

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ АДЕНОЇДИТУ У ДОРОСЛИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ГІПЕРТРОФІЇ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

*Медичний інститут Сумського державного університету,

Сумська обласна клінічна лікарня (м. Суми)

Дана робота є фрагментом НДР "Вивчення стану здоров'я дитячого та дорослого населення Сумської області в умовах впливу несприятливих соціальних, екологічних та економічних чинників" (номер державної реєстрації 0101U002098).

Вступ. Вплив захворювань глоткового мигдалика на стан порожнини носа, слухової труби та глотки добре вивчені у дитячій практиці. По між тим, в літературі відсутні данні про частоту гіпертрофії глоткового мигдалика та впливу цієї патології на стан ЛОР органів у дорослих пацієнтів. Окрім цього, носоглотка доступна огляду далеко не у всіх випадках навіть при задній риноскопії [11]. Діагностика та лікування патологічних станів носоглотки залишається однією із проблем оториноларингології, що потребує подальшого вдосконалення [10].

Описи окремих випадків аденоїдів у дорослих та навіть людей похилого віку зустрічаються в багатьох авторів [2,6,12,13]. Так, М.П. Миколаїв описав два власних спостереження великих аденоїдних вегетацій у хворих 51 та 75 років, причому в одному випадку при морфологічному дослідженні виявлені виражені явища запалення (аденоїдит) [6]. М.В. Сенюков (1966) повідомив про своє спостереження хворого з аденоїдами у віці 58 років [9]. Н.П. Міхалкін і Л.І. Якуб у роботі «Аденоїди та аденоїдизм у дорослих» (1940) описали результати обстеження 400 дорослих хворих з ЛОР-патологією. Аденоїдні вегетації були виявлені в 57 пацієнтів (39 чоловіків і 18 жінок), при цьому більшість хворих були у віці 26–30 років [5]. Докладно характеризуючи дану групу пацієнтів, автори вказали на деякі особливості дорослих з гіпертрофією глоткового мигдалика: в 34% з них відзначалася патологія середнього вуха (хронічний отит, отосклероз), в 59,6% – хронічний риніт, в 21% – викривлення перетинки носа.

Дослідження лимфоїдної тканини носоглотки у дорослих на трупному матеріалі проводив А.Г. Ніхінсон (1952). Він виявив наявність аденоїдної тканини в носоглотці в 62 з 95 обстежених трупів. У ряді випадків скупчення аденоїдної тканини були значними [7]. А.Г. Волков із співавт. (1999) повідомили про 103 дорослих пацієнтів у віці від 15 до 66 років з аденоїдитом [1]. Г.С. Протасевич із співавт. (1999) оперували 127 пацієнтів у віці від 15 до 48 років, при цьому II ступінь аденоїдів була виявлена в 92 чоловік, I ступінь – в 22 чоловік, III ступінь – в 8, IV ступінь (відповідно до класифікації В.Т. Пальчуна та Н.А. Преображенський 1978 року) – в 5 хворих [8].

У сучасній літературі автори наводять різні дані щодо розповсюдженості аденоїдних вегетацій у дорослих. Так Ільїнський С.Є., Шилєнков А.А., Михайлов М.Г., Козлов В.С при скринінговому дослідженні дорослих хворих з хронічними захворюваннями носа та при носових пазух знайшли аденоїдні вегетації в 23,4% обстежених [3].

Hamdan A.L., Sabra O., Hadi U. повідомляли, що розповсюдженість гіпертрофії глоткового мигдалика у дорослих із носовою обструкцією сягає 63,6%, тоді як у клінічно здорових – 55,1% [14].

Малзум'янц С.Н., Чернишенко С.В., Рамазанов Е.Н., Дурягіна Т.А. діагностували аденоїдні вегетації у 23,7% дорослих пацієнтів [4].

Мета роботи - запропонувати ефективний алгоритм лікування аденоїдиту у дорослих в залежності від ступеня гіпертрофії глоткового мигдалика.

Об'єкт і методи дослідження. Нами обстежено 43 хворих у віці від 18 до 55 років (29 чоловіків та 14 жінок) з гіпертрофією глоткового мигдалика різного ступеня (рис. 1).

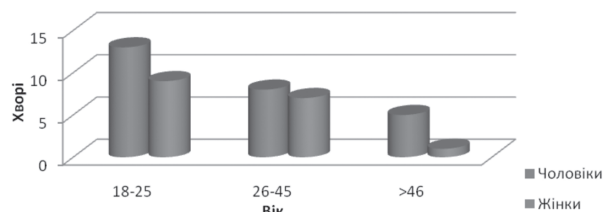


Рис. 1. Розподіл хворих за віком та статтю.

