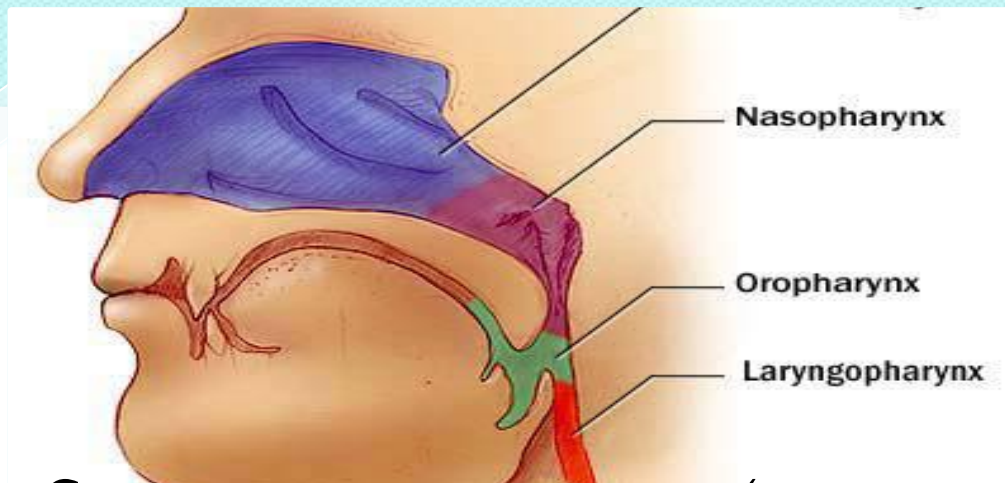


Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Заболевания носоглотки у детей.

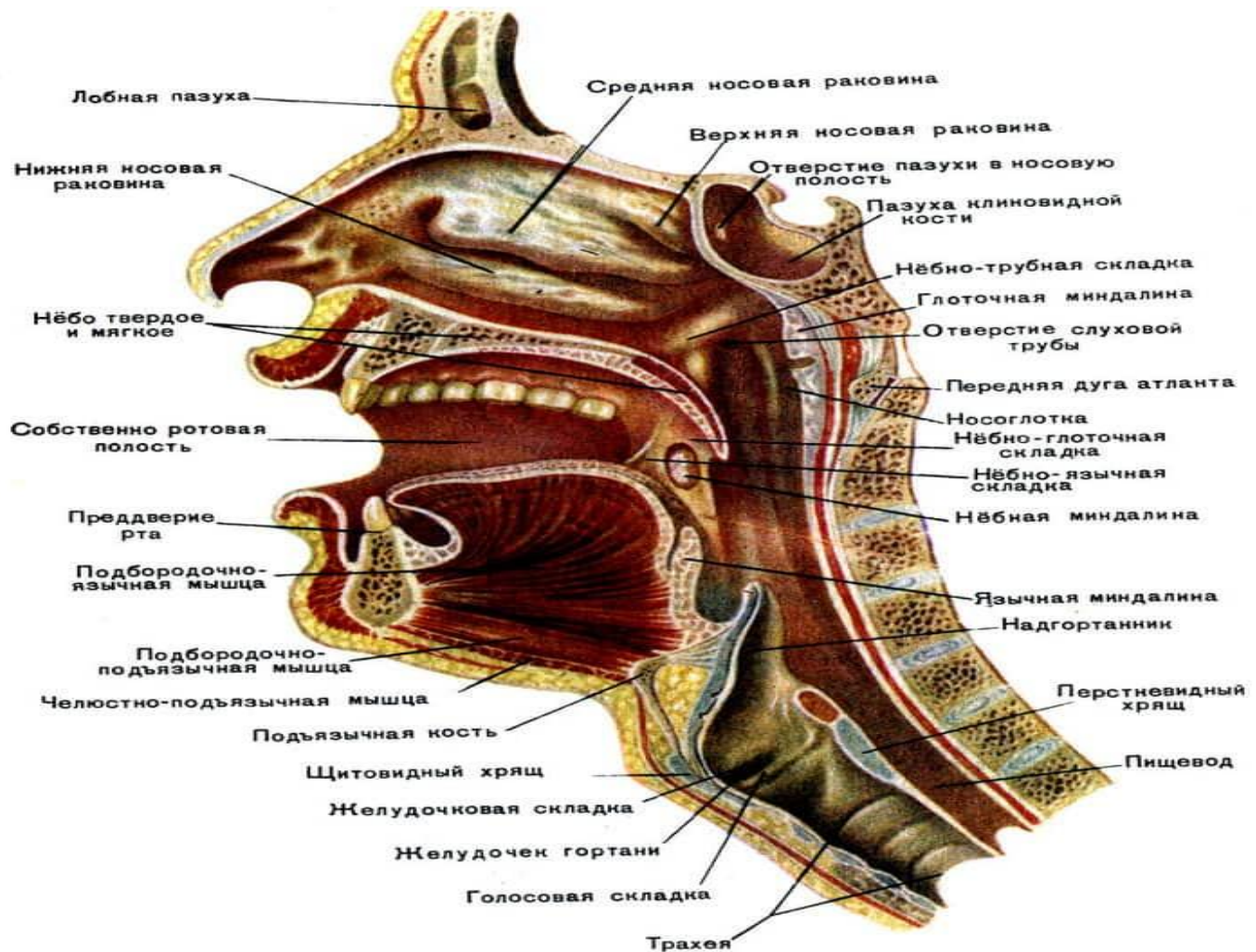
Выполнила студентка 4 курса
Воробьева А.С.



