

DOI 10.36074/grail-of-science.12.05.2023.094

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТРОФІЄЮ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ, ЩО ПРИЗВОДИТЬ ДО ХРАПУ ТА АПНОЕ СНУ

Шевчук Юрій Вікторович

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри оториноларингології

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

Деєва Юлія Валеріївна

доктор медичних наук, професор,

завідувачка кафедри оториноларингології

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

Анотація. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів являється розповсюдженою патологією ЛОР-органів, що частіше зустрічається у дітей і комбінується з гіпертрофією аденоїдів. Дана патологія приводить до виникнення храпу та апное сну. Оптимальним методом лікування даної патології є оперативне втручання – тонзилотомія, що дозволяє у переважній більшості випадків привести до повного зникнення симптомів, та одужання пацієнтів.

Ключеві слова: піднебінні мигдалики, гіпертрофія, аденоїди, храп, апное, тонзилотомія.

Вступ. У людини при народженні наявні 6 великих скупчень лімфаденоїдної тканини в глотці, що утворюють лімфаденоїдне кільце Вальдеєра. До них відносяться парні піднебінні мигдалики (гланди) та непарний язиковий мигдалик, що розташовані в ротоглотці, а також парні трубні та непарний глотковий мигдалик, що розташовані в носоглотці. Додатково лімфоїдна тканина може знаходитись у глотці (задня та бокові стінки), гортані (язикова поверхня надгортанника, черпакуваті хрящі, /вестибулярний відділ гортані, гортанні шлуночки), порожнині носу (інколи досягаючи переднього кінці нижньої носової раковини). Вищевказані утворення відносяться до MALT-системи (mucosal associated lymphoid tissue), тобто лімфоїдна тканина, асоційована із слизовою оболонкою, виконуючи важливі функції організму: інформаційну, імунну (захисну), кровотворну, нейрон-рефлекторну [1].

При цьому розмір усіх мигдаликів у людей незалежно від віку різниться — у деяких їх практично не видно, а у інших при фарингоскопії видно як мигдалики виступають за край піднебінних дужок, опускаються з носоглотки,

виступають з кореня язика, інколи повністю обтуруючи носо- та/чи рото глотку [2].

Частіше гіпертрофія елементів лімфоїдного глоткового кільця, зокрема глоткового мигдалика зустрічається у дітей, що пов'язано з функціональним напруженням імунітету. Гіпертрофію піднебінних мигдаликів у дорослих більшість лікарів пов'язує з хронічним тонзилітом, хоча автори статті вважають, що при хронічному тонзиліті найчастіше навпаки мигдалики зменшуються у розмірі, «ховаються» за дужки, що пов'язано з заміщенням лімфаденоїдної тканини на сполучнотканинну та рубцеву [3].

СОАС — це хвороба, що спричинена рецидивуючими епізодами обтурації верхніх дихальних шляхів (апное) або їхнім звуженням (поверхневе дихання), що виникає на рівні глотки, при збереженій функції дихальних м'язів. Наслідками апное та поверхневого дихання є: погіршення оксигенації крові та епізоди пробудження (більшість залишається неусвідомленими), що викликає фрагментацію сну. Це є причиною денних скарг, призводить (в поєднанні з рецидивуючими епізодами гіпоксемії і надмірною активністю симпатичної нервової системи) до підвищення артеріального тиску з подальшими ускладненнями [4].

Апное — це зменшення амплітуди дихальних рухів до ≥ 90 % впродовж ≥ 10 с; гіпопное — зниження амплітуди змін тиску у носовій порожнині на ≥ 30 % впродовж ≥ 10 с + падіння SpO_2 на 3 % або (мікро) пробудження [5].

Згідно Українського протоколу надання медичної допомоги хворим з гіпертрофію піднебінних мигдаликів (Код МКХ 10 J35.1) від 24.03.2009 № 181 гіпертрофія піднебінних мигдаликів являє собою їх фізіологічне збільшення при якому вони досягають значних розмірів і можуть навіть сходитись між собою, порушуючи процеси дихання та прийняття їжі. Етіологія - особливості місцевої реакції лімфаденоїдної тканини на різноманітні подразнення, конституціональні особливості дитини. Патогенез. Причиною гіпертрофії піднебінних мигдаликів є часті гострі респіраторні захворювання у дітей, дитячі інфекційні хвороби (кір, скарлатина, коклюш), ендокринні порушення, гіповітаміноз та інші фактори, які знижують захисні властивості організму. Частіше всього гіпертрофія піднебінних мигдаликів виявляється з 3 до 15 років, хоча такий їх стан може спостерігатись і в більш дорослому, юнацькому віці [6].

