

## Диагностика и лечение аденоидита

**В статье обсуждаются особенности течения, диагностики и лечения разных форм аденоидита у детей. Диагностика не всегда бывает своевременной, поэтому лечение оказывается неэффективным, болезнь приобретает затяжной и часто рецидивирующий характер, возникают осложнения. Рациональное лечение на ранних стадиях заболевания приводит к выздоровлению. В запущенных случаях показано проведение аденотомии.**

Большинство обращений родителей с детьми к специалисту-оториноларингологу связано с часто повторяющимися, затяжными и хроническими заболеваниями ЛОР-органов.

Наиболее частыми жалобами являются насморк, затруднение дыхания через нос, кашель, который длительно не проходит и часто повторяется. У некоторых больных имеются осложнения насморка: синусит, рецидивирующий острый катаральный, реже гнойный средний отит, тубоотит, секреторный средний отит с признаками тугоухости, обострение хронического гнойного отита, трахеит, бронхит, стенозирующий ларинготрахеит.

Безуспешность лечения ЛОР-патологий, краткие промежутки между заболеваниями, частые ОРЗ также являются поводом для консультации у ЛОР-врача.

При опросе родителей установлено, что чаще всего диагностируются ринофарингит, аллергический ринит, аденоидит.

Для более четкого представления о характере и методах лечения указанных заболеваний необходимо охарактеризовать те патологические изменения, которые наблюдаются в области верхних дыхательных путей, т. е. в полости носа, в носоглотке и глотке.

**Аденоиды** — это глоточная, или III, миндалина, расположена в носоглотке (рис. 1). Существует только у детей с рождения до 15–16 лет, затем рассасывается. У взрослых она отсутствует. У здорового ребенка эта миндалина не доставляет никаких неудобств, так как ее размеры незначительны, дыханию она не препятствует.

В случае проникновения при гриппе, ОРВИ, остром рините в ткань аденоидов инфекции, главным

образом вирусной, в сочетании с гнойной возникает воспаление — аденоидит. Он может быть *острым*, протекать как лакунарная или фолликулярная ангина с высокой температурой тела (до 38–39 °С), с выраженными общими явлениями (слабость, вялость, головная боль, нарушение сна, снижение аппетита и др.). Наблюдается резкая заложенность носа. Лечение такое же, как при ангине и остром насморке. Часто применяются антибиотики.

Особого внимания заслуживает *подострая форма*, которая приобретает длительное, затяжное течение (от нескольких недель до нескольких месяцев) и является причиной осложнений. Формируется подострый аденоидит после недолеченного острого.

Эта форма аденоидита имеет определенные трудности как при диагностике (глубокое расположение аденоидов, затрудненный их обзор), так и при терапии (малая эффективность традиционных методов лечения насморка). Консервативные методы лечения аденоидита могут быть эффективными при адекватном проведении процедур. При отсутствии положительных результатов и развитии осложнений обоснованным является хирургическое вмешательство.

При длительном существовании подострого аденоидита воспалительный процесс переходит в хроническую стадию (*хронический аденоидит*) с глубокими необратимыми поражениями самой аденоидной ткани, при которой показана аденотомия, так как возникают различные осложнения, чаще всего со стороны среднего уха, и консервативные методы лечения оказываются неэффективными.

Острый простой насморк (ринит) — это воспаление слизистой оболочки носовой полости. Наблюдаются покраснение и отек слизистой оболочки, заложенность носа и отделяемое. В первые дни оно слизистое, затем приобретает гнойный или слизисто-гнойный характер. После традиционного лечения (капли, мази) в течение 7–10 дней наступает выздоровление.

Однако нередко, особенно у детей младшего и дошкольного возраста, воспаление не ограничивается только слизистой оболочкой носовой полости, а распространяется в глубокие ее отделы, в носоглотку и на находящиеся в ней аденоиды. Возникает аденоидит.

Анатомическое строение аденоидов (в них имеются щели, углубления, бороздки, лакуны) предрасполагает к задержке там инфекции. При недостаточно адекватном лечении болезнь продолжается, периодически наблюдаются обострения.