Строение НОСОГЛОТКИ

Спереди носовая часть глотки (носоглотка) сообщается с полостью носа через хоаны, ротовая часть глотки сообщается с полостью рта через зев, а внизу гортанная часть глотки (гортаноглотка) через вход в гортань сообщается с гортанью. На уровне хоан на боковых стенках носоглотки с обеих сторон расположено глоточное отверстие слуховой трубы, между ними и небной занавеской, расположено парное скопление лимфоидной ткани – трубная миндалина. На границе между верхней и задней стенками глотки в ее слизистой оболочке располагается непарная глоточная миндалина, которая вместе с трубными, небными, и язычной миндалинами образует глоточное лимфоидное кольцо Пирогова – Вальдейра, играющее важную роль в функциях иммунной системы. Стенки состоят из 4х слоев. Это слизистая оболочка, которая сращена с подлежащей плотной соединительнотканной пластинкой, заменяющей подслизистую основу. Снаружи от этой пластинки находятся мышечная и соединительнотканная оболочки.

Строение носоглотки



Особенности строения глотки

Особенности строения глотки у детей до года обусловлены формой полости носоглотки –низкой и остроугольной. Небные миндалины развиты слабо. Полностью миндалины развиваются к 4—5 годам. К концу первого года жизни миндаляная ткань гиперплазируется. Но ее барьерная функция в этом возрасте очень низкая.

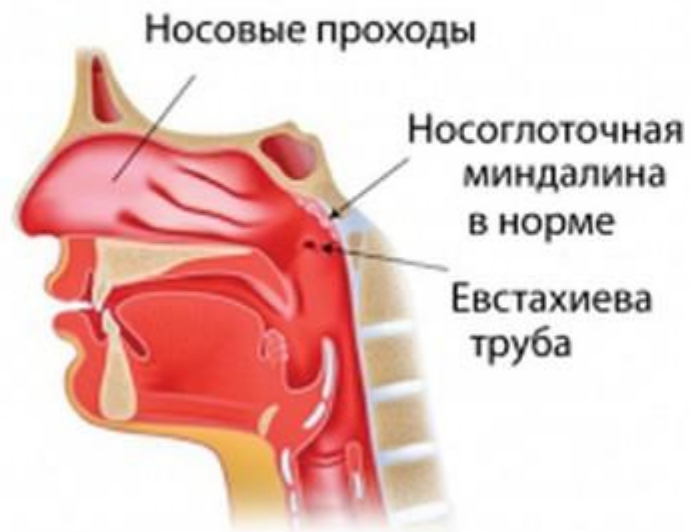
В носоглотку открываются евстахиевы трубы, которые соединяют ее со средним ухом. Если инфекция попадает из носоглотки в среднее ухо, возникает воспаление среднего уха.



