

На правах рукописи

ИЛЬИНСКИЙ СЕРГЕЙ ЕРВАНДОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
НОСОГЛОТКИ У ВЗРОСЛЫХ**

14.01.03 – болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2010

Работа выполнена в Федеральном Государственном Учреждении «Учебно-научный медицинский центр» Управления Делами Президента РФ и на базе ЛОР отделения клиники «Атлант-Мед» (клиника доктора Михайлова, Алматы, Казахстан).

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Козлов Владимир Сергеевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Носуля Евгений Владимирович

доктор медицинских наук

Русецкий Юрий Юрьевич

Ведущее учреждение:

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет

Защита диссертации состоится «6» апреля 2010 г. в 10 часов, на заседании диссертационного совета Д.208.071.03 при ГОУ ДПО «Российская Медицинская Академия Последипломного Образования» Росздрава по адресу: 123995, г.Москва, ул. Баррикадная, д.2/1.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ГОУ ДПО РМАПО Росздрава (125445, г.Москва, ул. Беломорская, д.19)

Автореферат разослан «4» марта 2010 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

Мосин И.М.

2010 А
10533

Общая характеристика работы.

Актуальность темы: Гипертрофия глоточной миндалины (ГМ) как определенная нозологическая форма была подробно описана еще в 1873г. датским оториноларингологом Мейером В., которому и принадлежит термин «Аденоидные разращения». Гипертрофия ГМ является наиболее частой причиной носовой обструкции у детей. По данным Цветкова Э.А. (1996) аденоиды встречаются у 45% детей дошкольного возраста. До настоящего времени считается, что к периоду полового созревания происходит инволюция аденоидных вегетаций (АВ) (Кмита С., 1971; Исхаки Ю.Б., 1985; Солдатов И.Б., 1994; Плужников М.С., 2002; Цветков Э.А., 2003). Данный постулат формирует у врача мнение, что у взрослых аденоидов быть не должно. Однако, внедрение новых диагностических технологий, таких как оптическая эндоскопия и компьютерная томография привело к достаточно частому выявлению гипертрофии глоточной миндалины у взрослых, что ставит под сомнение вывод о ее возрастной инволюции. Интересен и тот исторический факт, что впервые аденоидные вегетации были обнаружены и описаны Мейером В. у взрослого человека. Первая операция по удалению аденоидов была выполнена им в 1867г девушке 22 лет с типичными симптомами аденоидита и гнойного отита, после безуспешного, традиционного по тем временам, консервативного лечения.

Влияние заболеваний глоточной миндалины на состояние полости носа и околоносовых пазух хорошо изучены в детской практике (Лихачев А.Г., 1963; Козлов М.Я., 1984; Ковалева Л.М., 1995). Однако сведения о распространенности гипертрофии глоточной миндалины и воздействии данной патологии на околоносовые пазухи (ОПП) у взрослых пациентов скудно освещаются в современной литературе (Химичева Е.В., 1997). Нет однозначного ответа на вопрос: почему у одних детей происходит

РОС. НАЦИОНАЛЬНАЯ
БИБЛИОТЕКА
С.-Петербург
ОЭ 200 окт 422

физиологическая инволюция глоточной миндалины, а у других нет; воздействие каких внешних и внутренних факторов поддерживает и стимулирует гипертрофию аденоидных вегетаций во взрослом состоянии. На современном этапе доказана важнейшая роль глоточной миндалины у детей как иммунокомпетентного органа (Быкова В.П.с соавт., 2000). Однако какую роль она играет в жизнедеятельности взрослого человека, где заканчивается норма и начинается патология в этом сложном вопросе остается невыясненным. 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 у детей (Сенченко Л.С., Флигинских Н.А., 1991; Bernstein J.M., 2001). Поэтому в детском возрасте большинство авторов предлагают включать аденотомию в комплекс лечебных мероприятий при хронических и рецидивирующих синуситах (Юнусов А.С., Быкова В.П., 1988; Bluestone C.D., 1992; Vandenberg S.J., Heatley D.G., 1997). У взрослых пациентов недостаточно изучено влияние аденоидов на состояние околоносовых пазух и среднего уха, хотя большое значение аденотомии в подготовке к тимпанопластике у пациентов данной возрастной категории, отмечалось некоторыми авторами (Протасевич Г.С., 1999).

В современной литературе большинство публикаций, касающихся патологии носоглотки у взрослых, посвящены онкологическим заболеваниям. По данным Павлова А.С., Стиоп Л.Д. (1985), Огольцовой Е.С. (1984), Chong V.F. et al. (1995) новообразования носоглотки по отношению к прочим опухолям составляют от 0,5 до 8%. В связи с этим онкологическая настороженность в настоящее время остается очень актуальной проблемой. Решение этой проблемы необходимо начинать с совершенствования методов

ранней диагностики, разработки определенных диагностических алгоритмов выявления опухолевых и воспалительных заболеваний носоглотки.