При аденоидите воспалительный процесс может захватывать не только аденоидную ткань, но и всю слизистую оболочку носоглотки. Диагноз «ринофарингит» (воспаление носоглотки) очень часто ставят и ЛОР-врачи, и педиатры, подразумевая аденоидит.

Воспаление носоглотки, так же как и изменения в аденоидной ткани, можно обнаружить с помощью специальных эндоскопических инструментов. Ринофарингит диагностируется по вторичным признакам, в действительности соответствует аденоидиту. У взрослых пациентов, при отсутствии у них аденоидов, это является истинным ринофарингитом. Часто наблюдается при гриппе и ОРВИ.

Распространение воспаления из носоглотки на заднюю стенку глотки называется фарингитом. При осмотре глотки отчетливо видны гиперемия слизистых оболочек и набухание находящиеся в ее толще элементов лимфоаденоидной ткани. Выглядит это как бугорки, гранулы, возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки. Это состояние обозначается как гранулезный фарингит.

Основным симптомом фарингита, кроме умеренных болей при глотании по утрам, является кашель — упорный, продолжительный, иногда приступообразный, часто беспокоит ночью. Признаки трахеита и бронхита отсутствуют. Противокашлевые препараты неэффективны. Таким детям педиатры нередко рекомендуют консультацию оториноларинголога. Выздоровление от аденоидита и фарингита приводит к прекращению кашля.

Механизм появления такого кашля связан с тем, что в этой части глотки находятся окончания кашлевого нерва. Поэтому кашель называют нервным, рефлексорным, горловым. Аллергический ринит — диагноз, который очень часто при аденоидите выставляют врачи, считая его основной причиной болезни, — является вторичным, местного характера. Он обусловлен аллергической реакцией слизистой оболочки верхних дыхательных путей на длительное, повторное воспаление, т. е. на инфекцию, находящуюся в аденоидной ткани.

Обычно при этом состоянии у детей отсутствуют клинические признаки чисто аллергического ринита: зуд, приступообразное чихание, обильное слизистое отделяемое из носа и проявления общей аллергии. Напротив, отделяемое бывает слизисто-гнойным или гнойным, скапливается в глубоких отделах носа и в носоглотке, чего не наблюдается при аллергическом процессе. Назначение противоаллергических препаратов общего действия как главный метод лечения не оправдано, так как положительные результаты практически отсутствуют. Вместе с тем в составе сложных капель

в нос для местного применения необходимо применение противоаллергенных препаратов.

Ликвидация инфекционного процесса в аденоидной ткани и в слизистой оболочке глубоких отделов носа и носоглотки, т. е. причинного аллергена, приводит к выздоровлению от аденоидита и исчезновению местных проявлений аллергии.

Воспалительный процесс в области верхних дыхательных путей может быть распространенным, т. е. одновременно поражать все отделы носовой полости, носоглотки, аденоидов и глотки. Проведение лечебных процедур — капли, мази, сироп — в течение первых дней заболевания приводит к улучшению, хотя не всегда наступает выздоровление. Болезнь приобретает ограниченный характер, чаще всего сохраняются вялотекущий аденоидит и фарингит. В это время ребенка беспокоят заложенность носа («что-то мешает в глубине»), гнусавость, скопление слизисто-гнойного или гнойного секрета в носоглотке. Самостоятельно этот секрет не отходит и является причиной поперхивания, покашливания или выраженного кашля, во время которого частично отходит и заглатывается. Носовая полость может быть свободной, слизистая оболочка часто бывает без признаков воспаления, розовая, умеренно влажная.

У большинства детей аденоидит протекает при нормальной температуре тела. У некоторых больных при обострении наблюдается повышение температуры до 38–38,5 °С в течение 1–3 дней, усиливаются заложенность носа, гнусавость и увеличивается количество отделяемого из носа. Применение обычных препаратов, используемых ранее, приводит к снижению выраженности острых явлений, и вскоре наступает прежнее состояние.

Редко, но возможен стойкий субфебрилитет в пределах 37,2–37,5 °С. Причиной является интоксикация организма возбудителем, находящимся в воспаленной аденоидной ткани. При эффективном лечении аденоидита температура тела нормализуется.

