

УДК 616.323-007.61-053-08

*С.Б. БЕЗШАПОЧНЫЙ, В.В. КИЩУК, В.В. ЛОБУРЕЦ,
Ю.А. МОЛОЧЕК, А.П. САМСОНОВ*

МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ПРИ АДЕНОИДИТАХ

Киев, Винница, Полтава

Среди заболеваний ЛОР-органов у детей дошкольного и младшего школьного возраста наиболее часто встречаются гипертрофия глоточной миндалины и хронический аденоидит, причем наблюдается стойкая тенденция к росту частоты их возникновения. Аденоидит – это воспаление глоточной миндалины, которое может быть острым и хроническим. Аденоидит может протекать как на фоне разрастания аденоидной ткани (аденоидов) т.е. гипертрофии глоточной миндалины, так и при отсутствии её гипертрофии. Термины «аденоиды» и «аденоидит» могут дополнять друг друга, т. е. указывать, сопутствует аденоидным вегетациям воспалительный процесс или нет [5, 14, 22].

Этиологическими факторами развития гипертрофии глоточной миндалины и аденоидита являются рецидивирующие вирусные и бактериальные инфекции, аллергические заболевания, сопутствующая патология иммунной, нервно-эндокринной систем, нарушения обмена веществ [2, 3, 17].

Основным признаком наличия аденоидов является затруднение носового дыхания, сон с открытым ртом, общие и местные проявления воспаления. Степень нарушения носового дыхания зависит от величины, формы и строения аденоидов, отношения их объема к размеру полости носовой части глотки, а также сопутствующих воспалительных изменений [8-10, 20, 25].

Затруднение носового дыхания и ограничение подвижности мягкого нёба вследствие нарушения кровообращения в нем, а также изменения объема верхних резонаторов вызывают нарушение речевой

функции, называемое *rhinolalia clausa posterior*. При этом дети с трудом произносят носовые согласные звуки, речь у них становится приглушенной, отрывистой. Дети с аденоидами, дышащие ртом, находятся в состоянии постоянного кислородного голодания. Грудная клетка у них более узкая и уплощенная с боков, грудина выпячена вперед («куриная грудь») [4, 24].

Значительное затруднение носового дыхания приводит к дыханию ртом, недостаточному увлажнению, согреванию и очищению вдыхаемого воздуха, постоянному охлаждению полости рта, глотки и нижних дыхательных путей. Вдыхаемая ртом масса микроорганизмов и пылевых частиц оседает на слизистой оболочке гортани, трахеи, вызывая простудные заболевания, частые ангины, фарингиты, заболевания бронхов и легочной ткани.

Аденоидные вегетации во время сна могут увеличиваться из-за венозного стаза и приводить к выраженному нарушению дыхательной функции вплоть до остановки дыхания вследствие интермиттирующей обструкции верхних дыхательных путей, т. е. к синдрому обструктивного апноэ во сне. Поэтому дети с аденоидами часто спят беспокойно, с открытым ртом, нередко храпят, из открытого рта вытекает слюна. Часто у них при аденоидах и аденоидите отмечается затекание слизи из носовой части глотки в ротовую и гортанную части глотки, что приводит к упорному кашлю. Воспалительный процесс нередко распространяется и в полость носа, формируя ринит, синусит с обильным отделяемым из полости носа, раздражающим кожу преддверия носа и

верхней губы, которая становится гиперемированной, утолщенной, покрывается трещинами [16, 18, 19].

Часто эти патологические состояния протекают параллельно с рецидивирующими и хроническими воспалительными заболеваниями бронхолегочной системы, поэтому такие пациенты одновременно находятся в поле зрения отоларинголога, пульмонолога или педиатра. При наличии аденоидных вегетаций возникает порочный круг: аденоиды вызывают затруднение носового дыхания, что препятствует излечению ринита, а последний способствует усилению застойных явлений в полости носа и носовой части глотки, а также дальнейшему увеличению аденоидных разращений. В случае первичного острого гнойного синусита патологический секрет транспортируется из околоносовых пазух непосредственно на глоточную миндалину, которая, в свою очередь, отвечает на эту агрессию адекватным воспалением. В итоге синусит приводит к развитию сначала острого, а затем хронического аденоидита. Глоточная миндалина гипертрофируется, блокируя тем самым носовую часть глотки и полость носа. Ухудшение носового дыхания вызывает снижение аэрации околоносовых пазух и, как следствие, отягощение течения синусита. Затрудненное носовое дыхание при аденоидите ведет также к венозному застою в мозговых оболочках, нарушению памяти и снижению интеллекта [6, 10, 16, 18, 23].

