

*Ю.А. МОЛОЧЕК, О.В.КУРКОВА*

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «ІОВ-МАЛЮК» У ДІТЕЙ З АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ**

*Каф. дит. оториноларингології, аудіології та фоніатрії Нац. мед. академії  
післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика; від-ня оториноларингології  
(зав. – доц. Ю.А. Молочек) НДСЛ «ОХМАТДИТ»*

Найбільш поширеною патологією ЛОР-органів у дітей є хронічний аденоїдит і гіпертрофія глоткового мигдалика (аденоїдні вегетації від I до III ступеня). Збільшені або гіпертрофовані аденоїди (так звані аденоїдні вегетації) спричиняють постійне закладання носа, хронічний нежить, гугнявість, неспокійний поверхневий сон з відкритим ротом та хропінням, формування «аденоїдного виразу обличчя», погіршення слуху, зниження працездатності у школярів, часті простудні захворювання. Пацієнтів із збільшеними аденоїдами необхідно лікувати. Існують консервативні та хірургічні методи лікування, вибір методу здійснює отоларинголог на основі даних анамнезу, об'єктивного обстеження та глибини патологічних змін в організмі дитини, обумовлених збільшеними аденоїдами.

**Мета дослідження** – визначення клінічної ефективності препарату «Іов-малюк» у дітей з аденоїдними вегетаціями різного ступеня та хронічним аденоїдитом.

### **Матеріали та методи дослідження**

Обстежувалась група з 90 дітей з гіпертрофією глоткового мигдалика різного ступеня та явищами аденоїди ту, з них було 49 хлопчиків і 41 дівчинка. Вік пацієнтів – від 2 до 14 років. Середній вік становив 6 років 8 міс. Дослідження проводилося протягом 6 міс і складалося з 3 візитів (1-й візит – на початку лікування; 2-й візит – через 2 міс після початку лікування; 3-й візит – через 1 міс після закінчення курсу лікування).

В усіх хворих проводилася ЛОР-огляд (ринофарингоотоскопія) та оцінювався їх

загальний стан. Для дослідження порожнини носа і носової частини глотки використовувалась ендоскопічна техніка: жорсткий риноскоп фірми «OLYMPUS» з кутом зору 0° і 30°, а також застосовувались аудіометрія (тональна порогова, ігрова – у дітей молодших вікових груп) та імпедансометрія (у дітей усіх вікових груп).

Типи тимпаногам визначалися за класифікацією Jerger (1970):

тип А – нормальна аерація барабанної порожнини, тиск в ній дорівнює атмосферному;

тип В – порожнина середнього вуха заповнена ексудатом;

тип С – порушення вентиляції порожнини середнього вуха і виникнення в ньому негативного тиску (існує два підтипи:

С1 – пік кривої від 0 до 200 мм в.ст.;

С2 – пік кривої від 200 до 400 мм в.ст.).

Для оцінки ступеня приглухуватості була використана Міжнародна класифікація приглухуватості: норма – від 0 до 25 дБ; I ступінь – 26-40 дБ; II ступінь – 41-55 дБ; III ступінь – 56-70 дБ; IV ступінь – 71-90 дБ; глухота – більше 90 дБ.

Препарат «Іов-малюк» (компанії Таліон-А) призначався у вікових дозах, згідно з інструкцією до препарату, 1 раз на добу, внутрішньо, перед вживанням їжі, по буднях.

В якості супутньої терапії призначались носовий душ (промивання носової порожнини); дихальна гімнастика; приймання інших лікарських засобів не дозволялося.

### **Результати та їх обговорення**

При первинному огляді за даними ендоскопії порожнини носа і носової частини глотки були виявлені аденоїдні вегетації I-II ст. – у 3 хворих (3%), II ст. – у 45 (50%), III ст. – у 42 (47%). Явища аденоїдиту розподілилися наступним чином: слизові виділення в носовій частині глотки – у 45 (50%) пацієнтів, слизово-гнійні – у 33 (37%), відсутність виділень – у 12 (13%). Нічний храп мав місце у 87 (97%) дітей. Утруднене носове дихання спостерігалось у 90 (100%) дітей.

Враховуючи різні показники тимпанометрії у одного хворого на правому і лівому вухах, отримані результати оцінювалися з розрахунку: 90 хворих – 180 вух (100%): тип В – у 30 (17%), тип С2 – у 90 (50%), Тип С1 – у 45 (25%), тип А – у 15 (8%).

За даними аудіометричного обстеження, кондуктивна приглухуватість II ступеня мала місце у 3 (3%) хворих, I ступеня – у 30 (3%), нормальний слух був у 57 (63%). Тест на прохідність слухової труби виявився негативним у 90 (100%) дітей.

