

Особливості діагностики та лікування хронічних захворювань лімфоепітеліальних структур глотки у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу

На сьогоднішній день переконливо доведено, що лімфаденоїдна тканина глотки відіграє у функціонуванні системи загального та місцевого імунітету набагато більшу роль, ніж вважалося раніше. Саме тому впродовж останніх років підходи до діагностики та лікування хронічних запальних процесів у лімфоепітеліальних структурах глотки у дітей були переглянуті в бік пріоритетності щадного консервативного лікування, зумовленого необхідністю максимального збереження їхньої функції. Такі захворювання, як хронічний тонзиліт та аденоїдні вегетації, надзвичайно поширені в дитячій популяції і, безумовно, потребують постійної уваги з боку як дитячих оториноларингологів, так і педіатрів і сімейних лікарів, особливо у пацієнтів, які, окрім цієї патології ЛОР-органів, мають ще й хронічні соматичні та метаболічні захворювання. Проблеми лікування хронічних захворювань лімфоепітеліальних структур глотки у дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД) 1 типу, присвятив свій виступ під час III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання дитячої оториноларингології» (6-7 жовтня 2016 р., м. Київ) кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячої оториноларингології, фонітарії та аудіології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Юрій Володимирович Гавриленко.



Сьогодні ЦД 1 типу – надзвичайно поширене ендокринологічне захворювання у дітей, яке посідає 4-те місце у структурі всіх хвороб ендокринної системи і часто є причиною інвалідизації. Саме коморбідність хронічного тонзиліту (що розглядають як «вогнище хронічної інфекції») і ЦД 1 типу вважається однією з причин, що впливає на тяжкість цього ендокринологічного захворювання, а також становлять сукупність факторів ризику розвитку низки інших патологічних станів (М.Д. Тронько і співавт., 2011; Б.Н. Маньковський і соавт., 2012; Н.Б. Зелінська і соавт., 2014; Onkamo et al., 2010; Patterson et al., 2011).

У своїй клінічній практиці ми тривалий час спостерігаємо за значною кількістю

дітей із поєднаною патологією ЛОР-органів та ендокринної системи, яка на теперішній час вже охоплює понад 500 осіб. Це дало нам можливість провести доволі масштабне клінічне дослідження, головною метою якого було визначення особливостей діагностики та шляхів підвищення ефективності лікування хронічних захворювань лімфоепітеліальних структур глотки у дітей, хворих на ЦД 1 типу. Впродовж 2013-2014 рр. нами було обстежено 313 дітей, хворих на ЦД 1 типу, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічних відділеннях Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» і Дитячої клінічної лікарні № 6 м. Києва. В це дослідження були включені діти віком від 2 років 9 міс до 17 років 10 міс (середній вік – 11,3±4,4 року). Хлопчики становили 54% учасників дослідження, дівчатка – 46%. Тривалість захворювання на ЦД 1 типу в дітей становила від 1 до 10 років.

Стандартні обстеження дітей, які брали участь у дослідженні, виконували згідно з відповідними клінічними протоколами. Контроль тяжкості перебігу ЦД 1 типу оцінювали за рівнем глікозильованого гемоглобіну (Hb_{A1c}). Слід зазначити, що, згідно із показниками Hb_{A1c}, тяжкість перебігу ЦД 1 типу була різною: ЦД 1 типу з ідеальним глікемічним контролем (ГК) фіксували лише у 1,5% пацієнтів, із оптимальним ГК – у 12,3%, із субоптимальним ГК – у 19,7%; ЦД 1 типу з високим ризиком для життя спостерігався у 66,5% хворих, що не може не викликати обґрунтованої тривоги.

У ході дослідження нами були використані загальноклінічні, ендоскопічні, бактеріологічні, цитологічні, імунологічні та імуногістохімічні методи обстеження пацієнтів, а також проведено докладне вивчення стану мікроциркуляторного русла в уражених запальним процесом лімфоепітеліальних структурах глотки.

