

УДК 616.327.2-002-036-12-053.2-084-031.84

Ю.В. Гавриленко

Особливості вибору локальної терапії гострого і хронічного аденоїдиту у дітей

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.6(70):30-34; doi10.15574/SP.2015.70.30

Наведено огляд сучасних методів діагностики і лікування оториноларингологічних захворювань у дітей. Показано терапевтичні можливості препаратів на основі води Адріатичного моря у лікування гострого і хронічного запального процесу в порожнині носа, приносних пазухах і в носовій частині глотки.

Ключові слова: носоглотка, запальний процес, лікування, Аква Маріс.

Інфекції верхніх дихальних шляхів займають провідне місце в структурі захворюваності дитячого віку. У дошкільному віці серед патологій ЛОР-органів переважають захворювання глоткового мигдалика — 62% у структурі оториноларингологічних захворювань і 28,9% у структурі захворювань верхніх дихальних шляхів [13].

Глотковий мигдалик є частиною MALT-системи (mucosal associated lymphoid tissue), виконує інформаційну, захисну, кровотворну функції. Інформаційна функція полягає у здійсненні контролю за антигенами, що потрапляють в організм, імунорегуляції та імуніадаптації на системному рівні. Лімфаденоїдна тканина глотки бере участь не тільки в антибактеріальному, але й в антивірусному імунітеті, за рахунок продукції неспецифічних чинників антивірусного імунітету — інтерферону. Мигдалики продукують лізоцим, антитіла та підтримують видовий склад нормальної мікрофлори верхніх дихальних шляхів [4,7,8,17,25,32]. Таким чином забезпечуються місцеві захисні реакції слизової оболонки носа і приносних пазух, що пояснює нерідке поєднання перебігу риносинуситу та аденоїдиту. Тому у дітей досить часто спостерігається «порочне коло»: у разі первинності гострого риносинуситу патологічний секрет з приносних пазух транспортується безпосередньо в носоглотку, де глотковий мигдалик відповідає адекватним запаленням на цю агресію, з іншого боку, при первинності розвитку бактеріального запалення у глотковому мигдалику створюються сприятливі умови для розвитку риносинуситу внаслідок блоку носоглотки набряклою лімфаденоїдною тканиною і погіршення носового дихання й вентиляції приносних пазух [2,5,12,31].

У зв'язку з важливим значенням лімфаденоїдної тканини носової частини глотки в імунітогенезі та місцевому захисті слизової оболонки верхніх дихальних шляхів необхідно розширювати консервативні методи лікування та профілактики як гострого, так і хронічного аденоїдиту.

На сьогоднішній день хронічні запальні захворювання лімфаденоїдного глоткового кільця є найбільш поширеними захворюваннями серед хронічних форм патології дитячого віку, а операції у цій ділянці залишаються найчастішим хірургічним втручанням у дітей [1,6,19,29,33]. Тому розробка сучасних ефективних методів консервативного лікування патології лімфаденоїдного глоткового кільця є актуальною не тільки для дитячих оториноларингологів, але й педіатрів, сімейних лікарів. Враховуючи вищезазначене, патологія лімфаденоїдної тканини глотки, яка досить поширена серед дитячого населення, є актуальною проблемою сучасної медичної науки і потребує відповідної уваги спеціалістів.

Усі захворювання глоткового мигдалика можна розподілити на запальні та пухлинні [4,6]. Запальні захворювання:

- гострий аденоїдит;
- рецидивний аденоїдит;
- хронічний аденоїдит;
- абсцес глоткового мигдалика (А.А. Лайко, 1967);
- гіперплазія глоткового мигдалика (аденоїдні вегетації, аденоїдні розрощення, аденоїди).

Пухлинні захворювання:

- доброякісні — кісти;
- злоякісні — лімфосаркоми.

Серед захворювань ЛОР-органів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку найчастіше зустрічаються гіпертрофія глоткового мигдалика і хронічний аденоїдит, причому спостерігається стійка тенденція до зростання частоти їх виникнення.

