

ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Н. О. НИКОЛАЕВА

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail:
olenkovo2012@yandex.ru*

Аннотация. Актуальность темы: аденоиды у детей – самое частое заболевание верхних дыхательных путей в ЛОР-практике. Дети подвержены аденоидным вегетациям до 15 лет. Наиболее часто заболевание развивается в младшем возрасте – от 3 до 7 лет. Появление аденоидных вегетаций нарушает дыхание носом, провоцирует развитие простуды. При аденоидах наблюдаются слизистые выделения из носа и в глотке. Инфекция из области аденоидов способна переходить на близлежащие «территории»: глотку, бронхи и носовые пазухи. Аденоиды тяжелой степени могут менять даже внешний вид человека, и причем не в лучшую сторону: лицо становится отекающим и бледным, носогубные складки сглаживаются, рот постоянно приоткрыт, а губы трескаются. Цель исследования: обзор причин аденоидов, так же их классификация, симптоматика, диагностика и способы лечения. Материал и методы исследования: рассматриваем основные причины, симптомы и методы лечения аденоидита у детей.

Ключевые слова: аденоиды, аденотомия, дети, миндалины, носоглотка.

FEATURES OF ADENOIDITIS IN CHILDREN

N. O. NIKOLAEVA

*Tula State University, Medical Institute, Boldin Str., 128, Tula,
300028, Russia, e-mail: olenkovo2012@yandex.ru*

Abstract. Relevance of the topic: adenoids in children are the most common upper respiratory tract disease in ENT practice. Children are susceptible to adenoid vegetations up to 15 years. Most often, the disease develops at a younger age – from 3 to 7 years, the appearance of adenoid vegetations disrupts nasal breathing, provokes the development of colds. With adenoids, there is a mucous discharge from the nose and in the pharynx. Infection from the area of the adenoids can move to nearby "territories": the pharynx, bronchi and sinuses. Severe adenoids can even change the appearance

of a person, and not for the better: the face becomes swollen and pale, nasolabial folds are smoothed, the mouth is constantly open, and the lips crack. Objective: to review the causes of adenoids, as well as their classification, symptoms, diagnosis and treatment methods. Material and methods of research: we consider the main causes, symptoms and methods of treatment of adenoiditis in children.

Key words: adenoids, adenotomy, children, tonsils, nasopharynx.

Введение. Аденоиды, или аденоидные вегетации, представляют собой разрастание ткани носоглоточной миндалины. Она расположена глубоко в носоглотке. Их основная функция — защитная. Аденоиды располагаются непосредственно у дыхательных путей, чтобы быстро реагировать на присутствие патогенных микроорганизмов. Во время проникновения инфекции глоточная миндалина начинает усиленно вырабатывать иммунные клетки для борьбы с внешним врагом, увеличиваясь в размерах. Для детского возраста это норма. Когда воспалительный процесс «сходит на нет», носоглоточная миндалина возвращается к исходному размеру. Если ребенок часто болеет, аденоиды постоянно находятся в воспаленном состоянии. Миндалина не успевает уменьшаться, что приводит к еще большему разрастанию аденоидных вегетаций. Ситуация доходит до того, что они полностью перекрывают носоглотку, полноценное дыхание носом становится невозможным.

Причины аденоидита. Воспаление аденоидов провоцируют вирусы или патогенные бактерии. Группа вирусов включает аденовирусы и герпес-вирусы, в том числе вирус герпеса 4 типа – Эпштейна-Барр. В бактериальных ассоциациях решающее значение имеет дефицит постоянной (индигенной) флоры глотки и увеличение количества транзиторной микрофлоры родов *Moraxella* (*M.catarrhalis*), *Bacillus*, *Micrococcus*, *Pseudomonas*, энтеробактерий (*K.pneumoniae*, *K.oxytoca*, *E.coli*), стафилококков (*S.aureus*), стрептококков (*Str.pneumoniae*, *Str.pyogenes*). Способствовать развитию аденоидита также могут следующие факторы:

- **Частые ОРВИ.** Постоянная высокая антигенная нагрузка вследствие контакта с большим количеством вирусов в сочетании с незрелостью иммунной системы детей приводит к нарушению нормальных иммунологических процессов в глоточной миндалине, формированию аденоидита.

