ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

СУЛТАНОВ
Исабала Султанович

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АМБУЛАТОРНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4–7 ЛЕТ

3.1.21. Педиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Бобошко Ирина Евгеньевна
доктор медицинских наук, доцент

Иваново – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 17
1.1. Современные критерии отнесения детей к группе часто болеющих и показатели их здоровья 17
1.2. Хронический аденоидит у часто болеющих детей 25
1.3. Конституциональный подход как возможность персонифицированного сопровождения часто болеющих детей 34
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 45
ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА 62
3.1. Особенности анамнеза и течения острых респираторных инфекций у часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него 62
3.2. Физическое и нервно-психическое развитие часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него 66
3.3. Показатели функционирования органов и систем часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него 74
ГЛАВА 4. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ С РАЗНЫМ ТИПОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ И НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА 79
4.1. Характеристика физического развития часто болеющих детей 4–7 лет с разным типом психосоматической конституции и наличием или отсутствием хронического аденоидита 79

4.2. Особенности нервно-психического развития часто болеющих детей 4–7 лет с разным типом психосоматической конституции и наличием или отсутствием хронического аденоидита 88

4.3. Показатели функционирования органов и систем часто болеющих детей 4–7 лет с разным типом психосоматической конституции и наличием или отсутствием хронического аденоидита 96

4.4. Особенности течения хронического аденоидита у детей 4-7 лет с разным типом психосоматической конституции 105

ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 112

5.1. Изучение осведомленности участковых врачей педиатров и родителей часто болеющих детей с хроническим аденоидитом об особенностях его течения 112

5.2. Эффективность программы сопровождения часто болеющих детей дошкольного возраста с хроническим аденоидитом 120

ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ 131

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 149

ВЫВОДЫ 151

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 153

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ 154

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 155

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 156

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

За последние шесть лет общая заболеваемость детей по классам болезней не изменилась, а патология органов дыхания продолжает занимать лидирующую позицию (национальные доклады Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, 2021–2023 г.г.). Однако, количество пациентов с повторяющимися эпизодами острых респираторных инфекций за 2021–2023 годы увеличилось на 19,2% [48, 54, 112]. Наибольшее количество часто болеющих детей (от 1/7 до 1/3–1/2 всего численного состава детского населения) выявляется в раннем и дошкольном возрасте, когда иммунитет находится в фазе становления [49, 57].

Дети 4-7 лет составляют основную часть часто болеющих детей, так как именно на этот возраст приходится расширение социальных контактов, а в сочетании с имеющейся физиологической транзиторной незрелостью иммунных механизмов (незавершенность фагоцитоза, низкая активность системы интерфероногенеза при высоких уровнях регуляторных Т-клеток, сниженный синтез секреторного IgA), приводит к возрастанию количества острых респираорных инфекций [22]. Кроме этого, происходит так называемое нарушение лимфоэпителиального симбиоза (взаимодействие лимфоидной ткани глотки с внешней средой), что приводит к увеличению размеров лимфоидной ткани (в первую очередь носоглоточной миндалины) и ее дисфункции [63, 72]. Таким образом, у часто болеющих дошкольников нередко выявляется патология носоглоточной миндалины, что может способствовать формированию осложнений [70, 89].

У детей носоглоточная миндалина выполняет важнейшую функцию органа регионарного иммунитета, а ее воспаление – хронический аденоидит,

диагностируется практически у трети часто болеющих детей с максимальным распространением в возрасте 4–7 лет. У этих пациентов регистрируется значительное снижение качества жизни, связанное не только с постоянным дыханием ртом, ночным храпом с эпизодами апноэ, снижением слуха, но и с нарушениями развития и напряженности иммунологического реагирования [2].

Связь хронического аденоидита с поражением отдельных органов и систем крайне разнообразна. В оказании помощи таким детям преобладает консервативное лечение, и они берутся под диспансерное наблюдение, эффективность которого во многом зависит от врача педиатра [28].

Нарушения развития и здоровья детей с хроническим аденоидитом разнообразны, многочисленны и не систематизированы, что не дает возможности врачам педиатрам составить план диспансерного наблюдения, в том числе персонифицированного сопровождения данного ребенка [20]. При этом диспансерное наблюдение и сопровождение часто болеющих детей, в том числе имеющих хронический аденоидит, врачом педиатром отражено в нормативных документах и требует от них знаний о течении заболевания, возможных осложнений, а также профилактике его неблагоприятного течения [99].

Особенности физического, нервно-психического развития и наличие сопутствующих нарушений здоровья у часто болеющих детей имеют ключевое значение для создания дифференцированных программ их персонализированного сопровождения [90]. До настоящего времени консенсуса между специалистами по проблеме часто болеющих детей не достигнуто. Однако, несмотря на серьезные исследования до настоящего времени существует ряд разногласий не только в показаниях по отнесению детей к группе часто болеющих, но и в терминологии, а также в вопросах профилактики и диспансерного наблюдения [69].

В ряде исследований был использован подход к определению типа направленности психической активности ребенка, по специальной шкале (Бобошко И.Е., Жданова Л.А., 2001), крайние полюсы которой соответствуют

преимущественной направленности личности либо на мир внешних объектов, либо на явления его собственного субъективного мира. Экстравертированный тип характеризуется обращенностью личности на окружающий мир, им свойственны импульсивность, инициативность общительность, социальная адаптированность. Для интровертированого типа характерны фиксация интересов личности на явлениях собственного внутреннего мира, которым она придает высшую ценность, необщительность, замкнутость, социальная пассивность, склонность к самоанализу, затруднение социальной адаптации [11].

Работы доказали типологические особенности течения ряда заболеваний (последствия перинатального поражения центральной нервной системы, воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительной системы, атопический дерматит, цефалгия напряжения) и напряжения социальной адаптации у первоклассников и подростков с аутоагрессивным поведением, обусловленных различием корково-висцеральных и нейроэндокринных механизмов регуляции у детей разных типов [10, 68, 123].

Таким образом, данные по амбулаторному сопровождению часто болеющих детей с хроническим аденоидитом, не систематизированы и отсутствуют подходы к их диспансерному наблюдению. Учет индивидуально-типологических особенностей детей, а также влияния социальных и психологических факторов поможет обеспечить более эффективное здоровьесбережение и создание персонифицированных программ профилактики и сопровождения, не повышая медикаментозную нагрузку на пациента.

Цель исследования

Разработать персонифицированную программу сопровождения часто болеющих детей 4–7 лет с хроническим аденоидитом на основании изучения

клинико-анамнестических данных, особенностей функционирования органов и систем, а также типа направленности психической активности ребенка.

Задачи исследования

1. Провести сравнительную характеристику особенностей физического, нервно-психического развития, функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем часто болеющих детей 4–7 лет.
2. Представить комплексную оценку состояния здоровья часто болеющих детей с хроническим аденоидитом и без него в зависимости от типа направленности психической активности.
3. Выявить особенности клинического течения хронического аденоидита у часто болеющих детей разных типов направленности психической активности.
4. Провести анализ информированности участковых педиатров и родителей пациентов по проблеме рецидивирования респираторной патологии и течения хронического аденоидита у детей.
5. Разработать персонифицированную программу сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом на амбулаторном этапе диспансерного наблюдения и оценить ее эффективность.

Научная новизна

Впервые описаны типологические особенности состояния здоровья, физического и нервно-психического развития, а также течения хронического аденоидита у часто болеющих детей с учетом направленности их психической активности.

Представлены четкие различия показателей у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом. Так, у детей интровертивного типа направленности

психической активности физическое развитие характеризовалось преобладанием умеренного дефицита массы тела (73%), астеноидного типа телосложения (41,9%), снижением выраженности развития мышечной и жировой тканевых компонент; наличием маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани в виде наибольших показателей фронтальных осей черепа (долихоцефалия); а нервно-психическое – отставанием в общем психическом развитии, снижением показателей мелкой моторики, абстрактного мышления, смысловой памяти, эмоциональных показателей при пассивно-социальном поведении, увеличение аутоагрессии и низком качестве социальных контактов, что сочеталось с неблагоприятным типом семейного воспитания в виде гиперопеки. Отмечались проявления ваготонии с преобладанием гуморально-метаболических звеньев регуляции, асимпатикотонической вегетативной реактивностью, гипокинетическим типом кровообращения на фоне нормально низких показателей частоты дыхания и жизненной емкости легких. Течение хронического аденоидита сопровождалось преобладанием синдрома обструктивного апноэ сна, храпа и нарушениями звукопроизношения. Обнаружены аномалии зубочелюстной системы в виде дистальной (38,4%) или глубокой окклюзии (26,2%), а также транзиторной скученности зубов (12,3%), микродентии (10,8%) и смешанной патологии (12,3%).

Выявлено, что у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом экстравертивного типа направленности психической активности физическое развитие характеризовалось умеренным избытком массы тела (71,8%), дигестивным телосложением (47,4%), снижением мышечной и повышением жировой ткани; наличием маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани в виде наименьших показателей фронтальных осей черепа (брахицефалия). Нервно-психическое развитие характеризовалось низкими показателями крупной моторики, образного мышления, слуховой и зрительной памяти, общего психического развития, мотивации, направленной на эмоциональную вовлеченность, общения, наличием самодемонстрации с усугублением агрессивности в сочетании с

неблагоприятным типом семейного воспитания в виде гипоопеки. Чаще регистрировались проявления симпатикотонии с преобладанием LF-компонента и активности центральных механизмов, гиперкинетический тип кровообращения на фоне нормально высоких показателей частоты дыхания. Течение хронического аденоидита сопровождалось преобладанием постназального синдрома с ночным кашлем, частым развитием экссудативного среднего отита и снижением слуха. Патология зубочелюстной системы была выявлена у каждого пятого ребенка в виде глубокой (38,1%) и дистальной (33,3%) окклюзии.

Определено, что у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом центровертивного типа направленности физическое развитие характеризовалось умеренным дефицитом (31,4%) и избытком (34,3%) массы тела, средними показателями соотношения осей черепа и грудной клетки, тканевых компонент и встречаемости разных вариантов соматотипов; а нервно-психическое развитие – незначительным равномерным снижением практически всех показателей, в равной степени выраженности проявлениями как пассивно- (51,4%), так и активно-социального (48,8%) поведения, увеличением в 1,5 раза количества детей со снижением общего психического развития, средние значения изученных параметров сердечно-сосудистой и дыхательной систем с примерно равной степенью выраженности как нормально низких (20%), так и нормально высоких (22,9%) значений артериального давления и частоты сердечных сокращений, увеличение числа детей с исходной ваго- и симпатикотонией.

Предложена и обоснована программа персонифицированного сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом с учетом выявленных особенностей состояния их здоровья, типа направленности психической активности ребенка и семейного воспитания в процессе диспансерного наблюдения.

Теоретическая и практическая значимость

Предложен персонифицированный подход к совершенствованию системы мероприятий сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом в процессе диспансерного наблюдения на амбулаторном этапе.

Разработана и внедрена в учреждения здравоохранения автоматизированная программа сопровождения детей с хроническим аденоидитом, включающая рекомендации, касающиеся повышению резистентности, направленные на снижения частоты рецидивов и осложнений хронического воспаления в носоглотке и повышению качества социальной адаптации.

Показано акцентирование слабых и нивелирование сильных конституциональных сторон у детей разных типов с хроническим аденоидитом. Так, у интровертов увеличивается число детей с умеренным дефицитом массы тела, со сниженными показателями памяти, мышления, самооценки, дисциплинированности, усиление личностной тревожности; нарастают ваготония, асимпатикотоническая вегетативная реактивность, нормально низкие показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений, жизненной емкости легких и патологией зубного ряда. Среди центровертов увеличивается число детей с умеренным дефицитом и избытком массы тела, сниженными показателями интеллекта, дисциплинированности и социальной активности, повышенным уровнем тревожности, асимпатикотонической вегетативной реактивностью. У экстравертов увеличивается число детей с избытком массы тела, нарастанием симпатикотонии, гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью, нормально высокими значениями артериального давления, частоты сердечных сокращений. Происходит снижение показателей образного мышления, слуховой и зрительной памяти, общего психического развития, мотивации, общения, усугубление агрессивности.

В программах диспансерного наблюдения дошкольников с хроническим аденоидитом необходимо учитывать конституциональные особенности этих

пациентов и использовать дифференцированные рекомендации по их сопровождению в условиях детской поликлиники.

Доказана эффективность применения программы для часто болеющих детей с хроническим аденоидитом в условиях детской поликлиники.

Внедрение разработанных программ позволило повысить информированность родителей и медицинского персонала в вопросах тактики сопровождения ребенка категории часто болеющих детей с хроническим аденоидитом и стабилизировать эмоциональное состояние пациентов, гармонизировать тип родительско-детских отношений, достичь комплаенса в вопросах ранней диагностики осложнений респираторных инфекций.

Разработанная автоматизированная программа формирования индивидуальных программ сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом с учетом типологических различий, учитывающая сильные и слабые стороны интро-, экстра и центровертов, позволяет облегчить работу врача педиатра, улучшает процессы развития, оптимизируя вегетативные и психологические характеристики и способствует профилактике рецидивирования хронического аденоидита и развития его осложнений.

Методология и методы исследования

При выполнении работы был проведен анализ современных отечественных и зарубежных данных, касающихся проблемы часто болеющих детей.

В работе использовалась ретроспективная оценка медицинской документации (n=832) и проспективное наблюдение за 445 детьми, состоящими на учете у педиатра как часто болеющие, в том числе и имеющих хроническую лор-патологию. Использовались методики описания и учета клинико-анамнестических, лабораторных и инструментально определяемых изменений, результаты анкетирования врачей-педиатров и родителей пациентов.

Достоверность полученных данных обеспечена современными методами статистического анализа. По результатам работы сформулированы выводы и практические рекомендации, обозначены перспективы дальнейшей разработки темы.

Положения, выносимые на защиту

1. Часто болеющие дети с хроническим аденоидитом характеризуются нарушением физического, нервно-психического развития, напряженностью показателей функциональной активности дыхательной и сердечно-сосудистой систем в зависимости от типа направленности психической активности.
2. Хронический аденоидит встречается у 66,4% часто болеющих детей дошкольного возраста и имеет особенности в зависимости от типа направленности психической активности ребенка.
3. Разработан комплекс персонифицированных реабилитационных мероприятий для часто болеющих детей с хроническим аденоидитом на этапе оказания амбулаторной помощи при диспансерном наблюдении.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 3.1.21. Педиатрия, относящейся к области науки 3. Медицинские науки, группе научных специальностей – 3.1. Клиническая медицина. Результаты исследования соответствуют областям исследования специальности, а именно п. 1 – Изучение физиологических закономерностей и патологических отклонений, роста, физического, полового, нервно-психического и когнитивного развития, состояния функциональных систем детей в различные периоды жизни: внутриутробного периода, новорожденности, раннего, дошкольного и школьного возраста и п. 3 – Оптимизация научно-исследовательских подходов и практических принципов

ведения – диагностики, профилактики, лечения, абилитации и реабилитации, а также сопровождения детей с хроническими рецидивирующими болезнями, острой патологией, подвергшихся воздействию внешних факторов, в том числе экологических и социальных.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности полученных в диссертационном исследовании данных определяется дизайном проспективного сравнительного исследования с применением критериев доказательной медицины и оценкой эффективности, а также достаточным объемом и репрезентативным характером выборки обследуемых пациентов, использованием современных адекватных методов клинического, лабораторного и инструментального обследования. Используемые статистические методы адекватны поставленным задачам, а сформулированные положения, выводы и рекомендации аргументированы и логически вытекают из полученных данных.

Данная работа стала победителем 12 международных научно-исследовательских конкурсов: XIV и XV Республиканская конференция с международным участием (Республика Беларусь, 2022, 2023); Международная научно-практическая конференция «Приоритетные научные направления XXI» (Прага, Чехия, 2022); X Международный медицинский форум «Медицина будущего – Арктике» (Архангельск, 2023); Международный конкурс «SCIENCE AND EDUCATION», «SCIENTIFIC DISCOVERIES AND INNOVATIONS» – 2023», «EDUCATION AND SCIENCE – 2026» (Чебоксары, 2023, 2024, 2026); Международный конкурс «Вектор науки» (Москва, 2023); Международный конкурс «Формула науки» (Москва, 2024); Международный конкурс «Научные вершины» (Москва, 2024); XLVII Международный конкурс научно-исследовательских работ (Москва, 2025); Международный конкурс «Новые горизонты науки – 2026» (Москва, 2026).

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на XXIV Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2023); XXII Российском конгрессе по оториноларингологии «Преображенские чтения. Детская оториноларингология. Связь времен. Связь специальностей» (Москва, 2023); XV Всероссийской научно-практической конференции «Аллергические и иммунопатологические заболевания – проблема XXI века» (Санкт-Петербург, 2023); VIII Всероссийском форуме «Современная педиатрия. Санкт-Петербург – Белые ночи – 2023» (Санкт-Петербург, 2023); XII, XV Петербургском форуме оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 2023, 2026); IV, V Научно-практической конференции «Студеникинские чтения – 2022, 2023» (Москва, 2022, 2023,); Всероссийской научно-практической конференции V «Осенние Филатовские чтения – важные вопросы детского здоровья» (Владимир, 2023); X Юбилейном междисциплинарном медицинском форуме «Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи» «Золотые ворота» (Владимир, 2023); Международной научно-практической конференции молодых ученых «Здоровьесберегающие технологии: опыт современности и перспективы будущего» (Краснодар, 2023); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы педиатрии» (Курск, 2023); VIII, IX, X, XI, XII Всероссийской научной конференции с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека» (Иваново, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026); Каспийском молодежном форуме «Молодые ученые – как драйвер развития региона» (Астрахань, 2023); XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы науки XXI века: осенний марафон» (Смоленск, 2023); XI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции с международным участием «Молодежь и медицинская наука» (Тверь, 2023); 89-й Международной научной конференции «Университетская наука: взгляд в будущее» (Курск, 2024); Третьей международной научной конференции «Философские, этические и исторические

проблемы медицины» (Иваново, 2022); Межвузовском международном конгрессе «Высшая школа: научные исследования» (Москва, 2023).

Внедрение результатов исследования в практику

Основные научные положения, выводы и рекомендации исследования внедрены в научную и клиническую работу консультативно-диагностического отделения ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница» г. Владимира, кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» МЗ РФ, ГБУЗ «Городская поликлиника № 37» г. Санкт-Петербурга, детской поликлиники № 6 ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново, детской поликлиники № 7 ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново, кафедры клинических дисциплин Владимирского филиала «Приволжского исследовательского медицинского университета», г. Владимира.

Личный вклад автора

Автор принимал непосредственное участие в выборе направления исследования и во всех этапах его проведения: проведена основная работа по изучению анамнестических и клинических данных детей, вошедших в исследование. Автор принимал личное участие в формировании исследуемых групп, получении информированного согласия, анализе 832 историй развития ребенка (форма 112/у), проведении оценки физического, нервно-психического развития, общего врачебного осмотра, осмотра Лор-органов с проведением эндоскопии полости носа и носоглотки, тимпанометрии, взятии мазков со слизистой оболочки полости носа и ротоглотки, осуществлении анализа результатов дополнительных исследований (гемограммы, данных электрокардиографии, артериального давления, жизненной емкости легких) и обобщения полученных материалов. Вклад автора является

определяющим в постановке задач исследования, их реализации, сбора, статистической обработки и анализе полученных данных, обсуждении результатов в научных публикациях и докладах и их внедрении в практику. Автором разработана персонифицированная, автоматизированная программа сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом с учетом типа направленности психической активности ребенка.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 36 научных работ, в том числе 12 статей в рецензируемых изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, две из которых индексируются в международной базе данных Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 175 страницах машинописного текста, построена по традиционному монографическому принципу, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, перспектив дальнейшей разработки темы исследования, практических рекомендаций, списка сокращений и списка литературы, который включает 171 источник (125 – отечественных, 46 – зарубежных). Работа иллюстрирована 40 таблицами и 20 рисунками.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современные критерии отнесения детей к группе часто болеющих и показатели их здоровья

Проблема помощи детям со сниженной резистентностью отражена в нормативных документах и обязательна к выполнению врачами педиатрами амбулаторного звена. Так, в приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 марта 2017 г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач педиатр участковый» в пункте 3.1.4. описано, что на врача-педиатра возлагается проведение профилактических мероприятий для длительно и часто болеющих детей, и составление для них плана медицинской реабилитации. Из этого следует, что участковый врач-педиатр должен проводить диспансерное наблюдение, включающее профилактику развития хронических заболеваний, в том числе хронических заболеваний лор-органов, повышение резистентности и коррекцию отклонений физического, нервно-психического развития и социальной адаптации [99].

Заболевания дыхательных путей в настоящее время у детей лидируют по частоте встречаемости. Министерство здравоохранения Российской Федерации сообщает, что в течение периода с 2021 по 2023 годы число детей, страдающих заболеваниями дыхательных путей, возросло на 19,2% (по данным доклада Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения). При этом в докладе Министерства отмечается, что 15–40% из данной категории страдают острыми респираторными инфекциями (ОРИ) чаще, а само течение при этом тяжелее. Речь идет о детях, состоящих в группе часто болеющих (ЧБД), процентное отношение которых составляет до 68–75% всех случаев [9, 12, 97, 101].

Детей, подверженных повторным (частым) эпизодам ОРИ, в нашей стране принято называть «часто болеющими детьми». Такая формулировка, как ЧБД, не

находит своего применения в трудах иностранных специалистов. Кроме того, нет такой формулировки и в Международной классификации болезней, трам и причин сметри X пересмотра. Иностранные исследователи используют иные формулировки, они же используются и в программах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В частности, речь идет о таком определении, как дети с рекуррентными респираторными заболеваниями, то есть заболеваниями, возникающими у пациента не впервые. На сегодняшний день разработаны варианты лечения и предупреждения рецидивов заболеваний дыхательных путей у данных детей [50, 125].

Говоря о таком определении, как часто болеющие дети, следует иметь в виду, что речь не идет о нозологической форме. Под ЧБД следует понимать детей, нуждающихся в диспансерном наблюдении, как правило, дошкольного возраста, неустойчивых к инфекциям дыхательных путей. Такое состояние обусловлено транзиторными, изменяемыми отклонениями в имунной системе организма. Однако, устойчивых органических изменений у них не наблюдается [100].

Термин ЧБД достаточно широко известен среди врачей-педиатров. Но, не смотря на многочисленные и серьезные исследования по этой проблеме, проведенные ведущими педиатрами нашей страны, до настоящего времени еще существует ряд разногласий, как в терминологии, так и в вопросах этиологии, патогенеза, лечения, а особенно в профилактике и диспансерном наблюдении этой категории детей.

Впервые критерии принадлежности детей к группе часто болеющих были описаны в 1986 году учеными В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым. Основой для определения принадлежности детей к группе часто болеющих было количество эпизодов ОРИ. Итак, для отнесения к ЧБД количество эпизодов ОРИ у годоволового ребенка должно было быть четыре раза или более; количество эпизодов у детей старше года и до трех лет – шесть и более; количество случаев у детей в возрасте от четырех и до пяти лет – пять и более раз; и, наконец, число случаев у детей, которые перешагнули возраст пяти лет – четыре и более раз.

В исследованиях часто можно встретить отнесение к часто болеющим детям тех, кто страдает ОРИ в течение четырнадцатидневного, или более длительного срока [66, 108, 154].

Ряд исследователей применяют определенные индексы, в частности, инфекционный индекс (ИИ), определяемый как итоговое количество случаев заболевания ОРИ в течение двенадцати месяцев к количеству прожитых лет. Также используется так называемый индекс резистентности (J). При использовании данного индекса количество ОРИ соотносится к количеству месяцев, в течение которых ребенок находился под наблюдением врача. ИИ среди часто болеющих детей находится в диапазоне от 1,1 до 3,5. Что касается детей, частота заболеваемости которых определяется как редкая, то для них характерны колебания в пределах от 0,2 до 0,3. Если ребенок еще не достиг двенадцати месяцев, то он может быть отнесен к группе часто болеющих при определенных значениях индекса резистентности, в пределах $\geq 0{,}33$. При этом ряд исследователей утверждают, что данный показатель должен превышать 0,5 или быть равен 0,5 [57, 92, 139].

Ряд авторов полагает, что часто болеющих детей целесообразно делить по трем группам. Так, в первой группе состоят пациенты, переносившие ОРИ с легким течением и быстрым выздоравлением. Как правило, заболевание начинается ближе к году жизни, или немного позже. В анамнезе зачастую отмечаются отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза и периода новорожденности. Авторы отмечают недоношенность и наличие нарушения дыхательной функции в неонатальный период. Среди наиболее важных признаков второй группы детей отмечаются астенические состояния после ОРИ. Характерны выраженнная слабость, отсутствие аппетита, нарушения сна, бледность кожных покровов. Такого рода течение провоцирует ОРИ снова, заболевание продолжается периодически, состояние ребенка не достигает уровня нормы. Следует отметить, что, начиная с пятилетнего возраста, и по мере приближения к возрасту семи лет дети болеют ОРИ все реже. Среди характерных признаков у третьей группы детей отмечается наличие

лор-патологии, каковые и выступают основной причиной заболеваний дыхательных путей. Повторная заболеваемость ОРИ возникает после достижения ребенком возраста двенадцати месяцев. Течение характеризуется обострениями с частыми осложнениями, наличием постназального затека, особенно в ночное время, затруднением носового дыхания, храпа. Среди лор-патологий выявляются такие, как хронический аденоидит и его возможные осложнения в виде отитов [56, 93].

Макарова З.С. предлагает делить ЧБД в зависимости от наличия хронических заболеваний – на ЧБД с наличием или отсутствием хронических заболеваний; в зависимости от особенностей клинических проявлений (клинические типы) – на соматический (ОРИ 8 и более раз в год, часто развиваются осложнения – нарушения бронхиальной проходимости, бронхиты, пневмонии, отягощенный преморбидный фон (перинатальная энцефалопатия, аллергический диатез), в периоде реконвалесценции отмечается длительный затяжной кашель, высок риск формирования хронической бронхолегочной, аллергической, гастроэнтерологической патологии), оториноларингологический (ОРИ 6–8 раз в год, характерны осложнения – отиты, синуситы, длительное, затяжное течение заболеваний, в периоде реконвалесценции отмечается склонность к затяжному риниту, отягощенный преморбидный фон (лимфатический диатез), высок риск формирования хронических заболеваний лор – органов (аденоидит, тонзиллит, отит) и смешанный (сочетание первых двух типов) [1, 76, 82].

Отечественные врачи предлагают иные основания принадлежности детей к группе часто болеющих, которые отличаются от предлагаемой ВОЗ. Как зарубежные, так и российские исследователи утверждают, что наличие инфекций дыхательных путей у ребенка дошкольного и младшего школьного возраста не чаще, чем восемь раз в течение двенадцати месяцев находится в пределах нормы. При этом, речь идет именно о тех детях, которые посещают детские образовательные учреждения. Однако, если ребенок болеет чаще, то возникают основания для отнесения ребенка к группе часто болеющих детей [64, 124, 163].

В 2021 году было принято соглашение на Межобщественном консенсусе Итальянской медицинской ассоциацией по поводу детей с частыми респираторными инфекциями. Фундаментальная работа была проведена специалистами в области детских заболеваний, аллергологии, иммунологии, гематологии, генетики, онкологии и оториноларингологии [161]. Были проведены клинические исследования, число которых достигло двухсот тринадцати, все результаты доступны на порталах PubMed и Embase. Исследования проводились с 2009 по 2019 годы. Авторы сформировали определенные критерии для выявления детей с частыми инфекциями дыхательных путей. Основанием деления по принадлежности является возраст. Однако, исследователи не включили в критерии детей в возрасте до двенадцати месяцев. Приведем данные критерии.

Дети в возрасте от 12 месяцев до 3 лет – ≥ 6 респираторных инфекций, при этом, одна инфекция может быть пневмонией, и в тяжелой форме в том числе. Речь идет о заболеваниях в течение 12 месяцев, или о двух случаях пневмонии в легкой форме. Требуется клиническая верификация, или рентгенологическое исследование в течение 12 месяцев.

Дети в возрасте от 3 лет до 6 лет – ≥ 5 респираторных инфекций, в числе которых одна определяется как пневмония, и в тяжелой форме, в течение 12 месяцев или два случая пневмонии в легкой форме. Требуется клиническая подтвержденность, или же исследование с применением рентгена в течение 12 месяцев.

Дети от 6 до 12 лет – ≥ 3 респираторные инфекции, среди которых одна пневмония, в том числе, в тяжелой форме, в течение 12 месяцев, или же два случая легкой пневмонии. Также требуются клинические подтверждения или исследования с применением рентгена в течение 12 месяцев [161, 163].

Общие критерии отнесения ребенка к группе часто болеющих описаны также в ПРИМА от 2017 года в пересмотре от 2021 года, которая предлагает относить ребенка к данной группе при ОРИ 8 и более в год и его нетипичном (длительном и с

осложнениями) течении, без наличия хронических очагов инфекции, торпидности и неэффективности адекватно назначенной терапии, отсутствии сезонности заболеваний, длительном течении и разности продолжительности интервалов между эпизодами ОРИ [100, 104].

Дети 4–7 лет занимают основную часть группы ЧБД и составляют примерно около 70% [93, 171]. Расширение социальных контактов и увеличение встреч ребенка с разнообразным микробным окружением в связи с посещением детских образовательных учреждений, способствует также кратному возрастанию инфекций дыхательных путей. Если же имеет место недостаточная сформированность иммунных механизмов, то частота заболеваемости ОРИ возрастает. Уточним, что под незрелостью иммунных механизмов, в данном случае, следует понимать незавершенный фагоцитоз, сниженный интерфероногенез при наличии значительных супрессорных показателей работы регуляторных Т-клеток, а также недостаточный синтез секреторного IgA. Происходит нарушение лимфоэпителиального симбиоза (взаимодействие лимфоидной ткани глотки с внешней средой), что приводит к увеличению размеров лимфоидной ткани (в первую очередь носоглоточной миндалины) и ее дисфункции [21, 55, 72, 75, 148].

