

УДК 616.323-007.61-002.2

DOI 10.52246/1606-8157_2023_28_4_29

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДОШКОЛЬНИКОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОКОНСТИТУЦИИ

И. С. Султанов^{1,2},
И. Е. Бобошко¹, доктор медицинских наук,
Л. А. Жданова¹, доктор медицинских наук,
Е. В. Борзов¹, доктор медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», 600016, Россия, г. Владимир, ул. Добросельская, д. 34

РЕЗЮМЕ *Цель* – выявить особенности клинического течения хронического аденоидита (ХА) у детей 4–7 лет с разными типами психосоматической конституции для повышения эффективности диспансерного наблюдения за пациентами данной группы.

Материал и методы. В исследование были включены 217 детей 4–7 лет с верифицированным диагнозом ХА. В зависимости от типа психосоматической конституции дети были разделены на две группы: интроверты и экстраверты. Проводилось клиническое обследование пациентов, выкопировка данных из истории развития ребенка, а также анкетирование их родителей.

Результаты и обсуждение. У интровертов дебют ХА приходился на возраст 3–4 года, давность заболевания к этому возрасту составляла около полутора лет, диагноз был верифицирован раньше, чем у экстравертов, при этом отмечалось более позднее развитие экссудативного отита (ЭО). На первый план у детей-интровертов выходили жалобы, связанные с храпом, синдромом обструктивного апноэ сна и нарушениями звукопроизношения. У детей-экстравертов ХА дебютировал в возрасте 4–5 лет с давностью заболевания менее полугода, с ранним формированием ЭО. Клинические проявления у них были связаны с сочетанием постназального синдрома и ночного кашля, частыми гнойными средними отитами и резким снижением слуха.

Заключение. Различие клинического течения ХА у детей дошкольного возраста с разными конституциональными типами должно учитываться при организации диспансерного наблюдения пациентов данной группы на педиатрическом участке.

Ключевые слова: хронический аденоидит, психосоматическая конституция, интроверты, экстраверты, снижение резистентности, диспансерное наблюдение.

*Ответственный за переписку (corresponding author): i.boboshko@mail.ru

Для хронических заболеваний лимфоглоточного кольца у детей составляет от 55 до 75 % в структуре патологии лор-органов, 35–70 % пациентов с этими заболеваниями имеют гипертрофию аденоидов [13]. В России распространенность хронического воспаления глоточной миндалины (ХА) достигает 5,2–33,9 на 1000 детей и чаще всего регистрируется у дошкольников. По данным обращаемости и медицинским осмотрам несовершеннолетних, в России ХА страдает каждый пятый ребенок [7, 10].

Известно, что незрелость мукозального иммунитета дошкольника проявляется частыми инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей с высокой распространенностью аллергического компонента воспаления, что на фоне усиления бактериальной колонизации приводит к гипертрофии небных и глоточной миндалины. Во многом это сопряжено со сниженным синтезом секреторного иммуноглобулина А у детей [12].

Иммунные процессы в слизистых оболочках ребенка 3–7 лет характеризуются как недостаточно зрелые (незавершенность фагоцитоза, низкая способность к синтезу интерферонов, высокая супрессорная активность регуляторных Т-клеток), при этом барьеры слизистых в этом возрасте несовершенны [2, 3].

Известно, что застойные явления при ХА развиваются не только в полости носа и околоносовых пазухах, но и в гипофизарно-селлярной области, нарушая тем самым функционирование гипофиза, гипоталамуса, лимбического мозга, то есть тех структур, которые обеспечивают интегративную деятельность мозга и являются морфологической основой функционирования единой универсальной нейроиммуноэндокринной системы адаптации [3].

Большой практический интерес представляет проблема конституциональных особенностей этих процессов, поскольку определение общей конституции подразумевает индивидуальную реактивность организма в рамках видовой нормы адаптации ребенка, в том числе и резистентности, а также индивидуальные вариации процессов иммуно- и антителогенеза [4, 11]. Есть сведения о различиях исходного уровня иммуноглобулинов и неодинаковой иммунологической реактивности у лиц с разными типами конституции [6].

Несмотря на различные подходы, лечение ХА остается нерешенной проблемой, так как применяемые методы либо низкоэффективны и трудоемки (ирригационная терапия), либо имеют значимые побочные эффекты (топические глюкокортикостероиды). Перспективой может стать разработка методов, повышающих ресурсы организма ребенка, с учетом индивидуальных различий и в рамках его конституционального потенциала, которые будут способствовать повышению реабилитационных возможностей [8].

