

**АДЕНОИДНЫЕ ВЕГЕТАЦИИ. ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ**

*Отдел ЛОР-патологии детского возраста (зав. – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Г.Э. Тимен) ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» (дир. – акад. НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

Заболевание глоточной миндалины – аденоиды (от лат. aden – железа, eidos – вид: выглядят, как железа), или их синонимы: аденоидные вегетации, аденоидные разращения – одно из наиболее часто встречающихся в детском возрасте. Конечно, удобнее пользоваться одним словом, чем словосочетанием, поэтому чаще всего для диагноза используют термин «аденоиды». Принято считать, что под этим названием подразумевается гипертрофия третьей (глоточной) миндалины (tonsilla pharyngea), или, по фамилии автора, внесшего значительный вклад в ее изучение, миндалины Лущка (H. Lushk). Впервые аденоиды обнаружил Чермак (J.N. Czermak) – изобретатель зеркала для задней риноскопии (эпифарингоскопии) в 1860 г., а подробно клинически описал в 1873 г. Н.В. Мейер (цит. по А.Г. Лихачеву) [6, 7]. Между прочим, еще Н.И. Пирогов писал, что на своде носовой части глотки имеются «скопления слизистых фолликулов». А если нет гипертрофии (и как ее визуально определить?), то это уже не заболевание «аденоиды», а просто глоточная миндалина!? Ведь патогистологи обычно, описывая последнюю, сообщают, что ее толщина, в среднем, составляет 5-7 мм, ширина – 20 мм и длина 25 мм. При этом имеются в виду дети, т.к. у взрослых она встречается редко и размеры у них другие. Если эти цифры принять за норму, то тогда возникает вопрос, что такое гипертрофия глоточной миндалины у детей, особенно в возрастном аспекте: от нескольких месяцев до момента полового созревания, когда глоточная миндалина начинает уменьшаться, (атрофироваться? резорбироваться?) в объеме? Приведенные патогисто-

логами данные могут соответствовать I-III степени аденоидных вегетаций (по общепринятому соотношению их «длины» к заднему краю сошника, разделенного на 3 части). Но приведенные цифры характеризуют размеры нормальной (не гипертрофированной!) глоточной миндалины. При этом (для многих, слава Богу, не для всех) радикальный способ лечения – известная аденотомия, производимая аденотомами, шейверами (дибрайдерами), низкой (жидким азотом) или высокой температурой (каутерами), диатермокоагуляторами, коаблаторами, плазменными ножами, (даже «холодно-плазменными», лазерным излучением и многими другими известными и неизвестными мне инструментами. Во многом, поэтому операция «аденотомия» по своей частоте занимает первое место в мире, возможно, уступая только обрезанию (обязательному в ряде религий). Как же остановить лавину этих, иногда совершенно ненужных и непоказанных операций?! Попробуем разобратся.

Большинство отоларингологов справедливо считает, что аденоиды I-III степени (некоторые из них выделяют и IV, что, по нашему мнению, не оправдано архитектурной и не пользуется признанием в мире) – это гипертрофия глоточной миндалины. Однако значительная часть ЛОР-врачей при этом пишет о ее воспалении (не в случаях аденоидита, о котором следует говорить отдельно, а как о сопутствующем гипертрофии процессе), которое само по себе может явиться показанием к аденотомии. Однако гипертрофия (увеличение в объеме клетки) так же, как и гиперплазия (увеличение количества клеток), возможна как след-