Обстеження кожного хворого включало: збір скарг, анамнезу, риноскопю, отоскопію, фарингоскопію, непрямую ларингоскопію, рентгенографії навколо носових пазух, лабораторні методи дослідження, за необхідності проводилась комп'ютерна томографія навколо носових пазух. Стан порожнини носа, носоглотки, устів слухових труб, глоткового мигдалика уточнювали за допомогою 4мм 30 ригідного риноскопа фірми «МФС» (Росія).

Хворі скаржилися на утруднення носового дихання, виділення з носу, зтікання слизу по задній стінці глотки, хропіння, вимушене тривале вживання судинозвужуючих крапель, головний біль (рис. 2).

Як видно з **рисунка 2**, основні скарги у хворих з I ступенем гіпертрофії ГМ були на утруднення носового дихання та зтікання слизу по задній стінці глотки, при II ступені – на утруднення носового дихання, зтікання слизу по задній стінці глотки та хропіння, при

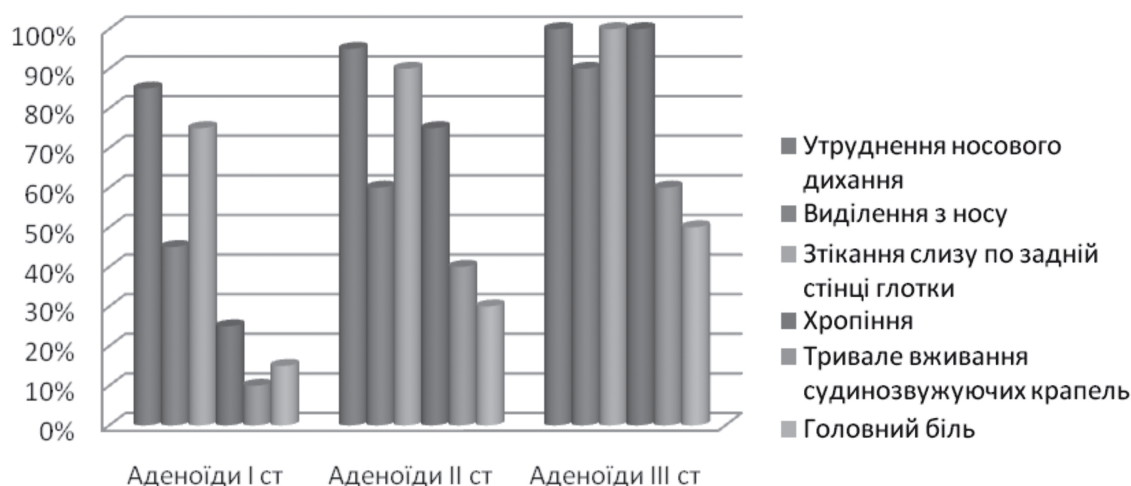


Рис. 2. Розподіл скарг в залежності від ступеня гіпертрофії глоткового мигдалика.

III – на утруднення носового дихання, зтікання слизу по задній стінці глотки, хропіння та виділення з носу.

Після збору анамнезу стало відомо, що 42% (18) хворих у минулому мали оперативні втручання у порожнині носа або носоглотки (рис.3).



Рис. 3. Оперативні втручання у минулому.

Так у 8 хворих у дитинстві була виконана аденотомія, у 4 – підслизова резекція носової перетинки або крістотомія, у 4 – вазотомія, у 2 – поліпотомія.

При першому огляді зі згоди хворих виконувалася біопсія лімфоїдної тканини носоглотки за наступною методикою: під аплікаційною анестезією розчином лідокаїну 10% під контролем 4 мм 30° ригідного риноскопа щіпцями Блекслі №1 вилучалися з трьох різних місць фрагменти глоткового мигдалика. Кровотеча була незначна, гемостаз спонтанний через 3-5 хвилин.

Хворі в залежності від обраного методу лікування були розділені на 3 клінічні групи (рис. 4). В I групу входили 15 пацієнтів з гіпертрофією ГМ 1 та 2 ст., яким проводилась консервативна терапія, II група – 17 хворих з гіпертрофією ГМ 1 та 2 ст., яким проводилась консервативна терапія та радіохвильова коагуляція аденоїдних вегетацій (РХКАВ). В III групу увійшли 11 хворих з гіпертрофією ГМ 3 ст., яким було виконано ендоскопічну шейверну аденотомію під загальним знеболенням.

