

Министерство здравоохранения Московской области

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Общество оториноларингологов Московской области

(региональное подразделение Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов)

Ассоциация детских врачей Московской области

ТЕЗИСЫ

IV образовательного курса Пленума правлений научно-практических обществ оториноларингологов и педиатров Московской области

«ТОНЗИЛЛЯРНАЯ ПРОБЛЕМА У ДЕТЕЙ»

05.09.2019г.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

СОДЕРЖАНИЕ:

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЮ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ	3
<i>Селин В.Н.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЛОР-ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	4
<i>Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.</i>	
РОЛЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСОВ В ГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИМФОИДНО-ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА	4
<i>Радциг Е.Ю., Бугайчук О.В., Малыгина Л.В., Злобина Н.В., Ермилова Н.В.</i>	
КОНСТИТУЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗУ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	5
<i>Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Наумова А.С., Богданова С.В.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ ...	7
<i>Карпова Е.П., Оборкин В.Ю., Ардатская М.Д., Захарова И.Н., Сугян Н.Г.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ	8
<i>Мескина Е.Р.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ.....	8
<i>Гаращенко Т.И.</i>	
РЕВМАТОИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ТОНЗИЛЛИТЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	16
<i>Котова Ю.В.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШЕЙНЫХ ЛИМФОДЕНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ	17
<i>Наумова А.С., Тиганова О.А., Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И.</i>	
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	18
<i>Исаев Э.В., Егоров В.И., Пустовит О.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ	20
<i>Куликова Е.Г.</i>	
ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	21
<i>Дроздова А.И., Одинаева Н.Д.</i>	
ОЦЕНКА РОЛИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ГРИБКОВЫХ ШТАММОВ В ЭТИОЛОГИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ.....	21
<i>Ивойлов А.Ю., Мачулин Алексей Иванович.</i>	
ЧТО НОВОГО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ?.....	23
<i>Зябкин И.в., Грачев Н.С., Пряников П.Д., Чучкалова Ж.А.</i>	
О «ВРЕДЕ» АДЕНОТОМИИ	25
<i>Русецкий Ю.Ю., Латышева Е.Н., Малявина У.С., Мейтель И.Ю., Спиранская О.А., Сотникова Л.С., Арутюнян С.К.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА – СОВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБЫ ПРОВЕДЕНИЯ	27
<i>Милешина Н.А., Володькина В.В., Чернов Я.С., Никишова Е.В.</i>	

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЮ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Селин В.Н.

Кафедра оториноларингологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Проблема хронических неспецифических тонзиллитов с середины XX века до настоящего времени не потеряла своей актуальности. В процессе своей профессиональной деятельности с хроническим тонзиллитом и его последствиями сталкиваются не только оториноларингологии, но и педиатры, кардиологи, ревматологи, нефрологи, эндокринологи. Количество больных, страдающих различными формами хронических воспалительных заболеваний небных миндалин постоянно увеличивается, не смотря на применение различных современных методов лечения. Поиск новых консервативных и хирургических методов лечения хронических воспалительных заболеваний небных миндалин является вечной задачей.

Хронический тонзиллит относится к числу наиболее распространенным заболеваниям ЛОР-органов. По данным ряда авторов распространенность хронического тонзиллита среди детей составляет 12-18%, среди взрослых - 4-10%.

В этиологии хронического тонзиллита основное значение имеют инфекционные агенты. Важной проблемой в патологии небных миндалин остается их изначальная обсемененность условно-патогенной микрофлорой ротоглотки. Эта флора очень многообразна по видовому составу и включает в себя грамположительные, грамотрицательные, анаэробные и аэробные микроорганизмы, грибы, вирусы, хламидии, микоплазмы. Выше перечисленная микрофлора обладает выраженным иммунодепрессивным действием. В патогенезе развития хронического тонзиллита большое значение имеет нарушение биологических процессов и защитно-приспособительных механизмах в миндалинковой ткани.

Динамика и исход воспалительного процесса слизистой оболочки небных миндалин в значительной степени определяются иммунной системой организма и другими гуморальными факторами.

Вопрос о классификации клинических форм хронического тонзиллита является дискуссионным и единой общепринятой классификации не существует.

Существуют различные методы лечения хронического тонзиллита.

Консервативное лечение (в докладе будет произведен разбор современных лекарственных средств, применяемых при лечении хронического тонзиллита, физиотерапевтическое -УФО, промывание лакун миндалин антисептическими жидкостями, аппарат Тонзиллор, использование низкоэнергетического лазера, лекарственный фотофорез, фотодинамическая терапия, светодиодная фототерапия).

Эффективность консервативного лечения хронического тонзиллита характеризуется четырьмя основными факторами: 1) Исчезновение объективных признаков; 2) Торможение рефлексов, исходящих из патологически измененных миндалин; 3) Исчезновение токсико-аллергических симптомов хронического тонзиллита; 4) Ликвидация обострений (ангины).

В реестр полухирургических методов лечения хронического тонзиллита входят лакунотомия с помощью низкочастотного ультразвука, с помощью хирургического лазера и с помощью электрохирургии радиочастотного диапазона (радионож).

Хирургическое лечение - инструментальное удаление миндалин, выпаривание миндалин СО₂ лазером, хирургическое вмешательство аппаратом Коблатор и т.д.

СОСТОЯНИЕ ЛОР-ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

Клиника оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

На территории Московской области проживает более 1,5 млн детей и численность детского населения неуклонно растет. В следствие этого имеется и высокая заболеваемость детей патологией ЛОР органов (в 2018г более 70 тысяч обращений на 100 тысяч населения) и постоянно увеличивается нагрузка на ЛОР службу в МО.

На территории Московской области функционирует 42 круглосуточных ЛОР отделения, на базе которых функционирует 82 детские койки. При этом хирургические вмешательства под эндотрахеальным наркозом проводятся лишь в 13 из 42 отделений. Согласно территориальному принципу все ЛОР-отделения объединены в 8 территориальных медицинских округов. Во главе каждого территориального медицинского округа имеются Окружные территориальные ЛОР-центры, в большинстве из которых оказывается круглосуточная ЛОР помощь населению Московской области.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Московской области №1393 от 13.09.2018 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению Московской области по профилю «оториноларингология» в государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных МЗ МО» была сформирована 3-х уровневая система оказания медицинской ЛОР-помощи. Данная система состоит из: 15 ЛОР-отделений 1го уровня; 23 ЛОР-отделений – 2-го, и 4-х ЛОР-отделений – 3 уровня, в том числе и ЛОР-клиника ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. На этой базе выполняются высокотехнологические медицинские вмешательства, потребность в проведении которых ежегодно растет.

Не смотря на активную работу ЛОР-специалистов и постоянное совершенствование ЛОР-службы в Московской области имеются проблемы в организации оториноларингологической помощи детскому населению: дефицит врачебных кадров (на 2018г – 39,7%); неполная укомплектованность ЛОР–стационаров и ЛОР–кабинетов поликлиник медицинским оборудованием (47,6%); отсутствие доступной круглосуточной экстренной помощи больным в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни. Решение данных проблем позволит улучшить состояние здоровья детского населения, обеспечить доступность специализированной медицинской ЛОР-помощи, повысить её эффективность и качество.

РОЛЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСОВ В ГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИМФОИДНО-ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Радциг Е.Ю., Бугайчук О.В., Малыгина Л.В., Злобина Н.В., Ермилова Н.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

ЛОР-патология в амбулаторной педиатрической практике — наиболее частая причина назначения системных антибактериальных препаратов, несмотря на появляющиеся в последние время данные о роли респираторных негриппозных вирусов в генезе этих заболеваний.

Цель работы: представить данные о частоте выявления респираторных негриппозных

вирусов у пациентов с различной ЛОР-патологией (острый средний гнойный отит (ОСГО), синусит, аденоидит и ларингит).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 472 пациента в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, в том числе: 69- с диагнозом «аденоидит», 125 - «синусит», 186 - ОСГО и 92 - необструктивный ларингит. У всех пациентов проводили забор материала для комплексного микробиологического (бактериологического, микологического и вирусологического) исследования (мазок с поверхности глоточной миндалины, отделяемого из барабанной полости, аспират из верхне-челюстной (решетчатой) пазухи, из гортаноглотки). Данные обрабатывали методом описательной статистики.

Результаты: По результатам комплексного микробиологического исследования наиболее частая причина заболеваний лимфоидно-глоточного кольца была:

- ОСГО - вирусно-бактериальная (39,7%), на втором месте - вирусная (25,3%) и только на третьем - бактериальная (19,9%),
- аденоидит- вирусно-бактериальная (44,6%), вирусная в 29,5% и бактериальная в 17%.
- синусит - вирусно-бактериальная - 35,76%, бактериальная - 27,82%, вирусная в 19,2%.
- ларингит- вирусная (89,7%) и вирусно-бактериальная в 10,3%.

Настораживает факт отсутствия выделения любых возбудителей (микробиологически-негативный процесс) в 15,1% пациентов с ОСГО, в 8,9% при аденоидите и у 17,22% больных с синуситом. Данная ситуация может быть связана в том числе и частым и/или бесконтрольным применением системных антибактериальных препаратов.

Выводы: Высокая частота выделения респираторных негриппозных вирусов у пациентов с различной ЛОР- патологией ставит вопрос о целесообразности применения в схемах лечения и профилактики препаратов с неспецифическим противовирусным и/или с противовоспалительным действием.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗУ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Наумова А.С., Богданова С.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Конституция представляет собой совокупность гено- и фенотипических свойств и особенностей (морфологических, биохимических и функциональных) организма, определяющих возможность его защитно-приспособительных реакций, направленных на сохранение гомеостаза и здоровья.

