



# Этиологические аспекты хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей на современном этапе

Ю.С. Преображенская, к.м.н., М.В. Дроздова, д.м.н.,  
С.В. Рязанцев, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Юлия Сергеевна Преображенская, PreobrazhenskayaYS@yandex.ru

Для цитирования: Преображенская Ю.С., Дроздова М.В., Рязанцев С.В. Этиологические аспекты хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей на современном этапе // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 18. С. 30–34. DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-18-30-34

*Лимфоэпителиальное глоточное кольцо служит входными воротами для различных инфекционных агентов. В настоящее время хроническая патология лимфоэпителиального глоточного кольца остается одной из самых распространенных проблем в практике детского врача. Гипертрофия глоточной миндалины, хронический аденоидит, которые встречаются у 35,3% детей в возрасте до семи лет, и хронический тонзиллит, который имеет место в 15–63% случаев, – одни из наиболее распространенных заболеваний детского возраста. С учетом широкого спектра инфекционных агентов, ассоциируемых с развитием хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца, актуальными остаются дифференциальная диагностика этиологии заболевания и подбор адекватных схем лечения. В большинстве случаев подход к лечению детей с хроническим воспалением области лимфоидного кольца глотки сводится к замене хирургического метода консервативным с использованием иммунокорригирующих и иммуномодулирующих препаратов.*

**Ключевые слова:** хронический аденоидит, тонзиллит, часто болеющие дети, герпесвирусная инфекция, дети, дифференциальная диагностика, лечение

## Введение

В детском возрасте постоянное воздействие внешних факторов на носоглоточную и глоточные миндалины способствует адекватному формированию иммунного барьера слизистых оболочек и регуляции иммунного ответа [1–4].

В настоящее время хроническая патология лимфоэпителиального глоточного кольца остается одной из самых распространенных проблем в практике детского врача. Над решением вопросов, связанных с этиологией, патогенезом, дифференциальной диагностикой, лечением и профилактикой осложнений данной группы заболеваний, трудятся оториноларингологи, педиатры, ревматологи, нефрологи и другие специалисты [3, 4].

Гипертрофия глоточной миндалины и хронический аденоидит встречаются у 35,3% детей в возрасте до семи лет [5, 6]. В дошкольном и раннем школьном возрасте несовершенство местных и общих факторов защиты

организма способствует формированию хронической патологии ЛОР-органов. Активное участие глоточной миндалины в онтогенетическом становлении иммунитета определяет необходимость бережного отношения к органу [6, 7]. Это в свою очередь обуславливает значимость качественной и своевременной диагностики аденоидита и выбора тактики ведения больного.

Хронический тонзиллит также считается распространенной патологией лимфоэпителиального глоточного кольца [8]. Согласно статистическим данным, в педиатрической практике хронический тонзиллит встречается в 15–63% случаев [4]. Данная патология должна учитываться врачами как при лечении острых инфекционно-воспалительных заболеваний глотки, так и при наблюдении за пациентами с хроническим тонзиллитом вне обострения.

Как показывает анализ современной научной литературы, в детском возрасте несовершенство местных



