

УДК 616.322-002.2-007.61-036.1-08-053.2

С.А. Левицька, О.М. Понич, К.І. Яковець, О.М. Солдат, О.І. Максимюк, О.Л. Геруш

ЛКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ І ГІПЕРТРОФІЄЮ МИГДАЛИКІВ ГЛОТКИ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Резюме. Визначена ефективність часткового видалення піднебінних мигдаликів при лікуванні хронічного тонзиліту в дітей. Оцінені результати лікування 73 дітей, хворих на хронічний тонзиліт і гіпертрофію мигдаликів глотки. З них у 27 випадках виконали адено-тонзилотомію, у 24 – аденотонзилектомію, у 22 – адено-томію.

Не доведено переваг аденотонзилектомії перед аденотонзилотомією. Не виявлено різниці між частотою гострих бактеріальних фарингітів (більше двох епізодів за рік у 29,6 % і 25 %), частотою ідентифікації

β-гемолітичного стрептокока в ротоглотці (11,1 % і 12,5 %), показників ревмопроб після аденотонзилотомії та аденотонзилектомії відповідно. Водночас за результатами визначення інтенсивності болю, тривалості терапії анальгетиками, терміну відновлення фізичної активності тонзилотомія суттєво легше переносилася пацієнтами.

Ключові слова: діти, хронічний тонзиліт, тонзилектомія, тонзилотомія, адено-томія.

Вступ. Видалення піднебінних мигдаликів є одним із найбільш давніх і найбільш розповсюджених хірургічних втручань [9]. Водночас проведення тонзилектомії (ТЕ) дитині все ще залишається тяжким і неоднозначним рішенням, а з огляду на можливі ускладнення – не завжди безпечним.

Широке використання гільйотинного ножа для часткового видалення піднебінних мигдаликів, запропоноване «батьком американської хірургії» Ф.С. Фісіком у 19-му столітті, дозволило тонзиллярній хірургії перетворитися з малопоширеної і небезпечної на надзвичайно популярну [6]. Проте вже наприкінці 19-го століття з'явилися повідомлення щодо відновлення симптомів хронічного тонзиліту після часткового видалення мигдаликів. У суперництві між прихильниками повного і часткового видалення піднебінних мигдаликів, що тривало майже всю першу половину ХХ століття, беззаперечну перемогу одержали адепти ТЕ [3].

Водночас смерть п'яти дітей віком до шести років в Австрії за 2006 рік викликала надзвичайну реакцію громадськості і змусила австрійських отоларингологів переглянути покази щодо ТЕ у дітей молодшого віку і надати перевагу частковому видаленню піднебінних мигдаликів як більш безпечному виду хірургічних втручань [7]. Активна наукова полеміка з приводу ефективності і доцільності тонзилотомії (ТТ) в порівняно з ТЕ все ще не дає можливості вважати це питання однозначно вирішеним [2, 8].

Мета дослідження. Порівняти ефективність ТТ і ТЕ при лікуванні дітей, хворих на хронічний тонзиліт і гіпертрофію мигдаликів глотки.

Матеріал і методи. Для визначення ефективності часткового і екстракапсулярного видалення піднебінних мигдаликів провели проспективне клінічне дослідження результатів лікування 73 дітей, хворих на хронічний тонзиліт і аденоїдні вегетації. Умови включення в дослідження: вік від двох до семи років, тривала назальна обструкція, спричинена гіпертрофією глоткового мигда-

лика, наявність хронічного тонзиліту із місцевими проявами у вигляді позитивних ознак Гізе, Зака, Преображенського, гнійного детриту в лакунках. Декомпенсація тонзиліту полягала в частих рецидивах бактеріальних тонзилофарингітів. Умови виключення з дослідження: паратонзиллярні абсцеси в анамнезі, розвиток метатонзиллярних захворювань.

Залежно від обраної лікувальної тактики сформували три групи дослідження. Дітям першої групи (27 пацієнтів) провели часткове видалення піднебінних мигдаликів і глоткового мигдалика (аденотонзилотомію - АТТ); дітям другої групи (24 пацієнти) виконали тонзилектомію і адено-томію (АТЕ); хірургічне лікування 22 пацієнтів третьої групи обмежилося проведенням адено-томії (АВ).

Оцінка перебігу післяопераційного періоду базувалася на аналізі інтенсивності болю в горлі в першу, третю і п'яту добу після операції, визначенні тривалості терапії анальгетиками і терміну відновлення звичайної фізичної активності дитини. Інтенсивність больових відчуттів визначали за двома 10-бальними шкалами: FLACC-scale (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) у спокої і при ковтанні, а також FAS (facial affective scale), при котрих «0» визначав відсутність болю, «10» - максимальні больові відчуття [4].

