

А.Ю. ОВЧИННИКОВ, д.м.н., профессор, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО, д.м.н., профессор
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АДЕНОИДИТА

В современном мире инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов занимают первое место в структуре общей заболеваемости в мире, а удельный вес данной патологии составляет у взрослых 27,6%, у подростков – 39,9% и у детей – 61% [4]. Неутешительные данные статистики обуславливают неугасающий интерес к данной проблеме в практической медицине.

Ключевые слова: инфекции верхних дыхательных путей, аденоидит.

A.Y. OVCHINNIKOV, MD, Prof., N.A. MIROSHNICHENKO, MD., Prof.
Evdokimov Moscow State Medical and Stomatological University
MODERN APPROACH TO THERAPY OF ADENOIDITIS

In the modern world infection of the upper respiratory acts and ENT-organs take the first place in the structure of the total incidence in the world, and the specific weight of this pathology makes in adults 27.6%, in teenagers – 39.9% and in children – 61% [4]. The disappointing statistical data precondition the undying interest to this issue in the practical medicine.

Keywords: upper respiratory tract infections, adenoiditis.

В большинстве случаев в инфекционный процесс вовлекаются верхние и нижние отделы дыхательных путей одновременно или последовательно, но при некоторых заболеваниях повреждаются преимущественно специфические участки дыхательного тракта.

Глотка является органом, расположенным в начале дыхательных путей и пищеварительного тракта. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо выполняет ряд важных функций, среди которых стоит отметить защитную барьерную функцию, выработку местного иммунитета миндалин, а также участие в системном иммунном ответе, запущенном путем сенсибилизации лимфоцитов миндалин.

Защитная барьерная функция и местный иммунитет миндалин формируются за счет миграции фагоцитов, экзцитоза и фагоцитоза; выработки защитных факторов широкого спектра действия; секреции антител. К неспецифическим факторам защиты лимфоэпителиального глоточного кольца относятся секреторные иммуноглобулины; интерфероны, а также естественные антибиотики лейкоцитарного происхождения – катионные белки фагоцитов, обладающие бактерицидным и цитотоксическим эффектом (дефензины, лактоферрин и др.) [1].

Но к сожалению, в определенные периоды жизни может произойти патологическое разрастание носоглоточной миндалины, т. н. аденоиды с развитием вялотекущего воспалительного процесса – аденоидита, который представляет одну из главных проблем для оториноларингологов.

Для диагностики применяется стандартный осмотр ЛОР-органов. Многие годы важным дополнительным методом было пальцевое исследование носоглотки. Но т. к. на данный момент он является наименее информативным и к тому же вызывает дискомфорт у пациента,

то в настоящее время практически не применяется. Рентгенография носоглотки – более информативное исследование, но связано с лучевым воздействием на пациента. Компьютерная томография – еще более информативный метод, но достаточно дорогостоящий. А вот эндоскопический метод обследования полости носа и носоглотки является «золотым стандартом» в диагностике аденоидов. Проводится как через нос – «эндоскопическая риноскопия», так и через полость рта – «эндоскопическая эпифариноскопия».

Выделяют три степени гипертрофии носоглоточной миндалины: I степень – разросшаяся глоточная миндалина закрывает лишь верхнюю часть сошника или высоты носовых ходов, II степень – увеличенная глоточная миндалина закрывает $\frac{2}{3}$ сошника или высоты носовых ходов, III степень – увеличенная глоточная миндалина закрывает почти весь сошник.

По данным разных авторов, в общей детской популяции доля детей с хроническими аденоидитами колеблется от 20 до 50%. В группе часто болеющих детей этот показатель составляет от 37 до 70% [2].

По мере взросления ребенка аденоиды атрофируются. В норме примерно к 20 годам от них не остается и следа. Однако гипертрофированные аденоиды могут выявляться и в более зрелом возрасте. В отделении оториноларингологии ГКБ им. С.П. Боткина в 2013 г. было выполнено 32 аденотомии, в 2014-м – 28 аденотомий, в 2015-м – 36 операций. Возраст пациентов в этой группе составил от 17 до 28 лет. Всего 96 наблюдений. Показаниями к оперативному лечению было наличие гипертрофии аденоидных вегетаций более II степени, которая сопровождалась искривлением перегородки носа со стойким нарушением носового дыхания, – 54 (55,2%), гипертрофия аденоидных вегетаций более II сте-

пени, сопровождающаяся рецидивирующими средними отитами и/или развитием стойкой кондуктивной тугоухости, – 35 (35,4%); гипертрофия аденоидных вегетаций более II степени, сопровождающаяся СОАС, – 7 (7,3%).

