ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

Департамент здравоохранения города Москвы

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АДЕНОИДАХ И АДЕНОИДИТАХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Методические рекомендации

Москва - 2018

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы

Крюков А.И.

« 9 » апреля 2018 года

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке Департамента здравоохранения города Москвы №

« 15 » мая 2018 года

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АДЕНОИДАХ И АДЕНОИДИТАХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Методические рекомендации № 3

Москва 2018

УДК 377(075.8)
ББК 74.58я73
С-38

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Составители: Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. А.И. Крюков; д.м.н., проф. Н.Л. Кунельская; д.м.н. А.Ю. Ивойлов; д.м.н. А.Б. Туровский; к.м.н. Р.Б. Хамзалиева; к.б.н. Г.Н. Изотова; к.м.н. А.И. Мачулин; к.м.н. В.В. Яновский; к.м.н. В.Р. Пакина; к.м.н. И.И. Архангельская; к.м.н. Ю.В. Лучшева; к.м.н. Г.Б. Шадрин; З.Н. Морозова; С.Г. Арзамазов

Рецензенты: д.м.н., профессор, руководитель отделения профилактики и коррекции нарушений слуха ФГБУН "Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования ФМБА России" Милешина Н.А.
д.м.н., профессор, руководитель оториноларингологической службы ГБУЗ "Морозовская ДГКБ ДЗМ" Солдатский Ю.Л.

Лечебно-диагностическая тактика при аденоидах и аденоидитах в детском возрасте/ Методические рекомендации. - Под редакцией А.И. Крюкова. - Москва. - 2018. - 20с.

Предназначение: В методических рекомендациях представлены современные подходы к диагностике и лечению аденоидных вегетаций и аденоидитов у детей, как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Кроме того, в методических рекомендациях представлены сведения о рациональном применении фитопрепаратов у детей с данной патологией, в том числе и после аденотомии. Методические рекомендации рассчитаны на врачей оториноларингологов и врачей педиатров.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN 978-5-9961-0123-8

© Коллектив авторов, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....4

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ.....5

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ.....6

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ.....7

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ.....8

АДЕНОИДИТ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ.....10

ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОИДИТА.....12

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....17

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....18

ВВЕДЕНИЕ

Аденоиды (аденоидные вегетации, глоточная миндалина, J 35.2) - скопление лимфоидной ткани (фолликулярной и диффузной) в своде носоглотки, входящей в состав лимфоглоточного кольца Вальдейера-Пирогова. Первое упоминание об аденоидных вегетациях встречается в трудах Санторини (G. Santorini, 1681-1737), но впервые гипертрофия глоточной миндалины была определена, как нозологическая форма, и подробно описана в 1867 году в статье "Аденоидные вегетации в полости носа, случай заболевания, лечение и выздоровление" датским оториноларингологом Вильгеймом Майером. Им же впервые была выполнена аденотомия у взрослой девушки 22 лет, страдающей тугоухостью и гнусавостью, после безуспешного консервативного лечения. В России одной из первых работ, посвященных аденоидным вегетациям, было исследование, проведенное В.В. Никитиным в 1882 году "Об аденоидных разрастаниях в носоглоточной полости".

Аденоиды являются часть лимфатической системы организма, покрыты эпителием респираторного типа и составляют единую систему лимфоидной ткани, ассоциированную со слизистыми оболочками: систему мукозального иммунитета (MALT-mukosa associated lymphoid tissue)[3,24]. Гипертрофия аденоидов обусловлена гиперплазией ее лимфоидной ткани. Наличие глоточной миндалины является особенностью детского возраста и физиологическая инволюция ее начинается с 10-12 летнего возраста, а к 15-18 годам наступает полная атрофия. Однако, надо отметить тот факт, что в последнее десятилетие увеличилась частота диагностики аденоидных вегетаций у подростков и лиц старшего возраста. Некоторые авторы связывают учащение выявления глоточной миндалины с внедрением новых технологий в диагностике ЛОР-патологии. Другие источники не отрицают связь всплеска данной патологии с изменениями условий окружающей среды (вредные выбросы, профессиональные вредности, продукты питания и т.д.)[9,13].Максимальное физиологическое увеличение объема глоточной миндалины происходит в третьем (1-3 года) и четвертом (5-7 лет) критических периодах дискретного созревания иммунной системы [6].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ

Проблема патологии аденоидных вегетаций приобретает в последние годы большое медико-социальное значение не только в нашей стране, но и за рубежом, т.к. распространенность ее неуклонно растет: в 50-60 г.г. прошлого века - у 4-16 % детей, в 70-80 г.г. - у 9,9-29,2 %, в 1999 г. - уже у 37-76 % детей [28]. В России, в структуре патологии ЛОР-органов у детей, аденоиды составляют от 21% до 53,1% всех заболеваний, в зависимости от возрастной группы [2]. В структуре ЛОР-патологии детских стационаров г. Москвы на долю больных с аденоидными вегетациями приходится до 40% от всех госпитализированных детей, а в структуре заболеваемости верхних дыхательных путей - до 81% [15].