Лечение насморка у детей родители проводили в домашних условиях по рекомендациям врача-оториноларинголога. Нередко аналогичные назначения исходили от педиатра, который проходил обучение по программе семейного врача и получал элементарные сведения о применении тех или иных препаратов. При повторном насморке родители часто самостоятельно использовали ранее применяемое лечение. Обычно назначали комплексное лечение: Називин, Эфедрин, Диоксидин, Проторгол, Пиносол; разнообразные спреи: Аква Марис, Вибрацил, Гексорал, Тантум-Верде, ИРС-19, Биопарокс, Полидекса, Изофра. Это лечение при остром простом насморке было оправдано, так как наступало выздоровление. Однако оно было недостаточным при появлении аденоидита, как известно, распространяющегося на слизистую оболочку глубоких отделов носа и носоглотки. Перечисленные

препараты в полной мере не достигали очага воспаления и не оказывали должного санлирующего действия. Наблюдалось лишь улучшение, после которого продолжались рецидивы. Болезнь приобретала волнообразный характер: частичные и кратковременные улучшения (2–3 недели) сменялись очередным обострением. Часто эти состояния расценивались как ОРЗ, дети находились под наблюдением педиатра как часто болеющие ОРЗ, получали лечение, не всегда адекватное при аденоидите.

Выздоровление от аденоидита при консервативном лечении возможно при соблюдении ряда условий.

Комплекс лечебных мер включает:

1. Обязательно тщательный туалет глубоких отделов носа и носоглотки.

2. Воздействие на воспаленные ткани носовой полости и носоглотки различными лекарственными средствами и физиотерапевтическими методами.

3. Кроме лечебных средств, показано применение препаратов общего противовоспалительного действия.

1. Туалет полости носа и носоглотки крайне необходим, так как там находятся возбудители инфекции (вирусы, микробы) и патологическое отделяемое (слизь, мокрота, гной). Самостоятельно ребенок не может удалить этот секрет ни при высмаркивании, ни при откашливании. Содержимое задерживается и препятствует выздоровлению, так как применяемые препараты не попадают непосредственно на слизистую оболочку и ткань аденоидов.

Туалет носовой полости и носоглотки осуществляется разными способами. Наиболее эффективен метод «перемещения» (известный многим детям и родителям под названием «кукушка»). С помощью электроотсоса легко удаляется все содержимое носа и носоглотки и одновременно осуществляется промывание антисептическими растворами. Они могут быть различными, в зависимости от выбора врача. Процедура выполняется в поликлинике, безболезненна (хотя некоторые дети с трудом ее переносят из-за страха).

В домашних условиях для промывания указанных полостей используются носовые (назальные) спреи — баллоны, заполненные морской водой или изотоническим раствором натрия хлорида (физиологическим раствором), внутри которых создано большее (для старших детей и взрослых) или меньшее (для младших детей) давление. Самыми удобными являются «Физиомер форте», «Аква ЛОР форте», «Ниттег-150». При пользовании баллоном образуется сильная струя жидкости, которая проходит через одну половину носа в носоглотку, удаляет секрет и через другую половину носа отходит наружу. В упаковке имеется инструкция, следуя которой, родители с успехом используют спрей. Однако в процессе лечения желателен контроль врача, который при необходимости внесет коррективы.

2. На свободную после промывания слизистую оболочку следует применять капли. Принцип выбора капель следующий. Они должны иметь сложный состав — содержать препараты с противоотечным, противовоспалительным и местным противоаллергическим действием. Из хорошо известных и широко используемых лекарств можно составить сложные капли (это лучший вариант), не исключено отдельное применение друг за другом с небольшими перерывами. Капли сосудосуживающего действия предназначены для снятия отека слизистой оболочки носа, в результате чего восстанавливается проходимость носовых ходов. К ним относятся 0,5% раствор називина, 1–2–3% растворы эфедрина, 0,1% раствор санорина, галазолина, адреналина.