Таким образом, аденоидиты не только являются проблемой детских специалистов, но и имеют значение и во взрослой практике оториноларингологов.

В последние годы изменилась точка зрения на хроническую патологию со стороны глоточной миндалины. Раньше основной акцент делался на стойкую гипертрофию аденоидных вегетаций. Основным звеном патогенеза хронической патологии глотки считалась назофарингеальная обструкция, приводящая к переходу на дыхание ртом; это может вызвать недостаточное увлажнение и очищение воздуха, постоянное охлаждение полости рта, глотки, нижних дыхательных путей.

К тому же аденоидные вегетации делают направление воздушной струи более турбулентным. Это приводит к вибрации мягкого неба, которая проявляется храпом и даже синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) [1].

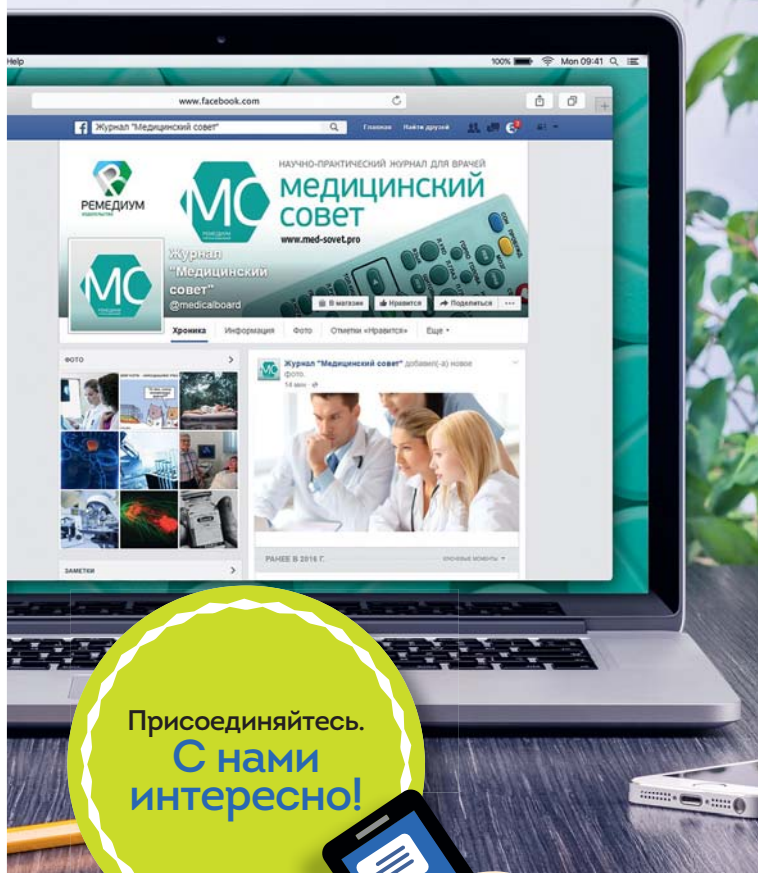
Но в последние годы все больше внимания уделяется наличию хронического персистирующего воспаления глоточной миндалины. Аденоидит провоцирует развитие воспалительного процесса в околоносовых пазухах и усугубляет его из-за формирующегося местного иммунодефицита. Персистенция вирусно-бактериального воспаления глоточной миндалины приводит к обсеменению не только верхних и нижних отделов дыхательных путей, но и трубной миндалины со слуховой трубой, провоцируя развитие рецидивирующего и хронического воспаления среднего уха [7].

Глоточная миндалина является обширным рецепторным полем и при хроническом воспалении становится очагом постоянной патологической афферентной импульсации, что приводит к отклонениям в деятельности центральной и периферической нервной системы.

