

Раздел I

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 666.323-007.61

И.В.Тен^{1}, Д.С.Калиолдина¹, С.А.Таукелева¹*

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования,
г. Алматы, Казахстан

АДЕНОТОМИЯ ЗА И ПРОТИВ

АННОТАЦИЯ

Аденоиды – это самая распространенное заболевание среди детского населения. Причинами увеличения глоточной миндалины бывают различные факторы. Существует множество мнений о тактике ведения данной группы пациентов - от категорического отказа от оперативного вмешательства до безоговорочного удаления аденоидов. Целью настоящего исследования явилось выявить целесообразность аденотомии и оценить характер 100 % показаний к выполнению этих операций. В ходе исследования были проанализированы всего 854 истории болезней пролеченных детей на базе городской клинической больницы № 5 в детском ЛОР отделении в период с октября 2016 года по январь 2017 г. Из общего госпитализированных больных – прооперированных, по разным причинам детей – 457, что составляет 53,5 % от общего числа больных. В исследуемую группу вошло 290 историй, что составило 63,5 % от числа прооперированных детей. При рассмотрении данного заболевания были учтены все возрастные категории, проанализированы возможные причины частных аденотомий.

Ключевые слова: Аденотомия, риносинуситы у детей, аденоидные вегетации, хирургическая и консервативные тактики лечения, осложнения.

Аденотомия одна из самых распространенных операций в детской оториноларингологии, чем обуславливается актуальность этой проблемы. В настоящее время, подходы и тактика выполнения этого хирургического мероприятия претерпело значительные изменения. Раньше эта операция выполнялась под местной анестезией и допускалось амбулаторное вмешательство. При удалении аденоидов вслепую, не видя саму операцию, доктор оставлял лимфоидную ткань в носоглотке, что приводило к рецидиву роста аденоидов и отмечались частые осложнения: кровотечения, бактериальное инфицирование и т.д. Помимо этого, ребенок переносил тяжелый стресс, что не учитывалось при выполнении аденотомии под местной аппликационной анестезией. Во многих регионах Казахстана до сих пор аденотомия выполняется таким же способом, что недопустимо в современных условиях.

Помимо хирургической тактики, претерпели изменения показания к выполнению адено-

томий. Открытие в области иммунной системы лимфоидного кольца Пирогова-Вальдейера доказало, что носоглоточная миндалина не только выполняет лимфодренажную функцию носа и пазух, но и участвует в формировании иммунного статуса ребенка. Поэтому она гипертрофирована у детей с 3 до 7 лет, так как в этом возрасте носоглоточная миндалина несет наибольшую функциональную нагрузку. В литературе встречаются крайне противоречивые рекомендации от безоговорочного отрицания аденотомий, до удаления аденоидов при первых признаках их гипертрофии.

В настоящее время на базе КГБ № 5 аденотомия выполняется в соответствии с мировыми стандартами, а именно под контролем врача (под контролем эндоскопа) и общим эндотрахеальным наркозом.

По мнению датского ученого P. Brandtzaeg, глоточная миндалина является важным иммунным органом, к которому необходимо бережное отношение. По мнению P. Brandtzaeg,

**as.markabaeva@mail.ru*

лимфаденоидная ткань кольца Вальдеера - Пирогова и особенно аденоидов представляет собой уникальную иммунную структуру и функционально является "ассоциированной с носом лимфоидной тканью". При антигенной стимуляции лимфоидные фолликулы глоточной миндалины генерируют IgA-вырабатываемые В-лимфоцитами, которые мигрируют в слизистую оболочку верхних дыхательных путей и в слезные и слюнные железы. Автор считает, что в будущем аденоидную ткань носоглотки можно рассматривать как мишень для местной вакцинации. Учитывая важную иммунную роль миндалин и аденоидов, P.Brandtzaeg советует соблюдать "консервативное" отношение при проведении аденотонзиллэктомии у детей младшего возраста [1].

По данным Абиловой Ф.А., аденоидные вегетации у всех больных значительно ухудшают качество жизни детей [2]. Ряд ученых проводили исследования, где подтвердили, что аденотомия улучшила качество жизни детей. К примеру, J.R. Mozata-Nunezetal провели хирургическое лечение 180 детей с аденоидами по поводу обструктивного апноэ во сне и отметили полное исчезновение признаков заболевания через 7 мес. после хирургического вмешательства.