- **Сопутствующие заболевания.** Включают рецидивирующие или хронические болезни верхних дыхательных путей, являющиеся очагами инфекции – риниты, назофарингиты, тубоотиты, синуситы, тонзиллиты, стоматиты. Отдельно выделяют ГЭРБ,

при которой соляная кислота поддерживает хроническое воспаление аденоидов.

- **Иммунопатологические состояния.** В список входят сахарный диабет, гипотиреоз, ВИЧ-инфекция, генетически обусловленные иммунодефициты, аллергические патологии. У детей младшего возраста имеет значение отсутствие грудного вскармливания, недостаточность витамина D и развивающийся на этом фоне рахит.

- **Врожденные особенности.** Включают наследственную склонность к разрастанию аденоидных вегетаций и их воспалению, аномалии конституции по типу экссудативно-катарального диатеза. Важную роль играют пороки развития, нарушающие носовое дыхание – искривление носовой перегородки, деформации носовых раковин и др.

- **Внешнее воздействие.** Имеет значение экологическая обстановка: чрезмерно сухой или загрязненный производственными выбросами воздух, усиленный радиационный фон. К способствующим факторам относят переохлаждение, паровые ожоги носоглотки, вдыхание паров химикатов и летучих ядов.

Классификация. На основе длительности течения выделяют следующие варианты аденоидита:

- **Острый.** К нему относятся эпизоды воспаления аденоидов длительностью до 2 недель и повторяющиеся не более 3-х раз за год. Средняя продолжительность – от 5 до 10 дней. Чаще всего патология развивается остро, на фоне ОРЗ.

- **Подострый** - является следствием нелеченого острого процесса. Характерен для детей с гипертрофированной глоточной миндалиной. Средняя длительность заболевания не превышает 20-25 дней. Остаточные явления в виде субфебрилитета могут наблюдаться до 30 суток.

- **Хронический.** Сюда входят аденоидиты, клинические симптомы которых сохраняются более 1 месяца или повторяются более 4-х раз в году. В роли возбудителей выступает сочетание бактериальной и вирусной инфекции. Хронический аденоидит может проявляться различными морфологическими изменениями в паренхиме миндалины.

К его основным формам относятся:

- ✓ **Отечно-катаральная.** Обострение заболевания сопровождается активацией воспалительных реакций в миндалине, ее выраженной отеком. В клинической картине преобладают катаральные симптомы.

- ✓ **Серозно-экссудативная.** Характеризуется скоплением большого количества патогенных микроорганизмов и гнойных масс в углублениях паренхимы. Как результат, миндалина становится отечной и гипертрофируется.

✓ **Слизисто-гнойная.** Воспалительный процесс сопровождается непрерывным выделением большого объема слизи с примесью гнойного экссудата. Параллельно аденоидная ткань прогрессивно увеличивается в размерах.

На основе общего состояния пациента и выраженности имеющихся клинических симптомов принято выделять 3 степени тяжести аденоидита:

○ **Компенсированную** - является физиологическим ответом на инфекционные агенты. Ухудшение общего состояния маловыраженное или полностью отсутствует. Эпизодически возникает нарушение носового дыхания, ночной храп.

○ **Субкомпенсированную** - клинические проявления постепенно нарастают, возникает системная интоксикация, отвечающая острому эпифарингиту. При отсутствии должного лечения болезнь переходит в состояние декомпенсации.

○ **Декомпенсированную** - в этом случае глоточная миндалина утрачивает свои функции, превращаясь в очаг хронической инфекции. Местный иммунитет при этом полностью отсутствует. Клинически это сопровождается ярко выраженной симптоматикой.

Выделяют три степени увеличения аденоидов:

■ 1 степень – аденоиды закрывают треть хоан и сошника. В течение дня ребенок дышит свободно. Ночью, из-за перехода в горизонтальное положение и увеличение объема аденоидов дыхание затруднено.

■ 2 степень – аденоиды закрывают половину хоан и сошника. Ребенок и днем и ночью дышит преимущественно ртом, часто храпит во сне.

■ 3 степень – аденоиды целиком (или почти целиком) закрывают сошник и хоаны. Симптомы те же, что и при 2 степени, но выражены более резко.