Традиционно различают три степени гипертрофии глоточной миндалины [18]: I степень - аденоидная ткань прикрывает только верхнюю треть сошника ; II степень - аденоидная ткань прикрывает половину сошника; III степень - аденоидная ткань прикрывает сошник полностью, доходя до уровня заднего конца нижней носовой раковины. Однако, более полная классификация была предложена В.Т.Пальчуном, А.И.Крюковым (2001) [7], которые выделили 4 степени аденоидных разращений: при I степени - аденоиды прикрывают до 1/3 сошника, при II - до 1/2, при III степени - 2/3 сошника закрыты гипертрофированной миндалиной и при IV - хоаны закрыты полностью или почти полностью.

Этиологические факторы развития гипертрофии аденоидов отличаются разнообразием. У детей раннего возраста их увеличение можно отнести к физиологическому явлению, отражающему формирование защитной системы на пути проникновения микроорганизмов со струей воздуха в верхние дыхательные пути [19]. Предрасполагающими факторами могут быть: осложненное течение анте- и перинатального периода онтогенеза ребенка, частые острые респираторно-вирусные инфекции (группа часто болеющих детей), рецидивирующие воспалительные заболевания носоглотки (бактериальные, вирусные, грибковые аденоидиты), детские инфекционные болезни (корь, ветряная оспа, скарлатина и др.), аллергические процессы (пищевая аллергия, аллергический ринит , поллиноз и т. д.)[6], эндокринные нарушения, аномалии конституции (лимфатико-гипопластический диатез)[10], гиповитаминозы, кислотозависимые заболевания желудка (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь)[14], неблагоприятные социально-бытовые условия жизни, экологическая обстановка [21] и другие факторы, блокирующие адекватный адаптивный ответ организма ребенка.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ

Клиническая картина гипертрофии аденоидов - весьма полиморфна и включает местную и общую симптоматику. К *местным симптомам* относятся: нарушение носового дыхания (обструкция носа и носоглотки), вынуждающее ребенка дышать через рот, затрудняя прием пищи, особенно у детей младшей возрастной группы, ведущее к развитию храпа и синдрому обструктивного апноэ сна (СОАС); отделяемое из носа, вызывающее раздражение (иногда и экзематозной поражение) кожи преддверия носа и носогубной области; изменение формы лица ("аденоидный" тип): отсутствующее выражение, полуоткрытый рот, отвисшая нижняя челюсть, расширенные и сглаженные носогубные складки; нарушение формирования костно-мышечных структур лицевого скелета, включающее развитие арковидного (готического) неба, возникающее в результате отсутствия давления со стороны языка на твердое небо, верхнюю челюсть и альвеолы, и аномального расположения зубов, нарушения их контакта и прикуса (нижнечелюстная прогнатия), а также гингивита; изменение тембра голоса ("закрытая гнусавость"); снижение обоняния; кашель, возникающий при обострении хронического аденоидита, обычно в ночное время при горизонтальном положении ребенка; снижение слуха по звукопроводящему типу, обусловленное механическим давлением лимфоидной ткани на глоточное устье слуховых труб (дисфункция слуховых труб) или отеком слизистой оболочки носоглотки; регионарный лимфаденит (подчелюстной и шейный). *Общая симптоматика* проявляется многочисленными нарушениями соматического и психического состояния ребенка. Дети становятся раздражительны, плаксивы, апатичны. В результате хронической обструкции дыхательных путей и гипоксии во время сна, повышенного уровня CO^2 в крови, у них отмечается рассеянность, ослабление памяти и внимания, повышенная утомляемость, недомогание, бледность кожных покровов, анемия, снижение аппетита, интеллекта и работоспособности, что отражается на развивающих занятиях в детском саду, успеваемости в школе. Происходит отставание в общем развитии, может сформироваться аномальная грудная клетка ("куриная грудь"), сутулые плечи. Дыхание через рот, наличие хронического очага инфекции в носоглотке, недостаточная работа бронхо-легочного аппарата способствует развитию хронического фарингита, тонзиллита, ларингита, трахеита, бронхита и пневмонии. Эпилептиформные припадки, хореподобные движения мышц лица, навязчивый приступообразный кашель, ночное недержание мочи (энурез), ночные страхи являются результатом поражения отдельных участков ЦНС у этой категории больных. Гипертрофия глоточной миндалины является одной из причин развития острой и хронической воспалительной патологии носа, околоносовых пазух и среднего уха.