Многими авторами описаны особенности иммунной системы часто болеющих дошкольников, которые характеризуются снижением клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Так, клеточный иммунитет у ЧБД характеризуется снижением общего количества лимфоцитов и их субпопуляций, особенно Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+), повышением экспрессии рецепторов индукции апоптоза (CD95) на лимфоидных клетках, а также уменьшение экспрессии молекул адгезии (CD54, CD11b), нарушающее взаимодействие клеток иммунной системы. Среди особенностей гуморального звена у ЧБД часто отмечают селективный дефицит IgA или IgG, а также недостаток секреторного IgA, который играет важную роль в защите слизистых оболочек [96, 150, 168].

По данным Мамаджановой Г.С. нарушение фагоцитоза наблюдается у 81,3% ЧБД, незавершенный фагоцитоз диагностируется у 87,8% ЧБД, а поздняя активация фагоцитов отмечается у 32,4% ЧБД [75].

Рядом авторов также отмечается снижение способности лейкоцитов к продукции альфа и бета-интерферонов, не смотря на нормальный уровень сывороточного интерферона; недостаточность гамма-интерферона, который играет важную роль в противовирусной защите, а также повышение спонтанной продукции провоспалительных цитокинов (IL-2, IL-4, IL-6, IL-8), что может способствовать хронизации воспаления [55, 96, 119].

В многочисленных исследованиях описываются показатели физического и психического здоровья детей группы часто болеющих в сравнении с их эпизодически болеющими сверстниками, где подчеркивается снижение этих параметров, а также нарушения адаптационного резерва данных детей [19, 23, 47, 51, 64, 125, 132, 147].

В ряде работ показано, что ЧБД имеют отклонения в состоянии здоровья, в отличии от здоровых сверстников. Наиболее часто выявлялись признаки белково-энергетической недостаточности, полигиповитаминоза, нарушений состояния вегетативной нервной системы, функциональной патологии сердечно-сосудистой системы [52].

Мандров С.И. утверждает, что физическое и нервно-психическое здоровье ребенка существенно страдают при наличии в анамнезе частых ОРИ, а многообразие механизмов, приводящих к болезни, выдвигает перед врачами задачу – индивидуального лечения этих детей [76].

По данным Э.Л. Чупак, у 10,1 % детей 1 группы (с повторными эпизодами ОРИ) отмечается асимпатикотонический вариант вегетативной реактивности, что указывает на повышенную истощаемость адаптационных возможностей [125].

У часто болеющих детей младшего школьного возраста наблюдаются снижение показателей легочных объемов, показателей мощности дыхательной мускулатуры и бронхиальной проходимости [88].

По данным Е.В. Генераловой, психоэмоциональный статус подростков с повторными ОРИ, в отличие от эпизодически болеющих, характеризовался снижением уровня психической адаптации и проявлялся достоверно более высокими показателями по шкалам нейротизма, депрессии, эмоциональной лабильности, аффективной ригидности, низкими значениями диагностических коэффициентов по шкалам тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных расстройств [30].

Вербианова О.М. в своих исследованиях подчеркивает, что показатели изучаемых волевых качеств в группе здоровых детей близки по значениям к норме и в меньшей мере определяются индивидуальными особенностями развития, а у детей из группы часто болеющих данные показатели более подвержены специфическим особенностям и детерминантам развития [24].

В научной литературе неоднократно подчеркивались важность и специфика отношений в семье и влияние семьи на развитие ряда когнитивных и личностных качеств часто болеющих детей. Тип родительских отношений, стиль воспитания для соматически больного ребенка приобретают особое значение в воспитании волевых качеств [95].

Результаты исследования Мосман Е.В. и Пфау Т.В. показали, что мать часто болеющего ребенка очень сконцентрирована на нем. Ее система воспитания подходит под термин «доминирующая гиперпротекция». Излишняя концентрация матери на ребенке может способствовать его частой заболеваемости [83, 102].

Д.М. Демерджи подчеркивает, что для успешного преодоления болезни ребенком необходима работа не только с ним, но и с семьей в целом: следует учитывать специфические представления родителей о болезни и лечении, проводить коррекцию внутренней картины болезни [38].

Итак, становится очевидной необходимость медицинского и социально-психологического сопровождения детей, находящихся в группе часто болеющих, наблюдение и поддержка их специалистами на системной основе.

До настоящего времени нет единого консенсуса, касающегося как отнесения детей к данной группе, так и их диспансерного сопровождения. Состояние здоровья ЧБД описаны в многочисленных исследованиях, где сравнивались показатели их здоровья с показателями здоровых сверстников, результаты которых зачастую носили разнонаправленный характер, а тип семейного воспитания упоминается как важный фактор эпизодов частых респираторных заболеваний.

1.2. Хронический аденоидит у часто болеющих детей

Хронический аденоидит (ХА) – это хроническое полиэтиологичное заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины.

Гипертрофия аденоидов (ГА) – это увеличение размера глоточной миндалины, сопровождающееся стойким затруднением носового дыхания и/или другими осложнениями (различными формами обструктивных нарушений сна, экссудативный средний отит, деформация лицевого скелета и др.) [32, 33].

Синдром назальной обструкции, встречающийся у ЧБД, является довольно распространенным состоянием. Он может отличаться по характеру течения и наличия сопутствующих симптомов, что требует дифференцировки причин назальной обструкции врачом-педиатром [36, 105, 157].

Существующие дифференцированные подходы установления причин назальной обструкции несовершенны. В практике участкового врача-педиатра установление причины назальной обструкции осложняется, с одной стороны, неполной информацией, которую дают родители ввиду низкой осведомленности, с

другой – установлением основной причины и необходимости консультации узких специалистов [29].

Так, например, обострение хронического аденоидита сопровождается постоянной назальной обструкцией, длительной субфебрильной либо нормальной температурой, вязким, слизисто-гнойным, часто трудно отделяемым секретом из носа, после удаления которого значительного улучшения носового дыхания может и не происходить, ночным храпом и развитием синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), гнусавостью голоса, частым развитием осложнений в виде отитов и синуситов общей длительностью 14 и более дней. При вирусном рините симптомами являются субфебрильная или фебрильная лихорадка, как правило, прослеживаются все стадии течения острого ринита (сухая стадия, серозного и слизисто-гнойного отделяемого), улучшение носового дыхания после эвакуации секрета и использования сосудосуживающих капель, нарушение обоняния из-за развития отека данной зоны, общее течение длительностью 7–10 дней. При рините аллергического генеза также беспокоит затруднение носового дыхания и ринорея, чихание, приступы котрого могут возникать внезапно. Нередки жалобы на зуд в носу, в некоторых случаях отмечается чувство жжения. Повышения температуры тела не наблюдается. Группа детей с назальной обструкцией весьма разнородна, что усложняет работу участкового врача-педиатра и требует от него дополнительных знаний об особенностях клинического течения и характера назальной обструкции у ЧБД для их правильного дальнейшего сопровождения и необходимости консультации узких специалистов [13, 20, 80, 131, 134].

Дети с хронической лор-патологией составляют значительную часть часто болеющих детей. Хронический аденоидит часто встречается у детей в возрасте до десяти лет. Сведения о распространенности хронического аденоидита среди детского населения различного возраста разнятся. ХА встречается у детей от 5,2 до 33,9 случаев заболеваний на тысячу человек. Чаще всего болеют дети 4-7 лет.

Именно для этого возраста (4-7 лет) характерна так называемая, физиологическая гипертрофия аденоидоидной ткани [18].

При наличии большого количества социальных контактов, встреч с различными возбудителями ОРИ, особенностей иммунной системы ребенка (недостаточность мукозального иммунитета, интерфероногенеза, фагоцитоза, системы комплемента и др., а также несостоятельность адаптивного иммунитета в формировании противовирусной защиты) создается основа для частой заболеваемости ОРИ [140, 165, 166].

Однако большинство респираторных вирусов при рецидивирующей микст-вирусной инфекции, контаминирующей слизистую оболочку дыхательных путей (при доминирующей роли представителей семейства Herpesviridae, вызывающих иммуносупрессию факторов местного и общего иммунитета) вызывают глубокое подавление синтеза эндогенного IFN – иммуносупрессию системы интерферонов, следствием чего является вторичная интерферонопатия, усугубляющая тяжесть течения ОРИ и противовирусный ответ [25]. Дефицит фагоцитарного и комплементарного статуса с дисиммуноглобулинемией при наличии «минимального персистирующего воспаления» слизистых оболочек, которое характеризуется спонтанной гиперпродукцией провоспалительных цитокинов (IL-2, IL-4), в том числе IL, участвующих в хронизации воспаления (IL-6 и IL-8), сопровождающееся повышением их концентраций в сыворотке крови, а также избыточный синтез IgE также вносят существенный вклад в формирование гипертрофии глоточной миндалины. В результате активности определенных вирусов, для которых характерна тропность к лимфоидной ткани (кроме герпес-вирусов IV и VI типа, аденовирусы, бокавирусы и др.), нарушается апоптоз лимфоцитов. Кроме этого, изменяется целостность базальной мембраны, наносится вред собственному слою слизистой оболочки дыхательных путей, возникают условия для выделения фибробластами трансформирующего фактора роста β (TFG-β). В свою очередь, это

приводит к гиперплазии лимфоидной ткани и увеличению миндалин и лимфоузлов [47, 61, 141, 167].

Проникновение инфекции в среднее ухо берет начало от воспаления в глоточной миндалине. Таким образом, создаются условия для возникновения экссудативного отита, что, в свою очередь, ведет к нарушению слуха и развитию кондуктивной тугоухости. Такое состояние обуславливает необходимость оториноларингологической поддержки, а в некоторых случаях и врача сурдолога [59, 61, 155, 160].

Одним из показаний к выполнению аденотомии принято считать дисфункцию слуховой трубы, которая ведет к развитию отита и тугоухости. Однако было установлено, что у 56,2% детей с этой проблемой аденоиды ввиду своей величины и места расположения не влияют на функцию слуховой трубы. Кроме того, известно, что аденотомия, выполненная с целью устранения тугоухости, дает результаты лишь у 27–53% больных. Поэтому следует относиться к данной операции чрезвычайно избирательно [71].

При постоянном затруднении носового дыхании, возникающем при увеличении и воспалении носоглоточной миндалины, отмечается напряжение лицевой мускулатуры, формируется плоская грудная клетка [8, 128]. Если ХА присутствует в течение года, то у пациентов могут отмечаться окклюзия мускулатуры, ответственной за подъем нижней челюсти (жевательных, височных, медиальных крыловидных мышц). Это в свою очередь может привести к изменению формы черепа, а также к выдвижению кпереди челюсти. Нижняя челюсть отвисает, образуется нарушение правильного формирования зубного ряда и прикуса. В результате избыточных напряжений возникают головные боли, нарушения звукопроизношения. Возникает потребность в сопровождении логопеда, пациенты нуждаются в лечении у ортодонта [6, 7, 62, 65].

Клиническая оценка выраженности симптомов хронического аденоидита является субъективным маркером, во многом связанным с оценкой родителями

ребенка степени влияния симптома (кашля, заложенности носа) на сон и повседневную активность ребенка [42, 74, 149]. Данное несоответствие между мнением детей и родителей в определении значимости влияния симптома, когда ребенок говорит о приемлемом самочувствии, а родители считают ситуацию ненормальной, нередко отмечается в работе уже с детьми дошкольного возраста. Все это приводит к существенному разночтению как между врачами, так и между врачом и пациентом в оценке результатов и целесообразности лечения. Использование опросников и шкал поможет стандартизировать оценку симптомов у детей и позволит более объективно определить дальнейшую тактику и маршрутизацию ребенка [60, 110, 151].

Врач-педиатр участковый, сопровождающий ребенка группы ЧБД с хроническим аденоидитом, не имеющего показаний для оперативного лечения, должен быть насторожен и осведомлен о его течении, а также о симптомах, указывающих на прогрессирование заболевания и необходимости консультации узкого специалиста. Своевременная верная тактика может привести к снижению рисков осложнений и оперативного лечения [34, 103]. Как следует из консенсуса Европейского респираторного общества, детей с частыми респираторными заболеваниями необходимо сопровождать индивидуально, с учетом особенностей каждого ребенка, а проведение аденотомии не рекомендуется для снижения частоты рецидивов респираторных заболеваний [161].

Вмешательство хирурга определено показаниями, которые содержатся в действующих клинических рекомендациях по гипертрофии аденоидов и миндалин (2024 г.). Хирургическое вмешательство показано при наличии синдрома обструктивного апноэ средней и тяжелой вариантов течения, если имеется ронхопатия (храп) в ночное время, обнаружено сочетания с персистирующим экссудативным средним отитом. Существенно, что хирургическое вмешательство осуществляется при наличии перечесленных симптомов в том случае, если консервативное воздействие не принесло нужного эффекта в течение трех месяцев,

или в течение более длительного срока воздействия. Кроме этого, показаниями будут наличие рецидивов гнойных средних отитов четыре раза в течение двенадцати месяцев и чаще. Также формирование синусита в хронической форме, при наличии часто повторяющихся обострений, стойкое затруднение носового дыхания, снижение качества сна и деформация костей лица. Для установления последнего требуется заключение врача-ортодонта и цефалометрическое обследование [33, 86].

По данным литературы, от 5 до 25% детей после проведенной аденотомии имеют признаки возобновления симптомов хронического аденоидита [14, 130, 156]. Такие дети после проведенной хирургической санации аденоидной ткани зачастую снимаются с осмотра врача-оториноларинголога и наблюдаются у педиатра, что диктует необходимость правильного индивидуального дальнейшего сопровождения этих детей [71, 159, 164].

На сегодняшний день родители детей, которым рекомендовано хирургическое вмешательство, стремятся его избежать. Они во многом ждут инволюции аденоидной ткани, как было рекомендовано им специалистами, в том числе и врачами-педиатрами, избегая оперативного лечения как травмирующего фактора. Многие родители также хотят сохранить глоточную миндалину, так как она является иммунокомпетентным органом у ребенка. Указанные пациенты нуждаются в консервативном лечении [79, 106, 114].

В настоящее время накопился значительный объем исследований, которые позволяют утверждать, что часто болеющие дети при наличии хронического аденоидита существенно отстают по физическим и нервно-психическим показателям развития. У таких детей отмечается снижение сопротивляемости организма, удовлетворенность собственным состоянием находится в зоне низких значений [6, 115, 129, 145].

В работах Фурмановой Е.А. и Пономаревой Д.А. осуществлен анализ показателей физического развития пациентов дошкольного возраста с патологическими изменениями глоточной миндалины. Результаты исследований

говорят о том, что почти у 40% детей с патологиями миндалин и аденоидами имеются негативные изменения в развитии органов и систем. Тяжесть изменений находится в зависимости от тяжести и особенностей заболевания. Авторы определили дефицит массы тела и недостаток роста у пациентов с патологиями миндалин и аденоидов. Характерно, что у пациентов, страдающих функциональными нарушениями аденотонзиллярной системы, рост выше. Такое положение вещей дает основания для гипотезы о том, что ускорение физического развития в период дошкольного детства сочетается с активацией роста и формированием ткани лимфоэпителия. При этом отмечаются неравномерные отклонения, отражающие массу тела (дети характеризовались как дефицитом, так и избытком массы тела). Следует обратить внимание на то, что излишняя масса тела характерна для детей, которые болеют часто, но не имеют в анамнезе установленных лор-заболеваний. У 70% пациентов в возрасте дошкольного детства с заболеваниями миндалин и аденоидов выявлялись недостатки физического развития, если проводить сопоставление с детьми без указанных патологий. Так, у детей без нарушений состояния здоровья данный показатель не превышает 30%. Это говорит о том, что физическая недостаточность значительно распространена среди пациентов с заболеваниями миндалин и аденоидов и носит неодинаковый характер [85].

Исследователи Ю.А. Алексеева и И.А. Жмакин анализировали особенности развития нервной системы и психики у детей, страдающими заболеваниями глоточной миндалины. Были выявлены астеноневротический синдром и неврозоподобные изменения у детей с патологией глоточной миндалины. Кроме того, исследователями отмечается наличие у пациентов повторяющихся навязчивых действий, с трудом поддающихся контролю. В частности, речь идет об альвеолярном прогнатизме, встречаются также пикацизм, стиминг и дерматофагия. С достаточной достоверностью установлено, что такого рода проявления наиболее характерны для пациентов с заболеваниями глоточной миндалины в группе детей одинакового возраста. Дети с указанными заболеваниями испытывали затруднения в освоении

социально значимых ролей. Наличие патологий снижает уровень удовлетворенности жизнью, снижение затрагивает практически все сферы активности. Снижаются адаптационные возможности личности, формируются основания для недостаточности социального успеха [46].

В исследованиях Кирий Г.И. было установлено, что признаком асинхронии формирования различных органов и систем у детей разного возраста с гипертрофией глоточной миндалины II и III степени на фоне ослабления защитных функций является преобладание промежуточного МеМаС (мезомакросомного) типа телосложения, что по сути является патологическим вариантом [26].

В работах Егоровой К.В. и Нагаевой Т.А. установлен факт наличия недостаточности физического развития у часто болеющих детей с заболеваниями глоточной миндалины. Установлено, что изменения массы тела носят разнонаправленный характер, однако одинаковы в сопоставлении избытка и недостаточности массы тела, если сопоставлять данные показатели с детьми без указанной патологии [43].

Условия развития аллергических реакций концентрируются в дефиците иммунитета, дефицит же образуется в результате недостаточности антигенов, которые циркулируют в носоглотке. Значительный объем исследований подтверждает особенности развития воспалительного процесса в носоглоточной миндалине. Доказано участие в воспалительном процессе нейтрофилеза, лимфоцитоза, эозонофилии с нарастанием средне-молекулярных пептидов. Обнаруживается дефицит глутатиона и показателей спонтанной адгезии нейтрофилов и лимфоцитов [3, 136].

Глоточная миндалина расположена на пересечении воздуховодных и пищепроводных путей, в своем составе имеет В-лимфоциты, продуцирующие IgE и при контакте с аллергенами увеличивается в размере из-за развития аллергического воспаления в ткани миндалины [91, 138].

Аллергические реакции весьма часто встречаются у часто болеющих детей с ХА. Многочисленные исследования показывают, что имеет место расхождение между статистическими данными и фактическим положением дел [73, 142, 152, 153]. В частности, в отношении аллергического ринита расхождения вполне можно определить как существенные. Так, статистические данные говорят о 0,4 %, в то время как действительные факты свидетельствуют о 20%. Такой позиции придерживается исследователь Хаитов Р.М. Аллергические реакции чаще встречаются на территориях с неблагоприятными экологическими условиями [122].

Многочисленные авторы отмечают, что наличие аллергического ринита часто предполагает увеличение размеров аденоидов [138, 142]. Так, у каждого четвертого ребенка (25,2%) с ХА были выявлены аллергические проявления со стороны верхних и/или нижних дыхательных путей [107]. Также описаны усиление клинических проявлений у пациентов с ХА при воздействии аллергенов [170].

В работах Терсковой Н.В. отмечается, что перекисное окисление при наличии хронического аденоидита протекает на определенном уровне, в частности, речь идет о росте концентрации малонового альдегида в эритроцитарных экстрактах. При этом дисбаланс в системе про- и антиоксидантной защиты организма характеризуется повышенной активностью глутатионпероксидазы на фоне снижения активности глутатион-S-трансферазы и каталазы, что указывает на развитие в минадлине оксидативного стресса [116].

Исследователи Борзов Е.В., Huang Z. P., Zhang Y, говорят о нарушении вегетативной регуляции у пациентов, страдающих хроническим аденоидом. Иннервация в носоглотке двойная, в ней расположены симпатические и парасимпатические волокна. Если заболевание приобретает хроническое течение, то возникают застойные явления, сосредотачивающиеся в гипофизарно-селлярной области. Кроме этого, возникающие изменения имеют рефлекторное влияние после и в результате воспалительного процесса. Последствия состоят в том, что нарушается деятельность церебральных надсегментарных отделов вегетативной

нервной системы, образуется преграда в верхних дыхательных путях, что, в свою очередь, ведет к гипоксии тканей головного мозга. Возникает угроза для коры головного мозга и диэнцефальных структур [17, 31, 145].

Гипосатурация у пациентов с хроническим аденоидитом обусловлена ограничениями носового дыхания. Возникает храп, нередки проявления апноэ в ночное время [126, 143, 146]. Изменения такого рода ведут к интрасомническим расстройствам, что меняет саму структуру сна и выражается в превалировании фазы медленного сна над фазой быстрого сна. Это приводит к нарушению когнитивной и эмоциональной сфер. Образуются условия для дисгармонии нейромедиаторных систем, в частности, холинергической, моноаминергической и ГАМК-ергической. Нарушение оптимальной работы данных систем вызвана наличием инфекции в хронической форме и изменениями в работе имунной системы организма. Изменения нейромедиаторного соответствия на сегодняшний день определяется исследователями в качестве весьма существенного механизма, роль которого значительна в нарушении эмоциональной, вегетативной и когнитивной сфер организма ребенка [5, 58, 158].

Таким образом, часто болеющие дети с хроническим аденоидитом имеют нарушения здоровья, связанные не только с ротовым дыханием и наличием храпа, а также нарушения физического, нервно-психического здоровья, показателей функционального состояния органов и систем. Сопровождение таких детей требует от педиатра знаний о течении хронического аденоидита, возможных осложнений, а также путей их профилактики.

1.3. Конституциональный подход как возможность персонифицированного сопровождения часто болеющих детей

На сегодняшний день разработаны стратегии, использование которых позволяют сохранить оптимальный гомеостаз детского организма в течение

длительного времени. Фундаментом данного подхода служит определение и учет многих факторов, значимых для этиологии и патогенеза. Наиболее существенной проблемой является определение методики, в которой в достаточной мере учитивалась бы индивидуальность пациента, принимались бы во внимание качественно значимые персонифицированные различия [16, 52].

Следует отметить, что с относительно недавнего времени авторы уделяют все больше внимания индивидуальности пациента, что, в свою очередь, создает новые возможности для профилактики, лечения и реабилитации [11].

Любое заболевание, а особенно хроническое, снижает уровень качества жизни. Не является исключением и хронический персистирующий аденоидит [60, 77, 98].

Детальное исследование источников и литературы позволяет нам говорить о том, что на сегодняшний день не сформирован единый образ часто болеющего ребенка, страдающего хроническим аденоидитом, в котором были бы учтены фенотипические и психические факторы в достаточной степени. Существует немало исследований, где авторы уделяют внимание одной стороне вопроса, иными словами, отражение находит либо соматическая, либо психическая проблематика. При рассматрении случаев аденотонзиллярной патологии, авторы сопоставляют состояние здоровья детей с данной патологией с состоянием здоровья детей, не имеющих данную патологию, близких по возрасту [133, 134, 137].

В настоящее время существует необходимость формирования индивидуальных программ лечения, основанных на персонифицированных особенностях пациента, с наиболее полным учетом фенотипических и психических факторов. Для решения этой задачи существенным подспорьем будет дифференциация на конституционально-адаптационные типы [67, 87].

Наиболее широко термин персонализированнная медицина стал использоваться на исходе минувшего столетия, и его актуальность возрастает в нынешнее время. Речь идет об определении оптимального, наилучшего лечения для конкретного пациента. Особое значение в данной связи приобретают

индивидуальные особенности человека в наиболее полном выражении. Иными словами, следует принимать во внимание как можно более широкий перечень личных характеристик пациента. Данный подход существенным образом отличается от так называемого «стандартизованного» подхода. При использовании последнего обнаруживается явный дефицит внимания к индивидуальным характеристикам пациента, что неоправданно сужает лечебные и исследовательские перспективы. Если сопровождение претендует на оптимальность, то оно должно выстраиваться на понимании индивидуальности [37, 53].

Как следует из доклада Совета Российской академии наук (доклад Совета Российской академии наук, Персонализированная медицина – состояние научных исследований и перспективы практического применения, 2024, часть 1), переход к персонализированному здравоохранению объявлен одним из приоритетов стратегического развития Российской Федерации на период до 2030 года, стратегией научно-технологического развития России.

Конституция детского организма в значительной мере определяет его адаптационные возможности, влияет на сопротивляемость заболеваниям. Оптимальное состояние здоровья подрастающего организма находится под воздействием внешних факторов (биологических и небиологических), оказывающих разнообразное воздействие, в том числе и провоцирующих развитие патологий. В конституционных особенностях детского организма фокусируются адаптационные ресурсы, позволяющие адекватно реагировать на вызовы внешней среды, сохраняя при этом гармоническую целостность [45, 87, 111].

Становление и уровень развития функциональности лимфоэпителиального глоточного кольца в значительной мере предопределены телесной конституцией. Следовательно, правомерно вести речь как об особенностях клинических проявлений, так и об источниках заболевания. Генетическая индивидуальная программа детерминирует деятельность основных систем регуляции организма, в том числе, определяет варианты возможных отклонений от нормы [94, 165].

Описаны конституциональные особенности иммунной системы, лежащие в основе предрасположенности к носительству либо восприимчивости к определенным видам микрофлоры, локализацию воспалительного процесса в разных отделах дыхательной системы [117].

Также описаны сведения о конституциональном лимфатизме и анализе особенностей лимфатико-гипопластического соматического типа. Для данного типа характерны определенные характеристики, которые детерминированы конституцией и могут быть как врожденными, так и приобретенными. Они отражают реагирование различных систем (лимфатической, нейроэндокринной, имунной) организма на внешнее воздействие. Нарушения в работе систем оказывают отрицательное влияние на адаптационные возможности, предопределяя неблагопрятные прогнозы воспалительных процессов, создают условия для иммунопатологического ответа. При наличии конституционального лимфатизма выявляются такие синдромы, как эндокринопатический, дизонтогенетический и лимфопролиферативный. Им сопутствуют гиперпластические ответы от лимфоидных органов, присутствует гипофизарно-гипоталамический дефицит, нарушается нормальная работа вилочковой железы, образуется недостаточная выработка глюкокортикоидов, частота заболеваемости дыхательных путей увеличивается [41, 162].

Предпринятое исследование дает основания для определения причины дефицита результативности в лечении детей с рецидивирующими ОРИ. Причина коренится в недостаточном внимании к индивидуальной ориентированности лечения. Проведенная работа показала необходимость индивидуального подхода для достижения наилучшего результата лечения. Учет и использование индивидуальных конституциональных особенностей организма во многом предопределяет результативность лечебных мероприятий, приводит к устойчивой ремиссии, повышает качество жизни пациента [127, 144].

Использование конституционального метода открывает широкие возможности для восстановления здоровья часто болеющих детей. Раскрытие конституционально

обусловленных ресурсов организма дает основания благоприятного прогноза, способствует значительному улучшению психоэмоционального состояния пациента [27, 107, 109, 135, 169].

Нами был использован методологический подход, предусматривающий разделение детей по базовому свойству – типу направленности психической активности (Бобошко И.Е., 2001) на интро- (направленность во внутрь), центро- (баланс направленности) и экстравертов (направленность во вне). Методика позволяет описать фенотип и психотип ребенка на основании доказанной связи сопряженности морфологических, моторных, регуляторных свойств и предрасположенности к целому ряду заболеваний с качествами, оцениваемыми при наблюдении за поведением ребенком. Метод предусматривает создание системных портретов детей разных типов конституции, основанных на математическом анализе корреляционных связей не только уровня экстраверсии с изучаемыми показателями, но и множественных связях этих показателей между собой. Данный подход позволил говорить не только о психическом статусе ребенка, но и о типе психосоматической конституции, системно описанном во взаимодействии и взаимовлиянии на разных уровнях организации – морфологическом, психическом, регуляторном и обосновать дифференцированные подходы к формированию их здоровья [67].

Говоря о портретной психосоматической характеристике человека, целесообразно выделить основные, системообразующие черты, ведущие адаптационные начала личности. Итак, говоря о центровертах, следует отметить, что основой их адаптации является сбалансированность реакций. Среди сильных качеств у них отмечается широкая одаренность, которая часто определяется как разносторонность личности. Центровертам свойственны такие черты, как добродушие, жизнерадостность, они без напряжения устанавливают контакты с окружающими, обладают удачным соответствием между силой, скоростью и силовой выносливостью. Однако, данному типу нелегко быть в достаточной мере

усидчивыми и упорными в достижении поставленных целей. Решительное проявление инициативы также не входит в число сильных сторон данного типа.

Ориентированность во вне характерна для экстравертов. Им свойственны такие качества, как убежденность в собственных ресурсах и высокая активность, выраженный жизенный тонус. Принятие решений не вызывает затруднений, развито воображение, стремятся брать инициативу в свои руки, эмоционально развиты. Во взаимодействии с окружающими охотно принимают на себя роль лидера, внимание других к себе представляет ценность. Не испытывают недостатка в силе и скорости. Однако, призвольное внимание отставляет желать лучшего, как и избыточная спонтанность проявлений, которые нередко приводят к дисгармоничному взаимодействию с другими. Развитие мелкой моторики рук далеко от идеальной.

Интроверты более ориентированы на собственный внутренний мир. В числе сильных сторон почетное место занимает умение мыслить в соответствии с законами логики, интроверты без труда удерживают внимание в течение длительного времени, легко запоминают значительные объемы информации. Достаточно ответственны в обучении, исполнительны, следуют установленным в группе нравственным нормам. Мелкая моторика достаточно развита, продолжительные нагрузки не вызывают избыточного напряжения. Среди слабых сторон следует отметить выраженную впечатлительность, избыточную рефлексию и эмоциональную чувствительность. Силовые и скоростные способности не входят в число сильно развитых. В группе не стремятся к ведущей роли, не обладают выраженной инициативностью в установлении социальных контактов [67].

Многочисленные исследования, использующие данный конституциональный метод разделения, показали эффективность персонифицированного сопровождения детей и повышения качества их жизни путем индивидуализации методов реабилитации [10, 40, 44, 45, 68].