Структура патології ЛОР-органів у дітей із ЦД 1 типу, включених в дослідження, була такою:

- хронічний тонзиліт – 33%;
- викривлення перегородки носа – 32%;
- гострий риносинусит – 7%;
- носові кровотечі – 8%;
- фарингіт – 9%;
- отит – 2%;
- хронічний аденоїдит – 9%.

Становлять інтерес дані, що були отримані під час бактеріологічного дослідження мазків із піднебінних мигдаликів.

Встановлено, що у хворих із поєднанням ЦД 1 типу та хронічного тонзиліту частіше, ніж у пацієнтів із ЦД 1 типу без цієї ЛОР-патології, виявляли не монофлору, а 2- та 3-компонентні асоціації мікроорганізмів (як патогенні, так і умовно-патогенні).

У мікробіоценозі піднебінних мигдаликів у дітей із ЦД 1 типу та хронічним тонзилітом були виявлені (у порядку зменшення частоти виявлення) такі патогенні бактерії, як *S. aureus*, *S. viridans*, *K. pneumoniae* та *S. pyogenes*, а також гриби роду *Candida albicans*.

Крім того, нами було встановлено, що в дітей основної групи, які мали ЦД 1 типу та хронічні запальні захворювання лімфоепітеліальних структур глотки, порівняно з дітьми контрольних груп був істотно ослаблений місцевий імунітет, про що свідчило достовірне зниження рівнів секреторного

Бетадин® Повідон-йод



- Широкий спектр протимікробної дії щодо бактерій, вірусів, грибів, найпростіших
- Без розвитку резистентності
- Добре переноситься шкірою, слизовими оболонками та ураженими поверхнями
- Легко змивається водою
- Зберігається при кімнатній температурі

Побічні ефекти. Місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання, ангіоневротичний набряк, анафілактичні реакції та інші. Особливі застереження. У новонароджених і дітей до 1 року повідон-йод слід використовувати тільки за суворими показаннями. Лікарська форма. Розчин для зовнішнього та місцевого застосування. 1 мл розчину містить: 100 мг повідон-йоду. Умови відпуску. Без рецепта. Фармакологічна група. Антисептичні та дезинфікуючі засоби. Повідон-йод. D08A G02. Виробник. ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС, за ліцензією компанії МУНДІФАРМА А.Т., Швейцарія. Бетадин розчин Р.П. № UA/6807/03/01 від 23.08.2012. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.



Антисептична обробка ран та опіків



Зрошення при стоматологічних та ЛОР операціях



Дезинфекція шкіри перед хірургічною операцією, ін'єкціями, пункціями тощо

імуноглобуліну А (sIgA) та лактоферину в ротоглотковому секреті, підвищення рівня α -І-ФН та зниження рівня ІЛ-1 β .

Принципи консервативного лікування хронічного тонзиліту насамперед полягають у покращенні дренажної функції лакун піднебінних мигдаликів і в нормалізації місцевого та загального імунного статусу.

Покращення дренажної функції лакун піднебінних мигдаликів досягають за допомогою таких методів, як їх промивання антисептичними розчинами та аплікації лікарських засобів на поверхню піднебінних мигдаликів. Нормалізації місцевого та загального імунітету сприяють імуномодуючі засоби, антиоксидантна та десенсибілізуюча терапія, а також фізіотерапія. Під час проведення терапії лікарі мають дотримуватися принципу максимально шадного ставлення до піднебінних мигдаликів як до імунокомпетентних органів. Слід пам'ятати про те, що, згідно із сучасними уявленнями, видалення піднебінних мигдаликів допускається тільки у випадках доведеної їхньої функціональної недостатності.

Запропонований нами комплекс консервативного лікування хронічного тонзиліту в дітей, хворих на ЦД 1 типу, передбачає:

- промивання лакун піднебінних мигдаликів розчином повідон-йоду (препарат Бетадин®). Зокрема, дітям до 12 років розчин для промивання лакун піднебінних мигдаликів готується у співвідношенні 20 крапель препарату Бетадин® до 100 мл фізіологічного розчину, у дітей старше 12 років – 30 крапель препарату Бетадин® до 100 мл фізіологічного розчину;
- змащування лакун піднебінних мигдаликів розчином препарату Бетадин® (1:2);
- застосування імуномодуючих засобів;
- призначення магнітотерапії, магнітолазерної терапії;
- інгаляції антисептиків.

