

Применение метода передней эпифарингоскопии для диагностики аденоидов и аденоидита у детей

М. В. Субботина, Т. Д. Приходько

Заболевания глоточной миндалины являются самыми частыми в детском возрасте, составляя в структуре ЛОР-патологии 52–80% [1, 2]. Для педиатра и оториноларинголога важно знать о наличии у ребенка аденоидита как очага хронической инфекции. Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды) возникает вследствие перенесенного воспалительного процесса в полости носа и носоглотке и может проявляться храпом во сне, затруднением носового дыхания, снижением слуха за счет блока слуховых труб. Хронический аденоидит дает длительный насморк и кашель, способствует формированию среднего отита. Диагностику аденоидов и аденоидита осуществляют с помощью тщательного сбора анамнеза и внешнего осмотра. При длительном дыхании через рот у детей формируется аденоидный тип лица: сглаженные носогубные складки, полуоткрытый рот, может сформироваться прогения (обратный прикус). К подобным изменениям костей лицевого черепа приводит не обязательно гипертрофия глоточной миндалины. Самым простым методом диагностики аденоидов у детей является пальцевое исследование носоглотки, которое может применять как ЛОР-врач, так и педиатр. С его помощью можно определить, где локализируются, какой консистенции аденоидные вегетации, провести дифференциальную диагностику с антрохоанальным полипом, мозговой грыжей и другими заболеваниями. Недостатком этого способа является неточность в отношении наличия воспалительных изменений глоточной миндалины, возможность травмирования тканей и негативное отношение пациентов к данному исследованию [3, 4].

Известен способ рентгенологического исследования носоглотки в боковой проекции для диагностики размера аденоидов [3–5]. Можно использовать также компьютерную томографию, флюороскопию с контрастированием носоглотки путем введения раствора бария в нос, конусно-лучевую компьютерную томографию [6, 7]. Рентгенография носоглотки проста в использовании, доступна в любой поликлинике, позволяет объективизировать степень увеличения аденоидов, что особенно важно для планирования лечения. Недостатком этого метода является лучевая нагрузка на организм ребенка, невозможность определить воспалительные изменения в носоглотке.

Для оториноларинголога рутинными и повседневными методами осмотра носоглотки у взрослых и детей являются передняя и задняя риноскопии, требующие наличия хорошего источника света, носового и носоглоточного зеркал. Во время передней риноскопии через свободный общий носовой ход при хорошей его ширине и достаточном освещении можно увидеть аденоидные вегетации, закрывающие хоаны и смещающиеся при произнесении слов («ку-ку», «ключи» и других), а также при глотании. Задняя риноскопия требует терпения от врача и пациента, который должен открыть рот, дышать неглубоко через нос, чтобы врач смог осмотреть свод глотки, хоаны и степень закрытия их аденоидами. У детей дошкольного возраста, наиболее часто имеющих аденоидит, выполнить это сложно [3] из-за негативизма, неумения пациента выполнять команды, небольшого расстояния между нижним краем мягкого неба и корнем языка, повышенного глоточного рефлекса, что не позволяет в полной мере визуально оценить размеры глоточной миндалины (аденоидов) и секрет на их поверхности. Для подавления глоточного рефлекса можно использовать смазывание зева анестезирующими средствами [8], которые небезопасны в отношении аллергических реакций.

Современными и наиболее информативными методами диагностики аденоидов, позволяющими документировать результаты исследования, являются фиброринофарингоскопия и осмотр ригидными эндоскопами через нос или рот [2–5]. Они позволяют наиболее детально осмотреть все отделы носоглотки. Для их проведения нужен дорогостоящий эндоскоп. Сама процедура проведения технически несложная, но требует определенной выдержки от маленького ребенка, мастерства от врача, из-за чего она проводится часто под анестезией или седацией [3, 4, 9]. Кроме того, эндоскопы требуют тщательной стерилизационной обработки после каждого пациента для предотвращения заражения гепатитом, ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями. У врача может быть несколько пациентов, которым требуется осмотр носоглотки, при этом эндоскоп нужно успеть обработать правильно для осмотра следующего ребенка, что делает этот метод неудобным во время профилактических медицинских осмотров в детских садах или на педиатрическом приеме.