Е.В. Борзов сообщает, что после аденоидэктомии у детей с неврологическими нарушениями отмечалось улучшение показателей электроэнцефалограммы, исчезновение признаков эпилептоидной активности, настроения, нормализация сна.

Так, F.J. Buchinsky, M.A. Lowry, G. Isaacson исследовали с помощью ринофарингоскопии 175 детей после эндоскопической коагуляционной аденоидэктомии и не выявили ни одного случая рецидива, достаточного для возобновления симптомов затрудненного носового дыхания [1].

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось оценить 100 % характер показаний и выявить целесообразность аденотомии.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были проанализировано 854 истории болезней пролеченных детей на базе ГКБ № 5 в детском ЛОР отделении в период с октября 2016 г. по январь 2017 г. Из общего количества госпитализированных больных – прооперированных, по разным причинам

детей – 457, что составляет 53,5 % от общего числа больных.

В исследуемую группу вошло 290 историй болезни, что составило 63,5 % от числа прооперированных детей. Они были разделены на 4 подгруппы по нозологическим признакам.

1. Наибольшее количество больных вошло в 1-ю группу – 180 (62 %), операция-аденотомия.

2. Во 2-й группе 45 (16 %) больных, операция – аденотомия и двусторонняя тонзиллотомия.

3. В 3-й группе 35 (12 %) больных, операция – аденотомия и миринготомия (двусторонняя и односторонняя)

4. В 4-й группе 30 (10 %) больных, операция – аденотомия, двусторонняя тонзиллотомия и миринготомия.

Возраст пациентов варьировался от 3 до 14 лет. Средний возраст детей 6,3 года. Все дети были разбиты на несколько групп согласно классификации возрастных периодов, принятых на симпозиуме АПН (1965):

1. Новорождённые – от 1 до 10 дней

2. Грудной ребёнок – от 10 дней до 1 года

3. Раннее детство – от 1 до 2 лет

4. Первый период детства – от 3 до 7 лет

5. Второй период детства – от 8 до 12 лет (муж.); от 8 до 11 лет (жен.)

6. Подростковый возраст – от 13 до 16 лет (муж.); от 12 до 15 лет (жен.)

В соответствии с вышеприведенной классификацией все обследованные больные разделены на 3 группы:

I. Первая возрастная группа (первый период детства) – 185 (63,8 %) больных

II. Вторая возрастная группа (второй период детства) – 90 (31,8 %) больных

III. Третья возрастная группа (подростковый возраст) – 15 (5 %) больных.

Из 180 пациентов, перенесших аденотомию и не имеющих сопутствующих заболеваний, в соответствии с возрастной классификацией выделены 3 группы:

1. Группа от 3 до 7 лет – 120 детей, что составило 67 %

2. Группа от 8 до 12 лет – 35 детей, что составило 19,5 %

3. Группа от 13 до 15 лет – 25 детей, что составило 13,5 %

Из 45 больных, перенесших операцию аденотомии и двустороннюю тонзиллотомию в соответствии с возрастной классификацией выделены 3 группы:

1. Группа от 3 до 7 лет – 30 детей, что составило 67 %;
2. Группа от 8 до 12 лет – 15 детей, что составило 33 %;
3. Группа от 13 до 15 лет – 0 детей, что составило 0 %.

Из 35 больных, перенесших операцию аденотомии и миригнотомии (двусторонняя и односторонняя) в соответствии с возрастной классификацией выделены 3 группы:

1. Группа от 3 до 7 лет – 30 детей, что составило 85 %;
2. Группа от 8 до 12 лет – 5 детей, что составило 15 %;
3. Группа от 13 до 15 лет – 0 детей, что составило 0 %.

Из 30 больных, перенесших операцию аденотомии, двустороннюю тонзиллотомию и миригнотомии в соответствии с возрастной классификацией выделены 3 группы:

- I. Группа от 3 до 7 лет – 30 детей, что составило 100 %;
- II. Группа от 8 до 12 лет – 0 детей, что составило 0 %;
- III. Группа от 13 до 15 лет – 0 детей, что составило 0 %.

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из приведенных данных из общего количества прооперированных пациентов, больше половины, а именно 63,5 % были дети, которые перенесли операцию аденотомии: среди них 60 % было мальчиков и 40 % девочек.

