

УДК 616.323-007.61

*Нарбаев З.К., Хусанов Ш.Р., Улмасов А.О.*

*Кафедра оториноларингологии*

*Андижанский Государственный медицинский институт*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ**

**Аннотация:** Статья посвящена наиболее распространенной проблеме детской оториноларингологии - проблеме аденоидов у детей. Рассматриваются особенности этиологии, диагностики и лечения гипертрофии носоглоточной миндалины. На современном этапе назрела необходимость составления единого алгоритма обследования и лечения детей с данной патологией.

**Ключевые слова:** аденоидные разрастания, носоглоточная миндалина, этиология, патогенез, аденоидит, железа, слизистая оболочка, гипертрофия.

*Narbayev Z. K., Khusanov Sh. R., Ulmasov A. O.*

*Department of Otorhinolaryngology*

*Andijan State Medical Institute*

## **SURGICAL TREATMENT OF HYPERTROPHY OF THE NASOPHARYNGEAL TONSIL IN CHILDREN**

**Abstract:** The article is devoted to the most common problem of pediatric otorhinolaryngology - the problem of adenoids in children. The features of the etiology, diagnosis and treatment of hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil are considered. At the present stage, there is a need to draw up a single algorithm for the examination and treatment of children with this pathology.

**Key words:** adenoid growths, nasopharyngeal tonsil, etiology, pathogenesis, adenoiditis, gland, mucosa, hypertrophy.

**Введение.** Аденоидные вегетации - патологическая гипертрофия глоточной (носоглоточной) миндалины (vegetatio adenoids), встречается обычно в возрасте от 3 до 14 лет. В период полового созревания, после 14 лет, глоточная миндалина уменьшается; у взрослых гипертрофия глоточной миндалины встречается редко[3,7,10].

По данным литературы, аденоиды наблюдаются одинаково часто от (3 до 45%) как у девочек, так и у мальчиков.

Существуют несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки[5,7]. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания[1,6,9].

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоидов) наиболее распространенное заболевание детского возраста. В первые годы жизни (дошкольный и ранний школьный периоды) лидирующее положение среди заболеваний ЛОР-органов у детей занимают патологические изменения аденоидных вегетаций[2,8]. Прослеживается отчетливая тенденция к росту данной патологии[2,4,7].

**Цель исследования.** Установление значимых, управляемых факторов патогенеза различных форм гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца и лимфоидной гипертрофии у детей раннего и дошкольного возраста, ассоциированных с конституциональными особенностями локальной и системной иммунной регуляции и микроэкологией глоточного биотопа детей и их матерей.

**Материалы и методы исследования.** Мы отобрали и обследовали 67 детей с гипертрофией носоглотки для выполнения этой задачи.

**Результаты исследования.** Разработан комплексный подход к оценке врожденного иммунитета слизистой оболочки полости носа у детей, основанный на определении экспрессии генов распознающих рецепторов врожденного иммунитета ТЫ12, ТЫ14, ТЫЯ9, противомикробных пептидов (НВ01, НВЭ2, НЫР1) и цитокинов (ФНО, ИЛ-18, ИЛ-10), осуществляющих иммунную защиту. Показатели врожденного иммунитета слизистой полости носа здоровых детей не отличаются от показателей пациентов с гипертрофией аденоидных вегетаций, которым показано консервативное лечение.

Выявлен дисбаланс в механизмах защиты слизистой оболочки полости носа у детей, которым показана аденотомия под эндоскопическим контролем: резкое увеличение экспрессии генов распознающих рецепторов Т1Л2, ТЫЯ4 сочетается со сниженной экспрессией генов эффекторных молекул противомикробных пептидов. Выявленный дисбаланс может быть одной из причин гипертрофии лимфоидной ткани.

Определение показателей врожденного иммунитета из биологического материала (соскобов), полученных со слизистой полости носа, является доступным и неинвазивным методом, отражающим состояние врожденных механизмов защиты на уровне лимфоидной ткани носоглотки.

У детей с рецидивом аденоидных вегетаций в 100% случаев определяется экспрессия гена ФНО $\alpha$  и ИЛ-18, и лишь в 50% случаев - экспрессируется противовоспалительный цитокин ИЛ-10. Данные показатели могут служить одним из прогностических критериев развития рецидива аденоидных вегетаций.

Разработан алгоритм проведения персонализированной иммунотерапии в комплексном лечении гипертрофии аденоидных вегетаций у детей, основанный на применении аутологичных регуляторных иммунопептидов в виде назальных капель. Показана

клиническая эффективность метода, проявляющаяся в снижении частоты развития острых средних отитов и профилактики ОРВИ в течение 6-ти месяцев после лечения.

На основе полученных результатов обоснован дифференцированный подход к хирургическому и консервативному лечению детей раннего и дошкольного возраста с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца, с рецидивирующими острыми респираторными инфекциями и с проявлениями аллергии.

Генетическими, бактериологическими и иммунологическими исследованиями подтверждена правомочность разделения гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца на три клинических варианта, связанных со степенью выраженности лимфопролиферативного синдрома иммунной недостаточности.

**Вывод.** Таким образом, существует несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Батчаев А.С. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения хронических аденоидитов // Новости оторинолар. и логопатол. - 2012. - № 1. - С. 43-45.

2. Быкова В.П. и др. Клинико-морфологический анализ аденоидных вегетаций у детей // Вестник оторинолар. 2010. - № 5 . - С. 8-12.

3. Еремина Н.В. Клиническое обоснование и первые результаты функциональной органосохраняющей эндоскопической аденотомии // Рос. ринолог. - 2012. - № 4. - С.14-17.

4. Иченко В.Б. и др. Консервативная терапия хронического аденоидита // Рос. оторинолар. - 2012. - №2. - С.8- 12.

5. Карпов В.А. Аденомия под контролем гортанного зеркала // Рос. ринолог. - 2010. - № 2. - С. 8-12.

6. Тарасова Г. Д. Клинико-лабораторные показания к аденомии // Рос. ринолог. - 2009. - №. С. 92.

7. Цветков Э.А. Особенности физического и психического развития детей страдающих аденотонзиллярной патологией // Новости оторинолар. и ларингопатол. - 2012. - № 2. - С. 3-7.

8. Шиленкова В.В. и др. Рациональный подход к лечению аденоидных вегетаций и хронического аденоидита у детей // Рос. ринолог. 2012. - № 2. - С. 120-123.

9. Hartley B. E. Suction diathermy adenoidectomy // Clin. Otolaryngol. - 2018. - Vol.23. - № 4. - P 789-791.

10. Maciorkowska E. et al. Hyperplasia of pharyngeal lymphoid tissue in children // Pol. Merkuriusz. Lek. - 2018.- № 5.- P.335-37.