

Ночной и утренний кашель у детей как ранний признак хронического аденоидита

Глоточная (носоглоточная) миндалина, входящая в состав лимфоглоточного кольца Пирогова-Вальдейра, обычно хорошо развита только в детском возрасте. В период полового созревания лимфоидная ткань глоточной миндалины атрофируется и замещается соединительной тканью.

➔ В норме у взрослого человека глоточная миндалина представлена либо небольшой полоской аденоидной ткани, либо полностью замещена соединительной тканью. Однако при определенных условиях выраженная глоточная миндалина сохраняется и во взрослом возрасте. Гипертрофия глоточной миндалины обозначается термином «аденоиды», или «аденоидные вегетации», и встречается у 5-30% детей в возрасте 3-7 лет. В клинической практике выделяют три степени гипертрофии аденоидов. При гипертрофии I степени аденоиды достигают верхнего уровня свободного края сошника, при гипертрофии II степени лимфоидная ткань глоточной миндалины разрастается до уровня средней носовой раковины, при гипертрофии III степени аденоиды выполняют носоглотку и перекрывают хоаны. Реже используется четырехступенчатая классификация аденоидных вегетаций, в рамках которой II и III степени соответствуют I-II и II-III степени вышеприведенной классификации.

Клиническим проявлением аденоидных вегетаций I степени может быть только стойкое затруднение носового дыхания во сне, не связанное с аллергическими или воспалительными явлениями в носовой полости; при этом в дневное время

не отмечается заметного нарушения носового дыхания. При аденоидах II-III степени носовое дыхание либо полностью отсутствует, либо сильно затруднено на протяжении длительного времени как ночью, так и в период бодрствования. Появляется нарушение артикуляции и фонации (закрытая гнусавость). Стойкое нарушение носового дыхания и, как следствие, дыхание через рот приводят к уменьшению оксигенации крови и хронической гипоксии, что проявляется повышенной утомляемостью, нарушением внимания, вялостью и апатией. Отсутствие физиологического увлажнения и согревания вдыхаемого воздуха приводит к воспалительным процессам в глотке, гортани и трахее, что особенно выражено в холодное время года. Может возникать обструкция глоточного устья слуховой трубы, что, в свою очередь, приводит к развитию секреторного отита и возникновению кондуктивной тугоухости (рис. 1).

Длительная гипертрофия глоточной миндалины у детей может приводить к нарушениям развития лицевого скелета (*habitus adenoides*), формирования грудной клетки, прорезывания зубов и прикуса. Кроме того, нарушение функции внешнего дыхания может отразиться и на показателях



А.Ю. Меркулов

К.м.н., кафедра отоларингологии и детской отоларингологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

психоэмоционального развития ребенка.

Воспалительный процесс в гипертрофированной глоточной миндалине носит название «аденоидит». Выделяют острый и хронический аденоидит. Острый аденоидит (острый эпифарингит, ретроназальная ангина) — острое воспаление глоточной миндалины, вызванное в большинстве случаев инфекцией; длительность его течения не превышает 1 мес. Острый аденоидит, как правило, сочетается с острым фарингитом, ларингитом и/или риносинуситом и по своей сути является реакцией