Однако только этими каплями ограничиваться нельзя, так как противовоспалительного действия они не оказывают. Противовоспалительный эффект дают 0,5–1% раствор диоксида, 2% раствор протаргола и колларгола, Пиносол, Софрадекс, Мирамистин, Тантум Верде (жидкость). Противовирусное действие оказывает 1–2% раствор аскорбиновой кислоты (2,5 порошка аскорбиновой кислоты нужно растворить в 100–200 мл кипяченой воды). Для усиления терапевтического эффекта в лечебный процесс включаются препараты с антигистаминным, противоаллергическим, гормональным действием (1% раствор димедрола, дексаметазон глазные капли, 2,4% эмульсия гидрокортизона).

При закапывании капель в нос очень важно применять специальные приемы, благодаря которым лекарство попадет непосредственно в носоглотку, растекаясь по всей ее поверхности (т. е. в глубокие отделы носа, включая аденоиды). Ребенок должен лежать на спине, его голова должна быть резко запрокинута.

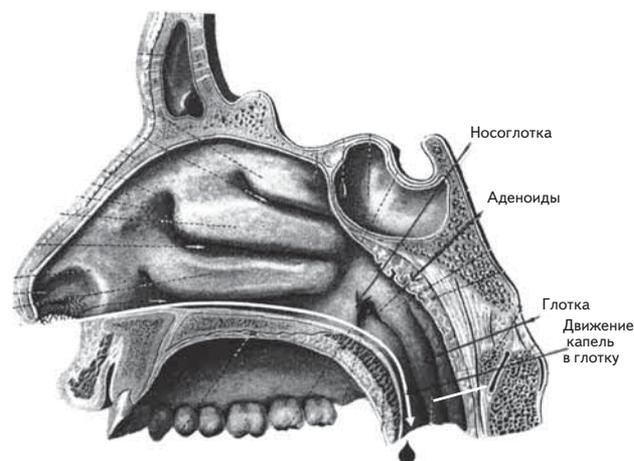


Рис. 1. Схема строения полости носа, носоглотки и глотки. Белой линией показано продвижение капель по носовому ходу в глотку

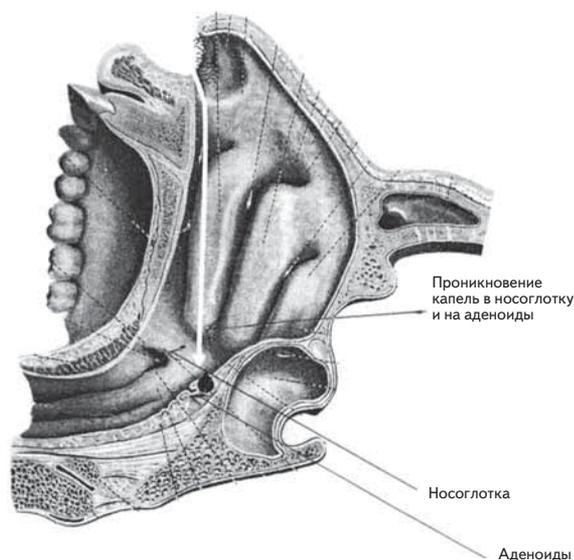


Рис. 2. Положение носоглотки и аденоидов при запрокинутой голове

Именно при таком положении головы капли проникают в глубокие отделы носа и в носоглотку (рис. 2). В противном случае они через нижний носовой ход попадают в ротовую полость и не доходят до носоглотки (см. рис. 1).

На рис. 2 демонстрируется, как при резко запрокинутой голове носоглотка принимает нижнее положение. Капли при этом проникают в нужное место, т. е. в носоглотку и глубокие отделы носовой полости (сплошная белая линия).

На рис. 1 представлено обычное вертикальное положение головы ребенка. Полость носоглотки находится в верхней ее части. Сплошной белой линией показано продвижение капель по нижнему носовому ходу в глотку.

Количество вводимых капель должно быть не менее 6–8 с каждой стороны (3–4 раза в день), так как поверхность, которая подлежит лечению, значительная, и 2–3 капли, которые обычно назначают врачи, недостаточно. Эти капли «проскакивают», не задерживаясь в полости носа. Лучший эффект капель наблюдается тогда, когда контакт их со слизистой оболочкой продолжается около 1 минуты. Именно столько времени ребенок должен лежать после введения капель.