Гострий аденоїдит (Adenoiditis acuta)

Гостре запалення горлового мигдалика називається гострим аденоїдитом. Хворі діти скаржаться на біль і відчуття печіння в носовій частині горла і порожнині носа, утруднене носове дихання, слизово-гнійні виділення з носа, хрипіння під час сну, закриті гугнявість, загальну слабкість. Відчуття закладання у вусі вказує на зміни в слуховій трубі. У разі передньої риноскопії видно явища гострого риніту. Під час задньої риноскопії відзначають збільшення горлового мигдалика, його гіперемію, слизово-гнійні виділення, які, стікаючи по задній стінці горла, спричиняють її гіперемію.

Захворювання триває 5–6 днів, але часто переходить у підгостру або хронічну форму. Нерідко гострий процес переходить на трубні мигдалики і далі на бічні валки. Під час фарингоскопії видно набряклі валки, різко гіперемовані фолікули з наявністю білуватих точкових нальотів на деяких з них. Часто розвиваються гострий середній отит, загорловий абсцес, фарингіт, ларингіт. Під час диференціальної діагностики треба мати на увазі дифтерію носової частини горла, хоча вона зустрічається рідко, але є складною для діагностики.

Хронічний аденоїдит (Adenoiditis chronica)

Хронічне запалення горлового мигдалика називається хронічним аденоїдитом. Частота розвитку хронічного аденоїдиту становить до 10% у хворих без гіпертрофії глоткового мигдалика, а при гіпертрофії — значно більше (від 21,5% до 83,7%).

У виникненні хронічного аденоїдиту найбільше значення мають гноєвидні коки, бактерії, віруси та умовно-патогенні мікроорганізми, які на тлі зниження місцевого і загального імунітету внаслідок дії екзо- й ендогенних чинників призводять до розвитку хронічного аденоїдиту. Найчастіше він виникає внаслідок перенесеного гострого

аденоїдиту. Патоморфологічні зміни при цьому захворюванні майже аналогічні таким при хронічному тонзиліті. Нерідко запальний процес поширюється на бічні валки, слухову трубу і слизову оболонку горла.

Хворі або їхні батьки скаржаться на періодично утруднене носове дихання, частий і тривалий нежить, порушення сну та апетиту, гугнявість, субфебрильну температуру тіла, головний біль, загальну слабкість, енурез, відчуття закладання в носовій частині горла та вусі, подразнення та невеликий біль у носовій частині горла, кашель внаслідок затікання слизових виділень у гортань. Під час загального огляду відзначають блідість шкірних покривів, зменшення шару підшкірної жирової клітковини, порушення розвитку зубоцелюпної та дихальної систем, збільшення потиличних і шийних лімфовузлів. Нерідко такі діти відстають у фізичному та психічному розвитку внаслідок хронічної інтоксикації. Під час риноскопії відзначаються запальні процеси в глотковому мигдалику; слизові, слизово-гнійні і, рідко, гнійні виділення, які стікають у рот, гортанню частини глотки і навіть у гортань, трахею. Ендоскопічний огляд носової частини глотки допомагає в діагностиці хронічного аденоїдиту алергічного генезу: поверхня аденоїдних вегетацій є рихлою, блідо-сірого або склоподібного кольору, набряк на вигляд нагадує зовнішні носові поліпи. На дні порожнини носа, на задній поверхні м'якого піднебіння, на задній стінці носової частини глотки видно слизові виділення молочно-білого кольору. Нальотів немає, що знімає підозру на дифтерію. Проте у хворих із хронічним аденоїдитом завжди необхідно брати мазок для дослідження на дифтерійну паличку, тому що носова частина глотки є резервуаром для неї. У хворих на хронічний аденоїдит часто спостерігаються захворювання порожнини носа, приносівих пазух, слухової труби та вуха, горла і гортані, а також патологічні зміни в нижніх дихальних шляхах, серцево-судинній та імунній системах. Порушення системного імунітету проявляється в пригніченні фагоцитарної і Т-клітинної ланки, дисбалансі імуноглобулінів А, М, G і секреторного IgA.

Лікування. Спочатку проводять 2–3 курси консервативної терапії, а у разі її неефективності роблять аденотомію з таким консервативним лікуванням протягом двох тижнів з метою профілактики рецидиву аденоїдиту. Консервативне лікування полягає у застосуванні антигістамінних, імунокоригуючих, стимулюючих препаратів, вітамінів, аерозолів (лінійка препаратів Аква Маріс, назальний спрей Мераліс на основі морської води з мінералами та мікроелементами), електроаерозолів з антисептиками чи антибіотиками та промиванні носової частини горла 10% розчином бетадину, розведеного в 10–30 разів, або іншим сучасним антисептиком. Слід зазначити, що аденотомію треба робити тільки в стадії затихання запального процесу, незалежно від ступеня збільшення глоткового мигдалика та віку хворого [7].

