

ВЛИЯНИЕ АДЕНОТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХАХ

Б.Н. ШАМСИДИНОВ, П.Р. МУХТОРОВА, С.С. ШАЙДОЕВ, Т.Х. ОЛИМОВ, А.А. БЕГОВ, Ш.Ф. ТАГОЙМУРОДОВА

Кафедра оториноларингологии, Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: определить влияние аденотомии на течение воспалительного процесса в гайморовых полостях у детей.

Материал и методы: в течение 3 летнего периода обследованы 162 пациента с хроническим воспалительным процессом в гайморовых пазухах. У этих больных наблюдались гипертрофия миндалин (носоглоточной, небных), хронический тонзиллит. Всем пациентам проведены общеклинические, оториноларингологическое и рентгенологические методы исследования. Эффективность проведённого лечения оценивалась клинически непосредственно, через неделю и через три месяца.

Результаты: после проведённого хирургического лечения состояние детей улучшалось, они выписывались в удовлетворительном состоянии. Через три месяца у 87,7% обследованных наступило полное выздоровление: прекратилось гноетечение из носа, восстановилось носовое дыхание, прекратились головные боли. У 3,7%, несмотря на лечение, периодически возникал катаральный ринит, рентгенологически воспалительный процесс в пазухах отсутствовал. И у 8,6% улучшения состояния не отмечалось ни клинически, ни рентгенологически, что, по-видимому, было связано со снижением иммунных сил организма. Этим пациентам, после выполненного оперативного лечения были проведены пункция и катетеризация гайморовой пазухи, ежедневные промывания, что способствовало в последующем стойкой ремиссии.

Заключение: изменения в гайморовых полостях у детей, страдающих аденоидными разращениями, встречаются довольно часто. Своевременное удаление аденоидных разращений имеет большое профилактическое значение, так как предотвращает развитие воспалительного процесса в гайморовых полостях. В случае, если аденотомия не даёт эффекта, необходима пункция гайморовой полости с последующим консервативным лечением. Если же и это не приводит к выздоровлению, то показана операция на гайморовой пазухе.

Ключевые слова: аденоиды, лимфоглоточное кольцо Вальдейра-Пирогова, гайморит.

Для цитирования: Шамсидинов БН, Мухторова ПР, Шайдоев СС, Олимов ТХ, Бегов АА, Тагоймуродова ШФ. Влияние аденотомии на течение воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах. *Вестник Авиценны*. 2018;20(4):347-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-347-350>

INFLUENCE OF ADENOTOMY ON THE COURSE OF THE INFLAMMATORY PROCESS IN THE MAXILLARY SINUSES

B.N. SHAMSIDINOV, P.R. MUKHTOROVA, S.S. SHAYDOEV, T.KH. OLIMOV, A.A. BEGOV, SH.F. TAGOYMURODOVA

Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: To determine the influence of adenotomy on the course of the inflammatory process in the maxillary sinuses in children.

Methods: During the three-year period, examined 162 patients with the chronic inflammatory process in the maxillary sinuses. Hypertrophy of the tonsils (nasopharyngeal, palatine), chronic tonsillitis was observed in these patients. All patients underwent general clinical, otorhinolaryngological, and radiological methods of investigation. The effectiveness of the treatment was evaluated clinically immediately after a week and after three months.

Results: After surgical treatment, the condition of the children improved, they were discharged in a satisfactory condition. After three months, 87.7% of the patients underwent a full recovery: the suppuration from the nose stopped, nasal breathing was restored, and headaches stopped. In 3.7%, despite the treatment, catarrhal rhinitis periodically occurred, the radiological process in the sinuses was absent. And in 8.6% of the improvement of the condition was not observed either clinically or radiographically, that, apparently, was due to the reduction of the immune forces of the body. After these surgical procedures, puncture and catheterization of the maxillary sinus and daily rinsing were carried out to these patients, which contributed to the subsequent stable remission.

Conclusions: Changes in the maxillary cavities in children suffering from adenoid tumours occur quite often. The timely removal of adenoid cavities is of great prophylactic value since it prevents the development of the inflammatory process in the maxillary cavities. If the adenotomy does not give effect, the puncture of a maxillary sinus with the subsequent conservative treatment is necessary. If this does not lead to recovery, then the operation on the maxillary sinus is indicated.