В соответствии с классификацией М.С. Маслова (1924 г.) у детей выделяются 4 типа конституции (аллергическая, нервно-артритическая, экссудативно-катаральная, лимфатико-гипопластическая), различных по своему строению, особенностям реагирования нервной системы, скорости биохимических реакций. Представители каждой группы имеют определенную предрасположенность к различным заболеваниям.

Учитывая тот факт, что хронические заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детского населения, одним из значимых направлений детской оториноларингологии является разработка мер ранней

(донозологической) профилактики и прогнозирования с использованием персонифицированных схем лечения с позиций оценки конституционального подхода.

Несмотря на широкие возможности консервативной терапии, наличие современного оборудования и совершенствующихся подходов к хирургическим вмешательствам, лечение хронического тонзиллита не всегда оказывается эффективным. Значительное влияние оказывают фенотипические факторы: сопутствующие инфекционные заболевания, экологический фактор, позднее начало терапии. При формировании персонифицированного подхода к терапии и программе профилактики для ребенка с хроническим тонзиллитом и/или гипертрофией аденоидов следует учитывать не только роль неблагоприятных факторов, способствующих развитию заболевания, но и генетически детерминированную склонность к увеличению глоточной и небных миндалин у детей с лимфатико-гипопластическим диатезом.

Ключевые слова: конституция, часто болеющие дети, заболевания верхних дыхательных путей, хронический тонзиллит.

Цель: анализ эффективности конституционального подхода в терапии и профилактике хронических заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе, хронического тонзиллита, у детей.

Материалы и методы: У 248 детей в возрасте от 1 до 3 лет, относящихся к группе часто болеющих, был проведен анализ клинико-анамнестических факторов в антенатальном и постнатальном периодах, предрасполагающих к развитию патологии ЛОР-органов, с расчетом абсолютного риска (АР), относительного риска (ОР), атрибутивного риска (АТР), популяционного атрибутивного риска (ПАР). Все наблюдаемые дети были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия фактора риска, экспонируемая выборка и неэкспонируемая выборка (по наличию или отсутствию хронической ЛОР-патологии). Было изучено 9 наиболее значимых фактора риска у по данным анамнеза, течения беременности и родов и постнатального периода. В зависимости от типа конституции были выделены 4 группы пациентов: дети с лимфатико-гипопластическим диатезом составили 53% (131 пациент), дети с аллергическим диатезом – 15% (38 пациентов), дети с экссудативно-катаральным диатезом – 18% (44 пациента), дети с нервно-артритическим диатезом – 14% (35 пациентов).

Результаты: На основании полученных в исследовании данных с помощью математико-статистических методов при расчете АР, ОР, АТР, ПАР влияние таких фенотипических факторов, как инфекции (в особенности, обусловленные *Chl.pneumoniae*, аденовирусом, герпес-вирусами), воздействие аллергена, снижение функции симпатико-адреналовой системы, наличие гастроэзофагеального рефлюкса, увеличивали частоту риска возможного развития хронического тонзиллита у детей первой группы (лимфатико-гипопластический тип) в 2,7 раза, второй группы – в 1,6 раза, третьей группы – в 1,8 раза, 4 группы – в 1,2 раза.

Обсуждение: для оториноларингологов ценность конституционального подхода заключается в возможности прогнозирования течения хронического тонзиллита у детей с различными типами конституции. Пациенты с лимфатико-гипопластическим типом конституции склонны к высокой частоте рецидивов после оперативных вмешательств. Пациенты с аллергическим типом конституции склонны к частым аллергическим реакциям на применяемые лекарственные

препараты и кровотечениям в послеоперационном периоде. Пациентам с нервно-артритическим диатезом свойственно образование келоидных рубцов и синехий. В течении послеоперационного периода после аденотомии также существуют определенные закономерности. У детей с лимфатико-гипопластическим диатезом чаще наблюдается снижение слуха, обусловленное гипертрофией аденоидов, и оперативное удаление аденоидов оказывает положительный эффект. Напротив, среди пациентов с нервно-артритическим диатезом нередко случаи ухудшения слуха после аденотомии вследствие склонности к образованию рубцов из-за особенностей соединительной ткани.

Выводы: Фактор конституции имеет прогностическую ценность в оториноларингологии. Взаимосвязь конституции с реактивностью организма и предрасположенностью к отдельным заболеваниям лежит в основе использования конституционального подхода для выделения групп риска и первичной профилактики. Тип конституции определяет прогностический сценарий развития заболевания. Учет конституциональных особенностей ребенка позволяет не только выявить ведущие факторы риска развития хронического тонзиллита, но и выработать современную эффективную стратегию лечения и профилактики заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Карпова Е.П.¹, Оборкин В.Ю.¹, Ардатская М.Д.,² Захарова И.Н.³, Сугян Н.Г.³

¹Кафедра детской оториноларингологии ФГБОУ ДПО РМАНПО,

² Кафедра гастроэнтерологии ФГУ ДПО ЦГМА УД Президента РФ,

³ Кафедра педиатрии ФГБОУ ДПО РМАНПО.

В настоящее время отмечается неуклонный рост количества детей, часто и повторно болеющих острым тонзиллофарингитом. Для разработки методов реабилитации необходима оценка факторов неспецифической резистентности микрофлоры ротоглотки.

Основной целью нашей работы являлось изучить метаболическую активность микрофлоры ротоглотки у часто болеющих детей с тонзиллофарингитом на основании определения спектра короткоцепочечных жирных кислот.

В исследование включено 164 часто болеющих детей в возрасте от 3 до 14 лет. Проведено исследование микрофлоры ротоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), в мазках со слизистой, и методом газожидкостной хроматографии с определением концентраций короткоцепочечных жирных кислот (в не стимулированной слюне). При ПЦР диагностике в подавляющем большинстве случаев у детей с острым тонзиллофарингитом обнаружены вирусно-бактериальные ассоциации (69% случаев). При оценке метаболической активности отмечены признаки гиперактивации микрофлоры с суммарной продукцией короткоцепочечных жирных кислот в среднем до 118,4% от референсного интервала на фоне преимущественной активации аэробных бактерий (анаэробный индекс 66,8%). Для наблюдавшихся часто болеющих детей с острым тонзиллофарингитом было преобладание бактериального протеолиза (70% пациентов) и дефицит концентрации масляной кислоты на уровне 63% от нормы ($p > 0,05$).

Исследование метаболической функции микрофлоры ротоглотки позволило установить наличие закономерностей: глубокого дефицита масляно-кислого брожения (признак повреждения эпителия) и активации строгих протеолитических анаэробов (следствие изменения состава субстратов бактериального брожения на фоне воспаления). Полученные данные могут быть использованы для решения вопроса о необходимости применения антимикробной терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Мескина Е.Р.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Тонзиллит – полиэтиологическое заболевание. Для выбора правильной диагностики и лечения следует различать острый, рецидивирующий и хронический тонзиллит с различной этиологической структурой. Наиболее частыми возбудителями, вызывающими острый тонзиллит с наложениями на миндалины, являются Эпштейна-Барр вирусы и пиогенный стрептококк. Для диагностики стрептококкового тонзиллита следует использовать бесприборные диагностические тесты – стрептотест. Диагностику и лечение инфекции Эпштейна-Барр должен проводить инфекционист (педиатр)! Не направляйте пациента на диагностику самостоятельно! Не занимайтесь лечением самостоятельно! Это приводит к ошибкам диагностики и лечения!

Следует проводить дифференциальный диагноз со следующими инфекционными заболеваниями: скарлатиной (также вызывается пиогенным стрептококком), дифтерией, ангиной Симановского-Плаута-Вильсона. Редко с тонзиллитом протекают туляремия, сибирская язва, гонорея, сифилис, герпетический стоматит (ВПГ1-2). Для диагностики принципиальное значение имеет эпидемиологический анамнез и симптомы поражения других органов и систем.

Среди неинфекционных заболеваний при рецидивирующем тонзиллите следует дифференцировать (диагноз исключения): РФАРА-синдром (болезнь Маршалла – периодическая лихорадка); синдром Хантера (мукополисахаридоз); лейкомию; гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь; лимфому Ходжкина; Т-клеточную лимфому с поражением носоглотки (язвенное деструктивное поражение нома, пазух носа и лица, в том числе дифференциальный диагноз с паратонзиллярным абсцессом); опухоли миндалин.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Гаращенко Т.И.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

В структуре патологии ЛОР-органов заболевания глотки составляют 20–30% у взрослых [1] и до 40% у детей [2]. В практической деятельности педиатра симптомокомплекс острого тонзиллофарингита (ОТФ) наблюдается практически при всех острых респираторных вирусных инфекциях, детских инфекциях. Как самостоятельное заболевание, вызванное бета-

гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), ангина наблюдается довольно часто у детей старше 5 лет (до 50% всех случаев ОТФ). Ежегодно в мире выявляется более 600 млн случаев стрептококкового тонзиллита, вызванного БГСА.

По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний подавляющее большинство (85%) случаев ОТФ имеет вирусное происхождение (респираторные и энтеровирусы, вирус Эпштейна–Барр) и поэтому не требует назначения антибактериальной терапии. Среди бактериальных возбудителей важнейшее значение имеет БГСА.

Тонзиллофарингиты, вызванные вирусом гриппа, парагриппа, аденовирусами (35,9%), коронавирусами, респираторно-синцитиальным вирусом (29%), как правило, возникают в осенне-зимний период. Другие внутриклеточные патогены – *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* также способны поражать большие организованные детские коллективы раз в 4–6 лет в период с августа по январь. *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* как возбудители ОТФ выделяют у детей соответственно в 10–24% и 5–21% случаев, в зависимости от возраста. *Chlamydia pneumoniae* выделяют у 41,7–44,3% детей из ткани удаленных аденоидов и миндалин при хронических аденоидитах, фарингитах, у 45% – в соскобе задней стенки глотки, в ассоциации с другими патогенами – у 80% детей.