Останніми роками спостерігається виразна тенденція до зростання числа як гострих, так і хронічних захворювань носа і навколосинових пазух у дорослих і дітей [5,11,14,19,24]. Консервативна терапія із застосуванням судинозвужувальних крапель має обмеження щодо тривалості. У зв'язку з цим залишається актуальним пошук ефективних засобів лікування, які враховують патогенетичні механізми розвитку захворювань та місцевого застосування і впливу елімінаційної терапії.

Гіпертрофія глоткового мигдалика

Слід зазначити, що аденоїдит у дитячому віці має перебіг як на тлі розрощення аденоїдної тканини (аденої-

дів), тобто гіпертрофії глоткового мигдалика, так і за її відсутності. Терміни «аденоїди» та «аденоїдит» можуть доповнювати один одного, тобто вказувати, чи супроводжуються аденоїдні вегетації запальним процесом [1,7,4,15,17].

Етіологічними факторами розвитку гіпертрофії глоткового мигдалика і аденоїдиту у дитячому віці є не тільки рецидивні вірусні та бактеріальні інфекції, але й алергічні захворювання, супутня патологія імунної, нервово-ендокринної систем, порушення обміну речовин [14,18,26].

Безумовно, основною клінічною ознакою наявності аденоїдів є утруднення носового дихання, сон з відкритим ротом, загальні та місцеві прояви запалення. Ступінь порушення носового дихання залежить від величини, форми і будови аденоїдів, їх обсягу відносно розміру порожнини носової частини глотки, а також супутніх запальних змін [1,6]. Утруднення носового дихання й обмеження рухливості м'якого піднебіння внаслідок порушення кровообігу в ньому, а також зміни обсягу верхніх резонаторів викликають порушення мовної функції, так зване *rhinolalia clausa posterior*. При цьому діти насилу промовляють носові приголосні звуки, мова у них стає приглушеною, уривчастою. Діти з аденоїдами, дихаючи ротом, перебувають у стані постійного кисневого голодування. Грудна клітка у них більш вузька і сплюснена з боків, грудина випнута дещо вперед («курчячі груди») [7,14]. Значне утруднення носового дихання призводить до дихання ротом, недостатнього зволоження, зігрівання й очищення вдихуваного повітря, постійного охолодження порожнини рота, глотки і нижніх дихальних шляхів. Вдихувана ротом маса мікроорганізмів і пилових частинок осідає на слизовій оболонці гортані, трахеї, викликаючи застудні захворювання, часті ангіни, фарингіти, захворювання бронхів і легеневої тканини.

Аденоїдні вегетації під час сну можуть збільшуватися через венозний стаз і призводити до виразного порушення дихальної функції аж до зупинки дихання внаслідок інтермітуючої обструкції верхніх дихальних шляхів, тобто до синдрому обструктивного апное уві сні. Тому діти з аденоїдами часто сплять неспокійно, з відкритим ротом, нерідко хрюпуть, з відкритого рота витікає слина. Часто у них при аденоїдах та аденоїдиті відзначається затікання слизу з носової частини глотки в рот, гортанню частини глотки, що призводить до напояглого кашлю.

Запальний процес нерідко поширюється і в порожнину носа, формуючи риніт, риносинусит з явними виділеннями з порожнини носа, подразненням шкіри присінка носа і верхньої губи, яка стає гіперемованою, потовщеною, вкривається тріщинами [6,12]. Часто ці патологічні стани перебігають паралельно з рецидивними і хронічними запальними захворюваннями бронхолегеневої системи, тому такі пацієнти одночасно знаходяться в полі зору не тільки оториноларинголога, але й пульмонолога та педіатра. За наявності аденоїдних вегетацій виникає «порочне коло»: аденоїди викликають утруднення носового дихання, що перешкоджає лікуванню риніту, а останній сприяє підсиленню застійних явищ у порожнині носа і носової частини глотки, а також подальшому збільшенню аденоїдних розрощень. У разі первинного гострого гнійного риносинуситу патологічний секрет транспортується з приносівих пазух безпосередньо на глотковий мигдалик, який, в свою чергу, відповідає на цю агресію адекватним запаленням. У підсумку гострий риносинусит призводить до розвитку спочатку гострого, а далі хронічного аденоїдиту.