Было установлено, что недостаточная устойчивость к ОРИ интровертов вызвана нестабильностью нейроимунной системы. Кроме того, влияние оказывает

специфическая реакция нейроиммунной системы на стресс, которая выражается в нарушении баланса при ощущении угрозы. У интровертов в период реконвалесценции часто возникает астенизация, что связано с чрезмерной активностью дофамина и ацетилхолина. Не исключена возможность связи частой и выраженной лихорадки при острых респираторных инфекциях с чрезмерной катехоламиновой и глютаминовой активностью при дефиците ГАМК-эргических воздействий у пациентов экстравертов. При лихорадке у них отмечаются повышенная раздражительность, склонность к крайним реактивным поведенческим проявлениям. Что касается центровертов, то у них наблюдалось среднее течение, усредненность проявлений относится и к тяжести, и к длительности состояний при ОРИ. При исследовании различных конституционально-адаптационных типов с разными патологиями было выявлено, что, какими бы не были патологии, сильные стороны конституции подвергаются нивелированию, а условно слабые стороны приобретают более значительное выражение. При этом не исключаются изменения ни одного, а ряда существенных конституциональных свойств. Последнее наиболее вероятно относится к ранним онтогенетическим стадиям [45].

Доказательно установлено, что перинатальная гипоксия ЦНС влияет на конституциональные особенности. При этом, усиливаются определенные конституциональные свойства, а также, предопределяется возникновение качеств, которые не свойственны данным типам в норме. Негативные изменения работы организма ребенка находятся в зависимости от ведущих совокупностей неврологических симптомов, но, в наибольшей мере существенной представлятся зависимость от индивидуального конституционально-адаптационного типа. В частности, для интровертов характерна недостаточность массы тела, возрастает тревожность, отмечается избегание контактов с окружающими, ваготропные влияния становятся более выраженными, отмечается уплощение альфа-ритма. Экстраверты демонстрируют присущую им определенную склонность к агрессии, возрастает спонтанность действий, проявляется отрицание норм, принятых в группе.

У них отмечается рост симпатической активности и расположенность к вазоконстрикторным ответам, определяется островолновая активность. Центраверты демонстрируют увеличение массы тела, будучи конституционально несколько склонными к полноте. Что касается нехарактерных центравертам проявлений, то среди них отмечается возрастание спонтанной импульсивности и несвойственной агрессии, возникают состояния немотивированной тревожности, ощущения зыбкого ролевого статуса [11].

С использованием конституционального подхода были изучены особенности клинического течения головной боли напряжения у лиц подросткового возраста. Обследовались 100 девушек интро-и экстравертов в возрасте от пятнадцати до семнадцати лет. Интроверты ощущали боль как давление и сжатие, болевые ощущения были значительными по интенсивности, наиболее выраженными были в лобной и височной областях. Были установлены нарушения функций в двигательной и вестибуло-стволово-мозжечковой системах. У пациентов возрастала тревожность, были отмечены проявления раздражительной слабости, угнетенного состояния. Ведущие характерологические проявления акцентуировались по тревожному типу, отмечены проявления исходной ваготонии, имели место нарушения вегетативного ответа, проявлялась венозная дисгемия, обнаруживался дефицит вазоконстрикции приносящих микрососудов, альфа-ритм отличался монотонностью. Головная боль напряжения у экстравертов были импульсной, пациенты при этом жаловались на ощущение давления. Интенсивность болевых ощущений находилась в зоне средних значений. Для данного типа характерна симпатикотония, ее проявлениям сопутствовало увеличение интенсивности мозгового кровотока, при этом вазодилатация определялась как дефицитарная. Отмечены регуляторные изменения активности головного мозга, недостаточность функционального ресурса, проявления в виде несоответствия работы систем синхронизации и активации [10].

Изучались проявления хронической патологии верхних отделов пищеварительной системы и были определены явные отличия в течении заболевания

в группе детей, количеством сто человек, возраст которых был от пяти до девяти лет. Обследовались пациенты различных конституционально-адаптационных типов. У интровертов отмечены гастродуодениты, наиболее выражены формы с эрозией, показатели кислотности наивысшие, распространение диффузное. Отмечены повреждения ряда отделов пищеварительной системы. Пациенты жаловались на тошноту, ощущения жжения в желудке и пищеводе, отсутствие желания принимать пищу, запоры спастического типа, нарушена функция билиарного тракта по гипермоторному типу. Для экстравертов были характерны гастродуодениты с гипертрофией, болевые ощущения были более интенсивными, атонические запоры, нарушение функции билиарного тракта по гипомоторному типу. Для центровертов течение ограничивалось поверхностными формами без осложнений. Конституциональная причинная обусловленность течения заболевания нашло свое подтверждение в корреляционных связях с выраженностью экстраверсии у пациентов [40, 123].

Подход, основанный на определении конституционально-адаптационного типа, применялся для определения уровня приспособляемости учеников первого класса к новой для них школьной среде. Применение подхода принесло положительные результаты. Утверждение о том, что система обучения должна отвечать требованиям гибкости, не следует воспринимать прямолинейно, обучение естественным образом предполагает ожидания и требования по отношению к обучающемуся. Однако, требования следует оптимально дозировать, принимая во внимание ведущие потребности ребенка, индивидуальные особенности адаптации и развития личности. Адаптация была успешной у 72% центровертов и у 50% экстравертов. Обследуемые проявляли агрессию, отрицание авторитетов, игнорирование социальных норм в группе. Были выявлены гипердинамия, расстройства соматической и вегетативной сфер, наблюдалось снижение массы тела. Интроверты только лишь в 24% показали оптимальную адаптивность. Подавляющее большинство продемонстрировали отрицательный эмоциональный фон, на котором

снизились потребности в игровой деятельности и других занятиях, требующих двигаельной активности. Обследуемые избегали общения со сверстниками, проявляли тревожность. Неврозоподобные изменения проявлялись как раздражительная слабость, был выявлен соматовегетативный синдром, навязчивые движения. Отмечалась стремительная потеря массы тела в течение первых шести месяцев адаптационного периода, а также рост острой заболеваемости. Пониженный социометрический статус определен у 50% данной группы обследованных. Таким образом, можно сказать, что особенности адаптации неотъемлены от конституциональных черт. Адаптация к школьному периоду сопровождается усилением слабых качеств, и проявлениями нехарактерных для данного типа свойств. Возникают условия для затрудненной адаптации к новой для ребенка школьной жизни, при этом, негативные изменения проявляются все более значительно, и общий конституциональный потенциал начинающего школьника снижается [68].

При изучении особенностей состояния здоровья и социальной адаптации подростков разных типов психосоматической конституции с аутоагрессивным поведением было доказано, что им свойственны определенные особенности. В частности, это нарушения физического развития, недостаточная эффективность вегетативной стабилизации, нарушения в эмоциональной сфере. У обследованных подростков выявлены признаки характерологической уязвимости, трудности в выборе и реализации оптимальной социальной роли. При этом, однако, не выявлено увеличение частоты патологий соматической сферы. Аутоагрессивному поведению сопутствует актуализация слабых конституциональных морфофункциональных качеств. Кроме этого, возникают несвойственные негативно ориентированные черты. Если же аутоагрессивное поведение не наблюдается, то слабые черты нивелируются. Наиболее выраженные изменения конституционально-адаптационного рисунка личности отмечены у интровертов. Это такие изменения, как нарушения нормы физического развития, нарушения работы вегетативных

систем при дисгармоническом развитии эмоциональной сферы личности. Подростки с трудом включаются в социальную жизнь, испытывают сложности в установлении контактов со сверстниками [44].

Итак, для практического воплощения подхода, основанного на индивидуальных особенностях человека, представляется необходимым разделить пациентов на определенные типы. Формируя программу адаптации и развития, следует принимать во внимание целый перечень факторов, среди которых весьма значительными будут такие, как принадлежность к определенному полу, возраст, социально значимые свойства личности. Наиболее пристальное внимание при формировании индивидуальной программы сопровождения пациента должно быть уделено конституциональному профилю [144, 135, 150].

Подход, используемый нами, предполагает дифференциацию рекомендаций по сопровождению оптимального развития и коррекции возникающих изменений здоровья на основе разделения детей по базовой характеристике – типа направленности психической активности.

Для удобства работы врача-педиатра с обширной диспансерной группой детей, имеющих хроническое воспаление носоглоточной миндалины и создания рекомендаций, дифференцированных на основе анализа функционального состояния регуляторных систем детей, а также особенностей клинического течения хронического воспаления носоглотки у часто болеющих детей, отнесенных к различным конституциональным типам, направленных на снижение количества жалоб, осложнений и частоты обострений ХА, что будет способствовать улучшению их качества жизни, необходимо описание контингента детей, входящих в эту группу.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнялась с 2022 по 2025 год на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области «Детская консультативная поликлиника».

На первом этапе нами было проанализировано 832 истории развития детей (форма № 112/у), обратившихся за последние 3 года к врачу-оториноларингологу на областной амбулаторно-консультативный прием.

Среди обратившихся детей основную массу – 71,9% (598 детей) составили дети 4-7 летнего возраста. Среди них боле половины детей (66,4%) имели диагноз хронического аденоидита, среди которых 185 детей (30,9%) имели показания для хирургической санации носоглотки. Дошкольники, имевшие установленный диагноз хронического аденоидита, также состояли на учете у врача педиатра как ЧБД.

В I группу (ЧБД ХА+) вошли 158 ЧБД 4–7 лет с установленным диагнозом ХА в период стойкой ремиссии (не менее 4 недель) заболевания и не имеющие показаний для операции [33].

Во II группу (ЧБД ХА-) были включены 160 детей, которые состояли на учете у врача педиатра как ЧБД (наличие 8 и более эпизодов ОРИ в год). Все дети были осмотрены врачом-оториноларингологом с проведением риноскопии (отсутствие в передних отделах полости носа, а также в области среднего носового хода патологического содержимого и образований), отоскопии (отсутствие патологии наружного и среднего уха), эндоскопии носа (отсутствие полипозной ткани в полости носа и гипертрофии задних концов нижних носовых раковин) и была исключена хроническая лор-патология.

Дополнительными критериями включения в группу ЧБД были:

– отсутствие сезонности заболеваний вирусно-бактериальными респираторными инфекциями,

– разность продолжительности интервалов между эпизодами,

– отсутствие связи со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями (первичный иммунодефицит, пороки развития лор-органов, бронхолегочной системы),

– отсутствие смены социальной активности (начало посещения организованного детского коллектива и т.д.),

– отсутствие признаков полиорганной инфекции,

– отсутствие признаков гипоплазии лимфатической ткани,

– отсутствие аномалий развития черепно-лицевой области.

Из исследования были исключены дети с диагнозами атопических заболеваний (аллергического ринита, бронхиальной астмы, атопического дерматита), а также имеющие персистирующую герпетическую инфекцию. Дети обеих групп были организованные и посещали дошкольное образовательное учреждение, из полных семей, с благополучным социальным анамнезом.

У ЧБД ХА+ наблюдалась гипертрофия аденоидов и небных миндалин 1-й степени, периодическая заложенность носа, храп и СОАС легкой степени в период обострения. Дети со 2 и 3 степенями гипертрофии аденоидов из исследования были исключены. Во время обострения ХА дети получали консервативную терапию согласно действующим клиническим рекомендациям. В период ремиссии медикаментозную терапию дети не получали.

У ЧБД ХА- имелись признаки гипертрофии аденоидов 1–2 степени во время ОРИ, которые разрешались в течение 3-х недель после перенесенного острого заболевания. Во время ОРИ дети получали терапию, согласно клиническим рекомендациям.

В исследовании были включены дети, вакцинированные по национальному календарю, в том числе по принципу догоняющей вакцинации.

Среди возбудителей у ЧБД ХА+ при взятии мазков из полости носо- и ротоглотки и проведении ПЦР-диагностики были выявлены в 15,8% случаев –

аденовирус, в 8,9% – респираторно-синцитиальный вирус, в 6,3% – риновирус (Рисунок 1).

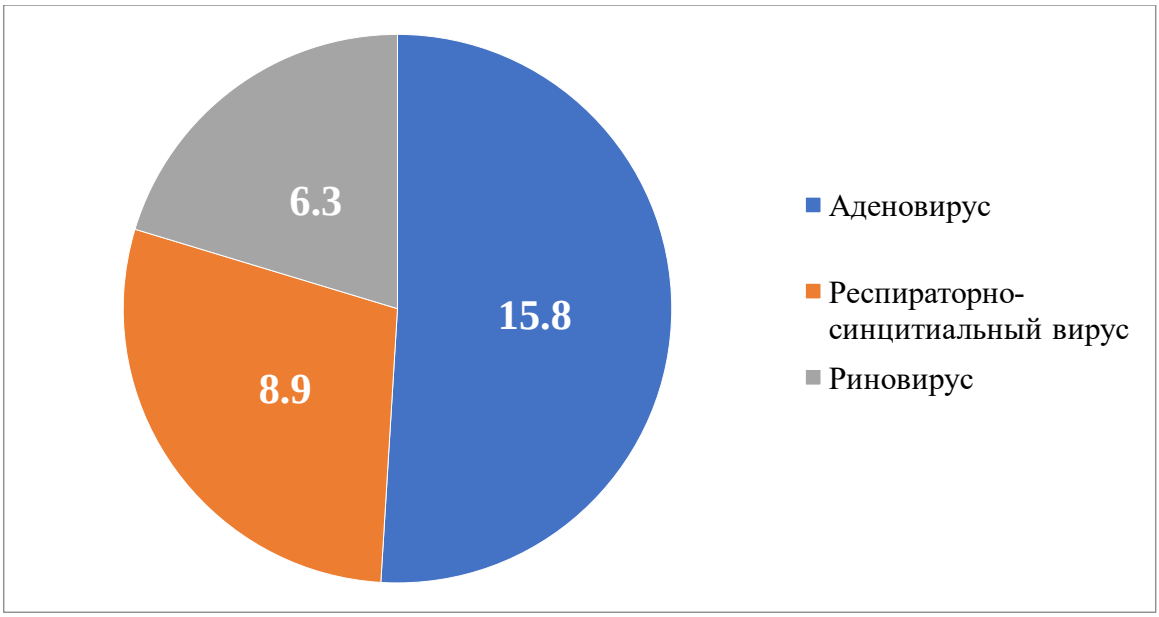


Рисунок 1 – Возбудители, выявленные при исследовании из полости носо- и ротоглотки у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом (%)

Критериями невключения в исследование служили:

– синдром обструктивного апноэ сна средней и тяжелой степени,

– стойкая назальная обструкция,

– неэффективность консервативного лечения эссудативного среднего отита в течении трехмесячного срока и более,

– повторные острые гнойные средние отиты в количестве трех в течение шести месяцев, или четыре заболевания в течение предыдущих двенадцати месяцев,

– наличие установленной персистенции герпесвирусной инфекции,

– положительный результат экспресс-диагностики для определения В-гемолитического стрептококка группы А (стрептатест).

В изучаемых группах проводился сравнительный анализ данных анамнеза, физического, нервно-психического развития, оценка состояния функционирования органов и систем в зависимости от наличия или отсутствия ХА (Рисунок 2).

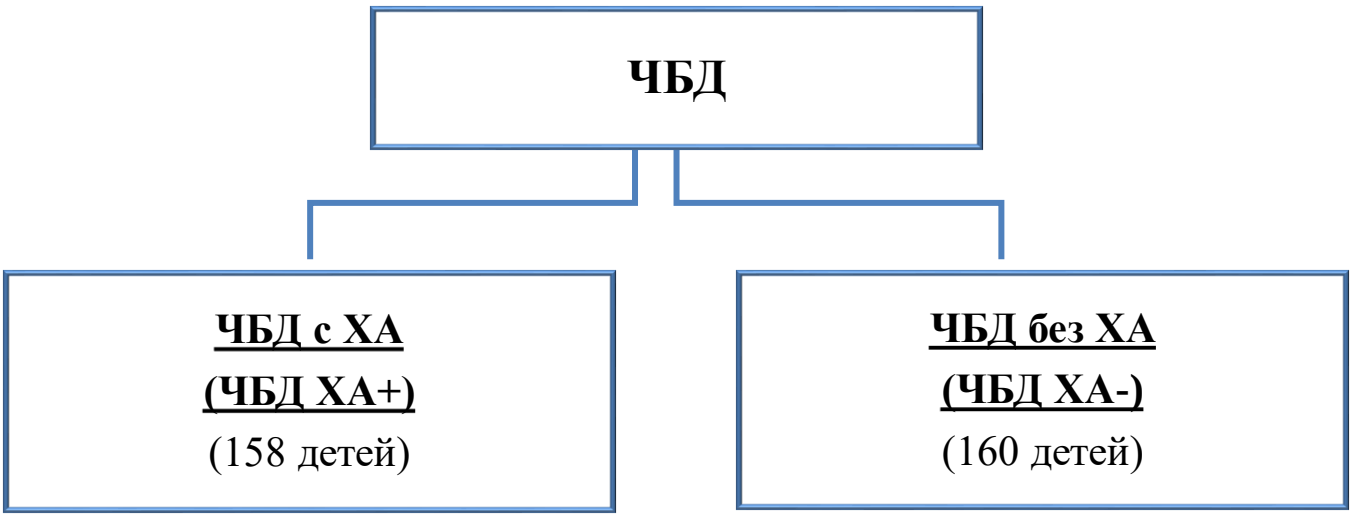


Рисунок 2 – Распределение детей на группы исследования (абс.)

П р и м е ч а н и е: ЧБД – часто болеющие дети; ЧБД с ХА (ЧБД ХА+) – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД без ХА (ЧБД ХА-) – часто болеющие дети без хронического аденоидита

На втором этапе нами было проведено разделение ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- на детей с интро-, центро- и экстравертивной направленностью психической активности и сравнение их показателей с характеристиками здоровых детей (контрольная группа, 98 детей I группы здоровья). При распределении детей нами было установлено, что центроверты ЧБД ХА+ составили лишь 6 человек, поэтому нами дополнительно было подобрано 29 детей центровертов ЧБД ХА+, сопоставимые по анамнезу. Всем детям проводилась комплексная оценка состояния здоровья, осмотр врача оториноларинголога и ЧБД ХА+ еще и врача ортодонта (Рисунок 3).

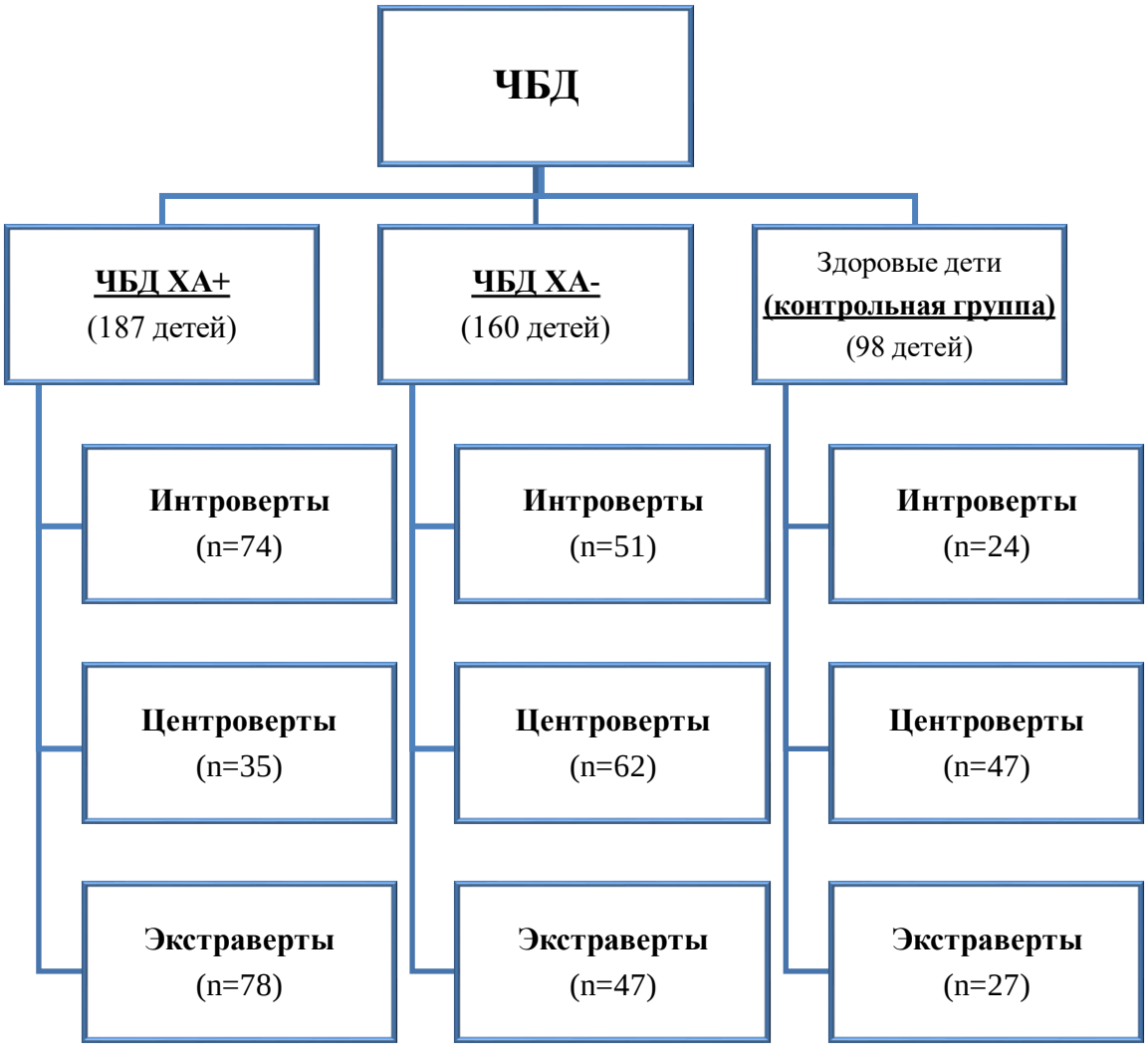


Рисунок 3 – Распределение детей в зависимости от типа направленности психической активности (абс.)

Примечание: ЧБД – часто болеющие дети; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита

На третьем этапе с целью получения информации о возможных причинах поздней диагностики хронической лор-патологии у ЧБД и несвоевременной маршрутизации данных пациентов было проанкетировано 80 участковых врачей-педиатров. Опросник содержал следующие вопросы:

1. С какими нарушениями здоровья у ЧБД Вы чаще всего связываете синдром назальной обструкции?

2. Как Вы считаете, являются ли перечисленные симптомы в сочетании с длительной назальной обструкцией показаниями для консультации врача оториноларинголога?

3. Советуете ли вы родителям воздержаться от хирургического вмешательства детям с хроническими воспалительными изменениями в носоглотке?

4. Причинами, по которым Вы направляете к лор-врачу ЧБД, чаще всего являются?

Нами также проводилось анкетирование 158 родителей ЧБД с ХА с целью оценки их информированности о симптомах ХА и его влиянии на здоровье ребенка. Опросник родителей содержал следующие вопросы:

1. Долго ли (не менее 3 недель) сохраняется затруднение носового дыхания после перенесенного ОРИ у Вашего ребенка?
2. Сопровождаются ли ОРИ, протекающие затруднением носового дыхания, храпом во сне?
3. Есть ли у Вашего ребенка снижение слуха?
4. Посещали ли Вы врача-сурдолога?
5. Есть ли у Вашего ребенка дефекты звукопроизношения?
6. Как Вы считаете, связаны ли дефекты звукопроизношения у детей с наличием хронического аденоидита?
7. Посещает ли Ваш ребенок занятия с логопедом?
8. Задавали ли Вы вопрос врачу педиатру о необходимости оперативного лечения ХА у Вашего ребенка?
9. Считаете ли Вы, что оперативное лечение является единственным методом адекватной терапии хронического аденоидита?
10. Получали ли Вы противоречивые рекомендации по тактике лечения Вашего ребенка от врача педиатра и от врача оториноларинголога?

На четвертом этапе проводилась оценка эффективности программы сопровождения ЧБД ХА+ в период ОРИ и в процессе диспансерного наблюдения.

Эффективность программы сопровождения ЧБД ХА+ в период ОРИ оценивалась по результатам осмотра врача педиатра и оториноларинголога, для чего было отобрано 94 пациента (по 47 пациентов в экспериментальной и контрольной группах) в возрасте от 6 до 7 лет, со стажем ХА не менее 2 лет с сопоставимыми показателями анамнеза. Эффективность программы диспансерного наблюдения ЧБД ХА+ оценивалась через шесть недель путем анкетирования родителей 72 пациентов (по 36 детей в экспериментальной и контрольной группах) в возрасте от 4 до 7 лет. Кроме того, также оценивалась эффективность назначенных мероприятий, дифференцированных с учетом типологических различий.

Комплексная оценка состояния здоровья проводилась в соответствии с нормативными документами (приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. №211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров»; приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.03.2017 №306н «Профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый»; приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 года № 213н «Об утверждении порядка оказания несовершеннолетним медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»; приказ Минздрава России от 30.12.2003 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»; приказ Минздрава России от 03.07.2000 №241 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»).

Исследование анамнеза пациентов осуществлялось при участии родителей (опрос, анкетирование), была проведена выкопировка сведений из учетной формы № 112/у (история развития ребенка). Производилась оценка таких факторов, как состав семьи, уровень образования родителей, их средний возраст. Оценивались генеалогические данные, наличие в семье заболеваний лимфоглоточного кольца, учитывалось проведенное консервативное лечение, клинические характеристики при острых заболеваниях дыхательных путей и течении хронического аденоидита, его возникновение и развитие у пациента.

Оценка физического развития осуществлялась по критериям ВОЗ (2006, 2007 годов), определялись длина тела (рост) и масса тела (вес) к возрасту, индекс массы тела к возрасту. Интерпретация показателей осуществлялась методом Z-score, где нормой считалось отклонение показателей в пределах от -1 до +1 SDS; при попадании показателей в зоны от ±1,1 до ±2,1 SDS физическое развитие считалось вероятно дисгармоничным с высоким риском развития дефицита либо избытка массы тела (группа внимания). При результатах от ±2,1 ±3,1 SDS физическое развитие считалось дисгармоничным с дефицитом либо избытком массы тела умеренной степени. При отклонениях за пределы ±3,1 SDS дефицит либо избыток массы тела имел тяжелую степень [39].

Проведены антропометрические и соматометрические измерения, были определены глубина и ширина черепа и грудной клетки. Замеры производились на основании установленных стандартов измерений в строго определенных областях. Были определены точки на голове и туловище. Замеры роста осуществлялись с примерением ростомера. Поперечные измерения осуществлялись с применением сантиметровой ленты и специальных циркулей. Взвещивание осуществлялось на специальных медицинских весах [4, 121].

Для определения конституционального типа применялись способы исследования, разработанные Штефко В.Г. и Островским А.Д, адаптированные для детей Хазановой А.Б. Также использовался метод Бахрах И.И. [78]. Данный метод разработан для определения разницы между имеющимися антропометрическими показателями и теми, которые определены как нормальные для данного возраста. Производились измерения окружности грудной клетки, длины и массы. Сигмальная оценка массы и длины тела, окружности грудной клетки соответствует 1 баллу при значениях X – (2,03–2,7), 2 баллам при X – (1,36–2,02), 3 баллам при X – (0,68–1,35), 4 баллам при X ± 0,67, 5 баллам при X+ (0,68–1,35), 6 баллам при X + (1,32–2,02), 7 баллам при X + (2,03–2,7). Результаты измерений дали возможность разделить детей на типы (макро- микро- и мезосоматический). Основанием для разделения стала

сумма отклонений (в баллах). В том случае, если совокупность сигмальных отклонений находилась в зоне от 16 до 21 балла, его относили к макросоматическому типу. В том случае, если сумма находилась в диапазное от 11 до 15 баллов, обследуемый относился к группе мезосоматическому типу. Если же показания находились в пределах от 3 до 10, обследуемый относился к микросоматическому типу. Определение соотношения основных конституциональных тканей было проведено при помощи исследования средних значений уровня развития тканей (костной, мышечной и жировой) с использованием соматоскопии. Результаты измерений отражаются в баллах [87].

Нервно-психическое развитие (НПР) детей оценивалось по показателям: мышления и речи, моторики, внимания и памяти, социальных контактов и наличия отклонений в психическом здоровье [118].

Эмоциональная сфера исследовалась с применением проективной методики М. Люшера. Методика основана на волевом выборе обследуемым карточки определенного цвета. Оценивались уровень тревожности, неустойчивость принятых решений, изменения вне пределов принятой нормы, степень активности обследуемых [120].

Исследование уровня общего психического развития осуществлялось с использованием методики Денвера. Определялись характеристики речевой активности, уровень развития мелкой моторики, особенности запоминания и уровень сформированности жизненных навыков, освоение социальной роли. Методика дает возможность определить уровень развития психики обследуемого (коэффициент психического развития, КПР), задания отвечают возрастной норме. В настоящее время методика широко применяется для скрининговых исследований, дает возможность сделать ряд выводов об уровне развития психики (Таблица 1).

Таблица 1 – Денверский тест психомоторного развития

Показатели	**Диапазон (баллы)**	**Заключение по тесту**
Навыки общения и ухода за собой	Нормативный диапазон 91–111	«соответствие»
Тонкие движения	Пограничный диапазон 83–90	«пограничное состояние»
Речь	«Отставание» – менее 83	«отставание»
Грубые движения	«Опережение» – более 111	«опережение»

Пределы нормы КПР от 91 до 111 баллов. Пограничная область находятся в пределах от 83 до 90. Результаты измерений КПР соотносят с показателями принятой нормы. Таким образом, обследуемый может быть отнесен к определенной группе. Так, выделяются группы с опережающим развитием, группы, находящиеся в зоне средних значений, или соответствия, а также группы, недостаточности, или отставания развития. Методика дает возможность количественного определения по ряду показателей развития психики обследуемого [81].

С целью оценки гармоничности родительско-детских отношений было проведено анонимное анкетирование родителей детей, включенных в исследование, по тест-опроснику диагностики родительского отношения по методике Столина В.В., Варга А.Я. Типы взаимоотношений между ребенком и его родителями оценивались по шкалам «принятие – отвержение», «маленький неудачник», «авторитарная гиперсоциализация», «симбиоз» и «кооперация». Положительный ответ оценивается в один балл, отрицательный ответ оценивается в ноль баллов. Если обследуемый (родитель) набрал высокий балл, это означает, что данное отношение развито высоко, низкий бал свидетельствует об обратном [113].