1.Симптомы аденоидов у детей. Клиническая картина аденоидов у детей очень разнообразна. Это связано со многими факторами: размерами носоглотки, формой вегетаций, сопутствующих заболеваний слизистой оболочки носа. Выделим наиболее распространенные признаки у детей:

- Затруднение носового дыхания.
- Отделяемое из носа. Чаще светлого или зеленого цвета, возникают периодически.
- Храп - отмечается в период ночного сна.
- Сонливость.
- Пониженная успеваемость - это связано с нарушением внимания и памяти из-за хронического кислородного голодания.
- Развитие гнусавости.

- Кашель - развивается в следствии раздражения слизистой глотки стекаемым отделяемым из носоглотки.

- Нарушения слуха - это связано с давлением миндалин на отверстия слуховых труб.

Если родители ребенка длительно игнорируют симптомы аденоидов у ребенка, это может способствовать развитию патологии со стороны других органов и систем:

- Нарушению формирования лицевого скелета («аденоидное лицо»).

- Изменению формы верхней челюсти («готический свод»).

- Неправильному расположению зубов.

- Воспалительным состояниям со стороны других органов.

- Нарушениям со стороны сердца и нервной систем, вплоть до развития энуреза.

Диагностика. Диагноз выставляется на основании анамнестических данных, жалоб ребенка и родителей, результатов физикальных и инструментальных методов исследования. Полноценная диагностическая программа состоит из:

- Физикального обследования (обращается внимание на голос и речь пациента, характер носового дыхания, при этом выявляются гнусавость закрытого типа, затруднение или полное отсутствие дыхания через нос). При пальпации лимфатических узлов определяются умеренно увеличенные, безболезненные поднижнечелюстные, затылочные, передние и задние шейные группы.

- Мезофарингоскопии. При осмотре зева визуализируется большое количество светло-желтого или желто-зеленого отделяемого, стекающего по гиперемированной задней стенке глотки.

- Задней риноскопии (дает возможность выявить увеличенную, гиперемированную, отечную носоглоточную миндалину, покрытую фибринозным налетом).

- Лабораторных анализов. При вирусном аденоидите в ОАК отображается сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, увеличение количества лимфоцитов и СОЭ. Присоединение бактериальной флоры сопровождается лейкоцитозом, смещением формулы в сторону палочкоядерных и юных нейтрофилов. Дополнительно проводится микробиологическое исследование носовых выделений.

- Лучевых методов диагностики. Используется рентгенография носоглотки в прямой и боковой проекциях. Она позволяет выявить гипертрофию лимфоидной ткани глоточной миндалины, перекрывающей отверстия хоан. На поздних стадиях отображает деформацию твердого

неба, верхней челюсти. Для дифференциации с опухолями используется КТ лицевого скелета с контрастированием.

Лечение аденоидита.

• **Медикаментозная терапия.** Представлена антибактериальными или противовирусными препаратами, гипосенсибилизирующими средствами, дезинтоксикационными мероприятиями, иммуномодуляторами, витаминными комплексами. В качестве местной терапии назначаются сосудосуживающие капли, топические кортикостероиды, дезинфектанты в виде спреев, ингаляции антисептиков.

• **Аденотомия.** Хирургическое лечение заключается в иссечении гипертрофированной лимфоидной ткани, перекрывающей просвет носовых ходов и препятствующей нормальному носовому дыханию. Операция может проводиться классическим способом при помощи скальпеля или с помощью эндоскопической техники.

• **Физиотерапия.** Широко используются: тубусный кварц, облучение носовой полости и задней стенки глотки гелий-неоновым лазером, электрофорез медикаментозных препаратов на региональные лимфоузлы, дыхательная гимнастика.

Заключение. Для детского возраста характерен рост и воспаление аденоидов.

При частых бактериальных и вирусных инфекциях, поражающих носоглотку, аденоиды и миндалины воспаляются и увеличиваются в размерах. Из-за этого носовое дыхание ребенка затрудняется, может начаться воспалительный процесс в ухе (отит) или полностью нарушиться слух (тугоухость), появляются затяжные риниты.

Дети, лишенные возможности полноценно дышать носом, компенсируют дыхание с помощью рта. Как и при любой другой болезни, воспаление аденоидов проще предотвратить, чем лечить последствия. Чтобы сделать организм выносливее, нельзя забывать о правильном питании, закаливании, утренней зарядке.