Keywords: Adenoids, Waldeyer's tonsillar ring, antritis.

For citation: Shamsidinov BN, Mukhtorova PR, Shaydov SS, Olimov TKh, Begov AA, Tagoymurodova ShF. Vliyaniye adenotomii na techeniye vospalitel'nogo protsessa v verkhnechelyustnykh pazukhakh [Influence of adenotomy on the course of the inflammatory process in the maxillary sinuses]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2018;20(4):347-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-347-350>

ВВЕДЕНИЕ

Диагноз воспаления верхнечелюстной пазухи у детей ставится, фактически, на основании рентгенологических данных. Анамнез, характер слизистого отделяемого из носа в большинстве случаев могут иметь лишь относительное диагностическое значение, так как дети обычно никаких жалоб не предъявляют, а

родители указывают на постоянные выделения из носа, затруднение носового дыхания, особенно по ночам, беспокойный сон и вялость ребёнка; риноскопические данные не характерны: нижние носовые раковины обычно набухшие, носовые ходы заполнены большим количеством слизистого отделяемого [3].

Наблюдения показали, что у детей, страдающих гипертрофией носоглоточной миндалины, нередко имеется и гайморит,

выраженный в той или иной степени. При наличии аденоидных разражений нос и глотка разобщены, и отделяемое, задерживающееся в носовой полости, легко попадает в гайморову пазуху, особенно при сморкании, поскольку давление воздуха в ней понижено. Кроме того, аденоидные разражения вызывают венозный застой, набухание слизистой оболочки носа и придаточных полостей, сужение их выводных отверстий, что способствует возникновению заболевания придаточных полостей [4-8]. Для предотвращения развития воспалительного процесса в гайморовых пазухах необходимо восстановить нормальную функцию носа: иными словами, при наличии аденоидных разражений необходимо, в первую очередь, их удалить. Развитие и течение воспаления верхнечелюстных пазух зависит также от состояния реактивности детского организма и повышенной чувствительности к некоторым инфекциям [9-11]. Некоторые авторы придают большое значение аденоидным разражениям в происхождении гайморитов у детей и рекомендуют удалять их во всех случаях независимо от степени гипертрофии. Они считают, что чем раньше устраняется причина нарушения носового дыхания, тем благоприятнее результаты [5, 6].

К пункциям и оперативному вмешательству на гайморовой полости у детей нужно подходить с большой осторожностью, учитывая особенности строения лицевого скелета, находящегося ещё в периоде роста и развития. Наличие двойного ряда зубов (молочных и постоянных), травмирование которых при операции на гайморовой полости может вызвать временную, а, в некоторых случаях, и постоянную потерю чувствительности зубов на оперированной стороне, вследствие чего в дальнейшем возникают проблемы с периодонтом и пульпой без последующей регенерации [12-16].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить значение аденомотомии на течение воспалительного процесса в гайморовых полостях у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2013 по 2016 г.г. из общего числа детей, поступивших в детское ЛОР отделение для оперативного лечения по поводу аденоидных разражений, гипертрофии миндалин или хронического тонзиллита, у 162 человек было выявлено заболевание гайморовых полостей. В период пребывания в стационаре детям проведено общеклиническое, оториноларингологическое и рентгенологическое обследование. Эффективность проведённой терапии оценивалась клинически непосредственно во время, через неделю и через три месяца после лечения.

Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики с вычислением качественных показателей в виде долей (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из общего числа детей с аденоидными разражениями, гипертрофией миндалин или хроническим тонзиллитом, поступивших в стационар, у 162 было выявлена патология гайморовых полостей, что составило 2%. Ранее у них был диагностирован хронический ринит, по поводу чего проводилось консервативное лечение (медикаментозное, климатическое и физиотерапевтическое), не давшее должного эффекта. Все дети были в возрасте от 5 до 14 лет: 5-8 лет (n=65), 9-11 лет (n=64) и 12-14 лет (n=33); в том числе мальчиков – 98 и девочек – 64. При поступлении жа-

лобы сводились, в основном, к явлениям хронического ринита: выделения из носа, затруднение носового дыхания, головная боль, вялость и быстрая утомляемость.

