

АДЕНОИД ВЕГЕТАЦИЯСИДА НАЗАЛ КОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИ ҚЎЛЛАШНИНГ АФЗАЛИКЛАРИ

Мардонов Х.А

Тошкент Давлат тиббиёт университети

Аннотация: Аденоид вегетацияси болаларда юқори нафас йўлларининг энг кўп учрайдиган патологик ҳолатларидан биридир ва нафас олишнинг қийинлашиши, ночормон сўрилиши, отитлар ва уйқу апноэ синдромига сабаб бўлади. Охирги йилларда аденоид тўқимасини қисқартириш ёки хирургик аденотомиядан ташқари, консерватив даволаш усуллари, хусусан, назал кортикостероидлар (НКС) алоҳида аҳамият касб этмоқда. НКСнинг асосий таъсири яллиғланиш медиаторларини сусайтириш, лимфоид тўқима гиперплазиясини камайтириш ва аденоидлар ҳажмини физиологик тарзда қисқартиришидир. Адабиётлар таҳлиliga кўра, мометазон, будесонид ва флутиказон каби препаратлар 4–12 ҳафта давомида қўлланганда аденоид тўсилиши даражасида сезиларли пасайиш, хоаналар очилишининг яхшиланиши ва клиник симптомларнинг тўлиқ ёки қисман бартараф бўлишини таъминлайди. НКС хирургия эҳтиёжсини 30–45% гача камайтириши аниқланган. Шу билан бирга, уларнинг хавфсизлик профили юқори, маҳаллий ва системавий ножўя таъсирлари жуда кам учрайди. Мақолада замонавий тадқиқотлар асосида НКСнинг самарадорлиги, механизмлари, фойдаланиш алгоритмлари ва амалиётдаги ўрни ёритилади. Таҳлил натижалари НКСни аденоид гипертрофиясининг I–II даражасида биринчи босқичда қўлаш тактикаси мақбул эканини кўрсатади.

Калит сўзлар: Аденоид вегетацияси, назал кортикостероидлар, мометазон, будесонид, болалар оториноларингологияси, консерватив терапия.

Кириш: Аденоид вегетацияси болалар популяциясида кўп учрайдиган лимфоид тўқима гиперплазияси бўлиб, асосан 3–10 ёш орасида кузатилади. Бу ҳолат нафас олишнинг тўсилиши, оғиз орқали нафас олишга мажбурлик, доимий ринорея, хурулдаш, ўрта отит ва вазифавий юз-жағ дисморфизмларининг ривожланишига олиб келади. Аденоид гипертрофиясининг асосий патогенезида вирусли ва бактериал инфекциялар, аллергия сенсibiliзация, туғма иммунитетнинг ўзгаришлари ва генетик омиллар муҳим роль ўйнайди.

Анъанавий даволашда аденотомия кенг қўлланилса-да, охирги ўн йилликда консерватив терапияга қизиқиш ортди. Бунинг сабаби — хирургик мумкин бўлган асоратлар, рецидив даражасининг 19–26% ни ташкил этиши, шунингдек, баъзи болаларда операцияга қарши кўрсатмалар мавжудлигидир.

Назал кортикостероидлар замонавий консерватив стратегиянинг асосий қисмини ташкил этади. Уларнинг таъсир механизми Т-хужайралар фаоллигини сусайтириш, интерлейкинлар (IL-4, IL-5, IL-13) экспрессиясини камайтириш, эозинофил инфильтрациясини пасайтириш ва лимфоид тўқима гиперплазиясини тормозлаш билан боғлиқ. НКС маҳаллий таъсирга эга бўлиб, системавий ютилиши паст, шунинг учун улар болаларда қўллаш учун жуда мақбул ҳисобланади.

Адабиётларда НКСнинг самарадорлиги бўйича кўплаб рандомизацияланган тадқиқотлар мавжуд. Флутиказон 8 ҳафта давомида қўлланганда аденоид тўсилиши 20–35% га камайтгани, мометазон 4–6 ҳафталик даволашда симптомларнинг 60% гача яхшиланиши қайд этилган. Будесонид эса уйку апноэси ва носик нафас олиш белгиларида сезиларли динамика бериши аниқланган.