Ознаки та критерії діагностики захворювання. Оцінюючі клінічні прояви захворювання виділяють 3 ступеня гіпертрофії піднебінних мигдаликів: I ступінь - визначають, коли мигдалики розташовані на рівні передніх піднебінних дужок, II ступінь - мигдалики знаходяться на половині відстані від краю передньої піднебінної дужки до середньої лінії зіву, III ступінь - піднебінні мигдалики стикаються між собою. Гіпертрофовані мигдалики можуть виглядати по-різному. Крім звичайного розростання в напрямку середньої лінії, вони можуть бути наче на ніжці, розташовуючись неглибоко в піднебінній ямці, інколи вони розпластовані, м'якої консистенції з розвинутим нижнім полюсом, який можна визначити лише при значному натисканні шпателем на корінь язика. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів майже завжди супроводжується аналогічним збільшенням аденоїдних розрощень, що має свою чітку клінічну картину.

Діагностична програма полягає в проведенні загального огляду ЛОР органів, зокрема орофорингоскопії. При плануванні оперативного втручання загально клінічне обстеження в необхідному обсязі.

Лікувальна програма: хірургічне лікування: тонзилотомія.

Місцеве лікування: полоскання глотки розчинами звіробоя або прополіса, аерозольні зрошення глотки розчинами антисептиків.

Загальне лікування: гіпосенсибілізуючі засоби, вітаміни групи В і С; імуномодулятори, рослинні препарати.

Також різними авторами рекомендується фізіотерапія (КУФ, УВЧ, ультразвук, озонотерапія), змашування мигдаликів коларголом, хлорофіліптом, використання імуномодуляторів.

Актуальність. Операції на лімфаденоїдному глотковому кільці є найпоширенішими хірургічними втручаннями в дитячій оториноларингологічній практиці [7], не зважаючи на загальну тенденцію в світі до їх зменшення. В Україні кількість даних хірургічних втручань у дітей також має тенденцію до зниження, але зберігається на рівні 46553 (2011 рік) — 35503 (2016 рік) операцій на рік [8].

У деяких дітей ключову роль у розвитку порушень дихання сну (ПДС) крім гіпертрофії лімфоїдної тканини відіграє ожиріння. Тонзилектомія є ефективною для контролю ПДС у 60-70% дітей зі значною гіпертрофією мигдаликів. Тонзилектомія дає змогу позбутися ПДС тільки в 10-25% дітей із ожирінням, і основним засобом є схуднення.

Метою роботи є визначити частоту гіпертрофії піднебінних мигдаликів та кореляцію даної патології з гіпертрофією глоткового мигдалика, вплив даної патології на виникнення храпу та апное сну, встановлення оптимальної тактики лікування даної патології.

Матеріали та методи дослідження. За останні 7 років під нашим спостереженням знаходилось 224 пацієнти з гіпертрофією піднебінних мигдаликів II-III ступеню. Кількість пацієнтів значно знизилась за останні 3 роки, що пов'язано з епідемією COVID-19 та повномасштабною війною в Україні. Вік пацієнтів становив від 1 до 32 років. Переважна кількість пацієнтів була у віці 3 - 6 років. Розподіл за статтю не мав достовірної розбіжності. Переважали організовані діти та пацієнти з обтяженим алергологічним анамнезом. Ми ігнорували пацієнтів з I ступенем гіпертрофії, вважаючи це фізіологічною нормою, що не приводить до жодних проблем. У 78% випадків дана патологія поєднувалась з гіпертрофією аденоїдів переважно II-III ступеню. Серед класичних симптомів (порушення носового дихання, отити, аденоїдити) у переважної більшості пацієнтів зустрічались гугнявість, дискомфорт при прийомі їжі, храп та апное сну. Слід зазначити, що дані симптоми рідше зустрічались у пацієнтів, що мали лише гіпертрофію аденоїдів, навіть III ступеню. Таким чином ми прийшли до висновку, що храп та апное сну в першу чергу зумовлене гіпертрофією саме піднебінних мигдаликів. Ми чітко дотримувались усіх необхідних критеріїв діагностики та диференціальної діагностики, зокрема з хронічним тонзилітом, для чого додатково виконували ендоскопію, бак посів з глотки на флору та чутливість до антибіотиків,

ревмопроби (СРБ, АСЛО, ревматоїдний фактор, ЕКГ ЕХО кардіографію). Також диференціювали хронічні риніти, зокрема алергічний.

Проаналізувавши рекомендації щодо консервативного лікування даної патології ми прийшли до висновку, що воно не є ефективним при гіпертрофії піднебінних мигдаликів. При цьому допускаємо ефективність застосування топічних кортикостероїдів (мометазону) при гіпертрофії аденоїдів, особливо у випадку супутнього алергічного риніту.

Нами проаналізовано різноманітні підходи до оперативних втручань, що виконуються при гіпертрофії піднебінних мигдаликів без ознак хронічного тонзиліту.

Велика кількість авторів рекомендує виконання класичної тонзилектомії (екстракапсулярної) під наркозом. Окремі автори, рекомендують тонзилопластику, вплив на мигдалики електрозваркою, термоадгезію лазером, радіочастотною голкою, ножницями.