В качестве практически единственного показания к системной противомикробной терапии у иммунокомпетентных лиц рассматривается стрептококковый (БГСА) генез воспаления (за исключением крайне редких случаев дифтерии и гонококкового тонзиллита). Эта концепция отражена и в МКБ-10, в соответствии с которой острые фарингиты и тонзиллиты разделены на «Стрептококковые» (J02.0 и J03.0) и «Вызванные другими уточненными возбудителями» (J02.8 и J03.8) [5].

Попытки систематизировать и стандартизировать тактику лечения ОТФ в течение последних лет вылились в создание множества национальных и международных клинических рекомендаций и систематических обзоров, таких как «Руководство по диагностике и лечению острого фарингита» [6], «Анализ рекомендаций международных руководств по лечению острых фарингитов у взрослых и детей» [7], «Рекомендации по ведению острой боли в горле» под руководством Р. Nuovinen, 2012 (Европейское общество по клинической микробиологии и инфекционным болезням, ESMID) [8], «Практическое руководство по диагностике и лечению БГСА-фарингитов» (Американское общество по инфекционным болезням, IDSA, Stanford T. Shulman, 2012) [9], «Antibiotic prescription strategies for acute sore throat: a prospective observational cohort study» [10].

Микробиологическую диагностику стрептококкового тонзиллофарингита следует проводить у пациентов с симптомами ОТФ: при клинических и эпидемиологических признаках (возраст, сезон), указывающих на инфекцию, вызванную БГСА, при контакте с больным, у которого доказана стрептококковая этиология фарингита, при высокой степени распространения стрептококковых инфекций в регионе. Нами предпринято в 2018-2019 гг. исследование по этиологии острых тонзиллофарингитов, при этом использованы ПРЦ со слизистой глотки на высоте острых ринофарингитов, тонзиллофарингита в реальном времени ,в динамике- первые дни заболеваний и через 10-12 дней. Оценивали влияние противовирусной терапии на течение заболевания.

Как видно из рис.1 вирусы доминировали в этиологии острых заболеваний в осенний сезон, при этом ни в одном случае не был выделен бета -гемолитический стрептококк.

До лечения методом ПЦР установлена вирусная этиология (N=70)

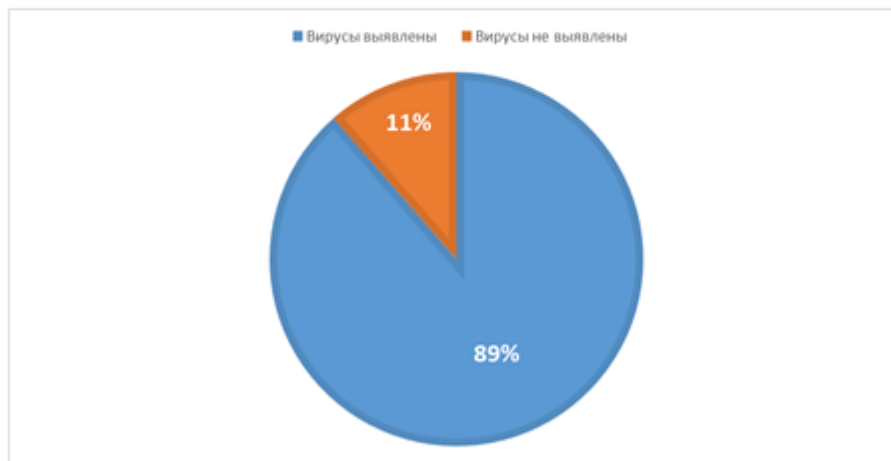


Рис.1 ПЦР-результаты при острых ринофарингитах, тонзиллофарингитах

В настоящее время актуальным является длительное персистирование вирусов в слизистой оболочке глотки. При нормальных показателях иммунитета, особенно мукозального, к которому и относятся небные миндалины, освобождение от вирусов происходит как правило в сроки до 10 дней, тогда как снижение факторов неспецифической и специфической резистентности, наблюдаемое у ЧДБД с тонзиллофарингитами, сохраняет персистенцию респираторных вирусов на длительный период, несмотря даже на противовирусную терапию. Исследования, проведенные проф. Савенковой М.С.(2015) (рис 2) показали, что без специальных противовирусных препаратов к элиминации вирусов способны только 2% детей с тонзиллофарингитами, тогда как противовирусная терапия позволяет санировать слизистую глотки в сроки 10 дней у 41% детей.

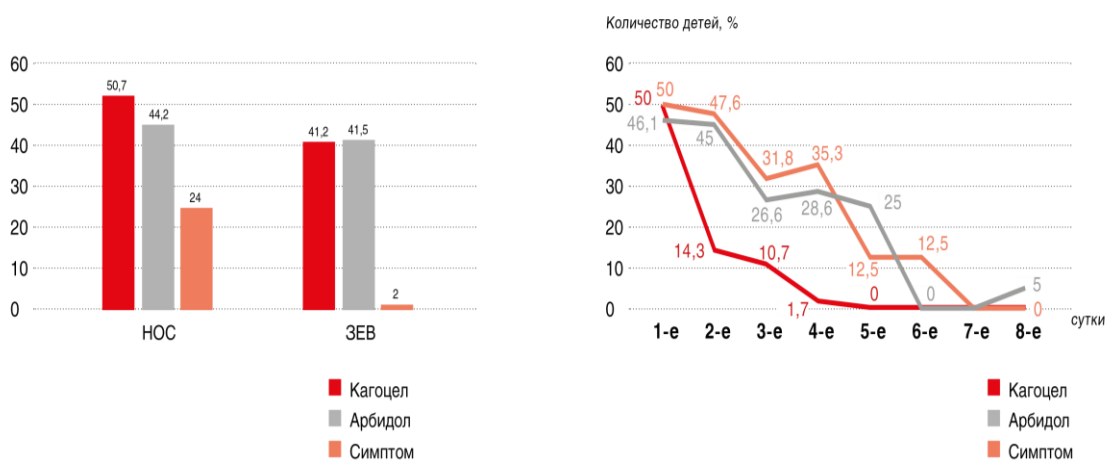


Рис.2 Отрицательные ПЦР-результаты после лечения (%) на 7–8-й день болезни (М.С. Савенкова, 2015)

Элиминация респираторных вирусов на фоне противовирусной терапии (абс. числа)

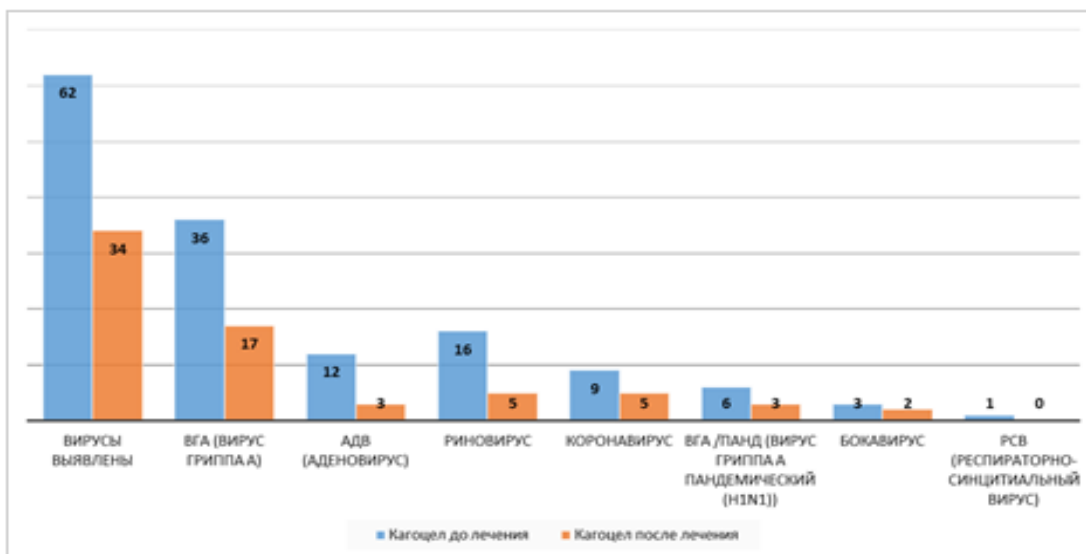


Рис. 3. Результаты ПЦР на 10-14 сутки на фоне противовирусной терапии

Из рисунка видно, что у пациентов с ОРВИ с клиникой острых ринофарингитов, тонзиллофарингитов противовирусные препараты способствуют вирусной деконтаминации. После проведенного лечения saniрующий эффект наступает у половины пациентов, но разные виды вирусов сохраняют свое присутствие в слизистых оболочках ВДП. Исследования ПЦР в реальном времени показали, что от ряда вирусов идет активное освобождения (риновирус, аденовирус), тогда как вирусы гриппа (как эпидемический, так и пандемический вариант), бокавирусы, коронавирусы продолжают выделяться.