Диагностика аденоидных разращений и аденоидита, особенно у детей младших возрастных групп, часто бывает весьма затруднительной. Это связано, прежде всего, с особенностями строения носовой части глотки. У детей она сравнительно узкая, удлиненная, отмечается высокое стояние мягкого нёба. Выраженный глоточный рефлекс и беспокойное поведение ребенка нередко делают невозможным выполнение задней риноскопии даже у детей старшего возраста.

Пальцевое исследование носовой части глотки чаще всего не дает полной информации об аденоидных вегетациях, их величине, форме, отношении к стенкам носовой части глотки и хоанам и требует определенного опыта. Это объясняется тем, что на введение пальца врача в носовую

часть глотки констрикторы глотки отвечают сокращением, глотка сжимается и размеры ее уменьшаются. Помимо этого, пальцевое исследование негативно воспринимается как ребенком, так и его родителями, прежде всего, по психологическим причинам, а также из-за возможности механической травмы, которая может привести к провокации инфекции.

В настоящее время в связи с широким внедрением в практику современной оптической аппаратуры наиболее рациональным методом диагностики аденоидных вегетаций и аденоидита становится эндоскопический [1, 2, 12, 13, 16, 18, 26, 28].

По величине аденоиды подразделяются на три степени:

I степень — аденоиды малого размера, прикрывают верхнюю треть просвета хоан;

II степень — аденоиды среднего размера, закрывают две трети сошника;

III степень — аденоиды большого размера, прикрывают весь или почти весь просвет хоан.

Размеры аденоидов не всегда соответствуют вызванным ими патологическим изменениям в организме. Иногда аденоиды I–II степени сопровождаются резким затруднением дыхания через нос, снижением слуха, ночным храпом и другими патологическими изменениями. Аденоиды следует дифференцировать от юношеской фибромы носовой части глотки и других опухолей этой локализации, искривлений носовой перегородки, гипертрофического ринита, полипов и новообразований полости носа.

Существуют консервативные и хирургические методы лечения лиц с патологией глоточной миндалины. Лечение при аденоидных вегетациях, как правило, хирургическое — аденотомия. Показаниями к операции служат не столько величина аденоидов, сколько возникшие расстройства в организме.

Аденотомия — удаление гипертрофированной глоточной миндалины впервые провел В. Мейер в 1868 г. в Копенгагене по собственной методике и с использованием сконструированных им самим инструментов. Эта операция не только стала самым распространенным хирургическим вмешательством у детей, но и может считаться самым успешным хирургическим методом

лечения вообще. При помощи аденотомии (если она выполнена своевременно, по показаниям и правильно) можно оказать влияние на работу органов дыхания и слуха, физическое и умственное развитие ребенка, а также определить его дальнейший жизненный путь. С тех пор многие поколения врачей во всем мире производят большое количество аденотомий.

В связи с важной ролью лимфоидной ткани глотки в формировании иммунологической защиты организма показания к хирургическому вмешательству при заболеваниях нёбных и глоточной миндалин сегодня значительно сужены, приоритет при этом отдается консервативной терапии.

Если вопросу роли нёбных миндалин в иммунном ответе посвящено много работ как отечественных, так и зарубежных исследователей, то о значении ГМ сведений недостаточно. К тому же и консервативное лечение при воспалении ГМ, в том числе и аллергическом, разработано не до конца.