ствие воспалительных заболеваний, но ни в коей мере не может быть их источником. Я специально не привожу список авторов (поверьте, он очень обширен), чтобы своим высказыванием не обидеть высококвалифицированных докторов, которые сведения об обязательном воспалении лимфоидной ткани носовой части глотки при ее гипертрофии (аденоидах) или, другими словами, сопутствующем гипертрофии воспалении, не достаточно анализируя, заимствуют друг у друга или у своих предшественников. Поэтому считаю, что глоточная миндалина, в том числе ее гипертрофия любой степени (интересно, что отсутствие лимфоидной ткани врожденное, не послеоперационное, на своде носовой части глотки должно рассцениваться как нулевая степень. Но как часто это встречается в природе? В литературе ответа мы не нашли), а также степень увеличения глоточной миндалины не является заболеванием до тех пор, пока не обнаруживаются патологические процессы, связанные с ней. Последние, с нашей точки зрения, и есть заболеванием, носящим название «аденоиды», а степень является характеристикой их величины (объема), не имеющей ничего общего с показанием для аденотомии. Более того, связанное только со степенью удаление аденоидных разрастаний, а следовательно, уничтожение части, общей для организма, иммунологической системы, по нашему мнению, является недопустимой ятрогенной ошибкой. К этому следует добавить, что в народе бытует мнение о возможном негативном влиянии удаления аденоидов на половую функцию, особенно мальчиков (серьезных исследований на эту тему в литературе мы не нашли). Но даже в плохой шутке может быть небольшая доля правды, и что тогда?!

Не вызывает сомнений лишь один факт – лимфоидная ткань на своде носовой части глотки физиологически является частью общей лимфатической системы организма, которой, как известно, отдается главенствующая роль в иммуногенезе. Эта ткань, где бы она ни была, в том числе, конечно, и в любом из трех отделов глотки, представляет собой морфофункциональный комплекс лимфоцитов и макрофагов в клеточно-волоконистой соединительной основе,

что в комплексе представляет собой функционирующую паренхиму лимфоидных органов, обеспечивающих иммуногенез. К ним относится вилочковая железа, селезенка, небные и глоточная миндалины, иногда небольшие скопления этой ткани на надгортаннике и в межчерпаловидном пространстве, лимфоузлы, распространение лимфоидной ткани в различных частях организма и, в первую очередь, желудочно-кишечном тракте, также элементы этой ткани в костном мозге и т.д.

Итак, глоточная миндалина, как и все лимфоидные новообразования, насыщена клетками. Среди них имеются постоянные и непрерывно мигрирующие клеточные элементы, основными из которых являются лимфоциты, макрофаги, фибробласты, плазматические, эндотелиальные и ретикулярные клетки, а также их производные. Они входят в лимфатическую систему и систему макрофагов, локализирующуюся в фиброретикулярной ткани (т.н. макрофагально-фагоцитарную систему, а R. Van Furth и соавторы предложили называть ее лимфоретикулогистиоцитарной системой). К этому следует добавить колоссальную роль именно глоточной миндалины в выработке необходимых для защиты иммуноглобулинов, из которых достаточно сослаться на димерную (секреторную) форму иммуноглобулина А, который идентифицирует антигены, в первую очередь болезнетворные, захватывает их и нейтрализует.

Теперь становится ясно, что возникающая зачастую после удаления аденоидов в детском возрасте локальная недостаточность иммунитета (иммунодефицит) способствует резкому увеличению количества простудных заболеваний верхних дыхательных путей [12, 13].

О.Ф. Мельников, В.Н. Писанко и соавторы (2014), сообщают о том, что наличие гипертрофии глоточной миндалины в условиях острого воспаления респираторного тракта способствует удержанию показателей местного иммунитета на высоком уровне. Более того, у детей с удаленными аденоидами, страдающими ОРВИ, показатели врожденного иммунитета и уровень секреторного иммуноглобулина А были значительно снижены ( $p < 0,02$ ) в сравнении с

группами пациентов, болеющих ОРВИ с гипертрофией глоточной миндалины, или при гипертрофии глоточной миндалины и пациентов контрольной группы. Концентрация интерлейкина в ротоглоточном секрете в группе с ОРЗ, как при гипертрофии глоточной миндалины, так и без, – были достоверно более высокими (почти в 2,5 раза больше), чем у детей контрольной группы. Авторы заключают, что гипертрофия глоточной миндалины, даже, в условиях острого воспаления способствует удержанию показателей локального иммунитета на более высоком уровне, что может явиться обоснованием необходимости консервативного лечения аденоидов, даже, в группе больных с частыми острыми респираторными заболеваниями.

