

АДЕНОИДЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЧЕВИДНА?

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины»
(дир. – акад. НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)

Заложенность носа, нарушение носового дыхания и выделения из полости носа являются наиболее частыми жалобами, которые предъявляют родители при обращении к отоларингологам и педиатрам. Данное состояние может быть обусловлено гипертрофией аденоидных вегетаций. Аденоиды, также известные как глоточные миндалины, представляют собой совокупность лимфоэпителиальной ткани в верхней части носоглотки, медиальной к отверстиям евстахиевой трубы. В сочетании с небными, язычными и трубными миндалинами аденоиды составляют структуру, известную как кольцо Пирогова-Вальдейера.

Гипертрофия аденоидов (ГА) – это обструктивное состояние, связанное с увеличением их размеров. Распространенность этой патологии в детском возрасте составляет от 28 до 34% [1]. Согласно литературным данным, это состояние может сопровождаться и/или быть обусловленным аллергическим ринитом. Так, при обследовании 117 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с ГА аллергический ринит (АР) был выявлен у 70,3% детей, то время как в контрольной группе 100 человек (дети с другими, не имеющими отношения к заложенности носа диагнозами) это соотношение было гораздо ниже и составило 10% [2].

Согласно результатам другого исследования, 22% детей с аллергическим ринитом имели ГА выше 2-й степени. У 80% детей, страдающих АР, не было удовлетворительных результатов после аденоидэктомии [3]. Методом случайной выборки у 84 детей с ГА проведено аллерготестирование к *Dermatophagoides Pteronyssinus* и/или *D.*

Farinae. Сенсibilизацию выявлено у 38 % детей [4].

Примечателен и тот факт, что отсутствие настороженности относительно аллергологической патологии и отсутствие этиопатогенетического лечения может быть причиной рецидива ГА. Так, по обобщенным данным, рецидивы гипертрофии аденоидных вегетаций выявлены в диапазоне от 1,3% до 26,0%. Наибольшее количество рецидивов выявлено у больных с АР в анамнезе: 18-26% [5]. У 80% детей, страдающих АР, не было удовлетворительных результатов после аденоидэктомии! [3].

Учитывая большой разброс данных о процентном соотношении больных с аллергическим ринитом в структуре больных с гипертрофией аденоидных вегетаций, нами было выполнено проспективное исследование в случайной выборке.

Цель исследования: выяснить распространенность аллергического ринита среди пациентов с нарушением носового дыхания, вызванного гипертрофией аденоидных вегетаций.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 4 до 10 лет. Из них мальчиков было 28 (56%), девочек – 22 (44%). Основными жалобами было нарушение носового дыхания и частые насморки. Все пациенты были обследованы отоларингологом. Выполнялась передняя и задняя риноскопия, при необходимости – эндоскопия полости носа для установления диагноза «гипертрофия аденоидных веге-

таций» и выявления степени гипертрофии. Кроме того, всем обследованным выполнялось комплексное скрининговое исследование, которое позволяло выявить сенсibilизацию по уровню специфических IgE к наиболее распространенным ингаляционным аллергенам (ингаляционные аллергены пыльцы деревьев, луговых и сорных трав, клещей домашней пыли, плесневых грибов, эпидермиса животных), а также к наиболее распространенным пищевым аллергенам (свинина, телятина, курица, белок/желток, мучные изделия, рис, соя, молоко, банан).

Результаты и их обсуждение

По результатам обследования гипертрофия аденоидных вегетаций 2-й степени выявлена у 5 пациентов (10%), 3-й степени – у 44 (88%) и 4-й степени – у 1 (2%). Сенсibilизация к ингаляционным аллергенам выявлена 48% случаев. В 8% случаев она сочеталась с пищевой аллергией. Наличие только пищевой аллергии выявлено у 1 (2%) обследованного.