Одной из важнейших функций ГМ является формирование IgA-продуцирующих иммунцитов для обеспечения гуморального иммунитета слизистой оболочки верхних дыхательных путей. По мнению многих исследователей (В.В. Кишук, 1996; Г.Д. Тарасова, М.А. Мокроносова, 1999; Д.И. Заболотный и соавт., 2001), проведение аденотомии при гипертрофии ГМ по клиническим показаниям (нарушение дыхания, заболевания среднего уха, появление храпа и др.) нарушает структурно-функциональные взаимоотношения, приводит к иммунной недостаточности слизистой оболочки не только локального участка носа и глотки, но и организма в целом. Это может способствовать повышению частоты возникновения острых респираторных инфекционных заболеваний или стать пусковым моментом развития хронического воспаления в носу и ОНП.

Клинически очень трудно отличить бактериальную природу аденоидита от аллергического воспаления. Ведь АР у детей проявляется симптомами раздражения слизистой оболочки полости носа: зудом, чиханьем, слизистым отделяемым из полости носа, стеканием слизи в носовую часть

глотки, симптомом ночного кашля и, как следствие, затруднением носового дыхания. Прогрессирующее снижение слуха из-за рецидивирующего острого или экссудативного отита у ребенка также должно настоятельно врача относительно возможного наличия АР. Для ребенка, страдающего АР, характерно бледное лицо с отеками, темные круги под глазами, полуоткрытый рот, сухие потрескавшиеся губы, воспаленные веки, покраснение и мацерация кожи кончика носа и над верхней губой. Описанная симптоматика может отражаться на качестве жизни ребенка: 11-25% детей, больных АР, отмечают снижение трудоспособности, успеваемости и концентрации внимания, часть детей по этим причинам вынуждена пропускать занятия в школе. Покашливание, чиханье, постоянное «шмыгание» носом могут вызывать насмешки окружающих, стать причиной изоляции ребенка в школьном или дошкольном коллективе [15, 16, 21].

Достаточно частым является рецидивирование аденоидных вегетаций. Также родители не всегда соглашаются на хирургическое вмешательство.

Поэтому отоларингологи совместно с педиатрами изыскивают новые пути решения этой проблемы, включая в схемы лечения новые препараты и их комбинации. Лечение должно быть безопасным для ребенка, снимать воспалительный процесс в носовой части глотки, уменьшать гипертрофию лимфоидной ткани.

В связи с этим возникает вопрос о возможности адекватного консервативного лечения пациентов с аденоидитами.

Наше внимание привлекли натуральные (гомеопатические) препараты, которые в медицинской практике используются очень давно и в настоящее время имеют большую популярность. Они нормализуют нейроэндокринные нарушения и иммунологический дисбаланс на уровне всего организма, вследствие чего уменьшаются локальные симптомы патологического процесса. Так как данные препараты изготавливаются из натурального сырья, они имеют минимальные противопоказания и побочное действие, используются в любом возрасте, начиная с периода новорожденности, дают

возможность частого применения без опасения формирования привыкания и резистентности; благодаря отсутствию медикаментозной сенсбилизации организма они могут назначаться вместе с традиционными фармакологическими препаратами.

Мы остановились на препаратах «Циннабсин» и «Тонзилотрен» «Немецкого Гомеопатического Союза», местом приложения которых являются ЛОР-органы, в частности носовая часть глотки.

Компоненты циннабсина положительно влияют на симптомы, сопутствующие аденоидным вегетациям:

- уменьшают отечность слизистой оболочки полости носа и количество отделяемого, тем самым облегчая носовое дыхание [1, 27];

- ослабляют ощущение давления в области переносицы и головные боли [1, 2];

- нормализуют работу мукоцилиарного клиренса.

При длительном применении все компоненты препарата способствуют ликвидации возникших нарушений и нормализации защитных свойств лимфоидной ткани, слизистой оболочки полости носа.

Компоненты тонзиллотрена обладают:

- системным противовоспалительным воздействием;

- иммуномодулирующим влиянием [7];

- репаративным свойством (используются при хроническом тонзиллите, состояниях после тонзиллэктомий);

- восстанавливают структуру и функцию миндалин;

- анальгетическим действием (острые тонзиллиты);

- положительно влияют на симптомы, сопутствующие аденоидным вегетациям.

Материалы и методы

В течение 2 мес под нашим наблюдением находилось 360 детей в возрасте от 3 до 12 лет с диагнозом: аденоидит.