Глотковий мигдалик за таких обставин гіпертрофується, блокуючи тим самим носову частину глотки і порожнину носа. Погіршення носового дихання викликає зниження аерації приносних пазух і, як наслідок, обтяження перебігу риносинуситу. Утруднене носове дихання при аденоїдиті веде також до венозного застою у мозкових оболонках, порушення пам'яті і зниження інтелекту [3,7,23].

Сучасний підхід до діагностики і лікування глоткового мигдалика та аденоїдиту у дітей

Діагностика глоткового мигдалика та аденоїдиту, особливо у дітей молодших вікових груп, часто буває досить утрудненою. Це пов'язано, насамперед, з особливостями будови носової частини глотки. У дітей вона порівняно вузька, подовжена, відмічається високе стояння м'якого піднебіння. Характерним є виразний глотковий рефлекс і неспокійна поведінка дитини, які часто унеможливають виконання задньої риноскопії навіть у дітей старшого віку. Пальцеве дослідження носової частини глотки найчастіше не дає повної і достатньої інформації про гіпертрофію глоткового мигдалика, його форму, величину щодо стінок носової частини глотки і безпосередньо хоан і вимагає достатнього практичного досвіду. Це пояснюється тим, що на введення пальця лікаря в носову частину глотки констриктори глотки відповідають скороченням, глотка стискається і розміри її зменшуються. Крім цього, пальцеве дослідження негативно сприймається як дитиною, так і її батьками, перш за все з психологічних причин, а також через можливість механічної травми, яка може призвести до провокації інфекції. На даний час, у зв'язку із широким впровадженням в практику сучасної оптичної апаратури, найбільш раціональним методом діагностики гіпертрофії глоткового мигдалика та аденоїдиту є ендоскопічне дослідження порожнини носа і носової частини глотки [1,7,10,13,16,20,21,22,27,33].

За величиною аденоїди підрозділяють на три ступені: I ступінь — аденоїди малого розміру, прикривають верхню третину просвіту хоан; II ступінь — аденоїди середнього розміру, закривають дві третини сошника; III ступінь — аденоїди великого розміру, прикривають весь або майже весь просвіт хоан.

Існує й інший варіант розподілу ступенів збільшення глоткового мигдалика (Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов, 2011).

- I ступінь (глотковий мигдалик перекидає хоани на 1/3):
 - а) розташований тільки в носовій частині глотки;
 - б) розташований у носовій частині глотки і поширюється у порожнину носа;
- II ступінь (глотковий мигдалик перекидає хоани на 2/3):
 - а) розташований тільки в носовій частині глотки;
 - б) розташований у носовій частині глотки і поширюється у порожнину носа;
- III ступінь (глотковий мигдалик перекидає хоани повністю):
 - а) розташований тільки в носовій частині глотки;
 - б) розташований у носовій частині глотки і поширюється у порожнину носа.

Розміри аденоїдів не завжди відповідають викликаним патологічним змінам в організмі. Іноді аденоїди I–II ступеня супроводжуються різким утрудненням дихання через ніс, зниженням слуху, нічним хрипінням та іншими патологічними змінами. Гіпертрофію глоткового мигдалика слід диференціювати від юнацької ангіофіброми носової частини глотки та інших пухлин цієї локалізації,

викривлення носової перегородки, гіпертрофічного риніту, поліпів і новоутворень порожнини носа [4,7,33].

На сьогоднішній день існують консервативні та хірургічні методи лікування пацієнтів з патологією глоткового мигдалика. Лікування при гіпертрофії глоткового мигдалика II–III ст., як правило, хірургічне — аденотомія під загальним знеболенням. Показаннями до операції служать не стільки величина аденоїдів, скільки виникнення різних розладів у дитячому організмі.