Исследование типа социализации осуществлялось на основании методики, разработанной Залужным А.С. Выбранный способ дает возможность определить признаки асоциальной направленности через поведенческие и речевые проявления. Обследование позволяет определить уровень социальной активности

(Таблица 2) [118].

Таблица 2 – Определение типа социализации ребенка по методике Залужного А.С.

Тип поведения	Действие	Речь
Асоциальное	отворачивается, убегает, защищается	хнычет, плачет, кричит о помощи
Антисоциальное	разрушает, отнимает, гонится, бьет	угрожает, требует, дразнит, ругает
Пассивно-социальное	присоединяется, приветствует, старается овладеть	беседует, приветствует, просит
Активно-социальное	предлагает, ласкает, показывает, помогает, исправляет, берет инициативу	инсценирует, информирует, советует, критикует, призывает к сотрудничеству

Уровень агрессивности определялся с помощью анкеты агрессивности Романова А.А. [38] (Таблица 3).

Таблица 3 – Оценка уровня агрессивности по анкете Романова А.А.

Признаки проявления агрессивности у ребенка	Как проявляется агрессивность (частота 0–4)
1. Вегетативные признаки	Краснеет (бледнеет) в состоянии раздражения (гнева). Облизывает губы в состоянии раздражения, гнева
2. Внешние проявления агрессивности	Кусает губы в состоянии раздражения. Сжимает кулаки в состоянии раздражения, гнева. Сжимает губы, кулаки, когда обижают. Тревожное напряжение разрешается гневом
3. Длительность агрессии	После агрессивной реакции не успокаивается >15 мин. После агрессивной реакции не успокаивается в течение 30 мин.
4. Чувствительность к помощи взрослого	Помощь взрослого не помогает ребенку овладевать собственной агрессией. Помощь взрослого не помогает ребенку успокоиться. Замечания в словесной форме не тормозят проявления вербальной агрессии. Замечания в словесной форме не тормозят проявления физической агрессии. Чувство неприязни к другим не корректируется извне
5. Особенности отношения к собственной агрессии	Ребенок говорит, что поступил «плохо», но все равно продолжает вести себя агрессивно. Ребенок не воспринимает собственные агрессивные действия как таковые

Продолжение Таблицы 3

Признаки проявления агрессивности у ребенка	**Как проявляется агрессивность (частота 0–4)**
6. Недостаточность в проявлении гуманных чувств	Стремится делать назло другим. Проявляет безразличие к страданиям других
7. Реакция на новизну	Новизна (непривычность обстановки) не тормозит проявления агрессивности. В новой, незнакомой обстановке проявляет агрессивные реакции
8. Агрессия, направленная на сверстников	Толкает других детей в состоянии раздражения. Походя ударяет встречных. Бьет других детей в состоянии раздражения. Ударяет детей и внезапно успокаивается
9. Агрессия, направленная на себя	Просит себя стукнуть еще раз. Берет на себя вину за других. Рвет на себе волосы. Щипает себя в состоянии раздражения. Кусает себя в состоянии раздражения
10. Физическая агрессия, направленная на предмет	Ломает постройку на глазах у всех. Ребенок стремится разорвать игровую предметную карточку, книжку. Ребенок бросает предмет об стенку. Ребенок стремится бросить мяч в другого человека сильнее, чем это требуется по правилам игры

Оценка уровня агрессивности производилась по баллам. Методика дает возможность определить склонность к проявлению агрессии у испытуемого. Незначительные проявления агрессивности фиксируются при результатах от ноля баллов до трех единиц. Если агрессивность находится в зоне средних значений, показатели от трех до шести единиц. Значительный уровень агрессивности определяется, если обследуемый набрал от шести до девяти единиц.

Для анализа характера нарушений семейного воспитания родители всех детей, страдающих ХА, прошли анкетирование по опроснику АВС (анализ семейного воспитания Эйдемиллера Э.Г.). В методике 130 вопросов, на которые должен ответить родитель. Ответы фиксируются стандартным образом. Интерпретация результатов позволяет выделить определенные параметры. В частности, определяются особенности ресурса, который направлен на взаимодействие родителя

с ребенком. Анализируется уровень результативности родительской заботы, определяется степень воспитательной настойчивости родителя, уровень нестабильности педагогического воспитательного воздействия. Результаты дают основания для вывода о том, имеются ли неконструктивные элементы в родительской педагогике [84].

Отнесение детей к подгруппам интро-, экстра- и центровертов осуществлялось при помощи шкалы оценки направленности психической активности. Осуществлялась количественная оценка поведения обследуемого в различных обстоятельствах. Были предложены игровые ситуации с выбором определенной роли, обстоятельства изоляции в течение определенного времени, ситуации взаимодействия с родителями, реакций ребенка на стресс, поощрение и телесный контакт (Таблица 4).

Таблица 4 – Шкала оценки направленности психической активности ребенка

1. Игровая деятельность	
1 балл	никогда не участвует в коллективных играх;
2 балла	иногда участвует в коллективных играх по просьбе воспитателя;
3 балла	периодически участвует в коллективных играх, основную часть времени играет в одиночестве;
4 балла	предпочитает в игровой деятельности спокойные игры;
5 баллов	в равной степени проявляет интерес к шумным и тихим (интеллектуальным) играм;
6 баллов	предпочитает в игровой деятельности активные игры;
7 баллов	зачастую бурно ведет себя в игровой деятельности;
8 баллов	по преимуществу бурно ведет себя в игровой деятельности, с удовольствием участвует в шумных играх;
9 баллов	всегда бурно ведет себя в игровой деятельности, предпочитает исключительно шумные игры с беготней.
2. Телесные контакты	
1 балл	никогда не допускает телесные контакты с воспитателями, детьми;
2 балла	иногда допускает телесные контакты с родителями, детьми;
3 балла	периодически допускает телесные контакты с родителями, детьми, воспитателями;
4 балла	предпочитает соблюдать дистанцию при общении, редко участвует в играх, предусматривающих телесные контакты;
5 баллов	в равной степени принимает формы общения, требующие и не требующие телесных контактов;

Продолжение Таблицы 4

2. Телесные контакты	
6 баллов	некоторое предпочтение игр, содержащих телесные контакты (дочки-матери), где при общении для него важно касаться собеседника;
7 баллов	часто демонстрирует телесную близость, обнимается при встрече с родителями, участвует в играх, предусматривающих телесные контакты (парикмахер, врач);
8 баллов	в большинстве случаев легко контактирует, с удовольствием участвует в групповых играх, предусматривающих телесные контакты (куча мала, догонялки);
9 баллов	всегда с удовольствием реализует возможность телесных контактов (обнимается, целуется, при общении чрезмерно сокращают дистанцию с собеседником, охотно дотрагивается, прикасается к себе и собеседнику).
3. Направленность интересов	
1 балл	не принимает авторитетов, интересы направлены на себя;
2 балла	собственный стиль общения с узким кругом контактов;
3 балла	старается преодолеть стеснение, приблизиться к стилю поведения ведомых;
4 балла	преобладает стремление преодолеть неуверенность в своих возможностях, приблизиться в поведении к стилю лидера;
5 баллов	конформный стиль поведения, ориентируется на предлагаемые воспитателем и активными детьми игры;
6 баллов	преобладает стремление демонстрировать себя, находиться под опекой лидера;
7 баллов	часто претендует на ведущие роли, отказывается от лидерства под напором более агрессивных детей;
8 баллов	в большинстве случаев претендует на ведущие роли, активно выбирает партнеров;
9 баллов	полностью преобладает организаторская активность, борется за роль лидера, командира.
4. Эмоциональная экспрессия	
1 балл	никогда не совершают поступков, обусловленных влиянием эмоций, эмоционально «холодны»;
2 балла	иногда совершают поступки, обусловленные сильным эмоциональным напряжением;
3 балла	редко действуют под влиянием эмоций;
4 балла	предпочитают поступать логически;
5 баллов	в равной степени способны руководствоваться в поступках логикой и эмоциями;
6 баллов	предпочитает поступать импульсивно, в некоторых случаях способен сдержать эмоции;
7 баллов	относительно часто демонстрирует импульсивные формы поведения;
8 баллов	преимущественно поступает импульсивно, в поступках руководствуются эмоциями;
9 баллов	всегда поступает импульсивно, чрезмерно эмоционален как в положительных, так и отрицательных реакциях, говорит громко, много жестикулирует, демонстрирует эмоциональное лидерство («заражают» смехом или слезами окружающих).
5. Социальная адаптация	
1 балл	никогда не вступает в социальный контакт без помощи взрослых;

Продолжение Таблицы 4

5. Социальная адаптация	
2 балла	иногда вступает в социальный контакт без помощи взрослых;
3 балла	периодически самостоятельно устанавливают социальные контакты при условии высокой заинтересованности в партнере (необычные игрушки, вознаграждение);
4 балла	предпочитают пассивное участие в социальных контактах;
5 баллов	в равной степени демонстрируют готовность принимать активные и пассивные формы социальных контактов;
6 баллов	предпочитают вступать в социальные контакты активно;
7 баллов	часто без затруднений вступают в социальные контакты;
8 баллов	по преимуществу активны в социальных контактах (даже с незнакомыми детьми на улице);
9 баллов	всегда легко активно вступают в социальные контакты (даже с незнакомыми взрослыми на улице).
6. Агрессия	
1 балл	никогда не демонстрирует проявления агрессии;
2 балла	иногда проявляет признаки агрессивности (словесная);
3 балла	периодически проявляет признаки агрессивности (словесная);
4 балла	предпочитает использовать неагрессивные формы поведения (сотрудничество, уступки);
5 баллов	в равной степени использует агрессивное и неагрессивное поведение (убеждение, уговоры);
6 баллов	предпочитает добиваться своего агрессивным поведением (топают ногами, повышают голос);
7 баллов	часто демонстрирует проявления агрессии (обзываются, толкаются, гримасничают);
8 баллов	преимущественно агрессивны (скандалит, угрожает, замахивается);
9 баллов	всегда демонстрирует проявления агрессии (дерется, ругается, ломает игрушки, рвут одежду).

Дошкольники, получившие в сумме 1–3 балла, оценивались как «интроверты», 4–6 баллов – «центроверты», 7–9 – «экстраверты».

ЧБД ХА+ были осмотрены врачом ортодонтом с целью диагностики наличия патологии зубочелюстной системы. Был проведен осмотр логопеда и дополнительный осмотр врача оториноларинголога у ЧБД ХА+, вошедших в экспериментальную группу до и после назначения дополнительных мероприятий сопровождения с целью оценки ее эффективности.

У всех детей также оценивалось функциональное состояние органов и систем по клиническим методам (оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на аппарате Ghestgraph, уровня артериального давления (АД), показатели общего анализа крови, электрокардиографии (ЭКГ) на аппарате Schiller.

Текущее состояние вегетативной системы обследуемого определялось через исследование вариабельности ритма сердца (ВРС, Нейрософт). Обследуемым было предложено занять горизонтальное положение тела в период исследования и активный ортостатический тест. Исследование спектра ВРС дало возможность определить периодические элементы сердечных сокращений, уточнить их динамическую роль. Применено преобразование Фурье, способ позволил получить спектральные характеристики интервалов R-R. В анализе учитывались такие параметры, как TP, HF, LF, VLF, а также соотношения HF, LF, LF/HF, VLF%, LF%, HF%. Все эти данные фиксировались как в состоянии покоя, так и во время активного теста. В последнем случае также рассчитывался коэффициент К30/15, который отражает реактивность парасимпатической части автономной нервной системы [15].

Нами проведено изучение частоты встречаемости маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- (по критериям Милковской-Димитровой Т., Каракашовой А., Аббакумовой Л.Н.) [35].

Статистическая обработка проводилась по общепринятым методам вариационной статистики в пакете прикладных лицензионных программ «MicrosoftOffice 2021», «SPSS Statistics». Если гипотеза о нормальности распределения принималась, показатели представлялись в формате среднее ± стандартное отклонение. В случае отклонения гипотезы о нормальности данные описывались в виде медианы (Me) и квартилей 25% и 75%: (Me, 25%; 75%).

Проверка рядов данных на нормальность распределения осуществлялась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова.

Для анализа независимых выборок использовались следующие статистические критерии. При нормальном распределении применялся t-критерий Стьюдента. Если распределение данных не соответствовало нормальному, применялся критерий Манна – Уитни. Для переменных, характеризующих качественные признаки, указывались абсолютные значения и доли в процентах.

Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента корреляции Пирсона при нормальном распределении и коэффициента корреляции Спирмена при распределении отличном от нормального.

Результаты считались статистически значимыми, если уровень значимости составлял $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА

3.1. Особенности анамнеза и течения острых респираторных инфекций у часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него

При сборе анамнестических данных было установлено, что у родителей ЧБД обеих групп с одинаковой частотой встречались сахарный диабет, аллергические заболевания, ожирение, мочекаменная, желчекаменная и гипертоническая болезнь (Таблица 5).

Большинство ЧБД обеих групп родились от первой, треть – от второй беременности, течение которой в 17% отягощалось анемией; в четверти случаев угрозой прерывания и хронической плацентарной недостаточностью, однако значения показателей не достигали достоверных различий. Почти у каждой четвертой беременной были указание на преэклампсию, у каждой десятой – искусственное прерывание беременности, преждевременные роды. Течение родов, как правило, имело срочный характер. Более чем 30% детей в течение первых двенадцати месяцев жизни испытывали последствия перинатальных поражений центральной нервной системы (ППППЦНС), у четверти – малые аномалии развития сердца (дополнительная хорда, открытое овальное окно). Среди фоновой патологии у детей практически у 15% определялась дефицитная анемия легкой степени, патология зрения (миопия, 15,7%), рахит (20,1%), треть детей имели расстройства питания. Дети обеих групп были из полных семей, средний возраст родителей составлял 32,0±2,5 лет, у трети родителей было высшее, а у остальных – среднее специальное образование. Все дети были организованные и посещали дошкольное образовательное учреждение (Таблица 5).

Таблица 5 – Особенности анамнеза часто болеющих детей 4-7 лет с хроническим аденоидитом и без него (%)

Показатели анамнеза ЧБД	ЧБД ХА+ (n=158)	ЧБД ХА- (n=160)	Р
Генеалогический анамнез			
Сахарный диабет у матери (Е11)	1,9	2,5	> 0,05
Гипертоническая болезнь у матери (I10)	8,2	8,8	> 0,05
Ожирение у матери (Е66)	12	13,1	> 0,05
Желчекаменная болезнь (К80)	5,7	5	> 0,05
Атеросклероз (I70)	4,4	3,8	> 0,05
Мочекаменная болезнь (N21)	8,2	6,9	> 0,05
Хронические аллергические заболевания (Т78)	12,7	11,3	> 0,05
Бронхиальная астма (J45)	5,7	5	> 0,05
Акушерско-гинекологический анамнез			
Первая беременность	75,9	76,9	> 0,05
Вторая беременность	24,1	23,1	> 0,05
Искусственные аборты	7	8,1	> 0,05
Преждевременные роды	6,3	5	> 0,05
Преэклампсия	13,3	14,4	> 0,05
Течение настоящей беременности			
Анемия в 1 и 2 триместрах	7,6	9,4	> 0,05
Наличие угрозы невынашивания	17,1	15,6	> 0,05
Хроническая плацентарная недостаточность	15,8	14,4	> 0,05
Течение родов			
Естественные роды	72,8	70	> 0,05
Роды путем кесарева сечения	27,2	30	> 0,05
Нормальный вес при рождении	100	100	> 0,05
Соматическая заболеваемость у детей			
ППППЦНС легкой степени (Р91)	24,7	21,3	> 0,05
Нарушение зрения (Н52)	7,6	8,1	> 0,05
Малые аномалии развития сердца (Q 24)	14,6	16,3	> 0,05
Анемия дефицитная, легкая степень (D50)	9,5	7,5	> 0,05
Рахит (Е55)	10,1	10	> 0,05
Расстройства питания (F50)	16,3	15,6	> 0,05

Примечание: ЧБД – часто болеющие дети; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ППППЦНС – последствия перинатальных поражений центральной нервной системы; р – уровень статистической значимости.

По результатам выкопировки данных из истории развития ребенка (форма 112/у) выполнена оценка частоты заболеваемости инфекциями дыхательных путей с рождения и до начала принадлежности к категории часто болеющих детей. Результаты отражены в Таблице 6.

Таблица 6 – Количество часто болеющих детей в различные возрастные периоды

Год жизни	**Число детей, попадающих в группу часто болеющих**				**P**
	ЧБД ХА+ (n=158)		**ЧБД ХА- (n=160)**		
	Абс.	%	Абс.	%	
1 год	-	-	-	-	> 0,05
2 год	20	12,7	-	-	< 0,01
3 год	79	50	41	25,6	< 0,01
4 год	158	100	160	100	< 0,05
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.					

На 1 году жизни никто из детей обеих групп не состоял на диспансерном учете как часто болеющий ребенок; на втором году жизни 12,7% детей, имеющих ХА попадали в группу ЧБД; на 3 году жизни ЧБД ХА+ относились к часто болеющим в 2 раза чаще, чем ЧБД ХА-, а к четырем годам все дети из выборки уже были отнесены к ЧБД, что, возможно, связано с их поступлением в дошкольное образовательное учреждение.

Анализ частоты встречаемости ОРИ среди обследованных детей показал, что общее количество острых заболеваний было сопоставимо в обеих группах при отсутствии значимой разницы в среднем числе случаев ОРИ на одного ребенка: в группе ЧБД ХА+ – 8,6 ± 0,1; в группе ЧБД ХА- – 8,2 ± 0,2 случаев в год ($p>0,05$) (Таблица 7).

Таблица 7 – Характеристика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него

Показатели	**ЧБД ХА+ (n=158)**	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Общее число острой заболеваемости у детей с момента наблюдения как ЧБД (абс.)	5628	5520	> 0,05
Среднее число случаев острой заболеваемости на одного ребенка (M±SD)	8,6±0,1	8,2±0,1	> 0,05
Топическая диагностика ОРИ (%)			
Острый ринофарингит	75,3	71,3	> 0,05
Острый тонзиллит	13,3	11,8	> 0,05
Острый обструктивный бронхит	7,6	10,6	> 0,05
Острый обструктивный ларингит	3,8	6,3	> 0,05
Осложнения ОРИ			
Общее число осложнений (абс.)	497	258	< 0,01
Осложнения от общего числа ОРИ (%)	8,8	4,7	< 0,01
Среднее число осложнений на одного ребенка (M±SD)	3,15±0,1	1,61±0,1	< 0,01
Отиты (% от общего числа осложнений)	39,4	34,1	> 0,05
Синуситы (% от общего числа осложнений)	38	37,2	> 0,05
Пневмонии (% от общего числа осложнений)	22,5	28,7	> 0,05
Примечание: ЧБД – часто болеющие дети; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ОРИ – острые респираторные заболевания; p – уровень статистической значимости.			

Изучение локализации воспалительного процесса показало, что поражение верхних и нижних дыхательных путей встречалось с одинаковой частотой в обеих группах при доминировании острого ринофарингита (Таблица 7). Однако общее количество осложнений и среднее число осложнений на одного ребенка у ЧБД ХА+ было практически в 2 раза больше, чем у ЧБД ХА- (Таблица 7).

3.2. Физическое и нервно-психическое развитие часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него

Нами проводилась оценка физического развития детей изучаемых групп (Таблица 8).

Таблица 8 – Характеристика физического развития часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (%)

Варианты физического развития	**ЧБД ХА+ (n=158)**	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Нормальное (показатели в зонах от ±1,1 до ±2,1 SDS)	24,1	65,6	< 0,01
Группа внимания (показатели в зоны от ±1,1 до ±2,1 SDS)	12,7	11,9	> 0,05
Умеренный дефицит массы тела (показатели в зонах от -2,1 до -3,1 SDS)	31,2	15,6	< 0,01
Умеренный избыток массы тела (показатели в зонах от +2,1 до +3,1 SDS)	32,0	18,8	< 0,01
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.			

При анализе физического развития было установлено, что ЧБД ХА+ почти в 3 раза реже имели нормальное физическое развитие и в 2 раза чаще среди них встречались пациенты с умеренным дефицитом или избытком массы тела. Дисгармоничного физического развития тяжелой степени у обследуемых детей не регистрировалось. В группе ЧБД ХА- нарушения физического развития встречались в 2 раза реже, характеризовались как дефицитом массы (15,6%), так и его избытком (18,8%) умеренной степени (Таблица 8).

Были определены конституциональные типы по методике Штефко В.Г., Островского А.Д. и Бахрах И.И. (Таблицы 9, 10).

Мышечный, торакальный и дигестивный конституциональные типы были представлены в группах относительно равномерно, астеноидный тип почти в 2 раза

чаще регистрировался в группе ЧБД ХА+ и встречался у каждого третьего ребенка (Таблица 9).

Таблица 9 – Распределение соматических типов у часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (Штефко В.Г., Островский А.Д., %)

Типы	**ЧБД ХА+ (n=158)**	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Дигестивный	31,6	35,6	> 0,05
Мышечный	17,7	24,4	> 0,05
Торакальный	20,3	21,3	> 0,05
Астеноидный	30,4	18,8	< 0,01
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.			

При анализе распределения соматотипов у ЧБД было установлена значимая разница в их встречаемости в обеих группах. Так, микросоматический тип выявлен практически у каждого второго ребенка (40,5%) ЧБД ХА+ и лишь у каждого пятого ребенка (19,4%) ЧБД ХА-. Макросомия была зарегистрирована у каждого третьего ребенка (34,2%) ЧБД ХА+. При этом половина ЧБД ХА- характеризовалась мезосоматотипом (57,5%) (Таблица 10).

Таблица 10 – Распределение соматотипов у часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (Бахрах И.И., %)

Соматотип	**ЧБД ХА+ (n=158)**	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Макросоматический	34,2	23,1	< 0,05
Мезосоматический	25,3	57,5	< 0,01
Микросоматический	40,5	19,4	< 0,01
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.			

Для оценки частоты встречаемости маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) среди ЧБД с наличием ХА или без него была изучена ее частота с использованием критериев Милковской-Димитровой Т., Каракашовой А., Аббакумовой Л.Н. (Таблица 11).

Таблица 11 – Частота выявления маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани среди часто болеющих детей 4-7 лет с наличием хронического аденоидита и без него

Признаки НДСТ	**ЧБД ХА+ (n=158)**		**ЧБД ХА- (n=160)**		**P**
	Абс.	%	Абс.	%	
Воронкообразная грудная клетка	4	2,5	3	1,9	> 0,05
Крыловидные лопатки	3	1,9	1	0,6	> 0,05
Неправильная форма черепа	24	15,2	38	23,8	< 0,01
Короткая шея	16	10,1	32	20	< 0,01
Келоидный рубец	1	0,6	1	0,6	> 0,05
Нарушение роста зубов	53	33,5	18	11,2	< 0,01
Изменение ногтей	4	2,5	3	1,9	> 0,05
Аномалии прикуса	57	36,1	22	13,8	< 0,01
Эпикант	2	1,3	1	0,6	> 0,05
Микрогнатия	5	3,2	2	1,3	> 0,05
Приросшие мочки ушей	33	20,9	15	9,4	< 0,01
Варусная или вальгусная деформации ног	9	5,7	19	11,9	> 0,05
Деформация ушных раковин	5	3,2	4	2,5	> 0,05
Искривление мизинцев	-	-	-	-	-
Умение свернуть язык в трубочку	39	24,7	13	8,1	< 0,01
Сандалевидная щель	28	17,7	19	11,9	> 0,05
Гиперрастяжимость кожи	-	-	-	-	-
Плоская или прямая спина	6	3,8	5	3,1	> 0,05
Синдактилия	-	-	-	-	-
Плоскостопие	27	17,1	13	8,1	< 0,01
Гиперкифоз грудного отдела	-	-	-	-	-
Четвертый палец меньше второго на кистях	6	3,8	4	2,5	> 0,05
Удлинение и утончение конечностей	4	2,5	3	1,9	> 0,05
Гиперподвижность суставов	13	8,2	11	6,9	> 0,05
Ранний кариес	51	32,3	15	9,4	< 0,01
Варикозное расширение вен	-	-	-	-	-
Преобладание второго пальца стопы над первым	4	2,5	16	10	< 0,01
Готическое небо	15	9,5	2	1,3	< 0,01
Гиперлордоз поясничного отдела	-	-	-	-	-
Стрии	-	-	-	-	-
Голубые склеры	5	3,2	3	1,9	> 0,05
Тонкая кожа	-	-	-	-	-
Множественные родинки	-	-	-	-	-

П р и м е ч а н и е: НДСТ - недифференцированная дисплазия соединительной ткани; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; р – уровень статистической значимости.

При анализе признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани было установлено, что на одного ребенка группы ЧБД ХА+ приходится в среднем – 15,2 ± 0,5, а ЧБД ХА- – 11,5 ± 0,5 внешних маркеров НДСТ ($p>0,05$), что превышает популяционную норму. У ЧБД ХА+ чаще встречались признаки дисплазии лицевого скелета и полости рта. Так, нарушения прикуса выявлены у каждого второго обследуемого, определен ранний кариес, аномальный рост зубов, у трети обследованных определена редкая способность свернуть язык в трубочку и приросшие мочки ушей, деформация стопы с уплощением ее сводов обнаружена у каждого четвертого ребенка, проявления готического неба выявлены у 15% обследованных. У ЧБД ХА- нарушения развития мозгового черепа и конечностей определялись чаще. Так, измененная форма черепа выявлена у 38% обследованных, у 32% выявлена укороченная шея, у 19% обследованных определена вальгусная или варусная деформация ног, у 16% второй палец стопы преобладает над первым.

Итак, нарушения физического развития выявляются у обследуемых с ЧБД с ХА вдвое чаще. Нарушения характеризовались примерно в равной степени представленными дефицитом и избытком массы тела умеренной степени, у каждого второго встречалась микросомия, а у каждого третьего ребенка - астеноидный тип по сравнению с детьми без ХА. Среди признаков НДСТ у детей с ХА чаще регистрировались признаки дисплазии лицевого скелета и полости рта, у детей без ХА – мозгового черепа и конечностей.

При изучении показателей нервно-психического развития ЧБД было установлено, что у ЧБД ХА+ отмечаются более низкие показатели мышления, памяти, внимания, мелкой и крупной моторики, активных социальных контактов и большая частота снижения показателя общего психического развития по сравнению с ЧБД ХА- (Рисунок 4, Таблица 12).

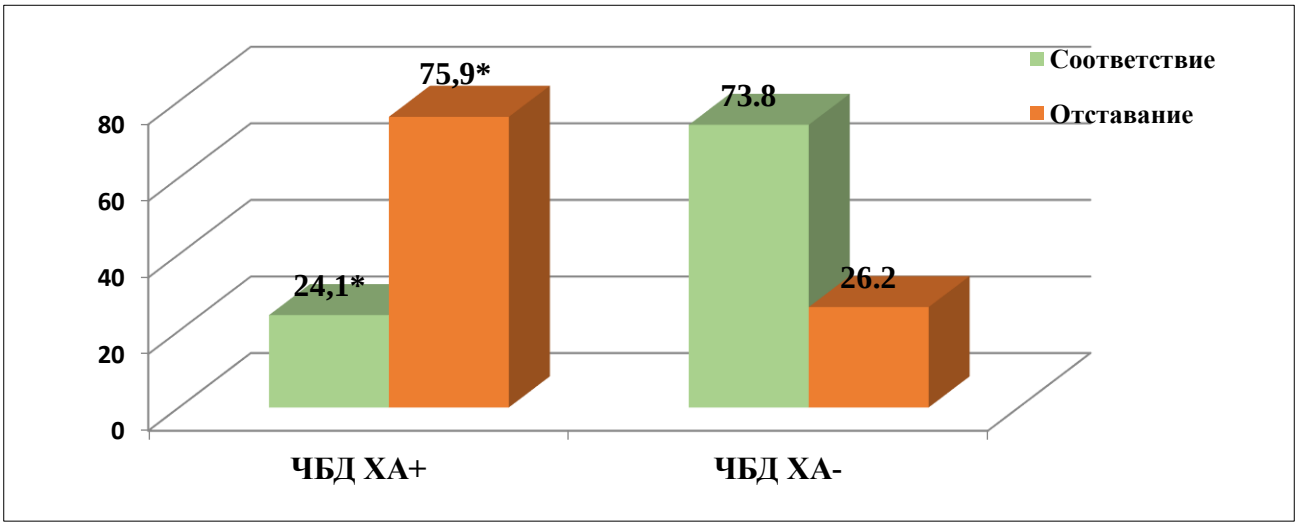


Рисунок 4 – Показатель общего психического развития часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (%)

Примечание: * - различия показателей статистически значимы (p<0,05); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита

Таблица 12 – Характеристика показателей нервно-психического развития часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (тест Денвера, баллы), Me, [25, 75]

Показатели НПР	**ЧБД ХА+ (n=158)**	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Мышление	7 [6,9-7,2]	7,64 [7,62-7,66]	<0,001
Внимание	1,7 [1,6-1,8]	1,98 [1,96-1,99]	<0,001
Память	3,4 [3,2-3,7]	4,25 [4,23-4,26]	<0,001
Крупная моторика	84,9 [82,73-87,1]	90,45 [90-90,9]	<0,001
Мелкая моторика	76,8 [76-77,88]	79,9 [79,8-80]	<0,001
Речь	80,85 [79,93-81,9]	88,75 [86,98-90,8]	<0,001
Активность в социальных контактах и играх	75,8 [75-76,88]	83,7 [81,6-85,73]	<0,001
Примечание: НПР – нервно-психическое развитие; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.			

Были выявлены особенности частоты встречаемости разных типов социализации у обследованных детей (Рисунок 5).