При передней риноскопии у 63 детей была выявлена умеренная набухлость нижних носовых раковин, отмечалось большое количество слизи в носовых ходах. У 82 человек обнаружены резко выраженные катаральные явления – сильный отёк нижних носовых раковин, обильное слизистое отделяемое, у 17 больных, кроме того, наблюдалась отёчность передних концов средних носовых раковин и обильное слизисто-гнойное отделяемое. У всех детей носовое дыхание было резко затруднено. При задней риноскопии аденоидные разражения II степени выявлены у 98 человек, III степени – у 64. При осмотре зева гипертрофия нёбных миндалин выявлена у 53 детей, хронический тонзиллит – у 37. У 72 детей имела место гипертрофия носоглоточной миндалины, у 53 – гипертрофия носоглоточной и нёбных миндалин, а у 37 – гипертрофия носоглоточной миндалины с хроническим тонзиллитом.

На рентгенограммах у 78 детей обнаружено двухстороннее гомогенное затемнение гайморовых полостей, у 23 – односторонний процесс и у 61 – понижение их прозрачности.

Из 162 детей 72 подверглись аденомотомии, 53 – аденомотомии и тонзиллотомии и 37 – аденомотомии и тонзиллэктомии. После проведения соответствующего оперативного лечения больные в удовлетворительном состоянии выписывались из стационара. В ближайшем и отдалённом периодах после операции никакие медикаментозные средства и физические методы лечения не применялись.

Через 3-10 месяцев после операции дети были обследованы повторно. Из 162 человек у 142 (88%) наступило полное выздоровление: прекратились выделения из носа, исчез отёк носовых раковин, восстановилось носовое дыхание, головные боли прекратились, пневматизация гайморовых полостей восстановилась (по данным рентгенограммы). У 6 (4%) детей периодически возникал катаральный ринит, но рентгенологически пневматизация гайморовых полостей была нормальной. Только у 14 (9%) оперированных не наблюдалось улучшения ни при клиническом, ни при рентгенологическом обследовании; они предъявляли те же жалобы, что и при поступлении. У этих детей при пункции гайморовых полостей получен гнойный экссудат; под влиянием последующих лечебных мероприятий (повторных пункций гайморовых полостей, медикаментозного и физического методов лечения) 13 детей выздоровели, и только одному была произведена двухсторонняя гайморотомия.

В качестве иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни. Больная С., 10 лет, поступила в ЛОР отделение с жалобами на затруднённое носовое дыхание и выделения из носа, имевшие место с пятилетнего возраста, а в семь лет у неё появились головные боли и утомляемость. После проведённого лечения по поводу хронического ринита (медикаментозное и физическими методами) улучшения не наступило. Передняя риноскопия: резкая отёчность нижних носовых раковин, носовые ходы заполнены слизистым отделяемым, носовое дыхание затруднено. Слизистая оболочка глотки не изменена, нёбные миндалины выступают из-за дужек, рыхлые; патологического секрета в лакунах нет. Аденоидные разражения почти полностью закрыты хоаны. На рентгенограмме обе гайморовы полости гомогенно затемнены. СОЭ – 5 мм в час, лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$, сдвига в формуле нет. Произведена аденомотомия. Через 8 месяцев носовое дыхание свободное, носовые раковины не изменены, выделений из носа нет, головные боли прекратились. Общее

состояние больной улучшилось. На рентгенограмме пневматизация обеих гайморовых полостей нормальная. После операции консервативное лечение не проводилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменения в гайморовых полостях у детей, страдающих аденоидными разращениями, встречаются довольно часто. Сво-