При другому огляді (через 2 міс від початку лікування) за даними ендоскопії порожнини носа і носової частини глотки були виявлені аденоїдні вегетації I-II ст. – у 3 (3%) обстежуваних, II ст. – у 45 (50%), III ст. – у 42 (47%). Прояви аденоїдиту розподілилися таким чином: слизові виділення в носовій частині глотки визначались у 36 (40%) пацієнтів, слизово-гнійні виділення – у 15 (17%), відсутність виділень – у 39 (43%). Нічний храп спостерігався у 60 (67%) дітей і був відсутній у 30 (33%). Утруднене носове дихання відмічено у 66 (73%) хворих, відсутнє – у 24 (27%).

Результати тимпанометрії при повторному дослідженні (через 2 міс від початку лікування) змінилися таким чином: тип В був у 6 (3%), тип С2 – у 84 (46%), тип С1 – у 60 (35%), тип А – у 30 (16%) обстежуваних.

При аудіометричному дослідженні кондуктивна приглухуватість I ступеня мала місце у 18 (20%) дітей, нормальний слух – був у 72 (80%). Тест на прохідність слухової труби був негативним у 75 (81%) пацієнтів, позитивним – у 15 (19%).

Останній (третій) огляд (через 1 міс після закінчення прийому препарату) ви-

явив наступне. За даними ендоскопії порожнини носа і носової частини глотки аденоїдні вегетації I-II ст. діагностовано у 3 (3%) хворих, II ст. – у 45 (50%), III ст. – у 42 (47%). Слизові виділення в носовій частині глотки спостерігались у 9 (10%) дітей, слизово-гнійні не виявлені, не було виділень у 81 (90%). Нічний храп був відсутній у 90 (100%) обстежених, утруднення носового не було також у всіх 90 (100%).

За показниками тимпанометрії типу В не зареєстровано, тип С2 був у 9 (5%) вухах, тип С1 – 102 (51%), тип А – у 69 (44%).

При аудіометрії кондуктивна приглухуватість II ступеня не мала місця, I ступеня зареєстрована у 9 (10%), нормальний слух – у 81 (90%). Тест на прохідність слухової труби виявився негативним у 15 (17%) дітей, позитивним – у 75 (83%).

На підставі одержаних даних (результати клінічного огляду, ендоскопії порожнини носа і носової частини глотки, аудіометричного та тимпанометричного дослідження), а також опитування батьків пролікованих дітей можна зробити наступні висновки.

Після першого місяця прийому досліджуваного препарату більшість (90%) батьків відмічали позитивну суб'єктивну динаміку, яка виявлялася в покращенні носового дихання та зменшенні нічного храпу і «сопіння».

На фоні прийому препарату також знизилася частота захворювання верхніх дихальних шляхів в середньому у 2,5 рази (діти не хворіли, а якщо і хворіли, то в більш легкій, ніж звичайно, формі).

Після курсу лікування спостерігалась відсутність ознак запалення аденоїдних вегетацій, була відмічена позитивна динаміка і нормалізація ендоскопічних даних, аудіо- та тимпанометричних показників (рис. 1-3).

Ці спостереження пов'язанні з тим, що на фоні проведеного курсу терапії з використанням препарату «Іов-малюк» зменшилися або зникли ознаки запалення лімфоїдної тканини, аденоїдні вегетації «організувалися», набули органоспецифічного вигляду. Нормалізувався стан та структура інших утворень лімфоглоткового кільця (трубний мигдалик), слизової оболонки носової частини глотки і порожнини носа,

слухової труби (зменшився або зник набряк, явища запального процесу). Існуюча класифікація визначення ступеня гіпертрофії аденоїдних вегетацій ґрунтується на рівні «прикриття» леміша аденоїдними вегетаціями, але розповсюдженість їх по носовій частині глотки, на бокових її стінках в даному випадку не оцінювалася. Таким чином, існує розбіжність між позитивною ендоскопічною, тимпанометричною, аудіометричною динамікою (об'єктивною та статистично достовірною) і незмінними розмірами структур лімфоглоткового кільця.

### Заключення

На фоні прийому препарату «Іов-малюк» спостерігається виражена клінічна динаміка (нормалізація носового дихання, зниження захворюваності дітей застудними захворюваннями), нормалізація або позитивна динаміка ендоскопічних, аудіо- та тимпанометричних показників.

Препарат дуже добре переносився хворими. Не відмічено жодного випадку розвитку побічних ефектів або несприйняття препарату.

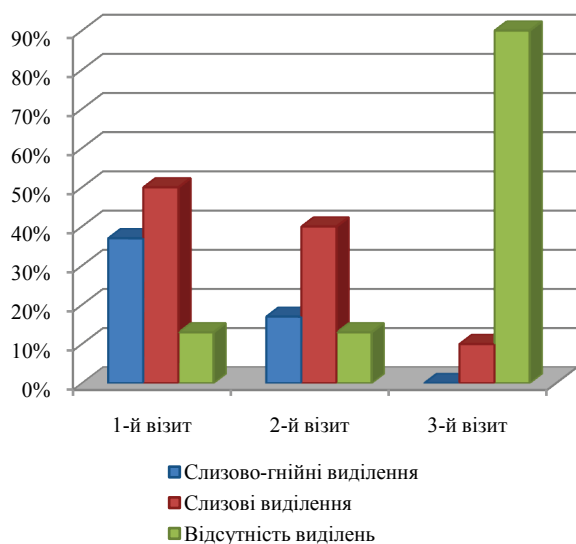


Рис. 1. Динаміка проявів аденоїдиту на фоні прийому препарату «Іов-малюк».