Влияние Кагоцела на элиминацию респираторных вирусов при тонзиллофарингитах

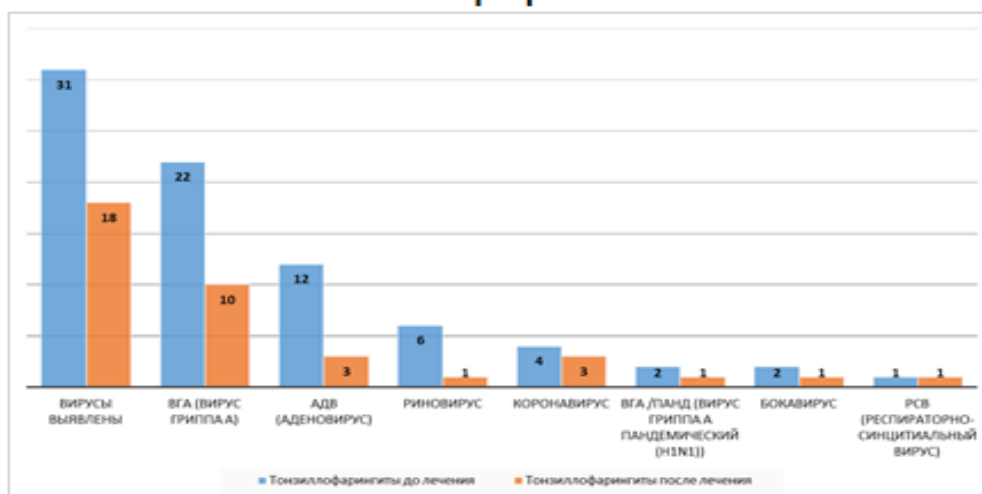


Рис 4. Санирующий эффект по данным ПЦР на 10-14 сутки лечения тонзиллофарингитов

Сохранение вирусного присутствия в слизистой оболочке миндалин может явиться причиной рецидивирующего тонзиллофарингита, о чем свидетельствуют результаты исследования миндалин, удаленных из-за неэффективности 3-4 курсов антибактериальной терапии (рис. 5).



Рис.5 Частота выделения возбудителей по данным ПЦР из удаленных миндалин

Таким образом внутриклеточные инфекции- вирусы, атипичные возбудители могут стать причиной затяжного течения тонзиллофарингитов, привести хронически персистирующему воспалению, терапия которого антибиотиками бета- лактамной группы естественно будет малоэффективной. Эта проблема уязвимости лимфоидной ткани глотки вирусным возбудителям является особенно актуальной у детей. Причем возрастная физиологическая недостаточность иммунной системы в целом, отличающаяся критическими периодами ее развития, является несомненно основным фоном формирования хронических заболеваний лимфоглоточного кольца у детей, о чем свидетельствует частота выделяемых вирусов из ткани удален, именно в первые три физиологических критических периода развития иммунной системы (новорожденные, 6 мес, 1-2 года) выделение вирусов из удаленных миндалин достигает 80%. В связи с вышеприведенными данными актуальным является пересмотр клинических рекомендаций по лечению острых тонзиллофарингитов у детей, необходимость включения противовирусных препаратов. В этом плане большую помощь может оказать применение гомеопатических, фитопрепаратов, которые разрешены у детей даже раннего возраста. Доказаны их высокие противовирусные свойства как в российских, так и зарубежных исследованиях, имеются соответствующие регламентирующие документы (16)

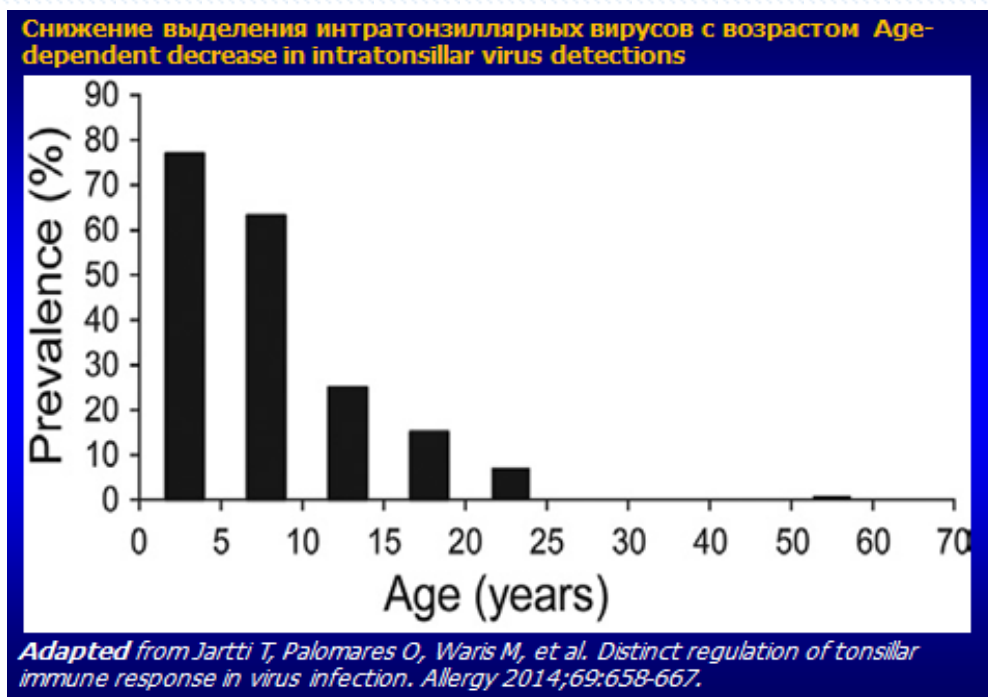


Рис.6 Частота выделения вирусов из ткани удаленных миндалин в различных возрастных группах.

В качестве альтернативы набирают популярность гомеопатические препараты (прописаны как средства природного происхождения); их лечебный эффект основывается на активации способностей организма к самоизлечению путем направленных импульсов. В состав зарегистрированных гомеопатических препаратов для лечения ОРВИ входит как правило 3 базовых компонента - аконит (*aconitinum*) d5, атропин (*atropinum*) d5 и цианид ртути (*mercurius cyanatus*). Их можно обнаружить в составе таких препаратов, как инфлюцид, гирель, энгистол, агри и агри-детский, для лечения острых тонзиллитов медитонзин, тонзиллотрен, ангин-хель и др.. Они надежно блокирует первые симптомы простуды у ребенка и помогают предотвратить осложнения. Выпускается в виде капель (медитонзин разрешен для применения детям с 1 года), таблеток для приема внутрь.

Как видно из рис. 7, противовирусная активность Медитонзина была доказана в ходе клинического исследования *in vitro*, где была оценена противовирусная активность как отдельных компонентов, входящих в состав препарата, так и самого трехкомпонентный комплекс. При моделировании вирусной инфекции, когда активированные иммунные клетки взаимодействуют с местной слизистой оболочкой, влияние гомеопатического трикомплеса приводит к запуску положительного целостного регуляторного процесса в виде защитной реакции. Наблюдается повышенный выброс иммуноактивирующих цитокинов, что на ранних стадиях настоящей инфекции стимулирует общие защитные механизмы, такие как фагоцитоз, и привлекает другие иммунные клетки к месту воспаления. Таким образом, можно инициировать сдерживание инфекции на ранней стадии. Кроме того, явно активизируется конверсия механизмов защиты в сторону клеточно-опосредованного противовирусного иммунного ответа.

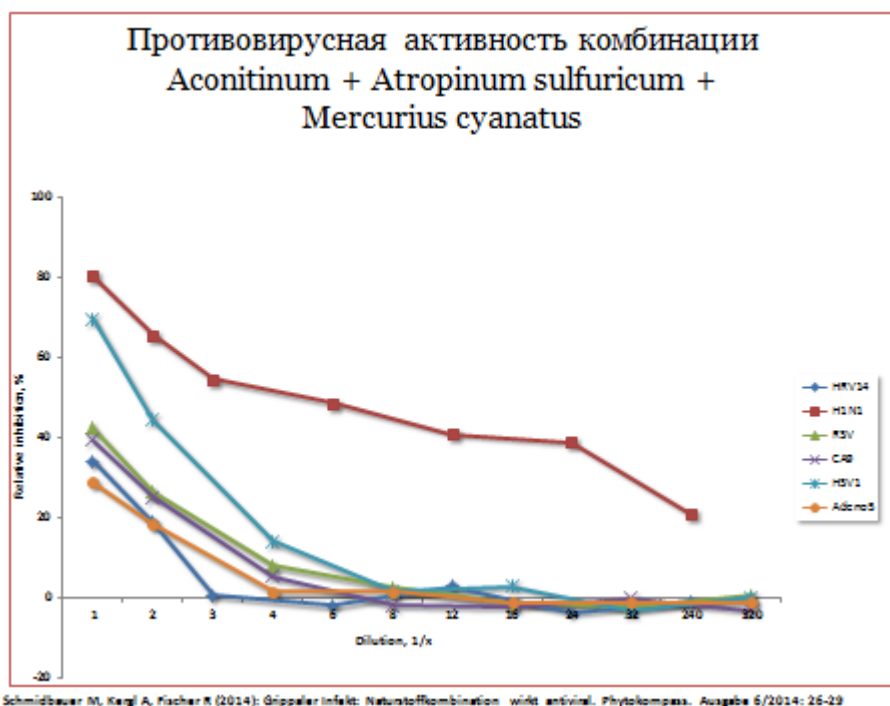


Рис.7 Противовирусная активность комбинированного применения гомеопатических препаратов, входящих в состав препарата Медитонзин

В ходе исследования были подтверждены следующие иммуномодулирующие эффекты препарата: стимуляция механизмов врожденной иммунной системы – первой линии обороны при попадании инфекции, инициирование повышения уровня интерлейкинов (IL-1): IL-1 α , IL-1 β и IL-18. Препарат влияет на адаптивную иммунную систему и защиту от вирусов – специфичный ответ (т.е. против конкретного возбудителя). Он активизирует Т- и В-лимфоциты, таким образом запуская защитные иммунные реакции организма на ранних стадиях заболевания и способствуя сдерживанию инфекции на ранних этапах, что препятствует развитию осложнений. Также такие препараты активизирует переход механизмов защиты в сторону клеточно-опосредованного специфического противовирусного иммунного ответа (против конкретного возбудителя)

Трехкомпонентный гомеопатический препарат имеет большую доказательную клиническую базу – в исследованиях участвовало более 5 000 пациентов (в том числе дети от одного месяца). В ходе всех клинических исследований эффективность и безопасность была признана более 90% врачей как высокая и очень высокая (17-19).