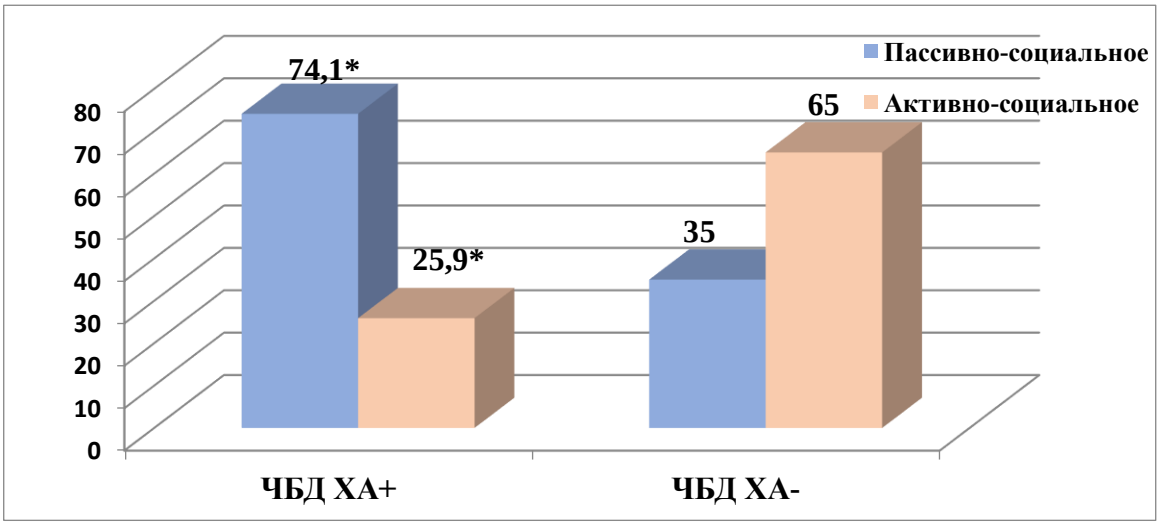


Рисунок 5 – Характеристика типов поведения часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (методика Залужного А.А., %)

Примечание: * – различия показателей статистически значимы (p<0,05); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита

Так, более половины ЧБД ХА- (65%) имели активно-социальный тип поведения, в то время как большинство (74,1%) респондентов ЧБД ХА+ характеризовались пассивно-социальным типом поведения (Рисунок 5).

При изучении адаптации ЧБД к условиям дошкольного учреждения (ДОУ) было установлено, что у ЧБД ХА+ нарушения адаптации встречались в 4 раза чаще, а конфликты со сверстниками и с педагогами образовательных организаций (ОО) – в 2 раза чаще по сравнению с ЧБД ХА- (Таблица 13).

Таблица 13 – Сравнительные показатели характера благополучия в семье и образовательной организации часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (%)

Социальные факторы (по данным анкетирования родителей)		**ЧБД ХА+ (n=158)**	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Неблагоприятная адаптация к ДОУ		17,1	4,4	< 0,01
Конфликты	с педагогами в ОО	20,9	10,6	< 0,01
	со сверстниками	21,5	11,3	< 0,01
	с родителями	23,4	19,4	> 0,05
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ДОУ – дошкольное образовательное учреждение; ОО – образовательная организация; p – уровень статистической значимости.				

Анализ специфики отношений в семье, которые могут оказывать влияние на развитие когнитивных функций, личностных и волевых качеств детей, показал, что в семьях ЧБД ХА+ в 2 раза чаще встречались нарушения семейного воспитания, гипер- и гипопротекция (Таблица 14).

Таблица 14 – Типы семейного воспитания часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (методика Эйдемиллера, %)

Тип семейного воспитания	**Частота встречаемости**		**P**
	ЧБД ХА+ (n=158)	**ЧБД ХА- (n=160)**	
Ненарушенный	24,1	58,8	<0,01
Гиперпротекция	34,2	16,3	<0,01
Фобия утраты ребенка	-	-	-
Гипопротекция	37,3	16,9	<0,01
Игнорирование потребностей	-	-	-
Чрезмерность запретов	-	-	-
Недостаточность требований	-	-	-
Жестокое обращение	-	-	-
Педагогическая несостоятельность родителей	4,4	8,1	>0,05
Другие нарушения семейного воспитания	-	-	-
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.			

С целью оценки гармоничности родительско-детских отношений было проведено анонимное анкетирование родителей детей, включенных в исследование, по тест-опроснику диагностики родительского отношения (Таблица 15).

Таблица 15 – Взаимосвязь типа родительских отношений у часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (Столин В.В., Варга А.Я., %)

Тип родительского отношения по шкалам	**Показатель (баллы)**	**Дети 4-7 лет**		**P**
		ЧБД ХА+ (n=158)	**ЧБД ХА- (n=160)**	
«принятие»	низкий	50,6	23,8	<0,01
	средний	49,4	73,8	<0,01

Продолжение Таблицы 15

Тип родительского отношения по шкалам	Показатель (баллы)	Дети 4-7 лет		Р
		ЧБД ХА+ (n=158)	ЧБД ХА- (n=160)	
«авторитарная гиперсоциализация»	низкий	54,4	20,6	<0,01
	средний	26,6	74,4	<0,01
	высокий	17,1	4,4	<0,01
«симбиоз»	низкий	35,4	33,8	>0,05
	средний	55,1	58,8	>0,05
«маленький неудачник»	средний	64,6	11,3	<0,01
	высокий	20,9	6,3	<0,01
«кооперация»	низкий	5,1	7,5	>0,05
	средний	51,3	53,8	>0,05
	высокий	41,1	35,6	>0,05

Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; р – уровень статистической значимости.

Исследование типа родительских отношений показало склонность родителей ЧБД ХА+ задавать ребенку строгие дисциплинарные рамки и требовать от него подчинения. При таком типе отношений у ребенка, сравнивающего себя со сверстниками, возникала неуверенность в своих силах и возможностях, а родители часто проявляли недостаток педагогического терпения, не восхищались достижениями ребенка, зачастую воздействовали на него угнетающим образом.

Таким образом, у ЧБД ХА+ в 3 раза чаще встречалось снижение общего психического развития в целом и по показателям мелкой и крупной моторики, мышления, памяти, внимания, в 2 раза реже регистрировался активно-социальный тип поведения, в 4 раза чаще встречались нарушения течения адаптации к условиям дошкольного учреждения, в 2 раза чаще регистрировались конфликты в ДОУ, нарушения типов семейного воспитания в виде гипо- и гиперпротекции и дисгармоничность родительско-детских отношений по сравнению с ЧБД ХА-.

3.3. Показатели функционирования органов и систем часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него

В рамках данного исследования был проведен анализ показателей функционирования органов и систем по клиническим и инструментальным методам – оценка частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, жизненной емкости легких, уровня артериального давления, показателей общего анализа крови и электрокардиографии, а также вариабельности ритма сердца (Таблица 16).

Таблица 16 – Показатели функционирования сердечно-сосудистой системы часто болеющих детей 4-7 лет с наличием хронического аденоидита и без него (%)

Признак		**Дети 4–7 лет**		
		ЧБД ХА+ (n=158)	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
ЧСС в мин.%	Низкое нормальное	30,4	23,1	>0,05
	Среднее нормальное	58,2	65	>0,05
	Высокое нормальное	11,4	11,9	>0,05
Ритм% (по данным ЭКГ)	правильный	60,8	67,5	>0,05
	Синусовая брадикардия	24,6	18,7	>0,05
	Синусовая тахикардия	14,6	13,8	>0,05
Систолическое АД, мм рт. ст.%	10-50 процентиль	19	14,4	>0,05
	51-90 процентиль	77,2	82,5	>0,05
	90-95 процентиль	3,8	3,1	>0,05
Диастолическое АД, мм рт. ст.%	10-50 процентиль	19	14,4	>0,05
	51-90 процентиль	77,2	82,5	>0,05
	90-95 процентиль	3,8	3,1	>0,05

Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ЧСС – частота сердечных сокращений; ЭКГ – электрокардиография; АД – артериальное давление; p – уровень статистической значимости.

Анализ показателей сердечно-сосудистой системы не выявил достоверных различий между детьми обеих групп, однако у ЧБД ХА+ отмечалась большая

частота встречаемости синусовой брадикардии и нормально низких показателей артериального давления (Таблица 16).

Исследование функционирования дыхательной системы позволило установить отсутствие значимой разницы показателей у пациентов обеих групп. Но у ЧБД ХА+ выявлена большая частота сниженных показателей жизненной емкости легких (ЖЕЛ) (Таблица 17).

Таблица 17 – Показатели функционирования дыхательной системы часто болеющих детей 4-7 лет с наличием хронического аденоидита и без него, (M±SD)

Признак		**Дети 4–7 лет**		
		ЧБД ХА+ (n=158)	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
ЧД в мин. (4-7 лет)	4-5 лет (норма 23-25)	23,01±0,01	24,41±0,01	>0,05
	6-7 лет (норма 22-24)	22,01±0,71	23,11±0,51	>0,05
ЖЕЛ 5–7 лет	5-6 лет (норма 600-900)	0,7±0,01	0,8±0,1	>0,05
	7 лет (норма 1100-1500)	1,2±0,1	1,4±0,1	>0,05
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ЧД – частота дыхания; ЖЕЛ – жизненная емкость легких; p – уровень статистической значимости.				

Для оценки особенностей гемограммы у детей изучаемых групп было выполнено исследование клинического анализа крови, но значимой разницы в показателях у детей изучаемых групп выявлено не было (Таблица 18).

Таблица 18 – Показатели общего анализа крови часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него, (M±SD)

Показатели гемограммы	**Дети 4–7 лет**		
	ЧБД ХА+ (n=158)	**ЧБД ХА- (n=160)**	**P**
Общее число эритроцитов (млн/мкл)	4–5 лет		
	4,09±0,11	4,15±0,18	> 0,05
	6–7 лет		
	4,07±0,11	4,25±0,11	> 0,05

Продолжение Таблицы 18

Показатели гемограммы	Дети 4–7 лет		
	ЧБД ХА+ (n=158)	ЧБД ХА- (n=160)	P
Гемоглобин крови, мг %	4–5 лет		
	12,1±0,21	12,5±0,23	> 0,05
	6–7 лет		
	12,4±0,22	12,5±0,05	> 0,05
Общее число лейкоцитов (109 г/л)	4–5 лет		
	6,0±0,12	6,0±0,49	> 0,05
	6–7 лет		
	6,1±0,11	6,1±0,23	> 0,05
Общее число тромбоцитов в крови	4–5 лет		
	18,9±0,01	18,8±0,01	> 0,05
	6–7 лет		
	18,9±0,41	17,7±0,21	> 0,05
Число нейтрофилов, отн. %	4–5 лет		
	39,7±4,5	36,7±3,4	> 0,05
	6–7 лет		
	59,2±2,1	52,1±2,3	> 0,05
Число эозинофилов, отн.%	4–5 лет		
	4,9±0,34	5,0±0,34	> 0,05
	6–7 лет		
	5,0±0,14	4,9±0,34	> 0,05
Число моноцитов, отн.%	4–5 лет		
	5,5±1,21	5,7±1,21	> 0,05
	6–7 лет		
	6,0±1,27	5,9±1,32	> 0,05
Число лимфоцитов, отн.%	4–5 лет		
	33,7±1,03	32,7±1,93	> 0,05
	6–7 лет		
	31,7±1,23	33,2±1,12	> 0,05
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; p – уровень статистической значимости.			

Хроническое воспаление лимфоидной ткани носоглотки у детей может приводить к нарушениям в работе парасимпатической нервной системы, что проявляется в изменении сердечного ритма, нарушении терморегуляции и уровня артериального давления. Для проверки этой гипотезы был проведен анализ вариабельности ритма сердца у обследованных детей.

Итоги исследования позволяют утверждать, что у часто болеющих детей с ХА в более чем шестидесяти процентов случаев определен парасимпатический тонус с определенно более низкими значениями показателей. Данные показатели дают представление о степени централизации вегетативной регуляции и соответствия парасимпатического и симпатического отделов в сочетании с предельными значениями параметров, отражающих активность холинергической системы и парасимпатического компонента нейрогенного канала автономной вегетативной регуляции (Таблица 19).

ЧБД ХА+ продемонстрировали наиболее низкие показатели общей спектральной мощности, что, в свою очередь, говорит о ваготропной приверженности. Следствием являлось появление меньших показателей коэффициента LF/HF. ЧБД ХА- демонстрировали более стабильные показатели, что указывает на лучший баланс симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы (Таблица 19).

Таблица 19 – Результаты спектрального анализа вариабельности ритма сердца часто болеющих детей 4–7 лет с наличием хронического аденоидита и без него, (M±SD)

Показатели ВРС	**В покое**		**P**
	ЧБД ХА+ (n=158)	**ЧБД ХА- (n=160)**	
VLF, мс²	1264,75±159,3	1345,25±323,9	> 0,05
LF, мс²	1121,62±170,3	2478,37±389,3	< 0,01
HF, мс²	1457,33±517,3	2678,37±730,8	< 0,01
LF/HF	0,62±0,05	0,98±0,2	> 0,05
VLF, %	24,25±2,4	20,87±5,4	> 0,05
LF, %	20,21±1,01	38,11±3,9	> 0,05
HF, %	21,2±2,01	41,21±3,4	> 0,05
Ортопроба			
VLF, мс²	1517,7±191,2	1681,56±404,9	> 0,05
LF, мс²	1345,94±204,36	3097,96±486,6	< 0,01
HF, мс²	1748,79±620,76	3347,96±913,5	< 0,01
LF/HF	0,74±0,06	1,23±0,25	< 0,01

Продолжение Таблицы 19

Показатели ВРС	В покое		Р
	ЧБД ХА+ (n=158)	ЧБД ХА- (n=160)	
Ортопроба			
VLF, %	29,1±2,88	26,09±6,75	> 0,05
LF, %	24,25±1,21	47,64±4,88	< 0,01
HF, %	25,44±2,41	51,51±4,2	< 0,01
Коэффициент 30/15	1,61±0,3	1,1±0,2	> 0,05
П р и м е ч а н и е: ВРС – вариабельность ритма сердца; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; р – уровень статистической значимости.			

Таким образом, принимая во внимание разнообразие отклонений нервно-психического развития и особенностей воспитания, не отвечающих критериям оптимальности у обследуемых часто болеющих детей с ХА и без него, мы применили подход, базирующийся на основном свойстве психической организации – типе направленности психической активности. Данный подход позволяет расширить возможности эффективного сопровождения детей в амбулаторных условиях, в семье и образовательном учреждении.

ГЛАВА 4. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ С РАЗНЫМ ТИПОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ И НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА

4.1. Характеристика физического развития часто болеющих детей 4–7 лет с разным типом психосоматической конституции и наличием или отсутствием хронического аденоидита

Нами было проведено разделение ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- на интро-, центро- и экстравертов. В качестве контрольной группы были отобраны 98 здоровых детей (I группа здоровья), которые также были разделены по типам психосоматической конституции (контрольная группа, контр. гр.). Распределение детей представлено в Таблице 20.

Таблица 20 – Распределение исследуемых детей по типам психосоматической конституции

Тип направленности	**ЧБД ХА+**		**ЧБД ХА-**		**Контрольная группа**	
	Абс.	**%**	**Абс.**	**%**	**Абс.**	**%**
Интроверты	74	39,6	51	31,8	24	24,5
Центроверты	35	18,7	62	38,8	47	48,0
Экстраверты	78	41,7	47	29,4	27	27,5
Общее количество детей (абс.)	187		160		98	

Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита.

В группе ЧБД ХА+ нарушения физического развития встречались в 2 раза чаще, чем у ЧБД ХА- и в 3 раза чаще, чем у детей контрольной группы, при этом у интровертов преобладали нарушения в виде умеренного дефицита массы тела, а у экстравертов – умеренного ее избытка. Центроверты ЧБД ХА+ имели примерно одинаковую частоту встречаемости дефицита и избытка массы тела (Рисунки 6, 7, 8).

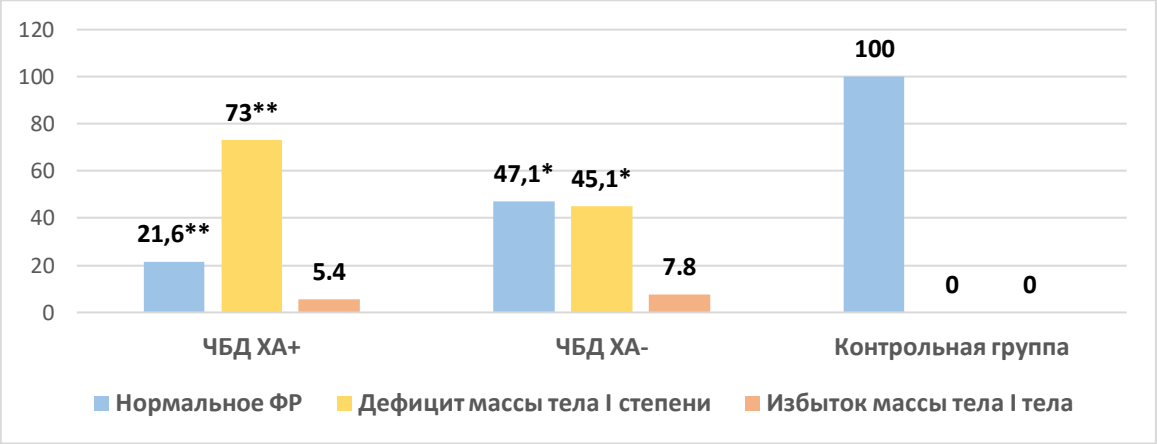


Рисунок 6 – Варианты физического развития детей интровертов изучаемых групп (%)

П р и м е ч а н и е: *– различия между группами ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- статистически значимы (p<0,05); ** – различия между группами ЧБД ХА+ и контрольной группой статистически значимы (p<0,05); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ФР – физическое развитие

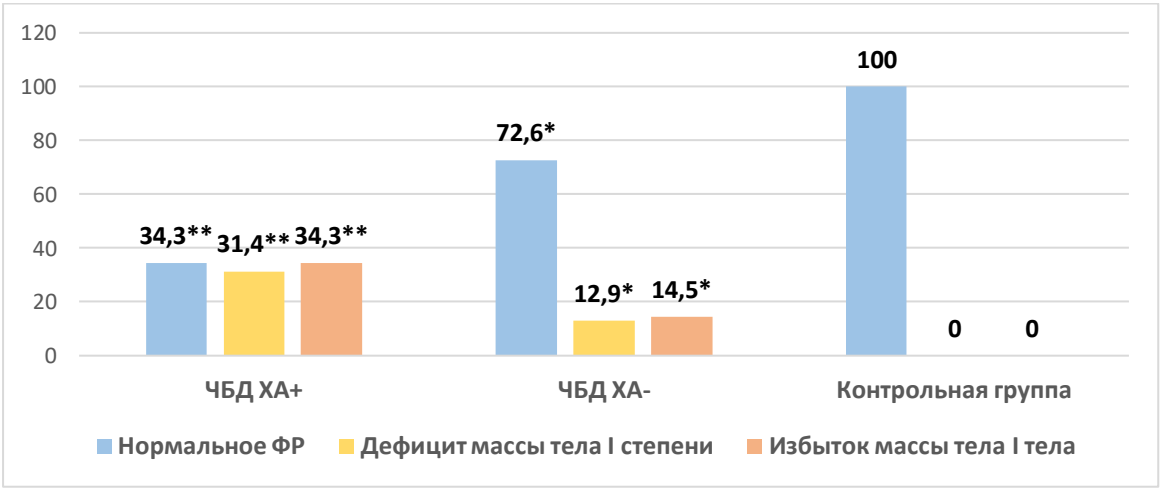


Рисунок 7 – Варианты физического развития детей центровертов изучаемых групп (%)

П р и м е ч а н и е: *– различия между группами ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- статистически значимы (p<0,05); ** – различия между группами ЧБД ХА+ и контрольной группой статистически значимы (p<0,05); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ФР – физическое развитие

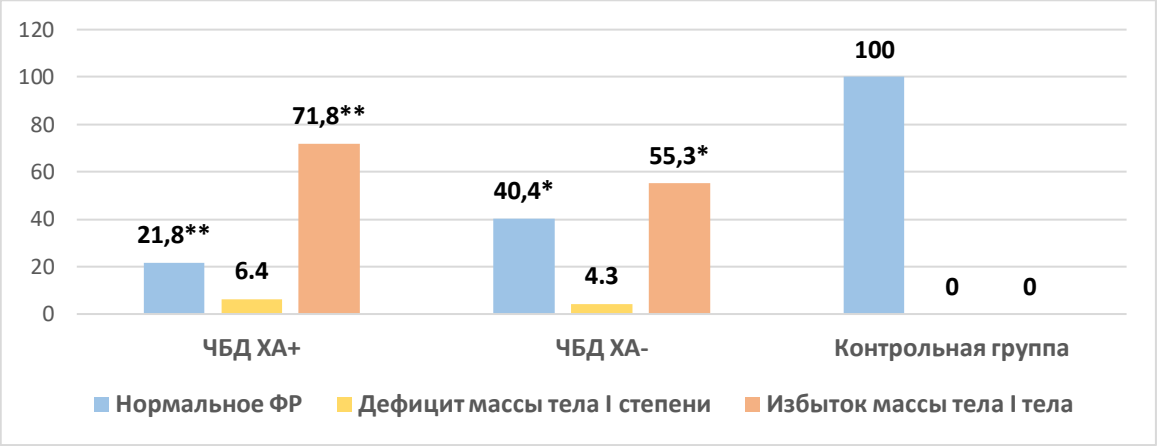


Рисунок 8 – Варианты физического развития детей экстравертов изучаемых групп (%)

П р и м е ч а н и е: *– различия между группами ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- статистически значимы ($p<0,05$); ** – различия между группами ЧБД ХА+ и контрольной группой статистически значимы ($p<0,05$); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; ФР – физическое развитие

В целом, макро- и микросомия чаще регистрировались у ЧБД ХА+. При этом, у ЧБД ХА+ интровертов микросомия встречалась в 1,5 раза чаще, чем у ЧБД ХА- и в 3 раза чаще, чем у детей контрольной группы, а астеноидный тип телосложения регистрировался в 3 раза чаще, чем у интровертов ЧБД ХА- и контрольной группы (Таблица 21).

У ЧБД ХА+ экстравертов макросомия и дигестивный тип встречались в 1,5 раза чаще, чем у ЧБД ХА-. У той же категории обследованных (ЧБД ХА+ экстравертов) частота проявлений макросомии и дигестивного типа была выше в 3 раза в сопоставлении с обследуемыми контрольной группы. Данные отражены в Таблице 21.

У ЧБХ ХА+ центровертов определялось наличие мезосомии с частотой в 1,5 ниже, в сопоставлении с часто болеющими детьми без ХА, а макро- и микросомия обнаруживалась в 3 раза чаще, в сопоставлении с обследованными контрольной группы. Данные отражены в Таблице 21.

Таблица 21 – Частота встречаемости соматотипов среди детей изучаемых групп (%)

Показатели	Психотипы								
	Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
	ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Соматический тип по методике И. Бахрах									
Макросоматический	5,4	3,9	8,3	28,6$^{**,\wedge\wedge}$	19,4``	6,4	64,1$^{***,\wedge\wedge\wedge}$	55,3```	22,2
Мезосоматический	21,6$^{*,\wedge}$	51,0	66,7	42,8$^{**,\wedge\wedge}$	64,5	85,1	29,5$^{\wedge\wedge\wedge}$	36,2```	70,4
Микросоматический	73,0$^{*,\wedge}$	45,1`	25	28,6$^{**,\wedge\wedge}$	16,1``	8,5	6,4	8,5	7,4
Соматический тип по методике В.Г. Штефко, А.Д. Островского									
Дигестивный	17,6	17,6	8,4	28,6	24,2	21,3	47,4$^{***,\wedge\wedge\wedge}$	27,7```	14,8
Мышечный	20,3$^{*,\wedge}$	35,3	41,6	22,8	25,8	27,6	14,1$^{***,\wedge\wedge\wedge}$	27,7	37,0
Торакальный	20,3	33,3	37,5	20	22,6	29,8	19,2	21,3	37,0
Астеноидный	41,9$^{*,\wedge}$	13,7	12,5	28,6	27,4	21,3	19,2	23,4	11,2

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; `p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА- относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ``p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА- относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ```p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА- относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Обследованные интроверты в каждой группе продемонстрировали наименьшие показатели измерений черепа и грудной клетки. В частности, ширина и глубина наименьшие, в то время как показатели длины наибольшие. Обследованные экстраверты каждой группы продемонстрировали противоположные результаты в совокупности. В частности, у экстравертов шире и глубже полости черепа и грудной клетки.

При этом у ЧБД ХА+ интровертов увеличивались показатели встречаемости долихоцефалии, а у экстравертов - брахицефалии по сравнению с ЧБД ХА- и здоровыми детьми (Таблица 22).

Дети центроверты всех групп демонстрировали средние показатели соотношения осей черепа и грудной клетки, результаты которых не дали достоверных различий (Таблица 22).

Определение тканевых компонет осуществлялось через выявление особенностей костной, мышечной и жировой тканей, как в целом, так и у различных типов соматической организации. Данные отражены в Таблице 23.

Таблица 22 – Соотношение показателей осей грудной клетки и черепа детей изучаемых групп (баллы), Me (25%; 75%)

Показатели	Психотипы								
	Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
	ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Соотношение длины к ширине черепа	1,94*,^ [1,92-1,95]	1,84` [1,81-1,87]	1,79 [1,77-1,81]	1,78 [1,72-1,79]	1,77 [1,75-1,78]	1,77 [1,77-1,78]	1,23***,^^^ [1,19-1,28]	1,48``` [1,46-1,49]	1,50 [1,47-1,51]
Соотношение длины к глубине черепа	1,28*,^ [1,27-1,28]	1,07` [1,04-1,09]	1,01 [0,99-1,02]	1,18 [1,17-1,18]	1,17 [1,14-1,19]	1,17 [1,14-1,18]	0,88***,^^^ [0,86-0,9]	0,99``` [0,98-1]	1,01 [0,99-1,1]
Соотношение ширины к глубине черепа	0,71*,^ [0,69-0,72]	0,73` [0,72-0,74]	0,75 [0,73-0,76]	0,72 [0,71-0,73]	0,73 [0,72-0,73]	0,73 [0,72-0,74]	0,74*** [0,71-0,77]	0,62 [0,61-0,64]	0,60 [0,59-0,61]
Соотношение ширины к глубине груди	1,36*,^ [1,35-1,37]	1,37` [1,36-1,39]	1,38 [1,36-1,38]	1,37 [1,36-1,37]	1,37 [1,36-1,38]	1,38 [1,37-1,38]	1,25***,^^^ [1,22-1,27]	1,27``` [1,26-1,29]	1,19 [1,16-1,19]

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; `p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА- относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ``p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА- относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ```p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА- относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Таблица 23 – Показатели костной, мышечной и жировой тканевых компонент в целом и при разных вариантах соматических типов у детей изучаемых групп (баллы), Me (25%; 75%)

Тканевые компоненты	Психотипы								
	Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
	ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Костная ткань в целом	1,35$^{*,\wedge}$ [1,34-1,36]	1,58` [1,57-1,6]	1,78 [1,77-1,79]	2,26 [1,24-1,26]	2,27 [1,27-1,28]	2,28 [2,27-2,29]	2,01$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,5-2,03]	2,49``` [2,48-2,5]	2,59 [2,58-2,6]
дигестивный тип	1,47$^{*,\wedge}$ [1,46-1,48]	1,45` [1,44-1,47]	1,68 [1,64-1,69]	2,06 [2,06-2,08]	2,05 [2,04-2,06]	2,05 [2,04-2,06]	2,05$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,36-2,07]	2,35``` [2,34-2,36]	2,45 [2,44-2,46]
мышечный тип	1,13$^{*,\wedge}$ [1,12-1,14]	1,14` [1,13-1,16]	1,21 [1,19-1,24]	1,94 [1,92-1,94]	1,95 [1,93-1,96]	1,95 [1,94-1,96]	1,54$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,26-1,63]	2,25 [2,24-2,26]	2,27 [2,25-2,28]
торакальный тип	1,57$^{*,\wedge}$ [1,56-1,58]	1,66` [1,65-1,68]	1,80 [1,75-1,82]	2,15 [2,14-2,16]	2,16 [1,15-2,18]	2,16 [2,14-2,17]	2,59$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,73-2,71]	2,72 [2,71-2,73]	2,75 [2,74-2,76]
астенический тип	1,11$^{\wedge}$ [1,1-1,12]	1,11` [1,1-1,13]	1,15 [1,13-1,16]	1,58 [1,55-1,59]	1,59 [1,54-1,6]	1,59 [1,56-1,59]	1,98$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,97-2,02]	2,01 [2-2,02]	2,01 [2-2,01]
Мышечная ткань в целом	1,41$^{*,\wedge}$ [1,4-1,42]	1,64` [1,63-1,66]	1,89 [1,86-1,93]	1,74 [1,71-1,75]	1,74 [1,73-1,76]	1,74 [1,73-1,75]	1,97$^{\wedge\wedge\wedge}$ [2,01-2,01]	2,0``` [1,98-2,01]	2,4 [2,2-2,5]
дигестивний тип	1,13$^{*,\wedge}$ [1,12-1,14]	1,14` [1,13-1,16]	1,46 [1,45-1,46]	1,54 [1,52-1,54]	1,55 [1,53-1,56]	1,55 [1,52-1,56]	1,83$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,02-1,9]	2,0``` [1,99-2,02]	2,3 [2,2-2,4]
мышечный тип	2,01$^{*,\wedge}$ [2-2,02]	2,07` [2,06-2,08]	2,35 [2,34-2,38]	2,01 [2-2,02]	2,02 [2,01-2,03]	2,01 [2-2,01]	1,86$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,84-1,88]	1,99``` [1,98-2,01]	2,1 [2-2,06]
торакальный тип	1,41$^{\wedge}$ [1,4-1,42]	1,41` [1,4-1,43]	1,49 [1,47-1,51]	1,54 [1,53-1,56]	1,55 [1,53-1,56]	1,55 [1,54-1,56]	1,81$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,68-1,94]	1,87``` [1,85-1,89]	2,16 [2,13-2,18]
астенический тип	1,1$^{*,\wedge}$ [1,1-1,1]	1,39` [1,38-1,41]	1,52 [1,48-1,53]	1,48 [1,47-1,49]	1,49 [1,48-1,51]	1,49 [1,47-1,49]	1,68$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,66-1,77]	1,74``` [1,73-1,76]	1,84 [1,83-1,86]
Жировая ткань в целом	1,1$^{*,\wedge}$ [1,1-1,11]	1,46` [1,45-1,48]	1,66 [1,65-1,68]	1,99 [1,97-1,99]	1,98 [1,97-1,99]	1,98 [1,98-1,99]	2,52$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,31-2,65]	2,29``` [2,28-2,31]	2,19 [2,18-2,21]
дигестивный тип	1,22$^{\wedge}$ [1,19-1,24]	1,22` [1,21-1,24]	1,34 [1,31-1,35]	2,01 [2-2,2]	2,01 [2-2,2]	2,01 [2-2,2]	2,77$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,38-2,84]	2,36``` [2,35-2,38]	2,21 [2,17-2,22]
мышечный тип	1,09$^{\wedge}$ [1,08-1,1]	1,08` [1,07-1,1]	1,25 [1,21-1,26]	1,69 [1,68-1,71]	1,68 [1,67-1,69]	1,68 [1,67-1,69]	2,03 [2,04-2,1]	2,02 [2,01-2,04]	2,05 [2,03-2,06]

Продолжение Таблицы 23

Тканевые компоненты	**Психотипы**								
	Интроверты			**Центроверты**			**Экстраверты**		
	ЧБД ХА+ (n=74)	**ЧБД ХА- (n=51)**	**Контр. гр. (n=24)**	**ЧБД ХА+ (n=35)**	**ЧБД ХА- (n=62)**	**Контр. гр. (n=47)**	**ЧБД ХА+ (n=78)**	**ЧБД ХА- (n=47)**	**Контр. гр. (n=27)**
торакальный тип	1,03$^{*,\wedge}$ [1,02-1,04]	1,05` [1,04-1,07]	1,25 [1,24-1,27]	1,14 [1,12-1,14]	1,15 [1,14-1,17]	1,15 [1,14-1,16]	1,65$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,22-1,71]	1,2 [1,19-1,22]	1,19 [1,17-1,2]
астенический тип	1,05$^{*,\wedge}$ [1,03-1,07]	1,3` [1,29-1,32]	1,43 [1,39-1,44]	1,22 [1,2-1,23]	1,21 [1,2-1,22]	1,21 [1,2-1,22]	1,14 [1,16-1,16]	1,14 [1,13-1,16]	1,15 [1,13-1,17]

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; `p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА- относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ``p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА- относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ```p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА- относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Развитие костной, мышечной и жировой тканей наименьшее у обследованных интровертов всех групп в сопоставлении с экстравертами всех групп. Данные отражены в таблице 23. При этом у интровертов ЧБД ХА+ морфометрические показатели характеризовались снижением выраженности развития мышечной и жировой тканевых компонент в 1,5 раза по сравнению с ЧБД ХА- и в 2 раза по сравнению с детьми контрольной группы. У экстравертов ЧБД ХА+ отмечалось снижение в 1,2 раза развития тканевых компонент мышечной и повышения жировой ткани по сравнению с ЧБД ХА- и в 1,5 раза - по сравнению с детьми контрольной группы. Дети центроверты всех изучаемых групп демонстрировали средние показатели тканевых компонент (Таблица 23).