По данным разных авторов, в общей детской популяции доля детей с хроническими аденоидитами колеблется от 20 до 50%. В группе часто болеющих детей этот показатель составляет от 37 до 70%

В результате может возникать нарушение тонуса вегетативной нервной системы, ночное недержание мочи, эпилептические припадки, при электроэнцефалографии выявляются нарушения биоэлектрической активности головного мозга разной степени выраженности [1].

Суммируя вышесказанное, можно сказать, что роль хронического персистирующего воспаления глоточной миндалины в развитии патологических изменений в организме сопоставима с ролью назофарингеальной обструкции. Решающими факторами для определения тактики лечения являются и степень гипертрофии глоточной миндалины, и наличие хронического воспаления глоточной миндалины, а также сопряженные изменения по другим системам и органам.



медицинский совет online

- актуальные новости о разных разделах медицины
- интересные события и открытия в России и в мире
- анонсы журнала «Медицинский совет»
- инфографика
- заметки в помощь практикующим врачам
- история науки и медицины



Наша группа в «Фейсбуке»
facebook.com/medicalboard



Наша группа в «ВКонтакте»
vk.com/med_sovetpro

Показания к аденотомии значительно сузились. Оперативное лечение выполняется при наличии гипертрофии аденоидных вегетаций более II степени, которое сопровождается одним из нижеперечисленных проявлений: СОАС; частыми рецидивирующими средними отитами или развитием у ребенка стойкой кондуктивной тугоухости; сопутствующими заболеваниями нервной системы (энурез, эпилептические припадки); частыми рецидивами хронического аденоидита с преобладанием гнойных форм; частыми рецидивами респираторных проявлений аллергии (аллергического ринита или бронхиальной астмы); изменением прикуса [2].

Протаргол не вызывает нарушения баланса нормальной микрофлоры. Патогенная микрофлора более чувствительна к ионам серебра, чем непатогенная, что позволяет протеинату серебра воздействовать избирательно

Таким образом, если раньше приоритет отдавался хирургическому лечению, то в последнее время, учитывая важную роль миндалин в формировании местного иммунитета, предпочтение отдается консервативному лечению хронического воспалительного процесса.

Воспаление является пусковым механизмом, приводящим к нарушению мукоцилиарного клиренса и отеку слизистой оболочки начальных отделов респираторного тракта, в результате чего происходит блокирование естественных соустьев околоносовых пазух отечной слизистой оболочкой и патологическим секретом. При этом возникающее блокирование глоточных отверстий слуховой трубы приводит к застою, отеку и снижению местных защитных механизмов. Застой секрета, нарушение вентиляции и связанные с этим явления гипоксии являются пусковым моментом к активизации сапрофитной флоры, что приведет к утяжелению течения заболевания и развитию бактериальных осложнений, таких как гнойный синусит, острый гнойный средний отит. При этом возникает порочный круг взаимосвязанных факторов воспаления. Проникновение патогена в дыхательные пути, его фиксация на поверхности слизистой оболочки, репликация и цитопатическое действие на ткани респираторной системы приводят к десквамации эпителия с резким полнокровием сосудов микроциркуляторного русла, повышению их проницаемости; отеку слизистой и подслизистого слоя; изменяется координация и эффективность деятельности ресничек. Одновременно с цилиарной дискинезией происходит перестройка секреторного аппарата – частичное замещение реснитчатых клеток слизеобразующими бокаловидными клетками, изменение режимов продукции (гиперсекреция слизи) [3].

Вопрос консервативного лечения хронического аденоидита более сложен, т. к. нет каких-либо жестких стандартов при лечении данной патологии.

Лечение аденоидита логично начинать с препаратов на основе морской воды, доведенных до изотонического

раствора. Их нанесение на слизистую оболочку способствует нормализации реологических свойств слизи. Содержащиеся в морской воде соли и микроэлементы способствуют повышению двигательной активности ресничек, активизации репаративных процессов в клетках слизистой оболочки носа и нормализации функции ее желез. При аккуратном промывании полости носа с поверхности слизистой оболочки удаляется патологический секрет вместе с микробами, аллергенами и пылью. Уменьшается отек и воспаление, повышается тонус капилляров, за счет очищения значительно улучшается работа клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки, усиливается движение слизи, что повышает защитные свойства слизистой полости носа.

