

*В.В. КИЩУК, К.А. ЛОБКО*

## МОЖЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА

*Каф. ЛОР-хвороб (зав. – проф. В.В. Кищук)  
Вінницький нац. мед. ун-т ім. М.І. Пирогова*

Серед ЛОР-захворювань дітей дошкільного та молодшого шкільного віку найчастіше зустрічаються гіпертрофія глоткового мигдалика (ГГМ), хронічний аденоїдит (ХА). Актуальність проблеми ГГМ та ХА у дітей обумовлена достатньо високою питомою вагою цієї патології у структурі ЛОР-захворювань – від 30 до 40%, а також наявністю поєднання порушень у таких важливих аналізаторних системах, як слухова та нюхова, та розладами ряду життєзабезпечуючих функцій, в першу чергу, дихальної, кровотворної, голосоутворюючої [1, 6].

Етіологічними факторами розвитку ГГМ, ХА є рецидивуючі вірусні та бактеріальні інфекції, алергічні захворювання, супутня патологія імунної (зміни в загальному та в більшій мірі - місцевому імунитеті, які можуть бути обумовлені генетичним дефектом синтезу антитіл – Ig M, G, A), нервової, ендокринної систем, порушення обміну речовин, шкідливий вплив факторів зовнішнього середовища та кліматичних умов [8, 10].

Основним симптомом наявності ГГМ та ХА є утруднене носове дихання, слизовогнійні виділення з носа та стікання по задній стінці глотки, сон з відкритим ротом, гугнявість, загальні та місцеві прояви запалення. Ступінь порушення носового дихання залежить від величини, форми та будови глоткового мигдалика [1, 3]. Утруднення носового дихання може призводити до порушення мовної функції, погіршення зору, змін будови грудної клітини - "курячі груди", деформації лицевого скелету (аденоїдний вигляд обличчя, порушення розвитку

щелеп та прикусу зубів), порушення слуху та пам'яті, нічного нетримання сечі, зниження здатності до концентрації (порушення когнітивних функцій), зниження інтелекту внаслідок недостатньо оксигенації крові, гальмування асоціативних процесів та психічного розвитку в цілому. Діти пред'являють скарги на головний біль різної локалізації та інтенсивності, сухий, непродуктивний кашель, порушення сну, погану пам'ять, швидку втомлюваність.

Відсутність носового дихання призводить до переходу на ротове дихання і осідання мікроорганізмів та пилових частинок на слизовій оболонці гортані, трахеї, що викликає застудні захворювання, часті ангіни, фарингіти, патологію бронхів та легеневої системи [3, 6].

Для діагностики ГГМ та ХА виконується передня та задня риноскопія, пальцеве дослідження носової частини глотки. Найбільш сучасним методом, впровадженим в практику, є ендоскопія носової частини глотки з можливістю зафіксувати зображення на фотографії або диску.

Існують консервативні та хірургічні методи лікування хворих з ГГМ та ХА. Основним видом хірургічного втручання, яке проводиться при ГГМ, є аденотомія. Це хірургічне втручання має паліативний характер та не діє на етіологічний чинник, який викликає дане захворювання. Проведення даного методу лікування повинно бути обґрунтованим: відсутність ефективності при виконанні консервативних методів лікування, стійке порушення носового дихання, яке призводить до частих застудних та інфек-

ційних захворювань, зниження слуху, часті, рецидивуючі отити, синусити, синдром обструктивного апное під час сну [6, 10].

Слід відмітити, що навіть під час хірургічного втручання у маленької дитини в зв'язку з рядом анатомічних особливостей, видалити повністю збільшений глотковий мигдалик неможливо. Тому аденотомія не завжди приводить до бажаного результату [9, 10]. Достатньо часто спостерігаються рецидиви захворювання, загострення ХА, що потребує повторного лікування, в тому числі і хірургічного втручання. Також необхідно враховувати, що існують протипоказання до виконання аденотомії: аномалії розвитку піднебіння, вік дитини до 2 років, патологія крові, підозра або наявність онкологічних захворювань, загальні інфекційні захворювання та захворювання верхніх дихальних шляхів, бацилоносійство, період до 1-го місяця після профілактичних щеплень. Це робить особливо актуальною проблему пошуку альтернативних та інноваційних методів і засобів лікування з використанням консервативних терапевтичних методик, шляхом призначення безпечних та ефективних лікарських препаратів, які здатні пригальмувати гіпертрофію лімфоїдної тканини глотки, в умовах постійно діючих етіологічних чинників, вилікувати хворих на ХА [4, 12, 13].