Современным информативным методом диагностики причины храпа и обструктивного апноэ сна являются полисомнография [10], магнитно-резонансная томография, сопряженная с дыхательными движениями [11], которые не входят в стандарты обследования пациента с аденоидами, а из-за их высокой стоимости не могут использоваться как скрининг-методы. Еще одним новым методом диагностики аденоидов является акустическая риноманометрия [4, 12], пока еще не доступная в поликлинике. Предложены формулы и шкалы, позволяющие без дорогостоящих методов диагностики определять показания к оперативному лечению при обструктивном апноэ у ребенка [13, 14]. При диагностике аденоидита имеет значение исследование микрофлоры носоглотки [4], а также определение концентрации малонового диальдегида в сыворотке венозной крови [15].

Гипертрофию глоточной миндалины III степени можно увидеть, пользуясь одним только шпателем, в виде розового

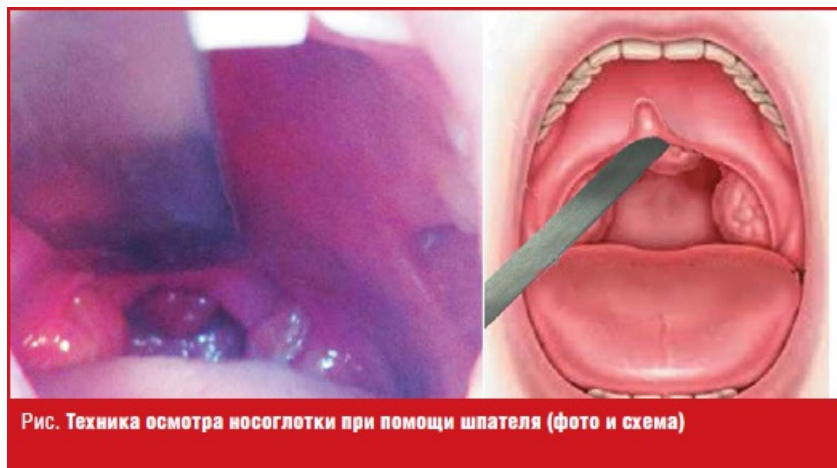
фартучка на задней стенке глотки за маленьким язычком, попросив ребенка сказать «а-а-а».

Детальный осмотр носоглотки и задних отделов полости носа возможен после анестезии или под наркозом после оттягивания мягкого неба вперед при помощи резиновых трубок (катетеров), введенных через нос и выведенных в ротоглотку, где их концы захватывают носовыми корнцангами, выводят наружу и связывают. После этого мягкое небо подтягивается вперед и фиксируется в таком положении [16]. Этот способ применяется интраоперационно при аденоотомии.

Целью нашей работы было определение эффективности и безопасности метода передней эпифарингоскопии для диагностики аденоидов и аденоидита у детей в рутинной клинической практике.