Предпочтение рекомендуется отдавать каплям на водной основе. Такие капли, по сравнению с каплями на масляной основе, лучше и свободнее растекаются по всей поверхности носоглотки. Они легче проникают в щели, борозды, лакуны и дают лучший санитизирующий эффект.

С этой же целью может быть использована комбинация лекарственных препаратов. Основой служит изотонический раствор натрия хлорида в количестве 200,0 мл. К нему добавляются:

- мезатон (Sol. Mesatoni 1%, в ампуле 0,5 мл). Раствор мезатона оказывает сосудорасширяющее и противовоспалительное действие;
- димедрол (Sol. Dimedroli 1%, в ампуле 0,5 мл). Оказывает спазмолитическое и местноанестезирующее действие;
- натрия тиосульфат (Sul. Natrii Thiosulfatis 30%, в ампуле 1,0 мл). Оказывает антиоксидантное, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие.

Этот раствор применяется при перемещении, а также при промывании носа и носоглотки в домашних условиях. Можно применять в виде капель. Они более предпочтительны, так как привыкание к ним, как, например, к Називину, не развивается. Поэтому их можно использовать более длительное время (до двух недель).

С целью усиления лечебного эффекта одновременно используются физиотерапевтические процедуры, в частности, лазерное воздействие непосредственно на носоглотку. Назначается детям с 3 лет, количество сеансов зависит от возраста. Другие физические методы (КУФ, электрофорез и проч.) не заслуживают особого внимания, так как не обеспечивают достаточную глубину проникновения и лечебный эффект у них практически отсутствует.

Дополнительно к местному лечению полезно использовать растительные препараты (перорально) — Синупрет и Геломиртол. Они оказывают целенаправленное действие — уменьшают выраженность воспаления в области верхних дыхательных путей.

Синупрет выпускается в виде драже и капель. У детей, особенно младшего возраста, удобнее применять капли. Доза определяется в соответствии с возрастом — от 15 до 30 капель на прием 3 раза в день в какой-либо жидкости. Курс лечения от 10 до 14 дней.

Рассчитывать на выздоровление от применения одного лишь Синупрета не следует. Только при взаимодействии с местными процедурами возможно достижение положительного результата. Эти два метода дополняют друг друга, усиливая противовоспалительное действие.

Геломиртол представлен в капсулах по 120 мг. Детям до 14 лет назначают по 1 капсуле 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней.

При соблюдении всех предлагаемых условий лечения затычного насморка и аденоидита положительный результат может проявиться в ближайшие 3–4 суток: уменьшается отделяемое и снижается отечность, как следствие улучшается дыхание через нос. Но это только улучшение, а необходимо добиться выздоровления. Поэтому лечение обычно продолжается 12–14 дней.

Конечный результат такого курса лечения может быть различным. Во многом он зависит от длительности заболевания, частоты обострения, а также от выраженности воспаления и наличия осложнений.

После курса лечения может наступить выздоровление: исчезают все симптомы болезни, восстанавливается дыхание через нос на длительное время (от нескольких месяцев до года). Такой исход наблюдается у большинства детей, у которых аденоидит продолжался до одного года, т. е. срок заболевания был небольшим. Последующие ОРЗ, грипп, насморк, лечение которых начинается с первых дней болезни, быстро купируются. Этот благоприятный результат чаще наблюдается у детей 3–5 лет. Как правило, начало болезни у них связано с посещением детского сада, где велик риск контакта с вирусной инфекцией.

У некоторых детей наступает выздоровление, но на короткий срок. Через 2–4 недели все симптомы болезни возобновляются, часто без дополнительного заражения. Лечебный эффект повторного курса терапии также оказывается нестойким. Это состояние, при котором кратковременное улучшение сменяется новым обострением, связано с тем, что применение консервативных методов, даже с использованием антибиотиков, не приводит к полной санации очага воспаления. Расположенная в глубоких отделах аденоидной ткани инфекция через определенный интервал времени проявляет активность и вновь становится причиной болезни. Чаще всего это наблюдается у детей со значительной (более 1–2 лет) длительностью заболевания. Этим пациентам показано хирургическое лечение — аденотомия. Как правило, это дети дошкольного и младшего школьного возраста (5–8 лет).