Цель исследования – выявить особенности клинического течения ХА у детей 4–7 лет с разными типами психосоматической конституции для повышения эффективности диспансерного наблюдения за пациентами данной группы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 217 детей 4–7 лет с ХА, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении ГБУЗ ВО «Областная дет-

ская клиническая больница». Дети поступили в связи с рецидивирующим течением ХА (более четырех раз в течение полугода), неэффективностью амбулаторной консервативной терапии и наличием сопутствующей патологии в виде снижения слуха и нарушения речи. В исследование были включены дети-интроверты (74 ребенка) и экстраверты (78) [4]. Показатели детей центровертивного типа (65 человек) считались максимально приближенными к популяционной норме и не требовали индивидуализации подходов к сопровождению.

Пациентам проводился стандартный осмотр врачом-педиатром и врачом-оториноларингологом. Анамнестические данные были получены путем выкопировки данных из истории развития ребенка (форма 112/у) и дополнительного анкетирования родителей. У всех детей измерялись глубина, ширина и высота черепа и грудной клетки с использованием соматометрических и соматоскопических методик. Определение типа конституции осуществлялось по методике В. Г. Штефко и А. Д. Островского, адаптированной для детей раннего возраста А. Б. Хазановой, и методу И. И. Бахрах. По сумме знаний, выраженной в баллах, у ребенка был определен макро-, мезо- или микросоматотип конституции [9].

Критериями включения в исследование были:

- верифицированный диагноз ХА с помощью рентгенографии носоглотки в боковой проекции, эндоскопии носоглотки и тимпанометрии;
- 2–3-я степень гипертрофии глоточной миндалины по классификации А. Г. Лихачёва [3];
- стаж симптомов ХА не менее 12 недель;
- ранее проводимая терапия консервативная терапия в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по лечению гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин от 2021 года;
- отсутствие острых заболеваний уха и верхних дыхательных путей на момент исследования (по данным осмотра, выполненного врачом-педиатром и врачом-оториноларингологом).

Статистический анализ полученных результатов проводился в программе SPSS Statistics 13.3. Статистическую значимость различий в сравниваемых независимых выборках определяли с

помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее групповое значение величины, σ – ошибка средней величины. За критический уровень значимости принимали значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Показатели, характеризующие развитие и течение ХА, имели явные различия у детей интра- и экстравертивного типов (табл. 1).

Так, у интровертов дебют ХА приходился на возраст 3,5 года, давность заболевания к этому возрасту составляла около полутора лет. Диагноз устанавливался существенно раньше (на 12 месяцев), чем у детей-экстравертов, но развитие ЭО было более поздним.

В группе экстравертов ХА дебютировал в возрасте 4–4,5 лет с давностью заболевания около шести месяцев и с более ранним формированием ЭО. У детей-интровертов достоверно чаще (в 4 раза), чем у экстравертов, встречались расстройства артикуляции и звукопроизношения, а у экстравертов в 3 раза чаще наблюдались значительные нарушения слуха.

При анализе анамнестических данных (форма 112/у) было установлено, что у интровертов в анамнезе у родителей достоверно встречалась аденомотомия в детском возрасте, неблагоприятный атопический фон. Анамнез самих детей-интровертов также был отягощен по атопии, их характеризовала стигматизация лица и мозгового черепа, тимомегалия, что достоверно отличалось от анамнеза детей-экстравертов, у которых атопические заболевания встречались редко, а стигматизация чаще присутствовала в области

шеи и грудной клетки. При разделении детей по соматотипам у интровертов в 2 раза чаще встречался микросоматический тип, а у экстравертов, напротив, макросоматический. Интровертам свойственны минимальные ширина и глубина полостей черепа и грудной клетки при преобладании длины черепа; для экстравертов характерны наибольшие глубина и ширина всех полостей (черепа, грудной клетки) (табл. 2).

Клинические проявления ХА имели значительные отличия в исследуемых группах. Для обоих типов было характерно стойкое затруднение носового дыхания, но у интровертов лидировал синдром обструктивного апноэ сна в сочетании с храпом, а у экстравертов на первый план выходил постназальный синдром с ночным кашлем, формирование ЭО с частым присоединением гнойных средних отитов, снижение слуха.

Поскольку назальная обструкция, обусловленная гипертрофией глоточной миндалины, способствует формированию у ребенка привычки постоянного дыхания ртом, то у них наблюдается устойчивое напряжение мышц лица и уплощение грудной клетки (табл. 2, 3). Наличие стажа ХА более года у детей-интровертов обуславливало появление у них признаков окклюзии мышц, поднимающих нижнюю челюсть (жевательных, височных, медиальных крыловидных), что в свою очередь приводило к удлинению черепа, выдвиганию верхней челюсти вперед, отвисанию нижней челюсти, нарушению расположения зубов, формированию патологического прикуса, возникновению головных болей напряжения, дефектам звукопроизношения [5].