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ

Диагноз гипертрофии аденоидных вегетаций устанавливают на основании жалоб ребенка или его родителей, совокупности данных анамнеза, объективного исследования, клинического течения заболевания и лабораторных данных. Жалобы на частые респираторно-вирусные заболевания, постоянное или периодическое (только во время сна) затруднение носового дыхания, дыхание через рот, храп, отделяемое из носа, нарушение общего состояния ребенка, периодическое или постоянное нарушение слуха на одно или оба уха являются достаточным основанием, чтобы предположить наличие у ребенка гипертрофии аденоидов. Размеры аденоидов определяют при проведении трансназальной эндоскопии, эндоскопической трансоральной эпифаренгоскопии или задней риноскопии. При неадекватном психо-эмоциональном поведении ребенка, в основном это дети младшей возрастной группы, используют рентгенографию носоглотки в боковой проекции. Пальцевое исследование носоглотки проводят для дифференциальной диагностики с заболеваниями: опухоли, ювенильная ангиофиброма, хоанальный полип, гипертрофия задних концов нижних носовых раковин, атрезия хоан. Данный вид исследования информативен, т.к. позволяет оценить величину, консистенцию, положение аденоидов, а также получить представление о форме и размерах самой носоглотки. Однако, он травматичен и вызывает у ребенка негативное отношение к последующим осмотрам, манипуляциям и врачу. Лабораторные методы исследования включают: клинические анализы крови и мочи, бактериологическое исследование отделяемого из носоглотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. При наличии показаний проводят: риноманометрию, рентгенографию околоносовых пазух, КТ околоносовых пазух и носоглотки, аудиологическое исследование (акустическая импедансометрия, тональная пороговая аудиометрия), иммунологическое и вирусологическое исследования.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Лечение патологии глоточной миндалины в детском возрасте подразделяется на консервативное и хирургическое. Надо отметить, что различают «истинную» и «ложную» гипертрофию глоточной миндалины.

«Истинная» гипертрофия обусловлена гиперплазией лимфоидной ткани. В этом случае ребенку показано хирургическое лечение – аденотомия. К хирургическому лечению аденоидных вегетаций (аденотомии) следует прибегать, если этапное, проводимое в течение 3-6 месяцев консервативное лечение аденоидитов оказалось неэффективным (либо развился средний отит или синусит).

Показаниями к аденотомии служат стойкое затруднение носового дыхания на фоне гипертрофии аденоидов II и выше степени, частые простудные заболевания, рецидивирующие хронические заболевания околоносовых пазух; секреторный, рецидивирующий и хронический отиты; рецидивирующие и хронические трахеобронхиты, пневмония, бронхиальная астма; нарушение речи, психоневрологические и рефлекторные расстройства.

Противопоказаниями к аденотомии являются: острые инфекционные заболевания, их предвестники или контакт с больными детскими инфекциями; заболевания крови (острый и хронический лейкоз, геморрагический диатез, иммунные гемопатии); бациллоносительство токсигенной коринебактерии дифтерии; острые заболевания ЛОР – органов или обострение хронических заболеваний; острые заболевания внутренних органов или обострение хронических заболеваний; декомпенсированные состояния при заболеваниях сердца, почек, печени и легких; кариес зубов; тимомегалия сосудов глотки.

В последнее время, отмечается повышенный интерес оториноларингологов к проблеме визуального, в том числе эндоскопического контроля за операционным полем во время оперативных вмешательств на носоглотке, что приводит к повышению эффективности и качеству выполнения аденотомии.

Наиболее известны следующие методы аденотомии:

1. Метод эндоскопической трансназальной аденотомии заключается в удалении лимфаденоидной ткани при помощи микродебридора, введенного через одну половину носа, под контролем торцевого эндоскопа, введенного через другую половину носа, затем положение микродебридора и эндоскопа меняются.

2. Метод аденотомии под контролем гортанного зеркала широко применяется в странах Европы и США, включает проведение оперативного вмешательства под эндотрахеальным наркозом при помощи аденотома Бекмана и его модификаций, при этом для визуального контроля применяется гортанное зеркало, введенное трансорально.

3. Шейверная эндоскопическая аденотомия под трансоральным эндовидеоконтролем.

4. Коблационная аденотомия под трансоральным эндовидеоконтролем.