и общих факторов защиты организма приводит к формированию хронической патологии ЛОР-органов. Повторные инфекционные заболевания чаще оказывают максимальное воздействие на иммунную систему. При этом дефицит различных подсистем иммунитета отличается в зависимости от возбудителя. Микробный состав в очаге инфекции меняется и существенно влияет на течение заболевания. Особенно неблагоприятное воздействие на состояние иммунологической функции глоточной и небных миндалин оказывает бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) [7]. По разным данным, БГСА выявляют у 30–60% пациентов с признаками хронического воспаления глоточной и небных миндалин. Доказано его бесспорное влияние на развитие неспецифических инфекционных осложнений, таких как острая ревматическая лихорадка, ревматическая болезнь сердца, полиартрит, гломерулонефрит [9]. В некоторых случаях при длительном, рецидивирующем хроническом тонзиллите с помощью полимеразной цепной реакции или гибридизации *in situ* (FISH-метод) бактериальные возбудители могут быть обнаружены внутри клеток [10–13]. В этиологии хронического аденоидита и тонзиллита у часто болеющих детей значимую роль играют персистирующие вирусные агенты [14]. Активная пролиферация вируса в лимфоидной ткани приводит к структурным изменениям всех звеньев иммунной системы. Длительная персистенция таких вирусных инфекций, как вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), у часто болеющих детей опасна присоединением вторичной бактериальной флоры. Среди этиологических факторов, влияющих на возникновение и поддержание лимфоидной пролиферации и хронического воспаления в миндалинах глоточного кольца у детей, значение имеют ассоциации ВЭБ, ЦМВ и БГСА [15]. Сочетание вирусной и бактериальной инфекции способствует взаимному подавлению каскада иммуномедиаторов клеточного и гуморального путей иммунного ответа. Как следствие – развитие неблагоприятной клинической картины и прогрессирование хронического воспаления лимфоидной ткани. Высокая антигенная нагрузка сопровождается повышением функциональной активности лимфоидной ткани, ее компенсаторной гипертрофией с последующей гиперплазией. При наличии неблагоприятных сочетаний вирусных и инфекционных агентов подобное состояние может развиваться в сторону патологической адаптации.

С учетом широкого спектра инфекционных возбудителей, способствующих развитию хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца, актуальным остается вопрос дифференциальной диагностики этиологии заболевания.

К стандартным методам обследования относятся сбор жалоб и данных анамнеза, объективный осмотр, инструментальная диагностика. Ориентируясь на специфические жалобы, а также объективную картину, характерную для хронического воспаления области лимфоэпителиального глоточного кольца, необходимо определиться с тактикой дополнительного лабораторного обследования.

На первом этапе проводится общая диагностика с определением уровня маркеров воспаления (лейкоцитоз, С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин). При подозрении на наличие бактериальной инфекции на втором этапе проводится верификация инфекционного агента (в мазке из носа и ротоглотки, определение уровня антистрептолизина-О, исследование функции небных миндалин). Для подтверждения бактериальной этиологии развития хронического воспаления области глоточной и небных миндалин и его обострения целесообразно использовать экспресс-тесты на выявление БГСА, основанные на иммуноферментном анализе или иммунохроматографии. Быстрота и высокая чувствительность данного теста позволяют получить результат примерно через семь минут и решить вопрос о необходимости назначения антибактериальных препаратов еще до получения результатов микробиологического обследования [16]. Принимая во внимание высокую распространенность герпесвирусной инфекции, обусловленной ВЭБ, ЦМВ, и ее тропность к лимфоидным образованиям глотки [5, 17], ряд авторов для уточнения этиологии хронического лимфопролиферативного синдрома у детей рекомендуют определять профиль вирус-специфических антител к антигенам герпесвирусной инфекции, а также вирусный геном (ДНК) в лимфоцитах крови.

В настоящее время вопрос о тактике ведения часто болеющих детей с патологией лимфоидного кольца глотки остается открытым. Миндалины лимфоэпителиального глоточного кольца активно участвуют в формировании как местных, так и системных защитных реакций организма при воздействии различных антигенов. Поэтому хирургическое лечение хронической патологии этой области у детей рекомендовано только при наличии абсолютных показаний [18]. К последним относятся стойкое нарушение носового дыхания, ночное апноэ, рецидивирующие острые или хронические заболевания системы среднего уха, снижение слуха на фоне дисфункции слуховой трубы, повторные паратонзиллиты, паратонзиллярные абсцессы, длительная субфебрильная температура, нарушения в работе сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, развитие ревматизма и всей группы ревматических заболеваний. Отсутствие положительного эффекта от проводимой консервативной терапии, клинические и лабораторные признаки персистирующей стрептококковой инфекции свидетельствуют о необходимости оперативного лечения [19]. Доказано, что тропность ВЭБ и ЦМВ к тканям печени, их способность вызывать развитие дистрофических процессов в гепатоцитах повышает риск возникновения гипокоагуляционных нарушений в системе гемостаза у детей [20]. Реактивация ВЭБ и ЦМВ в условиях ослабленного иммунитета у часто болеющих детей может приводить к нарушению функции тромбоцитов, в том числе их способности к адгезии, что значительно повышает риск интра- и постоперационных осложнений [20, 21]. Статистические данные относительно частоты кровотечений после тонзиллэктомии и аденотомии противоречивы и варьируются от 0,6 до 40% [22, 23].