Исследовательские базы: три исследовательских центра (ЛОР-отд. ОХМАТДЕТ г. Киев, ЛОР-отд. областной больницы г.Полтава и г.Винница).

Дети предъявляли жалобы на затрудненное носовое дыхание, отделяемое из полости носа, кашель и покашливание, реци-

дивирующие отиты, слабость, быструю утомляемость. От проведения хирургического вмешательства родители категорически отказывались.

Учитывалась динамика симптомов (согласно оценке каждого из них в баллах):

1. Общие симптомы: субфебрилитет, потеря аппетита, утомляемость.

2. Типичные для аденоидита симптомы: отек слизистой оболочки полости носа, кашель и покашливание, храп во время сна, затруднение носового дыхания, отиты.

Проводилось физикальное обследование: общее состояние, отоларингологический осмотр (степень увеличения аденоидных вегетаций и их воспаление), эндоскопическое исследование полости носа, состояние регионарных лимфатических узлов, другие отклонения от нормы.

Все больные получали традиционную противовоспалительную терапию: сосудосуживающие капли (первые три дня), ингаляции противоотечной смеси.

В зависимости от курса медикаментозной терапии пациенты были подразделены на 4 группы:

- 1-я – курс тонзиллотрена + базовая терапия (90 человек);

- 2-я – курс циннабсина + базовая терапия (90 человек);

- 3-я – курс тонзиллотрен+циннабсин + базовая терапия (90 человек);

- 4-я – курс базовой терапии (90 человек).

Циннабсин и тонзиллотрен применялись по 1 таблетке 8 раз в день сублингвально в течение 2-3 дней, затем по 1 таблетке 3 раза в день до 1 мес. В группе, где назначался тонзиллотрен и циннабсин, интервал между приёмом препаратов составил 1 час.

Контроль проводился на момент начала исследования, через 2 нед после этого и через 1 мес после начала терапии. Критерием эффективности терапии являлась оценка общих и местных симптомов по балльной шкале: от 0 до 4 баллов.

Степень переносимости препарата оценивалась на основании субъективных ощущений и объективных данных, полученных нами в процессе лечения, по следующей шкале: очень хорошо, хорошо,

удовлетворительно, плохо, очень плохо. При оценке учитывалась динамика жалоб, эффективность назначенной терапии (рис. 1, рис. 2).

На 30-й день исследования сумма баллов при оценке симптомов хронического аденоидита достоверно снизилась в группе принимающих тонзиллотрен на 76,7%, в группе пользующихся циннабсином – на 74%, в группе применяющих циннабсин и тонзиллотрен – на 90,8%, в контроле – 35,5% (рис.1).

На 30-й день исследования сумма баллов эндоскопических признаков у больных аденоидитом достоверно уменьшилась в группе принимающих тонзиллотрен на 74,28%, у использующих циннабсин – на 70,5%, у применяющих циннабсин и тонзиллотрен – на 86,33%, в контроле – 17,39% (рис. 2).

На 30-й день исследования размеры аденоидных вегетаций у детей с аденоидитом при эндоскопическом осмотре достоверно сократились в 1, 2, 3-й группах по сравнению с контрольной группой (рис. 3 а, б, с, d). Более выраженная динамика отмечена в 3-й группе пациентов (тонзиллотрен+циннабсин).

