патологии и 28 % заболеваний дыхательных путей. Среди часто болеющих детей частота поражения ЛОР органов колеблется от 50 % до 70 %.

Гипертрофированные аденоиды оказывают выраженное негативное влияние на растущий организм ребенка, вызывая целый ряд комплекс нарушений как местного, так и общего характера.

Выявлена связь между хроническим аденоидитом и выраженными вегетативными расстройствами (М.Б.Самоткин, 1999), с заболеваниями бронхолегочной системы (М.Р.Богомильский, 2005), с изменениями лицевого скелета – формирование дистального и глубокого прикуса; выявлена связь с гемодинамическими нарушениями (О.В.Калиниченко, 2000).

Измененные носоглоточные и носогрудные рефлексy оказывают негативное влияние на легочную механику и ларинготрахеобронхиальный тонус, что приводит к изменению внутрилегочного распределения вдыхаемого воздуха и вентилиционных перфузионных взаимоотношений в легких.

Имеются указания в литературе о развитии вегетативно-ирритативного синдрома. Наиболее часто встречался краниальный тип вегетативно-ирритативного синдрома.

Персистирующая флора в аденоидной ткани способствует развитию воспалительных процессов в полости носа, околоносовых пазух носа и среднее ухо. С понятием «персистирующий аденоидит» связана задержка инволюции аденоидов, так как она всегда сопровождается комплексом патогистологических изменений, указывающих на развитие глубокой структурной перестройки под влиянием хронического воспалительного процесса.

В то же время, даже в состоянии хронического воспаления аденоиды сохраняют свою функциональную активность. Некоторые авторы указывают срок – возраст до 6 лет.

Указанные моменты негативно сказываются на детском организме – изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, развитие тубарной дисфункции, изменение дыхательной и сердечно-сосудистой системы на фоне дисбаланса нервной (вегетативной) системы, изменение лицевого отдела скелета и формы грудной клетки. Вышеуказанные факты диктуют необходимость изучения эндоскопической картины полости носа и носоглотки детей данной возрастной группы для объективного мониторинга терапии и возможности создания индивидуальной программы оздоровления.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение локализации аденоидных вегетаций по результатам эндоскопического исследования полости носа и носоглотки у детей в возрасте 3 – 5 лет.

## **Задачи исследования:**

Определить локализацию и форму аденоидных вегетаций у детей при проведении эндоскопии полости носа и носоглотки.

## **Материалы и методы.**

В течение 2007-2008 гг. в медицинском центре «Консультант» г. Тулы (главный врач – кандидат медицинских наук Ю.Н.Кузько) находились на

обследовании и лечении 127 детей в возрасте от 3 до 5 лет с диагнозом - аденоиды. Эндоскопическое исследование проводилось жестким эндоскопом диаметром 2 мм фирмы Карл Шторц (Германия) с последующим архивированием цифровой информации с помощью цифрового тюнера «Панасоник». У 15 трехлетнего возраста детей мы использовали гибкий фибриноскоп диаметром 2 мм с аналогичной технической поддержкой. Этот факт продиктован тем, что при введении жесткого эндоскопа из-за отека слизистых полости носа травмируется и кровит слизистая оболочка. Это делает невозможным дальнейший осмотр (кровь заливает все поле зрения) и пугает мать с ребенком. Эндоскопический осмотр проводился с использованием местно аэрозоля лидокаина 10 % по 1 дозе в каждую ноздрю 3 раза с интервалом 1 минута. Все родители были информированы о целях и способах предстоящего исследования, о чем свидетельствуют добровольные информированные письменные согласия на проведения вышеуказанных исследований.

### **Результаты исследования**

Результаты исследования представлены в табл. 1.

*Таблица 1*

#### **Локализация аденоидных вегетаций у детей**

<b>Вид локализации</b>	<b>Количество</b>	
	<b>Абс.</b>	<b>(%)</b>
Носоглоточная	87	69
Сошниковая	28	22
Атипичная	12	9

При проведении эндоскопического исследования было выявлено, что типичная носоглоточная локализация отмечалась у 87 ребенка (69 %); сошниковая - 28 ребенок (22 %); атипичная – 12 детей (9 %).

Из данного исследования видно, что преобладает типичный носоглоточный вид, который эндоскопически определялся наличием основного массива ткани миндалина преимущественно фиксированной в своде носоглотки. Сошниковый вид встречалась в 22 % случаев. Данная локализация объясняет факт частых рецидивов и сомнительных прогнозов. Атипичный вид был представлен односторонними скоплениями лимфоидной ткани, наличия ее в иных местах (мыс Пассаванта, локально у складок Цефауля и Тортуаля). Семерым детям с атипичной локализацией ранее была проведена аденотомия. Это наиболее сложный и неблагоприятный вид локализации. Определить атипичную локализацию возможно только эндоскопией носоглотки.

Форма аденоидных вегетаций представлена в табл. 2.

*Таблица 2*

#### **Форма аденоидных вегетаций у детей**

<b>Вид формы</b>	<b>Количество</b>	
	<b>Абс.</b>	<b>(%)</b>
Нормальная	22	17
Шарообразная	62	49
Распластанная	43	34

Наиболее частой формой отмечалась шарообразная – 62 ребенка (49 %). Эта форма наиболее благоприятная для хирургического лечения; редко сопровождается развитием тубарной дисфункцией и небной недостаточностью. На втором месте – распластанная форма - 43 ребенка (34 %). Эта форма часто

встречается при рецидивах аденоидных вегетаций, частых развитиях тубарной дисфункцией и отитов.

Таким образом, из проведенной нами работы можно сделать следующие выводы:

1) Целесообразно полностью описывать локализацию и форму аденоидных вегетаций для определения прогноза терапии и объективного обоснования показаний к хирургическому лечению.

2) Благоприятная носоглоточная локализация аденоидных вегетаций встречалась в 69 % случаев, шарообразная форма аденоидных вегетаций составила 49 % случаев.

3) Почти четверть детей имели неблагоприятную сошниковую локализацию (22 %) и более одной трети (34 %) имели распластанную форму аденоидных вегетаций, что объясняет сомнительный прогноз традиционной терапии.

4) При эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки у детей трех летнего возраста целесообразно использовать гибкий фиброриноскоп с минимальной подачей светового потока, который позволяет с минимальной травмой нижних носовых раковин и перегородки носа выполнить осмотр интересующих анатомических образований.