временное удаление аденоидных разращений имеет большое профилактическое значение, так как предотвращает развитие воспалительного процесса в гайморовых полостях. В случае, если аденотомия не дает эффекта, показана пункция гайморовой полости с последующим консервативным лечением. Если же и это не приводит к выздоровлению, показана операция на гайморовой пазухе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова ВП, Пискунов ГЗ. Миндалины и аденоиды. *Российская ринология*. 2000;1:43-5.
2. Пальчун ВТ, Михайлова ЛМ, Гуров АВ, Мужичкова АВ. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе. *Вестник оториноларингологии*. 2011;2:5-7.
3. Крюков АИ, Клименко КЕ, Шемякин СО, Федоткина КМ. Междисциплинарный подход в лечении хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита. *Российская оториноларингология*. 2016;3:186-7.
4. Пужаев СИ. Денситометрия рентгеновского изображения в диагностике параназальных синуситов. *Российская ринология*. 2015;1:114-8.
5. Климова ИИ, Аристова-Боровикова ОВ. Факторы риска и особенности риносинусита в сочетании с патологией глоточной миндалины у детей. *Российская оториноларингология*. 2016;6:61-5.
6. Юнусов АС, Рыбалкин СВ. Тактика хирургического лечения хронического риносинусита в детском возрасте. *Российская оториноларингология*. 2008;2:174-7.
7. Feldt B. Acute sinusitis. *South Med J*. 2013;106(10):577-81.
8. Сирак СВ, Слётов АА, Локтионова МВ, Локтионов ВВ, Соколова ЕВ. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита, возникающего после эндодонтических вмешательств. *Пародонтология*. 2008;3:14-8.
9. Быкова ВП. Новые аргументы в поддержку органосохраняющего направления при лечении аденоидов у детей. *Детская оториноларингология*. 2013;2:18-22.
10. Бизунков АБ, Медведев МН. Хронический аденоидит и отдалённые результаты аденотомии. *Российская оториноларингология*. 2008;2:12-7.
11. Марочко СП, Чаукина ВА, Кисалев АБ. Возможности консервативного лечения хронического аденоидита у детей с респираторным аллергозом. *Российская оториноларингология*. 2008;2:82-7.
12. Щеглов АН, Козлов ВС. Эндоскопическая хирургия верхнечелюстных пазух через минидоступ. *Российская ринология*. 2009;2:305-7.
13. Починина НХ, Федин АВ. Особенности клиники и лечения синуситов, протекающих на фоне инфекционной аллергии. *Российская оториноларингология*. 2008;3:315-7.
14. Лучихин ЛА, Магомедов ММ, Адрианова МВ. Комплекс «Dolphin» в лечении воспалительных заболеваний носа и ОНП. *Российская оториноларингология*. 2007;Прил.:317-21.
15. Ашуров ГГ, Исмоилов АА, Каримов БМ. Эффективность лечения хронического пародонтита у больных с межсистемным нарушением. *Научно-практический журнал ТИПМК*. 2014;1:6-9.
16. Икромов МК, Давлатов ДШ, Назирмадова МБ, Абдухалилов АА. Оценка эффективности эндоскопической синусотомии при хронических полипозных риносинуситах по данным ЛОР клиники ГУ «Национальный медицинский центр» РТ. *Вестник Авиценны*. 2017;19(1): 63-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-1-63-67>.

