

© Абилова Ф. А.

УДК 616-053.2

Абилова Ф. А.

ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ АНАТОМИЧЕСКОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Азербайджанский Медицинский Университет (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Рациональный подход к лечению аденоидных вегетаций и хронического аденоидита у детей».

Вступление. Клинические течения аденоидов разнообразны. Эти разнообразия симптоматики связаны с влиянием глоточной миндалины на функции слуха, носа и глотки. По данным разных авторов больные аденоидными вегетациями страдают экссудативным средним отитом, часто рецидивирующим хроническим средним отитом [3,4]. Увеличение глоточной миндалины нарушает функцию слуховых труб и, в последствие, это приводит к снижению слуха по кондуктивному типу. Экссудативный средний отит является основной причиной понижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет (при массовых осмотрах детей этой возрастной группы он обнаруживается в более 30% случаев) [2,5]. На развитие воспалительных процессов носа и придаточных пазух также огромное влияние оказывают аденоидиты, что является одной из актуальных проблем ринологии [1]. Персистирующие в аденоидной ткани патогенные бактерии и вызванные нарушением носового дыхания застойные явления в слизистой оболочке полости носа способствуют развитию воспалительных процессов в околоносовых пазухах и нередко приводят к хронизации процесса. Аденоиды, также влияют на развитие патологии небных миндалин. Хроническая инфекция в аденоидных вегетациях, частые простуды, снижение иммунитета и нарушение носового дыхания способствуют развитию хронического тонзиллита.

У больных аденоидами весь симптомокомплекс каждого больного встречается в разных комбинациях. Иногда аденоиды сопровождаются только экссудативным средним отитом, а в других случаях экссудативным средним отитом, синуситами и хроническим тонзиллитом.

Выше написанное актуализирует связь симптомокомплексов с анатомическим расположением глоточной миндалины, прогнозирование послеоперационного течения и возможных осложнений [6,7,8,9].

Цель исследования. Определение влияния анатомического расположения аденоидных вегетаций на клиническое течение болезни и их осложнений со стороны ушей, носа и глотки.

Объект и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 67 больных, из них 39 мальчиков и 28 девочек в возрасте от 5 до 12 лет. У 7 больных аденоидные вегетации сопровождались экссудативным средним отитом, у одного больного хроническим средним отитом, у 5 больных синуситом, у 19 больных кроме аденоидной вегетации диагностирован хронический тонзиллит. Всем больным была произведена аденотомия, 4 больным кроме аденотомии проводилось шунтирование барабанной полости с обеих сторон, 19 больным произведена аденотонзиллэктомия. В послеоперационном периоде у 3 больных после аденотонзиллэктомии появились признаки пареза мягкого неба, у одного больного появились сильные боли и выделения из уха. Через год после осмотра у одного больного отмечался рецидив аденоида.

Всем больным кроме обычного исследования проводилось радиологическое исследование. По данным радиологического исследования, анатомически мы определили 3 формы аденоидных вегетаций. В первой форме (**рис. 1**) основная масса аденоидных вегетаций находилась ближе к хоанам от средней линии. Во второй форме (**рис. 2**) основная часть лимфаденоидной ткани находилась на своде носоглотки. В третьей форме (**рис. 3**) основная часть аденоидной ткани находилась ближе к задней стенке носоглотки. Первая форма аденоидов радиологически определялась у 8 больных, вторая форма определялась у 40 больных, а у 19 больных определялась третья форма аденоидных вегетаций.

Результаты исследований и их обсуждение.

По данным радиологического исследования, в зависимости от формы аденоидов клиническое течение их отличалось. При первой форме (аденоидные вегетации находятся ближе к хоанам) жалобы больных и клинические признаки связаны больше с патологиями ушей. У этих больных при осмотре определялись признаки экссудативного среднего отита, у одного больного хронический средний отит. Во время аудиологического исследования было выявлено снижение слуха по кондуктивному типу более 40дб. Больные, у которых определялась вторая форма аденоидных вегетаций, жалобы были специфичными, затруднение носового дыхания, выделения из носа, частые простуды. При эндоскопическом исследовании со стороны ушей отмечалось втягивание барабанной перепонки. При аудиологическом исследовании только у 5 больных было выявлено снижение слуха по кондуктивному типу более 30дб. У остальных больных этой группы аудиологически снижение слуха было не более 25дб. При этом эти больные не акцентировали свои жалобы на снижение слуха.

При третьей форме расположения аденоидных вегетаций у больных клинические симптомы аденоидов были не ярко выражены и в жалобах больше акцентировали внимание на обструктивные явления – храп, ночное апноэ. У этих больных течение аденоидов сопровождалось хроническим тонзиллитом. Надо отметить, что при классической риноскопии и фарингоскопии степень увеличения аденоидных вегетаций не всегда совпадают с проявленным симптомокомплексом и с анатомическим месторасположением аденоидов.