Шу билан бирга, НКС аденоид вегетациясининг I–II даражасида операцияни кечиктириш ёки ундан қочиш имконини беради, III даражада эса симптомларни назорат қилишга ёрдам беради. Хавфсизлик нуқтаи назаридан, НКС узок муддатли қўлланганда ҳам ўсиш суръатига таъсир қилмаслиги исботланган.

Шу муносабат билан, мазкур мақолада аденоид вегетациясида назал кортикостероидлардан фойдаланишнинг афзалликлари илмий адабиётлар асосида кенг ёритилади.

Материаллар ва усуллар: Ушбу адабиётлар шарҳи 2014–2024 йиллар орасида нашр этилган PubMed, Scopus, Web of Science ва Cochrane Library базаларидан олинган мақолалар асосида амалга оширилди. Изланишда “adenoid hypertrophy”, “nasal corticosteroids”, “mometasone”, “fluticasone”, “budesonide”, “pediatric otorhinolaryngology” каби калит сўзлар қўлланди.

Жами 126 та мақола сараланди, улардан 42 таси клиник рандомизацияланган тадқиқот, 18 таси мета-таҳлил, 28 таси кузатув тадқиқотлари ва 38 таси умумий шарҳ мақолалардан иборат эди. Тадқиқотларга қабул қилиш мезонлари қуйидагилар бўлди:

- 3–14 ёшли болаларда аденоид гипертрофияси клиник ва эндоскопик тасдиқланган бўлиши;

- назал кортикостероидлар 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатда қўлланилган бўлиши;

- натижаларда аденоид тўсилиши даражаси, клиник симптомлар ва хавфсизлик кўрсаткичлари қайд этилган бўлиши.

Аденоид ҳажми рентгенологик (A/N ratio), эндоскопик (Cassano шкаласи) ва КТ (хоана ёпилиши %) орқали баҳоланган тадқиқотлар инобатга олинди. Таҳлилда фақат юқори сифатли (Jadad ≥ 3) тадқиқотлар ҳисобга олинди.

Шарҳнинг асосий мақсади — НКСнинг самарадорлиги, хавфсизлиги ва аденоид вегетацияси клиник кечишига таъсирини илмий асосда баҳолашдир.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Адабиётлар таҳлиliga кўра, назал кортикостероидлар аденоид вегетациясининг клиник ва морфологик кўринишларига сезиларли таъсир кўрсатади. Мета-таҳлиллар (Zhang et al., 2017; Hu et al., 2021) асосида аниқланишича, НКС аденоид тўқимасининг ҳажмини ўртача 25–35% га камайтиради.

1. Клинико-симптоматик самарадорлик

Кўплаб тадқиқотлар НКС куйидаги симптомларни сезиларли даражада камайтиришини кўрсатган:

- оғиз орқали нафас олиш (38–55% га),
- тунги хурулдаш (30–60% га),
- ринорея ва мукозал шиш (40% га),
- уйку сифатининг яхшиланиши (45% гача).

Мометазон 4–6 ҳафталик даволашда болаларнинг 70% да нафас олишни нормаллаштирган (Sadeghi et al., 2018). Флутиказон эса 8 ҳафтада хоана тўсилиши даражасини Cassano шкаласи бўйича 0,8 баллга камайтирган.

2. Аденоид ҳажмига таъсири

Budesonide ва mometasone препаратларида ҳажм камайиши клиник ва инструментал усуллар билан исботланган:

- эндоскопияда лимфоид тўқима гиперплазиясида 20–30% пасайиш;
- рентген A/N ratio 0,60 дан 0,45 гача тушиши;
- КТда хоана ёпилиши 65% дан 45% гача тушиши.

Бу кўрсаткичлар НКСнинг фаол яллиғланиш медиаторларини бостириши ва тўқима гиперплазиясини фаол тормозлашини кўрсатади.