В ходе анализа этой группы выявлено, что 62 % (из 290 больных) имели диагноз: аденоиды 3 степени и 38 % имели сопутствующие диагнозы: гипертрофию небных миндалин 3-4 степени, экссудативный средний отит.

Пик операционной активности пришелся на возраст от 3 до 7 лет, что составило 63,8 % от общего числа исследуемой группы. Согласно данным, полученным при рассмотрении группы детей перенесших только аденотомию, можно увидеть, что 120 маленьких пациентов были прооперированы по поводу гипертрофии аденоидов, что составило 67 %.

Высокий показатель – эта возрастная категория показала при рассмотрении оперативных вмешательств с сопутствующей патологией, а именно аденотомию и тонзиллотомию перенесли 30 детей из 45, что составляет 67 %.

Большой результат эта категория детей показала при аденотомии и миригнотомии (односторонней и двусторонней) из 35 детей – 30, что составило 85 %.

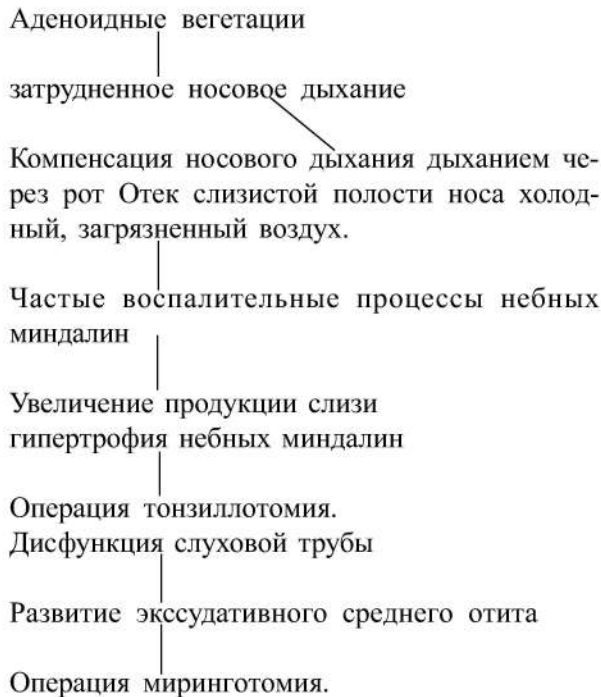
Эта возрастная категория пациентов стала лидерами в группе, где дети перенесли аденотомию, двустороннюю тонзиллотомию и миригнотомию из 30 больных 30, что составило 100 %.

Высокие показатели в возрастной категории от 3 до 7 лет, можно объяснить физиологическими особенностями развития носоглоточной миндалины, в связи с максимальной иммунной нагрузкой в этот возрастной период. Примерно в этом возрасте у ребенка расширяются контакты с окружающей средой и влечет за собой проникновение в организм различных видов бактерий и вирусов. Поэтому аденоиды и небные миндалины защищают организм и гипертрофируются. В данной группе имеется и большее количество осложнений с рядом сопутствующих заболеваний (экссудативные средние отиты). Диагностика и консервативное лечение проведены не в полной мере.

На возраст от 8 до 12 лет приходится 31,2 % от общего числа исследуемой группы. По полученным результатам из 180 детей 35 перенесли аденотомию, это 19,5 %.

Из 45 больных, перенесших операцию – аденотомии и двустороннюю тонзиллотомию имеется у 15 детей, что составило 33 %.

Из 30 детей, которые перенесли миригнотомию и аденотомию составило 5, а именно 15 %. Но в данной категории не было пациентов оперированных по трем нозологиям одновременно, что связано с тем, что на данном возрастном промежутке аденоидные вегетации проходят стадию инволюции – обратное развитие. Причин, по которым не происходит физиологическое сокращение лимфоидной ткани достаточно, но чаще это плохая санация и отсутствие профилактики и приводит к экссудативным средним отитам, гипертрофии небных миндалин (в дальнейшем к хроническим средним отитам и хроническим тонзиллитам). Алгоритм преобразований.



Наименьшее количество операций было в подростковом периоде всего 5 % от общего числа исследуемой группы.

Из числа тех кто имел только гипертрофию аденоидов, а их 180 пациентов, прооперированных в подростковом возрасте 25-13,5 %.