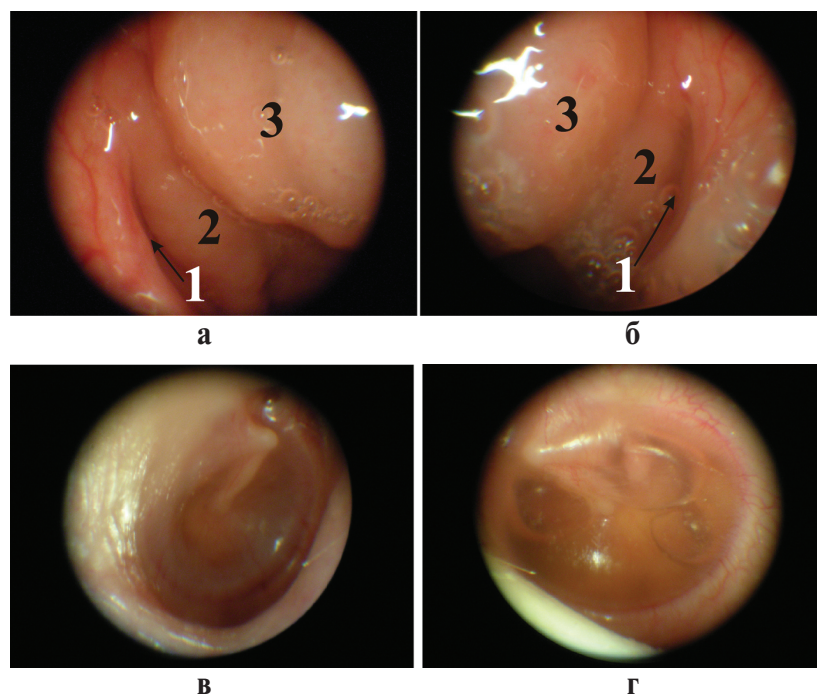


Рис. 1. Эндоскопическая картина глоточного устья слуховой трубы при гипертрофии аденоидной ткани II-III степени (а, б) и отоскопическая картина при данной патологии: втянутость правой барабанной перепонки (в), серозный секрет в барабанной полости слева (г)

Примечание: 1 – глоточное устье слуховой трубы; 2 – тубарный валик; 3 – лимфоидная ткань гипертрофированной глоточной миндалины.

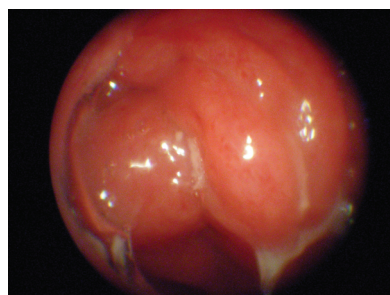


Рис. 2. Эндоскопическая картина глоточной миндалины при хроническом аденоидите. На поверхности воспаленной и гипертрофированной глоточной миндалины отмечается наличие обильного слизистого отделяемого, стекающего в ротоглотку

лимфоидной ткани глоточной миндалины на острый инфекционный процесс в верхних дыхательных путях.

Хронический аденоидит – хронический полиэтиологический

воспалительный процесс (с характерными морфологическими изменениями) в лимфоидной ткани глоточной миндалины длительностью более 2 мес. Частые назофарингиты и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) имеют доказанную положительную корреляционную связь с хроническим аденоидитом. Следует отметить, что хронический аденоидит развивается у детей раньше, чем хронический тонзиллит (в дальнейшем эти заболевания могут быть взаимосвязаны), и может наблюдаться уже в возрасте 1-2 лет.

В практике семейного врача диагностика острого назофарингита и ОРВИ не представляет трудностей. Аденоидные вегетации III степени также практически всегда имеют выраженную клиническую симптоматику, и доктор без труда заподозрит данную патологию. Консультация

оториноларинголога в таких случаях позволяет подтвердить диагноз. Диагностические трудности для врача общей практики представляет хронический аденоидит с гипертрофией аденоидов I-II степени и вялым клиническим течением. Часто единственным симптомом данной патологии, по поводу которого родители ребенка и обращаются к врачу, является кашель. Кашель при хроническом аденоидите, как правило, продуктивный и отмечается в основном в ночное и утреннее время. Причиной подобного кашля является стекающий по задней стенке глотки слизистый или слизисто-гнойный секрет, который обильно продуцируется при хронических аденоидитах (рис. 2).

В период обострения хронического аденоидита отделяемое становится гнойным (рис. 3). При фарингоскопии отмечается полоска гнойного или слизисто-гнойного отделяемого по задней стенке глотки. В этом случае аденоидит необходимо дифференцировать с гнойным риносинуситом, что обуславливает необходимость дополнительной консультации оториноларинголога, поскольку данный симптом часто наблюдается и при фронтите, опасном внутричерепными осложнениями.

