

Ф. Юрочко, керівник Клініки, Д. Копанська, лікар-отоларинголог, Клініка дитячої оториноларингології Львівської ОДКЛ «ОХМАТДИТ», Академія оториноларингології «ЄВРОЛОП»

Сучасна діагностика та лікування хвороб аденоїдів

Аденоїди – це орган, який є у кожної дитини від народження і становить скупчення лімфоїдної тканини в носоглотці. Піднебінні та носоглотковий (аденоїдний) мигдалик разом з язиковим і трубними мигдаликами формують лімфоїдне кільце Вальдеєра – Пирогова. Вони є вторинними лімфоїдними органами, частиною мукозасоціованої лімфоїдної тканини (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue – MALT), що характеризується імунною активністю переважно у віці від 4 до 10 років. Фізіологічно аденоїди зазвичай збільшуються протягом перших 7-8 років життя, а потім зменшуються до повного зникнення у дорослому віці. Як і кожен орган, аденоїди можуть хворіти. До найпоширеніших захворювань аденоїдного мигдалика належать запалення (аденоїдит) та його гіпертрофія, а пухлини аденоїдів трапляються надзвичайно рідко [1].

Хвороби аденоїдів є однією із найчастіших видів ЛОР-патології у дитячому віці. Вони нерідко виникають на фоні частих епізодів гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), бактеріального риносинуситу, алергічного риніту. Інфекційними агентами переважно є адено- та риновірус, вірус Епштейна – Барр, а серед бактерій – *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* [2]. Іноді можна прослідкувати спадкову схильність до розвитку хвороб аденоїдів у дітей.

Клінічна картина

Клінічні симптоми захворювань аденоїдів наведені нижче. Головними є обструкція дихальних шляхів та/або симптоми рецидивуючих інфекцій верхніх дихальних шляхів. Частота ГРВІ у дітей з хворобами аденоїдів істотно зростає – може сягати 10 епізодів на рік. Перебіг інфекцій довший, вони частіше ускладнюються риносинуситом і середнім отитом. Гіпертрофовані та/або запалені аденоїди є саме тим «слабким» місцем у носоглотці, яке збільшує схильність до респіраторних інфекцій.

Клінічні прояви хвороб аденоїдів

- Затруднене носове дихання
- Хропіння
- Гугнявість
- Постійне дихання ротом
- Частий тривалий нежить
- Апноє уві сні

Проявами хронічного аденоїдиту є часті та тривалі застуди, рецидивуючий середній отит і риносинусит. Аденоїди можуть бути резервуаром бактеріальної інфекції, сприяючи рецидивуючим/хронічним інфекціям приносних пазух, глотки чи середнього вуха.

Аденоїдит може ускладнитися секреторним отитом з кондуктивним зниженням слуху, рецидивуючим середнім отитом, риноресою та рецидивуючими інфекціями дихальних шляхів. Аденоїдит відіграє дуже важливу роль при хронічному риносинуситі та секреторному отиті у дітей.

Виразеність симптомів при гіпертрофії аденоїдів залежить від ступеня їх збільшення. Клінічні прояви гіпертрофії – хропіння, постійно затруднене носове дихання, дихання ротом, гугнявість, неприємний запах з рота, гіперзбудливість або ж, навпаки, надмірна сонливість, енурез. Якщо аденоїди великі, то у дитини може виникнути синдром обструктивного апноє уві сні [3]. Пізня діагностика та лікування хвороб аденоїдів можуть призвести до поведінкових порушень, сповільнення росту та зниження маси тіла дитини і навіть до *cor pulmonale* чи лівошлуночкової серцевої недостатності, зміни прикусу та лицевого черепа. У дитини може сформуватися типове аденоїдне обличчя.

Збільшені аденоїди часто порушують сон дитини. Розлади дихання уві сні (РДС, Sleep Disordered Breathing – SDB) часто слугують показанням до аденоїдектомії. При РДС порушуються характер та ефективність дихання під час сну. Поширеним є визначення, що РДС має включати хропіння, дихання ротом і затримку дихання вночі (апноє).

Синдром РДС

- Затримка дихання вночі (апноє)
- Хропіння
- Дихання ротом
- Затримка росту
- Агресивність
- Енурез
- Низька концентрація уваги

Діагностика

Діагностика хвороб аденоїдів полягає в ретельному огляді носоглотки. У рідкісних ситуаціях можна виконати пальцеве дослідження носоглотки. Комп'ютерна томографія (КТ) чи магнітно-резонансна томографія (МРТ) голови та шиї не показані для оцінки розміру аденоїдів, однак якщо їх виконали з іншої причини (наприклад, хронічного риносинуситу або ж патології головного мозку), тоді за допомогою цих методів можна ретельно оцінити величину аденоїдів та їх співвідношення до хоан. Також слід обміркувати виконання МРТ при підозрі на пухлину аденоїдів у дитини.