Консервативне лікування включало: промивання порожнини носа та носоглотки розчинами антисептиків методом переміщення, циннабсін, тонзилотрен, топічні стероїди та за наявності супутньої гнійної патології – системна антибіотикотерапія.

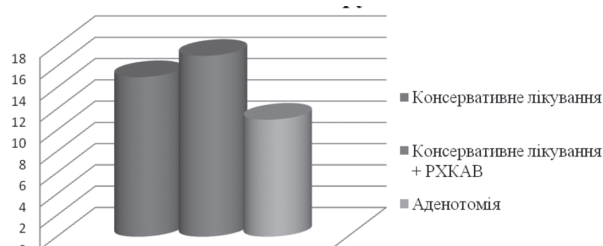


Рис. 4. Клінічні групи хворих.

Хворим II групи поряд з консервативним лікуванням виконано РХКАВ за допомогою радіохвильового апарату «SURGITRON». Під місцевою аплікаційною анестезією розчином Лідокаїну 10% голковим або кулькоподібним електродом у режимі коагуляція здійснено РХКАВ. Кровотеча відсутня. Розміри аденоїдів значно зменшувалися. У післяопераційному періоді хворим призначалися сольові розчини у вигляді спреїв у ніс.

Результати досліджень та їх обговорення. За результатами гістологічного дослідження визначена лімфоїдна тканина. Патоморфологічні зміни характеризувалися лімфоїдною інфільтрацією, розвитком сполучної тканини, зменшенням кількості лімфоїдних фолікулів, акомодациєю слизової оболонки та її епітелію з утворенням на поверхні і в стінці крипти дрібних відгалужень та сосочків. Кровоносні судини та визначався склероз судинної стінки, частко з повною облітерацією просвіту. Наведені ознаки свідчать про стан хронічного запалення глоткового мигдалика – аденоїдиту.

Ефективність проведеного лікування базувалась на вивчені динаміки зміни суб'єктивних скарг хворих та об'єктивних даних (відновлення носового дихання, нормалізація ендоскопічної картини носоглотки), відсутності рецидиву при спостереженні протягом року (рис. 5).

Порушення носового дихання та зменшення виділень по задній стінці глотки зникали у хворих II групи на 3–5 день, у хворих III групи – на 5–7 день, у хворих II групи – на 7–8 день. Відновлення нормальної

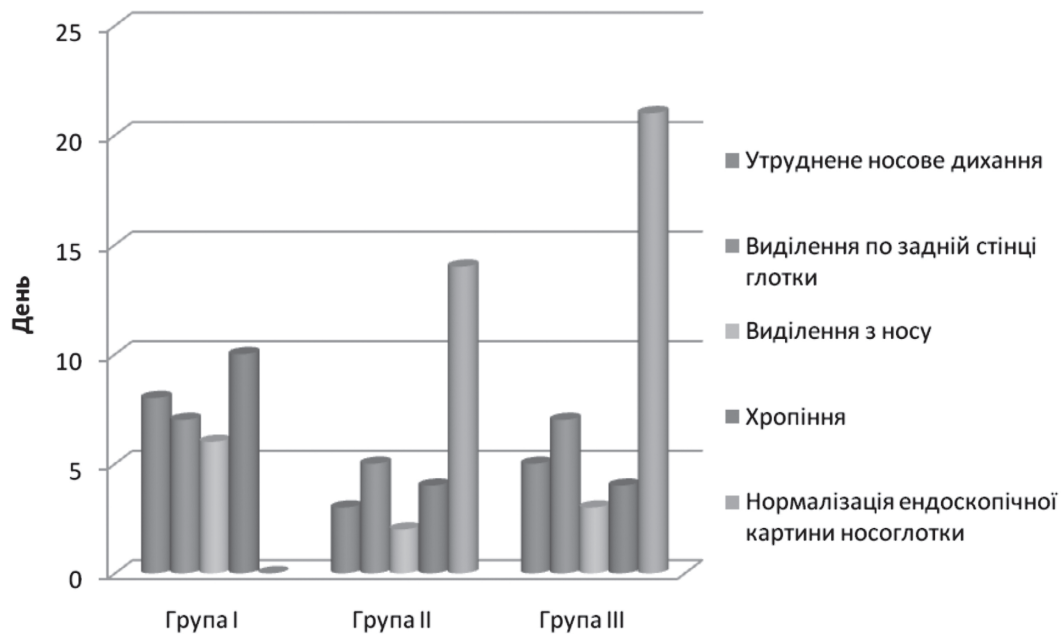


Рис. 5. Дінаміка зникнення скарг та нормалізації ендоскопічної картини носоглотки.