Д.Д. Заболотная и соавторы (2013) пишут, что после аденотомии и при аденоидите наблюдается наибольшее снижение факторов иммунологической защиты (Ig A, интерферон, лактоферин) по сравнению с нормой, что требует послеоперационной иммунной реабилитации [4]. Исследователи полагают, что удаление части лимфоидной ткани из системы иммунологических взаимоотношений отрицательно сказывается на состоянии не только докального, ни системного иммунитета. На этот факт обращают внимание в своей монографии В.П. Быкова [1], В.С. Козлов, В.В. Шиленкова, В.А. Карпов [5], Brandzaeg [12, 13]. Для нейтрализации негативного влияния аденотомии ряд докторов прибегает к частичному удалению гипертрофированной глоточной миндалины [2, 3, 11-15, 17], хотя и этот способ хирургического вмешательства, практически, в той же степени негативно сказывается на показателях локального и системного иммунитета. Список исследователей, обнаруживших «полезность» гипертрофии глоточной миндалины, можно значительно продлить, но для иллюстрации (констатации) самого факта считаем возможным ограничиться приведенными.

Исследования О.Ф. Мельникова (2005), В.П. Быковой (2000) [1] свидетельствуют о том, что гипертрофия лимфоидной ткани глоточной миндалины составляет 62% среди всех заболеваний ЛОР органов, причем, по Т.И. Гаращенко и М.Р. Бого-

мельскому (2004), 76,9 % этих пациентов отправляются на аденотомию. Н.Б. Сонник, О.Г. Подовжний, А.В. Лобурец (2014) сообщают о 50% гипертрофий глоточной миндалины среди всех ЛОР-заболеваний у детей в возрасте от 1 года до 7 лет. Распространенность хронического тонзиллита и аденоидов в Украине в 2012 г. составила 47,28 (абсолютное число – 382106), заболеваемость – 15,86 (абсолютное число – 128137). В 2010 г. сделано 38258 операций, в 2011 г. – 46557, в 2012 г. – 41967. Мы не располагаем современной статистикой распространенности и заболеваемости аденоидами в Евросоюзе, Америке, Азии и Австралии, но, судя по предыдущим годам, цифры там значительно выше.

Какова же причина аденоидных вегетаций? Абсолютное большинство исследователей [6-8, 10 и мн. другие] причиной заболевания считают часто рецидивирующие вирусные, бактериальные, грибковые заболевания верхних дыхательных путей, в том числе грипп и др. Авторы, подчеркивая, что в дошкольном возрасте на первом, по частоте, месте стоят простудные заболевания (ОРВИ), наблюдали, что чем чаще рецидивы, тем в более значительной степени увеличивается объем глоточной миндалины. Особенно этот факт нагляден в случаях угнетения иммунологической памяти о прошлом контакте с повторяющимся возбудителем. Некоторые из приведенных авторов видят одну из возможных причин гипертрофии глоточной миндалины в детских инфекционных заболеваниях, в частности, в кори, коклюше, скарлатине, дифтерии.

Я.С. Темкин, Д.М. Рутенберг (1949), С.И. Мостовой, Е.Д. Марченко (1970), А.Г. Лихачев и соавторы (1972), В.С. Козлов и соавторы (2010) к этиологическим факторам возникновения аденоидов или способствующим таковым относят бытовые условия, в частности сырые, темные, плохо проветриваемые помещения, недостаточную солнечную радиацию и питание без достаточного количества витаминов [5-8, 10]. Часть отоларингологов связывают увеличение количества наблюдений гипертрофии глоточной миндалины с аллергическими заболеваниями и даже с наследственными факторами.

Острые респираторные заболевания, по данным ВОЗ, в последнее десятилетие занимают первое место в заболеваемости детей, особенно, дошкольного возраста, когда, к слову сказать, делается наибольшее количество аденотомий. Для меня интересен факт: раз инфекционные заболевания верхних дыхательных путей и др. перечисленные факторы лежат в основе гипертрофии глоточной миндалины, то, по всей видимости, увеличение ее объема, как органа иммунитета, носит викарный характер и происходит для того, чтобы бороться с инфекцией ВДП. И тут в качестве «благодарности» миндалине Люшка мы отсылаем ребенка на ее удаление! Причем, чем она выросла больше, тем срочнее показания к аденотомии. Великолепная логика!