Таким образом, интроверты ЧБД ХА+ в 2 раза чаще имели нарушения физического развития в виде умеренного дефицита массы тела по сравнению с интровертами ЧБД ХА- и вчетверо чаще в сопоставлении с контрольной группой. Микросомия выявлялась с частотой в 1,5 раза чаще, нежели у часто болеющих детей без ХА и в 3 раза чаще, чем у контрольной группы; астеноидный тип телосложения определялся в 3 раза чаще по сравнению с ЧБД ХА- и контрольной группы, а также отмечалось снижение содержания тканей, составляющих морфологическую основу конституции; показатели фронтальных осей черепа были наибольшими, а развитие тканевых компонент было самым низким по сравнению с ЧБД ХА- и здоровыми детьми.

Отклонения от нормы физического развития в виде умеренного повышения массы тела у часто болеющих детей экстравертов с ХА выявлены в 2 раза чаще в сопоставлении с часто болеющими детьми без ХА, и в 3 раза чаще, чем у детей контрольной группы. Дигестивный тип и макросомия определялись в 1,5 раза чаще в сопоставлении с часто болеющими детьми без ХА и в 3 раза чаще, чем у детей контрольной группы.

Показатели фронтальных осей черепа («длина/ширина») были наименьшими (брахицефалия), а развитие тканевых компонент характеризовались снижением мышечной и повышением жировой тканей.

У ЧБД ХА+ центровертов нарушения физического развития в виде умеренного дефицита и избытка массы тела встречались в 2 раза чаще по сравнению с ЧБД ХА- и в 5 раз чаще, чем у детей контрольной группы; они демонстрировали средние показатели соотношения осей черепа и грудной клетки, а также средние показатели тканевых компонент и встречаемости разных вариантов соматотипов.

4.2. Особенности нервно-психического развития часто болеющих детей 4–7 лет с разным типом психосоматической конституции и наличием или отсутствием хронического аденоидита

Оценка составляющих НПР осуществлялась следующим образом: выявлялись особенности эмоциальных реакций, определялись наиболее выраженные черты характера, регистрировались показатели социометрии, принимались во внимание расстройства невротического спектра.

Среди сигналов, дающих представление об уровне адаптационной успешности ребенка, выделяют эмоциональные проявления, как фундаментальные свойства психики, недвусмысленно сигнализирующие о состоянии неблагополучия. Такое положение вещей объясняет необходимость определения особенностей нарушений в эмоциональной сфере разных конституционально-адапатационных типов, диктует целесообразность верного описательного отражения наиболее выраженных свойств личности.

Были изучены показатели когнитивной, эмоционально-поведенческой сферы, особенности социальных взаимодействий у обследованных детей при разных типах психосоматической конституции (Таблица 24).

Таблица 24 – Показатели нервно-психического развития детей (баллы), Me (25%; 75%)

Показатели НПР	Психотип								
	Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
	ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Тест Денвера									
Наглядно-образное мышление	7,05$^{*,\wedge}$ [6,63-7,48]	7,2` [7-7,6]	8,2 [8,1-8,4]	7,2$^{**,\wedge\wedge}$ [6,93-7,4]	7,9 [7,61-8]	7,9 [7,6-8,14]	7,6$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [7,3-7,9]	8,3``` [8,13-8,4]	8,9 [8,7-9,1]
Понятийное мышление	2,1$^{*,\wedge}$ [1,9-2,2]	3` [2,6-3,3]	3,2 [3,1-3,6]	2,7$^{**,\wedge\wedge}$ [2,51-2,82]	2,9 [2,71-3]	2,9 [2,4-2,9]	2,5$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [2,3-2,7]	2,8``` [2,6-2,9]	3,7 [3,2-3,8]
Абстрактное мышление	2,5$^{*,\wedge}$ [2,4-2,6]	2,7` [2,66-2,75]	3,2 [3-3,3]	2,6$^{**,\wedge\wedge}$ [2,35-2,72]	2,9 [2,78-3,1]	3,0 [2,9-3,1]	1,7$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,6-1,9]	2,1 [2-2,2]	2,1 [2,1-2,32]
Внимание	1,9$^{*,\wedge}$ [1,8-2]	2,4` [2,27-2,58]	3,1 [3-3,2]	2,2$^{**,\wedge\wedge}$ [1,9-2,3]	2,8 [2,7-2,9]	2,9 [2,6-2,9]	1,7$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [1,6-1,9]	1,9``` [1,8-2]	2,1 [1,8-2,2]
Память слуховая	4$^{*,\wedge}$ [4-4,2]	4,2` [4,1-4,38]	5,2 [5,1-5,2]	4,7$^{**,\wedge\wedge}$ [4,6-4,8]	4,9 [4,5-4,9]	5,1 [5-5,2]	4,3$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [3,93-4,38]	4,6``` [4,4-4,9]	5,8 [5,51-5,9]
Память зрительная	3,65$^{*,\wedge}$ [3,4-3,9]	4,2` [4,1-4,3]	4,5 [4,4-4,6]	5,1$^{**,\wedge\wedge}$ [5-5,4]	5,6 [5,5-5,9]	5,9 [5,4-5,9]	4,1$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [3,9-4,3]	5,6 [5,45-5,79]	5,7 [5,5-5,82]
Память смысловая	6,5$^{*,\wedge}$ [6,2-6,78]	6,9` [6,8-7,06]	7,3 [7,1-7,5]	6,5$^{**,\wedge\wedge}$ [6,2-6,81]	6,9 [6,8-7,1]	7,1 [7-7,31]	5,7$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [5,3-6,08]	6,4 [6,21-6,6]	6,4 [6,2-6,5]
Крупная моторика	87,3$^{*,\wedge}$ [86,1-88,6]	110` [108,05-112,75]	111 [110,1-112,7]	107,3$^{**,\wedge\wedge}$ [101,1-112,6]	112,6 [111,3-114,15]	115,1 [110,1-119,4]	91,1$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [88,7-93,48]	112,6 [110,93-114,25]	115,5 [112,3-118,15]
Мелкая моторика	79,6$^{*,\wedge}$ [77,33-83,08]	112,7` [110,9-114,35]	121,2 [111,9-126,3]	106,2$^{**,\wedge\wedge}$ [100,3-109,18]	115,4 [113,1-118,12]	118,5 [111,6-121,31]	78,1$^{***,\wedge\wedge\wedge}$ [76,15-80,08]	112,0 [111,03-112,99]	112,6 [110,2-113,15]

Продолжение Таблицы 24

Показатели НПР	Психотип								
	Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
	ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Речь	80,2*,^ [79,28-82,1]	108,1` [106,5-109,85]	112,4 [109,5-116,5]	109,2**,^^ [102,18-112,1]	115,2 [114,15-118,21]	118,4 [108,5-119,5]	90,4***,^^^ [87,43-92,58]	113,2 [111,35-114,85]	115,1 [113,3-117,12]
Активности в социальных контактах и играх	78,8*,^ [76,8-80,68]	108,7` [107,35-110,35]	114,1 [109,5-117,3]	108,9**,^^ [106,8-114,18]	114,1 [112,55-116,5]	115,4 [109,1-119,5]	83,5***,^^^ [82-84,9]	113,6 [111,55-115,85]	114,6 [112,55-116,11]
Эмоциональная сфера (тест Люшера)									
Нестабильность выбора	45,0*,^ [42,6-47,45]	27,4` [26,8-28]	20,2 [19,8-21,9]	21,0**,^^ [20,6-23,4]	16,2 [14,01-17,9]	15,2 [12,4-17,9]	28,4***,^^^ [24,68-32,08]	11,6 [11,01-12,19]	10,5 [10,1-12,2]
Общая тревожность	49,5*,^ [47,33-51,38]	30,4` [29,35-31,25]	26,4 [25,3-28,2]	22,5^^ [20,3-25,81]	19,4 [17,7-21,3]	16,4 [55,3-18,1]	27,05***,^^^ [25,4-31,18]	12,3 [11,7-13,3]	11,2 [11,0-13,5]
Внутриличностная тревожность	27,8*,^ [26,5-29,3]	17,6` [17-18,2]	15,4 [14,1-16,2]	17,8 [16,5-19,5]	15,9 [12,61-17,41]	14,8 [14,1-16,21]	14,4***,^^^ [13,7-15,3]	10,1 [9,63-10,4]	10,1 [9,51-10,5]

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; `p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА- относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ``p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА- относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ```p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА- относительно экстравертов контрольной группы; НПР – нервно-психическое развитие; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Интроверты всех групп демонстрировали более высокие результаты в мелкой моторике и смысловой памяти, в отличие от экстравертов всех групп, которые превосходили других детей в крупных моторных навыках, лучше справлялись с заданиями на оценку понятийного мышления, а их слуховая и зрительная память были развиты сильнее (Таблица 24).

У интровертов ЧБД ХА+ отмечалось снижение в 1,5 раза числа детей с нормальными показателями мелкой моторики, абстрактного мышления и смысловой памяти по сравнению с ЧБД ХА- и в 2 раза по сравнению с детьми контрольной группы ($p<0,05$).

У ЧБД ХА+ экстравертов наблюдались увеличение в 1,5 раза по сравнению с экстравертами ЧБД ХА- и в 2 раза по сравнению с экстравертами контрольной группы числа детей с низкими показателями крупной моторики, понятийного мышления, слуховой и зрительной памяти ($p<0,05$).

Центроверты всех обследованных групп в целом демонстрировали средние показатели НПР, но у ЧБД ХА+ отмечалось равномерное незначительное снижение показателей НПР.

Среди ЧБД цвета грустного спектра чаще выбирали ЧБД ХА+ интро- и экстраверты, при этом интровертов отличала наибольшая стабильность выбора, высокий уровень тревожности, низкий уровень активности и хорошая работоспособность, проявляющая в склонности к монотонной работе. Реже цвета грустного спектра выбирали центроверты, им был свойственен наименьший уровень тревожности (Таблица 24).

У детей разных психических типов изменения эмоционального реагирования и поведенческих актов происходили различно (Рисунки 9, 10, 11).

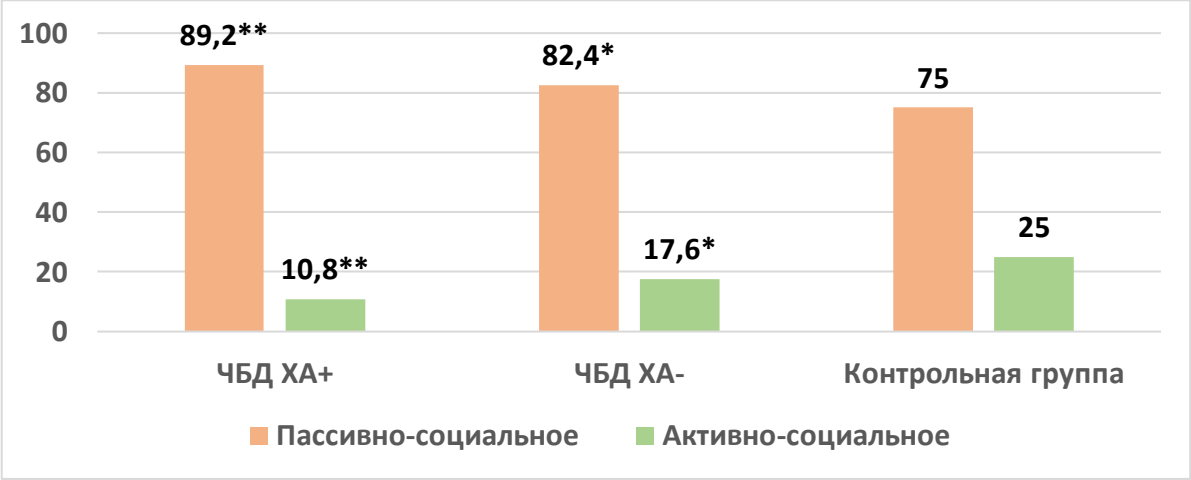


Рисунок 9 – Тип поведения по методике Залужного А.А. детей интровертов изучаемых групп (%)

Примечание: *– различия между группами ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- статистически значимы (p<0,05); ** – различия между группами ЧБД ХА+ и контрольной группой статистически значимы (p<0,05); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита

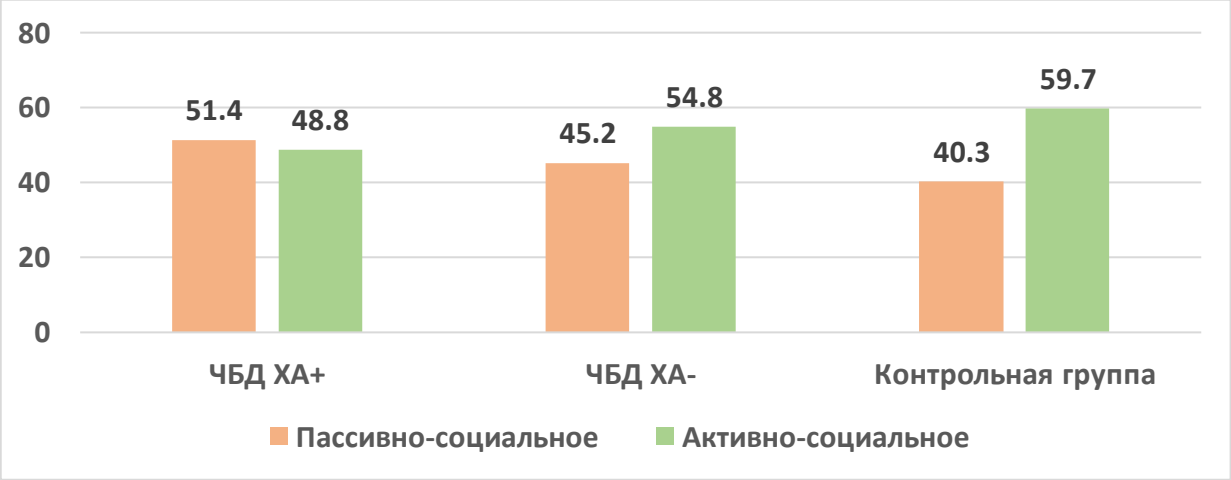


Рисунок 10 – Тип поведения по методике Залужного А.А. детей центровертов изучаемых групп (%)

Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита

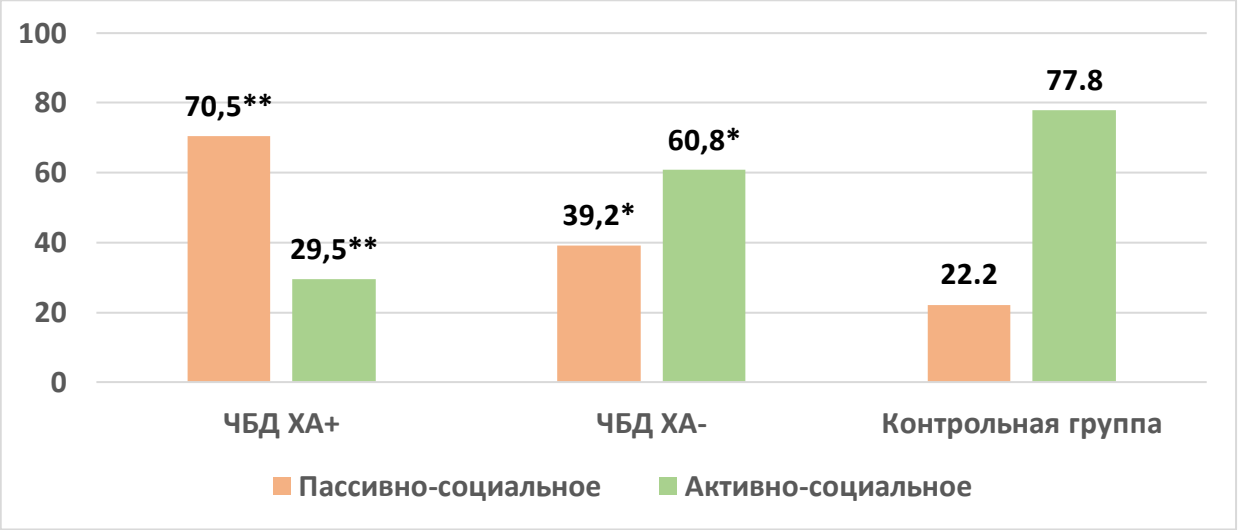


Рисунок 11 – Тип поведения по методике Залужного А.А. детей экстравертов изучаемых групп (%)

П р и м е ч а н и е: *– различия между группами ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- статистически значимы (p<0,05); ** – различия между группами ЧБД ХА+ и контрольной группой статистически значимы (p<0,05); ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита

У интровертов ЧБД ХА+ чаще регистрировался пассивно-социальный тип поведения (снижение настроения, нарушения сна, моторики), сопряженный со снижением социальных контактов, что по своей частоте в 1,5 раза превосходило аналогичные показатели у ЧБД ХА- и в 2 раза, чем у детей контрольной группы (Рисунок 9). У ЧБД ХА+ экстравертов чаще регистрировалось снижение активно-социального поведения, что в 2 раза превышало показатели ЧБД ХА- и в 3 раза контрольной группы (Рисунок 10). Дети центроверты в равной степени демонстрировали проявления как пассивно- так и активно-социального поведения (Рисунок 11).

Общий показатель психического развития у детей изучаемых групп выявил высокую частоту его отставание у ЧБД ХА+ (Таблица 25).

Таблица 25 – Показатель общего психического развития по результатам теста Денвера детей изучаемых групп (%)

Дети 4-7 лет/заключение по тесту	**Интроверты**			**Центроверты**			**Экстраверты**		
	ЧБД ХА+ (n=74)	**ЧБД ХА- (n=51)**	**Контр. гр. (n=24)**	**ЧБД ХА+ (n=35)**	**ЧБД ХА- (n=62)**	**Контр. гр. (n=47)**	**ЧБД ХА+ (n=78)**	**ЧБД ХА- (n=47)**	**Контр. гр. (n=27)**
Соответствие тесту	51,3*,^	84,3	91,7	57,1**,^^	82,3	91,5	53,8***,^^^	87,2	92,6
Отставание	48,7	15,7	8,3	42,9	17,7	8,5	46,2	12,8	7,4

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Лишь у 50% обследованных часто болеющих детей с ХА совокупный показатель уровня зрелости психики отвечал возрастным нормам. Это в 1,5 раза ниже, чем у часто болеющих детей без ХА. Также данный показатель вдвое ниже, нежели у обследованных контрольной группы.

Воспитание интровертов чаще осуществлялось при наличии избыточной родительской опеки. Стиль родительского воспитания экстравертов противоположный, с недостатком опеки. У ЧБД ХА+ интро- и экстравертов данные типы семейного воспитания встречались в 2 раза чаще. Дети центроверты демонстрировали средние значения, результаты которых не достигли достоверных различий. По данным анкетирования родителей (анкета Э.Г. Эйдемиллера) ЧБД ХА+ экстраверты чаще имели конфликты со сверстниками и с родителями дома (Таблица 26).

Таблица 26 – Типы семейного воспитания и конфликты в семьях детей (%)

Дети 4-7 лет		Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
		ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Неблагоприятные типы семейного воспитания	гиперопека	56,8*,^	35,3`	12,5	11,4	9,7	8,5	15,4	10,6	7,4
	гипоопека	12,2	9,8	8,3	8,6	8,1	6,4	64,1**,^^	36,2``	18,5
Конфликты (по данным анкетирования)	с педагогами	6,8	5,9	-	-	-	-	28,2	-	-
	со сверстниками	5,4	3,9	-	-	-	-	37,2**,^^	23,4``	11,1
	с родителями	12,2	7,8	4,2	-	-	-	32,1**,^^	21,3``	3,7

Примечание: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; `p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА- относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ``p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА- относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Психологический портрет часто болеющего ребенка интроверта с ХА характеризовался недостаточностью мелкой моторики, снижением абстрактного мышления, затруднением смыслового запоминания и контактов с окружающими, отставанием общего психического развития. Эмоциональные показатели понижены, отмечается увеличение агрессии, направленной на самого себя. Стиль родительского воспитания – гиперопекаемый.

Экстраверты демонстрировали низкие показатели крупной моторики, образного мышления, слуховой и зрительной памяти, общее психическое развитие снижено. Выявлен дефицит мотивации, направленной на эмоциональную вовлеченность, общения. Характерно демонстративное, агрессивно ориентированное поведение.

Родительское воспитание в семьях экстравертов выстраивалось по гипоопекаемому типу.

Центроверты демонстрировали незначительное равномерное снижение показателей НПР, а также отставание общего психического развития.

Таким образом, установлено, что у интро- и экстравертов усиливаются слабые конституциональные стороны и сглаживаются сильные. Такое положение вещей следует принимать во внимание для эффективного восстановления пациентов и формирования индивидуально ориентированных программ их сопровождения.

Отклонения физического и нервно-психического развития у часто болеющих детей с ХА не отличаются от особенностей детей без выявленных нарушений, однако, выраженность и частота этих нарушений у ЧБД ХА+ выше.

4.3. Показатели функционирования органов и систем часто болеющих детей 4–7 лет с разным типом психосоматической конституции и наличием или отсутствием хронического аденоидита

В рамках данного исследования был проведен анализ показателей функционирования органов и систем по данным клинических анализов и инструментальных методов: ЧСС, ЧД, АД, ЖЕЛ, ЭКГ, показатели общего анализа крови, вариабельности ритма сердца (Таблица 27).

Таблица 27 – Показатели функционирования сердечно-сосудистой системы детей (%)

Признак		Дети 4–7 лет								
		Инроверты			Центроверты			Экстраверты		
		ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
ЧСС в мин.	низкое нормальное	40,5*,^	27,5	25	20**,^^	8,1	6,4	7,7	4,3	3,7
	среднее нормальное	54,1*,^	68,6	75	57,1**,^^	83,8	89,4	53,8***,^^^	68	70,4
	высокое нормальное	5,4	3,9	-	22,9**,^^	8,1	4,2	38,5***,^^^	27,7	25,9
Ритм (по данным ЭКГ)	правильный	44,4^	52,9`	83,3	80	82,3	85,1	33,4***,^^^	57,4	77,8
	синусовая брадикардия	55,6*,^	31,3`	12,5	8,5	8,1	6,4	8,3	12,7	3,7
	синусовая тахикардия	-*,^	15,8`	4,2	11,5	9,9	8,5	58,3***,^^^	29,9	18,5
Систолическое АД, мм рт. ст.	10-50 процентиль	35,1*,^	19,6	12,5	20**,^^	8,1	4,2	5,1	8,5	3,7
	51-90 процентиль	59*,^	76,5	87,5	57,1**,^^	83,8	91,6	70,5	78,7	85,2
	90-95 процентиль	5,9	3,9	-	22,9**,^^	8,1	4,2	24,4***,^^^	12,8	11,1
Диастолическое АД, мм рт. ст.	10-50 процентиль	35,1*,^	19,6	12,5	20**,^^	8,1	4,2	5,1	8,5	3,7
	51-90 процентиль	59*,^	76,5	87,5	57,1**,^^	83,8	91,6	70,5	78,7	85,2
	90-95 процентиль	5,9	3,9	-	22,9**,^^	8,1	4,2	24,4***,^^^	12,8	11,1

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; `p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА- относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ``p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА- относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ```p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА- относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа; ЧСС – частота сердечных сокращений; ЭКГ – электрокардиография; АД – артериальное давление.

Анализ показателей работы сердечно-сосудистой системы (ССС) детей исследуемых групп выявил следующие особенности: у интровертов всех групп чаще встречались нормально низкие значения АД и ЧСС, что отличалось от показателей экстравертов всех групп, для которых были характерны нормально высокие значения всех изученных показателей. У ЧБД ХА+ интровертов вдвое увеличилось количество детей с нормально низкими значениями АД и ЧСС, а у ЧБД ХА+ экстравертов увеличилось количество детей с нормально высокими значениями АД и ЧСС по сравнению с ЧБД ХА- и детьми контрольной группы. Дети центроверты всех групп демонстрировали средние значения изученных параметров ССС, а в группе ЧБД ХА+ центровертов чаще выявлялось примерно в равной степени как нормально низкие, так и нормально высокие значения АД и ЧСС (Таблица 27).

Среди детей ЧБД ХА+ интровертов в 2 раза чаще регистрировались нормально низкие показатели ЧД и ЖЕЛ, а среди детей ЧБД ХА+ экстравертов в 2 раза чаще регистрировались нормально высокие значения ЧД и ЖЕЛ по сравнению с детьми ЧБД ХА- и контрольной группы. Дети центроверты демонстрировали средние показатели (Таблица 28).

Достоверных различий в общем анализе крови у всех обследованных детей выявлено не было (Таблица 29).

Таблица 28 – Показатели функционирования дыхательной системы детей изучаемых групп (M±SD)

Признак		**Дети 4–7 лет**								
		Инроверты			**Центроверты**			**Экстраверты**		
		ЧБД ХА+ (n=74)	**ЧБД ХА- (n=51)**	**Контр. гр. (n=24)**	**ЧБД ХА+ (n=35)**	**ЧБД ХА- (n=62)**	**Контр. гр. (n=47)**	**ЧБД ХА+ (n=78)**	**ЧБД ХА- (n=47)**	**Контр. гр. (n=27)**
ЧД в мин. (4-7 лет)	4-5 лет (норма 23-25)	23,1±0,01	23,4±0,01	23,5±0,5	24,1±0,1	24,2±0,1	24,5±0,2	24,4±0,01	24,3±0,3	24,3±0,5
	6-7 лет (норма 22-24)	22,1±0,71	22,1±0,51	23,5±0,4	23,1±0,5	23,5±0,5	23,5±0,5	23,9±0,09	23,6±0,1	23,6±0,1
ЖЕЛ (5–7 лет)	5-6 лет (норма 600-900)	0,6±0,01	0,7±0,1	0,8±0,5	0,8±0,1	0,8±0,1	0,8±0,1	0,8±0,1	0,8±0,01	0,8±0,01
	7 лет (норма 1100-1500)	1,1±0,1	1,2±0,1	1,3±0,1	1,2±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,4±0,5	1,4±0,3	1,4±0,3
Примечание: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа; ЧД – частота дыхания; ЖЕЛ – жизненная емкость легких.										

