

Ю.В. Гавриленко, к.м.н., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, **І.І. Рубан**, завідувач ЛОР-відділення ДКЛ № 1 м. Києва, головний позаштатний спеціаліст з дитячої оториноларингології Департаменту охорони здоров'я м. Києва, заслужений лікар України

Наш досвід застосування елімінаційної терапії з розчином повідон-йоду у дітей з аденоїдитом, супутнім гострим риносинуситом

На сьогодні безперечним є факт, що інфекції верхніх дихальних шляхів посідають провідне місце в структурі захворюваності дітей. Рецидивуюча інфекція ЛОР-органів у часто хворюючих дітей має переважно бактеріальну природу. Глотковий мигдалик належить до периферичних органів імунної системи, який забезпечує слизові оболонки носа і приносних пазух імунокомпетентними клітинами і контролює адекватність місцевої імунної відповіді, відомої як мукозальний імунітет. Таким чином, забезпечуються місцеві захисні реакції слизової оболонки носа і приносних пазух, що пояснює часте поєднання перебігу риносинуситу і аденоїдиту. Тому у дітей досить часто спостерігається хибне коло: у разі первинності гострого риносинуситу патологічний секрет із приносних пазух транспортується безпосередньо в носоглотку, де глотковий мигдалик відповідає адекватним запаленням на цю агресію, водночас при первинності розвитку бактеріального запалення в глотковому мигдалику створюються сприятливі умови для розвитку риносинуситу внаслідок блоку носоглотки набряклою лімфаденоїдною тканиною і погіршення носового дихання й вентиляції приносних пазух.

У зв'язку з важливим значенням лімфаденоїдної тканини носоглотки в імуногенезі й місцевому захисті слизової оболонки верхніх дихальних шляхів необхідно розширювати консервативні методи лікування та профілактики аденоїдиту й риносинуситу.

Мета дослідження: оцінити ефективність застосування елімінаційної терапії у вигляді промивання носа за методом переміщення по Proetz фізіологічним розчином повідон-йоду (Бетадин[®], EGIS) із лікувально-профілактичною метою у дітей з аденоїдитом, супутнім гострим риносинуситом.

Матеріали та методи

Порівняльне рандомізоване дослідження з оцінки ефективності елімінаційної терапії аденоїдитів у дітей із гострим риносинуситом фізіологічним розчином з додаванням препарату Бетадин[®] розчин виробництва компанії EGIS (20 крапель : 200 мл)* проводилося на базі ЛОР-відділення дитячої міської клінічної лікарні № 1 м. Києва.

Обстежили 50 пацієнтів з приводу гострого риносинуситу і супутнього аденоїдиту, серед яких було 27 хлопчиків та 23 дівчаток віком від 3 до 11 років.

План обстеження включав динамічне ендоскопічне дослідження носоглотки, яке проводилося до лікування, через

тиждень і через місяць від початку терапії. Бактеріологічне дослідження патологічних виділень із глоткового мигдалика проводилося трансназально з візуалізацією й під контролем ендоскопа 2,7 мм 0°.

Усім дітям проводили стандартну терапію основного захворювання, яка включала антибактеріальні, гіпосенсибілізуючі препарати, а також місцеве лікування.

Вибір антибактеріального препарату залежав від форми і ступеня важкості запального процесу в приносних пазухах: за катаральних і неускладнених гнійних процесів призначалися препарати пеніцилінового ряду (амоксцилін із клавулановою кислотою), за ускладнених гнійних риносинуситів призначалися антибіотики цефалоспоринового ряду II-III покоління, метронідазол.

Для поліпшення відтоку і зменшення блоку в структурах остіомеатального комплексу застосовувалися топічні та системні деконгестанти та антисептичні протизапальні засоби з мукорегуляторним впливом.

У випадках катарального, набряк-інфільтративного риносинуситу лікування проводилося безпункційним методом. У разі гнійних форм риносинуситів у всіх наших пацієнтів пункція верхньощелепних пазух жодного разу не виконувалася.

30 дітей – основна група – отримували промивання носа за методом переміщення по Proetz фізіологічним розчином з Бетадином (20 крапель : 200 мл) паралельно зі стандартним лікуванням починаючи з дня надходження в стаціонар і протягом 7 днів. Контрольну групу становили 20 дітей, які не отримували прищільної санації носоглотки у разі гострого риносинуситу.

Промивання носа фізіологічним розчином з Бетадином сприяє зрідженню слизу і нормалізації його вироблення в келихоподібних клітинах слизової оболонки носової порожнини, покращує функцію миготливого епітелію, що посилює опірність слизової оболонки порожнини носа і приносних пазух до впровадження патогенних бактерій і вірусів, дозволяє знизити дозу і частоту використання назальних деконгестантів місцевої дії, зменшує місцевий запальний процес.

Результати та обговорення

Із 50 обстежених дітей у 11 (22%) було виявлено катаральний гайморит, у 8 (16%) – катаральний гаймороемоїдит, у 7 (14%) – катаральний гемісинусит, у 12 (24%) – гнійний гайморит, у 8 (16%) – гнійний гаймороемоїдит, у 4 (8%) – гнійний гемісинусит.