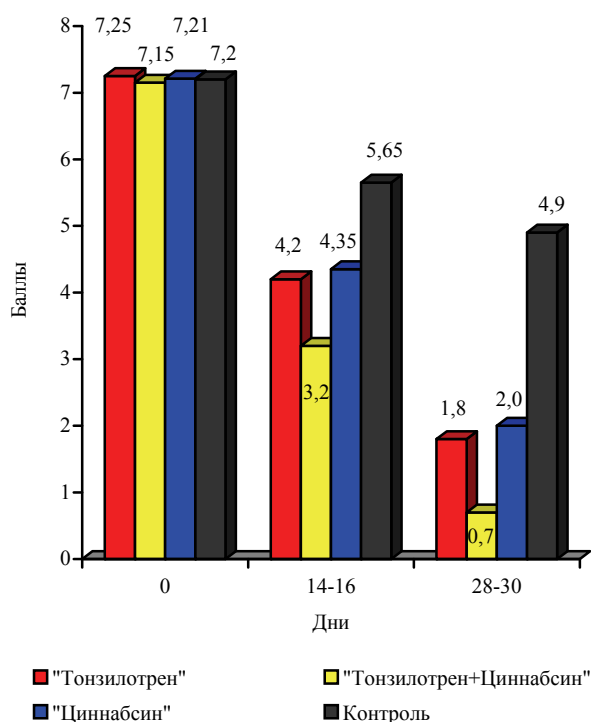


Рис. 1. Динамика симптомов хронического аденоидита на фоне терапии

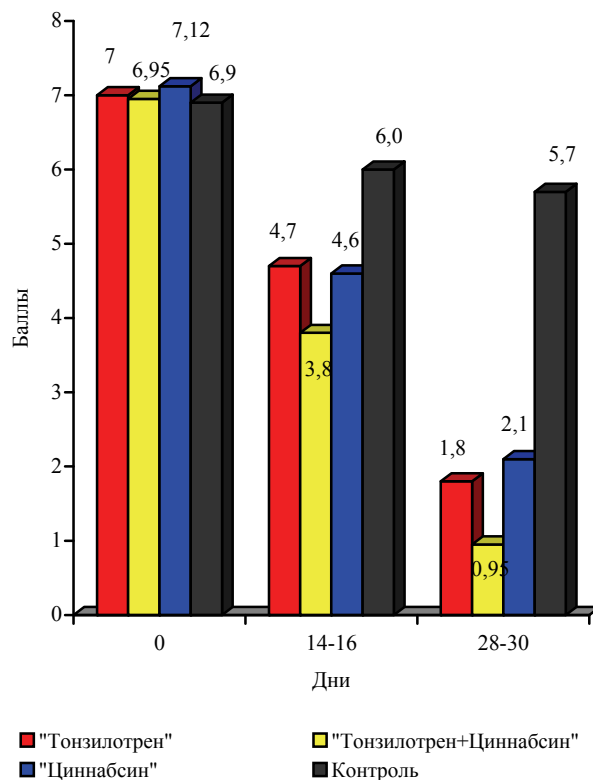


Рис. 2. Динамика эндоскопических признаков у больных аденоидитом на фоне медикаментозной терапии (отек слизистой оболочки, размер глоточной миндалины, взаимоотношение с хоанами и отверстиями слуховых труб)

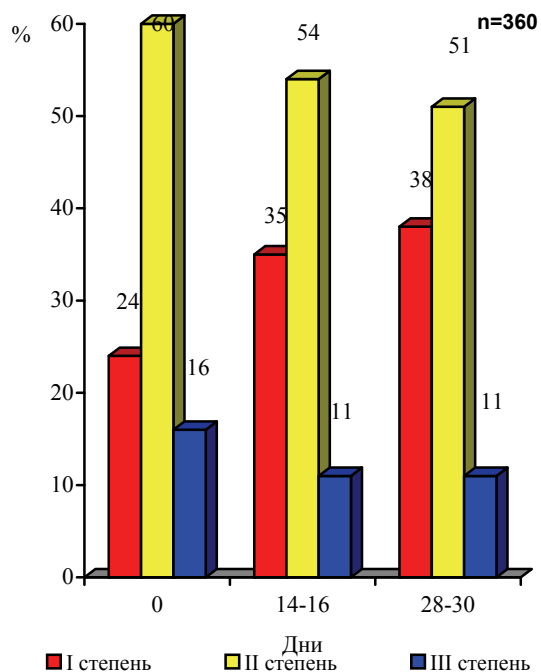


Рис. 3а. Распределение детей с аденоидитом по степени аденоидных вегетаций по данным эндоскопического осмотра (группа, принимавшая базисную терапию с использованием препарата «Тонзиллотрен»)