Аденоиды

- (аденоидные разрастания, аденоидные вегетации) — патологическая гипертрофия глоточной (носоглоточной) миндалины, возникающая, как правило, вследствие хронического воспалительного процесса •
• Образования округлой или неправильной формы бледно - розового цвета на широком основании, располагающиеся в своде носоглотки и имеющие неровную поверхность, напоминающую петушиный гребень • Аденоиды возникают изолированно или в сочетании с гипертрофией нёбных миндалин • Чаще всего обнаруживают в возрасте 5–10 лет

Аденоиды у детей



Степени гипертрофии глоточной миндалины

- I — миндалина прикрывает верхнюю треть сошника
- II — прикрывает верхние две трети сошника
- III — прикрывает весь или почти весь сошник.

Код по международной классификации болезней МКБ-10:

J35.2 Гипертрофия аденоидов

J35.3 Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов

J35.8 Другие хронические болезни миндалин и аденоидов

Диагностика

- Задняя риноскопия
- Пальцевое исследование носоглотки при безуспешности задней риноскопии
- Эндоскопия носоглотки (фиброскопия)
- Электрорентгенография околоносовых пазух.

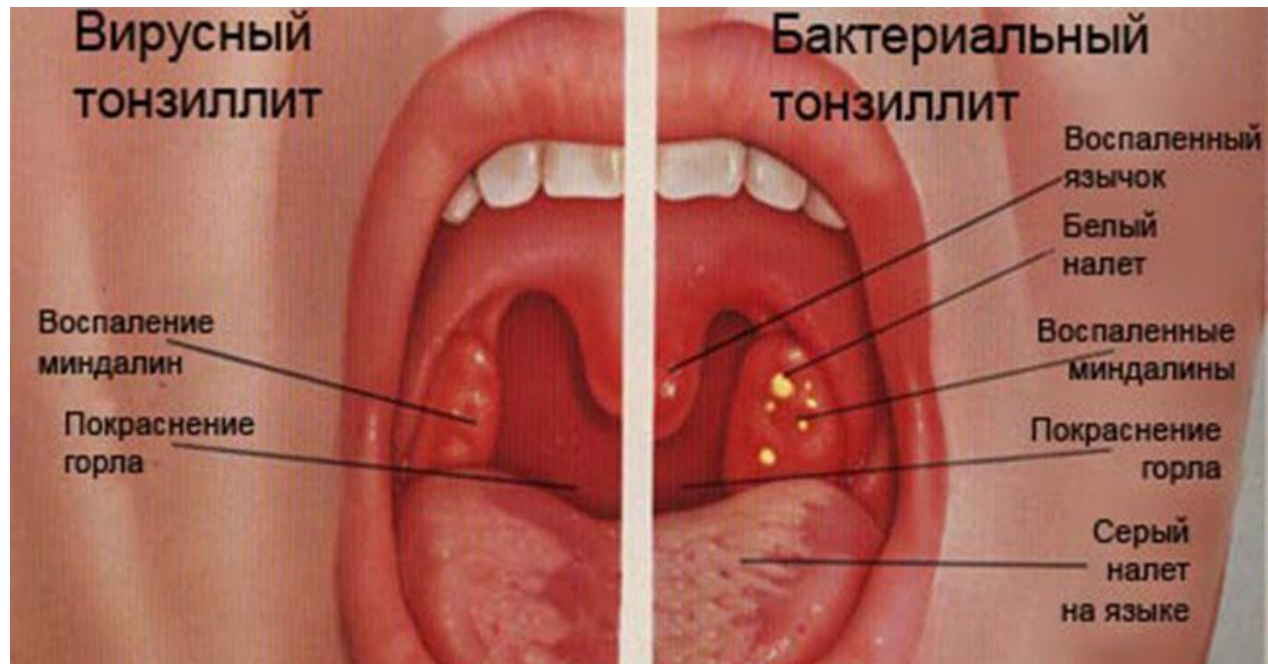
Дифференциальная диагностика — искривление носовой перегородки, гипертрофический ринит, новообразования носовой полости.