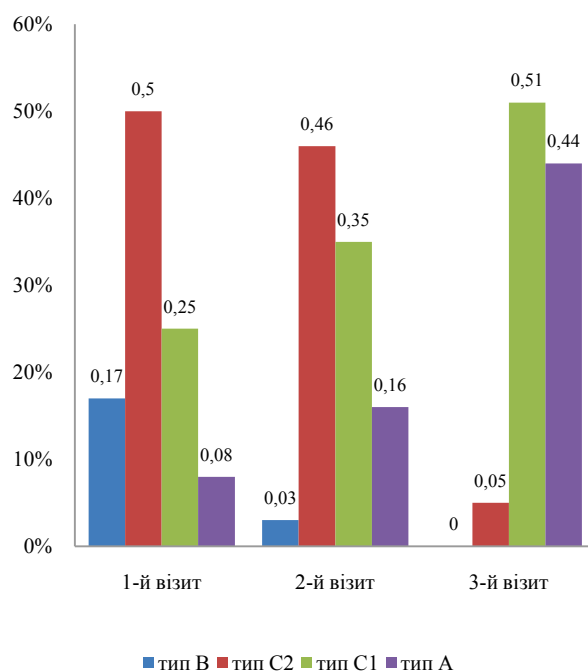


Рис. 2. Динаміка тимпанометричної картини у хворих на фоні прийому препарату «Іов-малюк».

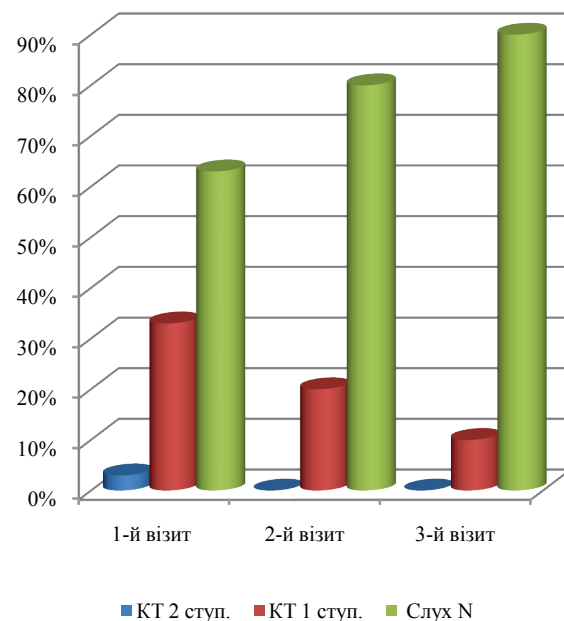


Рис. 3. Динаміка аудіометричної картини у хворих на фоні прийому препарату «Іов-малюк».

1. Батчаев А.С. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения хронических аденоидитов // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №1 (29). – С.43-45.
2. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И. Диагностическая эндоскопия в ринологии у детей // Вестн. оториноларингологии, 1995. – №3. – С.10-17.
3. Борзов Е.В. Распространенность патологии лор-органов у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №1 (29). – С.3-8.
4. Гаращенко Т.И., Шишмарева Е.В. Оптимизация тактики проведения эндоскопического исследования носоглотки у детей // Рос. ринология. – 2003. – №2. – С.58.
5. Заболотний Д.І., Лайко А.А., Мельников О.Ф., Косаковський А.Л. та ін. Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки. – К., Логос, 2009. – 175 с.
6. Пронина Ю.В., Вахрушев С.Г., Буренков Г.И., Зырянов М.М. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей // Рос. ринология, 2003. – №3. – С.56.
7. Тарасова Г.Д., Мокроносова М.А. Клинико-лабораторные показания к аденотомии // Рос. ринология. – 1999. – №1. – С.92.
8. 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.
9. Holzmann D., Kaufmann T., Boesch M. On the decision of outpatient adenoidectomy and adenotonsillectomy in children // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2000. – № 9. 53(1). – P. 916.
10. Kubba H., Bingham B.J. Endoscopy in the assessment of children with nasal obstruction // J. Laryngol. Otol. – 2001. May. – 115:3804.
11. Lee D., Rosenfeld R.M. Adenoid bacteriology and sinonasal symptoms in children. // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 1997. Mar. – № 116. – P. 301-307.

Надійшла до редакції 07.10.13.

© Ю.А. Молочек, О.В.Куркова, 2014