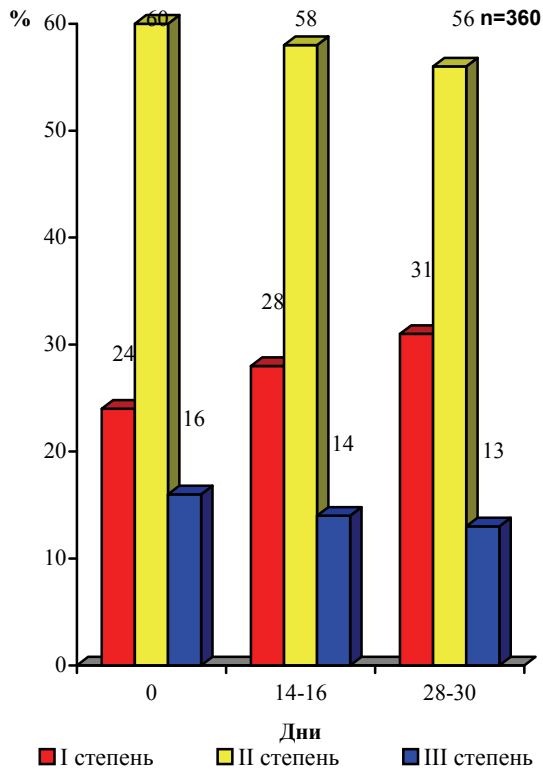


Рис. 3б. Распределение пациентов с аденоидитом по степени аденоидных вегетаций по данным эндоскопического осмотра (группа, принимавшая базисную терапию с применением препарата «Циннабсин»)

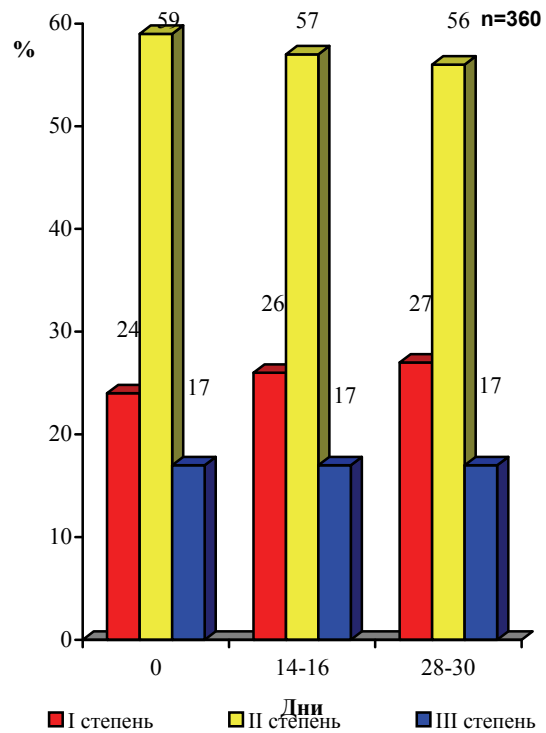


Рис. 3д. Распределение пациентов с аденоидитом по степени аденоидных вегетаций по данным эндоскопического осмотра (группа контроля)

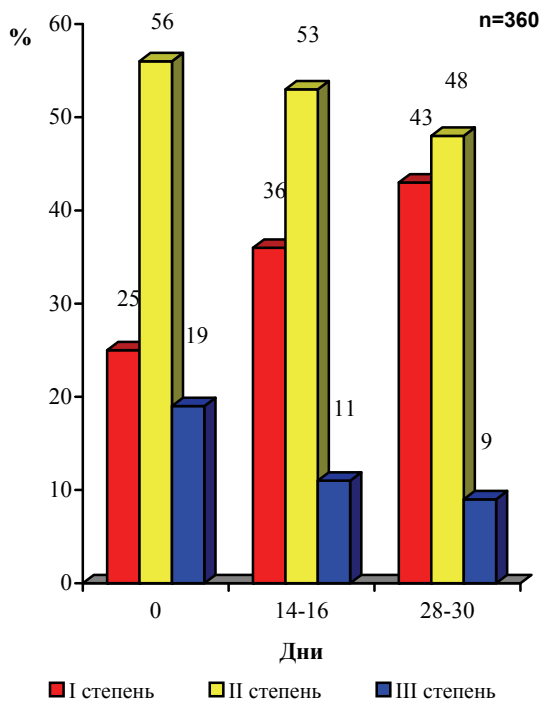


Рис. 3с. Распределение пациентов с аденоидитом по степени аденоидных вегетаций по данным эндоскопического осмотра (группа, принимавшая базисную терапию с использованием препаратов «Циннабсин» + «Тонзилотрен»)