Засновником хірургії глоткового мигдалика вважають данійця Вільгельма Мейера, який у 1867 р. у носовій частині глотки виявив випуклу тканину, що за виглядом і кольором була подібна до земляних черв'яків. Тоді Мейер виготовив кільцеподібний ніж (кюретку) для видалення цієї тканини. Операцію аденотомію — видалення гіпертрофованого глоткового мигдалика — В. Мейер вперше провів у 1868 р. в Копенгагені за власною методикою і з використанням сконструйованих ним самим інструментом. Ця операція не тільки стала найпоширенішим хірургічним втручанням у дітей, але й може вважатися найуспішнішим хірургічним методом лікування взагалі. За допомогою якісно проведеної аденотомії відповідно до показань (за умови, що вона виконана технічно правильно і вчасно) можливо позитивно вплинути на роботу органів дихання і слуху, фізичний і розумовий розвиток дитини, а також визначити та покращити її подальший життєвий шлях [1,4,7].

У зв'язку з важливою роллю лімфаденоїдної тканини глотки у формуванні імунологічного захисту організму дитини, показання до хірургічного втручання при захворюваннях піднебінних мигдаликів і глоткового мигдалика сьогодні значно звужені, пріоритет при цьому надається консервативній терапії. Однією з найважливіших функцій глоткового мигдалика є формування IgA-продуктування імуноцитів для забезпечення гуморального імунітету слизової оболонки верхніх дихальних шляхів. На думку багатьох дослідників [7,8,17,22,25,32], проведення аденотомії при гіпертрофії глоткового мигдалика за клінічними показаннями (порушення дихання, рецидивні захворювання середнього вуха, поява хрипіння тощо) порушує структурно-функціональні взаємозв'язки, призводить до імунної недостатності слизової оболонки не тільки локальної ділянки носа і глотки, але й організму в цілому. Це може сприяти підвищенню частоти виникнення гострих респіраторних інфекційних захворювань або стати пусковим моментом розвитку хронічного запалення в носі і приносних пазухах [7,12,19].

Виходячи з клінічного досвіду, дуже важко відрізнити бактеріальну природу аденоїдиту від алергічного запалення. Адже алергічний риніт у дітей проявляється симптомами подразнення слизової оболонки порожнини носа: сверлячкою, чханням, слизовими виділеннями з порожнини носа, затіканням слизу в носову частину глотки, симптомом нічного кашлю і, як наслідок, утрудненням носового дихання. Прогресуюче зниження слуху при рецидивному гострому або секреторному отиті у дитини також повинно насторожити лікаря щодо імовірності алергічного риніту [7,11,14,17].

Важливим компонентом ефективного консервативного лікування даного стану є адекватна іригаційна терапія ізотонічними і гіпертонічними сольовими розчинами, серед яких найбільш широко і безпечно з достатньо обґрунтованою доказовою базою представлено лінійку препаратів «Аква Маріс».

Сьогодні компанія «Ядран» (Галенська Лабораторія, д.д., Хорватія), представляє цілу лінійку препаратів на основі води Адріатичного моря. «Аква Маріс спрей

назальний», що давно завоював довіру та прихильність лікарів як засіб профілактики та лікування не тільки алергічних ринітів, гострих та хронічних ринітів, але й гострих і хронічних аденоїдитів та риносинуситів, залишається найбільш популярним препаратом у комплексній терапії даних нозологій [2,7,20,31]. Призначення даного препарату є найбільш доцільним у дитячому віці, особливо при гострому і хронічному перебігу захворювання. Це обґрунтовано якістю, безпекою, високою ефективністю і комплаєнтністю препаратів на основі морської води.

Морську воду для Аква Маріс беруть у районі каналу Велебіт — акваторії Адріатичного моря, що максимально віддалена від населених пунктів та промислових зон. Після досконалого вивчення питання спеціалісти компанії «Ядран» дійшли висновку, що морська вода, зібрана на глибині 5 м, містить оптимальну концентрацію корисних мікроелементів та має мінімум домішок.

Після забору вода проходить мікробіологічний контроль та префільтрацію, потім доводиться до ізотонічного або гіпертонічного стану (залежно від форми випуску) та проходить бактеріологічну ультрафільтрацію, що виключає потрапляння у препарат мікроорганізмів.

Аква Маріс — це стерилізована ізотонічна морська вода, що сприяє підтриманню нормального фізіологічного стану слизової оболонки порожнини носа. Препарат сприяє розрідженню слизу і нормалізації його вироблення у келихоподібних клітинах слизової оболонки носової порожнини. Мікроелементи, що входять до складу препарату, покращують функцію миготливого епітелію, який посилює опірність слизової оболонки порожнини носа і придаткових пазух до проникнення патогенних бактерій і вірусів.

