

Ю.В. Гавриленко, к.м.н., кафедра дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Особливості консервативного лікування хронічного аденоїдиту у дітей із алергічними захворюваннями

Актуальність проблеми

За даними літератури, 11–25% дітей, хворих на алергічний риніт (АР), відзначають зниження працездатності, успішності та концентрації уваги, частина дітей із цих причин змушені пропускати заняття в школі. Покашлювання, чхання, постійне «шморгання» носом — саме ті симптоми, які можуть викликати глузування оточуючих, стати причиною ізоляції дитини в шкільному або дошкільному колективі. Клінічно дуже важко відрізнити аденоїдит бактеріальної природи від алергічного запалення глоткового мигдалика. Адже для АР у дітей характерні симптоми подразнення слизової оболонки порожнини носа: свербіння, чхання, слизові виділення з порожнини носа, стікання слизу в носову частину глотки, симптом нічного кашлю і, як наслідок, утруднення носового дихання. Прогресуюче або періодичне зниження слуху за наявності сальпінгоотиту, або секреторного отиту, у дитини також має насторожити лікаря щодо можливої наявності АР.

Саме тому дитячі оториноларингологи спільно з педіатрами шукають нові шляхи вирішення цієї проблеми, включаючи в схеми лікування дітей нові препарати та їх комбінації. Запропоновані схеми лікування мають бути перш за все безпечними для дитини, ефективно знімати запальний процес у носовій частині глотки, зменшувати хронічне запалення і гіпертрофію глоткового мигдалика та прояви алергічного захворювання. У зв'язку з цим актуальним є питання про можливість адекватного консервативного лікування пацієнтів з аденоїдитом за наявності обтяженого алергологічного анамнезу з метою зменшення запального процесу і гіпертрофії глоткового мигдалика, що може дати змогу уникнути оперативного втручання в подальшому.

Клінічний випадок

Як приклад можна навести клінічне спостереження, яке буде цікавим не тільки для дитячих оториноларингологів, а й для педіатрів та сімейних лікарів. Наведений клінічний випадок у майбутньому допоможе більш швидко та ефективно справлятися з такою патологією.

Пацієнт С., 5 років, був на первинному прийомі у дитячого оториноларинголога зі скаргами на утруднене носове дихання, часте чхання, виділення з носа, періодичне зниження слуху, закладеність вуха і носа, кашель після сну, зниження слуху протягом останніх 5–7 днів. Подібні стани у дитини спостерігаються нерідко: після чергової ГРВІ тривалий час зберігаються нежить, кашель, порушення носового дихання. Дитина стала частіше хворіти після відвідування дитячого дошкільного закладу. В анамнезі в ранньому віці відмічалися прояви ексудативно-катарального діатезу, пацієнт спостерігається у дерматолога з приводу

атопічного дерматиту, рік тому, зі слів мами, були позитивні алергопроби на домашній пилок, шерсть.

Клінічне обстеження. Передня риноскопія: носове дихання дещо утруднене, носова перегородка в середньому положенні, не деформована. Слизова оболонка носа помірно гіперемована і набрякла. У загальному носовому ході з обох боків, а також у задніх відділах носа — велика кількість слизових виділень, які відзначаються також у вигляді натікання по задній стінці глотки. Орофарингоскопія: піднебінні мигдалики не гіперемовані, в межах піднебінних дужок, не гіпертрофовані. У лакунах на момент спостереження патологічних виділень не виявлено. На задній стінці глотки — натікання слизових виділень із носоглотки. Отоскопія: справа і зліва зовнішні слухові проходи широкі, чисті, барабанна перетинка — з обох боків сірого кольору, гіперемія вздовж рукоятки молоточка, втягнута, вкорочений світловий конус.

Інструментальне обстеження. Пацієнту проведено трансназальну ендоскопію порожнини носа і носоглотки риноскопом прямого зору Karl Storz 2,7 мм. Виявлено помірний набряк і гіперемію нижніх носових раковин, остіомеатальний комплекс не виражений, під середньою носовою раковиною помірні слизові виділення, у носовій частині глотки глотковий мигдалик покритий густим слизом, який у подальшому видалено тупим відсмоктуванням. Після елімінації слизу діагностовано гіпертрофію глоткового мигдалика 2 ст. (аденоїди наполовину прикривають хоани). Глотковий отвір слухової труби дещо прикритий лімфаденоїдною тканиною з густими слизовими виділеннями.

Комплексну тимпанометрію дитині проведено апаратом MADSEN OTOflex 100. За результатами акустичної імпедансометрії зареєстровано тимпанограми: справа — тип С (-160 дПа), зліва — тип С (-250 дПа) з реєстрацією акустичного рефлексу з обох боків.

Встановлений діагноз: хронічний аденоїдит у стадії загострення, аденоїди 2 ст., двобічний сальпінгоотит, АР.

Враховуючи вищезазначені скарги, клінічну картину і дані анамнезу захворювання, пацієнту було призначено комплексну схему лікування, яка передбачала: антигістамінний препарат Алерзин (левоцетиризин), назальний деконгестант на основі морської води (Мераліс-спрей 0,05%) у віковій дозі протягом 5 днів; промивання носа за методом «переміщення» за Proetz фізіологічним розчином із додаванням препарату Бетадин (10–20 : 200 000), магнітолазер на ніс № 5, вібропневмомасаж барабанних перетинок 20–30 разів 3 рази на день 10 днів.