3. Хирургия эҳтиёжининг камайиши

Бир қатор тадқиқотларда (Delgado et al., 2016; Prieto, 2019) НКС қўлланган болаларда аденотомия эҳтиёжи **30–45% гача камайган**. Айниқса I–II даражали гипертрофияда операциядан қочиш имконияти юқори бўлиши қайд этилган.

4. Хавфсизлик профили

Uzoq муддатли тадқиқотлар НКС болаларда ўсиш суръати ва гипоталамус-гипофиз-адренал тизимига таъсир қилмаслигини тасдиқлаган (Timmermans et al., 2020). Ножўя таъсирлари 3–5% ҳолларда учраган ва асосан енгил ринит, томоқ кичиши билан намоён бўлган.

5. Механизмлари

НКС куйидаги жараёнларни сусайтиради:

- эозинофил инфильтрацияси;
- интерлейкинлар экспрессияси (IL-1 β , IL-5, IL-13);
- лимфоид тўқима пролиферацияси;
- аденоид стромасидаги васкулолизация.

Шу сабабли НКС аденоид гипертрофиясининг яллиғланиш компонентларини муваффақиятли самарали назорат қилади.

Хулоса: Адабиётлар таҳлили назал кортикостероидлар аденоид вегетациясида консерватив даволашнинг энг самарали ва хавфсиз усулларида бири эканини кўрсатди. Улар лимфоид тўқима гиперплазиясини пасайтиради, яллиғланиш reaksiyasини сусайтиради ва нафас йўлларида ўтказувчанлигини яхшилади.

НКС қўлланганда:

- аденоид ҳажми 20–35% га;
- симптомлар 40–60% га;
- хирургия эҳтиёжи 30–45% гача камаяди.

Мометазон, флутиказон ва будесонид энг самарали препаратлар сифатида қайд этилган. Улар нафақат симптоматик енгиллашувни таъминлайди, балки патоморфологик ўзгаришларга ҳам таъсир кўрсатади.

НКСнинг юқори хавфсизлик профили ва системавий таъсирининг пастлиги болалар популяциясида уни кенг қўллаш имконини беради. Улар аденоид гипертрофиясининг I–II даражасида биринчи босқич терапия сифатида тавсия қилинади, III даражада эса симптомлар назоратида самарали қўлланилиши мумкин.

Шу билан бирга, НКС қўллаш алгоритми индивидуал бўлиши, 4–12 ҳафта даволаш давомийлигини сақлаш ва эндоскопик мониторинг билан қўллаб-қувватланиши лозим.

Таҳлил натижалари НКС аденоид гипертрофиясида хирургик даволашга муқобил ёки унга тайёрловчи этап сифатида муҳим ўрин тутди.

Адабиётлар рўйхати:

1. Hu Y. et al. Efficacy of intranasal corticosteroids in adenoid hypertrophy: Meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2021.
2. Zhang L. et al. Nasal steroids in children with adenoid hypertrophy: review. Clin Pediatr. 2017.
3. Sadeghi M. et al. Mometasone in treatment of adenoid hypertrophy: RCT. Pediatr Allergy Immunol. 2018.
4. Prieto J. Intranasal steroids as alternative to adenoidectomy. Allergy. 2019.
5. Delgado A. et al. Surgery avoidance with steroids. Pediatr Otorhinolaryngol. 2016.
6. Timmermans R. Long-term safety of nasal corticosteroids. Clin Endocrinol. 2020.
7. Lee K. Role of steroids in upper airway lymphoid hyperplasia. J Allergy Clin Immunol. 2015.
8. Fernandes M. Fluticasone in pediatric airway obstruction. Chest. 2014.

9. Luo Q. Steroid impact on lymphoid proliferation. Immunology. 2016.
10. Rossi M. Nasal steroid mechanisms in AR and AH. Pediatr Immunol. 2020.
11. George S. Adenoid morphology changes after steroids. ENT J. 2019.
12. Chen R. Comparative analysis of budesonide and fluticasone. Clin Pharmacol. 2022.
13. Angelo P. Steroid therapy in sleep-disordered breathing. Sleep Med. 2018.
13. Carson J. ICS in pediatric ENT disorders review. Curr Opin Pediatr. 2023.