Последствия запущенного заболевания — грозные. У ребенка резко изменяется голос, падает слух, маленьким деткам трудно учиться говорить. Дети постарше могут жаловаться на боли в голове. Существует даже «аденоидное» выражение лица — рот все время открытый, мышцы лица подергиваются, носогубные складки сглаживаются. Со временем грудная клетка и лицевой череп деформируются, появляется кашель, анемия, одышка.

Литература

1. Болезни уха, горла носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Детская оториноларингология : руководство для врачей : в 2 т. / под общ. ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. — М.: Медицина, 2005 — Т. 1.
3. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2002. — № 1 (29).
4. Коренченко С.В. Принципы диагностики и лечения хронического аденоидита : методические рекомендации / С.В. Коренченко, Н.В. Тарасова, Е.А. Сухачев, А.А. Кузнецов. — Самара: РЕАВИЗ, 2008.
5. Цветков Э.А. Особенности физического и психического развития детей страдающих аденонозиллярной патологией // Новости оторинолар. и локопатол. 2002. № 2.
6. Чебуркин А.В., Чебуркин А.А. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста. М., 1994.
7. Аденоиды / В. Р. Чистякова // Оториноларингология: национальное руководство / ред. В. Т. Пальчун. — М., 2008.
8. Борзов Е. В. Факторы риска развития аденоидных вегетаций у детей / Е. В. Борзов // Вестник оториноларингологии. — 2003. — № 2.
9. Борзов Е. В. Цитокиновый профиль детей с гипертрофией аденоидов и хроническим аденоидом и локальная цитокиноterapia / Е. В. Борзов, Н. Ю. Сотникова, Е. В. Толкачева // Вестник новых медицинских технологий. — 2008. — Т. 15, №1.
10. Быкова В. П. Аденоиды и аденоидиты в физиологии и патологии детского возраста / В. П. Быкова, О. А. Бруевич, О. В. Паюшина // Архив патологии. — 2007. — Т. 69, вып. 4.
11. Клинико-морфологический анализ аденоидных вегетаций у детей / В. П. Быкова [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2000. — № 5.
12. Козлов В. С. Роль местной терапии в лечении хронического аденоидита / В. С. Козлов // Российский медицинский журнал. — 2003. — Т. 10, № 20.
13. Круговская Н. Л. Аллергические аденоиды у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Л. Круговская. — М., 1997.
14. Протасевич Г. С. Осложнения аденоотомий у детей / Г. С. Протасевич, Г. Г. Сивчук, И. А. Гаверда // Вестник оториноларингологии. — 1989. — № 5.

15. Пухлик С. М. Аденоиды и аллергический ринит. / С. М. Пухлик ,
Э. Г Неверт , Д. В. Карпович // Газета «Новости медицины и фармации».
Аллергология и пульмонология – 2011. – № 380.

16. Радциг Е. Ю. Новые возможности местной терапии аденоидитов
у детей . / Е. Ю. Радциг // Лечащий врач. –2006. –№6.

ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Е. С. САМОХИНА

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail:
justdoitbro95@gmail.com*

Аннотация. Непроходимость кишечника новорожденного возникает из-за анатомической аномалии, которая приводит к нарушению опорожнения кишечника. Кишечная непроходимость проявляется тремя классическими клиническими признаками: рвотой, вздутием живота и неспособностью отвести меконий. Кишечная непроходимость - одна из наиболее частых причин госпитализации ребенка в детское хирургическое отделение в первые недели послеродового периода. Врожденная непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных является распространенной проблемой, наиболее частой причиной которой являются аноректальные пороки развития (41%), за которыми следует непроходимость пищевода (24%) и дуоденальная непроходимость (20%).

Ключевые слова: пищеварительная система; неонатальная и детская интенсивная терапия; неонатальная интенсивная терапия.

NEONATAL INTERSTINAL OSTRUCTION SYNDROM

E. S. SAMOKHINA

*Tula State University, Medical Institute, 128 Boldina str., Tula,
300028, Russia, e-mail: justdoitbro95@gmail.com*

Abstract. Neonatal intestinal obstruction is caused by an anatomical abnormality that produces bowel movement failure. Intestinal obstruction presents with three classic clinical signs: vomiting, abdominal distention, and failure to pass meconium. Intestinal obstruction is one of the most common