

Аденоїди: п'ять поширених міфів

Проблема аденоїдів викликає безліч запитань і суперечок серед оториноларингологів, педіатрів та сімейних лікарів. Дискутабельність питання відображають «термінологічні баталії» довкола проблеми аденоїдів. Дехто з науковців вважає некоректним називати здоровий глотковий мигдалик аденоїдами, пов'язуючи останній термін лише з патологічним станом. Дехто з лікарів вважає аденоїдит і гіпертрофію глоткового мигдалика термінами-синонімами. Аденоїди чи аденоїд, аденоїди чи аденоїдит, аденоїдомія чи аденоїдектомія – питання, навколо яких досі точаться суперечки під час науково-практичних заходів і на сторінках наукової літератури. Та чи варто говорити про те, що «боротьба назв» – це лише верхівка айсберга, адже досі немає єдиної думки стосовно показань до аденоїдотомії, однозначної концепції щодо консервативного лікування та місця алергії в патогенезі розвитку гіпертрофії глоткового мигдалика. Метою нашого огляду є узагальнення сучасних даних стосовно природи аденоїдів та патогенезу розвитку запальної реакції глоткового мигдалика, а також розвінчання найпоширеніших серед пацієнтів міфів про «великі та жажливі» утворення дитячої носоглотки.



Міф 1. Аденоїди — це гіганти

Насправді аденоїди сьогодні розглядають як фізіологічну захисну реакцію одного з органів імунної системи, який спеціалізується щодо патогенної мікрофлори верхніх відділів респіраторного тракту (С.М. Пухлік, 2016). Гіпертрофія глоткового мигдалика у переважній більшості дітей є нормальною фізіологічною відповіддю лімфоїдного органа на постійну антигенну стимуляцію. Останню також не варто розглядати як щось незвичне чи патологічне, адже з перших хвилин життя дитина ознайомлюється з навколишнім світом, невід'ємною складовою якого є вірусна, бактеріальна та грибкова флора. Взагалі глотковий мигдалик локалізується в критичній зоні – на перетині дихальних і травних шляхів, тобто саме там, де спостерігається найбільш інтенсивний антигенний вплив як інфекційної, так і неінфекційної природи. Згідно із сучасними даними, глотковий мигдалик продукує специфічні клони лімфоїдних клітин і постачає їх у слизову оболонку носа й приносових пазух, формуючи імунний бар'єр слизових оболонок. Велику роль в імунній відповіді глоткового мигдалика відіграють ділянки лімфоєпітеліального симбіозу, які наразі розглядають як імунорегуляторну зону, що визначає не тільки початок і силу імунної відповіді, а й механізми органоспецифічного хомінгу, тобто повернення лімфоцитів, які вже несуть інформацію про характеристики певного антигену, у «свої» регіони (Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, 2013). Інакше кажучи, аденоїди – це фізіологічний імунний орган переважно дитячого віку. Але якщо цей орган є нормальним, чому ж він викликає стільки скарг від дітей та їхніх батьків? Головною причиною виникнення типових скарг (насамперед утруднення носового дихання) є гіпертрофія глоткового мигдалика, яку спричиняють:

- фізіологічна гіперплазія у віці 3–6 років (активний розвиток імунної системи, а також виникнення так званої «відносної гіперплазії», коли ріст носоглотки відстає від росту глоткового мигдалика, внаслідок чого останній займає більшу частину носоглотки);
- хронічні вірусні інфекції (герпесвіруси різних типів, вірус Епштейна-Барр, аденовіруси тощо);
- внутрішньоклітинні (атипові) інфекції дихальних шляхів (хламідії, мікоплазми);
- дисбіоз слизових оболонок носоглотки (внаслідок захворювань шлунково-кишкового тракту, нерационального застосування антибіотиків тощо);
- високий ступінь контамінації патогенної та умовно-патогенної флори (найчастіше внаслідок тривалого перебування у великому колективі, де багато хворих);
- неадекватні курси терапії захворювань респіраторного тракту (у тому числі нерациональне лікування імуностимуляторами);
- наявність імунного діатезу (лімфатичного, атопічного, аутоімунного);
- новоутворення глоткового мигдалика;
- алергічний аденоїдит (найчастіше у дітей з алергічним ринітом – АР).