У результаті ендоскопічного дослідження до лікування було виявлено, що у разі катаральних процесів у приносних пазухах у 11 пацієнтів була характерна наявність набряку й гіперемії лімфаденоїдної тканини носоглотки, у 14 хворих до цих симптомів приєднувалася наявність прозорого слизу, відокремлюваного на поверхні глоткового мигдалика. Тоді як за гнійних процесів відмічали наявність подібної картини у 9 і 7 дітей відповідно. У 26 (52%) із 50 обстежених дітей спостерігався патологічний секрет (рефлюкс) у глотковому отворі слухової труби (ГОСТ).

Результати бактеріологічного дослідження до лікування показали, що найбільш частими збудниками аденоїдитів, супутніх риносинуситів були Staphylococcus aureus (27%), непатогенні нейсерії (21%), Streptococcus viridans (18%), Haemophilus influenzae (12%), Streptococcus pneumoniae (18%), в окремих випадках висівали Streptococcus haemolyticus (3%). При цьому у 18 дітей (36%) було виявлено змішану флору.

Крім очевидної з таблиці 1 більш явно вираженої позитивної динаміки у дітей, які отримували промивання носа за методом переміщення по Proetz фізіологічним розчином з Бетадином, суб'єктивно всі пацієнти основної групи або їхні батьки відзначали значне поліпшення носового дихання, полегшення евакуації виділень із носа протягом тижневої терапії і відсутність виділень на момент контрольного огляду, зниження інтенсивності кашлю, хрипіння й гугнявості у дітей.



Ю.В. Гавриленко

З таблиці 2 видно, що бактеріологічна санація лімфаденоїдної тканини носоглотки, як і інші бактеріологічні результати, після тижневої терапії статистично достовірно відрізняються від таких у контрольній групі на користь явної переваги елімінаційної терапії за методом переміщення по Proetz фізіологічним розчином з Бетадином.

Повторне ендоскопічне обстеження після проведеного лікування в динаміці (табл. 3) показує стійкий позитивний клінічний ефект елімінаційної терапії з промиванням носа за методом переміщення по Proetz фізіологічним розчином з Бетадином, який навіть у випадках повторної інфекції дозволяє скоротити терміни захворювання і суттєво вираженість клінічних симптомів (у 3 дітей із 6 контрольної групи спостерігалися слизово-гнійні виділення з носа і по задній стінці глотки, чого не було зареєстровано в основній групі).

Результати бактеріологічного дослідження, проведеного через місяць, представлені в таблиці 4.

Висновки

Завдяки проведеному аналізу результатів терапії аденоїдитів, супутніх гострих риносинуситів у дітей за допомогою промивання носа методом переміщення по Proetz фізіологічним розчином з Бетадином на відносно невеликій групі хворих можна зробити такі висновки:

1. Застосування методу лікування риносинуситів із явищами аденоїдиту (стандартна базова терапія + промивання носа фізіологічним розчином з Бетадином), за даними проведеного дослідження, зумовлює значне клінічне й бактеріологічне поліпшення, яке виражається в зменшенні симптомів запалення і бактеріологічної санації лімфаденоїдної тканини носоглотки.

2. Спостереження за хворими основної та контрольної групи протягом місяця показало значну стійкість досягнутого за допомогою елімінаційної терапії клініко-бактеріологічного результату і його явну перевагу перед результатами спостереження за дітьми контрольної групи.

3. Достатньо хороша переносимість промивання носа по Proetz фізіологічним розчином з Бетадином у дітей дає змогу рекомендувати цей метод до застосування в амбулаторних і стаціонарних умовах у якості лікувального й профілактичного методу.

Таблиця 1. Результати клініко-ендоскопічного обстеження дітей (через 7 днів після початку лікування)

Клініко-ендоскопічні показники	Основна група n=30 (%)	Контрольна група n=20 (%)
Зменшення набряку слизової оболонки	22 (73)	11 (55)
Нормалізація кольору слизової оболонки	26 (87)	12 (60)
Відсутність виділень	25 (83)	10 (50)
Відсутність рефлюксу в ГОСТ	28 (93)	9 (45)

Таблиця 2. Результати бактеріологічного дослідження через 7 днів лікування

Групи	Бактеріологічна санація	Умовно-патогенна мікрофлора	Патогенні мікроорганізми
Основна n=30 (%)	24 (80)	4 (13)	2 (7)
Контрольна n=20 (%)	11 (55)	6 (30)	3 (15)

Таблиця 3. Результати клініко-ендоскопічного обстеження (через місяць після лікування)

Клініко-ендоскопічні показники	Основна група n=30 (%)	Контрольна група n=20 (%)
Відсутність ознак запалення глоткового мигдалика	25 (83)	13 (65)
Повторна інфекція верхніх дихальних шляхів протягом місяця	5 (17)	6 (30)
– середня тривалість захворювання	5 днів	9 днів
– середня температура	37,2°C	37,8°C

Таблиця 4. Результати бактеріологічного дослідження (через місяць)

Групи	Ерадикація	Персистенція	Колонізація	Реінфекція
Основна n=30 (%)	18 (60)	7 (23)	3 (10)	2 (7)
Контрольна n=20 (%)	7 (35)	6 (30)	5 (25)	3 (15)

* 20 крапель Бетадину на 200 мл фізіологічного розчину.