Таблица 1. Развитие хронического аденоидита у детей интро- и экстравертов

Характеристика	Интроверты (n = 74)	Экстраверты (n = 78)
	M ± σ	
Давность ХА, лет	1,5 ± 0,16	0,7 ± 0,08*
Возраст дебюта ХА, лет	3,3 ± 0,18	4,3 ± 0,18*
Возраст верификации диагноза ХА, лет	3,4 ± 0,51	4,25 ± 0,32*
Число обострений ХА в год	9,4 ± 0,9	9,6 ± 0,8
Число госпитализаций в год	4,0 ± 0,56	3,8 ± 0,58
Средний возраст возникновения ЭО, лет	4,5 ± 0,16	3,5 ± 0,11*

Примечание. * – статистическая значимость различий с показателем в группе интровертов, $p < 0,05$.

Таблица 2. Основные проявления хронического аденоидита у детей с разными типами психоконституции

Основные характеристики	Группы детей, %	
	интроверты (n = 74)	экстраверты (n = 78)
Гипертрофия глоточной миндалины у родителей в детском возрасте	64,5	46,7
Аденотомия у родителей	56,8	30,0*
Атопические и аллергические заболевания у родителей	71,6	24,4*
Наличие функциональных расстройств артикуляции и звукопроизношения	62,2	15,4*
Значительное снижение слуха	25,7	70,3*
Неблагоприятный личный атопический анамнез	79,7	23,1*
Частота респираторных заболеваний более шести раз в год	79,7	69,2
Стигматизация шеи, грудной клетки	16,2	24,4*
Стигматизация лица и мозгового черепа	35,1	10,3*
Тимомегалия	56,8	24,4*
Соматотип (по И. И. Бахрах): микросоматический	51,4	23,1*
макросоматический	1,4	59,0*

Примечание. * – статистическая значимость различий с показателем в группе интровертов, $p < 0,05$.

Таблица 3. Некоторые параметры физического развития детей с хроническим аденоидитом

Основные характеристики	Группы детей	
	интроверты (n = 74)	экстраверты (n = 78)
	M ± σ	
Соматотип (по И. И. Бахрах), баллы		
микросоматический	3,2 ± 0,08	8,3 ± 0,62*
макросоматический	15,12 ± 0,43	17,4 ± 0,25*
Соотношение длины и ширины черепа, см	1,94 ± 0,03	1,34 ± 0,02*
Соотношение длины и глубины черепа, см	1,27 ± 0,05	0,97 ± 0,05*
Соотношение длины и ширины грудной клетки, см	2,09 ± 0,32	1,38 ± 0,34*
Соотношение длины к глубине грудной клетки, см	1,32 ± 0,41	1,98 ± 0,31*

Примечание. * – статистическая значимость различий с показателем в группе интровертов, $p < 0,05$.

Доказательством конституциональных основ течения ХА стали множественные положительные среднесильные корреляционные связи уровня экстраверсии и проявления ХА (табл. 4).

Уровень экстраверсии у детей с ХА был связан с изолированностью проявлений заболевания, возникающих в более поздние возрастные периоды, которые, тем не менее, характеризовались

частыми обострениями, повлекшими за собой более частые случаи госпитализации, высокие степени кондуктивной тугоухости.

Высокий уровень интроверсии, напротив, коррелировал с давностью заболевания, его ранним дебютом, проявлениями храпа и синдрома obstructивного апноэ сна, ночным кашлем и постназальным синдромом, а также нарушениями речи.

Таблица 4. Корреляционные связи уровня экстраверсии и проявлений хронического аденоидита

Признаки	Экстраверсия
Давность болезни (лет)	- 0,67
Ранний возраст дебюта	-0,56
Изолированный ХА	0, 71
Частота обострений в год	0,41
Частота госпитализаций в год	0,44
Постназальный синдром	0,54
Ночной кашель	-0,54
Храп	-0,57
Синдром обструктивного апноэ сна	-0,57
Храп с синдромом обструктивного апноэ сна	-0,57
Острые гнойные средние отиты	-0,57
Формирование хронического среднего отита	-0,8
Снижение слуха	0,66
Кондуктивная тугоухость 3-й и 4-й степени	0,66
Кондуктивная тугоухость 1–2-й степени	-0,81
Нарушение звукопроизношения	-0,72

Конституциональный подход позволяет уточнить «психосоматический портрет» детей с ХА и составить дифференцированные программы медико-социального сопровождения, которые должны быть направлены на поддержку слабых конституциональных характеристик, что будет способствовать повышению реабилитационного потенциала и более длительной ремиссии заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Для детей-интровертов с ХА характерен храп с синдромом обструктивного апноэ сна, нарушения звукопроизношения, отвисание

нижней челюсти, удлинение черепа, выдвижение верхней челюсти вперед, нарушение расположения зубов, формирование патологического прикуса, микросоматический тип, минимальные значения ширины и глубины полостей черепа и грудной клетки при преобладании длины черепа.