Таким образом, следует уделить особое внимание разработке концепции причин формирования хронического тонзиллита вирусной составляющей среди микробных возбудителей, их влиянию на дальнейшее созревание структур лимфоглоточного кольца, воздействию на эффективность ответа, обусловленного структурами как мукозального, так и адаптивного иммунитета. Необходимо доработать клинические рекомендации в части противовирусной терапии как стартового лечения большинства острых тонзиллофарингитов, уделить особое внимание экспресс - диагностике стрептококкового тонзиллита, определить классы лекарственных препаратов, способных обеспечить высокую эффективность лечения (противовирусные препараты, гомеопатически, фитопрепараты, бактериофаги, иммуномодуляторы, вакцинные и вакциноподобные средства и др.)

Список литературы

1. Крюков А.И., Хамзалиева Р.Б., Захарова А.Ф., Изотова Г.Н. Показатели заболеваемости и качество оказания амбулаторной помощи ЛОР-больным с патологией уха и ВДП в г. Москве. М., 2008.
2. Гарашенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР-заболеваний в детском возрасте (в кн. «Детская оториноларингология»). М.: Медицина, 2005. Т. 2. С. 275–85.
3. Carapetis J.R., Steer A.C. et al. The global burden of group A streptococcus disease. *Lancet. Infect. Dis.* 2005;5:685–94.
4. Posfay-Barbe K.M. Infections in pediatrics: old and new diseases. *Swiss Med. Wkly.* 2012;142:w13654.
5. Бартлетт Дж. Инфекции дыхательных путей. Пер. с англ. М. СПб: Бином – Невский диалект, 2000. 192 с.
6. Guideline for the diagnosis and management of acute pharyngitis. Toward Optimized Practice. Guideline Alberta Clinical Practice. Administered by the Alberta Medical Association. Canada, 2008, update www.topalbertadoctors.org.
7. Chiappini E., Principi N., Mansi N. et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian Institute of Health guidelines. *Clin. Ther.* 2012;34(6):1442–58.
8. Pelucchi C., Grigoryan L., Galeone C. et al. Guideline for the management of acute sore throat. ESCMID Sore Throat Guideline Group. *Clin. Microbiol. Infect.* 2012;18 (Suppl. 1):1–27.
9. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W. et al. Clinical practice guideline for diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases Advance Access*. Published September 9, 2012.
10. Little P., Stuart B., Hobbs R. Antibiotic strategies for acute sore throat: a prospective observational cohort . *The Lancet Infectious Diseases*, Early Online Publication, 17 January 2014; doi: 10.1016/S1473-3099 (13):70294–9.
11. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. *Русский медицинский журнал «Оториноларингология»*. 2015;6:307–11.
12. Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. Jr. et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis.* 2002;35(2):113–25.
13. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 2012;55(10):1279–82.
14. McIsaac W.J., Kellner J.D., Aufricht P. et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA.* 2004;291(3):1587–95.
15. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care pragmatic, factorial, randomized controlled trial. *BMJ.* 2014;348 – g 1606; doi: 10.1136/bmj.g 1606 (published 5 March 2014).
16. Приказ Министерства здравоохранения №335 от 29.11.95 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».
17. Schmidbauer M., Kergl A., Fischer R. Grippaler Infekt: Naturstoffkombination wirkt antiviral. *Phytokompass. Ausgabe.* 2014;6:26–9.
18. Schmidbauer M., Kergl. A. *Kinder- und Jugendarzt.* 2011;10.
19. Zieseniß E. *Praktische Pädiatrie.* 2003;1.
20. Gnann A. Wirksame Therapie bei akuter Entzündung des Hals-, Nasen- und Rachenraums. *Kinder- und Jugendmedizin.* 2005;5.
21. Мескина Е.Р., Сташко Т.В., Галкина Л.А. Сочетанное применение антибактериальных препаратов системного и местного действия как альтернативная стратегия лечения острого гнойного тонзиллита у детей и подростков. *Вопросы практической педиатрии.* 2018;13(4):41–9.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов

РЕВМАТОИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ТОНЗИЛЛИТЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Котова Ю.В.

ГБУЗ МО МОКДЦД

Инфекционные процессы стрептококковой этиологии могут манифестироваться в виде первичных форм (воспалительные заболевания ЛОР-органов, поражения кожи, скарлатина, рожа, миозит, менингит, пневмония, сепсис, перитонит), а также в виде вторичных форм – как с аутоиммунным компонентом (ревматическая лихорадка, постстрептококковый гломерулонефрит, реактивный артрит, васкулиты). Наиболее ярко этиопатогенетическая связь между инфицированием ткани небной миндалины микроорганизмом и формированием хронического воспалительного процесса с последующим развитием осложнений прослеживается на примере *Streptococcus pyogenes* – так называемого β -гемолитического стрептококка группы А (БГСА): грампозитивного грамотрицательного кокка, относящегося к серологической группе А и способного к гемолизу β -типа. Ревматизм у детей в наше время заболевание крайне редкое. На первый план вышли хронические артриты, одним из которых является постстрептококковый ювенильный артрит – опасное хроническое заболевание, без лечения приводящее к быстрому полиорганному прогрессирующему, ранней инвалидизации и значительному укорочению срока жизни.

Одним из наиболее частых вариантов поражения суставов у детей вследствие перенесенной стрептококковой инфекции является острый постстрептококковый артрит, клинические проявления которого могут варьировать от незначительных артралгий до тяжелого полиартрита с высокой гуморальной активностью и полиорганной недостаточностью.

Антистрептолизин О значительно повышается в дебюте и при обострении псориатического артрита. Этот показатель является важным диагностическим маркером при БГСА-ассоциированных артритях. Необходимо оценивать динамику показателя на фоне терапии антибиотиками. При своевременно начатом лечении современным терапевтическим арсеналом болезнь можно остановить. БГСА отличается высокой природной чувствительностью к пенициллинам и цефалоспорином. β -лактамы остаются единственным классом антибиотиков, к которым у стрептококка не развилась приобретенная резистентность. В настоящее время практически во всех странах, в том числе и в России, отмечается высокая частота высеваемости от больных острым и хроническим тонзиллофарингитом штаммов стрептококков, устойчивых к тетрациклинам, ко-тримоксазолу, сульфаниламидам, хлорамфениколу.

Целью антибактериальной терапии острого и обострения хронического тонзиллофарингита является эрадикация БГСА, что ведёт не только к ликвидации симптомов инфекции, но и к предотвращению её распространения и развития постстрептококковых осложнений. Лечение больных включает курс защищенных пенициллинов, бициллинотерапию, НПВС.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШЕЙНЫХ ЛИМФОДЕНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Наумова А.С.¹, Тиганова О.А.^{1,2}, Ильенко Л.И.², Гаращенко Т.И.²

¹ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»;

²ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

В практике педиатров, оториноларингологов и инфекционистов шейная лимфаденопатия (ЛАП) встречается у 38-45% детей и подростков. Данный симптом не является строго специфическим для определенных нозологий. Учитывая, что причинами возникновения лимфаденопатии могут быть заболевания как инфекционной этиологии (вирусные, бактериальные, грибковые, вызванные простейшими), так и неинфекционной (аутоиммунные заболевания, злокачественные новообразования, редкие болезни), дети с признаками гиперплазии лимфатических узлов должны быть тщательно обследованы в зависимости от совокупности данных анамнеза и физикального обследования.

Острая реактивная ЛАП обусловлена иммунной реакцией на удаленный очаг инфекции, генерализованную инфекцию, аутоиммунные процессы. Наиболее частой причиной являются вирусные агенты (аденовирус, цитомегаловирус, Эпштейн-Барр вирус).

Острый инфекционный лимфаденит может быть вирусным, бактериальным или вызываться простейшими.

Шейный острый вирусный лимфаденит в большинстве случаев обусловлен течением острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), вызванной такими вирусами как риновирус, вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирус, аденовирус, реовирус. При этом ЛАП сопровождается лихорадкой, тонзиллитом, фарингитом. ЛАП как симптом ОРВИ не нуждается в дополнительных исследованиях и специфической терапии, терапия заключается в лечении основного заболевания.

Шейный острый бактериальный лимфаденит чаще всего обусловлен инфицированием *Staphylococcus aureus* или *Streptococcus pyogenes*. Бактериальные инфекции, вызванные кокковой флорой, сопровождаются фарингитом с яркой гиперемией, тонзиллитом, острым средним отитом или импетиго. Инициальная терапия назначается в соответствии с чувствительностью возбудителя к антибиотикам при возможности проведения бактериологического исследования. Эмпирическая антибактериальная терапия назначается с учетом наиболее вероятного возбудителя – пероральные бета-лактамы антибиотики в случае кокковой флоры. В случае отсутствия эффекта от курса антибактериальной терапии или ухудшения состояния пациента на ее фоне необходима госпитализация для проведения расширенного обследования и определения тактики лечения. При наличии признаков абсцедирования проводится тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАБП) пораженного лимфоузла с последующим морфологическим и бактериологическим исследованиями.

Среди инфекционных причин развития хронической шейной лимфаденопатии чаще встречаются микобактериальная инфекция, болезнь кошачьей царапины, токсоплазмоз. Среди неинфекционных причин: редкие заболевания (болезнь Кавасаки, PFAPA-синдром, болезнь Розаи-Дорфмана, саркоидоз); прием лекарственных препаратов (антиретровирусные агенты, аллопуринол, фенитоин, карбамазепин, атенолол, каптоприл, хинидин, пенициллин,

сульфонамиды); реакция на вакцинацию (живая коревая вакцина, инактивированная полиомиелитная вакцина); злокачественные новообразования (ЗНО).

В случае шейной лимфаденопатии как составляющей генерализованной лимфаденопатии целесообразен диагностический поиск в отношении системного заболевания.