Таким образом, при выявлении активной стадии ВЭБ- и ЦМВ-инфекции оперативное лечение противопоказано [24]. В такой ситуации пациентам рекомендована консультация инфекциониста, а также этиотропная и симптоматическая терапия с использованием противовирусных и гемостатических препаратов [6, 25].

В большинстве случаев подход к лечению детей с хроническим воспалением области лимфоидного кольца глотки сводится к замене хирургического метода консервативным [26, 27]. Консервативное лечение хронического процесса в области лимфоидного кольца глотки направлено на уменьшение бактериальной обсемененности, элиминацию патогена, повышение неспецифической резистентности организма. В дополнение к стандартным методам лечения активно используются средства для коррекции системного и местного иммунитета. В клинической практике перед специалистами постоянно возникает проблема поиска нового комплексного подхода к лечению пациентов. Особое внимание специалистов приковано к группе часто болеющих детей, требующих разработки новых схем назначения иммунокорректирующих и иммуномодулирующих препаратов.

В педиатрии широкое распространение получил безопасный и оптимальный по комплексу эффектов фитопрепарат Тонзилгон Н. В его состав входят корень алтея, цветы ромашки, хвощ, тысячелистник, одуванчик, листья ореха и кора дуба. Активные компоненты ромашки, алтея и хвоща стимулируют защитные механизмы организма за счет повышения фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов [28, 29]. Экстракты этих растений усиливают внутриклеточное разрушение микробов благодаря повышенному образованию бактерицидных кислородных метаболитов [29]. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и одуванчика оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Кора дуба, богатая танинами, обладает противовирусной активностью, в том числе против вируса гриппа. Разнообразные компоненты обуславливают широкий спектр воздействия препарата Тонзилгон Н. Прежде всего Тонзилгон Н стимулирует внутренние защитные силы организма, активируя фагоцитоз макрофагов и гранулоцитов и ускоряя элиминацию патогенов, и обеспечивает противовоспалительный и противоотечный эффект. Препарат также может применяться как вспомогательное и поддерживающее средство при антибиотикотерапии за счет компенсации наносимого антибиотиками повреждения иммунной системы [29]. Тонзилгон Н обладает выраженным противовирусным действием [30].

В Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи было проведено исследование клинической эффективности и переносимости препарата Тонзилгон Н (в качестве монотерапии) у часто болеющих детей с хроническим тонзиллитом. Показано, что в группе препарата Тонзилгон Н число обострений со стороны верхних дыхательных путей сокращалось в два раза по сравнению с группой контроля. Кроме того, потребность в антибиотиках уменьшалась в четыре раза.

## Клинический случай

В ноябре 2020 г. в поликлинику Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи обратился ребенок в возрасте семи лет с жалобами на затруднение носового дыхания, храп, периодическую боль, дискомфорт и першение в горле, частые эпизоды респираторной инфекции в анамнезе, субфебрильную температуру до 37,3 °С, общую слабость. Ранее проводимая консервативная терапия заключалась в назначении антибактериальных и противовоспалительных препаратов. При объективном осмотре выявлены симптомы воспалительного процесса со стороны носовой полости и ротоглотки. Отечность и умеренная гиперемия слизистой оболочки полости носа, слизистое отделяемое в общих носовых ходах, гипертрофия глоточной и небных миндалин 2-й степени, патологическое содержимое в лакунах (казеозные пробки), гиперемия и инфильтрация небных дужек. В подчелюстной области и на латеральной поверхности шеи пальпировались один-два лимфатических узла, чувствительных, умеренно плотных, смещаемых, не спаянных друг с другом и окружающими тканями, размером от 0,5 до 1,0 см. Пациенту назначено дополнительное обследование для уточнения этиологии воспалительного процесса миндалин глоточного кольца. На основании результатов серологического и молекулярно-генетического исследований установлена персистенция хронической герпесвирусной инфекции без маркеров активного инфекционного процесса. В клиническом анализе крови – увеличение моноцитов до 13% (норма до 10%), умеренный лимфоцитоз – 55% (норма до 37%) и эозинофилия – до 8% (норма до 5%). Остальные показатели без особенностей. Концентрация антистрептолизина-О и СРБ также в пределах нормальных значений. Установлен основной диагноз: гипертрофия носоглоточной миндалины 2-й степени. Хронический аденоидит, затяжное течение вялотекущего обострения. Хронический тонзиллит, компенсированная форма; гипертрофия небных миндалин 2-й степени. Сопутствующий диагноз: хроническая персистирующая герпесвирусная инфекция, вне обострения.