В данном возрасте гипертрофия аденоидов встречается не часто, потому что лимфоидная ткань в норме замещается соединительной тканью. Причинами могут быть аллергические заболевания, эндокринологические нарушения, но чаще всего это длительно протекающие инфекционно-воспалительные заболева-

ния ротоглотки, принимающие хроническую форму. У таких детей имеется постоянный очаг инфекции, препятствующий сокращению глоточной миндалины. И в этом же возрасте чаще встречается хронический тонзиллит, а не гипертрофия небных миндалин, что в свою очередь объясняет отсутствие тонзиллотомий. Отсутствие миринготомий, связано с анатомическими и физиологическими особенностями евстахиевой трубы (в таком возрасте она как у взрослых, становится уже, длиннее и располагается под углом, а не горизонтально как у детей раннего возраста).

В результате данного исследования выявлено, что частота операций по данной нозологии в г. Алматы очень высока. Пик приходится на первый период детства, когда увеличение аденоидов, можно считать физиологической особенностью. Большее количество детей не имели осложнений и прооперированы только по поводу аденоидной вегетации.

Выводы:

1. В первый и второй периоды детства делать операцию аденотомии полагается при наличии только безоговорочных показаний.
2. В подростковом возрасте аденотомия необходима, так как еще не прошла инволюция аденоидов.
3. Профилактические мероприятия по данной патологии проводятся не в полном объеме и приводят к высокому количеству операций. Необходимо проводить масштабные профилактические мероприятия на базах поликлинической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русецкий Ю.Ю., Латышева Е.Н., Полунина Т.А., Арутюнян С.К. Аденотомия и иммунитет // РМЖ. – 2015. № 23. – С. 1413-1415.
2. Нестерова А.А., Юнусова Д.Р. Консервативное лечение гипертрофии аденоидов и аденоидитов (литературный обзор). Оториноларингология. VI Международная студенческая электронная научная конференция "Студенческий научный форум" 15 февраля-31 марта 2014 г. <https://www.scienceforum.ru/2014/724/5794>
3. Абилова Ф. Определение качества жизни ребенка по шкале Ликерта с диагнозом аденоиды Журнал Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. Випуск № 3-2 (51) / Т. 15/2015. – С. 67-70.
4. Будяков С.В. Комплексное лечение экссудативного среднего отита при патологии носоглотки, полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис. канд. мед. наук / С.В. Будяков. Курск, 2002. – 24 с.
5. Приудзе Е. А. Гипертрофия носоглоточной миндалины у детей Вестник Бурятского государственного университета. Випуск № 12/2010. – С. 257-260.

6. Пухлик С.М., Неверт Э.Г., Карнович Д.В. Аденоиды и аллергический ринит // Газета "Новости медицины и фармации". Аллергология и пульмонология – 2011. – № 380. – С. 25-28.
7. Жумабаева А.Н. Дисфункция ринотубарного комплекса, возникающая при применении устройства для промывания носа "Долфин" у пациентов с острым риносинуситом / А. Н. Жумабаева // Российская оториноларингология. – 2013. – № 1. – С. 80-83.
9. Полунин М. М., Титарова Л. С., Полунина Т. А. Комплексная терапия аденоидитов у детей Педиатрическая фармакология. Выпуск № 3. – Т. 9 / 2012. – С. 91-94.
10. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 288 с.
11. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 736 с.
12. Карпова Е.П., Тулунов Д.А. Хронический аденоидит у детей. Пособие для врачей. – М.: 2009. – 53 с.
13. Абасова Л.Г. Патоморфология афферентной иннервации (рецепторов) лимфатического аппарата носоглотки (аденоидных разрастаний). Вестн. оторинолар. – 2003. – № 2. – С. 22-23.
14. Агаджанова С.Н., Цветков Э.А. Особенности физического и психического развития детей, страдающих аденонозиллярной патологией // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – № 2. – С. 3-7.
15. Адо А.Д. Современные направления в учении об аллергии // Патол. физиол. и экспер. терапия. – 1958. – Т.2. – № 5. – С. 3-10.
16. Аллергические болезни у детей. Руководство для врачей / Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. – М.: Медицина, 1998. – 352 с.
17. Аллергические риниты у детей: клиника, диагностика, лечение (Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Ксензова Л.Д., Юхтина Н.В. и соавт.). Мет. рекомендации (№ 3) Комитета здравоохранения Правительства Москвы. – М.: – 2000. – 14 с.
18. Гуцин И.С., Ильина Н.И., Польшнер С.А. Аллергический ринит у детей. Пособие для врачей. М.: – 2002. – 80 с.
19. Альтман Е.М., Фотин А.В., Шустер М.А. Аденоидные разрастания у детей. Мет. рекоменд. – М.: – 1973. – С. 17.
20. Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейрооториноларингология. Руководство для врачей. – СПб. – Гиппократ, 2002. – 728 с.
21. Балаболкин И.И. Аллергические риниты у детей // Аллергология. – 2000. – № 3. – С. 34-38.
22. Балясинская Г.Л. Биопарокс в лечении заболеваний верхних дыхательных путей у детей // По материалам VIII Конгресса педиатров России, М., 18-21 февраля 2003. – 8 с.
23. Батчаев А.С.-у. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения хронических аденоидитов // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – № 1 (29). – С. 43-45.
24. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И. Аллергические риниты и современные методы их медикаментозной терапии в детском возрасте // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1999. – № 3. – С. 17-22.
25. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. – М.: Геотар-Мед, 2001. – 432 с.
26. Богомильский М.Р. Об особенностях аллергических ринитов у детей // Рос. ринология. - 1999. – № 1. – С. 35-37.
27. Борзов Е.В. Хроническая патология носа и глотки у часто болеющих детей дошкольного возраста и ее лечение с применением гелий-неонового лазера: Дис.. канд. мед.наук. – Иваново., 1991. – 177 с.
28. Борзов Е.В. Эндогенная интоксикация у детей с аденоидами // Рос. ринология. – 2001. – № 2. – С. 178.
29. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей //Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – № 1(29). – С. 3-8.

