

Ф.Б. Юрочко, лікар — дитячий отоларинголог.
Д.Б. Копанська, лікар-отоларинголог, Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ»

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 мукозасоціюваної 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 тлі 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 із 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, ринореєю та рецидивуючими інфекціями дихальних шляхів. Аденоїдит відіграє дуже важливу роль при хронічному риносинуситі та секреторному отиті у дітей.

Виразність 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 обмірковувати 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).

Таблиця 1. Ендоскопічна класифікація гіпертрофії аденоїдів	
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 ринореєю, незважаючи на щонайменше 3-тижневий курс антибіотиків;
- хронічний (понад 12 тижнів) синусит, незважаючи на щонайменше 3-тижневий курс антибіотиків;
- 4 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, схлипування, 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/гіпопноє >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 перетинки. Є класичні методики хірургічного видалення аденоїдів: з використанням прямого аденотома Бекмана, прямого аденотома Бекмана з корзинкою, зігнутого аденотома Негус та аденотома Ля Форс.

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, призначають консервативне медикаментозне лікування. За тактикою лікування усіх дітей із проблемами аденоїдів можна розподілити на 3 групи (табл. 2). Такий розподіл може не залежати від ступеня гіпертрофії мигдалика [4].



Ф.Б. Юрочко



Д.Б. 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	Загальнозміцнювальні заходи (загартування, санаторно-курортне лікування) та спостереження
B	Діти, у яких немає показань до хірургічного лікування	Медикаментозне лікування, загальнозміцнювальні 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 Ектобріс.

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 (вірусів, бактерій, алергенів тощо) і менше реагують на запалення на них. Запалення менш виражене і триває менше. Цим також можна пояснити необхідність застосування засобу Ектобріс при загостренні аденоїдиту.

Розчин для інгаляцій Ектобріс містить природну молекулу ектоїну, яка є продуктом життєдіяльності мікроорганізмів екстремофілів. Ектоїн захищає клітинну мембрану слизової оболонки дихальних шляхів. Основні переваги цього медичного засобу: мембрана клітини не ушкоджується, не вивільняються медіатори запалення, внаслідок чого запалення припиняється або зменшується. Головними ефектами застосування засобу Ектобріс є протизапальний, протиалергічний, мембраностабілізуючий, цитопротекторний, регенеруючий, а також захисний. Введення можна проводити через процедуру брізерування, шляхом застосування спеціального пристрою — 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. Він компактний та портативний — має невеликі розміри, автономний — працює від різних джерел живлення: батарейок або USB-порту.

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

Розчин для інгаляцій Ектобріс — це перший в Україні оригінальний інгаляційний ектоїн, що усуває запалення, створюючи ектоїновий гідроксидний комплекс, 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.





Система Брізер – готове рішення для брізерування!

Брізерування – це інноваційна процедура, яка реалізується за рахунок дихання – найбільш фізіологічного способу доставки ліків у верхні дихальні шляхи (ВДШ).

Рівномірно розподіляє лікувальну речовину на слизовій оболонці ВДШ

Збільшує площу взаємодії

Підвищує ефективність лікування захворювань ВДШ

Система Брізер складається з сучасного портативного інгаляційного пристрою – **Брізер Айрокс** і двох засобів для брізерування – **Брізер Бар'єр** та **Брізер Тріт**



Брізер Айрокс

спеціалізований пристрій, який генерує аерозоль з розміром часток 5 мкм, саме тому процес **брізерування** спрямований на верхні дихальні шляхи і є безпечним та зручним, як для дорослих, так і для дітей

Брізер Бар'єр забезпечить:

- Профілактику виникнення алергічного риніту;
- Гігієнічний догляд за слизовими верхніх дихальних шляхів.



Брізер Тріт забезпечить:

- Лікування гострих і хронічних захворювань носоглотки і носових пазух;
- Полегшення дихання при цілорічному або сезонному алергічному риніті.



Стисла інструкція до медичного застосування Breather

Breather Barrier (Брізер Бар'єр) Склад: 1 ml (мл) розчину містить: натрію хлорид – 9,0 mg (мг). Показання до застосування: для гігієнічного догляду, зволоження та очищення слизової оболонки верхніх дихальних шляхів в приміщеннях з сухим повітрям, зумовленим роботою кондиціонерів (в тому числі автомобільних), обігрівачів, радіаторів центрального опалення, під час повітряних перельотів, від алергенів в період цвітіння рослин, пилу, наявного в умовах забрудненого повітря. Для використання у хворих з захворюваннями слизової оболонки носа та придаткових пазух, що супроводжуються сухістю слизової оболонки або утворенням слизу (атрофічний, алергічний, інфекційний, медикаментозний риніти). Як допоміжний засіб при застосуванні локальних судинозвужувальних засобів. Після операційних втручань у порожнину носа та носових пазухах. Також можна використовувати для розведення інгаляційних лікарських засобів згідно з інструкцією виробника. Протипоказання: підвищена індивідуальна чутливість до будь-якого з компонентів медичного виробу.

Breather Treat (Брізер Тріт) Склад: 1 ml (мл) розчину містить: натрію хлорид – 30,0 mg (мг). Показання: гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, ларингіти, трахеїти, бронхіти, бронхіоліти, муковісцидоз, бронхоектатична хвороба та хронічні обструктивні захворювання легень. Також застосовується при гострих та хронічних захворюваннях носоглотки, носової порожнини та пазух, гіпертрофії аденоїдів у дітей, цілорічному та сезонному алергічному риніті. Протипоказання: підвищена індивідуальна чутливість до будь-якого з компонентів медичного виробу.