«Аква Маріс Плюс» — це ізотонічний стерильний розчин води Адріатичного моря, збагачений декспантенолом. Завдяки мінеральним солям, великій кількості мікроелементів, що входять до його складу, та збагаченню д-пантенолом, морська вода чинить пом'якшувальний ефект на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. Проникаючи в клітини, д-пантенол перетворюється в пантотенову кислоту, яка сприятливо впливає на шкіру та слизову оболонку. Морська вода сприяє видаленню забруднень з порожнини носа та в комбінації з д-пантенолом зволожує слизову оболонку, попереджуючи її висихання, та сприяє регенерації тканини.

«Аква Маріс Стронг» — гіпертонічний розчин води Адріатичного моря з натуральними солями і мікроелементами. Завдяки багатому вмісту солі, очищена морська вода Аква Маріс® Стронг видаляє надлишкову рідину зі слизової оболонки носа, зменшує їх набряк та полегшує дихання. Мінеральні солі та мікроелементи, що входять до складу морської води, чинять пом'якшувальний ефект на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. У будь-яку пору року при використанні добре обробленої морської води можна досягти натурального ефекту, який відчувається літом на морі.

При алергічному запаленні глоткового мигдалика оториноларингологи досить часто застосовують антигістамінні препарати та/або топічні кортикостероїди, при бактеріальному — антибіотики (як системно, так і місцево), іноді у поєднанні з топічними кортикостероїдами. Гіпертрофія глоткового мигдалика III ст. є показанням до оперативного лікування. Однак клінічно доведено: виконан-

ня операції аденотомії на тлі будь-якого запалення може призводити до швидкого рецидиву процесу, що для дитини та її батьків завжди є стресовою ситуацією [1,13,14,26,33]. Тому практичне завдання лікаря полягає у підборі адекватної терапії з метою зменшення запального процесу і гіпертрофії мигдалика, що може дозволити уникнути оперативного втручання.

Дитячі оториноларингологи спільно з педіатрами вишукують нові шляхи вирішення цієї проблеми, включаючи в схеми лікування нові препарати та їх комбінацію з місцевою іригаційною терапією ізотонічними і гіпертонічними розчинами, яка швидко та ефективно впливає на запальний процес глоткового мигдалика як при гострому, так і при хронічному аденоїдиті. Таке лікування, перш за все, є безпечним для дитини, знімає запальний процес у носовій частині глотки, зменшує гіпертрофію лімфаденоїдної тканини.

Аква Маріс система для промивання носової порожнини, до складу якої входить пристрій (емісія) для промивання носової порожнини та 30 пакетиків-саше із сіллю Адріатичного моря, може застосовуватися в домашніх умовах самою дитиною або за допомогою батьків. Один пакетик розчиняється в необхідному об'ємі кип'яченої теплої води (330 мл — до мітки), і пацієнт проводить промивання носових ходів, відповідно до інструкції для застосування. Рідина тече самоплином, без додаткового тиску, що не викликає ризику розвитку отиту і є безпечним для дитини. Промивання є ефективним методом іригаційної терапії при таких нозологіях, як гострі і хронічні аденоїдити, риносинусити. Також можна використовувати сіль Адріатичного моря, збагачену гіпоалергенними лікарськими травами (мирт звичайний та безсмертник італійський), що чинять антимікробну та протівірусну дію.

Висновки

Таким чином, ефективність комплексного підходу до консервативного лікування гострого і хронічного аденоїдиту із застосуванням іригаційної терапії ізотонічними і гіпертонічними розчинами компанії «Ядран» (Галенська Лабораторія, д.д., Хорватія), яка представляє сьогодні на ринку цілу лінійку препаратів на основі води Адріатичного моря, дозволяє значно покращити результати загальної і місцевої терапії у дитячому віці.

Застосування комбінованого методу лікування гострого і хронічного запального процесу в порожнині носа, приносних пазух і в носовій частині глотки (стандартна терапія + елімінаційна терапія препаратом «Аква Маріс»), за даними сучасних досліджень, призводить до значного клінічного, бактеріологічного поліпшення захворювання у дітей і дорослих, що виражається в полегшенні перебігу даного захворювання, зменшенні симптомів запалення, бактеріологічної санації слизової оболонки носа і лімфаденоїдної тканини носової частини глотки.

