Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин.

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J31.1, J35.1, J35.2, J35.3, J35.8 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Гипертрофия аденоидов — увеличение глоточной миндалины, которое имеет клиническое значение при стойкой назальной обструкции и/или осложнениях. Гипертрофия небных миндалин может быть бессимптомной, но иногда вызывает храп, эпизоды апноэ, нарушения глотания и артикуляции; рекомендация описывает диагностику, показания к операции и консервативную тактику.

Главное

- Само наличие и увеличение глоточной или небных миндалин не означает заболевание. Диагностический поиск начинают при жалобах, клинических проявлениях или сопутствующей патологии, на которую могут влиять аденоидит, гипертрофия аденоидов или небных миндалин.
- Степень гипертрофии аденоидов определяют по степени прикрытия сошника: I — не более 1/3, II — от 1/3 до 2/3, III — более 2/3. Для небных миндалин: I — увеличение на 1/3 расстояния до язычка, II — на 2/3, III — миндалины доходят до язычка и соприкасаются.
- Наиболее типичные проявления аденоидов — стойкое затруднение носового дыхания, дыхание открытым ртом, гипоназальность, сухость во рту, нарушения дыхания во сне, снижение слуха и повторные отиты. При аденоидите характерны продуктивный ночной или утренний кашель и отделяемое по задней стенке глотки.
- Для всех пациентов с гипертрофией аденоидов или небных миндалин рекомендуется осмотр оториноларинголога; его проводят амбулаторно и при госпитализации (УУР С, УДД 5). Пальцевое исследование носоглотки детям в амбулаторной практике не рекомендуют из-за субъективности, дискомфорта и риска травмы (УУР С, УДД 5).
- При гипертрофии аденоидов наиболее предпочтительна эндоскопическая ревизия носа и носоглотки с визуализацией глоточной миндалины; при технической возможности желательно сохранять фото- или видеоматериалы. Рентгенография в боковой проекции рекомендуется для оценки размера миндалины (УУР В, УДД 1 для рентгенографии; УУР С, УДД 5 для эндоскопии). КТ выполняют по специальным показаниям, в сложных случаях и для дифференциальной диагностики (УУР А, УДД 3).
- Операцию проводят планово только при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. При отсутствии показаний или наличии абсолютных противопоказаний пациента динамически наблюдают врачом-оториноларингологом; консервативное лечение обосновано только при клинико-анамнестических признаках аденоидита или тонзиллита, сопровождающихся соответствующими жалобами или осложнениями.

Диагностика

1. Уточняют длительность и динамику симптомов, их выраженность вне эпизодов ОРВИ, влияние на сон и повседневную активность, предшествующее лечение и его эффект, а также сопутствующие заболевания, прежде всего аллергию, и ранее выполненные вмешательства и манипуляции на носу.
2. Проводят общий осмотр ЛОР-врачом. Для диагностики гипертрофии небных миндалин нужны жалобы, анамнез и данные физикального обследования, включая фарингоскопию с обязательной оценкой нижнего полюса миндалин.
3. Для диагностики гипертрофии аденоидов используют инструментальные методы: эндоскопическую ревизию носа и носоглотки или рентгенографию носоглотки в боковой проекции; КТ выполняют по специальным показаниям.
4. При клинических проявлениях гипертрофии аденоидов предпочтительна гибкая эндоскопия с визуализацией носоглотки и, при технической возможности, сохранением фото- или видеоматериалов. Рентгенография полезна для оценки размера, но имеет лучевую нагрузку и не позволяет проводить дифференциальную диагностику с другими объемными образованиями носоглотки; после аденотомии ее диагностическая ценность ниже.
5. КТ верхних дыхательных путей и шеи выполняют не всем, а по специальным показаниям — в сложных случаях для оценки размеров глоточной миндалины и дифференциальной диагностики с другой ринологической

патологией. Пациентам с гипертрофией аденоидов проводят тимпанометрию для объективной оценки состояния структур среднего уха.