В отношении детей и подростков с хронической шейной ЛАП необходимо проведение диагностических мероприятий с позиции онкологической настороженности, так как 25% опухолей у детей локализованы в области головы и шеи. Поражение шейных лимфатических узлов характерно для лимфом (лимфомы Ходжкина и неходжкинских лимфом), нейробластомы, назофарингеальной карциномы, рака щитовидной железы. Важную роль играет своевременное проведение биопсии измененного лимфатического узла в случае опухолевого процесса, поскольку данные гистологического исследования необходимы для начала специфической терапии.

Таким образом, пациентам детского и подросткового возраста с увеличенными лимфатическими узлами шейных групп необходим междисциплинарный подход с позиций составления плана комплексного обследования для дифференциального диагноза. Несмотря на то, что среди причин ЛАП у детей на долю злокачественной этиологии приходится 1%, правильная интерпретация клинических данных может повысить количество биопсий в данной группе пациентов, сокращая необходимое для верификации диагноза время.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Исаев Э.В., Егоров В.И., Пустовит О.М.

Клиника оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Ключевые слова: Инфекции верхних дыхательных путей у детей, пневмококк, антибиотики, современные клинические рекомендации

Острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей занимают лидирующее положение у пациентов детского возраста. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей (ВДП) у детей в 5 раз выше, чем у взрослых и составляет более 90 % от всех регистрируемых в России инфекционных заболеваний. Более 60% в структуре заболеваемости детского возраста приходится на болезни органов дыхания.

В различные возрастные периоды у детей воспалительные заболевания органов дыхания протекают с характерными чертами ввиду анатомических и физиологических особенностей респираторной системы. Большинство новорожденных детей дышат только через нос, поэтому выраженное затруднение носового дыхания отрицательно влияет на качество жизни ребенка и его сон. Вследствие узких носовых ходов при ринитах нарушается аэрация и дренаж околоносовых пазух, которые к моменту рождения ребенка уже присутствуют в его организме (решетчатая и рудиментарная верхнечелюстная пазухи). У детей 1 года полость носоглотки небольшая, поэтому даже незначительное увеличение глоточной миндалины существенно нарушает носовое дыхание.

У детей узкая гортань, слизистая оболочка которой обильно васкуляризирована, склонна к отеку, что обуславливает частое возникновение обструктивного ларингита у детей младшего возраста.

Подавляющее большинство случаев острых инфекционных заболеваний ВДП у детей (более 90%) имеют вирусную этиологию, существенно реже бактериальную. При этом бактерии играют двойную роль: они могут непосредственно вызывать заболевание (острый стрептококковый тонзиллофарингит) или же быть причиной осложнения ОРВИ (бактериальный риносинусит на фоне острого вирусного риносинусита). Задача оториноларинголога в данном случае четко диагностировать наличие бактериального воспаления и назначить соответствующую адекватную, согласованную с современными клиническими рекомендациями антибактериальную терапию.

Основными бактериальными возбудителями острых заболеваний ВДП у детей являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*. Пневмококк – наиболее частая причина бактериальных инфекций у детей. Данный возбудитель может вызывать острый средний отит, риносинусит, пневмонию, а также менингит, остеомиелит, септический артрит и другие инфекции.

Большинство пациентов с симптомами острых бактериальных инфекций ВДП обращаются к оториноларингологу в амбулаторном порядке, где к сожалению не всегда есть возможность провести срочную этиологическую диагностику возбудителя заболевания, в таких условиях врачу приходится назначать антибактериальную терапию эмпирически, ссылаясь на современные клинические рекомендации по эпидемиологии и фармакотерапии инфекций ВДП.

Согласно документу альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов от 2018 г. для более четкого позиционирования антибиотиков принято решение в рекомендациях по лечению острых инфекций ВДП выделить следующие положения: **1** - для более четкого позиционирования антибиотиков в рекомендациях по лечению выделяют средства 1-й (пенициллины), 2-й (цефалоспорины) и 3-й (макролиды) линии терапии; **2** - эксперты рекомендуют использовать макролиды для лечения респираторных инфекций как средства 2-й, и даже 3-й линии терапии; **3** - подчеркнута необходимость увеличения суточной дозы пенициллинов для преодоления устойчивости возбудителей инфекций ВДП; **4** - необходимо использовать современные оптимальные лекарственные формы антибиотиков с гарантированной высокой и стабильной биодоступностью (солютабы).

Выводы. Использование современных форм антибактериальных препаратов, подкрепленное знанием и пониманием этиологии основных возбудителей острых инфекций ВДП у детей, а также строгое следование клиническим рекомендациям позволяет не только быстро купировать развитие инфекционного процесса в организме ребенка но и предотвратить формирование и распространение антибиотикорезистентных штаммов возбудителей острых инфекций ВДП.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Куликова Е.Г.

Детская клиника «ПреАмбула»

Пусковым механизмом развития значительного числа нефропатий в настоящее время является как острый, так и хронический тонзиллит. По данным Всемирной организации здравоохранения более 100 соматических заболеваний иммунопатологического профиля с ведущим инфекционно-зависимым токсико-аллергическим механизмом сопряжены с хроническим тонзиллитом. Этиология хронического тонзиллита напрямую связана с перенесенными ангинами, возбудителями которых чаще всего является β -гемолитический стрептококк группы А, к наиболее нефритогенным штаммам которого относятся М-типы 1, 2, 4, 12, 18, 49, 55, 57 и 60.

Одним из наиболее частых вариантов поражения почек у детей вследствие перенесенной стрептококковой инфекции является острый постстрептококковый гломерулонефрит (ОПСГН), клинические проявления которого могут варьировать от скудных изменений в моче до яркой манифестации в виде остроснефритического синдрома с классической триадой симптомов: гематурией, отеками, гипертензией, а также олигурией. Морфологическим субстратом является субэпителиальное отложение иммунных комплексов с формированием диффузного эндокапиллярного пролиферативного гломерулонефрита. Классический вариант ОПСГН обычно развивается через 1-3 недели после перенесенного тонзиллита. Отсутствие латентного периода или его продолжительность, не превышающая нескольких дней, заставляет предположить «синфарингитный» синдром, характерный для IgA-нефропатии. В отличие от ОПСГН многие другие постинфекционные гломерулонефриты (нефрит при инфекционном эндокардите, шунт-нефрит и т.д.) возникают при еще сохраняющихся инфекционных проявлениях, например, таких, как лихорадка. Важным диагностическим маркером также является исследование системы комплемента (гипокомplementемия с выраженным снижением С3 (вследствие его диффузного распределения вдоль стенок капилляров в виде мелких гранул) при нормальном С4 более характерна для ОПСГН). Лечение больных в основном симптоматическое и направлено, прежде всего, на ликвидацию гипervолемии и ее осложнений (отеки, артериальная гипертензия). В этой ситуации наиболее эффективными препаратами являются петлевые диуретики и антигипертензивные средства. Антибактериальная терапия показана при развитии острого гломерулонефрита при фарингите, тонзиллите, поражениях кожи, особенно при положительных результатах посевов из зева или при высоких титрах антистрептококковых антител в крови. Прогноз зависит исключительно от морфологического варианта заболевания, в случае ОПСГН у детей он в основном благоприятный.

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

Дроздова А.И., Одинаева Н.Д.

ГБУЗ МО МОКДЦД

Взаимосвязь вовлечения сердечно сосудистой системы при патологии ЛОР-органов у детей, в частности при хроническом тонзиллите, замечена достаточно давно. Так, предложенный в 1928 году Б.А. Егоровым термин «тонзиллокардиальный синдром» (лат. tonsilla миндалевидная железа + греч. kardía сердце; синдром) объединил группу неревматических заболеваний сердца, этиологически связанных с ангиной или хроническим тонзиллитом широко использовался до 80-90 годов прошлого столетия.

Многочисленными работами доказана роль хронического тонзиллита, как источника длительной интоксикации и сенсбилизации, являясь потенциальным источником для развития острого миокардита.

Остается, по прежнему, острой проблема заболеваний, этиологический связанных с б-гемолитическим стрептококком группа А (БГСА) у детей, несмотря на мировую тенденцию к снижению заболеваемости острой ревматической лихорадкой. Так до 1970 года у 30% - 50% детей в Соединенных штатах ревматическая лихорадка являлась основной причиной инфекционного эндокардита у детей. Однако в последние 20 лет эта причина составляет не более 3-5% , уступив место врожденным порокам сердца. БГСА – единственный распространённый возбудитель воспалительных заболеваний носоглотки при выделении которого в 100 % случаев показана антимикробная терапия для раннего предотвращения развития ОРЛ.

Много последних публикаций посвящено изучению влияния гипертрофии аденоидов и небных миндалин у детей на состояние сердечно–сосудистой системы. Длительная хроническая обструкция верхних дыхательных путей, возникающая при гипертрофии аденоидов и небных миндалин приводит к хронической альвеолярной гиповентиляции, повышению давления в системе ЛА, и, как следствие, в отдельных случаях, к правожелудочковой дисфункции.

Таким образом, своевременная санация хронических очагов инфекции ЛОР-органов может предотвратить развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ОЦЕНКА РОЛИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ГРИБКОВЫХ ШТАММОВ В ЭТИОЛОГИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ

Ивойлов А.Ю., Мачулин Алексей Иванович.

ГБУЗ «НИКИ оториноларингологии им. Л.И. Свержевского ДЗМ»

Среди различных возрастных групп населения генерализованные гнойно-воспалительные заболевания глотки являются наиболее частой причиной осложнений острого или обострения хронического тонзиллита. По частоте встречаемости к наиболее распространенной нозологической форме относят паратонзиллит. Высокая частота встречаемости данного осложнения в первую очередь обусловлена анатомическими особенностями строения небных миндалин и глотки, а также результатом воздействия различных вирулентных штаммов инфекции.