Носоглотка – один из основных уровней обструкции дыхательных путей и поэтому кисты и гиперпластические процессы в этой области часто бывают причиной синдрома ночного апноэ (Fairbanks D.N.F., Fujita S., 1994). Неопухолевые заболевания носоглотки отражены в работах посвященных храпу и синдрому обструктивного апноэ сна (Шелудченко Т.П., 2002), патологии трубных валиков и миндалин (Лопатин А.С., 1998, 2000; Бобошко М.Ю., 2003). Нельзя не отметить значение работ, выполненных в различные годы и посвященных аденоидам у взрослых следующими авторами: Михалкин Н.П., 1940; Гольштейн М.А., 1957; Псахис Б.И., 1976; Эфендеев М.М., 1986; Химичева Е.В., 1997; Протасевич Г.С. с соавт., 1999; Волков А.Г. с соавт., 1999; Cassab E., 1964; Frenkiel S. et al., 1980; Kamel R.H. et al., 1990. Вместе с тем, современный этап оториноларингологии ознаменован широким внедрением эндоскопии и компьютерной томографии, обеспечивающим более высокий уровень диагностики, отвечающий принципам доказательной медицины.

Таким образом, в настоящее время необходимо расширить представления о хронических воспалительных заболеваниях носоглотки у взрослых, современных методах их диагностики и лечения. Основной принцип философии любой науки - познавать, чтобы понимать; понимать, чтобы предупреждать; предупреждать – значит иметь силу (Конт О., 1906).

Цель исследования: повышение клинической эффективности диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки у взрослых.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность гипертрофии глоточной миндалины у взрослых с длительным нарушением носового дыхания.

2. Исследовать влияние аденоидов на состояние среднего уха и околоносовых пазух у взрослых.

3. Изучить возможности метода компьютерной томографии (КТ) в диагностике хронических воспалительных заболеваний носоглотки у взрослых.

4. Разработать алгоритм диагностики хронических заболеваний носоглотки у взрослых.

5. Исследовать особенности гистологического строения аденоидных вегетаций в различных возрастных группах у детей и взрослых.

6. Разработать тактику хирургического лечения больных воспалительными заболеваниями носоглотки с учетом сопутствующей патологии полости носа, ОНП и среднего уха.

Научная новизна

1. Впервые определена частота встречаемости гипертрофии глоточной миндалины у взрослых с хроническим нарушением носового дыхания.

2. Впервые изучены особенности гистологического строения аденоидных вегетаций в различных возрастных группах.

3. Показано значение гипертрофии глоточной миндалины в патогенезе патологических состояний среднего уха и околоносовых пазух у взрослых пациентов.

4. Изучены и описаны особенности диагностики различных хронических воспалительных заболеваний носоглотки (аденоидные вегетации, сумка Торнвальдта) методом компьютерной томографии.

Практическая значимость

Предложен диагностический алгоритм выявления патологии носоглотки у пациентов с хроническим нарушением носового дыхания. Продемонстрирована необходимость предоперационной гистологической верификации патологических состояний носоглотки. Разработана тактика хирургического лечения воспалительных и гипертрофических заболеваний

носоглотки. Обоснована целесообразность одномоментного хирургического лечения патологических состояний полости носа, ОНП и носоглотки у взрослых.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Физиологическая инволюция глоточной миндалины в период полового созревания происходит не у всех детей. Применение оптической эндоскопии носоглотки в качестве скрининг-метода позволило выявить аденоиды у 18,78% взрослых пациентов с жалобами на длительное нарушение носового дыхания.

2. Гипертрофия глоточной миндалины и ее хроническое воспаление оказывают патологическое влияние на состояние околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха у взрослых.

3. Морфологическое строение аденоидных вегетаций у взрослых и детей имеет существенные отличия.

4. Предложенный диагностический алгоритм позволяет выявить патологию носоглотки у взрослых, провести ее дифференциальную диагностику.

Внедрение результатов исследования

Предложенный алгоритм диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки у взрослых внедрен в практическую работу ЛОР отделения Научного Центра Хирургии им.Сызганова (г.Алматы, Казахстан), ЛОР отделения Ярославской областной клинической больницы, ЛОР отделения клиники доктора Михайлова (г.Алматы, Казахстан).

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации доложены на VI конгрессе Российского общества ринологов (г.Санкт-Петербург, 2005г); I Международной конференции молодых оториноларингологов и II национальном конгрессе ринологов Казахстана (г.Шымкент-Туркестан, 2005г); на Weill Cornell ENT Seminar (Зальцбург, 2006г); конференции с международным участием

«Современные проблемы снижения слуха и глухоты. Диагностика и реабилитация пациентов» (г.Суздаль, 2006г); IV Международной Консенсусной конференции по полипозному риносинуситу (г.Москва,2006г); XXI конгрессе Европейского общества ринологов и XXV Международном симпозиуме «Инфекция и аллергия носа» (Тампере, Финляндия, 2006); конференции с Международным участием к 15-ти летию клиники доктора Михайлова (г.Алматы, 2007г); VI Всероссийской ежегодной конференции оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» (г.Москва,2007); на Weill Cornell ENT Seminar (Зальцбург, 2008г); XXII конгрессе Европейского общества ринологов и XXVII Международном симпозиуме «Инфекция и аллергия носа» (Крит, Греция, 2008); заседаниях научно-практического общества оториноларингологов Казахстана (г.Алматы, 2005-2009гг).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ, из них 3 – в центральных рецензируемых изданиях, определенных ВАК РФ, 2 – за рубежом.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 166 страницах и состоит из введения, 6 глав, общего заключения, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 230 библиографических источников, в том числе 112 работ отечественных и 118 - зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 44 рисунками и 22 таблицами.