30. Борзов Е.В. Оперативное лечение аденоидов с использованием эндоскопических технологий // Рос. ринология. – 2002. – № 2. – С. 189-190.

31. Борзов Е.В. Факторы риска развития аденоидных вегетаций у детей // Вест. оторинолар. – 2003. – № 2. – С. 22-23.

ТҮЙІН

Аденоидтар – бұл балалар арасында өте жиі кездесетін ауыру. Жұтқыншақ бездердің үлкейуінің себебі және әр түрлі себептер болуы мүмкін. Осы ауруға шалдыққан адамдардың емдеу тәсілі туралы көптеген сан түрлі пікірлер бар. Осы зерттеулердің мақсаты: 100 % анықтау операцияларды орындауға және сипатын бағалау көрсеткіштерінің төмен дифференциалдаға орындылығы.

Балалар ауруларының 854 тарихты зерттеу барысында қалалық клиникалық аурухана базасында № 5 ЛОР бөлімшесінде емделген талданған болатын барлық кезеңінде бойынша 2016 жылғы қазаннан бастап 2017 жылдың қаңтары. Жалпы, түрлі себептермен балаға – 457 53.5 % құрайды, бұл жалпы санының емделген ауруханада жатқан науқастардың бірі – ауру. Жаңа топты 290 адам құрады, бұл балалардың емделген санының 63.5% құрады. Бұл зерттеудің мақсаты Алматы қаласындағы осы ауруға байланысты жедел қызметі және осы оперативті тасілдің керектігін зерттеу. Бұл ауруды зерттеу барысында әр түрлі жастағы алынған және жиі кездесетін аденоидиялардың себебі анализге алынған.

Түйінді сөздер: аденоидиясы, балалардың риносинуситтер, аденоидты вегетациялар, хирургиялық және консервативті тактикалы емдеу, асқынулар.

SUMMARY

Adenoids – the most common disease among children group. The reason of increase of pharyngeal tonsil depends on the different aspects. There are exist many opinions about surveillance exact group of patients from strict rejection and operative intervention to unconditional removed of adenoids. The purpose of the real research was to reveal expediency of an adenotomy and to estimate character of 100% of indications to performance of these operations. During the research were only 854 stories of diseases of the treated children on the basis of city clinical hospital No. 5 in children's the otolaryngology department office during the period from October, 2016 to January, 2017 are analyzed. From the general the hospitalized patients – operated, for various reasons children – 457 that makes 53,5 % of the total number of patients. 290 stories entered into the studied group that made 63,5% of number of the operated children. All age group were taken into account during examination as well as possible reasons of disease.

Key words: adenotomy, rhinosinusitis at children, adenoidvegetation's, surgical and conservative tactics of treatment, a complication.