Также, для проведения аденотомии используют традиционные методы оперативного вмешательства, такие как:

- классическая аденотомия;
- аденотомия в условиях общего обезболивания (в том числе с применением эндовидеоконтроля).

«Ложная» гипертрофия глоточной миндалины характеризуется отеком лимфоидной ткани носоглотки, угнетением мукоциллиарной системы респираторного тракта, активацией условно патогенной флоры, т.е. развитием хронического аденоидита. При этом глоточная миндалина увеличена в размерах и ошибочно принимается оториноларингологами за «истинную» гипертрофию, в связи с чем производится необоснованная аденотомия, тогда как можно сохранить этот иммуннокомпетентный орган носоглотки, проведя курс консервативного лечения.

АДЕНОИДИТ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ

Аденоидит - воспаление глоточной миндалины лимфоглоточного кольца Вальдейера-Пирогова. Данная патология на сегодняшний день является наиболее распространенной оториноларингологической патологией в детском возрасте. Частота встречаемости в России составляет 50-55%, а в группе часто болеющих детей - до 70% [1,11,18]. По длительности течения процесса различают острый и хронический аденоидит. Острый аденоидит (ретроназальная ангина, острый эпифарингит) - острое воспаление глоточной миндалины, ассоциированное с острым воспалением ротоглотки или слизистой оболочки полости носа, длительность течения которого не превышает 1 месяца, повторяющееся не чаще 3 эпизодов в год. Как правило, острый аденоидит является физиологической реакцией иммунной ткани глоточной миндалины на острый инфекционный процесс верхних дыхательных путей [17]. Хронический аденоидит - хроническое полиэтиологичное заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины [17]. По типу воспалительной реакции выделяют отечно-катаральную и гнойную формы аденоидита [17]. По этиологическому компоненту - вирусный, бактериальный, аллергический [17] и грибковый[22] аденоидиты. Острый аденоидит чаще всего развивается после перенесенной вирусной инфекции тропной к лимфоидной ткани носоглотки: герпес 1, 2, 6 типа, аденовирусы, RS-вирусы, ЕСНО-вирус, вирус Коксаки, Эпштейн-Барр [4,5,26]. При поражении вирусом длительный контакт реснитчатого эпителия поверхности глоточной миндалины с патогенными бактериями вызывает вторичное бактериальное инфицирование. Этиологические факторы хронического аденоидита включают наличие: персистирующей вирусной инфекции, хронической бактериальной и атипичной инфекции, аллергии, гастроэзофагального рефлюкса, врожденных и приобретенных патологий полости носа и носоглотки, иммунодефицитных состояний [8]. По данным литературы, основными бактериальными возбудителями хронического аденоидита являются *St. aureus* (21,5-50%), *H. influenzae* (3,3-66,7%), *M. catarrhalis* (6,7-35,6%), *Str. pneumoniae* (3,3%) [16].

В отделе ЛОР патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского», с целью изучения особенностей микробиологического пейзажа отделяемого с поверхности глоточной миндалины проведено обследование детей с обострением хронического аденоидита. В 81,2% случаев микробиота у них была представлена 30 видами бактерий: *St. aureus* - 48,5%, *Str. pneomoniae* – 30,7%, *Str. viridans* – 7,9 %, *Str. salvarius* – у 4,7%. Доля остальных видов бактериальных штаммов не превышала 3,2%. В 1,5% случаев роста микрофлоры не выявлено. У 18,8% больных отмечен рост дрожжеподобных грибов *Candida* в диагностически значимых количествах. При видовой идентификации обнаружены грибы *C. albicans* – у 40,6% детей, что характеризует наибольшую патогенность данного гриба при грибковом

аденоидите. *C.tropicalis* – у 17,1% детей. В единичном количестве выделены *C. famata* - у 4, 6% детей, *C. guilliermondia* - у 1,5%, *C. pseudotropicalis* – у 1,5%. У 34,6% пациентов выявлены *Candida. spp.* У всех больных с грибковым аденоидитом диагностированы грибково-бактериальные ассоциации. Наиболее часто кандидозная флора ассоциировалась с *St. aureus* - 68,7%, на втором месте по частоте встречаемости отмечался *Str. salivarius* - 20,3%, и *Str. viridans* – в 12,5% случаях, остальная бактериальная флора (*Str. chromogenes, Str. intermedius, Str. agalactiae, Str. mutans, Str. anginosu*) выделена в единичных случаях.

ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОИДИТА

Основные направления лечения аденоидита включают:

- системную и топическую антибактериальную терапию (с учетом идентификации возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам);
- неспецифическую гипосенсебилизирующую терапию;
- ирригационную терапию (носовой душ, метод перемещения лекарственных средств, ретроназальный душ: с физ. раствором, с минеральной и морской водой);
- физиотерапию (лазерное облучение, магнитотерапия, ультрафиолетовое облучение, различные типы ультразвука, электрический ток малой силы);
- иммунокоррекцию (применение лизатов бактерий, системные иммуномодулирующие препараты);
- топическую кортикостероидную терапию (включает применение топических интраназальных кортикостеродов);
- антимикотическую терапию (при высевании патогенной грибковой флоры в диагностически значимых количествах);
- терапия средствами природного происхождения (фитопрепараты).

Как уже отмечалось ранее, аденотомия составляет основной объем хирургических вмешательств в детской оториноларингологии. Наиболее часто после аденотомии может активизироваться "дремлющая" инфекция в носоглотке, вызывая осложнения инфекционного происхождения, т.е. обострение хронического аденоидита. В этом случае, в течение продолжительного периода времени у детей отмечаются реактивные воспалительные изменения в носоглотке, в области послеоперационной раны, протекающие в виде: затрудненного носового дыхания, слизисто-гнойного и гнойного отделяемого из носа и задней стенки ротоглотки, повышение температуры тела, болевой симптом и т.д. Необходимость использования антибактериальной терапии в послеоперационном периоде у этого контингента больных не вызывает сомнения. Однако, в связи с растущей резистентностью патогенной микрофлоры к применяемым на сегодняшний день известным антибактериальным препаратам, становится актуальным поиск новых антибактериальных препаратов, не применяемых для этих целей ранее.

В последние годы в медицине все чаще стали использовать препараты на основе трав и растений - фитопрепараты.

Достоинством современной фитотерапии является низкий риск развития побочных эффектов. Большинство из этих препаратов хорошо переносятся больными, с меньшими нежелательными последствиями, чем фармацевтические препараты химического происхождения [12]. Конечно же одним из важных фактором выбора является относительно низкая стоимость - фитопрепараты стоят значительно меньше лекарственных средств. Фитотерапия должна хорошо сочетаться с любой фармакотерапией, повышая

ее эффективность и уменьшая риск возникновения побочных эффектов.

Таким фитопрепаратом для лечения воспалительной патологии аденоидных вегетаций является известный в России препарат «Умкалор», предназначенный для лечения заболеваний верхних дыхательных путей. «Умкалор» – уникальное лекарственное средство растительного происхождения фирмы Dr. Willmar Schwabe (Германия), в состав которого входит оригинальный экстракт из корней Южноафриканского растения Pelargonium sidoides – EPs® 7630. «Умкалор» активирует противовирусные защитные механизмы организма, положительно влияя на неспецифическую иммунную реакцию посредством стимуляции фагоцитоза и регуляции активности специфических субстанций хемотаксиса, является индуктором продукции цитокинов (интерферона). Препарат обладает антибактериальным действием, предупреждает присоединение вторичной инфекции; увеличивает частоту движения ресничек, оказывая секретомоторный эффект. Многочисленные клинические исследования Умкалора, проведенные в разных странах мира, продемонстрировали высокую эффективность и безопасность препарата при лечении заболеваний ЛОР-органов, инфекций верхних дыхательных путей и бронхита, как у взрослых, так и у детей старше 1 года [20,23,25]. Большинство исследований показали превосходный профиль безопасности препарата, что позволяет использовать «Умкалор» в течение длительного времени, а также для профилактики обострений хронических инфекций респираторного тракта [27,29].

Противопоказаниями к применению Умкалора являются гиперчувствительность пациента к компонентам препарата, склонность к кровотечениям, тяжелые заболевания печени и почек, период беременности и лактации. Таким образом, комбинированное антивирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, муколитическое и секретомоторное действие «Умкалора» делают его привлекательным для терапии заболеваний органов дыхания у детей с атопией, поскольку проблема снижения медикаментозной нагрузки у данной группы пациентов является весьма актуальной.