Содержание работы

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели были обследованы 607 пациентов в возрасте от 15 до 56 лет включительно, которые обратились на амбулаторном приеме с жалобами на затруднение носового дыхания более 3 месяцев. Среди них было 197 (32,5%) женщин, 410 (67,5%) мужчин. Во время скринингового эндоскопического исследования у

118 (19,4%) пациентов выявлены патологические изменения со стороны носоглотки. Из них у 114 больных была диагностирована гипертрофия глоточной миндалины, что составило 18,78%. Данные пациенты вошли в основную группу А. У 2 пациентов выявлена нагноившаяся сумка Торнвальдта, у 1 больного папиллома дорсальной поверхности мягкого неба, обтурирующая хоаны и в 1 случае низкодифференцированный лимфоэпителиальный рак. Среди пациентов группы А под нашим наблюдением находились 71 (62,3%) мужчина и 43 (37,7%) женщины. Учитывая широкий возрастной диапазон, пациенты основной группы были разделены на 4 подгруппы: 15-20 лет, 21-30 лет, 31-40 и 41-56 лет. Изучая распространенность гипертрофии ГМ в возрастном аспекте, были получены следующие данные: из 179 пациентов возрастной группы 15-20 лет аденоидные вегетации были выявлены у 54 (30,2%); из 167 больных 21-30 лет у 33 (19,8%); из 110 пациентов в возрасте 31-40 лет у 15 (13,6%); среди 151 пациента 41-56 лет у 12 (7,9%). Таким образом, аденоидные вегетации выявлены во всех возрастных группах у взрослых, однако, частота встречаемости данной патологии достоверно уменьшается с возрастом ($p < 0,05$). Пациенты группы А имели различную степень гипертрофии ГМ: 1 степени аденоиды были диагностированы у 31 (27,2%) больного, 2 степени у 44 (33,8%) пациентов и 3 степени у 39 (34,2%) больных. Контрольную группу Б составили 30 детей в возрасте от 3 до 15 лет, с типичными признаками аденоидита, которым была выполнена плановая аденотомия по поводу гипертрофии аденоидных вегетаций 2-3 степени. Группа детей использовалась в качестве контрольной при проведении сравнительного анализа гистологической картины удаленных аденоидов со взрослыми пациентами.

Протокол обследования пациентов группы А включал стандартный осмотр оториноларинголога, эндоскопическое исследование, компьютерную томографию полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, биопсию

выявленного образования носоглотки на дооперационном этапе и послеоперационное морфологическое исследование удаленных аденоидов, акустическую импедансометрию (в объеме тимпанометрии) и тональную пороговую аудиометрию.

Анализ жалоб взрослых пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки позволил выделить патогномичный симптомокомплекс, включающий жалобы на затруднение носового дыхания, постназальные выделения, храп, длительное использование деконгестантов и заложенность в ушах. Заложенность в ушах беспокоила 26 (22,8%) пациентов, в то время как все остальные выше перечисленные симптомы встретились более, чем у 50% обследованных больных. По данным, проведенного нами исследования, 69 (60,5%) пациентов имели продолжительный анамнез заболевания (более 10 лет) и многие отмечали наличие ЛОР проблем с детства, с временным эффектом от консервативной терапии. 37 (32,4%) пациентов ранее перенесли различные оперативные вмешательства в полости носа и носоглотке. Из них аденотомия в детском возрасте была выполнена у 12 больных, причем у 4 пациентов дважды. Наличие продолжительного анамнеза и неэффективность предшествующего хирургического лечения указывают на гиподиагностику аденоидных вегетаций у взрослых.

При стандартном ЛОР осмотре визуализация аденоидных вегетаций была возможна у 74 (64,9%) пациентов и только после продолжительной анемизации слизистой оболочки полости носа. Затруднение обзора глубоких отделов полости носа при передней риноскопии было связано с наличием у больных деформации перегородки носа, гипертрофического ринита, отека слизистой носовых раковин. Симптомы хронического аденоидита – слизистое и гнойное отделяемое по задней стенке глотки во время фарингоскопии определялись наиболее постоянно – у 93 (81,6%) пациентов. В 49 (42,9%) случаях наблюдались явления гранулезного фарингита и в 36 (31,6%) случаев

хронического тонзиллита. Признаки хронического тонзиллофарингита наиболее часто диагностировались у больных в возрастных группах 15-20 и 21-30 лет. По данным отоскопии патология со стороны барабанной перепонки определялась у 25 (21,9%) пациентов и проявлялась в виде склеротических и рубцовых изменений, втяжений и ретракционных карманов, дефектов перепонки и наличия экссудата в полости среднего уха. Достоверно чаще указанные изменения выявлялись у пациентов с АВ 3 степени – 16 (41%), чем у больных с аденоидами 1 степени – 2 (6,5%) ($p < 0,05$). Совокупность данных, полученных при первичном осмотре, позволила заподозрить патологию носоглотки и определить тактику дальнейших диагностических мероприятий.