Больным, у которых аденоидные вегетации находились ближе к хоанам (I форма), кроме аденотомии 4 больным, проводилось шунтирование барабанной полости. У 3-х больных через 3 недели после операции явления экссудативного среднего отита прошли, при отоскопии в барабанной полости жидкость не определялась. Также надо указать, что показанием шунтирования барабанной полости при экссудативном среднем отите является аллергический фон у ребенка. Известно, что после аденотомии улучшается аэрация барабанной полости, но аллергические изменения верхних дыхательных путей затягивают течение экссудативного среднего отита. Из этой группы у одного больного через год отмечался рецидив аденоидной вегетации. На наш взгляд аденотомию во время интубационного наркоза целесообразно проводить под эндоскопическим контролем эндоназально. Это позволяет контролировать удаление части лимфаденоидной ткани, которые находятся непосредственно ближе к хоанам.

Больным, у которых определялась II форма аденоидной вегетации, проводилась только аденотомия. В этой группе в послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. При контрольном осмотре у этих больных на аудиограмме отмечали восстановление слуха, хотя эти больные не жаловались на снижение слуха. Их жалобы в основном были связаны с нарушением развития лицевого

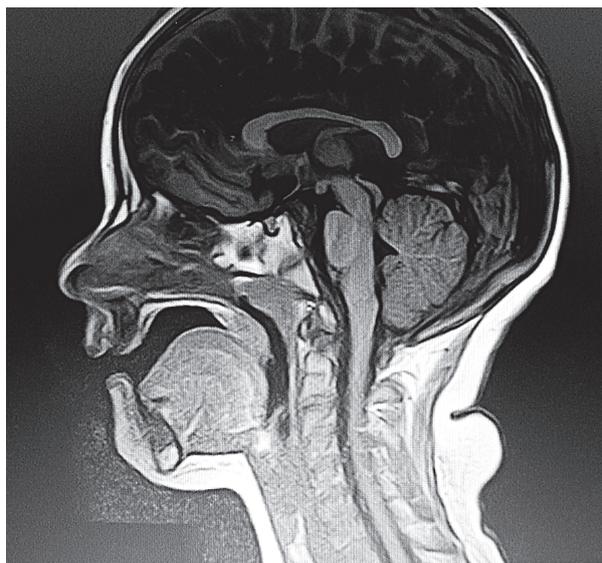


Рис. 1. Аденоиды I формы.

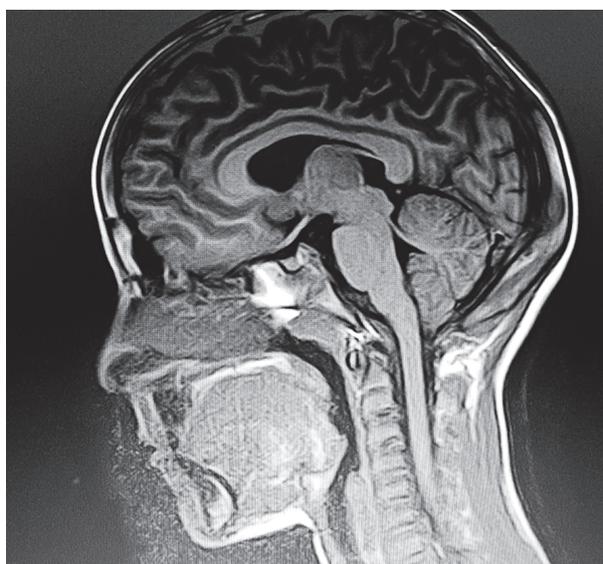


Рис. 2. Аденоиды II формы.

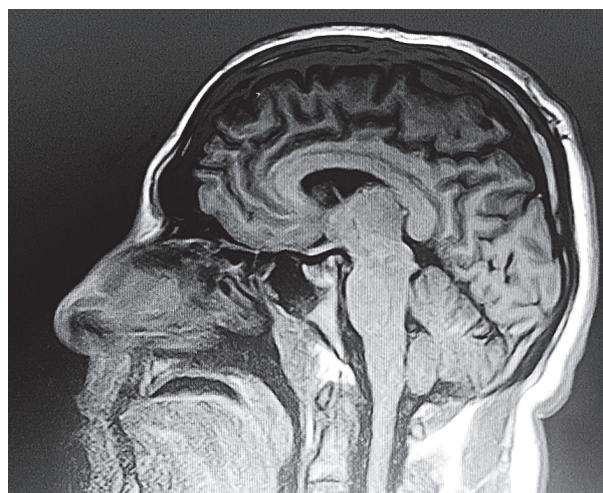


Рис. 3. Аденоиды III формы.