Гнучку (фіброоптичну) назофарингоскопію вважають золотим стандартом діагностики й оцінки ступеня гіпертрофії аденоїдів [4]. Цей метод забезпечує пряму візуалізацію носової порожнини та носоглотки. Діагностична точність гнучкої

назофарингоскопії може мати основне значення при визначенні показань до аденоїдектомії. Тільки після ендоскопічного огляду можна визначити ступінь гіпертрофії аденоїдів. Найпоширенішою є класифікація, за якою виділяють три ступені збільшення аденоїдів (табл. 1).

Ступінь	Характеристика
I	Аденоїди прикривають хоани на 1/3
II	Аденоїди прикривають хоани більше ніж на 2/3
III	Аденоїди повністю перекривають хоани

Лікування

Лікування хвороб аденоїдів буває консервативне та хірургічне. Воно залежить від ступеня обструкції дихальних шляхів і наявності інших супутніх хвороб, які можуть бути ускладненнями.

Хірургічне лікування

Показаннями до аденоїдектомії [5] – хірургічного видалення аденоїдів – є:

- хронічний (понад 12 тижнів) аденоїдит із риноресою, незважаючи на щонайменше 3-тижневий курс антибіотиків;
- хронічний (понад 12 тижнів) синусит, незважаючи на щонайменше 3-тижневий курс антибіотиків;
- чотири або більше епізоди рецидивуючого аденоїдиту з гнійною отореєю за останні 12 місяців у дитини віком до 12 років;
- хронічний секреторний отит у дитини віком 4 роки або більше з неефективністю попередньої операції тимпаностомії в анамнезі;
- гіпертрофія аденоїдів, виявлена ендоскопічно/радіологічно, з симптомами обструкції дихальних шляхів, що має один із таких проявів:

- у дітей віком до 3 років наявний синдром РДС тривалістю понад 3 місяці з інформацією від батьків про апноє, сльипування, задишку під час нічного сну;
- у дітей віком 3-17 років РДС з оцінкою адекватності вентиляції вночі, включаючи хропіння, дихання ротом, апноє;
- патологічні стани, які можуть бути пов'язані з РДС (включаючи затримку росту, погану успішність, енурез, поведінкові проблеми і не тільки);
- обструктивний синдром апноє уві сні, діагностований методом полісомнографії, з індексом апноє/гіпноє >1,0.

Є такі види хірургічного лікування аденоїдів: аденоїдектомія – повне видалення аденоїдів, аденотомія (часткова аденоїдектомія) – часткове видалення аденоїдів. Хірургію аденоїдів можна поєднувати з іншими операціями: тонзилотомією, тонзилектомією, шунтуванням барабанних перетинок. Є класичні методики хірургічного видалення аденоїдів: з використанням прямого аденотома Бекмана, прямого аденотома Бекмана з корзинкою, зігнутого аденотома Негуса та аденотома Ля Форса.

Аденоїдектомію виконують під загальним ендотрахеальним наркозом. Золотим стандартом знеболювання є загальна анестезія з інтубацією трахеї. Місцеве знеболювання не повне, негативно впливає на психіку дитини та не сприяє ретельному видаленню аденоїдів, що є основною причиною рецидиву аденоїдів після операції. Повнота усунення аденоїдів істотно збільшується при використанні ендоскопів під час операції.

Останнім часом розроблено сучасні методики – високоенергетичні методи (наприклад, кобляційна аденоїдектомія), ендоскопічна з використанням шейвера та/або спеціальних щипців (наприклад, щипці Юраша, кутові щипці Блекслі – Віганда).

Проте є певні недоліки хірургічного лікування, серед яких рецидиви аденоїдів (10-20%), а також різні інтра- та післяопераційні ускладнення – наприклад, кровотечі. У частини пацієнтів після операції симптоми назальної обструкції чи рецидивуючих інфекцій дихальних шляхів залишаються.

Консервативне лікування

Операції на аденоїдах і мигдаликах належать до дуже поширених, проте останнім часом через наявні короткотермінові ризики хірургічного лікування та з появою альтернативних методів терапії їх частота зменшилася.