Оптическая эндоскопия полости носа и носоглотки осуществлялась эндоназальным доступом (Пискунов Г.З., Лопатин А.С., 1992) с применением ригидных риноскопов фирмы Karl Storz диаметром 4,0 мм и 2,7 мм, с оптикой 0 град. Сопутствующая патология внутриносовых структур у пациентов группы А в виде деформации перегородки носа выявлена по данным эндоскопии у 85 (74,6%) пациентов и со стороны средних носовых раковин у 25 (21,9%) больных. Интересно отметить, что у пациентов с гипертрофией ГМ 3 степени искривление перегородки носа диагностировалось достоверно чаще ($p < 0,05$). Так среди пациентов с АВ 1 степени искривление перегородки носа выявлено у 18 (58,5%), с АВ 2 степени у 33 (75%), с АВ 3 степени у 34 (87,2%) больных. Было отмечено также, что у пациентов с аденоидами 2 и 3 степени, чаще встречается такие виды деформации, которые оказывают существенное влияние на носовое дыхание. Отделяемое в среднем носовом ходе обнаружено у 27 (23,7%) пациентов, 18 из них имели аденоиды 3 степени. Во время трансназального эндоскопического исследования у 14 (12,3%) пациентов диагностировался хоанальный синдром аденоидных вегетаций, который характеризовался смещением части миндалины из носоглотки через хоаны в

задние отделы полости носа при фонации. У 90 (78,9%) больных в носоглотке выявлялось слизистое и гнойное отделяемое.

Большим разнообразием отличалась визуальная картина гипертрофированной ГМ и ее отношение к трубному валику. 7 пациентов имели казеозные пробки, 4 больных нагноившиеся фолликулы и микрокисты в ткани миндалин, у 11 определялся патологический налет на поверхности. Трубный валик выглядел изолированным от аденоидных вегетаций у 42 (36,8%) пациентов (31 больной с АВ 1 степени и 11 с АВ 2 степени), у 54 (47,4%) выявлен контакт АВ с трубными валиками (31 больной с АВ 2 степени и 23 пациента с АВ 3 степени). У 18 (15,8%) пациентов выявлено частичное или полное закрытие устьев слуховых труб (2 больных с АВ 2 степени и 16 больных с АВ 3 степени).

Важным моментом дифференциальной диагностики является проведение эндоскопической прицельной биопсии выявленного образования. Проведение морфологического исследования на этом этапе позволило подтвердить диагноз аденоидных вегетаций у взрослых, оценить структурные особенности ГМ и характер воспалительных изменений в возрастном аспекте.

Для диагностики патологических изменений со стороны ОНП, а также для изучения возможностей метода компьютерной томографии в определении степени гипертрофии ГМ, пациентам основной группы выполнялась КТ ОНП и носоглотки в коронарной и аксиальной проекциях на аппарате «Somatom Emotion-Duo» и «Somatom Balans». С целью систематизации полученных при исследовании данных, была использована собственная рабочая классификация степени гипертрофии ГМ. Критерием являлся занимаемый ГМ объем по отношению к разным анатомическим ориентирам в зависимости от выбранной проекции. Степень гипертрофии ГМ в коронарной проекции определялась по степени прикрытия сошника, а в аксиальной проекции по заполнению объема носоглотки в пространстве между задней стенкой глотки и свободным краем

сошника на уровне сканирования нижней носовой раковины. КТ ОНП и носоглотки была выполнена 78 пациентам. Аденоидные вегетации 1 степени были диагностированы у 14 (17,9%) пациентов, АВ 2 степени у 34 (43,6%) и АВ 3 степени у 30 (38,5%) больных. Полученные по КТ носоглотки данные коррелируют с данными определения степени гипертрофии ГМ методом трансназальной эндоскопии и даже дают более объемное пространственное представление о ее взаимоотношении с окружающими структурами.

Проведение компьютерной томографии в 2-проекциях позволило выявить патологические изменения со стороны ОНП у 39 (50%) пациентов основной группы. На характер и распространенность этих изменений достоверное влияние оказывала степень гипертрофии аденоидов ($p < 0,05$). Так при 1 степени АВ патология ОНП диагностирована у 4 (28,6%) пациентов, при АВ 2 степени у 16 (47,1%), при АВ 3 степени у 19 (63,3%) больных. Полученные по КТ ОНП результаты оценивались по шкале Lund-Kennedy (1995). 0 баллов (сохранение пневматизации ОНП) имели 38 (48,7%) пациентов, 1-5 баллов (пристеночная гиперплазия слизистой, кисты, изолированные односторонние поражения пазух) имели 25 (32,1%) больных, 6-11 баллов (двусторонний воспалительный процесс или односторонний с вовлечением нескольких пазух) имели 11 (14,1%) пациентов. Более 11 баллов (наличие тотального или субтотального поражения ОНП) было обнаружено у 4 (5,1%) пациентов, которые имели распространенный полипозный процесс. Полученные в ходе исследования данные позволили сделать заключение о взаимном влиянии патологии носоглотки и ОНП.