Хронический тонзиллит

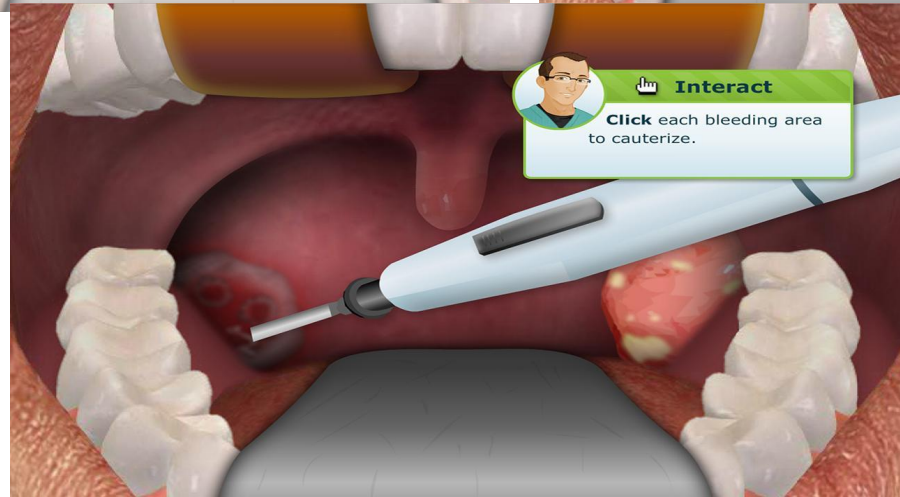
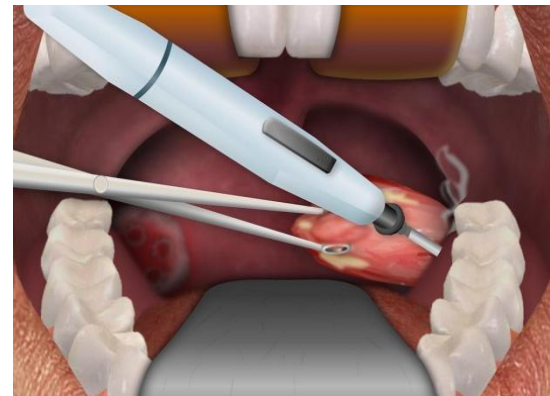
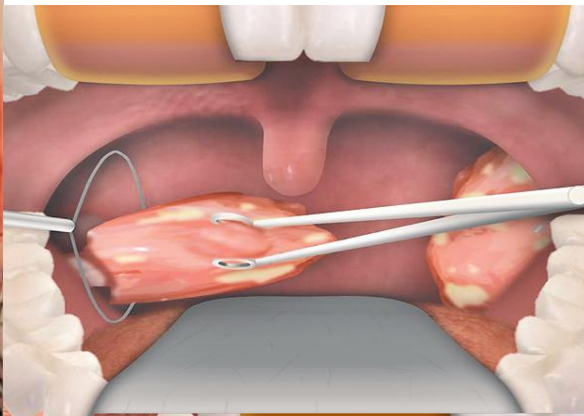
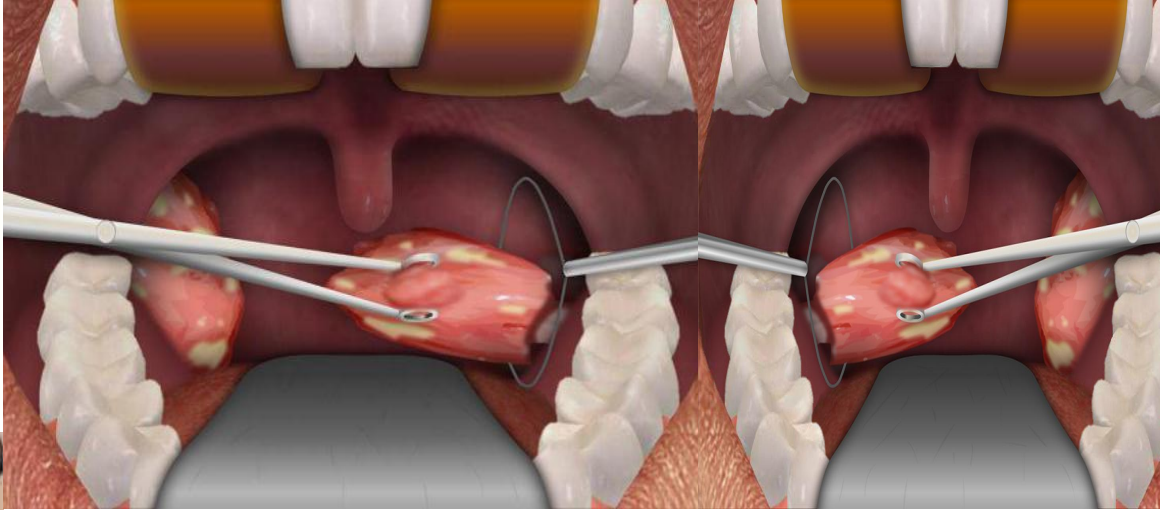
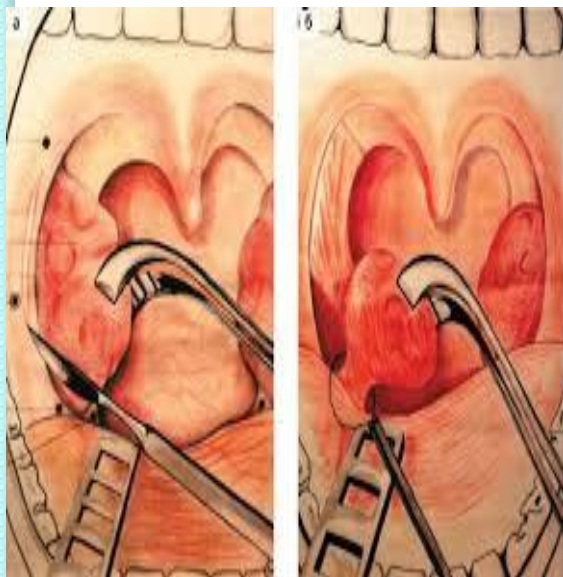
Хронический тонзиллит имеет значительное распространение среди детей. Согласно статистике, эта болезнь выявляется у 3 % малышей до 3-летнего возраста и около 15 % у детей до 12 лет. Больше половины детей из группы часто и длительно болеющих имеют хронический тонзиллит. Обычно возникновению хронического тонзиллита предшествуют частые ангины, хотя процесс может закончиться переходом в хроническую форму даже после одного случая острого тонзиллита, если его не лечить или не провести курс лечения до конца.


- Возбудителями хронического воспаления миндалин могут быть:
- бета-гемолитический стрептококк (наиболее часто);
- гемофильная палочка;
- пневмококк;
- стафилококк.



Диагностика

- Диагноз считают достоверным при наличии двух и более из перечисленных местных признаков
- • В сомнительных случаях диагноз подтверждают на основании изучения содержимого лакун и мазков с поверхности миндалин
- • Обнаружение патологической флоры
- • Снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, увеличение количества полиморфноядерных и появление дегенеративных форм лейкоцитов, уменьшение числа лимфоцитов
- • Анализ периферической крови — гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, увеличение СОЭ
- • Иммунограмма
- • Изменение содержания иммуноглобулинов, титров противострептококковых АТ, комплемента, пропердина
- • Перераспределение в количественном содержании Т - , В - лимфоцитов и их субпопуляций, наличие ЦИК, сенсibilизация гранулоцитов к бактериальным аллергенам.



 **Interact**
Click each bleeding area to cauterize.



Спасибо за внимание!