Міф 2. Запалення глоткового мигдалика — завжди інфекційне

Цей міф дуже поширений не тільки серед пацієнтів, а й у професійних колах. Часто можна почути думку, що запалення глоткового мигдалика – це пряме показання до призначення антисептиків чи навіть антибіотиків. Насправді існує безліч причин виникнення гіпертрофії (як було зазначено вище), проте найбільш недооціненим фактором виникнення аденоїдиту є алергічний. При значному збільшенні глоткового мигдалика порушується нормальне носове дихання, внаслідок чого погіршується мукоциліарний транспорт і виникає застій слизу в порожнині носа. Чужорідні частки, алергени, віруси, бактерії, хімічні речовини, які проникають у порожнину носа з потоком вдихуваного повітря, прилипають до слизу. Фіксовані в порожнині носа й носоглотки алергени стають тригерами алергічного запалення, розмноження вірусів; ріст бактеріальних колоній призводить до виникнення інфекційного запалення, внаслідок чого клінічні відмінності між цими двома формами патології можуть стиратися (Д.В. Калінін, В.П. Бикова, 2011). Тому для оториноларинголога важливо своєчасно розпізнати суть патологічного процесу у верхніх дихальних шляхах, оскільки від раннього й правильно встановленого діагнозу залежить призначення етіологічно й патогенетично обґрунтованого лікування. Клінічно дуже складно відрізнити аденоїдит бактеріальної природи від алергічного запалення, адже АР у дітей викликає симптоми подразнення слизової оболонки носа: свербіж, чхання, слизові виділення з носа, стікання слизу по задній стінці носоглотки, а відтак симптом нічного чи вранішнього кашлю, утруднення носового дихання. Прогресуюче зниження слуху внаслідок рецидивуючого гострого або ексудативного отиту в дитини також має насторожити лікаря щодо можливого АР. Допомогти в диференційній діагностиці алергічного та інфекційного запалення глоткового мигдалика може огляд за допомогою риноскопа (при інфекційному запаленні секрет в'язкий, слизово-гнійний, застійний, а при алергічному – прозорий, слизовий). Проте найбільш точним методом діагностики алергічного запалення є, безумовно, алерготестування, яке необхідно виконувати всім дітям із підозрою на алергію. Нелікований вчасно АР і аденоїдит призводять до поступового розширення спектра алергенів та розвитку бронхіальної астми. Саме тому надзвичайно важливо вчасно виявляти симптоми сезонного АР і лікувати дитину протиалергічними засобами.



Міф 3. Аденоїдит потребує лікування імуностимуляторами

Це дуже небезпечний міф. Як правило, бажання придбати в аптеці імуностимулятори виникає у батьків після частих епізодів нежитю в дитини. «Часто хворіє – отже, імунітет погано «працює», – вважають вони. При цьому ніхто не замислюється над тим, що збільшений глотковий мигдалик – свідчення добре працюючого

імунітету. Тим часом стимуляція неспецифічних захисних сил дитини при нормальному розвитку імунної системи може призвести до непередбачуваних наслідків. Окрім того, за наявності алергічного запалення аденоїдів додаткова стимуляція імунітету тільки збільшить прояви алергії, адже алергічна реакція сама по собі – це якраз і є гіпертрофована та спотворена імунна відповідь. У свою чергу, алергічне запалення треба лікувати відповідними медикаментами. АР та алергічний аденоїдит успішно лікують сучасними антигістамінними засобами й топічними кортикостероїдами. Більш складні випадки потребують призначення антигенспецифічної імунотерапії.

Згідно із сучасними європейськими рекомендаціями, препаратами першої лінії для лікування алергічного запалення носа й носоглотки є антигістамінні препарати. Призначити антигістамінний засіб може лікар будь-якої спеціальності. Безумовно, необхідно обирати сучасні протиалергічні препарати, які не викликають сонливості й не впливають на якість життя дитини. Крім того, надзвичайно важливо обирати засоби із доведеною безпекою використання саме в педіатричній практиці, а також форма випуску яких відповідає віку пацієнта. Запальний характер алергічного аденоїдиту потребує використання антигістамінних засобів, які, окрім блокади H₁-гістамінових рецепторів, додатково мають протизапальні властивості. Найбільш вивченим сучасним антигістамінним засобом із доведеною протизапальною активністю є дезлоратадин (Еріус®) (J. Bousquet et al., 2010). Еріус® добре переносять діти, препарат випускається у вигляді сиропу й таблеток для дітей різного віку. Доведена безпека препарату Еріус® забезпечує його тривале застосування і контроль над алергією упродовж усього періоду цвітіння (K.F. Lukat et al., 2013).