Термін спостереження за дітьми тривав рік. Для оцінки ефективності обраних лікувальних тактик визначали кількість епізодів гострого бактеріального тонзилофарингіту (ГБТФ). При цьому епізодом, що відбувся, вважався той, в якому мав місце біль у горлі та мінімум одна ознака з переліку: температура тіла вище 38°C, шийна лімфаденопатія, нашарування на мигдаликах, ідентифікація гемолітичного стрептокока в ротоглотці.

Іншими прогностичними критеріями, що підлягали вивченню, були: ідентифікація β-гемолітичного стрептокока в ротоглотці під час епізоду тонзилофарингіту та при ремісії, наявність рихлості стулок клапанів серця, що виявля-

лися при проведенні ехокардіографії, а також результати ревмопроб через три і шість місяців після операції за умов відсутності ознак респіраторних захворювань.

Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми «Statistica 6» із використанням непараметричного критерію χ^2 [1].

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом першої доби після операції інтенсивність болю у горлі, визначена як у спокої, так і при ковтанні, була статистично значимо вищою у хворих, котрим виконувалося втручання на піднебінних мигдаликах, порівняно з дітьми після АТ ($5,2 \pm 0,05$ бала і $7,4 \pm 0,03$ бала в першій і другій групах відповідно проти $3,6 \pm 0,02$ бала в третій групі; табл. 1).

Те саме спостерігалось на третю добу після проведених хірургічних втручань (табл. 1). На п'яту добу інтенсивність болю в горлі була значно меншою і однаковою за силою у дітей, котрі зазнали часткового видалення піднебінних і глоткового мигдаликів, і дітей, котрим виконали лише АТ. Натомість, інтенсивність болю в горлі статистично значимо сильніше турбувала дітей після ТЕ як у спокої ($2,8 \pm 0,01$ бала проти

$1,8 \pm 0,04$ бала в другій і першій групах відповідно), так і при ковтанні ($7,4 \pm 0,06$ бала проти $2,0 \pm 0,02$ бала в другій і першій групах відповідно; табл. 1).

Це знайшло відображення і в термінах відновлення фізичної активності дитини і тривалості терапії анальгетиками. Так, найдовше анальгетики приймали діти після АТЕ ($6,4 \pm 0,11$ дня проти $2,6 \pm 0,04$ дня і $2,3 \pm 0,08$ дня у дітей першої і третьої груп відповідно). У дітей цієї ж групи спостерігали найдовший період відновлення звичайної фізичної активності ($7,8 \pm 0,04$ дня проти $3,1 \pm 0,02$ дня і $2,9 \pm 0,03$ дня у дітей першої і третьої груп відповідно; табл. 1). Статистично значимої різниці між показниками в групах дітей після АТТ і АТ не виявлено.

Таким чином, повне видалення піднебінних мигдаликів супроводжувалося найбільш інтенсивними болями в післяопераційному періоді і найдовшим періодом відновлення.

Спостереження за дітьми показало, що епізоди ГБТФ статистично значимо частіше траплялися в дітей третьої групи, при цьому часткове видалення піднебінних мигдаликів не призводило до зростання частоти ГБТФ порівняно з тонзил-

Таблиця 1

Оцінка інтенсивності болю в післяопераційному періоді

Критерій визначення інтенсивності болю	Перша група (АТТ) n=27	Друга група (АТЕ) n=24	Третя група (АТ) n=22
Перша доба після операції			
FLACC у спокої (балів)	$5,2 \pm 0,05$ 1-3*	$7,4 \pm 0,03$ 1-2*, 2-3*	$3,6 \pm 0,02$
FLACC при ковтанні (балів)	$7,2 \pm 0,04$ 1-3*	$9,8 \pm 0,02$ 1-2*, 2-3*	$5,2 \pm 0,03$
FAS (балів)	$5,0 \pm 0,1$ 1-3*	$7,6 \pm 0,03$ 1-2*, 2-3*	$4,8 \pm 0,01$
Третя доба після операції			
FLACC у спокої (балів)	$2,8 \pm 0,03$ 1-3*	$6,8 \pm 0,04$ 1-2*, 2-3*	$1,6 \pm 0,04$
FLACC при ковтанні (балів)	$4,2 \pm 0,02$ 1-3*	$8,5 \pm 0,11$ 1-2*, 2-3*	$2,8 \pm 0,04$
FAS (балів)	$3,4 \pm 0,02$ 1-3*	$9,6 \pm 0,08$ 1-2*, 2-3*	$2,4 \pm 0,11$
П'ята доба після операції			
FLACC у спокої (балів)	$1,8 \pm 0,04$	$2,8 \pm 0,01$ 1-2*, 2-3*	$1,8 \pm 0,02$
FLACC при ковтанні (балів)	$2,0 \pm 0,02$	$7,6 \pm 0,04$ 1-2*, 2-3*	$1,8 \pm 0,03$
FAS (балів)	$1,4 \pm 0,02$ 1-3*	$7,4 \pm 0,02$ 1-2*, 2-3*	$0,5 \pm 0,03$
Тривалість прийому анальгетиків (дні)			
Тривалість прийому анальгетиків (дні)	$2,6 \pm 0,04$	$6,4 \pm 0,11$ 1-2*, 2-3*	$2,3 \pm 0,08$
Терміни відновлення звичайної фізичної активності дитини (дні)			
Терміни відновлення звичайної фізичної активності дитини (дні)	$3,1 \pm 0,02$	$7,8 \pm 0,04$ 1-2*, 2-3*	$2,9 \pm 0,03$