ендоскопічної картини відбувалося у пацієнтів II групи на 14 день, у III групі – на 21 день. У хворих I групи на 5–7 день зникали гіперемія слизової глоткового мигдалика, зменшувалася кількість вмісту борозенок мигдалика, мигдалик дещо зменшувався у розмірах, але вже через 1 місяць при ендоскопічному огляді констатовувалася наявність патологічного вмісту та гіперемія ГМ, тобто явища аденоїдиту.

При спостереженні протягом року рецидив аденоїдиту спостерігався у 65% хворих I групи, у 15% хворих II групи та не було жодного випадку рецидиву у III клінічній групі (рис. 6).

Проведений аналіз результатів лікування показав, що при консервативному лікуванні відсоток рецидивів протягом року сягає 65%. Оперативне лікування – аденотомія, потребує госпіталізації хворого у стаціонар та проведення втручання під загальним знеболенням, що порушує звичне життя хворого. Виконання радіохвильової коагуляції аденоїдних вегетацій в комплексі з консервативним лікуванням не потребує госпіталізації, загального знеболення, проводиться в амбулаторних умовах та дає позитивний результат у 85% випадках.

Висновки.

1. Лікування хворих із гіпертрофією глоткового мигдалика 3 ступеня при відсутності протипоказань потребує хірургічного лікування – аденотомії у 100% випадків.

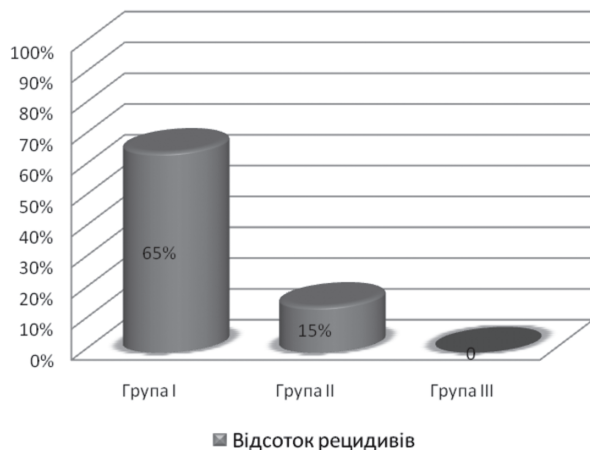


Рис. 6. Результати спостереження протягом року.

2. При лікуванні пацієнтів з гіпертрофією глоткового мигдалика 1 та 2 ступеня можливе проведення консервативної терапії.

3. Включення в схему консервативного лікування РХКАВ достовірно зменшує кількість рецидивів аденоїдиту, та дозволяє більш швидко досягти реконвалесценції.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження впливу глоткового мигдалика у дорослих на стан верхніх дихальних шляхів є актуальним та потребує подальшого вивчення.

Список літератури

1. Волков А.Г. Воспаление и гипертрофия глоточной миндалины у взрослых / Волков А.Г., Химичева Е.В., Уракчеева А.Ш. // Российская ринология. — 1999. — №2. — С. 4–8.
2. Гольштейн М.А. Аденоидные разращения у взрослых / Гольштейн М.А. // Здоровоохранение Белоруссии. — 1957. — № 1. — 14–15 с.
3. Ильинский С.Е. Гипертрофия глоточной миндалины у взрослых и её влияние на состояние полости носа и околоносовых носовых пазух / Ильинский С.Е., Шиленков О.О., Михайлов М.Г., Козлов В.С. // Росийська ринологія. — 2006. — №2. — с. 22.
4. Малзум'янц С.Н. Аденоїди у дорослих / Малзум'янц С.Н., Чернишенко С.В., Рамазанов Е.Н., Дурягіна Т.А. // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. — 2011. — №3-с. — с. 145–146.