В отделе ЛОР патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» ДЗМ проведено исследование клинической эффективности и влияния препарата "УМКАЛОР" (Pelargonium sidoides – EPs® 7630) в составе комплексной терапии на течение послеоперационного периода после аденотомии у детей с хроническим аденоидитом. Обследовано и пролечено 200 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом: аденоиды III степени, хронический аденоидит вне обострения, поступивших для планового хирургического вмешательства – аденотомия. В зависимости от лечения, проведенного в послеоперационном периоде, сформировано 2 группы больных. Группа I (основная) – 100 детей, которым после аденотомии было проведено консервативное лечение, включающее: тестируемый/исследуемый препарат - "УМКАЛОР" раствор (per os), схема дозирования: возраст от 4 до 6 лет - по 5-10 капель 3 раза в день, возраст от 6 до 12 лет - по 10-20 капель 3

раза в день; топические деконгестанты (в возрастной дозировке); протеинат серебра (капли в нос в возрастной дозировке); антигистаминные препараты 2-3 поколения (в возрастной дозировке). Группа II (контрольная) – 100 детей, которым после аденотомии было проведено консервативное лечение включающее: антибактериальную терапию (в возрастной дозировке) (цефалоспорины 3 поколения); топические деконгестанты (в возрастной дозировке); протеинат серебра (капли в нос в возрастной дозировке); антигистаминные препараты 2-3 поколения (в возрастной дозировке). В обеих группах курс послеоперационной терапии составлял 7 дней.

На догоспитальном этапе диагностический алгоритм включал: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, эндоскопию полости носа и носоглотки, лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови), микробиологическое исследование (микологическое и бактериологическое) отделяемого с поверхности глоточной миндалины.

Аденотомию проводили всем детям (200) под эндотрахеальным наркозом, классическим способом, под контролем жесткого эндоскопа 0^0 или 30^0. В послеоперационном периоде диагностический алгоритм включал: сбор жалоб детей или их родителей, оториноларингологический осмотр, эндоскопию полости носа и носоглотки, интраоперационное гистологическое исследование.

Динамику основных жалоб (затруднение носового дыхания, выделения из носа, повышение температуры тела, боль в горле) оценивали на основании ежедневного опроса родителей пациентов, начиная со 2-х послеоперационных суток по 7-е включительно, и во время финального осмотра на 10-е сутки после хирургического вмешательства. Анализ полученных результатов проводили с использованием балльной оценки: «0» - отсутствие жалоб и/или симптомов, «1» - незначительно выраженные жалобы и/или симптомы, «2» - умеренно выраженные жалобы и/или симптомы, «3» - выраженные жалобы и/или симптомы, «4» - сильно выраженные жалобы и/или симптомы.

На 7-е и 10-е сутки после оперативного вмешательства оценивали состояние слизистой оболочки полости носа и носоглотки (гиперемия, отек, наличие фибрина, отделяемое), проводя оториноларингологический осмотр и эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, согласно разработанной шкале от 0- 3 баллов. При этом 0 баллов соответствовало отсутствие реактивных явлений, фибрина в носоглотке; 1 балл – реактивные явления выражены слабо: незначительный отек слизистой оболочки полости носа, незначительное количество слизистого отделяемого в носовых ходах, незначительное количество фибрина в носоглотке, задняя стенка ротоглотки гиперемирована; 2 балла – выражены умеренно: умеренный отек слизистой оболочки полости носа, умеренное количество фибрина в носоглотке, спускающегося по задней стенке ротоглотки, умеренное количество слизисто-гнойного отделяемого в носовых ходах; 3 балла – выражены

сильно: выраженный отек слизистой оболочки полости носа, обильный фибрин в носоглотке, спускающийся по задней стенке ротоглотки, обильное количество гнойного отделяемого в носовых ходах.

Безопасность препарата "Умкалор" оценивали по переносимости препарата, обострениям аллергических заболеваний, развитию аллергических и других побочных реакций. При анализе переносимости препарата "Умкалор" использовали градации: очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная. В целом по интегральной шкале IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale) родители пациентов оценивали удовлетворенность результатами лечения препаратом "Умкалор" (полностью удовлетворен, удовлетворен, отношусь нейтрально, неудовлетворен, крайне не удовлетворен).

Положительные результаты на фоне применения препарата «Умкалор» отмечены у всех пациентов основной группы.

Сравнительная оценка динамики жалоб детей (их родителей), перенесших аденотомию представлена в таблице 1.

Сравнительная оценка динамики жалоб детей (их родителей), перенесших аденотомию (N-200). Таблица 1.