6. Методы лабораторной диагностики не используют для диагностики гипертрофии аденоидов и небных миндалин; они нужны только для диагностики сопутствующих заболеваний.
7. Микробиологическое исследование мазков-отпечатков со структур глотки детям для диагностики гипертрофии аденоидов и небных миндалин не рекомендуют (УУР С, УДД 5); отсутствие роста бактериальных патогенов или выделение отдельных бактерий без клинических признаков бактериальной инфекции не позволяет прогнозировать риск и течение заболевания.

Лечение

- При наличии показаний выполняют плановую операцию; при отсутствии показаний или наличии абсолютных противопоказаний — динамическое наблюдение ЛОР-врачом. Абсолютные противопоказания включают состояние шока, острую стадию инфаркта миокарда, острую стадию нарушения мозгового кровообращения, поздние стадии тяжелых инфекционных и онкологических заболеваний, тяжелое, крайне тяжелое или терминальное общее состояние.
- Аденотомию детям проводят при наличии показаний, включая регулярные или часто повторяющиеся эпизоды обструктивных нарушений сна; среднетяжелой форме соответствует индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15, тяжелой — более 15. Другие показания: персистирующий экссудативный средний отит без разрешения симптомов в течение 3 месяцев, не поддающийся консервативному лечению и подтвержденный тимпанометрией; рецидивирующие острые средние отиты и/или острые синуситы — 3 и более эпизода за 6 месяцев или 4 и более за 12 месяцев — при исключении других причин и неэффективности медикаментозной профилактики; хронический синусит с выраженными проявлениями и/или частыми обострениями и значительным снижением качества жизни при неэффективности 1–2 курсов консервативного лечения; стойкое затруднение носового дыхания с нарушением качества жизни или деформацией лицевого скелета.
- Тонзиллотомию детям с гипертрофией небных миндалин выполняют по специальным показаниям, прежде всего при повторяющихся или регулярных обструктивных нарушениях сна; ориентиром служит индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15 при среднетяжелом и более 15 при тяжелом течении (УУР В, УДД 3). Если одновременно есть показания к тонзиллотомии и тонзиллэктомии, выбирают тонзиллэктомию; взрослым с гипертрофией миндалин и СОАС рекомендуют тонзиллэктомию при отсутствии противопоказаний.
- При сочетании гипертрофии аденоидов и небных миндалин аденотомию проводят одновременно с тонзиллотомией по показаниям к аденотомии (УУР А, УДД 1). Операцию выполняют под общим обезболиванием с обязательным визуальным контролем операционного поля и наблюдением в раннем послеоперационном периоде в ЛОР-стационаре.
- При аденоидите назначают орошение носа 1–2 раза в день изотоническими или гипертоническими солевыми растворами концентрацией 1,5–3% на основе морской воды (УУР А, УДД 2). Дошкольникам следует избегать промывания большими объемами из-за риска развития среднего отита.
- При слизисто-гнойных выделениях из носа и по задней стенке глотки в течение всего дня и отсутствии положительной динамики в течение 7–10 дней на фоне противовоспалительной терапии могут применяться местные антибактериальные препараты коротким курсом до 7 дней: назальный фрамицетин, у детей старше 2,5 лет комбинация дексаметазон + неомицин + полимиксин В + фенилэфрин или ингаляционный тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат (УУР А, УДД 2). Парентеральные, внутриконъюнктивальные и эндауральные растворы в полость носа не вводят.
- Детям старше 2 лет с аденоидитом для уменьшения постназального затека может назначаться карбоцистеин в сиропе курсом 1–3 месяца (УУР С, УДД 4). При сопутствующем аллергическом рините детям старше 2 лет применяют мометазон назально по 50 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки, всего 100 мкг/сут, курсом 1–3 месяца (УУР А, УДД 1).
- После аденотомии и/или тонзиллотомии боль купируют ибупрофеном 8–10 мг/кг за прием, до 30 мг/кг/сут, или парацетамолом 10–15 мг/кг за прием, до 60 мг/кг/сут. Кетопрофен детям 6 лет и старше возможен по 40 мг до 3 раз в день; при невозможности перорального приема и недоступности препарата в форме ректальных суппозиториев парацетамол вводят парентерально в разовой дозе 15 мг/кг.