Назначено противовоспалительное лечение с использованием топических назальных глюкокортикостероидов, применение антисептиков (орошение полости носа и полоскание глотки) в течение десяти дней. Из-за отсутствия активного инфекционного процесса специфическая противовирусная и антибактериальная терапия не назначалась. Пациенту в качестве мягкого иммуномодулятора рекомендовали препарат Тонзилгон Н: в остром периоде по 15 капель пять-шесть раз в день, далее в течение недели по 15 капель три раза в день. Общая продолжительность терапии составила 14 дней. В дополнение рекомендована консультация аллерголога-иммунолога в плановом порядке. Эффективность подобранной терапии оценивали на основании субъективных данных об основных клинических симптомах (затруднение носового дыхания, боль и дискомфорт в горле при глотании, слабость, недомогание, снижение физической активности), динамики объективных данных (снижение выраженности воспалительных про-



явлений со стороны полости носа, носо- и ротоглотки) и количества эпизодов обострения воспалительного процесса верхних дыхательных путей (респираторной инфекции, обострений аденоидита, тонзиллита) за весь период наблюдения, с учетом показаний к назначению антибактериальной терапии. Следует отметить, что при повторном осмотре через семь дней у пациента отмечалось улучшение носового дыхания, прекращение храпа, уменьшение болей в горле, нормализация температуры тела и улучшение общего самочувствия. При объективном осмотре – уменьшение отечности слизистой оболочки полости носа, отсутствие отделяемого в общих носовых ходах, уменьшение гиперемии и инфильтрации передних небных дужек. На третьем визите (на 14-й день наблюдения) у пациента отсутствовали субъективные жалобы на ухудшение общего самочувствия и воспалительные проявления со стороны глотки при объективном осмотре (патологическое содержимое в лакунах небных миндалин, выраженная или умеренная инфильтрация небных миндалин). Через три месяца пациент был приглашен на контрольный осмотр для оценки общего терапевтического эффекта препарата Тонзилгон Н. При оценке субъективных данных установлено, что обострение хронического аденоидита и тонзиллита у пациента возникло однократно, протекало в легкой форме и не потребовало назначения курса антибактериального препарата. В контрольном клиническом анализе крови все показатели находились в пределах нормальных значений. Таким образом, применение препарата Тонзилгон Н способствовало сокращению числа обострений со сто-

роны верхних дыхательных путей и потребности в антибиотиках.

Данный клинический пример демонстрирует, что препарат Тонзилгон Н, назначаемый часто и длительно болеющим детям при хроническом воспалении в области лимфоидного кольца глотки, благоприятно воздействует на течение воспалительного процесса в носо- и ротоглотке, стимулирует резистентность организма и противовирусную активность.

### Заключение

В настоящее время поиск новых схем консервативного лечения часто болеющих детей остается первостепенной задачей клинициста.

Показано, что препарат Тонзилгон Н благоприятно влияет на течение воспалительного процесса в области ЛОР-органов, стимулируя резистентность организма и противовирусную активность. Уникальный фармакологический профиль данного фитопрепарата (мощное противовоспалительное и иммуномодулирующее действие) ассоциируется с сокращением числа обострений хронических процессов в области носо- и ротоглотки. Проведенное наблюдение позволило сделать вывод о целесообразности включения препарата Тонзилгон Н в клиническую практику при лечении часто болеющих детей.