В последнее время широко обсуждается вопрос о роли бактериальных штаммов в образовании моно или полимикробных биопленок. Способность микроорганизмов образовывать биопленки рассматривается как дополнительный фактор патогенности. Из-за низкой диффузии антибактериальных веществ в матрикс биопленки создаются условия приводящие к низкой эффективности применения антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Цель исследования: определить этиологическую роль и частоту встречаемости штаммов микроорганизмов выделенных у больных детей из паратонзиллярного абсцесса.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели в отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ» на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» обследовано и пролечено 59 детей с диагнозом паратонзиллярный абсцесс в возрасте от 6 до 16 лет. Методы исследования: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, клинические методы исследования, дренирование (вскрытие) паратонзиллярного абсцесса с последующим отбором проб для проведения бактериологических и микологических исследований, а также проведение бактериологических исследований для выявления коринебактерий дифтерии.

Результаты: Одностороннее воспаление с передне-верхней локализацией паратонзиллярного абсцесса было диагностировано у всех 59 детей. При проведении микробиологического исследования у 53 (89,9 %) детей высевалась бактериальная флора. У 6 (10,1%) детей выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В результатах микробиологических исследований бактериальные и грибковые штаммы были представлены как монокультура. Концентрация всех выделенных изолятов соответствовал от 10^5 до 10^7 КОЕ/мл. Среди выявленных бактериальных штаммов в 59% (у 35 детей) высевался *Streptococcus pyogenes*. У 5 (8,4%) детей был выявлен *Streptococcus pneumoniae*, у 2 (3,3%) больных *Streptococcus anginosus*. Остальные бактериальные штаммы высевались у больных в единичных количествах и были представлены следующими микроорганизмами: *Streptococcus agalactiae* (1,6%), *Enterobacter cloacae* (1,6%), *Haemophilus influenzae* (1,6%), *Haemophilus parainfluenzae* (1,6%), *Neisseria subflava* (1,6%), *Klebsiella pneumoniae* (1,6%), *Staphylococcus aureus* (1,6%), *Staphylococcus hominis* (1,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (1,6%), *Enterococcus faecalis* (1,6%) и *E. coli* (1,6%). Дрожжеподобные грибы были представлены штаммами *Candida albicans* у 6 (10,1%) больных детей. Для проведения эмпирической антимикробной терапии всем детям назначался антибиотик цефалоспоринового ряда III поколения. Из результатов исследования чувствительности бактериальных штаммов, резистентных бактерий к цефалоспориновым антибиотикам не получено. При лечении паратонзиллярного абсцесса коррекция противомикробной терапии была проведена детям с выявленной культурой дрожжеподобных грибов рода *Candida*. С учетом выявленной чувствительности в терапию данным больным были включены системные противогрибковые препараты из группы азолов (флуконазол) в возрастной дозировке с курсом терапии до 10 дней.

Выводы: Таким образом, по данным проведенного исследования наиболее частым возбудителем паратонзиллярного абсцесса у детей является штамм *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* и грибы рода *Candida*.

Роль других бактериальных штаммов в этиологии возникновения паратонзиллярного абсцесса у детей остается малоизученной и требует проведения дальнейших исследований.

ЧТО НОВОГО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ?

Зябкин И.В.^{1,2}, Грачев Н.С.², Пряников П.Д.³, Чучкалова Ж.А.³

¹ Кафедра детской оториноларингологии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ;

² ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева МЗ РФ;

³ ОСП РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ.

Интерес к проблеме хронического тонзиллита определяется высокой распространённостью заболевания, преимущественно возникающем в детском, подростковом и молодом возрасте, а также тем, что по данным ВОЗ, более 100 соматических заболеваний иммунопатологического профиля с ведущим инфекционнозависимым токсико-аллергическим механизмом сопряжены с хроническим тонзиллитом (Бродовская О.Б. и др., 2004; Дюков Л.А. и др., 2009; Чистякова В.Р., 2012; Русанова Е.В. и др., 2013; Wessels M.R., 2011; Thakur J.S. et al, 2013).

Хронический тонзиллит занимает лидирующую позицию в структуре ЛОР-заболеваний, особенно у детей и лиц молодого возраста (Чистякова В.Р., 2012). Распространённость хронического тонзиллита среди детей Российской Федерации, по данным ежегодного мониторинга, колеблется от 15,0 до 19,4 больных хроническим тонзиллитом на 1000 осмотренных детей (Белов В.А. и др., 2013).

В настоящее время функции небных миндалин достаточно хорошо изучены. Функционально они относятся к носоглоточно-ассоциированной лимфоретикулярной ткани (Nasopharyngeal-Associated Lymphoreticular Tissues - NALT), обеспечивающей местную иммунологическую защиту верхних дыхательных путей (Быкова В П, 1999; Плужников М С., 2005; Kuper С F., 1992; Brandzaeg P, 1996; Boyaka Prosper N., 2000). В свою очередь, NALT является составной частью системы лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками - MALT (от англ. Mucosa associated Lymphoid Tissue) (Быкова В П, 1998; Hellings P., 2000).

Вместе с тем существующие консервативные методы лечения хронического тонзиллита у детей не всегда эффективны и не являются панацеей в терапии данной патологии: отмечаются рецидивы заболевания, развитие местных и общих осложнений (Забириков Р.А., Султанова Н.В., 2011). Известно много заболеваний, обусловленных и поддерживаемых патологическим процессом в небных миндалинах. Причем, перечень этих заболеваний в последние годы расширился, стали известны такие заболевания как PANDAS (детские аутоиммунные нейропсихические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией) (Dale R.C., 2003; Heubu С., 2003), IgAN (IgA нефропатия), PPP (Pustulosis palmaris and plantaris) (Hayashi Y., 1996; Mura-kata H, 1996; Asada H, 2003), синдром Маршалла. При этих заболеваниях в большинстве случаев выявлено повышение иммунологической активности небных миндалин. Показано, что спонтанный синтез ДНК тонзиллярных лимфоцитов значительно выше у пациентов с хроническим тонзиллитом и сопряженными заболеваниями. По мнению Wang (1996) данный факт указывает на то, что при хроническом тонзиллите в тонзиллярной лимфоидной ткани образуется повышенное количество В-клеток памяти, которые, достигая других частей организма, вызывают аутоиммунную реакцию. Такие процессы можно блокировать только тонзиллэктомией.

Несмотря на многолетнюю историю данной операции, техника ее выполнения не лишена недостатков. Сильная боль в горле и риск развития кровотечения пролонгируют реабилитацию пациента после операции, а также могут быть причиной повторной госпитализации.

В настоящее время используют различные методы удаления миндалин, которые включают: тупую диссекцию, гильотинное отсечение, криохирургический метод, монополярную и

биполярную диатермическую диссекцию, биполярную диссекцию, тонзиллэктомию ультразвуковым скальпелем, лазерную диссекцию и недавно введенные в практику тонзиллэктомию холодноплазменным способом и магнитно-резонансная хирургия.

Обоснованность применения того или иного способа хирургического вмешательства на небных миндалинах должна определяться анатомическими и индивидуальными особенностями строения ротоглотки.

Одним из современных методов хирургического лечения ХТ является метод холодноплазменной хирургии - коблации. Холодноплазменный хирургический аппарат Coblator является инновационным биполярным прибором, предназначенным для работы в ЛОР-хирургии. Действие аппарата основано на процессе коблации, в котором под действием радиочастотной энергии в биполярной форме запускается процесс ионизации электропроводной жидкости (физиологического раствора) с формированием локализованной плазмы. Под действием плазмы в ткани осуществляется процесс диссоциации межмолекулярных связей. Радиочастотный ток не проходит напрямую через ткань, за счет чего достигается низкое температурное воздействие (от 40 до 70°C), что является большим преимуществом перед другими температурными хирургическими методами. Глубина воздействия составляет от 50 до 100 нм. Удаление миндалин холодноплазменным методом не сопровождается сильным болевым синдромом. Поэтому во время операции достаточно воспользоваться местной анестезией, а после операции не требуется больших доз анальгетиков. Кровотечения, как такового, не возникает - сосуды коагулируются. Поэтому не требуется использование электрокоагуляции. Вся процедура выполняется одним прибором. Небольшая толщина плазменного слоя позволяет дозировать глубину проникновения ее и объем разрушаемой ткани. Гибкость рабочего электрода позволяет манипулировать в труднодоступных участках. Операционное поле визуализируется хирургом. Восстановление в послеоперационном периоде протекает существенно быстрее, чем при классическом удалении скальпелем или петлей. Не возникает ожога слизистой оболочки глотки и подлежащих мягких тканей, так как значительного температурного воздействия, как, например, при лазерном удалении, просто нет. Нет некроза тканей, как при криодеструкции. Не требуется длительной нетрудоспособности или госпитализации пациента. Нет возрастных ограничений для манипуляции, как при лазерных техниках.

Метод молекулярно-резонансной хирургии является новым этапом развития электрохирургии, в основу которого входит использование токов, вызывающих образование в тканях явление молекулярного резонанса. Принцип молекулярного резонанса положен в основу серии аппаратов Vesalius. Физическая основа метода заключается в следующем: энергия генератора передается квантами, энергия которых абсолютно равна энергии межмолекулярных связей. Воздействуя на связи той же энергией, которой обладают они сами, кванты генератора создают резонанс молекулярных связей. При этом амплитуда колебаний отдельных молекул резко возрастает, что приводит к разрыву клеточных мембран. На макроскопическом уровне это реализуется в виде разреза ткани. Разрыв межмолекулярных связей происходит за счет увеличения амплитуды их колебаний без изменения энергии связи. Вследствие изменения амплитуды пульсации внутримолекулярных связей, происходит разделение и коагуляция ткани без нагрева. При использовании молекулярно-резонансного аппарата температура в зоне разреза не превышает 45-50 градусов по Цельсию, что исключает образование зоны теплового некроза и обугливания

краев разреза. Для достижения коагулирующего эффекта при применении молекулярно-резонансной техники производится изменение частотного режима генератора таким образом, чтобы не обеспечивать 100% резонанса в молекулярных связях. При этом температура клеток несколько повышается и достигает 60-70 градусов по Цельсию (как известно, денатурация белка начинается при температуре более 60 градусов по Цельсию), оставаясь существенно ниже таковой при использовании обычного электрокоагулятора. Коагулирующий эффект молекулярно-резонансного аппарата, таким образом, носит поверхностный, “мягкий” характер и не затрагивает подлежащие ткани. Применение молекулярно-резонансного метода создаёт возможность одновременного рассечения тканей и коагуляции, что позволяет свести к минимуму кровопотерю. В результате чего улучшается визуализация операционного поля, и операция проходит в практически «сухой» ране. Удаление нёбных миндалин молекулярно-резонансным аппаратом позволяет снизить риск развития послеоперационного кровотечения из тонзиллярных ниш.