Висока безпечність і хороша переносимість препаратів на основі води Адріатичного моря, їх висока і пролонгована клінічна ефективність при аденоїдитах і супутніх гострих риносинуситах у дітей, висока комплаєнтність дозволяють рекомендувати застосування препаратів лінійки «Аква Маріс» в амбулаторних і стаціонарних умовах для лікування і профілактики оториноларингологічних захворювань у дітей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аденоїдні вегетації та аденоїдити / Лайко А. А., Заболотний Д. І., Косаковський А. Л. [та ін.]. — Київ : Логос, 2006. — 170 с.
2. Богомільський М. Р. Применение элиминационного препарата Аква Марис (Ядран, Хорватия) в комплексном лечении аллергического ринита у детей / М. Р. Богомільський, Т. И. Гаращенко, Л. А. Бабакина // Клінічна імунол. Аллергол. Інфектол. — 2009. — № 3 (22). — С. 52—56.
3. Борзов Е. В. Особенности функционального состояния центральной нервной системы у детей с патологией глоточной миндалины / Е. В. Борзов // Вестник оториноларинголог. — 2002. — № 2. — С. 28—30.
4. Бредун О. Ю. Патологія глоткового мигдалика у дітей / О. Ю. Бредун // Здоров'я України. — 2011. — № 2. — С. 58—59.
5. Будяков С. В. Комплексное лечение экссудативного среднего отита при патологии носа, околоносовых пазух и носоглотки / С. В. Будяков // Рос. ринол. — 2003. — № 1. — С. 33—35.
6. Гіпертрофія глоткового мигдалика та хронічний аденоїдит. / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, П. А. Рауцкіс [та ін.]. — Київ : Логос, 2010. — 144 с.
7. Дитяча оториноларингологія / А. А. Лайко, А. Л. Косаковський, Д. Д. Заболотна [та ін.]. — Київ : Логос, 2013. — 575 с.
8. Иммунореабилитация после тонзиллэктомии / Заболотный Д. И., Мельников О. Ф., Верес В. Н., Рельская О. Г. // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2001. — № 5д. — С. 73—74.
9. Козлов В. С. Роль местной терапии в лечении хронического аденоидита / В. С. Козлов // РМЖ. — 2003. — Т. 10, № 20. — С. 910—914.
10. Лайко А. А. Обсяг і методи обстеження об'єктивного статусу дітей з ЛОР-патологією / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, В. В. Синяченко. — Київ : Логос, 2000. — 137 с.
11. Лайко А. А. Рецидивующий средний отит / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, В. А. Лайко. — Київ : Логос, 2001. — 152 с.
12. Лікування хронічного гнійного верхньощелепного синуситу, поєднаного з аденоїдними вегетаціями / Яшан О. І. [та ін.] // Журн. ушних, носових і горлових хвороб. — 2009. — № 3. — С. 179.
13. Мельников М. Н. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия / М. Н. Мельников, А. С. Соколов // Рос. ринол. — 2000. — № 1. — С. 3—8.
14. Методи консервативної терапії дітей при аденоїдитах / Безшапочний С. Б., Кішук В. В., Лобурець В. В. [и др.] // Журн. ушних, носових і горлових хвороб. — 2009. — № 6. — С. 74—81.
15. Оптимальний підхід та фармакотерапія тривалих аденоїдитів у дітей / Безшапочний С. Б., Соннік Н. Б., Лобурець В. В., Вахніна А. П. // Журнал ушних, носових і горлових хвороб. — 2009. — № 3—с. — С. 14—15.
16. Протасевич Г. С. Осложнения аденоидитом у детей / Г. С. Протасевич, Г. Г. Сивчук, И. А. Гаверда // Вестник оториноларинголог. — 1989. — № 5. — С. 75—79.
17. Пухлик С. М. Аденоиды, аденоидит и аллергический ринит / С. М. Пухлик, Э. Г. Нейверт // Клиническая иммунол. Аллергол. Інфектол. — 2008. — № 5/2. — С. 16—20.
18. Пухлик С. М. Новый подход к лечению детей с гипертрофией глоточной миндалины / С. М. Пухлик, Э. Г. Нейверт // Журн. ушних, носовых і горлових хвороб. — 2000. — № 2. — С. 37.
19. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей / Пронина Ю. В., Вахрушев С. Г., Буренков Г. И., Зырянов М. М. // Рос. ринол. — 2003. — № 3. — С. 56.
20. Резолюция участников международного междисциплинарного симпозиума по вопросам терапии и профилактики воспалительных заболеваний носоглотки у детей / Гаращенко Т. И., Безшапочный С. Б., Крючок Т. А. [и др.] // Здоров'я України. — 2012. — Т. 18 (2). — С. 57.