В этиологии хронического воспаления глоточной миндалины большое значение придается аллергии. В слизистой оболочке и лимфоидной ткани глоточной миндалины могут возникать аллергические реакции, которые являются причиной ее стойкой гипертрофии [11]. Однако назначение топических кортикостероидов до сих пор вызывает споры. Существуют как сторонники их использования, так и противники.

Важную роль в формировании местного гуморального иммунитета глоточной миндалины играет применение бактериальных лизатов. Бактериальные лизаты обладают вакциноподобным действием. Многие авторы подчеркивают их высокую эффективность в плане лечения и профилактики хронического аденоидита [10].

Для купирования явлений местного воспаления и предотвращения осложнений необходимо применение на слизистую оболочку полости носа деконгестантов и местных антибактериальных средств. Деконгестанты являются важным компонентом патогенетической терапии острого воспаления верхних дыхательных путей, обеспечивающие быстрое восстановление проходимости носовых ходов, улучшение носового дыхания, дренажа и аэрации околоносовых пазух. Однако при назначении сосудосуживающих средств важно помнить, что большинство вазоконстрикторов не рекомендуется применять длительными курсами, более 7 дней подряд. Не следует превышать указанные в аннотации дозы, особенно это касается препаратов в форме носовых капель, трудно поддающихся дозировке [3].

При возможности деконгестанты лучше заменить вяжущими препаратами (раствором 3%-ного Колларгола или 3%-ного Протаргола). К тому же в связи с ростом аллергических осложнений антибактериальной терапии, возникновением грибкового поражения дыхательных путей и дисбактериоза, увеличением антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов интерес к серебру протеинату в последние годы резко возрос.

Протаргол обладает как бактериостатическим, так и бактерицидным действием в зависимости от концентрации. Уже 2%-ный раствор протеината серебра обладает бактерицидным действием на клинические штаммы *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Proteus* spp. при количественном содержании указанных возбудителей 10 КОЕ/мл [6].

Протаргол не вызывает нарушения баланса нормальной микрофлоры. Патогенная микрофлора более чувствительна к ионам серебра, чем непатогенная, что позволяет протеинату серебра воздействовать избирательно. У больных с патологическим увеличением глоточной миндалины, по сравнению со здоровыми людьми, в мазках из носоглотки выявлено повышение количества и типов патогенных микроорганизмов, в основном кокков, и одновременно уменьшение представителей обычно встречающейся микрофлоры [7].

Роль грибковой микрофлоры в возникновении аденоидных вегетаций и поддержании вялотекущего воспаления пока неясна. Ряд исследователей обнаруживали грибы у 21–35% детей с патологией глоточной миндалины и даже отмечали зависимость частоты их нахождения от степени гипертрофии аденоидов [10]. Другие авторы высказывают мысль лишь о возможной роли грибов в патогенезе аденоидных разрастаний [8].

Если сравнивать протеинат серебра с антибиотиками, то у него есть большой плюс, который заключается в том, что он не вызывает дисбактериоза, а эффективность препарата состоит в уничтожении бактерий или блокировке их деятельности

Образование защитной пленки из молекул серебра и белков на поврежденной инфекционным процессом слизистой оболочке приводит к снижению чувствительности слизистой оболочки к инфекционным агентам, уменьшает просвет капилляров, тем самым тормозя воспалительные процессы. Кроме антисептических свойств, Протаргол усиливает регенеративные свойства мерцательного эпителия также за счет образования обволакивающей защитной пленки из альбуминатов серебра [5].

Если сравнивать протеинат серебра с антибиотиками, то у него есть большой плюс, который заключается в том, что он не вызывает дисбактериоза, а эффективность пре-

парата состоит в уничтожении бактерий или блокировке их деятельности.

Протаргол используется в медицине многие годы. Его эффективность можно отнести к положительным качествам, а короткий срок действия (30 сут.) и изготовление в аптеках с собственным производством – к недостаткам. Для изготовления Протаргола необходимо, чтобы в аптеке был производственный отдел. Капли фармацевт делает в аптеке путем смешивания сухого раствора с дистиллированной водой. Самим раствором Протаргола изготовить невозможно, т. к. для этого необходимо придерживаться специальных методик и точного взвешивания.