Для того чтобы выявить влияние объемных образований носоглотки на состояние слуховой трубы и среднего уха пациентам основной группы выполнялась акустическая импедансометрия в объеме тимпанометрии. Исследование проводилось на импедансном аудиометре AZ 26 фирмы Interacoustics. Полученные данные оценивались по классификации J. Jerger

(1970) и заносились в протокол исследования. Изменения в группе А по результатам тимпанометрии выявлены у 34 пациентов, что составило 29,8%. Наиболее часто отклонения определялись в возрастной группе 15-20 лет (из 54 пациентов у 19 (35,2%)), реже в группе 21-30 лет (из 33 больных у 9 (27,3%)), в группе 31-40 лет (из 15 у 3 (20%)) и в группе пациентов 41-56 лет у 3 (25%) больных из 12. Эксудативный средний отит (ЭСО) по данным тимпанометрии (тип В) диагностирован у 10 (8,8%) пациентов. Следует отметить, что 8 из этих больных имели гипертрофию ГМ 3 степени и 2 пациента – 2 степени. Тубоотит (наличие тимпанометрической кривой типа С) был выявлен у 16 (14%) пациентов (11 больных с АВ 3 степени, 4 с АВ 2 степени и 1 пациент имел аденоиды 1 степени). Уменьшение амплитуды тимпанометрической кривой (тип As) определялось у 6 (5,3%) пациентов, а увеличение (тип Ad) у 2 (1,8%) больных. По данным импедансометрии была выявлена достоверная зависимость изменений от степени гипертрофии ГМ ($p < 0,05$). Так среди больных с АВ 3 степени различные отклонения от нормы зафиксированы у 22 (56,4%) больных, в группе пациентов с АВ 2 степени у 10 (22,7%), и только у 2 (6,5%) пациентов с аденоидами 1 степени. Высокая информативность и простота проведения такой диагностической процедуры позволяет рекомендовать ее в качестве ценного дополнения к скрининговому исследованию больных с хронической патологией носоглотки вместе с эндоскопическим исследованием.

Тональная пороговая аудиометрия проведена 35 пациентам группы А, у которых были выявлены отклонения по данным тимпанометрии, а также больным с нормальными показателями импедансометрии при наличии жалоб на снижение слуха. Аудиологическое исследование позволило выявить снижение слуха различной степени у 21 (18,42%) больного. Наиболее часто диагностировалась кондуктивная форма тугоухости – у 17 пациентов, сенсоневральная у 1 больного и смешанная тугоухость у 3 пациентов. 15

больных имели 1 степень и 6 пациентов – 2 степень тугоухости. В возрастной группе 15-20 лет нарушения слуха определялись у 10 (18,5%) пациентов, в группе 21-30 лет у 6 (18,2%), в группе 31-40 лет у 3 (20%) больных и в группе 41-56 лет у 2 (16,7%) пациентов. Выявленные нарушения достоверно зависели от степени гипертрофии ГМ ($p < 0,05$). Так среди пациентов с АВ 1 степени тугоухость диагностирована у 1 (3,2%) больного, в группе пациентов с АВ 2 степени у 5 (11,7%) и в группе больных с АВ 3 степени у 15 (38,5%) пациентов. Тональная пороговая аудиометрия позволила выявить нарушения слуха различного характера, определить степень тугоухости и выявить зависимость функционального состояния среднего уха от степени гипертрофии аденоидов.

Анализ гистологической картины подтвердил диагноз аденоидных вегетаций у пациентов разных возрастных групп. Результаты морфологического исследования позволили выявить воспалительные изменения в ткани удаленной ГМ у всех взрослых пациентов, что говорит не просто о гипертрофии, а о хроническом аденоидите. Вместе с тем были установлены существенные различия в строении глоточной миндалины в зависимости от возраста. Отмечена однородность гистоархитектоники аденоидных вегетаций во всех возрастных подгруппах у детей. Характерным в изучаемых подгруппах являлось преобладание диффузной лимфоидной ткани с наличием первичных и единичных крупных вторичных фолликулов со светлыми герминативными зонами, а также обилие макрофагов с высокой митотической активностью и расширение лимфатических сосудов, густо заполненных лимфоидными клетками. В глоточной миндалине пациентов возрастной подгруппы 15-30 лет отмечается увеличение объема и размера фолликулов лимфоидной ткани. Выраженные гиперпластические процессы и обильное содержание макрофагальных клеток в этой возрастной подгруппе, позволяет говорить об идентичности в строении с аденоидными вегетациями детей. В подгруппе пациентов 31-40 лет для ГМ характерным было уменьшение

объема фолликулярной лимфоидной ткани и увеличение межфолликулярной. Происходило это за счет участков с выраженным эндотелиозом посткапиллярных венул. В подгруппе пациентов 41-56 лет в аденоидных вегетациях превалировало разрастание грубоволокнистой соединительной ткани с редукцией большинства лимфоидных фолликулов и отсутствием герминогенных зон. Таким образом, строение ГМ с возрастом существенно изменяется. Выражается это в постепенном замещении функционально активных структур ГМ – лимфоидных фолликулов соединительной тканью с кровеносными сосудами капиллярного типа.