Высокая противовирусная эффективность и хорошая переносимость препарата позволяют применять его не только в остром периоде для ускорения купирования симптоматики, но и в целях профилактики рецидивирования у часто болеющих детей. 

### Литература

1. Быкова В.П. Отчет о работе Международного симпозиума по проблеме «Миндалины и аденоиды» // Вестник оториноларингологии. 2001. № 1. С. 62–63.
2. Антонив В.Ф. Новый взгляд на гипертрофию глоточной миндалины: аденоиды или аденоидная болезнь? // Вестник оториноларингологии. 2004. № 4. С. 23–24.
3. Мальцева Г.С. Роль бета-гемолитического стрептококка группы А в тонзиллярной патологии // Российская оториноларингология. 2007. № 3 (28). С. 131–139.
4. Пискунов В.С., Никитин Н.А. Опыт применения препарата Тонзилгон® Н в комплексном лечении хронического тонзиллита с промыванием небных миндалин у взрослых // Consilium Medicum. 2018. Т. 20. № 3. С. 48–52.
5. Преображенская Ю.С., Дроздова М.В. Особенности лечения пациентов с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца, осложненной развитием экссудативного среднего отита // Российская оториноларингология. 2014. № 3 (70). С. 89–96.
6. Дроздова М.В., Преображенская Ю.С., Тырнова Е.В., Ларионова С.Н. Особенности этиологической диагностики лимфопролиферативного синдрома у детей // РМЖ. 2018. № 10 (II). С. 63–67.
7. Янов Ю.К., Мальцева Г.С., Дроздова М.В. и др. Выбор лечебной тактики у больных хроническим тонзиллитом стрептококковой этиологии и длительным субфебрилитетом // Вестник оториноларингологии. 2019. Т. 84. № 1. С. 64–67.
8. Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания. М.: Медгиз, 1970.
9. Пальчун В.Т. Классификация и лечебная тактика при хроническом тонзиллите // Вестник оториноларингологии. 2013. Т. 78. № 3. С. 8–11.
10. Косяков С.Я., Анготоева И.Б., Мулдашева А.А. Противоречивость современных представлений о проблеме хронического тонзиллита // Медицинский совет. 2015. № 3. С. 35–39.
11. Zaitner A.E., Krause M., Stropahl G. et al. Intracellular persisting Staphylococcus aureus is the major pathogen in recurrent tonsillitis // PLoS One. 2010. Vol. 5. № 3. P. e9452.
12. Thornton R., Richmond P., Vijayasekaran S., Rigby P. A new disease paradigm – mucosal and stromal intracellular bacteria in the upper respiratory tract // Laryngoscope. 2009. Vol. 119. № S3. P. 322.