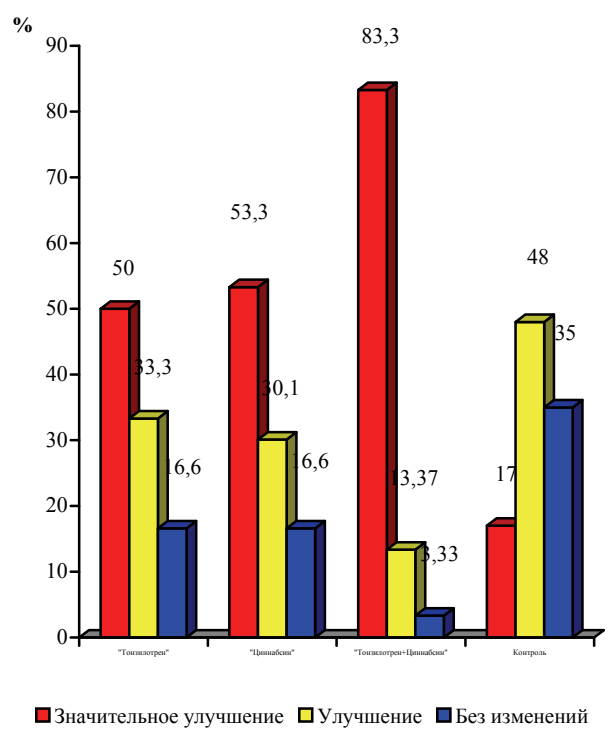


Рис. 4. Оценка эффективности терапии (мнение пациента или его родителей)

По результатам лечения наилучший клинический эффект был отмечен в группе детей, которым была назначена комбинация препаратов «Тонзилотрен»+«Циннабсин» (в 83,3% случаев) (рис. 4). В группах с использованием тонзиллотрена и циннабсина значительное улучшение определялось у 50% и 53,3%, соответственно. В группе контроля выраженное улучшение отмечено только в 17% случаев. Все пациенты отметили хорошую переносимость терапии препаратами «Тонзилотрен» и «Циннабсин».

На протяжении всего периода клинического наблюдения в 3-й группе наблюдалась положительная динамика: восстановление носового дыхания, устранение воспалительного процесса, улучшение аппетита, общего самочувствия.

В результате проведенных клинических исследований можно сделать вывод о высокой эффективности применения комбинации препаратов «Тонзилотрен» и «Циннабсин» «Немецкого Гомеопатического Союза» при аденоидитах у детей, о чем свидетельствует уменьшение симптомов заболевания. Использование комбинации «Тонзилотрен» и «Циннабсин» хорошо переносится этими пациентами, побочных эффектов не зарегистрировано. Следовательно, назначение при комплексной терапии больных аденоидитом натуральных препаратов «Тонзилотрен» и «Циннабсин» позволяет уменьшить клинические проявления заболевания и в ряде случаев обойтись без хирургического вмешательства.