Об увеличении объема глоточной миндалины, связанном с локальным иммунодефицитом, пишут многие авторы. Иногда гипертрофированная глоточная миндалина достигает истинно «патологических» объемов и может врастать в хоаны и контактировать с сошником – спереди, доставать до глоточного бугорка – сзади, распространяться до глоточных отверстий слуховых труб и прикрывать глоточные карманы (розенмюллеровы ямки) – латерально. Естественно, это будет сказываться многообразием жалоб, в том числе на гнусавость, заложенность ушей, иногда до боли, особенно при изменении атмосферного давления, на понижение слуха и мн. др.

Наиболее частая жалоба при аденоидах – затруднение носового дыхания, посапывание, заложенность носа, сон с открытым ртом, «постоянно открытый рот» или «дыхание через рот». Иногда это бывает без явно выраженных признаков ринита, который сам по себе сопровождается такими же высказываниями родителей и их чад. Тем более, другая, не менее часто встречающаяся жалоба при гипертрофии глоточной миндалины – сопутствующие частые насморки, в том числе, затяжные, «непрекращающиеся», с серозным, слизистым, гнойным отделяемым. Понятно, что затруднение носового дыхания, тем более его отсутствие, чем бы оно не было вызвано, приводит к исключению нормальной аэрации слизистой оболочки полости носа и, в определен-

ной степени, мозга (см. ниже), т.е. сначала к острой, а в случаях, когда такое состояние носового дыхания затягивается на месяцы, к хронической гипоксии.

Многие доктора жалобы на простудные заболевания считают абсолютным показанием к аденотомии. Увы! Действительно, есть наблюдения, при которых частота простудных заболеваний после аденотомии сокращается, а в отдельных наблюдениях они практически прекращаются. Чем это объясняется, я не знаю. Но на основании собственного огромного врачебного опыта заявляю, что операция в случаях названной жалобы является лотереей, в которой, как известно, выигрыш выпадает 1:1000 или 1:1000 000. Более того, один из наиболее авторитетных педиатров Украины А.В. Горбань (2014) считает, что нормальный, в том числе не с увеличенным объемом глоточной миндалины, ребенок болеет за год 12 раз. Так при чем здесь аденоиды?!

Что касается гипоксии мозга, то она может возникать не только в связи с рефлекторными изменениями просвета сосудов ЦНС в ответ на затрудненное носовое дыхание или его отсутствие, но и напрямую с недостаточной аэрацией двусторонней артериальной системы передней и задней этмоидальных артерий, исходящих из внутренних сонных артерий, снабжающих своими ветками определенные участки слизистой оболочки полости носа, а также с парными Видиевыми (крылонёбными) нервами и сосудами. А одноименные с артериями вены направляют кровь к кавернозным синусам. Отсюда, с большой долей вероятности, возникают жалобы на головную боль, рассеянность, ослабление памяти, внимания, падение работоспособности, «ухудшение успеваемости» и т.п. Более того, дыхание через постоянно открытый рот формирует вытянутый лицевой скелет – один из признаков внешнего аденоидизма.

Храп – один из важных симптомов, резко усиливающий подозрение на аденоидные вегетации, но следует учитывать, что он может вызываться не только аденоидами, а и рядом других заболеваний: гипертрофией нёбных миндалин и атонией мышц глоточного кольца, гипертрофией язычка, заболеваниями верхних и нижних дыха-

тельных путей, гиперстенией и мн. др. Важно уточнить, нет ли при этом остановки дыхания (апноэ) во сне. При аденоидах, чаще III степени и то далеко не всегда, может возникнуть симптом гнусавости (закрытой). Очень важно сообщение взрослых, сопровождающих ребенка, о состоянии слуха (переспрашивает ли он, делает громче звук телевизора или радио, отстает с развитием речи и т.д.). Болеет ли ребенок средними рецидивирующими отитами, салпингоотитами и, особенно, секреторными средними отитами (для двух последних – тимпаногаммы при импедансометрии «С» и «В», соответственно)? Иногда жалуются на острый, рецидивирующий или хронический гайморит, заболевания нижних дыхательных путей: ларингит, ложный круп, бронхиты, бронхиальная астма и т.д., субфебрильную температуру.