На нашу думку, для проведення локальної терапії при запальних захворюваннях ротоглотки у дітей та дорослих у складі комплексного лікування доцільно застосовувати препарат Бетадин®, діючою речовиною якого є повідон-йод – водорозчинна комплексна сполука йоду із синтетичним нетоксичним полімером повідоном. Бетадин® чинить потужну бактерицидну дію, а також знищує віруси, гриби та найпростіші; при цьому препарат характеризується низькою токсичністю, що створює можливість для його безпечного місцевого застосування в оториноларингологічній практиці. Дуже важливою клінічною перевагою повідон-йоду є його ефективна дія на резистентні штами патогенних мікроорганізмів, при цьому до самого препарату стійкість не розвивається. Бетадин® характеризується відмінною переносимістю з боку шкіри, слизових оболонок та уражених поверхонь. Його застосування сприяє значному зменшенню вираженості запального процесу та швидкому одужанню хворих.

Результати бактеріологічного дослідження мазків із піднебінних мигдаликів після проведеного курсу санації із застосуванням розчину препарату Бетадин® продемонстрували його переваги перед іншими антисептичними розчинами, які традиційно широко застосовують у клінічній практиці (зокрема, стосовно розчину фурациліну). Нами було встановлено, що санація піднебінних мигдаликів розчином препарату Бетадин® забезпечує повну ерадикацію мікробно-грибкових асоціацій (*Candida* + *K. pneumoniae*, *Candida* + *Staphylococcus aureus*) у хворих, у яких вони були виявлені до початку лікування хронічного тонзиліту, а також істотне зниження показників виявлення *Staphylococcus aureus* (із 49,5 до 11%), *Streptococcus viridans* (із 22 до 5,5%), *Klebsiella pneumoniae* (із 16,5 до 5,5%). Дані подано на рисунку 1.

При цьому в контрольній групі, у якій проводили санацію із застосуванням розчину фурациліну, показники ерадикації патогенних мікроорганізмів та мікробно-грибкових асоціацій виявилися значно гіршими (рис. 2).

Загалом, під час застосування для санації розчину Бетадин® відсутності патогенної мікрофлори в піднебінних мигдаликах хворих на хронічний тонзиліт вдалося досягти у 78% випадків, а при застосуванні розчину фурациліну – лише у 48,2% випадків.

Крім того, на особливу увагу заслуговують можливості застосування препарату Бетадин® у лікуванні хронічних аденоїдитів. Результати клініко-ендоскопічного обстеження дітей із хронічним аденоїдитом, проведеного через 7 днів після початку лікування із застосуванням препарату Бетадин®, продемонстрували істотне зменшення набряку слизової оболонки, нормалізацію кольору слизової оболонки, відсутність виділень та рефлюксу. У дітей із хронічним аденоїдитом, яким виконували промивання носа методом переміщення по Проетцу (Proetz) фізіологічним розчином із препаратом Бетадин®, спостерігалось:

- значне покращення носового дихання;
- полегшення евакуації виділень із носа;
- відсутність виділень на момент контрольного огляду;
- зниження інтенсивності кашлю та гнусавості голосу.

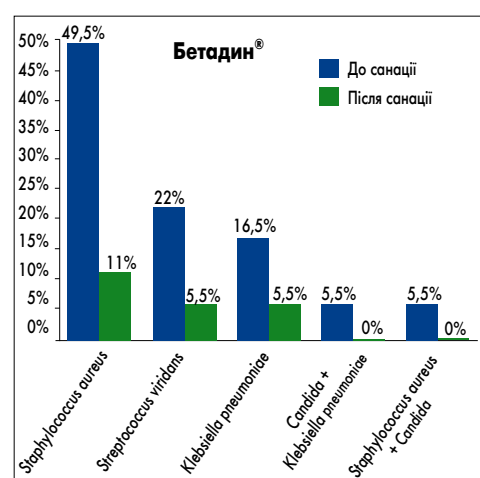


Рис. 1. Результати бактеріологічного дослідження піднебінних мигдаликів до і після проведення курсу санації із застосуванням розчину Бетадин®