Примітка. * - різниця в розподілі показників статистично значима, $p < 0,05$

Таблиця 2

Результати проспективного спостереження

№пп	Прогностичний критерій	Перша група (АТТ) n=27	Друга група (АТЕ) n=24	Третя група (АТ) n=22
1.	Більше двох епізодів гострого бактеріального тонзиллофарингіту за період спостереження	8 (29,6 %)	6 (25 %)	10 (45,5 %) 1-2*, 2-3*
2.	Ідентифікація β-гемолітичного стрептокока в ротоглотці під час епізоду тонзиллофарингіту	3 (11,1 %)	3 (12,5 %)	6 (27,3 %) 1-2*, 2-3*
3.	Ідентифікація β-гемолітичного стрептокока в ротоглотці під час ремісії	4 (14,8 %)	3 (2,5 %) 1-2*	5 (22,7 %) 1-3*, 2-3*
4.	Рихлість стулок клапанів серця, визначена при проведенні ехокардіографії	2 (7,4 %)	3 (12,5 %) 1-2*	5 (22,7 %) 1-2*, 2-3*
Результати ревмопроб через три місяці після операції				
5.	Антистрептолізин О (МО/мл)	180,6±3,2	175,5±2,7	225,4±2,4 1-3*, 2-3*
6.	Серомукоїд (ОД)	0,18±0,02	0,16±0,05	0,18±0,5
7.	Ревматоїдний фактор (МО/мл)	4,4±0,03	3,4±0,12	4,2±0,08
Результати ревмопроб через шість місяців після операції				
8.	Антистрептолізин О (МО/мл)	205,3±2,5	196,4±1,8 1-2*	232,3±3,1 1-3*, 2-3*
9.	Серомукоїд (ОД)	0,16±0,01	0,13±0,03	0,17±0,02
10.	Ревматоїдний фактор (МО/мл)	4,1±0,04	3,4±0,02	4,6±0,06

ектомованими дітьми (табл. 2). Так, більше двох епізодів ГБТФ зафіксовано в кожній четвертій дитини першої (29,6 %) і другої груп (25 %).

Найчастіше β-ГС у ротоглотці ідентифікували у дітей третьої групи як під час епізоду ГБТФ (27,3 %), так і в ремісію (22,7 %). Під час загострення ГБТФ β-ГС приблизно однаково часто висівали у дітей першої (11,1 %) і другої (12,5 %) груп.

Частота виділення β-ГС у період ремісії була найнижчою у дітей після АТЕ (2,5 %), статистично значимо вищою у дітей після АТТ (14,8 %) і дітей після АТ (22,7 %; табл. 2).

Рихлість стулок клапанів серця, виявлена при ехокардіографії, найрідше виявлялася у дітей після АТТ (7,4 %), статистично значимо частіше – у дітей після АТЕ (12,5 %) і дітей після АТ (22,7 %; табл. 2).

Аналіз ревмопроб, визначених через три місяці після втручання, показав, що рівні серомукоїду і ревматоїдного фактору не відрізнялися серед груп. Рівень антистрептолізину О виявився найвищим у дітей третьої групи (225,4±2,4 МО/мл, $p < 0,05$ порівняно із значенням у дітей після АТТ і АТЕ) без статистично значимої різниці між показником у першій (180,6±3,2 МО/мл) і другій (175,5±2,7 МО/мл) групах (табл. 2).

Таку ж динаміку прослідковано через шість місяців після хірургічних втручань (табл. 2).

Таким чином, результати дослідження не засвідчили переваги екстракапсулярної ТЕ перед ТТ у дітей.

Висновки

1. Не виявлено переваг аденотонзилектомії перед аденотонзилотомією при лікуванні дітей,

хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт і гіпертрофію мигдаликів глотки.

2. У дітей після аденотонзилотомії та аденотонзилектомії не виявлено різниці між частотою гострих бактеріальних фарингітів, частотою ідентифікації β-гемолітичного стрептокока в ротоглотці, змін клапанного апарату серця, показників ревмопроб. Водночас часткове видалення піднебінних мигдаликів суттєво легше переноситься пацієнтом.