В цьому плані одним з найбільш перспективних напрямків є використання гомеопатичних препаратів, перевага яких полягає в нормалізації нейроендокринних порушень та імунологічного дисбалансу на рівні всього організму, безпечність використання [2, 5].

У зв'язку з частим рецидивуванням ХА включено до схеми адекватного консервативного лікування нові препарати та їх комбінації:

- промивання порожнини носа та носової частини глотки сольовими розчинами, розчинами антисептиків;
- антигістамінні препарати;
- вітамінотерапія;
- прийом перорально гомеопатичних препаратів: розсмоктування в порожнині рота 1 табл. «Тонзилотрену» за 0,5 години до прийому їжі та розсмоктування 1 табл.

«Цінабсину» через 0,5 год. після їжі тричі на добу протягом 4-8 тижнів;

- фізіотерапевтичні методи лікування;
- лікувальна фізкультура з навчанням дитини дихальних вправ;
- раціональне харчування дитини з виключенням алергогенних продуктів.

Для зменшення ГГМ та лікування з приводу ХА обрано гомеопатичні засоби, які виробляються фірмою «Німецький Гомеопатичний Союз» (DHU). Препарат «Тонзилотрен» містить *Atropinum sulfuricum* D5, *Hepar sulfuris* D3, *Kalium bichromicum* D4, *Silicea* D2, *Mercurius bijodatus* D8. Препарат має протизапальну дію, стимулює процеси регенерації, сприяє зменшенню гіпертрофованих мигдаликів, стимулює імунітет. Препарат «Цінабсин» складається з *Cinnabaris* D3, *Hydrastis canadensis* D3, *Kalium bichromicum* D3, *Echinacea angustifolia* D1, *Barium chloratum* D3 і призначається для лікування хворих на гострий та хронічний синусит. Кожний з лікарських засобів позитивно впливає на симптоми, які супроводжують ГГМ та ХА, що супроводжується зменшенням набряку слизової оболонки задніх відділів порожнини носа та носової частини глотки, секретолітичною дією засобів, полегшенням носового дихання, послабленням відчуття тиску в області перенісся, за рахунок чого зникають головні болі. При тривалому застосуванні компоненти препаратів сприяють ліквідації порушень, які виникли, нормалізації захисних властивостей лімфоїдної тканини та слизової оболонки порожнини носа та носової частини глотки [5, 7, 8, 11].

Результати лікування необхідно оцінювати, з використанням таких критеріїв: частота рецидивування аденоїдиту; ступінь зменшення аденоїдних вегетацій; динаміка загальної симптоматики; частота виникнення ГРВІ та застудних захворювань.

Протягом курсу лікування, згідно з наведеними рекомендаціями, відмічається позитивна динаміка: зменшення розмірів аденоїдних вегетацій, стійка ліквідація явищ ХА, покращання апетиту та загального самопочуття дитини, зникнення головного болю, відновлення носового дихання.