скелета и нарушением прикуса. Больные, у которых определялась III форма аденоидной вегетации проводилась аденотонзиллэктомия. У 3 больных в послеоперационном периоде наблюдался парез мягкого неба, который длился более месяца. Этим больным тонзиллэктомия производилась горячим способом. Открытая гнусавость у одного больного прошла со временем через месяц. 2-м больным дополнительно было назначено лечение, после чего движение мягкого неба восстановилось. На наш взгляд причины возникновения открытой гнусавости это: во-первых – при удалении аденоидной вегетации нарушается компенсаторный процесс разделения носоглотки от ротоглотки (аналогичное явление происходит при появлении дефекта мягкого неба после аденотомии, как попадание пищи в носоглотку). Во вторых – этим больным из-за обструктивного синдрома производилась горячая тонзиллэктомия. При проведении тонзиллэктомии горячим способом травматизация мягкого неба увеличивается.

Выводы

1. Клиническое течение аденоидных вегетаций зависит от анатомического расположения лимфаденоидной ткани. При I форме преобладают симптомы, связанные с ушами. При II форме клиника более разнообразна. При III форме преобладают симптомы заболевания глотки.

2. По анатомическому расположению аденоидных вегетаций для предупреждения возможных осложнений при I форме аденоидов необходимо провести эндоназальный эндоскопический контроль. При III форме аденоидов удаление небных миндалин желательнее провести холодным способом, и назначить реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде.

Перспективой дальнейших исследований является разработка дополнительных лечебно-профилактических мероприятий, способствующих предупреждению возможных осложнений заболеваний при разных формах аденоидов у детей.

Литература

1. Васильева Н. И. Особенности применения топических антибактериальных препаратов в терапии воспалительных заболеваний полости носа, носоглотки и околоносовых пазух у детей / Н. И. Васильева // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11. № 5. – С. 142-148.
2. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под ред. М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. – Т. 1. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 660 с.
3. Дмитриев Н. С. Экссудативный средний отит. Оториноларингология: национальное руководство / Н. С. Дмитриев / под ред. В. Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 553-565.
4. Зельдмайер Б. Факторы, влияющие на постоперативное течение и возникновение рецидива экссудативного среднего отита у детей / Б. Зельдмайер, Л. Моравитц, М. Юма, Х. Шайхова, М. Тухтаев // Рос. оториноларингология. – 2009. – № 5. С. 54-59.
5. Коваленко С. Л. Исследование слуха у детей дошкольного возраста на современном этапе / С. Л. Коваленко // Рос. оториноларингология. – 2009. – № 4. С. 69-74.
6. Мельников М. Н. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия / М. Н. Мельников, А. С. Соколов // Российская ринология. – 2000. – № 1. С. 4-8.
7. Cannon C. R. Endoscopic assisted adenoidectomy / C. R. Cannon, W. H. Replog, M. P. Schenr // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1999. – № 6. P. 740-744.
8. Gallagher T. Q. Analyzing factors associated with major complications after adenotonsillectomy in 4776 patients: comparing three tonsillectomy techniques / T. Q. Gallagher [et al.] // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 2010. – Т. 142. № 6. С. 886-892.
9. Ramos S. D. Tonsillectomy and adenoidectomy / S. D. Ramos, M. Shradha, S. Harold // Pediatric clinics of North America 60.4 (2013) – P. 793-807.
10. Zielhuis G. A. The prevalence of otitis media with effusion: a critical review of the literature / G. A. Zielhuis, G. H. Rach, A. Van-den-Bosch // Clin. Otolaryng. – 1990. – Vol. 15. P. 283-288.

УДК 616-053.2

ВПЛИВ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ АНАТОМІЧНОГО РОЗТАШУВАННЯ ГЛОТКОВОЇ МИГДАЛИНИ

Абілова Ф. А.

Резюме. 67 хворим проводилося радіологічне дослідження у віці від 5 до 12 років, з них 39 хлопчиків і 28 дівчаток. У 7 хворих аденоїдні вегетації супроводжувалися екссудативним середнім отитом, в одного хворого на хронічний середній отит, у 5 хворих синуситом, у 19 хворих окрім аденоїдної вегетації діагностовано хронічний тонзиліт. За даними радіологічного дослідження, по місцю розташування лімфаденоїдної тканини, визначили 3 форми аденоїдних вегетацій. У першій формі аденоїдні вегетації знаходяться ближче до хоан, у другій формі на зводі носоглотки, у третій формі ближче до задньої стінки носоглотки. В залежності від форми аденоїдів клінічний перебіг їх різнився. При I формі переважали симптоми, які пов'язані з вухами. При II формі клініка більш різноманітна. При III формі переважали симптоми захворювання глотки і обструктивні симптоми. При I формі після аденотомії спостерігалися ускладнення з боку вуха і рецидив аденоїдів, при III формі парез м'якого піднебіння. При I формі аденоїдів, інтраопераційний ендоскопічний ендоназальний контроль, а при III формі для відновлення функції м'якого піднебіння необхідні реабілітаційні заходи.