21. Синдром обструктивного апноэ сна: хирургическая коррекция и её результаты / Шелудченко Т. П., Лопатин А. С., Барков А. М., Нефедов В. С. // Рос. ринол. — 2002. — № 2. — С. 42—45.
22. Тарасова Г. Д. Клинико-лабораторные показания к аденотомии / Г. Д. Тарасова, М. А. Мокроносова // Рос. ринол. — 1999. — № 1. — С. 92.
23. Шустова Т. И. Адренергическая иннервация носовых полипов и глоточной миндалины у детей / Т. И. Шустова, М. Б. Самоткин // Вестник оториноларинголог. — 2000. — № 3. — С. 36—39.
24. Berger W. E. Nonallergic rhinitis in children / W. E. Berger, J. E. Schonfeld // Curr Allergy Asthma Rep. — 2007. — Vol. 2. — P. 6—7.
25. Cytokines locally produced by lymphocytes removed from the hypertrophic nasopharyngeal and palatine tonsils / Komorowska A. [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. — 2005. — Vol. 69 (7). — P. 937—941.
26. David H. Darrow Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy / David H. Darrow, Christopher Siemens // The Laryngoscope. — 2002. — Vol. 112. — P. 6—10.
27. Kubba H. Endoscopy in the assessment of children with nasal obstruction / H. Kubba, B. J. Bingham // J. Laryngol. Otol. — 2001. — Vol. 115. — P. 380—384.
28. Large international differences in (adeno) tonsillectomy rates / Van den Akker E. [et al.] // Clin. Otolaryngol. — 2004. — Vol. 29. — P. 161—164.
29. Laser myringotomy in different age groups / Cohen D., Shechter Y., Slatkine M. [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2001. — Vol. 127 (3). — P. 260—264.
30. Quality of life and health status in pediatric tonsil and adenoid disease / Stewart M. G., Friedman E. M., Sulek M. [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2000. — Vol. 126. — P. 45—8.
31. Safety and efficacy of once-daily nasal irrigation for the treatment of pediatric chronic rhinosinusitis / Wei J. L., Sykes K. J., Johnson P. [et al.] // Laryngoscope. — 2011. — Vol. 121 (9). — P. 1989—2000.
32. Structural and Immunological Characteristics of Chronically Inflamed Adenotonsillar Tissue in Childhood / Passali D. [et al.] // Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology. — 2004. — Vol. 11, № 6. — P. 1154—1157.
33. The Effects of Tonsillectomy and Adenoidectomy on Serum IGF-I and IGFBP3 Levels in Children / Mustafa D. Y., Sefik A. H., Hawa O. [et al.] // The Laryngoscope. — 2002. — Vol. 112. — P. 922—925.

Особенности выбора локальной терапии острого и хронического аденоидита у детей

Ю.В. Гавриленко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Представлен обзор современных методов диагностики и лечения оториноларингологических заболеваний у детей. Показаны терапевтические возможности препаратов на основе воды Адриатического моря в лечении острого и хронического воспалительного процесса в полости носа, принососовых пазухах и в носовой части глотки.

Ключевые слова: носоглотка, воспалительный процесс, лечение, Аква Марис.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.6(70):30-34; doi10.15574/SP.2015.70.30

Features of choice of local therapy during the acute and chronic adenoiditis in children

Yu.V. Gavrilenko

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

A review of modern methods of diagnosis and treatment of otorhinolaryngologic diseases in children is presented. The therapeutic possibilities of preparations based on the Adriatic Sea water in the treatment of acute and chronic inflammation in the nasal cavity and paranasal sinuses and in the nasal part of pharynx are shown.

Key words: nasopharynx, inflammation, treatment, Aqua Maris.

Сведения об авторах:

Гавриленко Юрий Владимирович — к.мед.н., каф. детской оториноларингологии, аудиологии и фонологии НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; e-mail: yesyur@ukr.net

Статья поступила в редакцию 1.10.2015 г.