Обоснованность применения того или иного способа хирургического вмешательства на нёбных миндалинах должна определяться анатомическими и индивидуальными особенностями строения ротоглотки. Применение новых технологий при выполнении двусторонней тонзиллэктомии у детей характеризуется более благоприятным течением послеоперационного периода, уменьшением болевого синдрома, позволяет сократить сроки госпитализации пациентов.

О «ВРЕДЕ» АДЕНОТОМИИ

Русецкий Ю.ю., Латышева Е.Н., Малявина У.С., Мейтель И.Ю., Спиранская О.А., Сотникова Л.С., Арутюнян С.К.

Лаборатория научных основ оториноларингологии ФГАУ МЗ РФ "НМИЦ Здоровья детей"
Минздрава России

Введение: Отрицательное влияние гипертрофированных аденоидов на детский организм и необходимость своевременного устранения этого влияния давно уже стали аксиомой в оториноларингологии и педиатрии [Богомильский М.Р., 2005 г., Ghelfi D., 2000 г., Wetmore R., 2012 г. и др.]. При этом основным методом лечения продолжает оставаться аденотомия – самое распространенное на сегодня хирургическое вмешательство [Wetmore R., 2012 г.]. Мнение о малой эффективности консервативного лечения аденоидов было высказано еще в начале века, и в последующем основные усилия оториноларингологов были направлены на совершенствование техники операции в стремлении сделать это вмешательство максимально эффективным и безопасным [Русецкий Ю.Ю., 2013 г., Reilly B., 2009 г.]. Однако в последние десятилетия хирургическая тактика в отношении аденоидов все чаще стала подвергаться критике, которая базируется на сведениях о важной иммунной роли глоточной миндалины, а также связана с представлениями о невысокой эффективности операции и риске осложнений. Особенно активная научная дискуссия возникла в нашей стране, причем рекомендации по ведению детей с аденоидами часто настолько противоречивы, что практически врачам трудно разобраться в ситуации и уверенно назначать лечение [Вавилова В.П., 2009 г., Г.З. Пискунов, 2011 г. и др.].

Цель: выявить и проанализировать опубликованные результаты исследований о влиянии аденоидии на иммунитет ребенка и оценить эффективность различных видов операции в отношении основных проявлений заболевания.

Итак, активизация противников аденоидии в начале нашего столетия была связана в основном с несколькими последовательными работами известного датского ученого P. Brandtzaeg, который призывал с осторожностью относиться к глоточной миндалине, как к важному иммунному органу. По его мнению, лимфаденоидная ткань кольца Вальдеера-Пирогова и особенно аденоидов представляет собой уникальную иммунную структуру и функционально является «ассоциированной с носом лимфоидной тканью». Защитная роль глоточной миндалины изучалась и другими авторами. Однако все существующие работы не подвергали сомнению целесообразность аденоидии, и именно P. Brandtzaeg так заострил проблему и строго советует соблюдать «консервативное» отношение при проведении аденотонзиллэктомии, особенно у детей младшего возраста. При этом ни в одной из опубликованных работ P. Brandtzaeg нет сведений о том, что удаление аденоидов значительно подрывает иммунитет, и тем более не говорится о противопоказаниях к операции. Идеи Brandtzaeg пришлись по душе ученым, изучающим влияние на аденоиды различных методов консервативного лечения и, в первую очередь, интраназальных гормонов – кортикостероидов. В последние годы появилась целая серия статей, демонстрирующих эффективность такого лечения в отношении размера и клинических проявлений аденоидов, но про отрицательные иммунологические последствия аденоидии говорится только вскользь, порой со ссылкой на упоминавшегося уже P. Brandtzaeg [Berlucchi M., 2007, 2010, Paulussen C, 2000 и др.].

Таким образом, исследований, доказавших отрицательное влияние аденоидии на иммунитет, в доступной литературе пока не существует, а аргументы противников операции прямо или косвенно базируются на нескольких публикациях одного и того же автора, всего лишь призывающего хирургов к осторожности. В то же время в мировой литературе регулярно публикуются работы, делающие акцент на эффективность аденоидии [Mattila P., 2010 г., Elsherif I., 1999 г. и др.]. Говоря об эффективности, не можем обойти вниманием итоги собственного многолетнего опыта эндоскопической аденоидии. Выполнив более 2000 операций при сроках наблюдения до 10 лет, мы получили положительный субъективный результат в 93,5% наблюдений, рецидивы возникли только у 1% детей. Подводя итог представленного обзора, можно констатировать, что удаление аденоидов, выполненное по показаниям, не влияя отрицательно на механизм иммунной защиты, имеет высокую эффективность в отношении качества жизни детей, их физического и умственного развития, состояние вентиляции среднего уха. Становится очевидным, что сомнения в отношении хирургической тактики при аденоидах необоснованны. При этом не подвергается сомнению необходимость строгого соблюдения показаний к операции, проводить которую можно, только если возможности консервативного лечения исчерпаны.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА – СОВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБЫ ПРОВЕДЕНИЯ

Милешина Н.А., Володькина В.В., Чернов Я.С., Никишова Е.В.

ФГБУ «РНКЦ аудиологии и слухопротезирования ФМБА России»

ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира» ДЗ Москвы.

Трудно переоценить внимание оториноларингологов к оценке состояния лимфоэпителиального кольца Вальдейера и бесконечному поиску наиболее эффективных методов лечения заболеваний с ним связанных. Колебания рекомендаций были от превентивной ранней аденотомии у младенцев до недопущения хирургического лечения. Причины только консервативной терапии заключаются в доминирующем отношении прежде всего педиатров к миндалинам «кольца» как к иммуномоделирующему органу, определяющему ряд последующих заболеваний верхних дыхательных путей как минимум.

С анатомо-топографической точки зрения гиперплазия глоточной, небных и тубарных миндалин приводит к обструкции верхних дыхательных путей или к механическому блоку глоточных устьев слуховых труб с развитием того или иного вида хронического отита. Хроническое воспаление перечисленных элементов глоточного кольца без гиперплазии поддерживают воспалительные процессы в слизистой оболочке носа, околоносовых пазух и также служат причиной развития дисфункции слуховых труб и опять ведут к хроническому отиту.

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей и среднего уха идентична, соответственно любые заболевания инфекционной, аллергической или системной этиологии также скажутся на состоянии среднего уха у потенциального пациента.

В таком случае задача оториноларинголога состоит в том, чтобы разобраться в причинно-следственных связях и выбрать либо консервативную тактику, либо хирургическую.

Среди методов консервативной терапии аденоидитов и тонзиллитов никаких новых «прорывов» нет: по-прежнему популярно промывание по Проетцу и промывание лакун небных миндалин, орошение аэрозольными средствами полости носа и глотки, капли официальных дезинфицирующих, антибактериальных, гомеопатических средств и поголовное увлечение и назначение местных кортикостероидов. Однако перечень средств, допущенных к применению при данной патологии невелик.

Для лечения хронического тонзиллита используют при его обострении и вне обострения комбинированные спрей и таблетки грамицидина – противомикробного средства и цефипиридиния хлорида – антисептического средства. Сохраняют актуальность таблетки, содержащие лизоцим и, опять же, гомеопатические средства.

Каков же прогресс в видах хирургического лечения: превалирует эндоскопическая техника и шейверная аденотомия, радиоволновая или коблационная тонзиллэктомия, лазерная тонзилотомия - «оставляет открытыми крипты и сохраняет иммунную функцию миндалин у детей младше 4 лет» (руководство Бербома Х. 2016).

Нами ежегодно в среднем проводится 650 аденотомий, 100 аденотонзиллэктомий и 20 тонзиллотомий. За последнее время наблюдаем тенденцию проведения операций по санации носоглотки преимущественно под общей анестезией с применением эндоскопической техники. Так в 2016г. соотношение аденотомий/аденотонзиллэктомий под местной анестезией к этим же операциям под наркозом составило 2:1/4:1 соответственно, а в 2018 соотношение составило 1:1.2/1:1.2. В нашей Клинике предпочтение отдано шейверной аденотомии и радиоволновой тонзиллэктомии.

Нами были проанализированы причины назначения хирургического лечения в динамике. Абсолютными показаниями к аденотомии остаются: обструкция верхних дыхательных путей; нарушение сна и апное у ребенка; рецидивирующие острые средние отиты, хронические средние отиты (секреторный, адгезивный, гнойный); хронические синуситы (большинство ЛОР врачей склонны к проведению аденотомии до эндоскопической хирургии синуситов). Показаниями к тонзиллэктомии были: декомпенсированная (токсико-аллергическая) форма хронического тонзиллита у детей старше 4 –х лет; развитие осложнений в виде системных заболеваний (артрит, гломерулонефрит и т.п.).

В качестве примечания следует помнить об осторожности назначения аденотомии и аденотонзиллэктомии у детей с врожденной расщелиной губы и неба после проведенных реконструктивных велоуранопластик (требуется согласование с челюстно-лицевым хирургом).

Ключевые слова: аденотомия, тонзиллэктомия, анестезия.