5. Михалкин Н.П. Аденоиды и аденоидизм у взрослых / Михалкин Н.П., Якуб Л.И. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1940. — №12. — С. 99–107.
6. Николаев М.П. Два случая аденоидных вегетации в пожилом возрасте / Николаев М.П. // Вестник оториноларингологии. — 1976. — № 2. — 99–100 с.
7. Нихинсон А.Г. К возрастной анатомии носоглотки / Нихинсон А.Г. // Вестник оториноларингологии. — 1952. — № 6. — С. 76–77.
8. Протасевич Г.С. Аденоиды у взрослых / Протасевич Г.С., Яшан И.А., Яшан А.И. // Вестник оториноларингологии. — 1999. — №5. — С. 1–13.
9. Сениюков М.В. Разрастания аденоидной ткани в пожилом возрасте / Сениюков М.В. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1966. — № 6. — С. 70.
10. Сміянов Є.В. Досвід використання ендоскопічних методів діагностики в умовах поліклініки / Сміянов Є.В. // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. — 2008. — №5. — 148 с.
11. Шербул В.І. Ендоскопічна діагностика та хірургія носоглотки / Шербул В.І., Кунах Т.Г., Омерова Л.М. // Здоров'я України. — 2008. — №3/1. — 68 с.
12. Cassab E. Les adenoïdes des adolescents et des adultes / Cassab E. // Ann. Oto.-Laryng. — 1964. — Vol. 81, N10-11. — P. 671-672.
13. Frenkiel S. Persistent adenoid presenting as a nasopharyngeal mass / Frenkiel S., Black M., Small P. // J. Otolaryngol. — 1980. — Vol. 9, N 4. — P. 357-360.
14. Hamdan A.L. Prevalence of adenoid hypertrophy in adults with nasal obstruction / Hamdan A.L., Sabra O., Hadi U. // J Otolaryngol Head Neck Surg. 2008 Aug;37(4):469-73.

УДК 616.286–07

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ АДЕНОЇДИТУ У ДОРΟΣЛИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ГІПЕРТРОФІЇ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА

Безшапочний С.Б., Сміянов Є.В.

Резюме. Обстежено 43 особи віком 18 - 55 років із гіпертрофією глоткового мигдалика (ГМ). В залежності від ступеня гіпертрофії було створено три клінічні групи хворих, що отримували лише консервативне лікування (гіпертрофія ГМ 1-2 ст.), консервативну терапію та радіохвильову коагуляцію ГМ за допомогою апарату "SURGITRON" (гіпертрофія ГМ 1-2 ст.) та ендоскопічну шейверну аденотомію (гіпертрофія ГМ 3 ст.). При повторному обстеженні у хворих, які отримували тільки консервативну терапію вже через місяць були ендоскопічні ознаки аденоїдиту, а через рік - більший відсоток рецидиву ніж у пацієнтів з комплексним лікуванням. Після проведення шейверної аденотомії рецидиву аденоїдиту не спостерігалось.

Ключові слова: гіпертрофія глоткового мигдалика, аденоїдит, радіохвильова хірургія, аденотомія.

УДК 616.286–07

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТА У ВЗРОСЛЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Безшапочный С.Б., Смиянов Е.В.

Резюме. Обследовано 43 пациента возрастом 18-53 года с гипертрофией глоточной миндалины (ГМ). В зависимости от степени гипертрофии больные разделены на три клинические группы: только консервативное лечение (гипертрофия 1-2 ст.), консервативное лечение и радиоволновая коагуляция ГМ (гипертрофия 1-2 ст.) и эндоскопическая шейверная аденотомия (гипертрофия 3 ст.). При повторном обследовании больных которые получали только консервативную терапию уже через один месяц были эндоскопические признаки аденоидита, а через один год – больший процент рецидивов, чем у пациентов с комплексным лечением. После проведения шейверной аденотомии рецидива аденоидита не наблюдалось.

Ключевые слова: гипертрофия глоточной миндалины, аденоидит, радиоволновая хирургия, аденотомия.

UDC 616.286–07

The Treatment Algorithm Of Adenoiditis In Adults, Depending On The Stage Hypertrophy Of Pharyngeal Tonsil

Bezshapochniy S.B., Smiyanov E.V.

Summary. The study examined 43 people aged 18 - 55 with hypertrophy of pharyngeal tonsil. Depending on the degree of hypertrophy three clinical groups of patients was created and they received only conservative treatment (hypertrophy of pharyngeal tonsil 1-2 degree), established conservative therapy and radiowaveradiation coagulation using the apparatus "SURGITRON" (hypertrophy of pharyngeal tonsil of 1-2 degree) and the endoscopic shave adenotomy was created (hypertrophy of pharyngeal tonsil of the 3rd degree). During the re-examination patients who received only conservative therapy treatment in a month had endoscopic signs adenoiditis and a year later - a higher percentage of relapse than patients with a complex treatment. After shave adenotomy adenoiditis recurrence was not observed.

Key words: hypertrophy of pharyngeal tonsil, adenoiditis, radiowave surgery, adenotomy.

Стаття надійшла 22.09.2011 р.