## Література

1. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №1 (29). – С. 3-8.
2. Гарашченко Т.И., Богомильский М.Р., Балясинская Г.Л., Якушенкова А.П. Развитие гомеопатического метода в современной медицине // Тез. докл. Московск. межд. гомеопат. конф. – М., 1998. – С. 87-88.
3. Гарашченко Т.И., Шишмарева Е.В. Оптимизация тактики проведения эндоскопического исследования носоглотки у детей // Рос. ринология. – 2003. – №2. – С. 58.
4. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Проблемы иммунологии и оториноларингологии // Матер. Всероссийского симпозиума. – СПб., 1994. – С. 4-5.
5. Иноземцев И. М., Сухарь И. Е. Азбука гомеопатии. – М.: ИНФРА, 1999. – 306 с.
6. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Хронический аденоидит у детей: Пособие для врачей. – М., 2009. – 53 с.
7. Михайлов И. В. Справочник по гомеопатии. – М.: ИД МСП, 2000. – С. 48-205.
8. Нейвирт Э.Г. Изменения и пути коррекции иммунитета при длительном применении топических глюкокортикостероидов у детей с аллергическим ринитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – № 5-с. – С. 51.
9. Пухлик С.М., Калиновская Л.П., Нейвирт Э.Г. Морфофункциональная характеристика комбинированной терапии детей с патологией глоточной миндалины в сочетании с аллергией // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – № 3-с. – С. 51.
10. Пухлик С.М., Мельников О.Ф., Нейвирт Э.Г. Локальное применение тимических препаратов в комплексном лечении больных хроническим аденоидитом с аллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – № 3-с. – С. 52.
11. Чепура В.М., Мощич О.П., Борзенко І.А. Український гомеопатичний щорічник / За ред. О.П. Іваніва. – Одеса, 1998. – Т. 1. – С. 188-189.
12. Bernstein J.M. The role of the adenoid in otitis media: Abstracts of 7<sup>th</sup> Intern. Congress of pediatric otorhinolaryngology. – Finland, 1998. – P. 33.
13. Zuliani G., Carlisle M., Duberstein A. et al. Biofilm density in the pediatric nasopharynx: recurrent acute otitis media versus obstructive sleep apnea // Ann. Otol. Rhino Laryngol. – 2009. – Vol. 118, № 7. – P. 519-524.

## References

1. Borzov EV. Prevalence of ENT organs pathology in children. *Novosti otorinolaringologii i logopatologii*. 2002;29(1):3-8. Russian.
2. Garashchenko TI, Bohomylyskyy MR, Balyasynskaya GL, Yakushenkova AP. Development of homeopathic method in the modern medicine: proceedings of the international homeopathy conference. Moscow, 1998. P. 87-88. Russian.
3. Garashchenko TI, Shishmarev EV. Optimization tactics of endoscopic conducting studies of nasopharynx in children. *Russian Rhinology*. 2003;(2):58. Russian.
4. Zabolotnyi DI, Melnikov OF. Problems of immunology and otorhinolaryngology: Proceedings of all-Russian Symposium. Saint Petersburg; 1994. P. 4-5. Russian.
5. Inozemcev IM, Suchar IE. ABC of Homeopathy. Moscow: INFRA; 1999. 306 p. Russian.
6. Karpova EP, Tulupov DA. Chronic adenoids in children. Manual for physicians. Moscow; 2009. 53 p. Russian.
7. Mikhailov IV. Guide to Homeopathy. Moscow: ID SMEs; 2000. P. 48-205. Russian.
8. Neyvirt EG. Changes and ways of correction immunity with prolonged use of topical corticosteroids in children with allergic rhinitis. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob*. 2003;(5s): 51. Russian.
9. Pukhlik SM, Kalynovska LP, Neyvirt EG. Morpho-functional characteristics of the combined therapy of children with abnormal pharyngeal tonsil in conjunction with allergies. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob*. 2003;(3s):51. Russian.
10. Pukhlik SM, Melnikov OF, Neyvirt EG. Local use of thymic preparations in complex treatment of patients with chronic adenoiditis with allergic respiratory diseases. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob*. 2003;(3s):52. Russian.
11. Chepur VM, Moschych AP, Borzenko IA. Ukrainian homeopathic Yearbook. Vol 1. Ivaniv AP, editor. Odessa; 1998. P. 188-9. Ukrainian.
12. Bernstein JM. The role of the adenoid in otitis media: Abstracts of 7-th Intern. Congress of pediatric otorhinolaryngology, Finland, 1998. P.33.
13. Zuliani G, Carlisle M, Duberstein A et al. Biofilm density in the pediatric nasopharynx: recurrent acute otitis media versus obstructive sleep apnea. *Ann. Otol. Rhinol Laryngol*. 2009;118:7. – P. 519-24.

Надійшла до редакції 21.04.15.