Хирургическое лечение хронических воспалительных заболеваний носоглотки у взрослых

Хирургические вмешательства в носоглотке у взрослых пациентов проводились в условиях общей анестезии с обязательной интубацией трахеи. Применение такой методики анестезии позволило проводить аденотомию под оптическим контролем и исключало вероятность аспирации пациентом остатков лимфоидной ткани, крови, слизи во время операции. Техника хирургического лечения хронического аденоидита у взрослых, используемый инструментарий не имеет принципиальных отличий от операции, применяемой в детской практике. Однако в ходе оперативного вмешательства в носоглотке у взрослых пациентов отмечены конструктивные преимущества аденотома Козлова-Карпова перед аденотомом Negus. У аденотома конструкции Козлова-Карпова кюретка соединена с рукояткой посредством ножки, изогнутой под прямым углом, что позволяло за счет более выгодного расположения рабочей руки хирурга производить все манипуляции в операционном поле под визуальным контролем через гортанное зеркало. Наличие же аденотома с меньшими («00») размерами кюретки позволяло удалять остатки лимфоидной ткани, пролабирующие в задние отделы полости носа при хоанальном синдроме. Гемостаз у взрослых пациентов занимал больше времени и

применять биполярную коагуляцию для остановки кровотечения приходилось значительно чаще, чем у детей. С целью профилактики послеоперационных кровотечений из носоглотки, некоторым пациентам в конце операции устанавливался ЯМИК катетер.

Из 114 пациентов основной группы хирургическое лечение проведено 95 (83,3%) пациентам. 12 больным с АВ 1 степени, 44 пациентам с АВ 2 степени и 39 больным с АВ 3 степени. Пациентам с аденоидами 1 степени выполнялись только операции, направленные на коррекцию внутриносовых структур и санацию ОНП. Исключение составил 1 больной из группы 21-30 лет с хроническим аденоидитом 1 степени и постназальным синдромом без эффекта от консервативной терапии. Ему была выполнена аденотомия и пластика ННР. Всем пациентам, у которых была диагностирована гипертрофия ГМ 2 и 3 степени производилась аденотомия. С учетом характера и выраженности патологических изменений со стороны внутриносовых структур, ОНП и среднего уха выполнялись симультантные операции в различных сочетаниях с аденотомией. Пациентам с аденоидами 2-3 степени, при наличии у них деформации перегородки носа и гипертрофии ННР, помимо аденотомии выполнялась септопластика и пластика нижних носовых раковин (60 (63,2%) пациента). При поражении ОНП проводилась микрогайморотомия (21 (22,1%) больной) по методу Козлова В.С. (1997) и эндоскопическая этмоидотомия (4 (4,2%) пациента). Пациентам с наличием хронического воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах, при необходимости также расширялось естественное соустье, выполнялась латеральная резекция буллезно измененных средних носовых раковин и их исправление при парадоксальном положении. Пациентам, имевшим сопутствующий секреторный отит, помимо аденотомии проводили шунтирование барабанной полости (7 (7,4%) больных), а при наличии сухих дефектов барабанных перепонок выполняли тимпанопластику (2 (2,1%) пациента). 4 (4,2%) больным с сопутствующим хроническим

декомпенсированным тонзиллитом была выполнена тонзиллэктомия. Для достижения максимальных функциональных результатов у взрослых пациентов оправдано применение комплексного хирургического подхода, который заключается в одномоментном устранении патологии носоглотки, полости носа, ОНП и среднего уха.

Объем кровопотери во время аденотомии оценивался на основании шкалы объемов на емкости электроотсоса и путем взвешивания марлевых шариков, использованных во время операции для гемостаза. Средний объем кровопотери при аденотомии у взрослых составил 79,1 мл. В группе пациентов 15-20 лет объем кровопотери составил 67,4 мл; практически такие же показатели получены и в группе 21-30 лет – 69,1 мл. У больных в группах 31-40 и 41-56 лет отмечено достоверное увеличение объема кровопотери до 86,3 и 93,7 мл соответственно ($p < 0,05$). Полученные данные позволили сделать вывод, что объем кровопотери во время аденотомии под наркозом у взрослых зависит от возраста пациентов. Вероятно, это связано с изменением морфологического строения аденоидных вегетаций с возрастом и замещением функционально активной лимфоидной ткани на соединительную, богатую кровеносными сосудами.

Послеоперационный период

Критериями оценки раннего послеоперационного периода были: болевой синдром; температурная реакция; затруднение носового дыхания и выделения из носа и через носоглотку. В отличие от детей, продолжительность болевого синдрома после аденотомии у которых составляет в среднем 1-3 дня, 49 (58,3%) взрослых пациентов из основной группы предъявляли жалобы на боли в носоглотке до 5-7 дней. В последующем болевой синдром, у пациентов перенесших аденотомию, по мере восстановления носового дыхания сменялся ощущением дискомфорта, сухости в носоглотке, постназальными выделениями густого слизистого секрета и корок. Данные жалобы предъявляли 23 (27,4%)

пациента в позднем послеоперационном периоде и у 7 (8,3%) из них подобные симптомы исчезли только спустя 2 месяца после аденотомии. Подъем температуры тела до субфебрильных цифр в первые сутки после операции отмечался у 52 (62%) из 84 взрослых пациентов, которым была выполнена операция аденотомии. На третий день соответственно у 17 (20,2%) пациентов отмечался вечерний субфебрилитет и на 5-й день 4 (4,8%) больных предъявляли данные жалобы. У детей после аденотомии носовое дыхание восстанавливалось на 2-3 сутки. У взрослых пациентов к 3 дню улучшение носового дыхания отметили 12 (14,3%) пациентов после аденотомии, к 5 дню после операции 31 (36,9%). У основной части пациентов – 41 (48,8%), которым выполнялась аденотомия и септопластика, носовое дыхание стало свободным к 7 суткам после операции.