Г.С. Протасевич и соавторы (2014) сообщают, что у 8,3 % детей с аденоидными разращениями они фиксировали ночной энурез.

Выраженная степень гипертрофии глоточной миндалины, особенно в случаях, когда она приводит к отсутствию носового дыхания или его резкому затруднению, при условии раннего возраста и большой длительности симптомов, как уже было сказано, может отражаться на формировании лицевого скелета, известного под названием «аденоидного типа лица». Последний характеризуется сглаженностью или отсутствием носогубных складок, часто неправильным прикусом, полуоткрытым ртом, потухшим (безразличным) взглядом, подтянутой верхней губой, недоразвитием верхней челюсти, выдвиганием нижней, удлинением лица и т.д. Такой симптомокомплекс называют внешним аденоидизмом. Причем, не обязательно наличие всех перечисленных симптомов, достаточно некоторых, изменяющих привычный облик ребенка. Д.И. Заболотный и соавторы (2009), А.А. Лайко (2014), пишут, что внешние признаки гипертрофии глоточной миндалины встречаются у 40-41,5 % детей, страдающих аденоидами, в возрасте от 5 до 14 лет, чаще наблюдаются у детей 3-8 лет. По собственным воззрениям, у детей до полового созревания (10-14 лет) синдром «аденоидного

лица» или «внешнего аденоидизма» встречается гораздо реже – до 10 %. Причем, примерно одинаково часто у мальчиков и у девочек. К сожалению, никто не констатировал, что аденотомия приводит к исчезновению признаков внешнего аденоидизма.

Диагноз аденоидных вегетаций – патологической гипертрофии небной миндалины не представляет особого труда при внимательно собранном анамнезе, анализе жалоб и внешнего вида больного, использовании задней риноскопии, (пальцевое исследование носовой части глотки в связи с появлением твердых и гибких эндоскопов можно было бы считать анахронизмом, если бы все дети разрешали провести эндоскопическое исследование без наркоза, и, конечно, пальпация информативна в случаях дифференциальной диагностики, уточнения размеров, определения консистенции, распространенности и характеристики поверхности).

Осмотр аденоидов с помощью ригидных эндоскопов производится 0° и 30° приборами трансназально и перорально (эпифарингоскопия) – 70° и 90° или гибкими эндоскопами. Этот метод считается наиболее информативным, удобным, быстро выполняемым и в настоящее время является методом выбора, естественно, при наличии эндоскопов.

При передней риноскопии редко, но иногда удается рассмотреть гипертрофированную глоточную миндалину, чаще – световой рефлекс на ее передней поверхности.

Аденоидные разращения при всех способах осмотра представляются объемным образованием неправильной формы с неровной поверхностью, отличающейся шероховатостью, дольчатостью и бороздами, любого оттенка розового цвета, иногда даже с синеватостью и сероватостью, с довольно широким основанием, на своде носовой части глотки и задней ее стенке, без капсулы. Щели между лимфоидными валиками – прямолинейны, реже – дугообразны, в количестве 2-3, могут соединяться друг с другом или располагаться параллельно. Если щель проходит, практически, по центру лимфоидной ткани и хорошо выражена – это глоточная сумка (*bursa pharyngea*). Гипертрофия глоточной миндалины может

встречаться у детей 1-го года жизни [8]. Помимо гипертрофии лимфоидной ткани, одним из условий для диагноза «аденоиды» может служить наличие гнойных включений, фибриновых налетов на поверхности лимфоидной ткани, иногда описываемых как хронический аденоидит. Распространение аденоидных разрастаний в Розенмюллеровы ямки и механическое прикрытие глоточных отверстий слуховых труб, блокада хоан, сращения с сошником говорят о патологической (нарушающей определенные функции носоглоточных образований) гипертрофии глоточной миндалины, влекущей за собой ряд специфических жалоб и сопряженных заболеваний, прежде всего, со стороны носа, и околоносовых пазух, обоняния, слуха. В качестве дополнительных методов определения аденоидов, для объективизации диагноза, документации и, особенно, для дифференциального диагноза используются рентгенография, КТ и МРТ, в случае дифференциации с опухолью – с усилением.