Аллергия к бытовым аллергенам была установлена в 24% случаев, к пыльцевым – в 28% случаев. Сочетание сенсibilизации к бытовым и пыльцевым аллергенам выявлено в 4% случаев. Из пыльцевых аллергенов наиболее часто встречались тимофеевка, береза и амброзия, из бытовых – клещи домашней пыли.

Полученные результаты совпадают с литературными данными, и уточняют их на данной территории. Исходя из результатов исследования, почти каждый второй ребенок, страдающий гипертрофией аденоидных вегетаций, может иметь сенсibilизацию к тем или иным аллергенам, что требует как проведения определенных диагностических мероприятий, так и правильного лечения с учетом возможности наличия аллергической патологии. В противном случае, после удаления аденоидных вегетаций мы не получим ожидаемых результатов в плане нормализации носового дыхания, также высока вероятность рецидива. Кроме того, наличие аллергии в анамнезе может способствовать разрастанию аденоидных вегетаций, а своевременно начатое этиопатогенетическое лечение позволит уменьшить размер аде-

ноидов, а в ряде случаев даже избежать хирургического вмешательства.

Учитывая результаты нашего исследования, а также данные сравнительных исследований других авторов, в которых сравниваются результаты лечения детей с аллергическим ринитом с наличием гипертрофии аденоидов и детей с АР без ГА, можно сделать вывод о том, что формирование сенсibilизации к аэроаллергенам ассоциируется с увеличением риска гипертрофии аденоидов. В связи с этим Кохрановский систематический обзор по применению интраназальных кортикостероидов при гипертрофии аденоидов сделал заключение: «Интраназальные кортикостероиды могут значительно уменьшить симптомы заложенности носа у детей с умеренной и тяжелой гипертрофией аденоидов, и это улучшение может быть связано с уменьшением размера аденоидных вегетаций ...» [6-8].

Какие же топические кортикостероиды лучше применять в детском возрасте? Прежде всего, это препараты с широким профилем безопасности – отсутствием системного эффекта. По результатам многочисленных клинических исследований, таким препаратом является мометазона фуорат [8]. Он разрешен к использованию с 2-летнего возраста, что свидетельствует об отсутствии системного эффекта при его долговременном использовании [9]. Высокое сродство с рецептором проявляется в выраженной местной активности. Высокая липофильность препарата обеспечивает быстрое начало действия. Действие мометазона фуората в течение 24 часов обуславливает удобный режим приема.

Выводы

1. В результате проведенного исследования сенсibilизация к ингаляционным аллергенам выявлена у 48% обследованных пациентов.

2. Своевременная терапия топическими назальными кортикостероидами больных с гипертрофией аденоидных вегетаций позволяет избежать рецидивов после аденоидэктомии и нормализовать носовое дыхание, а в ряде случаев избежать хирургического вмешательства.

Литература

1. Pereira L, Monyror J, Almeida FT, Almeida FR, Guerra E, et al. Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018 Apr; 38: 101-12. doi: 10.1016/j.smrv.2017.06.001.
2. Sadeghi-Shabestari M, Jabbari Moghaddam Y, Ghaharri H. Is there any correlation between allergy and adenotonsillar tissue hypertrophy? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011 Apr;75(4):589-91. doi: 10.1016/j.ijporl.2011.01.026.
3. Colavita L, Miraglia Del Giudice M, Stroschio G, Visalli C, Alterio T, et al. Allergic rhinitis and adenoid hypertrophy in children: is adenoidectomy always really useful? *J Biol Regul Homeost Agents.* 2015 Apr-Jun;29(2 Suppl 1):58-63.
4. Bozkurt G, Dizdar SK, Korkut AY, Coşkun BU. Adenoid Vegetation in Children with Allergic Rhinitis. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2015 Dec;53(4):168-72. doi: 10.5152/tao.2015.1359.
5. Min Joo Kim, Yun Suk An, Yoo-Sam Chung. Do Adenoids Regrow after Adenoidectomy? *Sleep Med Res.* 2015;6(1):24-7. Publication date (electronic): 2015 June 30. doi: <https://doi.org/10.17241/smr.2015.6.1.24>.
6. Huang SW, Giannoni C. The risk of adenoid hypertrophy in children with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2001 Oct;87(4):350-5. doi: 10.1016/S1081-1206(10)62251-X.
7. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, César JA, Chadha NK. Intranasal corticosteroids for nasal airway obstruction in children with moderate to severe adenoidal hypertrophy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006286. doi: 10.1002/14651858.CD006286.pub2.
8. Lohia S, Schlosser RJ, Soler ZM. Impact of intranasal corticosteroids on asthma outcomes in allergic rhinitis: a meta-analysis. *Allergy.* 2013; 68(5): 569-79. doi: 10.1111/all.12124.
9. Canonica GW, Compalati E. Minimal persistent inflammation in allergic rhinitis: implications for current treatment strategies. *Clin Exp Immunol.* 2009 Dec; 158(3): 260-71. doi: 10.1111/j.1365-2249.2009.04017.x.