Так, американська академія отоларингології та хірургії органів голови й шиї (2011 р.) рекомендує тонзилектомію, як варіант вибору при гіпертрофії піднебінних мигдаликів (530 тисяч операцій за рік) [9].

В останні роки рідше рекомендується кріотонзилотомія, діатермокоагуляція [10, 11].

На разі ми прийшли до висновку, що оптимальним варіантом лікування гіпертрофії піднебінних мигдаликів, зокрема у випадку храпу та/чи апное сну є тонзилотомія (часткове видалення мигдаликів за допомогою скальпеля, конхотома, коблатора, шейвера), що дозволяє зменшити розмір мигдалика, розвантажити глотку, позбутись храпу та апное. На даний час не відомі результати різноманітного впливу на мигдалики з подальшим виникненням онкологічних процесів. Загальне знеболення (ЕТН) є обов'язковим незалежно від віку. Виключення хронічного тонзиліту є необхідним критерієм. У випадку гіпертрофії аденоїдів понад II-й ступень рекомендовано одномоментне виконання аденотомії за різними методиками згідно бажання пацієнтів. При виражених явищах вазомоторного риніту ми також виконували вазотомію нижніх носових раковин, як правило, використовували радіохвильовий вплив, або класичний метод за допомогою вазотома. У трьох випадках паралельно виконана септопластика.

У 96% випадків після проведеного лікування у пацієнтів зникало апное, у 90% храп. 6 пацієнтів направлено в інститут сну для до обстеження.

Висновки.

1. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів переважно є фізіологічним станом, зумовленим формування імунітету у дітей.

2. Важливим аспектом є диференційна діагностика гіпертрофії піднебінних мигдаликів з хронічним тонзилітом, гіпертрофією аденоїдів та супутньою ринологічною патологією (викривлення носової перегородки, хронічні риніти, зокрема вазомоторний та алергічний).

3. Основним фактором, що приводить до храпу та/або апное сну у дітей є гіпертрофія піднебінних мигдаликів.

4. Найбільш оптимальним варіантом лікування пацієнтів з гіпертрофією піднебінних мигдаликів, є виконання тонзилотомії, котра при необхідності може поєднуватись з аденотомією, вазотомією нижніх носових раковин.



Гіпертрофія II ступеня



Гіпертрофія III ступеня

Список використаних джерел:

- [1] Мітін Ю.В.. Оториноларингологія (лекції), 2000. Київ. Фарм арт. 304 с.
- [2] Д.І. Заболотний, А.А. Лайко, О.Ф. Мельников [та ін.] «Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки». – К., Логос, 2009. – 175 с.: іл. – Бібліогр.: с. 143-173
- [3] Бредун О. Ю. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук «Хірургічне та консервативне лікування дітей з патологією піднебінних мигдаликів». Київ. 2020. 375 с.

- [4] Lescanne E., Chiron B. et al., French Society of ENT (SFORL), French Association for Ambulatory Surgery (AFCA), French Society for Anaesthesia, Intensive Care (SFAR). Pediatric tonsillectomy: Clinical practice guidelines. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases* (2012) 129, 264-271
- [5] Fehrm J., Nerfeldt P., Browaldh N. et al. (2020) Effectiveness of Adenotonsillectomy vs Watchful Waiting in Young Children With Mild to Moderate Obstructive Sleep Apnea A Randomized Clinical Trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. Published online May 28 (doi:10.1001/jamaoto.2020.0869
- [6] Протокол надання медичної допомоги хворим з гіпертрофію піднебінних мигдаликів. Додаток до наказу МОЗ України №181 від 24-03-2009.
- [7] Дитяча оториноларингологія: Національний підручник/ А.А. Лайко, А. Л. Косаковський, Д.Д. Заболотна [та ін.]; за ред. проф. А.А. Лайка.— К.: Логос, 2013.— 576 с.
- [8] Заболотько В. М., Косаковський А. Л., Руденко Н. Г., Руденко О.В. Отоларингологічна допомога дітям 0–17 років включно, що перебувають під наглядом у закладах охорони здоров'я сфери управління МОЗ України за 2016 рік, 2017.— 156
- [9] Vaugh R.F., Archer S.M., Mitchell R.B. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children. (*Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 2011 144: S1; онлайн-версія доступна за адресою: http://oto.sagepub.com/content/144/1_suppl/S1) American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery.
- [10] Косаковская И.А. Тонзиллопластика / И.А. Косаковская // *Оториноларингология. Восточная Европа*.— № 3(16).— 2014.— С. 16–20.
- [11] Патент України на корисну модель № 47819. МПК (2009) А61В17/00. Спосіб тонзилотомії / І.А. Косаківська, А. Л. Косаковський (Україна).— Заявлено 28.08.2009; опубл. 25.02.2010 р.— Бюл. № 4