Острый аденоидит, или носоглоточная ангина, чаще всего вызывается стрептококками, стафилококками, пневмококками, аденовирусами и проявляется всеми признаками острого воспаления: повышением температуры, болью, заложенностью носа и ушей, возможно, с ухудшением слуха и т.п. При осмотре определяется гиперемия лимфоидной ткани и слизистой оболочки носовой части глотки с серозным или слизистым отделяемым, ее отечность – в случаях катарального воспаления, регионарный лимфаденит. Гнойное отделяемое и фибриновые налеты на поверхности (в бороздах) миндалины Лущка говорят о гнойном характере воспаления и значительно более тяжелом клиническом течении.

Хронический аденоидит развивается, как правило, вследствие нескольких перенесенных острых воспалений глоточной миндалины. Если при остром аденоидите гнойное сопровождение встречается относительно редко, то при хроническом – гнойные или фибриновые включения в глоточную миндалину являются правилом.

Таким образом, я постарался подвести доктора, читающего эту статью, к мысли, что все созданное природой (Богом) обосновано необходимостью и целесообразно-

стью. Встречающиеся врожденные аномалии, уродства, деформации, выходящие за рамки обычного, генетического кода человека, обусловлены его поломками, вызванными внутренними или внешними причинами, и равны миллионным долям процента. Другое дело аденоиды – гипертрофия глоточной миндалины. Судя по ее нормальным размерам, заимствованным у гистологов, мы рождаемся не с отсутствием лимфоидной ткани в носовой части глотки, а с I-III степенью ее гипертрофии, искусственно придуманной отоларингологами. Есть, конечно, патологическая гипертрофия миндалины Лущка, о которой мы писали как о заболевании, сопровождающемся рядом симптомов со стороны полости носа и ушей, то она без сомнения, подлежит удалению. Правда, с другой стороны, мы считаем, мягко говоря, безобразием удаление аденоидных разрастаний, если их гипертрофия достигает общепринятой III, или II степени, но не проявляется сопряженной симптоматикой.

Поэтому считаю необходимым, учитывая щепетильность вопросов дидактики, поделиться своим мнением о показаниях к аденотомии:

1. Патологическая гипертрофия лимфоидной ткани носовой части глотки, врастающей в хоаны и вызывающей блокаду носового дыхания, даже при отсутствии насморка, гипо – или аноسمиию.

2. Аденоиды, распространяющиеся в розенмюллеровы ямки, прикрывающие глоточные отверстия (раструбы) слуховых труб, несмотря на консервативное лечение, сопровождаемые рецидивирующими средними отитами, сальпингоотитами (тип «С» тимпаногаммы), средними секреторными отитами с выпотом (тип «В» тимпаногаммы), различными хроническими заболеваниями уха.

3. Аденоидные разрастания с признаками хронического воспаления (хронический аденоидит), с субфебрильной температурой или без нее.

4. Аденоидные вегетации при рецидивирующих и хронических гайморозмоидитах.

5. Патологическая гипертрофия глоточной миндалины, вызывающая закрытую гнусавость.

6. Храп, только с апноэ во сне, обусловленный патологической гипертрофией лимфоидной ткани глоточной миндалины.

7. Аденоиды, сопряженные с влиянием на ЦНС (головная боль, бессмысленный взгляд, ухудшение памяти, внимания, успеваемости, рассеянность), а также с нарушением физического статуса (быстрое устывание – утомляемость, замедление скорости передвижения, нарушение координации, появление гиперкинезов).

8. Аденоидные разращения с начальными признаками аденоидизма (одутловатость лица, неправильный прикус, постоянно открытый рот или др.).