2. Детям-экстравертам свойственен постназальный синдром с ночным кашлем, формированием ЭО, частые гнойные средние отиты, макросомия, наибольшие значения глубины и ширины всех полостей (черепа, грудной клетки), резкое снижение слуха в виде кондуктивной тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абилова Ф.А. Определение качества жизни ребенка по шкале Ликерта с диагнозом «Аденоиды». Актуальные проблемы медицины. Вестник украинской стоматологической академии. 2015;3:67-69.
2. Аристова-Боровикова О.В., Климова И.И. Факторы риска и особенности клинической картины острого риносинусита в сочетании с патологией глоточной миндалины у детей. Российская оториноларингология. 2017;6:61-65.
3. Бабияк В.И. Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: руководство для врачей. СПб.: Гиппократ;2005:800.
4. Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Шелкоплас Е.В. Конституциональные особенности детей школьного возраста. Системный анализ и дифференцированные программы формирования их здоровья. Иваново: ПресСто; 2015:192.
5. Борзов Е.В. Эпидемиология и факторы риска развития патологии глоточной миндалины у детей.

- Вестник Ивановской медицинской академии. 2020;25 (3-4):58-61.
6. Кирий Г.И. Некоторые механизмы влияния конституциональных факторов на формирование группы часто болеющих детей. Вестник оториноларингологии. 2012;59(4):54-59.
 7. Ковалева Е.И. О диагностике аденоидитов у детей. Российская оториноларингология. 2014;1:102-103.
 8. Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., Баранов К.К., Матвеева А.Ю., Пихуровская А.А. Комплексная терапия аденоидита у детей. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2017;4:46-49.
 9. Кучма В. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. Вып. VII. М.: Гэотар-Медиа;2019:176.
 10. Лиманский С.С. Аденоиды и аденосинусит. Материалы XVI Российского конгресса оториноларингологов. М.;2017:38-40.
 11. Николаев В.Г., Винник Ю.Ю., Медведева Н.Н. Конституциональный подход в изучении здоровья человека при патологических состояниях. Вестник Московского университета. 2013;23(4):109-114.
 12. Тихомирова И.А. Хронический заболевания лор-органов у детей в формировании профиля патологии. Российская оториноларингология. 2008;34(3):8-13.
 13. Pereira L, Monyror J, Almeida FT, Almeida FR, Guerra E, Flores-Mir C, Pachêco-Pereira C. Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2018. Apr;38:101-112. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.001>.

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC ADENOIDITIS IN PRESCHOOLERS WITH VARIOUS TYPES OF PSYCHOCONSTITUTION

I. S. Sultanov, I. E. Boboshko, L. A. Zhdanova, E. V. Borzov

ABSTRACT *Objective* – to reveal the peculiarities of clinical course of chronic adenoiditis (CA) in children aged 4–7 years with various types of psychosomatic constitution in order to increase the effectiveness of dispensary observation in such patients.

Material and methods. 217 children aged 4–7 years with verified CA diagnosis were enrolled in the study. In dependence on the type of psychosomatic constitution children were divided into two groups: introverts and extraverts. Patients were clinically examined, the data from the medical history was copied, and survey of parents was conducted also.

Results and discussion. CA debut in introverts was fixed at the age of 3–4 years, the prescription of the disease to this age was about one and half years, the diagnosis was verified earlier than in extraverts, and more late development of glue ear (GE) was marked. Complaints connected with snore, syndrome of obstructive sleep apnea and violation of sound reproduction took the first place in introvert children. In extravert children CA debut was fixed at the age of 4–5 years, the prescription of this disease was less than six months with early GE development. Clinical manifestations in them were connected with combination of postnasal syndrome and night cough, frequent purulent otitis media and severe hearing loss.

Conclusion. The difference of CA clinical course in preschoolers with various constitutional types should be taken into account in dispensary observation organization in such patients.

Key words: chronic adenoiditis, psychosomatic constitution, introverts, extraverts, reducing resistance, dispensary observation.