Якщо показань до хірургічного втручання немає, тоді призначають консервативне медикаментозне лікування. За такою лікуванням усіх дітей з проблемами аденоїдів можна розподілити на 3 групи (табл. 2). Такий розподіл може не залежати від ступеня гіпертрофії мигдалика [4].



Ф. Юрочко



Д. Копанська

Таблиця 2. Групи дітей з хворобами аденоїдів за тактикою лікування

Група	Характеристика	Тактика лікування
A	Діти з мінімальними проявами хвороб аденоїдів, які не потребують хірургічного та медикаментозного лікування	Загальнооздоровчі заходи (загартування, санаторно-курортне лікування) та спостереження
B	Діти, у яких немає показань до хірургічного лікування	Медикаментозне лікування, загальнооздоровчі заходи та спостереження
C	Діти, у яких є показання до хірургічного лікування	Хірургічне втручання

Консервативне лікування хвороб аденоїдів включає поєднання кількох препаратів.

Для усунення гіпертрофії аденоїдів на тривалий час показані ендоназальні кортикостероїди (наприклад, мометазону фураат). Рекомендована початкова доза – 50-100 мкг/добу до досягнення ефекту (наприклад, 4 тижні). Потім дозу можна зменшити до підтримувальної (25-50 мкг/день протягом 2 тижнів на місяць), що забезпечує тривалий безсимптомний період. У панамериканських рекомендаціях [7] зазначено, що курс лікування гіпертрофії аденоїдів має становити 8-12 тижнів. Переважно у різних дослідженнях спочатку призначали вищу дозу протягом 4-8 тижнів, а потім її зменшували і продовжували лікування ще стільки ж часу.

Новим напрямом у лікуванні хвороб аденоїдів є використання респіраторних цитопротекторів, представником яких є Ектобрис. Оскільки діти з хворобами аденоїдів помітно частіше і довше хворіють на ГРВІ, цитопротекція слизової оболонки верхніх дихальних шляхів має на меті зміцнити її, зменшити запалення аденоїдів, тривалість і частоту загострень аденоїдиту. Клітини слизової оболонки дихальних шляхів під впливом цитопротектора стають стійкішими до впливу негативних чинників (віруси, бактерії, алергени тощо) і менше реагують на них. Запалення менш виражене і триває коротше. Цим також можна пояснити необхідність застосування Ектобрису при загостренні аденоїдиту.

Препарат Ектобрис містить природну молекулу ектоїну, яка є продуктом життєдіяльності мікроорганізмів екстремофілів. Ектоїн захищає клітинну мембрану слизової оболонки дихальних шляхів. Основні переваги цього препарату: мембрана клітини не ушкоджується, не вивільняються медіатори запалення, внаслідок чого запалення припиняється або зменшується. Головними ефектами застосування препарату Ектобрис є протизапальний, протиалергічний, мембраностабілізуючий, цитопротекторний, регенеруючий, а також захисний.

Для введення цього препарату розроблено спеціальний пристрій – Брізер АйрОкс. Він забезпечує дію саме на верхні дихальні шляхи за рахунок генерування часток розміром приблизно 5 мкм. Такі частки є порівняно великими, тому добре затримуються у верхніх дихальних шляхах. Пристрій працює на основі меш-технології (Vibrating mesh technology). Брізер зручний у використанні, оскільки працює у будь-якому положенні, навіть лежачи. Цей пристрій компактний та портативний – має невеликі розміри, автономний – працює від різних джерел живлення: батарейок або USB-порту.

Препарат має хороші перспективи для лікування аденоїдиту. При хронічному аденоїдиті рекомендуємо таку схему застосування препарату Ектобрис: брізерування 2 рази на день по 2,5 мл (один контейнер) тривалістю 1 місяць.

Препарат Ектобрис – це перший в Україні оригінальний інгаляційний ектоїн, що усуває запалення, створюючи ектоїновий гідрокомплекс, який служить бар'єром на поверхні слизової оболонки дихальних шляхів, захищає її від вірусів, бактерій та алергенів і сприяє її відновленню.

Таким чином, хвороби аденоїдів є одними з найчастіших хронічних захворювань дитячого віку. Точна діагностика та застосування сучасних лікарських засобів допоможуть при хворобах аденоїдів. Медикаментозне лікування є ефективною альтернативою хірургічному, тому варто використати шанс якісного і безпечного нехірургічного лікування. Поява сучасних методів консервативного лікування дає змогу зменшити кількість хірургічних втручань у дітей.

Список літератури знаходиться в редакції.