Когда направить и как наблюдать

- Для плановой аденотомии и/или тонзиллотомии пациента госпитализируют при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Пациенты с аденоидитом получают лечение амбулаторно и/или в консультативно-диагностических отделениях.
- Если у ребенка младше 7–9 лет нет значимого влияния симптомов на сон, прием пищи и повседневную активность и отсутствуют осложнения, ведение ограничивают динамическим наблюдением.
- При клинико-анамнестических признаках повторяющихся эпизодов обструктивных нарушений сна направляют к специалисту по профилактике и лечению расстройств сна для объективной диагностики и координации лечебной тактики. При врожденных или приобретенных изменениях челюстно-лицевой области нужна плановая консультация ортодонта.
- К аллергологу-иммунологу направляют при признаках аллергии: глазных симптомах, повторном чихании или зуде в носу, связи ринологических симптомов с цветением растений или контактами с животными, эпизодах свистящего дыхания, атопическом дерматите, крапивнице, рецидивирующих острых средних отитах или остром рецидивирующем риносинусите.
- Консультация инфекциониста показана при наличии и сохранении в течение 3 месяцев и более увеличения лимфатических узлов в 3 и более группах, гепато- или спленомегалии либо снижения абсолютного количества нейтрофилов ниже возрастной нормы и/или общего количества нейтрофилов ниже 5×10^9/л.

Частые вопросы

Когда увеличение аденоидов или небных миндалин считают заболеванием?

Не по одному только размеру. Значение имеют жалобы, клинические проявления или сопутствующие заболевания и осложнения, включая стойкую назальную обструкцию, нарушения сна, отиты, синусит, снижение слуха или выраженное ухудшение качества жизни.

Какое исследование лучше всего подтверждает гипертрофию аденоидов?

Предпочтительна эндоскопическая ревизия носа и носоглотки, при технической возможности — с сохранением изображения. Рентгенография в боковой проекции рекомендуется для оценки размера, а КТ выполняют по специальным показаниям, в сложных случаях и для дифференциальной диагностики.

Когда ребенку нужна аденотомия?

Основные показания — регулярные или часто повторяющиеся нарушения сна с обструкцией, персистирующий экссудативный отит без разрешения более 3 месяцев при неэффективности консервативного лечения и подтверждении тимпанометрией, рецидивирующие острые отиты или синуситы — 3 и более эпизода за 6 месяцев или 4 и более за 12 месяцев — при исключении других причин и неэффективности медикаментозной профилактики, хронический синусит с выраженными проявлениями и снижением качества жизни при неэффективности 1–2 курсов консервативного лечения, а также стойкая назальная обструкция с нарушением качества жизни или деформацией лицевого скелета.

Какие препараты используют при аденоидите?

Базово применяют орошение носа солевыми растворами. При признаках бактериального процесса возможен местный антибактериальный препарат курсом до 7 дней; для уменьшения постназального затека у детей старше 2 лет может применяться карбоцистеин курсом 1–3 месяца; при аллергическом рините у детей старше 2 лет — мометазон 50 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки курсом 1–3 месяца.

Как наблюдать ребенка после операции?

Нужен ЛОР-осмотр перед выпиской и через 7–14 дней после выписки. Охранительный режим соблюдают 5–7 дней; при сохранении дисфонии более месяца обращаются к специалисту по дисфоническим расстройствам, а при сохранении симптомов обструктивного сна более 6–8 недель — к специалисту по расстройствам сна.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/662-gipertrofiya-adenoidov-gipertrofiya-nebnyh-mindalin. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/662_2