Если хронический аденоидит, сопровождающийся кашлем, не осложнен сопутствующей бронхолегочной патологией, то при auscultации над легкими отмечается везикулярное дыхание, функция внешнего дыхания не нарушена (дифференциальная диагностика с бронхообструктивным синдромом). Такой кашель, как правило, возникает в утреннее время и не сопровождается патологическими дыхательными шумами. Кашель при коклюше (начальная стадия заболевания) на определенном этапе может напоминать кашель при хроническом аденоидите. Однако быстрое нарастание симптоматики и появление спастического («лающего») сухого кашля позволяют

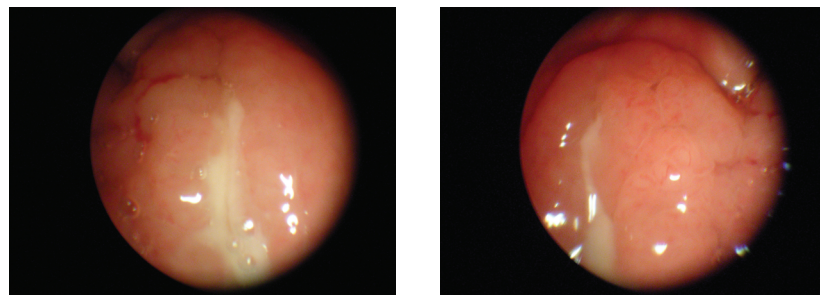


Рис. 3. Эндоскопическая картина хронического аденоидита в период обострения воспалительного процесса. В лимфоидной ткани глоточной миндалины отмечаются очаги гнойного воспаления

провести дифференциальную диагностику этих заболеваний. Первым симптомом острого стенозирующего ларинготрахеита также могут быть приступы ночного кашля, но последующая клиническая картина, развивающаяся в течение 1-2 ч, позволяет без труда установить правильный диагноз. Острый фарингит и острый трахеобронхит вирусной этиологии сопровождаются кашлем, который в отличие от кашля при хроническом аденоидите имеет тенденцию самостоятельно разрешаться в течение 4-5 дней.

Ночной кашель могут вызывать аскариды, которые на одном из этапов жизненного цикла перемещаются из легких в пищеварительный тракт. Следует помнить, что исследование кала на яйца аскарид в фазу респираторных проявлений является неинформативным (яйца появляются в кале спустя 2-3 мес после заражения, а респираторные проявления возникают на 2-3-й неделе). В подобных случаях используют иммунологические тесты (антитела к аскаридам, определение уровня IgE). Сохраняет диагностическую ценность

клинический анализ крови, в котором можно выявить эозинофилию как реакцию на глистную инвазию. Отсутствие при этом эозинофилии в носовой слизи является фактором, свидетельствующим в пользу гельминтоза. Кашель, возникающий при инородных телах в дыхательных путях, как правило, возникает остро на фоне полного благополучия. Правильный диагноз позволяют установить данные анамнеза, аускультация, рентгенография легких, бронхоскопия.

Таким образом, правильная диагностика причин ночного и утреннего кашля у детей способствует раннему выявлению хронических аденоидитов и своевременной их санации, а это, в свою очередь, позволяет избежать осложнений, которые развиваются при длительно существующем воспалительном процессе в глоточной миндалине.

Оптимальным методом оценки степени гипертрофии аденоидов и их состояния является эндоскопическое исследование носоглотки. В настоящее время доступны риноскопы различной толщины (от 1,9 до 4 мм

в диаметре), что позволяет провести эндоскопический осмотр носоглотки у детей любого возраста. Кроме того, всем детям с патологией глоточной миндалины необходимо провести отоскопическое, аудиологическое исследование и акустическую импедансометрию. При выявлении хронического аденоидита проводится консервативное либо оперативное (аденотомия) лечение. Показанием к аденотомии является гипертрофия аденоидов II-III степени, вызывающая стойкое нарушение носового дыхания, и/или рецидивирующие средние отиты, и/или нарушение роста лицевого скелета. Частые рецидивы острого аденоидита также являются показанием к выполнению аденотомии.

Консервативное лечение хронического аденоидита включает ирригационную терапию (промывание полости носа и носоглотки изотоническими растворами морской соли) в сочетании с терапией мукоактивными средствами (Синупрет®, «Бионорика», Германия), противовоспалительную (препараты фенспирида гидрохлорида и назальные топические кортикостероиды при аллергическом компоненте), антибактериальную терапию (местную, в тяжелых случаях — системную).

В профилактике рецидивов аденоидита хорошо зарекомендовала себя схема курсового применения носового душа изотоническими растворами морской воды (3 р/день в течение 1 мес) в комбинации с препаратом Синупрет®, который, помимо активации мукоцилиарного транспорта, оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. ■