Пациентам, у которых до операции были выявлены отклонения по данным аудио и тимпанометрии, через 1 месяц после операции проведены повторные исследования. Результаты показали восстановление давления в барабанной полости у 14 из 16 пациентов с тубоотитом, восстановление слуха по данным аудиометрии до нормы у 7 пациентов, которым было выполнено шунтирование барабанной полости по поводу экссудативного среднего отита. У 2 больных после тимпанопластики по данным повторной тональной пороговой аудиометрии отмечена прибавка слуха в диапазоне речевых частот на 15-20 дБ. и уменьшение костно-воздушного интервала.

Процесс заживления послеоперационной раневой поверхности в носоглотке контролировался эндоскопически на 7, 14, 21, 30 сутки и через 2 месяца после операции. Во время эндоскопического исследования раневая поверхность в носоглотке оценивалась по наличию фибрина, корок и остатков аденоидной ткани. Через 7 дней после аденотомии поверхность носоглотки представлялась неровной, бугристой, отмечался выраженный отек тканей, обильный рыхлый фибрин, при удалении которого определялись кровотокащие

грануляции. На 14 день отмечается уменьшение фибринозного налета, который становится плотным. К 21 дню после операции у большинства пациентов происходит очищение раневой поверхности от фибрина и у 17 (20,2%) больных из групп 15-20 и 21-30 лет наблюдается практически полная эпителизация. У 63 (75%) пациентов в области глоточной сумки отмечалось наличие корок различной величины – от 5 мм до 2-3 см. и эпителизация шла от периферии к центру. Наличие корок при повторных эндоскопиях выявлено у 20 (23,8%) пациентов до 2 месяцев, а у 3 (3,6%) больных из групп 31-40 и 41-56 лет наблюдалось до 3 месяцев. У 5 (5,9%) пациентов после аденотомии при повторном эндоскопическом исследовании обнаружены остатки лимфоидной ткани. Это были небольшие фрагменты, неудаленных во время операции аденоидных вегетаций, которые не вызывали жалоб у пациентов.

Отдаленные результаты хирургического лечения

Через 1 год после перенесенной операции были осмотрены 68 (71,6%) пациентов. По результатам осмотра улучшение состояния отметил 61 (89,7%) пациент. 7 (10,3%) больных отметили результаты оперативного лечения как неудовлетворительные. Всем пациентам во время контрольного осмотра проведено повторное эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки. Пациенты с АВ I степени, которым была выполнена только коррекция внутриносовых структур без аденотомии, жалоб не предъявляли и аденоидные вегетации через 1 год у них выглядели в виде компактно расположенной в куполе носоглотки лимфоидной ткани без признаков воспаления. У пациентов, перенесших аденотомию, в носоглотке определялись различной выраженности рубцовые изменения – от едва заметных рубчиков до обширных звездчатых рубцов (встретились у 2 пациентов женского пола из групп 21-30 и 31-40 лет).

Рецидив аденоидных вегетаций I степени по данным эндоскопии носоглотки был выявлен у 3 пациентов (2 больных из группы 15-20 и 1 из

группы 31-40 лет). Этот показатель составил 4,4%. Для сравнения, по данным Карпова В.А. (2004) рецидив (процедив) аденоидов у детей составляет в среднем 14,08% при визуально контролируемой и 45,58% при «слепой» аденотомии. У 1 пациента при эндоскопическом исследовании выявлена выраженная гипертрофия трубных валиков, просвет хоан был закрыт более 1/2.

Повторное хирургическое вмешательство потребовалось 2 пациентам. В одном случае выполнена эндоскопическая шейверная аденотомия и задняя конхотомия в другом радиоволновая редукция трубных валиков.

Таким образом, совокупность данных, полученных при применении представленного диагностического алгоритма, позволяет не только своевременно диагностировать аденоидные вегетации у взрослых, оценить их влияние на состояние ОНП и среднего уха, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями носоглотки, но и разработать индивидуальную тактику дальнейших лечебных мероприятий. Комплексный хирургический подход с одновременной коррекцией патологических изменений в носоглотке и в соседних ЛОР органах позволяет добиться стойкого клинического эффекта, подтвержденного катamnестически. Предложенный диагностический алгоритм отвечает требованиям современной доказательной медицины, расширяет знания о патологии носоглотки у взрослых.

ВЫВОДЫ

1. Изучая распространенность гипертрофии ГМ среди взрослых пациентов, страдающих длительным затруднением носового дыхания, аденоидные вегетации различной степени были выявлены у 18,78% больных. Аденоиды диагностируются во всех возрастных группах, при этом частота встречаемости данной патологии уменьшается с возрастом.

2. 50% взрослых пациентов, страдающих хроническим аденоидитом имеют воспалительные изменения ОНП, и 29,8% больных – заболевания

среднего уха. Наибольшее влияние на развитие этих заболеваний оказывают аденоидные вегетации 2 и 3 степени.

3. Компьютерная томография, выполненная в аксиальной и коронарной проекциях, позволяют не только выявить аденоиды, но и с большой точностью определить степень их гипертрофии.