Пациенты и методы исследования

Обследовано 98 детей от 2 до 8 лет с жалобами на затруднение или отсутствие у них носового дыхания, периодические выделения из носа, ночной кашель, снижение слуха, рецидивы отита в анамнезе. Среди них было 48 мальчиков и 50 девочек. Дети поступали на лечение в областную детскую клиническую больницу г. Иркутска или обращались амбулаторно в городскую детскую поликлинику № 3 г. Иркутска. Диагностику аденоидов и аденоидита осуществляли следующим образом (рис.): ребенка просили открыть рот, не высовывая язык. Шпатель клали на передние 2/3 языка и просили ребенка часто дышать. В это время быстрым движением перемещали шпатель далее в ротоглотку, поднимая им небную занавеску. Почти во всех случаях голову ребенка за темя придерживали свободной рукой или просили об этом сопровождающих взрослых. Для лучшего освещения глотки использовали налобный осветитель. При определении аденоидов в виде лимфоидной ткани на задней стенке носоглотки диагностировали аденоиды II–III степени. Если на их поверхности были видны слизь или гной, то диагностировали аденоидит. Если при осмотре носоглотки подобным образом были видны только нижние отделы глоточной миндалины в виде «фартука», спускающегося из свода носоглотки, то диагностировали аденоиды II степени. Если при осмотре носоглотки подобным образом видна была только задняя стенка носоглотки, не определялся секрет, то это означало, что носоглотка точно наполовину свободна. В таких случаях констатировали отсутствие диагностически значимого увеличения глоточной миндалины и ее воспаления [17].



Результаты исследования

Методом передней эпифарингоскопии удалось определить размеры и наличие воспаления глоточной миндалины у 76 из 98 пациентов (78%). Среди них увеличение глоточной миндалины II или II–III степени было диагностировано у 52 человек, хронический аденоидит — у 44 детей. Не удалось провести осмотр носоглотки предложенным способом из-за больших размеров небных миндалин и фактически их смыкания по средней линии у 14 детей (14%). У 7 мальчиков и девочек нам не удалось предложенным способом посмотреть носоглотку, так как детям удалось быстро удержать руку врача до начала подъема мягкого неба (7%). Для решения вопроса об увеличении аденоидов как причине затрудненного носового дыхания этот метод был удобен: при обнаружении во время прямого осмотра носоглотки лимфоидной ткани или ее воспаления требовалось их лечение. При отсутствии лимфоидной ткани и секрета в области задней стенки носоглотки во время такого осмотра было констатировано отсутствие увеличения и воспаления глоточной миндалины, соответственно, лечение не требовалось. Диагноз гипертрофии аденоидов II–III степени или аденоидита был параллельно подтвержден рентгенологически, эндоскопически или пальцевым методом исследования, а также интраоперационно (у 36 пациентов). Передняя эпифарингоскопия была легко выполнима, не возникло травм слизистой оболочки ни у одного пациента, не требовалось специального оборудования. Метод позволял объективизировать для родителей наличие гипертрофии глоточной миндалины.

Метод не позволил выявить локализацию аденоидной ткани в области хоан с распространением в полость носа у 1 ребенка (1%) после ранее выполненной аденоотомии. В этом случае диагноз был установлен только с помощью эндоскопии носоглотки. Возможно ошибочное заключение о наличии гипертрофии глоточной миндалины при ее

отсутствии из-за выступающего на задней стенке носоглотки шейного позвонка, покрытого лимфоидной тканью [18], но такой анатомический вариант строения в наших наблюдениях не встретился ни разу.

Заключение

Эффективность передней эпифарингоскопии для диагностики аденоидов и аденоидита у детей составляет 78%. Метод малотравматичен, требует наличия шпателя и освещения полости глотки, безопасен, позволяет объективизировать для родителей наличие аденоидов и их воспаления, может использоваться педиатрами и оториноларингологами при проведении профилактических осмотров детей, может применяться для диагностики объемных образований носоглотки.