И наконец, есть группа детей, у которых результат консервативного лечения по данному принципу отрицательный. С первого же дня лечения никаких изменений в состоянии больного нет.

Возможные варианты объяснения этого состояния:

1. В аденоидной ткани наблюдаются резко выраженные воспалительные изменения. Это абсолютное показание к удалению аденоидов.

2. Развитие осложнений, чаще всего синусита, который протекает бессимптомно. При сочетании с аденоидитом не поддается таким щадящим консервативным методам. Необходимо рентгенологическое обследование, уточнение диагноза и проведение соответствующего лечения. Интенсивное комплексное лечение может способствовать выздоровлению. В противном случае показана аденотомия.

Среди больных с отрицательным результатом лечения есть дети, инфицированные внутриклеточной инфекцией, чаще это *Mycoplasma pneumoniae*, реже — *Chlamydia pneumoniae*. При подозрении на наличие данной инфекции проводится специальное обследование. Лечение с применением специфических лекарственных препаратов, включая направленные на эту инфекцию антибиотики, приводит к выздоровлению. Обнаружить и вылечить внутриклеточную инфекцию без хирургического вмешательства возможно, хотя для этого требуются определенные усилия; повторные курсы лечения, наблюдение у ЛОР-врача.

\* \* \*

Таким образом, разные формы аденоидита у детей встречаются достаточно часто. Диагностика их не всегда бывает своевременной, поэтому лечение оказывается недостаточным, болезнь приобретает затяжной и часто рецидивирующий характер, возникают осложнения. Рациональное лечение на ранних стадиях заболевания приводит к выздоровлению. В запущенных случаях показана аденотомия.

## Литература

1. Богомилский М. Р. Диагностическая эндоскопия в ринологии у детей / М. Р. Богомилский, Т. И. Гарашенко // Вестн. оторинолар. — 1995. — № 3. — С. 10–17.
2. Гаджимирзаев Г. А. Современные представления о патогенетической взаимосвязи заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у детей / Г. А. Гаджимирзаев // Вестн. оторинолар. — 1992. — № 3. — С. 27–30.
3. Гринева В. А. Физиотерапевтические возможности лечения больных сфеноидитом / В. А. Гринева // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1997. — № 5. — С. 69–72.
4. Киселев А. С. Диагностика сфеноидитов / А. С. Киселев // Новости оторинолар. и логопатол. — 1997. — № 3 (11). — С. 28–33.
5. Ковалева Л. М. Сфеноидиты у детей / Л. М. Ковалева. — СПб.: СПб НИИ ЛОР, 2001. — 169 с., ил.
6. Ковалева Л. М. Аденоиды и сопутствующие заболевания / Л. М. Ковалева. — М.: СПб.: Диля, 2003. — 160 с.
7. Ковалева Л. М. Насморк у детей / Л. М. Ковалева. — СПб: Диалект, 2006. — 104 с.
8. Озинковский В. В. Применение низкочастотного переменного и постоянного магнитных полей в оториноларингологии / В. В. Озинковский // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1981. — № 6. — С. 74–77.
9. Попова Е. Д. Изменение органов лимфоидной системы при микоплазмозе: автореф. дис... канд. мед. наук / Е. Д. Попова. — Л., 1985. — 20 с.
10. Рязанцев С. В. Опыт применения нового макролидного антибиотика рокситромицин (рулид) в оториноларингологии / С. В. Рязанцев, Л. М. Ковалева, Г. И. Тимофеева // Новости оторинолар. и логопатол. — 1998. — № 1. — С. 14–16.
11. Стрельцова И. М. Клинические аспекты респираторного микоплазмоза у детей / И. М. Стрельцова // Актуальные проблемы пульмонологии детского возраста: тез. докл. — М., 1985. — С. 64–65.
12. Учайкин В. Ф. Микоплазменные инфекции / В. Ф. Учайкин // Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: Медицина, 1998. — С. 373–376.
13. Филатов В. Ф. Оптимизация лечения воспалительных заболеваний ЛОР-органов с применением физических методов / В. Ф. Филатов // Вестн. оторинолар. — 1995. — № 2. — С. 5–8.