Поступила в редакцію 05.11.2019

© С.Э. Яремчук, 2019

АДЕНОЇДИ І АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОЧЕВИДНИЙ?

Яремчук СЕ

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

E-mail: s.yarem4uk@gmail.com

А н о т а ц і я

Актуальність: Закладеність носа, порушення носового дихання та виділення з порожнини носа – найбільш поширені скарги, з якими звертаються батьки хворих дітей до отоларинголога та педіатра. Поширеність алергічної патології у хворих з гіпертрофією аденоїдних вегетацій варіює, за даними різних авторів, від 22 до 73%.

Мета: З метою визначення поширеності алергічного риніту серед хворих з гіпертрофією аденоїдних вегетацій проведено проспективне дослідження в випадковій вибірці.

Матеріали і методи: Обстежено 50 дітей з гіпертрофією аденоїдних вегетацій віком від 4 до 14 років. Проведено комплексне скринінгове дослідження, що дозволило виявити сенсibilізацію за рівнем специфічних IgE до найбільш поширених інгаляційних та харчових алергенів.

Результати: Виявлено сенсibilізацію до інгаляційних алергенів у 48% випадків. В 8% випадків вона співпадала с харчовою алергією. Тільки харчова алергія виявлена у 1 дитини (2 %). Своєчасна терапія топічними назальними кортикостероїдами хворих з гіпертрофією аденоїдних вегетацій дозволить уникнути рецидивів після аденоїдектомії і нормалізувати носове дихання, а в ряді випадків, уникнути хірургічного втручання.

Ключові слова: аденоїдні вегетації, алергія, аденоїдектомія, мометазона фураат.

HYPERTROPHY OF ADENOID VEGETATION: CAUSES AND METHODS OF TREATMENT

Yaremchuk SE

*State Institution «O.S. Kolomyichenko Institute of Otolaryngology
of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»*

E-mail: s.yarem4uk@gmail.com

Abstract

Topicality: Nasal congestion, nasal breathing disorders and nasal discharge are the most common complaints that parents of ill children refer to an otolaryngologist and pediatrician. The prevalence of allergic pathology in patients with adenoid vegetation hypertrophy (AH) varies from 22 to 73% according to various authors.

Aim: To determine the prevalence of allergic rhinitis among patients with hypertrophy of adenoid vegetations, a prospective study was conducted.

Materials and methods: 50 children with hypertrophy of adenoid vegetation aged 4 to 14 years were examined. A comprehensive screening study to detect specific IgE sensitization to the most common inhalation and food allergens.

Results: Sensitization to inhaled allergens was detected in 48% of cases. In 8% of cases it coincided with food with food allergy. Only food allergy was detected in 1 child (2%). Timely etiopathogenetic therapy with topical nasal corticosteroids in patients with AN will avoid relapses after adenoidectomy and normalize nasal breathing, and in some cases, avoid surgery.

Keywords: adenoid vegetation, allergy, adenoidectomy, mometasone furoate.