В якості стартової терапії, крім місцевого елімінаційного лікування, був застосований Алерзин (левоцетиризин, ЕГІС) у віковій дозі по 5 крапель внутрішньо двічі на день протягом 10 днів. Алерзин,



Ю.В. Гавриленко

левоцетиризин у вигляді крапель, не містить барвників, ароматизаторів і є безпечним для тривалого прийому внутрішньо.

Спостереження за пацієнтом у динаміці лікування було проведено на 5-й та 10-й день терапії. При повторному огляді на 5-й день відмічалось значне покращення загального стану дитини з вираженою позитивною динамікою, яка проявлялася у відсутності чхання, покращенні носового дихання, кашель став рідшим, кількість слизових виділень у носових ходах значно зменшилася, їх характер змінився на серозний. Отоскопічна картина з обох боків майже нормалізувалася: барабанна перетинка була сірого кольору, блискуча, незначна втягнутість, укорочений світловий рефлекс. Корекція лікування: відмінено Мераліс-спрей, промивання носа за методом «переміщення» за Proetz фізіологічним розчином із додаванням препарату Бетадин і магнітолазер.

Під час наступного контрольного огляду (10-й день лікування) відзначено подальше поліпшення загального стану. Батьки пацієнта відмічали, що їхня дитина почувається добре, протягом дня носове дихання вільне, рідке посопування вночі, не перепитуює, як це було раніше, кашель відсутній.

За результатами акустичної імпедансометрії в динаміці лікування у пацієнта зареєстровано з обох боків тимпанограму типу А (варіант норми) з реєстрацією акустичного рефлексу при іпси- та контралатеральній стимуляції справа і зліва.

Проведено контрольну ендоскопію порожнини носа і ротоглотки риноскопом прямого зору Karl Storz 2,7 мм: слизова оболонка носових раковин рожевого кольору, не набрякла, помірна кількість слизу в носових ходах і носовій частині глотки. Аденоїди на верхню третину прикривають хоани. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів блідо-рожевого кольору, не набрякла, чиста, при ротації шпательом у лакунах мигдаликів без патологічного вмісту. Натікання слизу по задній стінці глотки не відмічається.

Враховуючи досить швидку позитивну динаміку і досягнутий клінічний ефект від проведеного комплексного лікування у дитини, рекомендовано терапію Алерзином (по 5 крапель 2 рази на день) було продовжено до 2 тижнів. У подальшому батькам пацієнта рекомендовано консультацію алерголога з проведенням прик-тесту, цитологічного дослідження слизу з носа.

Для контролю за перебігом захворювання та уточнення частоти загострення хронічного аденоїдиту у віддаленому періоді було проведено розмову з батьками дитини по телефону, за результатами якої з'ясовано, що протягом наступних 6 міс випадків загострення не спостерігалось. Після проведеного лікування мати пацієнта відмічає покращення зовнішнього вигляду дитини, практично завжди спостерігається носове дихання, на зниження слуху пацієнт не скаржився.

Таким чином, цей клінічний випадок наочно демонструє сучасні можливості комплексного консервативного лікування хронічного аденоїдиту в поєднанні з АР, яке дозволяє зберегти глотковий мигдалик та суттєво покращити його функціональний стан у дітей, швидко й ефективно зменшити прояви запального процесу в аденоїдах, що збільшує можливість уникнути оперативного втручання. Консервативна терапія з Алерзином дозволяє досягти зворотного розвитку гіпертрофії глоткового мигдалика у дітей, хворих на хронічний аденоїдит у поєднанні з АР.

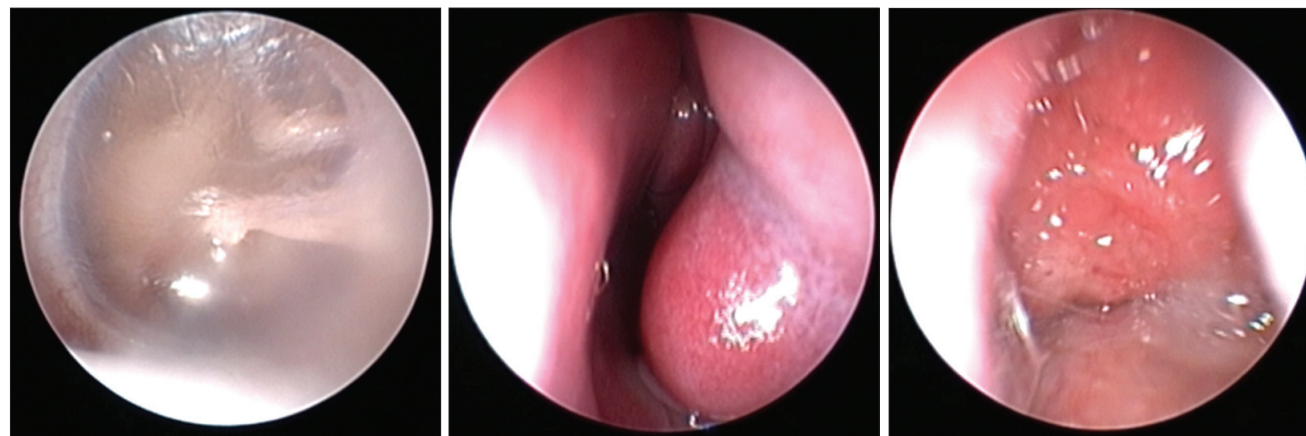


Рис. 1. Барабанна перетинка у дитини 5 років при сальпінгоотиті

Рис. 2. Ендоскопічна картина порожнини носа зліва при АР у дитини 5 років

Рис. 3. Ендоскопічна картина хронічного аденоїдиту у дитини 5 років з АР