Сутки после операции	Повышение температуры тела		Боль в горле		Затруднение носового дыхания		Выделения из носа	
	Iгруппа (N-100)	IIгруппа (N-100)	Iгруппа (N-100)	IIгруппа (N-100)	Iгруппа (N-100)	IIгруппа (N-100)	Iгруппа (N-100)	IIгруппа (N-100)
2-е	100	100	100	100	100	100	100	100
3-и	44	72	100	100	100	100	100	100
4-е	19	72	46	85	100	100	100	100
5-е	---	24	7	31	100	100	100	100
6-е	---	---	---	5	63	100	100	100
7-е	---	---	---	---	13	100	15	100
10-е	---	---	---	---	---	---	---	---

Объективная оценка реактивных явлений со стороны слизистой оболочки полости носа и носоглотки на 7-е сутки после оперативного вмешательства у пациентов I группы выявила незначительный отек слизистой оболочки полости носа, незначительное количество слизистого отделяемого в носовых ходах у 15 (15%) детей. Отсутствие реактивных явлений, фибрина в носоглотке отмечено у всех детей данной группы. Во II группе реактивные явления со стороны слизистой оболочки полости носа имели более выраженный характер и отмечены у всех пациентов. При этом, у 71 (71%) ребенка отмечен отек в области послеоперационной раны носоглотки (при отсутствии фибрина). У 32 (32%) - отек сочетался с остатками фибринозного налета.

Объективная оценка реактивных явлений со стороны слизистой оболочки полости носа и носоглотки на 10-е сутки после оперативного вмешательства у пациентов I группы выявила отсутствие реактивных явлений в полости носа и носоглотке у всех детей. Во II группе реактивные

явления со стороны слизистой оболочки полости носа отмечены не были у всех пациентов. Однако, у всех пациентов этой группы отмечен незначительный отек (остаточные явления) слизистой оболочки носоглотки.

Как показали наши исследования, "Умкалор" обладает хорошей переносимостью, в ходе исследования нежелательных побочных реакций, в том числе и аллергических, у детей I группы выявлено не было. Случаев отказа от приема препарата "Умкалор" ввиду его неэффективности, неудобства применения, а также нарушений режима терапии не зафиксировано. Практически все родители пациентов I группы (99%) удовлетворены результатами лечения (полностью удовлетворены 67%, удовлетворены 32%); 1 (1%) - отнесся нейтрально.

Проведенные клинические исследования показали, что клиническая эффективность препарата "Умкалор" в составе комплексной терапии у детей после аденотомии, в раннем послеоперационном периоде, заключается в снижении продолжительности реактивных явлений, ускорении заживления послеоперационной раны носоглотки. Комбинированное антивирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, муколитическое и секретомоторное действие препарата позволяет использовать "Умкалор" в качестве альтернативы антибактериальным препаратам в составе комплексной терапии у детей после аденотомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема хронической патологии носоглотки у детей, особенно дошкольного возраста, является одним из самых актуальных вопросов современной оториноларингологии и педиатрии. В последнее время отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости гипертрофии глоточной миндалины и ассоциированного с ней воспаления лимфаденоидной ткани носоглотки, что в свою очередь ведет к увеличению количества оперативных вмешательств - аденотомий в детском возрасте. Развитие воспаления в остатках лимфоидной ткани носоглотки в ранний послеоперационный период негативно влияет на общее состояние организма ребенка и является одной из причин рецидивирования аденоидных вегетаций. В связи с растущей резистентностью к применяемым на сегодняшний день известным антибактериальным препаратам использование относительно нового фитопрепарата "УМКАЛОР" в качестве альтернативного антибиотиколечения в послеоперационном периоде в составе комплексной терапии у детей, перенесших аденотомию, является весьма оправданным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Борзов Е.В. Факторы риска развития аденоидных вегетаций у детей // Вестник оториноларингологии. - 2003. - №2. - С.22-23.
2. Борзов Н.В. Аденоиды // Детская оториноларингология: Руководство для врачей / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. - М.: ОАО "Издательство "Медицина". - 2005. - Т.1. - С.296-308.
3. Быкова В.П., Иванов А.А., Пакина В.Р. Морфофункциональная характеристика нёбных и глоточных миндалин // Архив патологии. - 1996. - №6. - С.16-21.
4. Быкова В.П., Бруевич О.А., Палюшина О.В. Аденоиды и аденоидиты в физиологии и патологии детского возраста // Архив патологии. - 2007. - №4. - С. 50-56.
5. Гаращенко Т.И. Затрудненное носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения // Педиатрия. - 2008. - Т. 87. - №5. - С. 69-75.
6. Гаращенко Т.И., Зеленкова И.В., Алфёрова М.В. Иммуномодуляторы топического применения в профилактике и лечении хронического аденоидита у детей // Вестник оториноларингологии. - 2011. - №2. - С.62-65.
7. Гипертрофия глоточной (носоглоточной) миндалины - аденоиды // Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 2001. - С.315-319.
8. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. О роли различных этиологических факторов в развитии хронической патологии носоглотки у детей // Лечащий врач. - 2013. - 01. - С.50-54.
9. Кунельская Н.Л., Скрябина Л.Ю.. Особенности заболеваемости ЛОР-органов у лиц молодого возраста // Вестник оториноларингологии. - 2011. - №3. - С.55-58.
10. Лукашевич М.Г., Киселёв В.В., Кириб Г.И. Аденоиды и часто болеющие дети - клинико-морфологические параллели // Вестник оториноларингологии. - 2010. - №4. - С.35-37.
11. Маккаев Х.М. Хронический аденотонзиллит у детей, как проблема педиатрии и детской оториноларингологии // Российский вестник перенатологии и педиатрии (приложение). - 2002. - С. 7-11.
12. Опыт применения препарата «Умкалор» при заболеваниях Лор-органов у детей / Ильенко Л.И., Парфенова А.О., Сырьева Т.Н. и др // Педиатрическая фармакология. - 2007, - №5, - С.36-38.
13. Протасевич Г.С., Яшан И.А., Яшан А.И. Аденоиды у взрослых // Вестник оториноларингологии. - 1999. - №5. - С.11-13.
14. Профилактика хронического аденоидита у детей с кислотозависимой патологией желудка / Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Вагина Е.Е. и др. // Вестник оториноларингологии. - 2009. - №5. - С.55-58.
15. Структура заболеваемости детей с госпитальной патологией ЛОР-органов по результатам мониторинга детских стационаров Москвы / Крюков