Эти проблемы исчезли после появления в нашей практике средства, называемого доступным Протарголом. Его можно приобрести в любой аптеке, так как он производится в заводских условиях. По составу и механизму действия он идентичен привычному Протарголу. Однако представлен в виде сухого вещества – протеината натрия (таблетка) и растворителя. При необходимости его активируют путем соединения компонентов, все очень просто и доступно, согласно инструкции по медицинскому применению. Таблетка смешивается с растворителем, и через 15 мин раствор готов. Активный раствор эффективен в течение 30 сут. с момента активации, что подтверждено анализом стабильности протеината серебра в растворе.

Так как многие лекарственные препараты, применяемые у взрослых, не подходят детям, к выбору препаратов, в том числе местных, следует подходить весьма взвешенно. А Протаргол давно и успешно применяется в педиатрии, поэтому новое средство также может широко применяться в лечении хронического аденоидита в детской практике.

Протаргол сочетается с другими лекарственными препаратами, которые используются при данной проблеме.

Таким образом, применение Протаргола (серебра протеинат) эффективно и широко распространено в настоящее время. Использование Протаргола в удобной и современной форме облегчает его применение в ежедневной клинической практике и позволяет улучшить качество медицинской помощи.



ЛИТЕРАТУРА

- Борзов Е.В. Аденоиды. Детская оториноларингология. Т. 1. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. 2005: 296–8. / Borzov R.V. Adenoides. Pediatric otorhinolaryngology. V. 1. Ed. By M.R. Bogomisl, V.R. Chistyakova. 2005: 296–8.
- Волков А.Г., Давыдова А.П., Хачкиева Е.В. Наш опыт консервативного лечения аденоидита. *Российская ринология*, 2006, 1: 30–3. / Volkov A.G., Davydova A.P., Khachkieva E.V. Our experience of conservative adenoiditis therapy. *Rossiyskaya Rinologiya*, 2006, 1: 30–3.
- Гуров А.В. Отек слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Как с ним бороться? *РКЖ*, 2009, 17(18): 1–4. / Gurov A.V. Swelling of the mucous tunic of the upper respiratory tracts. How to control it? *RKZ*, 2009, 17 (18): 1–4.
- Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей. *ПМЖ*, 2009, 17(2): 123–131. / Zubkov M.N. Algorithm of therapy of acute and chronic infections of upper and lower respiratory tracts. *PMZ*, 2009, 17 (2): 123–131.
- Малявина У.С. Топические препараты для лечения воспалительных заболеваний носа и носоглотки в педиатрической практике. *ПМЖ*, 2014, 26: 1921–1924. / Malyavina U.S. Topic drugs to treat inflammatory nose and nasopharynx diseases in pediatric practice. *PMZ*, 2014, 26: 1921–1924.
- Савватеева Д.М. Место антисептических препаратов в лечении пациентов с острыми инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей. Исследование на базе НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи. *ПМЖ*, 2015, 6: 336–338. / Savvateeva D.M. Place of antiseptic drugs in therapy of patients with acute infectious diseases of upper respiratory tracts. Study on the basis of Gamalei Scientific and Research Institute of Epidemiology and Microbiology. *PMZ*, 2015, 6: 336–338.
- DeDio RM, Tom LWC, McGowan KL et al. Microbiology of the tonsils and adenoids in a pediatric population. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 1998, 114: 763–5.
- Suzuki M, Watanabe T, Mogi G. Clinical, bacteriological, and histological study of adenoids in children. *Am J Otolaryngol*, 1999, 20: 85–90.
- Brook I, Shah K. Bacteriology of adenoids and tonsils in children with recurrent adenotonsillitis. *Ann Otol, Rhinol Laryngol* 2001, 110: 844–8.
- McClay JE. Resistant bacteria in the adenoids: a preliminary report. *Arch Otolaryngol*, 2000, 126: 625–9.
- Endo LH et al. Histopathological comparison between tonsil and adenoid responses to allergy. *Acta Otolaryngol Suppl*, 1996, 523: 17–9.