Міф 4. Дитина «переросте» аденоїди. Треба просто зачекати

Іще один дуже небезпечний міф, який батьки передають один одному, прогулюючись у парку чи спілкуючись у соціальних мережах. Правда лише в тому, що аденоїди, як правило, зменшуються після 11–13 років. Проте тривала відсутність носового дихання, викликана гіпертрофією глоткового мигдалика, призводить до виникнення цілої низки незворотних патологічних станів, як-от формування аденоїдного типу обличчя, хронізація запального процесу в носі та приносових синусах, розумова відсталість дитини тощо (С.М. Пухлік, 2016). Алергічна природа вчасно не лікованого аденоїдиту може стати підґрунтям для розвитку бронхіальної астми. Отже, лікувати дитину зі скаргами треба. Утім, формулювання «лікувати аденоїди» – неправильне. Лікувати треба лише патологічний, але не фізіологічний процес.



Міф 5. Єдиний гігієнічний метод лікування аденоїдів — це хірургічне видалення

Незважаючи на активне розроблення й широке впровадження консервативних методик лікування гіпертрофії глоткового мигдалика та його запалення, аденоїдотомія й досі залишається одним із найбільш актуальних і поширених втручань у дитячій ЛОР-хірургії. Утруднення носового дихання при аденоїдах негативно позначається на функції життєво важливих органів та систем, формуванні грудної клітки й лицьового скелета, інтелектуальному розвитку дитини. Очевидно, що в цих випадках необхідна активна хірургічна тактика, спрямована на відновлення носового дихання дитини, поки не з'явилися ускладнення і зміни не набули незворотного характеру. Проте аденоїдотомію слід виконувати лише за наявності чітких показань, адже операція не замінить батькам заспокійливі чи антидепресанти. Згідно з рекомендаціями Американської академії педіатрії, показаннями до аденоїдотомії є:

- обструктивні симптоми – апное сну й хронічне дихання через рот;
- періодичний або постійний отит у дітей віком 3–4 роки і старших;
- періодичні і/або хронічні риносинусити.

Вітчизняні оториноларингологи завжди у таких випадках додають: «Відсутність ефекту від консервативного лікування». Ще одним підводним каменем аденоїдотомії є її виконання при алергічному аденоїдиті. Взагалі проблема алергічного аденоїдиту в дітей набула останнім часом особливої актуальності. Одні дослідники вважають, що операція призводить не тільки до рецидиву захворювання, а й до істотного обтяження АР; інші кажуть, що без хірургічної корекції не можна розраховувати на успішне відновлення носового дихання. Перед лікарями постають запитання: чи потрібно оперувати таких дітей, як і коли? Отже, аденоїдотомія у дитини з алергією повинна мати ретельно вивірені показання, аби уникнути збільшення клінічних проявів алергозу. Безумовно, аденоїдотомію у дітей з алергією слід виконувати лише на тлі консервативного лікування, яке охоплює елімінаційну (уникнення контакту з причинним алергеном), іригаційну (використання сольових розчинів), протиалергічну терапію (антигістамінні засоби – Еріус®).

Насправді дуже складно говорити про аденоїди, коли серед вітчизняних лікарів немає однозначної концепції щодо цього питання. Ми лише спробували розвіяти найпоширеніші міфи і «жахіття» про аденоїди й наголосити на важливості своєчасної діагностики та лікування алергічних процесів у дітей.

Підготувала **Олена Риженко**

Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС®

НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ



ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА¹
усуває різні симптоми алергії



ПОТРІЙНА ДІЯ¹
протиалергійна, протизапальна, антигістамінна



ЛИШЕ 1 РАЗ НА ДОБУ¹
активний протягом 27 годин

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Еріус. Р.П.: таблетки – наказ МОЗ України від 15.02.2017 №UA/5827/01/01, сироп – наказ МОЗ України від 01.02.2013 №UA/5827/02/01. Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для спеціалістів охорони здоров'я. ТОВ «Байер» 04071, вул. Верхній Вал 4-Б.
тел.: +38(044)220-33-00, www.bayer.ua
L.UK.MKT.CC.03.2017.0235