9. В случаях необходимой дифференциации аденоидов с их злокачественным перерождением операция должна заключаться в биопсии (даже субтотальное удаление ткани опухоли может привести к ее молниеносному росту и метастазированию).

Я категорически против того, чтобы коллеги восприняли приведенный мной достаточно длинный перечень показаний к аденотомии как истину в последней инстанции. Хотелось представить собственное видение проблемы по исключению из каждодневной практики отоларингологов неоправданно большого количества аденотомий, основанием для которых является только объем носоглоточной миндалины, условно обозначаемый как II-III степень. При этом доктор, направляющий пациента на операцию, считает, что он несет благо ребенку и его семье. Учитывая факт, что лимфоидная ткань носовой части глотки является частью

общей иммунологической системы организма, это совсем не так, а наоборот – в статье, выше, об этом говорится. Кроме этого, в работе мы пытались показать, что II-III степень гипертрофии миндалины Люшка может укладываться в размеры, характеризующие ее нормальные (не гипертрофированные!) объемы. А в случаях ее истинной (не патологической) гипертрофии, пусть даже III степени, если нет симптомов (симптомокомплексов, синдромов), приведенных в перечисленных показаниях, даже при наличии затрудненного носового дыхания, насморков, частых простудных заболеваний, по моему глубокому убеждению, пациенты подлежат консервативному лечению (обязательно включающему назонекс – препарат, истинно приводящий к уменьшению объема лимфоидной ткани), соответственно знаниям и опыту доктора, а в дальнейшем – по протоколу.

Конечно, трудно отказаться от стереотипа, наверное, даже труднее, чем от пункции гайморовой пазухи при экссудативном гайморите, тем более врачам, которые работают в частных клиниках, и от количества произведенных ими аденотомий зависит их заработок, на порядок, или около того, выше, чем платят за консервативное лечение. Вот что такое гипердиагностика в современных условиях.

Я не буду ссылаться на клятву Гипократа (во врачебном сознании она должна звучать постоянно!), уважаю, ценю и люблю отоларингологов Украины, поэтому и делюсь с ними своими мыслями.

1. Быкова В.П. Клинико-морфологический анализ аденоидных вегетаций у детей // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – №5. – С. 9-12.
2. Гуляева Л.В., Золотарева М.А., Стадничук Н.А., Муранова В.В. Эндоскопическая органосохраняющая аденотомия // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – №3-с. – С. 66-67.
3. Еремина Р.В. и соавт. Эндоскопическая органосохраняющая хирургия глоточной миндалины: объективная оценка метода // Новости отоларингологии. – 2002. – №4. – С. 9-13.
4. Заболотная Д.Д., Потапов Э.В., Семенюк В.П., Мельников О.Ф., Обоснование проведения иммунореабилитации у детей после аденотомии // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – №3-с. – С. 88-89.
5. Козлов В.С., Шиленкова Р.В., Карпов В.А. Аденоиды. Консервативное и хирургическое лечение. – М., 2010. – 170 с.
6. Лихачев А.Г. БМЭ. – М., 1974. – Т. 1, изд. 3-е.
7. Лихачев А.Г., Константинова Н.П., Ритова В.В. Роль аденовирусов в этиологии и патогенезе хронических тонзиллитов и аденоидитов