1. Безшапочний С.Б., Лобурець В.В. // Клінічний досвід використання препарату «Циннабсин» у лікуванні синуситів // Ринологія. – 2003. – №4. – С. 157-158.
2. Безшапочний С.Б., Соннік Н.Б., Лобурець В.В., Вахніна А.П. Оптимальний підхід та фармакотерапія тривалих аденоїдитів у дітей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №3-с. – С. 14-15.
3. Борзов Е.В. Эндогенная интоксикация у детей с аденоидами // Рос. ринология. – 2001. – №2. – С. 178.
4. Борзов Е.В. Особенности функционального состояния центральной нервной системы у детей с патологией глоточной миндалины // Вестн. оториноларингологии. – 2002. – №2. – С. 28-30.
5. Борзов Е.В. Распространенность патологии лор-органов у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №1 (29). – С. 3-8.
6. Будяков С.В. Комплексное лечение экссудативного среднего отита при патологии носа, околоносовых пазух и носоглотки // Рос. ринология. – 2003. – №1. – С. 33-35.
7. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф., Верес В.Н., Рыльская О.Г. Иммунореабилитация после тонзилэктомии // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №5д. – С. 73-74.
8. Козлов В.С. Роль местной терапии в лечении хронического аденоидита // РМЖ. – 2003. – Т. 10, №20. – С. 910-914.
9. Лайко А.А., Заболотный Д.И., Косаковський А.Л., Ткаліна А.В., Лайко В.А., Шух Л.А. // Аденоїдні вегетації та аденоїдити. – Київ: Логос, 2006.
10. Лайко А.А., Заболотный Д.И., Лайко В.А. Рецидивующий средний отит. – К.: Логос, 2001. – 152 с.
11. Лайко А.А., Заболотный Д.И., Синяченко В.В. Объем і методи обстеження об'єктивного статусу дітей з ЛОР-патологією. – К.: Логос, 2000. – 137 с.
12. Лопатин А.С. Эффективность «Назонекса» в лечении аллергического ринита и хронического полипозного риносинусита // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – №4. – С. 60-63.
13. Мельников М.Н., Соколов А.С. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия // Рос. ринология. – 2000. – №1. – С. 3-8.
14. Пронина Ю.В., Вахрушев С.Г., Буренков Г.И., Зырянов М.М. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей // Рос. ринология. – 2003. – №3. – С. 56.
15. Протасевич Г.С., Сивчук Г.Г., Гаверда И.А. Осложнения аденотомий у детей // Вестн. оториноларингологии. – 1989. – №5. – С. 75-79.
16. Пухлик С.М., Нейверт Э.Г. Новый подход к лечению детей с гипертрофией глоточной миндалины // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – №2. – С. 37.
17. Пухлик С.М., Нейверт Э.Г. Аденоиды, аденоидит и аллергический ринит // Клиническая им-

- мунология. Аллергология. Инфектология. – 2008. – №5/2. – С. 16-20.
18. Тарасова Г.Д., Мокроносова М.А. Клинико-лабораторные показания к аденоотомии // Рос. ринология. – 1999. – №1. – С. 92.
 19. Шелудченко Т.П., Лопатин А.С., Барков А.М., Нефедов В.С. Синдром обструктивного апноэ сна: хирургическая коррекция и её результаты // Рос. ринология. – 2002. – №2. – С. 42-45.
 20. Шустова Т.И., Самоткин М.Б. Адренергическая иннервация носовых полипов и глоточной миндалины у детей // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – №3. – С. 36-39.
 21. Яшан О.І. та співавт. Лікування хронічного гнійного верхньощелепного синуситу, поєднаного з аденоїдними вегетаціями // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №3. – С. 179.
 22. Cohen D., Shechter Y., Slatkine M., Gatt N., Perez R. Laser myringotomy in different age groups // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2001. Mar. - №127(3). – P. 260-264.
 23. David H. Darrow, Christopher Siemens. Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy // The Laryngoscope. – 2002. - №112. - P. 6-10.
 24. Komorowska A. et al. Cytokines locally produced by lymphocytes removed from the hypertrophic nasopharyngeal and palatine tonsils // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2005. – Vol. 69 (7). – P. 937-941.
 25. Mustafa D.Y., Sefik A.H., Havva O., Nurten Y., Sefa K. The Effects of Tonsillectomy and Adenoidectomy on Serum IGF-I and IGFBP3 Levels in Children // The Laryngoscope. – 2002; 112:922-925.
 26. Passali D. et al. Structural and Immunological Characteristics of Chronically Inflamed Adenotonsillar Tissue in Childhood // Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology. – 2004. – Vol. 11, N 6. – P. 1154-1157.
 27. Stewart M.G., Friedman E.M., Sulek M., Hulka G.F., Kuppersmith R.B., Harrill W.C., Bautista M.H. Quality of life and health status in pediatric tonsil and adenoid disease // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2000. – Jan. – 126:45-8.
 28. Van den Akker E. et al. Large international differences in (adeno) tonsillectomy rates // Clin. Otolaryngol. – 2004. – Vol. 29. – P. 161-164.

Поступила в редакцию 14.10.09.

© С.Б. Безшапочный, В.В. Кищук, В.В. Лобурец, Ю.А. Молочек, А.П. Самсонов, 2009