Ключові слова: аденоїди, форма аденоїдів, радіологічне дослідження.

УДК 616-053.2

ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ АНАТОМИЧЕСКОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Абилова Ф. А.

Резюме. 67 больным проводилось радиологическое исследование в возрасте от 5 до 12 лет, из них 39 мальчиков и 28 девочек. У 7 больных аденоидные вегетации сопровождались экссудативным средним отитом, у одного больного хроническим средним отитом, у 5 больных синуситом, у 19 больных кроме аденоидной вегетации диагностирован хронический тонзиллит. По данным радиологического исследования, по месту расположения лимфаденоидной ткани, определили 3 формы аденоидных вегетаций. В первой форме аденоидные вегетации находятся ближе к хоанам, во второй форме на своде носоглотки, в третьей форме ближе к задней стенке носоглотки. В зависимости от формы аденоидов клиническое течение их отличалось. При I форме преобладали симптомы, связанные с ушами. При II форме клиника более разнообразна. При III форме преобладали симптомы заболевания глотки и обструктивные симптомы. При I форме после аденотомии наблюдались осложнения со стороны уха и рецидив аденоидов, при III форме парез мягкого неба. При I форме аденоидов, интраоперационный эндоскопический эндоназальный контроль, а при III форме для восстановления функции мягкого неба необходимы реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: аденоиды, форма аденоидов, радиологическое исследование.

UDC 616-053.2

THE EFFECT ON THE CLINICAL COURSE OF ADENOID VEGETATIONS ANATOMICAL LOCATION PHARYNGEAL TONSIL

Abilova F. A.

Abstract. Goal. To determine the effect of anatomical location of adenoid vegetations on the clinical course of the disease and its complications of the ears, nose and throat.

Materials and methods. Under our observation were 67 patients, 39 boys and 28 girls aged from 5 to 12 years. In 7 patients with adenoid vegetation was accompanied by exudative otitis media, one patient had chronic otitis media, 5 patients with sinusitis and 19 patients in addition to the adenoid vegetations was diagnosed with chronic tonsillitis. All patients underwent adenotomy, 4 patients except adenotomy was performed shunting of the tympanic cavity on both sides, 19 patients made adenotonsillectomy. In the postoperative period in 3 patients after adenotonsillectomy showed signs of paresis of the soft palate, one patient had severe pain and discharge from the ear. A year after the inspection one patient was observed a recurrence of adenoids.

Results and discussion. According to radiological studies, depending on the shape of the adenoids clinical course had a different. In the first form (adenoid vegetation are closer to choanae) patients complaints and clinical signs are associated with more abnormalities of the ears. In these patients during the inspection were determined signs of exudative otitis media, one patient had chronic otitis media. During the audiological tests revealed a hearing loss of conductive type by more than 40 dB. Patients who have defined the second form of adenoid vegetations, the complaints were specific, nasal obstruction, nasal discharge, frequent colds. Endoscopic examination by the ears was marked retraction of the tympanic membrane. When audiological study only 5 patients were identified hearing loss by conductive type than 30 dB. The remaining patients of this group audiological hearing loss was 25 dB. However, these patients do not focused their complaints on hearing loss. Under the third form of the location of adenoid vegetations in patients with clinical symptoms of adenoids were not pronounced and the complaints are more focused on obstructive phenomena, such as snoring, sleep apnea. In these patients, the adenoids were accompanied by chronic tonsillitis. It should be noted that in classical rhinoscopy and pharyngoscope the magnification of adenoid vegetations do not always coincide with the manifest symptom and the anatomical location of adenoids. Patients with adenoid vegetation were closer to choanae (I form) in addition to adenotomy 4 patients underwent bypass grafting of the tympanic cavity. Patients who were determined II form of adenoid vegetation was conducted only adenotomy. Patients who were determined form III adenoid vegetations were adenotonsillectomy.

Conclusions

1. The clinical course of adenoid vegetations depends on the anatomical position of lymphadenoid tissue. When I form is dominated by symptoms associated with the ears. II form if the clinic is more diverse. When form III is dominated by symptoms of disease of the pharynx.

2. The anatomical location of adenoid vegetations to prevent possible complications in I the form of the adenoids need to spend endonasal endoscopic control. III in the form of adenoids removal of tonsils advisable to spend a cold way, and to prescribe rehabilitation measures in the postoperative period.

Keywords: adenoids, adenoids form, the radiological study.

Рецензент – проф. Безшапочний С. Б.

Стаття надійшла 19.01.2016 року