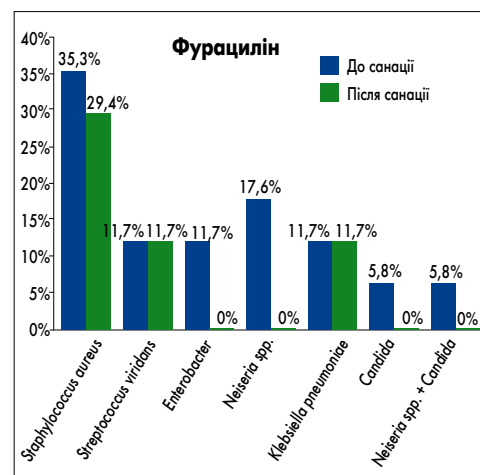


Рис. 2. Результати бактеріологічного дослідження піднебінних мигдаликів до і після проведення курсу санації із застосуванням розчину фурациліну

Таким чином, проведені дослідження продемонстрували, що захворювання ЛОР-органів у дітей, хворих на ЦД 1 типу, є надзвичайно поширеними й діагностуються у 83% пацієнтів цієї категорії. Серед них найбільш характерним є ураження хронічним запальним процесом лімфоепітеліальних структур глотки, який найчастіше проявляється у вигляді хронічного тонзиліту, хронічного фарингіту та хронічного аденоїдиту. Застосування препарату Бетадин® при місцевому лікуванні хронічного тонзиліту та хронічного аденоїдиту в дітей, хворих на ЦД 1 типу, є високоефективним і приводить до більш швидкого зникнення скарг та клінічного зменшення вираженості запального процесу. Раннє виявлення хронічних запальних захворювань лімфоепітеліальних структур глотки та їх сучасне комплексне консервативне лікування сприяє суттєвому покращенню клінічного перебігу ЦД 1 типу й, відповідно, підвищенню якості життя пацієнтів.

Підготувала **Олена Терещенко**



Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцківський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- Ф.С. Глумчер**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця
- І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології, головний сексопатолог МОЗ України
- Ю.І. Губський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.І. Заболотний**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України
- Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний дитячий нефролог МОЗ України
- В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- В.Г. Майданник**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний ендокринолог МОЗ України
- Ю.В. Марушко**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин
- О.М. Пархоменко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- Н.В. Пасєчнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворожнюк**, д. мед. н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології Інституту медицини праці НАМН України
- М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Ю.І. Феценко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор Національного інституту фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України
- П.Д. Фомін**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Н.В. Харченко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний гастроентеролог МОЗ України
- В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора з наукової роботи Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво – ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Ігор Іванченко	Свідоцтво КВ № 17675-6525ПР від 04.04.2011 р.
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ	Людмила Жданова	Передплатний індекс 37638
ФІНАНСОВИЙ ДИРЕКТОР	Тетяна Черкасова	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Олена Терещенко	Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Антон Вовчек	Адреса для листів: вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035. E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
ЛІТЕРАТУРНИЙ РЕДАКТОР/КОРЕКТОР	Анна Аксьонова	Контактні телефони: Редакція 521-86-98, 521-86-97 Відділ маркетингу 521-86-91, 521-86-86 Відділ передплати та розповсюдження 364-40-28
ДИЗАЙНЕРИ	Олена Дудко Ірина Лесько Наталія Дехтяр Олександр Воробійов	Газету віддруковано у типографії «Юнівест-Принт», м. Київ, вул. Дмитрівська, 44-б. Підписано до друку 19.12.2016 р. Замовлення № Наклад 15 000 прим. Юридично підтверджений наклад.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Наталія Семенова	
ПРОВІДНИ МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Юлія Башкірова Інна Головка	
МЕНЕДЖЕРИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Зоя Маймескул Мирослава Табачук	
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Ганна Дребот Леся Іванченко	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалін Крайчев	
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Сергій Бадеха	