

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛІКУВАННЯ

Пабот К. А.

Науковий керівник – асистент Мозгова Ю. А.

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ІІІ і ДІ;
КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди"*

На сьогодні проблема хронічного тонзиліту (ХТ) є актуальною у практиці педіатрів, що пов'язано з недостатньою зрілістю імунної системи, особливо лімфоїдного апарату в дитячому віці, а також ймовірністю розвитку тонзилогенних ускладнень та хронічних захворювань інших органів і систем. Так, в Україні частота цієї патології у дітей до 12 років досягає 12 %.

У захисті мигдаликів, ротової порожнини, носоглотки від заселення патогенною мікрофлорою має значення стан колонізаційної резистентності, який значно порушується у хворих на гострий або хронічний тонзиліт. Значну роль у підвищенні імунологічної реактивності дитячого організму відіграють представники нормальної індигенної мікрофлори (лакто- та біфідобактерії), які є важливою складовою частиною захисного бар'єра кишечника, що здійснює регулювання імунної системи на локальному та системному рівнях. Тому на сучасному етапі актуальним питанням залишається проблема лікування дітей, хворих на хронічний тонзиліт, з урахуванням порушень кишкової мікроекології та використанням препаратів для покращення складу мікрофлори товстої кишки.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу хронічного тонзиліту в дітей в динаміці лікування з додаванням симбіотичного препарату.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 63 дитини віком 13–17 років, що перебували на лікуванні в денному стаціонарі КУ «СМДКЛ» з діагнозом хронічний тонзиліт. Залежно від проведеного лікування всі пацієнти були поділені на підгрупи. І а підгрупу склали 38 дітей, хворих на хронічний тонзиліт, які отримували терапію відповідно до чинних методичних рекомендацій лікування хронічного тонзиліту. До І б підгрупи ввійшло 25 хворих на хронічний тонзиліт, до лікування яких було додано «Ацидолак юніор» за схемою, що зазначена в інструкції. Групу контролю склали 40 практично здорових дітей відповідного віку та статі. Використовувались загальноклінічні методи дослідження, статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою стандартної статистичної комп'ютерної системи «Microsoft Excel» (2007), адаптованої для медико-біологічних досліджень.

Дослідження проводилося на першу добу при вступі до стаціонару і на 10–14 добу лікування.

Результати дослідження. Серед скарг у дітей обох груп мали місце: періодичні болі при ковтанні, дискомфорт у ротоглотці, гнійний запах з ротової порожнини, загальна слабкість. При огляді у всіх хворих були виявлені місцеві ознаки, характерні для хронічного тонзиліту. Крім того, у 21 ((33,33 ± 5,99) %) хворих на хронічний тонзиліт спостерігались клінічні прояви порушення мікробіоценозу товстої кишки у вигляді диспепсичного синдрому: нашарування на язиці, відрижка, зниження апетиту, здуття живота та метеоризм, невизначений періодичний біль у животі, нестійкість випорожнень (чергування закрепів та проносів).

Аналіз клінічного перебігу хронічного тонзиліту в дітей показав, що на 12–14-й день терапії більшість дітей всіх груп ((93,52 ± 2,38) %) відмічали поліпшення стану. Однак, введення до лікування симбіотичного препарату сприяло суттєвому покращанню клінічних показників у дітей, хворих на хронічний тонзиліт порівняно з пацієнтами, які отримували стандартну терапію.

Так, у респондентів після комбінованої терапії з симбіотичним препаратом такі симптоми ХТ, як гіперемія слизової піднебінних мигдаликів і задньої стінки глотки та гнійний запах з ротової порожнини не спостерігались, на відміну від підгрупи пацієнтів, що отримували стандартне лікування ((10,53 ± 5,06) % та (13,16 ± 5,56) % відповідно) ($p < 0,05$). Розширені лакуни з гнійним вмістом відмічались лише у (4,00 ± 4,00) % респондентів І б підгрупи та у (21,05 ± 6,70) % І а підгрупи ($p < 0,05$). Біль та дискомфорт у ротоглотці зникали однаково швидко у респондентів як І а, так і І б підгруп ($p > 0,05$).

За даними диспансерного спостереження за хворими на хронічний тонзиліт протягом 6 місяців рецидиви захворювання в підгрупі І б розвинулись лише у (8,00 ± 5,54) % проти (31,58 ± 7,64) % в підгрупі І а відповідно ($p < 0,001$), що перебігали переважно за типом катаральної чи фолікулярної ангіни з легким перебігом, тоді як у хворих після стандартного лікування – лакунарної ангіни

середньотяжкого перебігу.

Таким чином, оптимізація терапії дітей, що страждають на хронічний тонзиліт, шляхом введенням симбіотичного препарату сприяло покращанню клінічного стану хворих, зменшенню частоти загострень захворювання, і, тим самим, підвищенню якості життя пацієнтів цієї категорії.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 192-193.