Литература

1. Цветков Э. А., Веселов Н. Г., Агаджанова С. Н. Социально-гигиеническая характеристика ЛОР-патологии у детей, посещающих дошкольные учреждения Санкт-Петербурга // Вестник оториноларингологии. 1996, № 6, 33–37.
2. Терскова Н. В. Хронический аденоидит // Сибирское медицинское обозрение. 2015, № 4, 85–92.
3. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 736 с.
4. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. Хронический аденоидит у детей: пособие для врачей. М.: РМАПО, 2009. 53 с.
5. Brambilla I. et al. Adenoids in children: Advances in immunology, diagnosis, and surgery // Clinical Anatomy. 2014; 27 (3): 346–352.
6. Ysunza A., Pamplona M. C., Ortega J. M., Prado H. Video fluoroscopy for evaluating adenoid hypertrophy in children // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2008; 72 (8): 1159–1165.
7. Pachêco-Pereira C., Alsufyani N., Major M., Palomino-Gómez S., Pereira J. R., Flores-Mir C. Correlation and reliability of cone-beam computed tomography nasopharyngeal volumetric and area measurements as determined by commercial software against nasopharyngoscopy-supported diagnosis of adenoid hypertrophy // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2017; 152 (1): 92–103.
8. Блоцкий А. А. Методические указания к практическим занятиям по оториноларингологии для студентов V курса. Благовещенск: Амурская государственная медицинская академия, 2015. 75 с.
9. Boudewyns A., Van de Heyning P., Verhulst S. Drug-induced sedation endoscopy in children < 2 years with obstructive sleep apnea syndrome: upper airway findings and treatment outcomes // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2017; 274 (5): 2319–2325.
10. Waters K., Kol-Castro C., Varghese A., Lam L. T., Prelog K., Cheng A. Correlations between polysomnographic and lateral airway radiograph measurements in paediatric obstructive sleep apnoea // The Journal of Paediatrics and Child Health. 2013; 49 (6): 445–451.
11. Zeng G., Teng Y., Zhu J., Zhu D., Yang B., Hu L., Chen M., Fu X. Clinical application of MRI-respiratory gating technology in the evaluation of children with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome // Medicine (Baltimore). 2018; 97 (4): 9680.
12. Lai D., Qin G., Pu J., Liu L., Yang Y. Pre- and post-operative application of acoustic rhinometry in children with otitis media with effusion and with or without adenoid hypertrophy: retrospective analysis // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2017; 103: 51–54.
13. Kljajic Z., Roje Z., Becic K., Capkun V., Vilovic K., Ivanišević P., Marušić E. Formula for the prediction of apnea / hypopnea index in children with obstructive sleep apnea without polysomnography according to the clinical parameters: Is it reliable? // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2017; 100: 168–173.
14. Wu D., Li X., Guo X., Qin J., Li S. A simple diagnostic scale based on the analysis and screening of clinical parameters in paediatric obstructive sleep apnoea hypopnea syndrome // The Journal of Laryngology & Otology. 2017; 131 (4): 363–367.
15. Борзов Е. В., Кузнецова В. А. Способ дифференциальной диагностики гипертрофии аденоидов и хронического аденоидита: пат. 2216736 Рос. Федерация. № 2001126028/14; заявл. 24.09.01; опубл. 20.11.03, Бюл. № 32. 5 с.
16. Шадыев Х. Д., Хлыстов В. Ю., Хлыстов Ю. А. Практическая оториноларингология. Руководство для врачей. М.: МИА, 2002. 288 с.
17. Субботина М. В. Способ диагностики аденоидов и аденоидита у детей: пат. 2658459C2 Рос. Федерация. № 2016140961; заявл. 18.10.16; опубл. 21.06.18, Бюл. № 18. 6 с.
18. Dabney V. Some Conditions Leading to Incorrect Diagnosis of Adenoids in Children // The Boston Medical and Surgical Journal. 1917; 176 (25): 875–877.

М. В. Субботина*¹, кандидат медицинских наук

Т. Д. Приходько**

* **ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск**

** **ГБУЗ ИГОДКБ, Иркутск**

¹ Контактная информация: lor-igmu@yandex.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.91.87.005

Применение метода передней эпифарингоскопии для диагностики аденоидов и аденоидита у детей/ М. В. Субботина, Т. Д. Приходько

Для цитирования: Лечащий врач № 10/2019; Номера страниц в выпуске: 25-27

Теги: глоточная миндалина, апноэ, храп, профилактический осмотр.

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права
защищены.