Таблица 29 – Показатели общего анализа крови детей изучаемых групп (M±SD)

Показатели гемограммы	**Дети 4–7 лет**								
	Интроверты			**Центроверты**			**Экстраверты**		
	ЧБД ХА+ (n=74)	**ЧБД ХА- (n=51)**	**Контр. гр. (n=24)**	**ЧБД ХА+ (n=35)**	**ЧБД ХА- (n=62)**	**Контр. гр. (n=47)**	**ЧБД ХА+ (n=78)**	**ЧБД ХА- (n=47)**	**Контр. гр. (n=27)**
Общее число эритроцитов (млн/мкл)	4–5 лет								
	4,09±0,11	4,15±0,18	4,35±0,21	4,05±0,2	4,3±0,15	4,25±0,2	4,15±0,18	4,35±0,21	4,65±0,20
	6–7 лет								
	4,07±0,11	4,25±0,11	4,33±0,20	4,13±0,15	4,2±0,11	4,3±0,20	4,25±0,11	4,33±0,20	4,55±0,20

ПродолжениеТаблицы 29

Показатели гемограммы	Дети 4–7 лет								
	Интроверты			Центроверты			Экстраверты		
	ЧБД ХА+ (n=74)	ЧБД ХА- (n=51)	Контр. гр. (n=24)	ЧБД ХА+ (n=35)	ЧБД ХА- (n=62)	Контр. гр. (n=47)	ЧБД ХА+ (n=78)	ЧБД ХА- (n=47)	Контр. гр. (n=27)
Гемоглобин крови, мг %	4–5 лет								
	12,1±0,21	12,5±0,23	12,4±0,30	12,1±0,5	12,5±0,51	12,4±0,41	12,5±0,23	12,4±0,30	12,3±0,39
	6–7 лет								
	12,4±0,22	12,5±0,05	12,4±0,01	12,5±0,25	12,5±0,05	12,4±0,05	12,5±0,05	12,4±0,01	12,3±0,4
Общее число лейкоцитов (10^9 г/л)	4–5 лет								
	6,0±0,12	6,0±0,49	6,21±0,11	6,3±0,14	6,4±0,12	6,2±0,12	6,0±0,49	6,21±0,11	6,34±0,41
	6–7 лет								
	6,1±0,11	6,1±0,23	6,01±0,09	6,2±0,13	6,3±0,21	6,01±0,11	6,1±0,23	6,01±0,09	6,24±0,02
Общее число тромбоцитов в крови	4–5 лет								
	18,9±0,01	18,8±0,01	19,1±0,12	19,1±0,05	19,3±0,11	19,1±0,11	18,8±0,01	19,1±0,12	19,2±0,02
	6–7 лет								
	18,9±0,41	18,7±0,21	19,1±0,11	18,9±0,51	18,6±0,25	19,1±0,15	18,7±0,21	19,1±0,11	19,2±0,21
Число нейтрофилов, отн. %	4–5 лет								
	39,7±4,5	36,7±3,4	40,7±2,3	39,7±3,5	38,5±3,5	40,2±3,5	36,7±3,4	40,7±2,3	40,7±2,1
	6–7 лет								
	59,2±2,1	58,1±2,3	60,7±2,1	59,2±2,5	59,1±2,5	59,7±2,6	52,1±2,3	60,7±2,1	60,2±2,5
Число эозинофилов, отн.%	4–5 лет								
	3,9±0,34	3,5±0,34	3,6±0,18	2,1±0,35	2,5±0,12	2,3±0,16	1,1±0,35	1,4±0,18	1,3±0,48
	6–7 лет								
	3,0±0,14	3,2±0,34	3,6±0,11	2,5±0,15	2,2±0,13	2,6±0,15	1,5±0,15	1,6±0,11	1,7±0,31
Число моноцитов, отн.%	4–5 лет								
	5,5±1,21	5,7±1,21	5,5±0,13	5,2±1,23	5,2±1,24	5,5±0,24	5,7±1,21	5,5±0,13	5,5±0,48
	6–7 лет								
	6,0±1,27	5,9±1,32	5,9±0,11	6,0±1,24	5,9±1,31	5,9±0,15	5,9±1,32	5,9±0,11	5,5±0,38
Число лимфоцитов, отн.%	4–5 лет								
	33,7±1,03	32,7±1,93	31,7±4,1	35,7±1,15	32,7±1,21	32,7±2,52	32,7±1,93	31,7±4,1	30,7±4,5
	6–7 лет								
	31,7±1,23	33,2±1,12	30,1±0,1	33,7±1,43	33,2±1,04	33,1±0,13	33,2±1,12	30,1±0,1	30,5±3,21

П р и м е ч а н и е: ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа.

Таблица 30 – Результаты спектрального анализа вариабельности ритма сердца детей изучаемых групп (M±SD)

В покое									
Показатели ВРС	**Интроверты**			**Центроверты**			**Экстраверты**		
	ЧБД ХА+ (n=74)	**ЧБД ХА- (n=51)**	**Контр. гр. (n=24)**	**ЧБД ХА+ (n=35)**	**ЧБД ХА- (n=62)**	**Контр. гр. (n=47)**	**ЧБД ХА+ (n=78)**	**ЧБД ХА- (n=47)**	**Контр. гр. (n=27)**
VLF, мс²	1973,91±154,8*,^	1264,75±159,3	1152,55±131,5	1780,34±293,1**,^^	1312,47±231,2	1355,03±331,5	1551,8±146,7***,^^^	1345,25±323,9	1498,15±243,4
LF, мс²	813,95±336,7*,^	1121,62±170,3	1139,22±168,5	1425,67±316,7**,^^	1805,63±243,4	1899,23±343,4	1863,67±342,7***,^^^	2478,37±389,3	2588,37±256,7
HF, мс²	2318,1±346,3*,^	1457,33±517,3	1498,21±419,1	1352,21±241,8**,^^	2078,32±287,9	2185,98±327,1	566,45±614,9***,^^^	2678,37±730,8	2684,37±342,1
LF/HF	0,35±0,07*,^	0,76±0,05	0,76±0,02	1,05±0,03**,^^	0,87±0,05	0,87±0,05	3,29±0,1***,^^^	0,92±0,2	0,96±0,2
VLF, %	48,78±2,3*,^	24,25±2,4	23,12±2,5	43,12±2,1**,^^	22,87±1,2	21,87±1,3	38,21±2,8***,^^^	20,87±5,4	21,96±4,2
LF, %	17,51±2,5*,^	20,21±1,01	20,15±1,21	31,76±1,15**,^^	29,34±1,18	28,34±1,54	47,12±2,8***,^^^	38,11±3,9	39,21±2,5
HF, %	14,21±3,8*,^	21,2±2,01	22,1±1,14	30,89±2,09**,^^	31,45±2,92	31,55±3,01	50,31±3,2***,^^^	41,21±3,4	41,54±2,3
Ортопроба									
VLF, мс²	2467,39±193,5*,^	1517,7±191,2	1543,5±201,5	2124,56±287,1**,^^	1567,32±198,7	1667,32±188,5	1862,16±176,04***,^^^	1681,56±404,9	15865,13±324,5
LF, мс²	967,44±420,88*,^	1345,94±204,36	1402,12±195,31	1605,32±209,1**,^^	2245,12±203,11	2355,12±193,34	2236,4±411,24***,^^^	3097,96±486,6	3354,34±586,1
HF, мс²	2497,63±432,88*,^	1748,79±620,76	1795,59±520,52	1664,87±2,15**,^^	2556,73±543,2	2655,66±545,5	679,74±737,88***,^^^	3047,96±913,5	3245,16±813,3
LF/HF	0,39±0,09*,^	0,77±0,06	0,78±0,05	0,96±0,03**,^^	0,88±0,02	0,89±0,02	3,29±0,12***,^^^	1,01±0,25	1,03±0,25
VLF, %	60,98±2,88*,^	29,1±2,88	29,8±1,56	52,46±2,02**,^^	27,76±2,01	28,76±1,96	45,85±3,36***,^^^	26,09±6,75	29,12±6,23

Продолжение Таблицы 30

В покое									
Показатели ВРС	**Интроверты**			**Центроверты**			**Экстраверты**		
	ЧБД ХА+ (n=74)	**ЧБД ХА- (n=51)**	**Контр. гр. (n=24)**	**ЧБД ХА+ (n=35)**	**ЧБД ХА- (n=62)**	**Контр. гр. (n=47)**	**ЧБД ХА+ (n=78)**	**ЧБД ХА- (n=47)**	**Контр. гр. (n=27)**
LF, %	21,89±3,13**,^	24,25±1,21	24,39±0,71	38,27±0,76**,^^	36,23±0,82	37,23±0,29	56,54±3,36***,^^^	47,64±4,88	48,14±5,14
HF, %	17,76±4,75**,^	25,44±2,41	25,65±2,32	37,91±2,11**,^^	38,87±2,09	39,97±2,16	60,37±3,84***,^^^	51,51±4,25	54,24±4,05
Коэффициент 30/15	1,3±0,4*,^	1,61±0,3	1,62±0,3	1,02±0,4**,^^	1,37±0,2	1,45±0,5	0,8±0,4***,^^^	1,1±0,2	1,2±0,2

П р и м е ч а н и е: *p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов группы ЧБД ХА-; ^p<0,05 – показатели интровертов ЧБД ХА+ относительно интровертов контрольной группы; **p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА + относительно центровертов ЧБД ХА-; ^^p<0,05 – показатели центровертов ЧБД ХА+ относительно центровертов контрольной группы; ***p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов ЧБД ХА-; ^^^p<0,05 – показатели экстравертов ЧБД ХА+ относительно экстравертов контрольной группы; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита; контр. гр. – контрольная группа; ВРС – вариабельность ритма сердца.

Исходный вегетативный тонус у интровертов в 51,0% случаев был представлен парасимпатикотонией (Таблица 30). Они характеризовались значимо более низкими значениями, отражающими уровень централизации вегетативной регуляции и баланс симпатического и парасимпатического отделов, по сравнению с экстравертами. Зарегистрированы предельные показатели активности холинергической системы и парасимпатического элемента нейрогенного канала автономной вегетативной регуляции.

Исходный вегетативный тонус у экстравертов в 51,3% случаев был представлен симпатикотонией (Таблица 30). Данный факт отражает интенсивную работу центральных регуляторных механизмов. Отмечается слабость парасимпатического отдела нервной системы, следствием чего является преобладание нейрогенных процессов.

Исходный вегетативный тонус у центровертов в 68,9% случаев был представлен нормотонией (эйтонией). Реактивность вегетативной нервной системы находилась в пределах нормы. Данные отражены в Таблице 30.

Интроверты ЧБД ХА+ показали минимальные значения совокупной спектральной мощности, повышение вклада высокочастотного составляющего, что говорило о наличии ваготропного влияния (малые значения коэффициента LF/HF). Среди них наблюдалось наибольшее количество детей с парасимпатикотонией (67,6%), что в 1,5 раза больше, чем у ЧБД ХА- (встречалось у 41,2%), в 3 раза, чем у контрольной группы (встречалось у 20,8%).

Спектральный анализ вариабельности ритма сердца у ЧБД ХА+ экстравертов выявил усиление влияния LF-компонента вегетативной регуляции, что проявлялось в высоких значениях коэффициента LF/HF. Среди ЧБД ХА+ экстравертов наблюдалось наибольшее количество детей с симпатикотонией (66,7%), что в 1,5 раза больше, чем у ЧБД ХА- (у 42,6%) и в 3 раза, чем у детей контрольной группы (у 22,2%).

Среди ЧБД ХА+ центровертов отмечалось увеличение числа детей с ваго- и симпатикотонией (у 51,4%), что почти в 2 раза выше, чем у ЧБД ХА- (у 32,3%) и в 5 раз, чем у детей контрольной группы (у 10,6%).

Таким образом, у ЧБД ХА+ интровертов чаще отмечались проявления ваготонии с преобладанием гуморально-метаболических звеньев регуляции, асимпатикотонической вегетативной реактивностью, гипокинетическим типом кровообращения на фоне нормально низких показателей частоты дыхания и ЖЕЛ. У ЧБД ХА+ экстравертов чаще регистрировались проявления симпатикотонии с преобладанием LF-компонента и активности центральных механизмов, гиперкинетический тип кровообращения на фоне нормально высоких показателей частоты дыхания и ЖЕЛ. У ЧБД ХА+ центровертов наблюдалось уменьшение пациентов с эйтонией и нормальной вегетативной реактивностью.

Следовательно, в связи с преобладанием гуморальных путей и трофотропных воздействий у интровертов и особенностями протекания процессов возбуждения и переключения можно объяснить их малую устойчивость к кратковременным интенсивным нагрузкам и хорошую переносимость длительных, невысоких и монотонных воздействий. Для экстравертов характерны «стремительные», энергозатратные способы, что определяет их способности к легкой переносимости значительных нагрузок в течение коротких промежутков времени, необходимость восполнения ресурсов при этом наступает быстро.

Полученные данные необходимо учитывать при составлении плана диспансерного наблюдения за ЧБД ХА+, что будет способствовать нивелированию слабых черт и усилению сильных сторон конституциональных признаков и повысит эффективность реабилитации.

4.4. Особенности течения хронического аденоидита у детей 4-7 лет с разным типом психосоматической конституции

Для более детального анализа жалоб, клинического течения и формирования хронического процесса в носоглотке был проведен анализ историй развития детей – форма 112/у, а также дополнительный сбор анамнеза у родителей.

Основной жалобой у всех обследованных было периодическое затруднение носового дыхания, но также встречались жалобы на ночной кашель, снижение слуха, нарушения звукопроизношения, храп и остановки дыхания во сне (Рисунок 12).

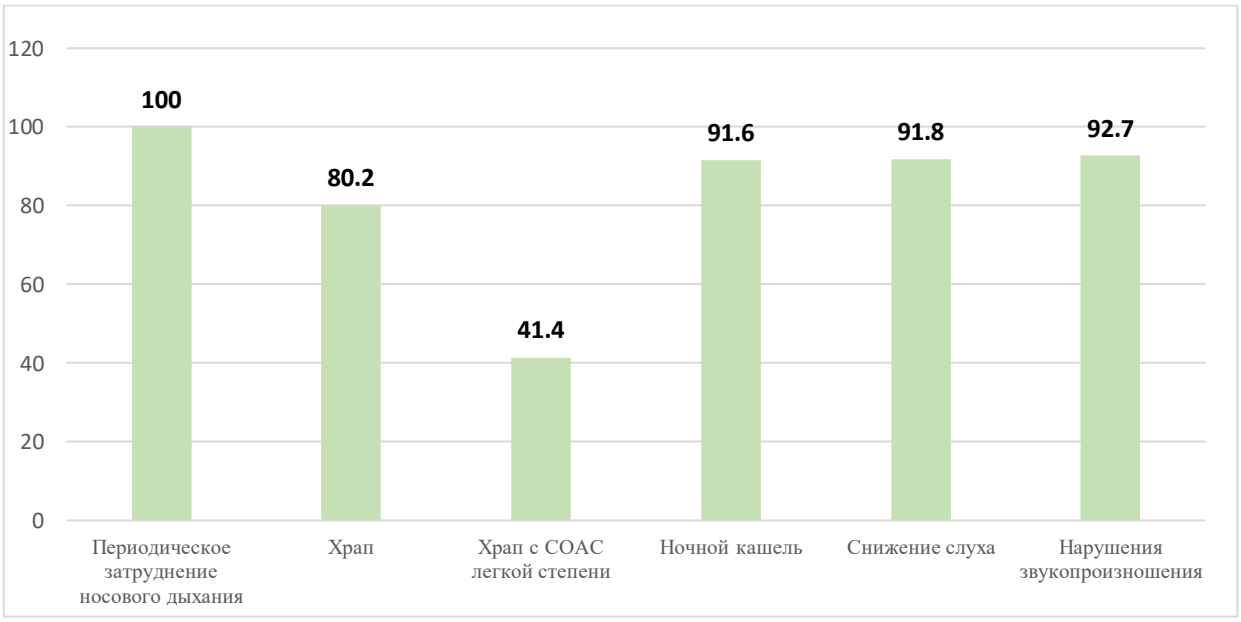


Рисунок 12 – Характеристика жалоб у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом (%)

Примечание: СОАС – синдром обструктивного апноэ сна

При анализе жалоб в зависимости от психосоматической конституции было установлено, что храп (63,5%) и нарушения звукопроизношения (66,2%) чаще всего регистрировались у детей интровертивного типа направленности психической активности. Кашель в ночное время суток регистрировался в 65,4%, а снижение слуха в 61,5% у обследуемых экстравертов. Что касается центровертов, то указанные проявления имели место реже, чем у 20% пациентов (Рисунок 13).

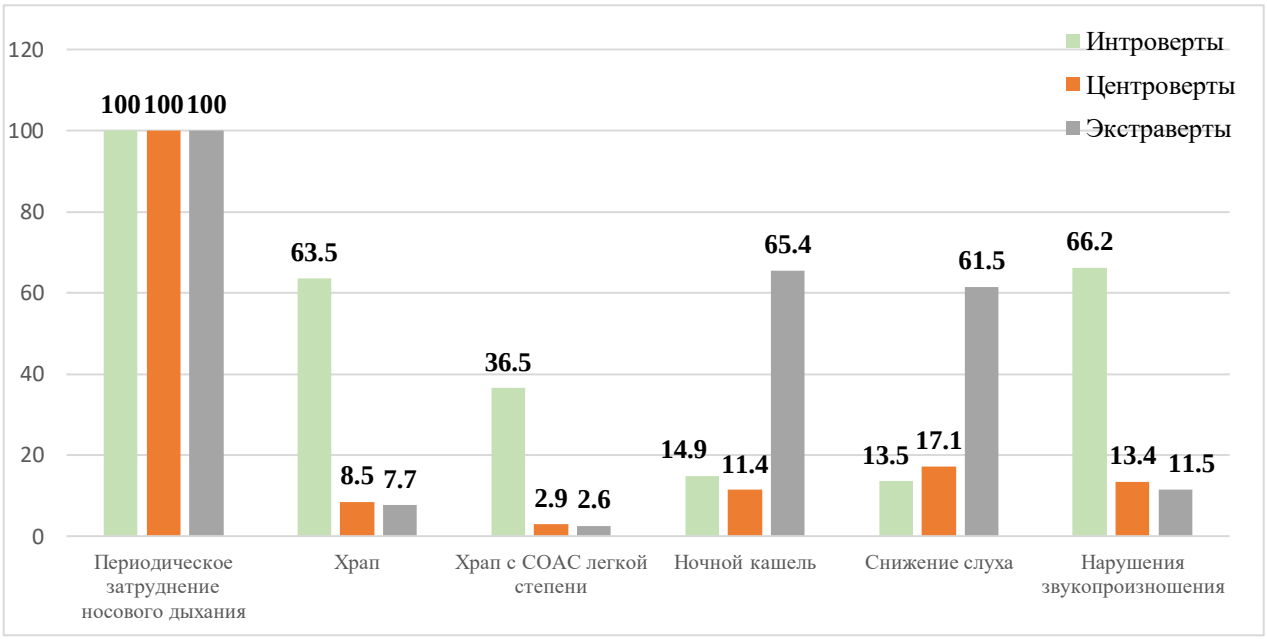


Рисунок 13 – Частота жалоб у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом разных типов направленности психической активности (%)

Примечание: СОАС – синдром обструктивного апноэ сна

При изучении особенностей формирования ХА у ЧБД было установлено, что давность заболевания пациентов при обращении за медицинской помощью к ЛОР-врачу в среднем составляла 1,3±0,1 года, а возраст верификации диагноза – 4,3±0,2 года, при этом симптомы экссудативного среднего отита регистрировались в возрасте 4-х лет (4,0±0,1 лет). Частота обострений ХА в год на одного ребенка в среднем составила 2,8±0,2 случаев (Рисунок 14).

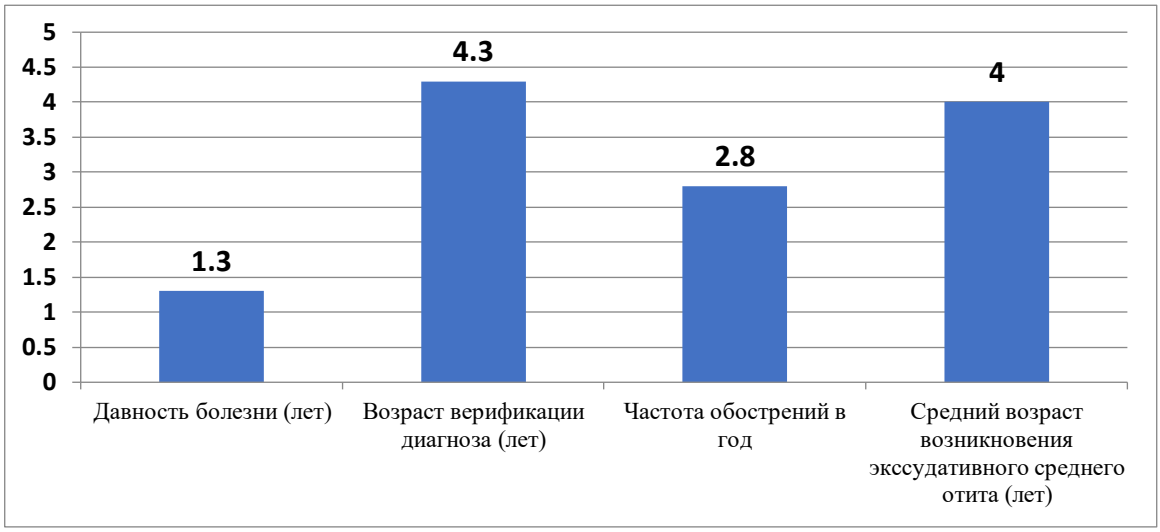


Рисунок 14 – Характеристика развития хронического аденоидита у часто болеющих детей 4–7 лет

При анализе особенностей ХА у ЧБД в зависимости от типа направленности психической активности было установлено, что большинство экстравертов (62,7%) характеризовались давностью болезни менее года, в то время как интроверты – свыше полутора лет (59,4%), а для 40% центровертов была характерна давность заболевания от года до полутора (Таблица 31). В группе пациентов с возрастом верификации диагноза до 4-х лет преобладали центроверты (37,1%), в возрасте 4–4,5 лет – интроверты (75,7%), а в возрасте старше 4,5 лет – экстраверты (61,5%). Более ранний возраст возникновения экссудативного отита наблюдался у большинства экстравертов (59%), а поздний (от 4 до 4,5 лет) у двух третей интровертов (74,3%). Частота обострений в год не имела различий у детей разных типов (Таблице 31).

Таблица 31 – Характеристика развития хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у часто болеющих детей 4–7 лет при разных типах направленности психической активности

Характеристика		**Интроверты (n=74)**	**Центроверты (n=35)**	**Экстраверты (n=78)**
Давность болезни (лет)	1 год и менее (n=69, 36,9% от общего кол-ва детей)	13,0% (12,2% от общего числа интровертов)*	15,9% (31,4% от общего числа центровертов)	71,1% (62,7% от общего числа экстравертов)***
	1,1-1,5 (n=52, 27,8% от общего кол-ва детей)	40,4% (28,4% от общего числа интровертов)	26,9% (40% от общего числа центровертов)**	32,7% (21,9% от общего числа экстравертов)
	более 1,5 (n=66, 35,3% от общего кол-ва детей)	66,7% (59,4% от общего числа интровертов)*	15,2% (28,6% от общего числа центровертов)**	18,1% (15,4% от общего числа экстравертов)
Возраст верификации диагноза (лет)	менее 4 лет (n=26, 13,9% от общего кол-ва детей)	38,5% (13,5% от общего числа интровертов)*	50,0% (37,2% от общего числа центровертов)**	11,5% (3,8% от общего числа экстравертов)***
	4,0 – 4,5 года (n=95, 50,8% от общего кол-ва детей)	58,9% (75,7% от общего числа интровертов)*	12,7% (34,2% от общего числа центровертов)*8	28,4% (34,7% от общего числа экстравертов)***
	4,5 и более (n=66, 35,3% от общего кол-ва детей)	12,1 % (10,8% от общего числа интровертов)*	15,2% (28,6% от общего числа центровертов)	72,7% (61,5% от общего числа экстравертов)***
Средний возраст возникновения экссудативного отита у ребенка с ХА (лет)	менее 4 лет (n=62, 33,2% от общего кол-ва детей)	8,1% (6,8% от общего числа интровертов)*	17,7% (31,4% от общего числа центровертов)	74,2% (59,0% от общего числа экстравертов)***
	4,0-4,5 лет (n=100, 53,4% от общего кол-ва детей)	55,0% (74,3% от общего числа интровертов)*	13,0 % (37,2% от общего числа центровертов)**	32,0% (41,0% от общего числа экстравертов)***
	4,5 и более лет (n=25, 13,4% от общего кол-ва детей)	56,0% (18,9% от общего числа интровертов)*	44,0% (31,4% от общего числа центровертов)	-***

Примечание: *p<0,05 – различия между группами интровертов и экстравертов; **p<0,05 – различия между группами интровертов и центровертов; ***p<0,05 – различия между группами экстравертов и центровертов; ХА – хронический аденоидит.

По данным осмотра врача ортодонта патология зубочелюстной системы была выявлена у 54% ЧБД ХА+ (101 ребенок). Наиболее распространенной зубочелюстной аномалией являлась дистальная окклюзия зубных рядов (38,6%). Кроме указанных нарушений, выявлена выраженная резцовая окклюзия (28,7%), определена скученность зубов по транзиторному типу (11,9%), в области жевательной группы зубов выявлена микродентия (9,9%), а у каждого 10 ребенка встречалась смешанная патология зубочелюстной системы (Рисунок 15).

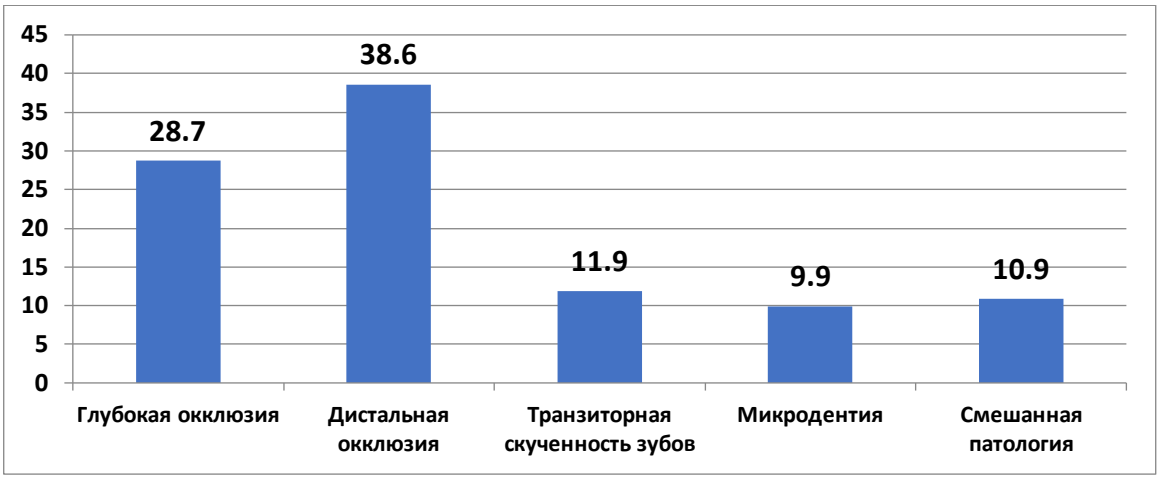


Рисунок 15 – Патология зубочелюстной системы у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом (%)

Анализ патологии зубочелюстной системы в зависимости от типа направленности психической активности позволил установить, что врач ортодонт значимо чаще обнаруживал аномалии у интровертов (64,4%), которые характеризовались наличием дистальной (38,4%) или глубокой окклюзии (26,2%), а также транзиторной скученности зубов (12,3%), микродентии (10,8%) и смешанной патологии (12,3%).

Среди ЧБД ХА+ экстравертивного типа направленности патология зубочелюстной системы была выявлена лишь у 20,7% детей и представлена в основном глубокой (38,1%) и дистальной (33,3%) окклюзией и смешанной патологией (14,3%). В единичных случаях обнаруживались микродентия (4,8%) и транзиторная скученность зубов (9,5%).

Среди ЧБД ХА+ центровертивного типа патология зубочелюстной системы определялась лишь у 14,9% пациентов и также характеризовалась дистальной (46,7%) и глубокой (26,7%) окклюзией, а в единичных случаях – транзиторной скученностью (13,3%) и микродентией (13,3%).

При проведении корреляционного анализа были установлены множественные положительные средне-сильные связи уровня экстраверсии с такими признаками, как постназальный синдром (0,54), ночной кашель (0,54) и снижение слуха (0,66), а множественные положительные средне-сильные связи уровня интроверсии – с патологией зубочелюстной системы (0,72), давностью болезни (0,67), ранним возрастом дебюта ХА (0,56), наличием храпа с синдромом обструктивного апноэ сна (0,57) и нарушением звукопроизношения (0,72). У центровертов значимой корреляции выявлено не было.

Таким образом, различия портретов ЧБД ХА+ разной направленности психической активности раскрывают сильные и слабые особенности каждого типа. Возникновение и течение ХА приводит к усилению слабых и нивелированию сильных свойств конституциональных признаков.

Так, для ЧБД ХА+ интровертивной направленности психической активности характерны такие симптомы как ронхопатия с синдромом обструктивного апноэ сна. Отмечена также ваготония и неверное произношение звуков, аномалии зубного ряда.

Для экстравертивного типа характерны постназальный синдром с ночным кашлем, формирование экссудативного отита и усугубление симпатикотонии. У ЧБД ХА+ центровертивного типа отклонения состояния здоровья носят минимальный характер.

В этой связи актуальны индивидуально ориентированные методы сопровождения, терапевтической мишенью которых будут усиление слабых конституциональных свойств. Это будет способствовать созданию условий для роста адаптационных ресурсов организма, более быстрого восстановления до уровня стойкой ремиссии. Открываются широкие перспективы для формирования

эффективного здоровьесбережения, основанного на индивидуальном подходе. Такие программы позволят педиатру быстро и четко составить программу оздоровления для ребенка, опираясь на тип его психосоматической конституции, включающую рекомендации по организации режима дня, питанию, воспитанию, улучшению деятельности нервной системы, тренингу конституционально слабых качеств.

ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

5.1. Изучение осведомленности участковых врачей педиатров и родителей часто болеющих детей с хроническим аденоидитом об особенностях его течения

Так как нарушение носового дыхания является первым и основным симптомом, требующим обращения за консультацией к врачу, в том числе и оториноларингологу, то дифференциальная диагностика причин назальной обструкции является рутинной в практике врача-педиатра и определяет обязательное применение диагностического алгоритма обследования детей с целью не только установления ее причины, но и уточнения степени, а также наличия сопряженных заболеваний и патологических состояний.