4. Разработанный алгоритм диагностики, позволяет своевременно выявлять патологию носоглотки у взрослых, проводить дифференциальную диагностику, оценивать сопутствующие изменения со стороны полости носа, ОНП и среднего уха, планировать индивидуальную тактику лечебных мероприятий.

5. Аденоидные вегетации у взрослых морфологически отличаются от аденоидов у детей, что проявляется постепенным замещением функционально активных структур ГМ - лимфоидных фолликулов соединительной тканью с кровеносными сосудами капиллярного типа. В ткани удаленных аденоидов у взрослых были выявлены воспалительные изменения, что говорит не просто о гипертрофии, а о хроническом аденоидите.

6. Одномоментная хирургическая коррекция патологических изменений носоглотки, полости носа, ОНП и среднего уха позволяет добиться стойкого клинического эффекта, подтвержденного катamnестически.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В протокол обследования взрослых пациентов с хронической патологией ЛОР органов необходимо включать эндоскопическое исследование носоглотки.

2. При выявлении патологических образований носоглотки у взрослых во время эндоскопии, с целью дифференциальной диагностики следует проводить прицельную биопсию.

3. Для диагностики патологического влияния хронических воспалительных заболеваний носоглотки на состояние околоносовых пазух и среднего уха у взрослых, необходимо проведение компьютерной томографии ОНП, тимпанометрии и тональной пороговой аудиометрии.

4. При планировании хирургического лечения следует учитывать выявленные изменения со стороны полости носа, ОНП и среднего уха для их одновременной коррекции. Хирургические вмешательства в носоглотке у взрослых рекомендуется проводить в условиях общей анестезии под визуальным контролем.

5. Необходимо проведение динамического эндоскопического контроля у взрослых пациентов через 14, 30 дней и 12 месяцев для повышения клинической эффективности хирургического лечения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Козлов В.С. Возрастные аспекты гипертрофии глоточной миндалины./ В.С.Козлов, М.Г.Михайлов, С.Е.Ильинский и др.- Российская ринология.- 2005.-№2.- с.27

2. Ильинский С.Е. Сравнительная характеристика глоточной миндалины у детей и взрослых./ С.Е.Ильинский, В.В.Шиленкова, М.Г.Михайлов, В.С.Козлов.-Патология респираторного тракта.-Материалы II Национального конгресса ринологов Казахстана и Международной конференции молодых оториноларингологов.-Астана-Шымкент 2005.-с.260 (Чимкент 05-07.10.2005)

3. Ильинский С.Е. Гипертрофия глоточной миндалины у взрослых и ее влияние на слуховую трубу и среднее ухо./ С.Е.Ильинский, А.А.Шиленков, М.Г.Михайлов, В.С.Козлов.- Материалы научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой».-с.85.- Суздаль, 28 февраля -- 1 марта 2006 г.

4. Ильинский С.Е. Гипертрофия глоточной миндалины у взрослых и ее влияние на состояние полости носа и околоносовых пазух./ С.Е.Ильинский, А.А.Шиленков, М.Г.Михайлов, В.С.Козлов.- Российская ринология.- 2006.- №2.- с.22

5. Ильинский С.Е. Воспалительные заболевания носоглотки у взрослых./ С.Е.Ильинский, М.Г.Михайлов, А.А.Шиленков, Е.А.Енин, В.С.Козлов.- Российская ринология.- 2007.-№1.- с.16

6. Ильинский С.Е. Диагностика патологических состояний носоглотки у взрослых./ С.Е.Ильинский, М.Г.Михайлов, В.С.Козлов, О.М.Идрисова.- Оториноларингология- Хирургия Головы и Шей.-2007.-№4.-с.15 (Международный научно-практический журнал Республиканской Ассоциации оториноларингологов Казахстана).

7. Ильинский С.Е. Папиллома дорсальной поверхности мягкого неба, обтурирующая хоаны у больного с хроническим полипозным риносинуситом./ Ильинский С.Е. - Российская оториноларингология.-2004.- №4.- с.117

8. Козлов В.С., Ильинский С.Е., Карпов В.А.«Компьютерная томография носоглотки и ее корреляция с результатами эндоскопического исследования». VI Всероссийская ежегодная конференция оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии», Москва, 2007. Тезисы.

9. Ilinskiy S.E. Clinical and Morphological Aspects of Adenoids in Adults and in Children./ S.E.Ilinskiy , A.A.Shilenkov, V.V.Shilenkova, M.G.Mikhailov, V.S.Kozlov.- Abstracts of the 25-th International Symposium of Infection and Allergy of the Nose.-p.63.- Finland, Tampere, June 11-15, 2006.

10. Shilenkov A.A. Condition of nasopharynx in adult patients with chronic otitis media./ A.A.Shilenkov, S.E.Ilinskiy.- Abstracts of the 22-nd Congress of the European Rhinologic Society and 27-th International Symposium of Infection & Allergy of the Nose.-p.7.- Greece, Crete, June 15-19, 2008.

Для заметок

Для заметок

Заказ № 16-а/03/10 Подписано в печать 02.03.2010 Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1



ООО "Цифровичок", тел. (495) 649-83-30
www.cfr.ru ; [e-mail: info@cfr.ru](mailto:info@cfr.ru)

2010A
10533

10533