REFERENCES

1. Bykova VP, Piskunova GZ. Mandaliny i adenoidy [Tonzills and adenoids]. *Rossiyskaya rinologiya*. 2000;1:43-5.
2. Palchun VT, Mikhaylova LM, Gurov AV, Muzhichkova AV. Osobennosti formirovaniya khronicheskogo vospaleniya v verkhnechelyustnoy pazukhe [Features of the formation of chronic inflammation in the maxillary sinus]. *Vestnik otorinolaringologii*. 2011;2:5-7.
3. Kryukov AI, Klimenko KE, Shemyakin SO, Fedotkina KM. Mezhdistitsiplinarnyy podkhod v lechenii khronicheskogo odontogenno verkhnechelyustnogo sinusita [Interdisciplinary approach in the treatment of chronic odontogenic maxillary sinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2016;3:186-7.
4. Puzhaev SI. Densitometriya rentgenovskogo izobrazheniya v diagnostike paranasal'nykh sinusitov [Densitometry of the X-ray image in the diagnosis of paranasal sinusitis]. *Rossiyskaya rinologiya*. 2015;1:114-8.
5. Klimova II, Aristova-Borovikova OV. Faktory riska i osobennosti rinosinusita v sochetanii s patologiyey glotochnoy mindaliny u detey [Risk factors and features of rhinosinusitis with concomitant pathology of pharyngeal gland in children]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2016;6:61-5.
6. Yunusov AS, Rybalkin SV. Taktika khirurgicheskogo lecheniya khronicheskogo rinosinusita v detskom vozraste [Tactics of surgical treatment of chronic rhinosinusitis in childhood]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2008;2:174-7.
7. Feldt B. Acute sinusitis. *South Med J*. 2013;106(10):577-81.
8. Sirak SV, Slyotov AA, Loktionova MV, Loktionov VV, Sokolova EV. Diagnostika, lechenie i profilaktika verkhnechelyustnogo sinusita, voznikayushchego posle endodonticheskikh vmeshatel'stv [Diagnosis, treatment and prevention of maxillary sinusitis arising after endodontic interventions]. *Parodontologiya*. 2008;3:14-8.
9. Bykova VP. Novye argumenty v podderzhku organosokhranyayushchego napravleniya pri lechenii adenoidov u detey [New arguments in support of organ-preserving direction in the treatment of adenoids in children]. *Detskaya otorinolaringologiya*. 2013;2:18-22.
10. Bizunkova AB, Medvedev MN. Khronicheskii adenoidit i otdalyonnye resul'taty adenotomii [Chronic adenoiditis and long-term results of adenotomy]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2008;2:12-7.
11. Marochko SP, Chaukina VA, Kisalev AB. Vozmozhnosti konservativnogo lecheniya khronicheskogo adenoidita u detey s respiratornym allergozom [Possibilities of conservative treatment of chronic adenoiditis in children with respiratory allergosis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2008;2:82-7.
12. Shcheglov AN, Kozlov VS. Endoskopicheskaya khirurgiya verkhnechelyustnykh pazukh cherez minidostup [Endoscopic surgery of the maxillary sinuses through the mini-access]. *Rossiyskaya rinologiya*. 2009;2:305-7.
13. Pochinina NK, Fedin AV. Osobennosti kliniki i lecheniya sinusitov, protekayushchikh na fone infektsionnoy allergii [Features of the clinic and the treatment of sinusitis, taking place against the background of infectious allergies]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2008;3:315-7.
14. Luchikhin LA, Magomedov MM, Adrianova MV. Kompleks «Dolphin» v lechenii vospalitel'nykh zabolevaniy nosa i ONP [Complex «Dolphin» in the treatment of inflammatory diseases of the nose and ONP]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2007; Pril.:317-21.
15. Ashurov GG, Ismoilov AA, Karimov BM. Effektivnost' lecheniya khronicheskogo parodontita u bol'nykh s mezhsistemnym narusheniem [Efficiency of chronic parodontitis treatment in patients with inter-systemic impairment]. *Nauchno-prakticheskii zhurnal TIPPMPK*. 2014;1:6-9.
16. Ikromov MK, Davlatov DSh, Nazirmadova MB, Abdukhalilov AA. Otsenka effektivnosti endoskopicheskoy sinusotomii pri khronicheskikh polipoznykh rinosinusitakh po dannym LOR kliniki GU «Natsional'nyy meditsinskiy tsentr» RT. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2017;19(1):63-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-1-63-67>.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шамсидинов Бобоназар Насридинович, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой оториноларингологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Мухторова Парвина Рахматовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Шайдоев Сухроб Сафаралиевич, старший лаборант кафедры оториноларингологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Олимов Тоджидин Холович, ассистент кафедры оториноларингологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Бегов Абдурасул Авзалович, ассистент кафедры оториноларингологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Тагоймуродова Шифо Файзовна, лаборант кафедры оториноларингологии Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович
кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой оториноларингологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сомони, 59/1
Тел.: +992 (917) 441744
E-mail: bobonazar_67@mail.ru

И AUTHOR INFORMATION

Shamsidinov Bobonazar Nasridinovich, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Mukhtorova Parvina Rakhmatovna, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Shaydoyev Sukhrob Safaralievich, Senior Laboratory Assistant, Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Olimov Todzhidin Kholovich, Assistant of the Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Begov Abdurasul Avzalovich, Assistant of the Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Tagoymurodova Shifo Fayzovna, Laboratory Assistant, Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Shamsidinov Bobonazar Nasridinovich
Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Somoni Ave., 59/1
Tel.: +992 (917) 441744
E-mail: bobonazar_67@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ШБН, МПР, ТШФ
Сбор материала: ШСС, ОТХ, БАА
Статистическая обработка данных: ШСС, ОТХ, БАА
Анализ полученных данных: ШБН, МПР, ТШФ
Подготовка текста: ШБН, ШСС, ОТХ, БАА
Редактирование: ШБН, МПР, ТШФ
Общая ответственность: ШБН

Submitted 02.04.2018
Accepted 05.11.2018

Поступила 02.04.2018
Принята в печать 05.11.2018