- // Вестн. оториноларингологии. – 1972. – Т. 35, №3. – С. 3.
8. Мостовой С.И., Марченко Е.Д. Аденоидные разрастания у детей первого года жизни. – Киев, 1970. – С. 208.
  9. Пискунов Г.З. Медикаментозная терапия в отоларингологии // Рос. ринология. – 2000. – №3. – С. 22-23.
  10. Темкин Я.С., Рутенберг Д.М. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки. – М., 1949. – С. 568.
  11. Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О., Седых Т.К. 10-летний опыт эндоскопической органосохраняющей аденотомии // Рос. ринология. – 2012. – №3. – С.4-8.
  12. Brandtzaeg P. Immunology of tonsills and adenoids: everything the ENT surgeon needs to know // Int. J. Pediatr. otolaryngol. – 2003. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 69-76.
  13. Brandtzaeg P. Imune functions of nasopharyngeal lymphoid tissue // Adv. otolaryngol. – 2011. – Vol. 72. – P. 20-24.
  14. Koltai P.J. et al. Power-assisted adenoidectomy: total and partial resection // Laryngoscope. – 2002. – Vol. 112. – P.29-31.
  15. Murray N. et al. Powered partial adenoidectomy // Arch. otolaryngol., Head and neck surg. – 2002. – Vol. 128, №7. – P. 29-31.
  16. Park K. Otitis media and tonsills-role of adenoidectomy in the treatment of chronic otitis media effusion // Adv. otolaryngol. – 2011. – Vol. 72. – P. 160-163.
  17. Shapiro R.S. Partial adenoidectomy // Laryngoscope. – 1982. – Vol. 92, №2. – P. 135-139.
  18. Ye J. Outcome of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea syndrome ion children // Ann. Otolaryngol. – 2010. – Vol. 119, №8. – P. 506-513.
  1. Bykova VP. Adenoids in children: clinical and morphological analysys. Vestn. otorinolaringologii. 2000;(5):9-12. Russian.
  2. Guljaeva LV, Zolotareva MA., Stadnichuk NA. Muranova VV. Endoscopic organ-saving adenotomy. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2013;(3-s):66-7. Russian.
  3. Eremina RV et al. Endoscopic organ-saving adenoid surgery: objective evaluation of the method. Novosti otolaringologii. 2002;(4):9-13. Russian.
  4. Zaboltnaja DD, Potapov JeV, Semenjuk VP, Mel'nikov OF. Immunorehabilitation rationale in children after adenotomy. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2013;(3 Suppl 1):88-9. Russian.
  5. Kozlov VS, Shilenkova RV, Karpov VA. Adenoids: conservative and surgical treatment. Moskow: 2010. 170 p. Russian.
  6. Lihachev AG. Great medical encyclopedia. Vol 1, 3rd edition. Moskow: 1974. Russian.
  7. Lihachev AG, Konstantinova NP, Ritova VV. The role of adenoviruses in the etiology and pathogenesis of chronic tonsillitis and adenoiditis. Vestn. otorinolaringologii. 1972;35(3):3. Russian.
  8. Mostovoj SI, Marchenko ED. Adenoid vegetations in children the first year of life. Kiev: 1970. Russian.
  9. Piskunov GZ. Drug therapy in otolaryngology. Ros. rinologija. 2000;(3):22-3. Russian.
  10. Temkin JaS, Rutenberg DM. Surgical diseases of the nose, paranasal sinuses and nasopharynx. Moskow: 1949. p. 568. Russian.
  11. Ruseckij JuJu, Chernyshenko IO, Sedyh TK. 10 years of experience in endoscopic organ-saving adenotomy. Ros. rinologija. 2012;(3):4-8. Russian.
  12. Brandtzaeg P. Immunology of tonsills and adenoids: everything the ENT surgeon needs to know. Int. J. Pediatr. otolaryngol. 2003;67(Suppl 1):69-76.
  13. Brandtzaeg P. Imune functions of nasopharyngeal lymphoid tissue. Adv. otolaryngol. 2011;72:20-4.
  14. Koltai PJ, Chan J, Younes A. Power-assisted adenoidectomy: total and partial resection. Laryngoscope. 2002 Aug;112(8 Pt 2 Suppl 100):29-31.
  15. Murray N, Fitzpatrick P, Guarisco JL. Powered partial adenoidectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 Jul;128(7):792-6.
  16. Park K. Otitis media and tonsils – role of adenoidectomy in the treatment of chronic otitis media with effusion. Adv Otorhinolaryngol. 2011; 72:160-3.
  17. Shapiro RS. Partial adenoidectomy. Laryngoscope. 1982 Feb;92(2):135-9.
  18. Ye J, Liu H, Zhang GH, Li P, Yang QT, Liu X, Li Y. Outcome of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea syndrome in children. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2010 Aug;119(8):506-13.

Поступила в редакцию 03.10.14.

© Г.Э. Тимен, 2014