А.И., Ивойлов А.Ю., Захарова А.Ф. и др. // Вестник оториноларингологии. - 2015. - Т. 80. - №4. - С.65-68.
16. Тулупов Д.А., Карпова Е.П. О роли бактериальной флоры в этиологии хронического аденоидита у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2014. - №13(1). С.172-175.
17. Хронический аденоидит у детей: Пособие для врачей / Карпова Е.П., Тулупов Д.А. - М. - 2009. - 53 с.
18. Чистякова В.Р. Гипертрофия лимфоидного глоточного кольца // Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. - М.: ГЭОТАР-МЕД. - 2001. - С.264-268.
19. Чистякова В.Р. Аденоиды / Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание (под ред. В.Т. Пальчуна). - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2012. - Глава 9. - Болезни глотки. - С. 516 - 520.
20. Чучалин А. Г., Берман Б., Лемахер В. Лечение острого бронхита у взрослых экстрактом пеларгонии сидовидной (Pelargonium sidoides) (EPs® 7630) : рандомизированное, двойное-слепое, плацебо контролируемое исследование // Пульмонология. - 2007. - № 6. - С.49–55.
21. Экологические аспекты в развитии патологии лимфаденоидного глоточного кольца у детей / Николаева А.И., Вахрушев С.Г., Терскова Н.В. и др. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - №3. - С.11-12.
22. Экспериментальное обоснование применения новых методик при терапии грибковых аденоидитов у детей / Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Кунельская В.Я. и др. // Вестник оториноларингологии. - 2014. - №4. - С.49-51.
23. Bereznoy V., Riley D., Wassmer G., Heger M. Efficacy of extract of Pelargonium sidoides in children with acute non-group Abeta-hemolytis Streptococcus tonsillopharygits ; a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Alternative Therapies. - 2003. - Vol. - 9 (5). - P.68–79.
24. Brandzaeg P., Jahnsen F.I., Forstad I.N. Immune functions and immunopathology of the mucosa of upper respiratory pathway // Acta Otolaryngol. (Stochh.). - 1996. - 116. - P.149-159.
25. Daschner F., Bachert C. Press Conference : Common cold today – chronic sinusitis tomorrow? Forschung und Praxis // Aerzte-Zeitung. - 2005. - Vol. 24/417. - P.14–15.
26. Endo L.H., Sakano E., Vassallo J. et al. Ditection of Epstein-Barr virus and Subsets of Limfoid cells in adenoid tissue of Children under 2 Years of age // International Journal of Pediatric Otorhinolaringology. - 2002. - №3. - C. 223.
27. Heger M. Efficacy and safety of an extract of Pelargonium sidoides in the Treatment of the Common Cold. A multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. Poster presentation, First International Conference on Natural Products and Molecular Therapy, Cape Town, South Africa. - 2005
28. Levy F. What is your diagnosis? Adenoid hyperplasia with narrowing of the nasopharynx // Schweiz Rundsch Med Prax. - 1999. - 82. - 16. - P. 467-468.

29. Matthys H., Eisebitt R., Seith B., Heger M. Efficacy and safety of an extract of Pelargonium sidoides (EPs® 7630) in adults with acute bronchitis // Phytomedicine. - 2003. - Vol. 10. - Supplement IV. - P.7–17.