3. Виконання лише аденотомії не дозволяє досягти потрібного лікувального ефекту при веденні дітей, хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт і гіпертрофію лімфоїдного кільця глотки.

Перспективи подальших досліджень. Досконале вивчення особливостей патогенезу, діагностики і терапії дітей із хронічними захворюваннями глотки дозволить покращити ефективність лікування, розробити комплекс реабілітаційно-профілактичних заходів.

Література

- Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник / Халафян А.А. – М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с., ил.
- Brodsky J.P. Letter to the Editor regarding "Tonsillectomy versus Tonsillotomy: A Study of Parental Preference" / J.P. Brodsky, M.J. Cunningham // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2015. – Vol. 79 (10). – P. 1788-1789.
- De Diego J.I. History of the tonsil surgery / J.I. De Diego, M.P. Prim, S. Sánchez-Carrión // An. Otorrinolaringol. Ibero Am. – 2007. – Vol. 34 (2). – P. 183-193.
- Fast-track recovery after day case surgery / O. Rhondali, E. Villeneuve, G. Queyrel [et al.] // Paediatr. Anaesth. – 2015. – Vol. 25 (10). – P. 1007-1012.

5. Glover V.E.E. Historical account of tonsillectomy / V.E.E. Glover // The British Med. J. – 1918. – P.685.
6. Lamprell L. Who has been hiding in your tonsillectomy tray? Eponymous instruments in tonsillectomy surgery / L. Lamprell, S. Ahluwalia // J. Laryngol. Otol. – 2015. – Vol. 129 (4). – P. 307-313.
7. What lessons can be learned from the Austrian events? / S.Sarny, W. Habermann, G. Ossimitz, H. Stammberger // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. – 2013. – Vol. 75 (3). – P. 175-181.
8. Tonsillotomy: facts and fiction / J.P. Windfuhr, K. Savva, J.D. Dahm, J.A. Werner // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2015. – Vol. 272 (4). – P. 949-969.
9. Wilson M.E. Patterns of pain and analgesic use in 3- to 7-year-old children after tonsillectomy / M.E. Wilson, H.L. Helgadóttir // Laryngorhinootologie. – 2016. – Vol. 95 (1). – P. 15-23.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И ГИПЕРТРОФИЕЙ МИНДАЛИН ГЛОТКИ

С.А. Левицкая, А.Н. Понич, К.И. Яковец, О.Н. Солдат, О.И. Максимьюк, О.Л. Геруш

Резюме. Определена эффективность частичного удаления небных миндалин в лечении хронического тонзиллита у детей. Оценены результаты лечения 73 детей с хроническим тонзиллитом и гипертрофией миндалин глотки. Из них в 27 случаях выполнили аденотонзиллотомию, 24 – аденотонзиллэктомию, 22 – только аденотомию.

Не обнаружено преимуществ аденотонзиллэктомии по сравнению с аденотонзиллотомией. Не выявлено различий между частотой острых бактериальных фарингитов (больше двух эпизодов за год в 29,6 % и 25 %), частотой идентификации β-гемолитического стрептококка в ротоглотке (11,1 % и 12,5 %), показателей ревмопроб после аденотонзиллотомии и аденотонзиллэктомии соответственно. В то же время по результатам определения интенсивности боли, длительности терапии анальгетиками, периода восстановления физической активности тонзиллотомия существенно легче переносилась пациентами.

Ключевые слова: дети, хронический тонзиллит, тонзиллэктомия, тонзиллотомия, аденотомия.

THERAPEUTIC TACTICS IN CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS AND TONSILLAR HYPERTROPHY

S.A. Levytska, O.M. Ponych, K.I. Iakovets, O.M. Soldat, O.I. Maxymiuck, O.L. Gerush

Abstract. The efficiency of the partial removal of the tonsils in chronic tonsillitis in children was determined. The evaluation of the results of treatment of 73 children with chronic tonsillitis and pharyngeal tonsils hypertrophy was performed. In the 27 cases adenotonsilotomy was performed, in the 24 cases – adenotonsillectomy was performed and in 22 cases – adenotomy alone was done.

The adenotonsillectomy had no advantages compared with adenotonsilotomy. There were no differences between the frequency of acute bacterial pharyngitis (more than two episodes per year in 29,6 % and 25 %), the frequency of the identification β-hemolytic streptococcus in the oropharynx (11,1 % and 12,5 %), rheumatism tests after adenotonsilotomy and adenotonsillectomy respectively. At the same time, tonsillotomy was much easier tolerated by patients according to the intensity of pain, duration of analgesics therapy, recovery period of physical activity.

Key words: children, chronic tonsillitis, tonsillectomy, tonsilotomy, adenotomy.

Higher State Educational Institution of Ukraine “Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Ф.В. Гринчук

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 3 (79). – P. 99-102

Надійшла до редакції 02.03.2016 року