13. Kasenömm P., Piirsoo A., Kull M., Mikelsaar M. Selection of indicators for tonsillectomy in adults with recurrent tonsillitis // BMC Ear, Nose and Throat Disord. 2005. Vol. 5. ID 7.
14. Ruiz J., Doron S., Aronson M.A. et al. Tonsillectomy in adults indication // somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?18/5/18512.
15. Klug T.E. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2014. Vol. 33. № 7. P. 1163–1167.
16. Рязанцев С.В., Кривопапов А.А., Еремин С.А. Особенности неспецифической профилактики и лечения пациентов с обострением хронического тонзиллита // РМЖ. 2017. № 23. С. 1688–1694.
17. Srinivasan A., Gu Z., Smith T. et al. Prospective detection of respiratory pathogens in symptomatic children with cancer // Pediatr. Infect. Dis. J. 2013. Vol. 32. № 3. P. 99–104.
18. Салтанова Ж.Е. Хронический тонзиллит, этиологические и патогенетические аспекты развития метатонзиллярных осложнений // Вестник оториноларингологии. 2015. Т. 80. № 3. С. 65–70.
19. Acar G.Ö., Cansz H., Duman C. et al. Excessive reactive lymphoid hyperplasia in a child with persistent obstructive sleep apnea despite previous tonsillectomy and adenoidectomy // J. Craniofac. Surg. 2011. Vol. 22. № 4. P. 1413–1415.
20. Дроздова М.В., Тырнова Е.В., Науменко Н.Н., Янов Ю.К. Клиническая и лабораторная диагностика лимфопролиферативного синдрома у детей. СПб., 2009.
21. Дроздова М.В., Очиллов Р.Т., Тырнова Е.В., Артюшкин С.А. Нарушения в системе гемостаза при плановых операциях у детей с хронической патологией лимфоэпителиального глоточного кольца // Российская оториноларингология. 2013. № 6 (67). С. 39–44.
22. Крюков А.И., Зайратьянц О.В., Царанкин Г.Ю. и др. Возрастные особенности сосудистой организации аденоидной ткани // Морфологические ведомости. 2017. Т. 25. № 2. С. 32–36.
23. Francis D.O., Fonnesebeck C., Sathe N. et al. Postoperative bleeding and associated utilization following tonsillectomy in children // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2017. Vol. 156. № 3. P. 442–455.
24. Дроздова М.В., Мальцева Г.С., Тырнова Е.В. Предоперационный скрининг системы гемостаза при операциях на ЛОР-органах у детей // Вестник оториноларингологии. 2019. Т. 84. № 2. С. 18–22.
25. Халдин А.А., Насырова Э.И. Иммуномодуляторы при герпесвирусных заболеваниях: возможности применения с позиции иммунопатогенеза инфекционных процессов // Клиническая дерматология и венерология. 2018. Т. 17. № 5. С. 134–140.
26. Тырнова Е.В., Мальцева Г.С. Методы клинической биохимии в диагностике хронического тонзиллита // Российская оториноларингология. 2005. № 4 (17). С. 108–111.
27. Simark-Mattsson C., Dahlgren U., Roos K. CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup> T lymphocytes in human tonsils suppress the proliferation of CD4<sup>+</sup>CD25<sup>-</sup> tonsil cells // Scand. J. Immunol. 2002. Vol. 55. № 6. P. 606–611.
28. Вавилова В.П., Абрамов-Соммарива Д., Стайнл Г. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата Тонзилгон® Н при лечении рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей: неинтервенционное исследование в России // РМЖ. 2017. Т. 25. № 5. С. 350–358.
29. Рязанцев С.В., Дроздова М.В. Опыт применения препарата Тонзилгон Н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей // Российская оториноларингология. 2016. № 5 (84). С. 120–125.
30. Гуров А.В., Юшкина М.А. Возможности применения препарата Тонзилгон® Н в комплексной терапии хронического тонзиллита // Consilium Medicum. 2018. Т. 20. № 11. С. 20–24.]

## Etiological Aspects of Chronic Pathology of the Lymphoepithelial Pharyngeal Ring in Children at the Present Stage

Yu.S. Preobrazhenskaya, PhD, M.V. Drozdova, PhD, S.V. Ryazantsev, PhD, Prof.

*Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech*

Contact person: Yuliya S. Preobrazhenskaya, PreobrazhenskayaYS@yandex.ru

*The lymphoepithelial pharyngeal ring is located in the entrance gate and is constantly exposed to infectious agents. Currently, chronic pathology of the lymphoepithelial pharyngeal ring remains one of the most common problems in the practice of a pediatric doctor. Hypertrophy of the pharyngeal tonsil, chronic adenoiditis, which occurs in 35.3% of children under the age of 7 years, and chronic tonsillitis, which occurs in 15–63% of cases, are among the most common diseases of childhood. Taking into account the wide range of infectious microbiota that contributes to the development of chronic pathology of the lymphoepithelial pharyngeal ring, the issue of differential diagnosis of the etiology of the disease and the selection of adequate treatment regimens remains relevant. In most cases, at the present stage, the approach to the treatment of patients with chronic inflammation of the lymphoid ring of the pharynx in children is reduced to replacing the surgical method with a conservative one with the appointment of immunocorrective and immunomodulatory drugs.*

**Key words:** *chronic adenoiditis, tonsillitis, frequently ill children, herpes virus infection, children, differential diagnosis, treatment*