Для более объективной оценки предлагаются дополнительные методы диагностики, такие как эндоскопическое исследование или компьютерная томография, использование которых на практике ограничено. Получение быстрой консультации врача оториноларинголога порой затруднительно, что диктует необходимость вооружения участкового врача-педиатра методами, помогающими ему заподозрить вероятную причину назальной обструкции у дошкольников, а при наличии установленного диагноза хронического заболевания лор-органов совместно сопровождать ребенка и своевременно направлять к специалисту.

Алгоритмов, помогающих педиатрам устанавливать вероятную причину назальной обструкции, а также дальнейшую правильную маршрутизацию ребенка к узкому специалисту при появлении триггерных симптомов, на данный момент явно недостаточно. Поэтому разработка опросников и шкал могут стандартизировать оценку симптомов у детей и позволят предположить генез назальной обструкции с дальнейшей верной маршрутизацией пациента. Для этого необходимо изучение

знаний родителей и врачей-педиатров о ранних признаках формирования патологии лимфоглоточного кольца и симптомах назальной обструкции.

Анализ результатов анкетирования 80 участковых врачей-педиатров городских детских поликлиник гг. Владимира и Иваново показал, что часть из них испытывает трудности диагностики причин назальной обструкции у детей и соответственно их маршрутизации (Рисунки 16, 17, 18, 19).



Рисунок 16 – С какими нарушениями здоровья у часто болеющих детей Вы чаще всего связываете синдром назальной обструкции? (%)

Более половины респондентов считают, что синдром назальной обструкции у ЧБД не связан с хроническим аденоидитом, среди ее причин педиатры отмечали аллергические и лекарственные риниты, аномалии развития носа и носоглотки.

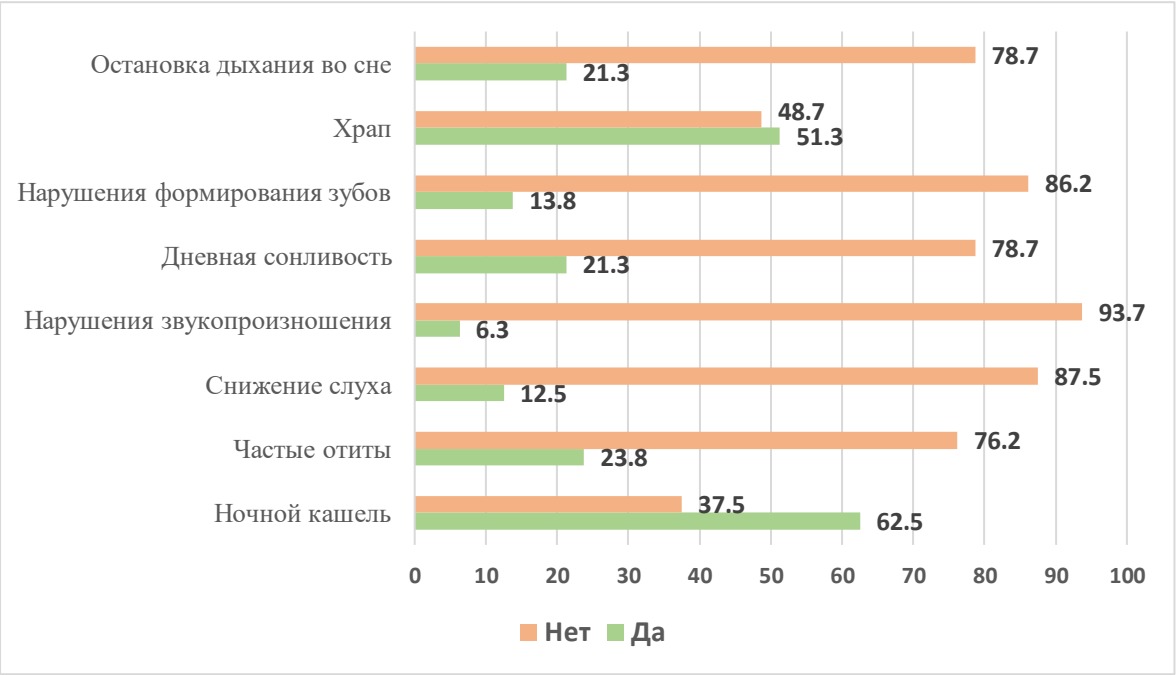


Рисунок 17 – Как Вы считаете, являются ли перечисленные симптомы в сочетании с длительной назальной обструкцией показаниями для консультации врача оториноларинголога? (%)

Более половины врачей педиатров считают, что обязательным для консультации врача оториноларинголога является сочетание симптомов длительной назальной обструкции с ночным кашлем и храпом, почти четверть отмечают необходимость осмотра специалиста при сочетании с частыми отитами, остановками дыхания во сне, дневной сонливостью. Лишь менее 15% врачей педиатров указали на необходимость направления к оториноларингологу при сочетании симптомов со снижением слуха и нарушениями формирования зубов, менее 7% – с нарушениями звукопроизношения.

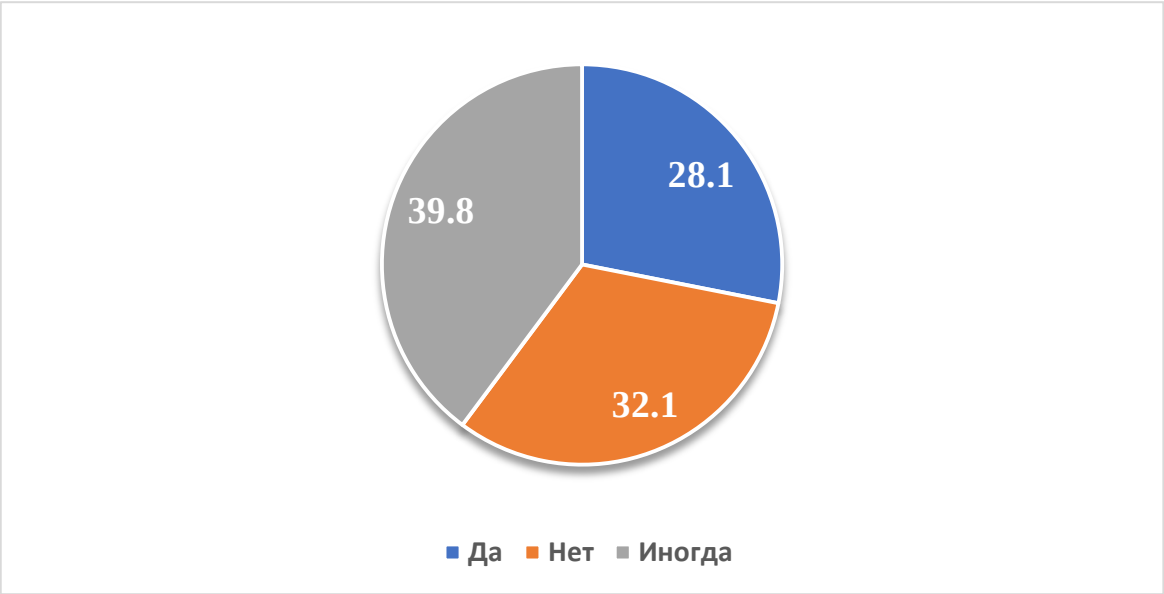


Рисунок 18 – Советуете ли вы родителям воздержаться от хирургического вмешательства детям с хроническими воспалительными изменениями в носоглотке? (%)

Примерно треть педиатров однозначно рекомендуют оперативное лечение, другая треть – советуют родителям отложить решение об оперативной санации, мотивируя это возрастной инволюцией лимфоидной ткани к школьному возрасту и возможным регрессом симптомов, считая, что ввиду своей физиологической роли глоточная и небная миндалины находятся в состоянии реактивных изменений; треть – не имеют четкой позиции.

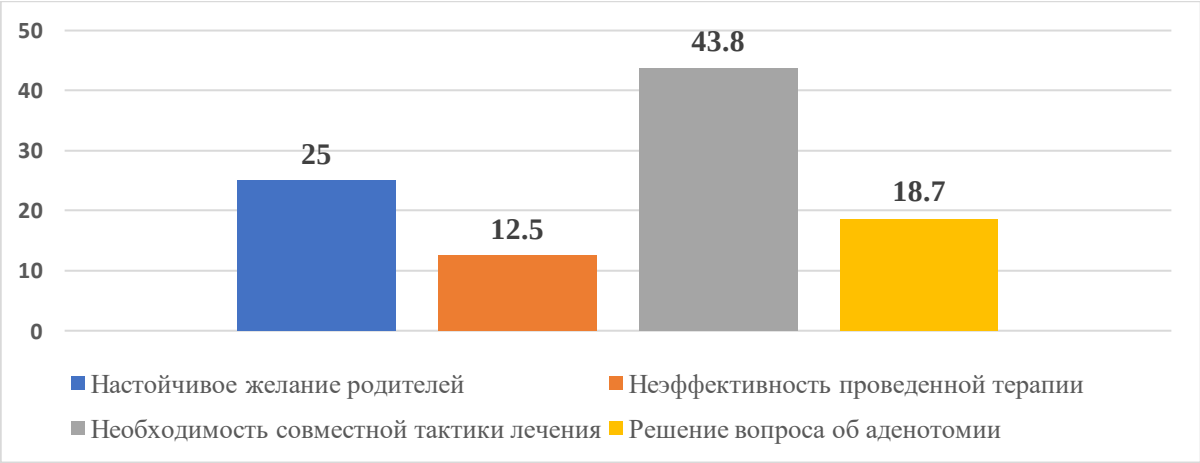


Рисунок 19 – Причинами, по которым Вы направляете к лор-врачу часто боллеющих детей, чаще всего являются? (%)

Среди причин направления к оториноларингологу ребенка с назальной обструкцией лидирует понимание необходимости совместной тактики лечения, в четверти случаев поводом является настойчивое желание самих родителей.

Нами проведено анкетирование 158 родителей ЧБД, имеющих ХА, направленное на выявление клинического течения ХА у их детей и приверженности тем или иным тактикам лечения (Таблица 32).

Таблица 32 – Результаты анкетирования родителей часто болеющих детей, имеющих хронический аденоидит (%)

1. Долго ли (не менее 3 недель) сохраняется затруднение носового дыхания после перенесенного ОРИ у Вашего ребенка?	
Да, дыхание затруднено еще не менее 3 недель	57,6
Нет, дыхание восстанавливается довольно быстро, через 3-5 дней полностью	13,3
Дыхание затруднено еще около 2-3 недель, потом восстанавливается	12,7
Не обращали внимание на данный симптом	16,4
2. Сопровождаются ли ОРИ, протекающие с затруднением носового дыхания, храпом во сне?	
Да, всегда, когда у ребенка ОРИ он храпит во сне	53,8
Нет, чаще всего ОРИ протекает без храпа	15,8
ОРИ чаще сопровождается храпом, чем без него	21,5
Не обращали внимание на данный симптом	8,9
3. Есть ли у Вашего ребенка снижение слуха?	
Да, часто переспрашивает, делает громче телевизор или подсаживается ближе к нему	50,7
Нет	27,8
Не обращали внимание на данный симптом	21,5
4. Посещали ли Вы врача-сурдолога?	
Да, мы у него наблюдаемся	9,5
Нет, никогда не были	53,8
Были 1–2 раза, врач сказал, что наблюдение пока не требуется	36,7
5. Есть ли у Вашего ребенка дефекты звукопроизношения?	
Да, много букв он выговаривает невнятно; у него часто переспрашивают, что он сказал	14,6
Все буквы ребенок выговаривает, всегда понятно, что говорит	20,9
В основном ребенок выговаривает буквы, но сочетание некоторых согласных иногда произносит невнятно	64,5

Продолжение Таблицы 32

6. Как Вы считаете, связаны ли дефекты звукопроизношения у детей с наличием хронического аденоидита?	
Да	25,9
Нет	24,7
Не задумывались о такой связи	49,4
7. Посещает ли Ваш ребенок занятия с логопедом?	
Да, ходим к нему постоянно	15,2
Нет, проблем у нас с звукопроизношением не было	15,8
Нам рекомендовали логопеда, но мы отложили визит	28,5
Мы были у логопеда на нескольких занятиях, специалист сказал, что пока можно заниматься дома самостоятельно, специального посещения не требуется	40,5
8. Задавали ли Вы вопрос врачу педиатру о необходимости оперативного лечения ХА у Вашего ребенка?	
Да, так как проводимая консервативная терапия, по моему мнению, не дает результатов (ребенок как болел часто, так и болеет)	25,3
Нет, мы лечимся консервативно	31,0
Да, сразу после постановки диагноза мы хотели их убрать	12,1
Нет определенного решения, так как не владеем полной информацией по данному вопросу	31,6
9. Считаете ли Вы, что оперативное лечение является единственным методом адекватной терапии хронического аденоидита?	
Да, я считаю, что только удаление аденоидов поможет ребенку, так как мы все равно к этому придем	43 (27,2%)
Нет, я считаю, что есть много других видов альтернативного лечения	23 (14,6%)
Нет, я считаю, что это можно лечить консервативно (без операции)	37 (23,4%)
Не могу ответить, так как не владею полной информацией по данному вопросу	55 (34,8%)
10. Получали ли Вы противоречивые рекомендации по тактике лечения Вашего ребенка от врача педиатра и от врача оториноларинголога?	
Да, врач педиатр указывал на необходимость оперативного лечения, в то время как врач оториноларинголог говорил о консервативном лечении	24,7
Да, врач оториноларинголог указывал на необходимость оперативного лечения, в то время как врач педиатр говорил о консервативном лечении	13,3
Нет, как правило оба специалиста придерживаются одного мнения	35,4
Затрудняюсь ответить	26,6
П р и м е ч а н и е: ОРИ – острые респираторные инфекции; ХА – хронический аденоидит.	

По данным анкетирования родителей у более половины ЧБД ХА+ наблюдается храп во время острых ринитов, ринофарингитов и затруднение

носового дыхания более 3 недель после их курирования. Лишь примерно у каждого 10 ребенка происходит быстрое восстановление носового дыхания и отсутствует храп. У каждого второго ребенка отмечается снижение слуха, но при этом более половины не посещали никогда врача сурдолога. Каждый второй родитель не задумывается о взаимосвязи ХА и дефектов звукопроизношения, хотя 65,4% респондентов отметили, что ребенок произносит слова понятно, но сочетание некоторых согласных могут быть невнятными. Каждый десятый ребенок имеет показания для логопедической коррекции, но семья к логопеду не обращалась. Треть родителей отложили визит к логопеду, считая дефект звукопроизношения нормальной возрастной особенностью. Треть респондентов выбирают консервативную терапию ХА, а другая треть не определились с решением, так как не владеют информацией по данному вопросу. Каждый четвертый родитель не видит эффекта от проводимого консервативного лечения, а каждый 10 настаивал на оперативной санации, сразу после постановки диагноза. Треть родителей считают хирургическое лечение единственным эффективным методом терапии ХА, а другая треть не имеют четкой позиции. В трети случаев родители получали противоречивые рекомендации по тактике лечения их ребенка.

Для удобства работы врача педиатра нами структурированы симптомы, требующие консультации ЛОР-врача (Таблица 33).

Таблица 33 – Симптомы, требующие дополнительной консультации врача оториноларинголога часто болеющего ребенка, не имеющего верифицированного диагноза хронического аденоидита

Кашель	Малопродуктивный кашель по утрам, сохраняющийся даже при отсутствии симптомов острой респираторной инфекции
Апноэ сна	Ситуация пауз в течение 8-10 секунд, следствием которого является сонливость в дневное время
Храп	Громкий храп (можно услышать в соседней комнате, может разбудить самого ребенка), нарушающий сон, сохраняющийся более 2 недель
«Ребенок говорит в нос» (гнусавость голоса)	Гнусавый оттенок голоса на протяжении длительного периода (более 3 недель)

Данный алгоритм был предложен врачам педиатрам с запросом обратной связи по удобству работы с ним. Практически все педиатры (29 врачей) дали обратный положительный ответ, отметив удобство памятки и значительную помощь в оптимизации работы и маршрутизации пациентов.

Проблема сопровождения ЧБД с ХА затрудняется еще и тем, что симптомы обострения ХА часто остаются незамеченными, что может приводить к развитию осложнений и прогрессированию заболевания. Сопровождение данных детей на участке требует от врача педиатра знаний симптомов ХА и методов его распознавания, а также рекомендаций, позволяющих профилактировать развитие осложнений при острых респираторных заболеваниях (Таблица 34).

Таблица 34 – Алгоритмы помощи в принятии решения о тактике терапии часто болеющих детей с хроническим аденоидитом

Симптом	**Обострение ХА**	**Течение ОРИ**
Общее	заложенность носа, выделения из носа	
Характер отделяемого в первые дни болезни	Как правило, вязкое, слизисто-гнойное (отсутствие стадии сухого раздражения)	Сначала серозное с переходом на 5-6 день болезни в слизисто-гнойное
Характер отделяемого из носа в течение болезни	Скудное, густое, трудно отделяемое	Обильное серозное с переходом в слизисто-гнойное
Локализация отделяемого	С 1 дня болезни - задняя стенка глотки	Со 2-3 дня болезни - преддверие носа
Действие сосудосуживающих препаратов	Не дают должного восстановления носового дыхания, даже при многократном применение	Эффект значительный
После эвакуации секрета из полости носа	Улучшения особо не происходит, сохраняется заложенность носа	Происходит значительное улучшение
Присоединение ночного храпа и апноэ сна	Характерно	Не характерно
Кашель	Характерен в течение всего дня и ночи	Характерен ночью и в утренние часы до туалета носа
Снижение обоняния	Не характерно	Характерно
Сохранение гнусавости голоса при применении сосудосуживающих препаратов	Сохраняется	Голос улучшается, гнусавость проходит
Присоединение острого фарингита	Не характерно	Характерно
П р и м е ч а н и е: ХА – хронический аденоидит; ОРИ – острые респираторные инфекции.		

5.2. Эффективность программы сопровождения часто болеющих детей дошкольного возраста с хроническим аденоидитом

При развитии острого респираторного заболевания у ЧБД с хроническим аденоидитом необходимо профилактировать развитие осложнений, что, по нашим данным, встречается у каждого 4 ребенка. Нами предлагаются дополнительные рекомендации, которые могут даваться врачом педиатром родителям ЧБД ХА+ во время ОРИ.

В рамках исследования, направленного на оценку эффективности предложенной программы дополнительного сопровождения ЧБД ХА+ во время ОРИ (назофарингиты), было отобрано 94 пациента в возрасте от 6 до 7 лет, со стажем ХА не менее 2-х лет, переносивших ОРИ не более 8 раз в год. Показатели генеалогического, биологического и социального анамнезов у всех детей были сопоставимы, а также все дети посещали дошкольное образовательное учреждение. Пациенты были распределены на две группы (по 47 человек в каждой) – контрольную и экспериментальную – методом «копи-пар». Обе группы получали терапию согласно действующим клиническим рекомендациям по лечению ХА, а детям экспериментальной группы были дополнительно назначены рекомендации немедикаментозного характера (правильная техника промывания и сморкания, использование позиционных (антихраповых) подушек, дыхательная гимнастика) (Таблица 35).

Таблица 35 – Эффективность сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидоитом во время острых респираторных заболеваний (назофарингиты, %)

Признак	**ЧБД ХА+** (экспериментальная группа, n=47)	**ЧБД ХА+** (контрольная группа, n=47)
Назофарингиты		
С явлениями евстахеита	12,7*	19,1
С формированием острого среднего отита	4,3*	10,6
С появлением сильного храпа, нарушающего сон	8,5*	14,9
Примечание: *p<0,05 – показатели детей экспериментальной группы относительно контрольной; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита.		

Оценка эффективности предложенной программы по результатам осмотра врача педиатра и оториноларинголога показала, что в экспериментальной группе более редкие проявления евстахеита. Так, у них случаи евстахеита регистрировались в полтора раза реже. С течением времени явления острого среднего отита у детей экспериментальной группы также регистрировались реже в два раза. Пациенты, входившие в экспериментальную группу, более чем в полтора раза реже испытывали выраженную ронхопатию, в сопоставлении с контрольной группой. Длительность эпизода ОРИ снизилась в среднем на 2,0±0,5 дня, в сопоставлении с контрольной группой.

Были предложены немедикаментозные мероприятия, дополняющие план диспансерного наблюдения ЧБД ХА+, направленные на профилактику и коррекцию выявленных нарушений. Все направления программы были изложены в памятках для родителей (Таблица 36).

Таблица 36 – Дополнительные рекомендации при диспансерном наблюдении за часто болеющими детьми с хроническим аденоидитом

Симптомы хронического аденоидита	**Мероприятия программы**
Профилактика храпа и синдрома обструктивного апноэ сна (громкого сопения)	• использование позиционных (антихраповых) подушек, • дыхательная гимнастика, тренирующая системы участвующие в утилизации кислорода, • возвышенное положение изголовья, • увлажнение воздуха
Нарушение звукопроизношения и речи (закрытая ринолалия)	• специализированный речевой тренинг для тренировки подвижности верхней губы - коррекция нарушения произношения звука
Нарушение формирования зубного ряда	• тренировки мимических и жевательных мышц, • использование преортодонтического трейнера, • рекомендации по диете
Профилактика кашля и постназального синдрома	• дыхательная гимнастика с элементами релаксации для снижения проявлений лицевых и грудных деформаций, • вечерние ванны с теплой водой
Профилактика развития экссудативного и острого среднего отитов	• выполнение комплекса гимнастики, направленной на стимуляцию работы слуховой трубы, • обучение технике правильного сморкания
Стимуляция слуха	• развитие слухового внимания, фонематического слуха и восприятия (проведение игр, направленных на развитие слухового восприятия на материале речевых и неречевых звуков), • формирование слухоречевых связей
Повышение резистентности	• многофакторное закаливание, • стимуляция биологически активных точек по А.А. Уманской (первая точка расположена перед козелками ушных раковин у слуховых проходов, вторая точка расположена на верхней челюсти с двух сторон от крыльев носа, зона выхода второй ветви тройничного нерва) для уменьшения отека в области носоглоточной миндалины

Эффективность предложенного комплекса рекомендаций диспансерного наблюдения оценивалась через шесть недель путем анкетирования родителей 72 часто болеющих детей с хроническим аденоидитом в возрасте от 4 до 7 лет. В обеих группах были даны основные рекомендации диспансерного сопровождения ЧБД, а в экспериментальной группе (36 детей) кроме основных, были даны дополнительные рекомендации, касающиеся профилактики обострений и осложнений ХА. При

оценке эффективности программы исследовались симптомы, наличие осложнений ХА, а также эмоциональная сфера (тест Люшера) детей (Таблица 37).

Таблица 37 – Оценка эффективности программы диспансерного наблюдения в результате использования дополнительных рекомендаций для часто болеющих детей с хроническим аденоидитом (%)

Признак	ЧБД ХА+ (экспериментальная группа) n=36		ЧБД ХА+ (контрольная группа) n =36	
	До дополнительных рекомендаций	После дополнительных рекомендаций	До основных рекомендаций	После основных рекомендаций
Комплексы дыхательных гимнастик, использование позиционной подушки, массаж биологически активных точек, увлажнение воздуха				
Отсутствие проявлений постназального синдрома и ночного кашля	47,2*	25	47,2	36,1
Отсутствие храпа и проявлений синдрома обструктивного апноэ сна	44,4*	19,4	47,2	36,1
Упражнения на развитие слухового внимания, фонематического слуха и восприятия, формирование слухоречевых связей				
Улучшение слуха	47,2*	22,2	41,7	38,9
Снижение тревожности (тест Люшера)	36,2*	22,3	44,4	41,7
Ежедневная артикуляционная гимнастика, тренировки мимических и жевательных мышц				
Улучшение звукопроизношения	41,7*	19,4	44,4	38,9
Выполнение комплекса гимнастики, направленной на стимуляцию работы слуховой трубы, обучение технике правильного сморкания				
Улучшение отоскопической картины	30,6*	19,4	27,8	30,6

Примечание: *p<0,05 – показатели детей экспериментальной группы до дополнительных рекомендаций и после; ЧБД ХА+ – часто болеющие дети с хроническим аденоидитом; ЧБД ХА- – часто болеющие дети без хронического аденоидита.

Спустя 6 недель определялись изменения в состоянии детей в обеих группах. Результаты обследования в экспериментальной группе показали, что возросло число пациентов без кашля, не было зафиксировано жалоб на постназальные проявления, прекратились проявления храпа и апноэ в два раза. Возросло число пациентов с прекращением жалоб на снижение слуха и на нарушения произнесения звуков в два раза. В полтора раза увеличилось число пациентов без жалоб на тревожное состояние и на столько же было отмечено улучшение отоскопического рисунка. У детей из контрольной группы существенного изменения этих показателей не наблюдалось (Таблица 37).

При разделении детей по типам психосоматической конституции нами было выявлено, что хронический аденоидит у детей приводит к изменениям в показателях физического, нервно-психического развития, состояния регуляторных систем, которые у разных типов протекают различно (Рисунок 20).



Рисунок 20 – Конституциональная норма и характер ее изменений у детей разных типов при наличии хронического аденоидита

П р и м е ч а н и е: АД – артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений

Значимость семейного воспитания трудно преувеличить. Именно в семье, в первую очередь, закладываются основы личностных свойств, формируется самооценка и вырабатываются индивидуальные стили адаптации ребенка. В этой связи детско-родительские отношения приобретают особое значение. Воспринятые от родителей установки в более чем значительной степени определяют характер адаптации и развития человека, создают условия для реализации физических и психических возможностей. Однако, чтобы возможности реализовывались наиболее полным образом при сохранении гармоничной личностной целостности, необходимы знания о базовых проявлениях личностно-типологических, физических и физиологических особенностей детей.

Информированность об конституциональной основе ребенка дает родителям возможность использовать наиболее подходящий стиль взаимодействия, отвечающий актуальным детским потребностям. Будучи осведомленным о сильных и слабых конституциональных сторонах, родитель сможет осуществлять соответственный выбор воздействия, наилучшим образом дозируя воспитательные средства. Понимание индивидуальной предрасположенности поможет раскрыть потенциал в наиболее полной мере, даст возможность тренировать и сглаживать слабые свойства конституции. Не подлежит сомнению значимость фиксации родительского внимания на успешной деятельности ребенка, которая в наибольшей мере соответствует его личностной направленности. Оптимальное, понимаемое как наилучшее, взаимодействие, дает основания для благоприятного прогноза адаптации, способствуя сохранению психического и физического здоровья, что несомненно важно ребенку с рецидивирующими респираторными заболеваниями.

Родители ЧБД ХА+ прошли пациентскую школу, где им были даны рекомендации по разумному использованию конституционального потенциала каждого ребенка. Рекомендации касались оптимального типа семейного воспитания, физических нагрузок с учетом конституциональных особенностей ребенка, в том

числе и посещение спортивных секций, особенностей течения ХА у детей (Таблицы 38, 39).

Таблица 38 – Программа сопровождения детей интровертов с хроническим аденоидитом

Особенности функционирования	Мероприятия программы сопровождения
Режим сна	
«жаворонок»	начало ночного сна не позднее 21.00
повышен уровень тревожности, снижена самооценка	перед сном необходим аутотренинг, направленный на снижение тревожности, выравнивание самооценки, гармонизацию эмоционального состояния
Физическое воспитание	
«стайеры», ваготония, низкая мышечная сила и координация	упражнения для повышения мышечного тонуса, осмысление двигательных актов
	без резких движений, оптимальны упражнения на плавное растяжение мышц
	темп выполнения упражнений – медленный
Воспитание	
инертность, тревожность, трудности переключаемости, сниженная самооценка	демократичный стиль семейного воспитания («не торопи», «не навреди»), основные средства воспитания – поощрение и деликатность, повышение самооценки, тип педагогического воздействия поддерживающий
реакция «замирания» на стресс	предоставление возможности уединения
Тренинг конституционально слабых свойств	
статус «непринятых»	обучение роли лидера в групповом взаимодействии
скованность, замкнутость, ранимость	тренировка эмоциональности, стрессоустойчивости (логическое осмысление ситуации и выработка деятельностного поведенческого стереотипа – «лиха беда – начало»)
слабость переключаемости	тренировки скорости реакции и спонтанности, тренировка переключаемости деятельности
Коррекция хронического аденоидита	
профилактика храпа и синдрома обструктивного апноэ сна	• использование позиционных подушек, • дыхательная гимнастика, тренирующая системы участвующие в утилизации кислорода, • возвышенное положение изголовья, • увлажнение воздуха
Нарушение звукопроизношения и речи	• специализированный речевой тренинг для тренировки подвижности верхней губы – коррекция нарушения произношения звука, • ежедневная артикуляционная гимнастика
Нарушение формирования зубного ряда	• тренировки мимических и жевательных мышц, • использование преортодонтического трейнера • рекомендации по диете

Таблица 39 – Программа сопровождения детей экстравертов с хроническим аденоидитом

Режим сна	
«сова»	более длительный период подготовки ко сну, включающий ритуалы расслабления
Физическое воспитание	
высокие показатели силы и скорости, сниженные показатели выносливости	занятие лучше строить из нескольких «ударных» частей с паузами для отдыха и дыхательных упражнений
инертность процессов торможения	темп выполнения упражнений – высокий, упражнения на равновесие
«спринтеры»	рекомендуемые секции: акробатика, фигурное катание, игры с мячом и шайбой
быстрые процессы возбуждения	энергичные и энергоемкие упражнения – махи, прыжки
Воспитание	
низкая дисциплина, фантазерство, завышенная самооценка, реакция на стресс – нарушения дисциплины, агрессия	недопущение попустительства и либерализма («ни минуты покоя»), устные варианты контроля с четким регламентом; авторитарный, дисциплинарные воздействия («ни минуты покоя»); средства воспитания – последовательность, твердость и контроль; предоставление возможности активных действий («сбросить пар», «кукла для битья»)
Тренинг конституционально слабых свойств	
завышенная самооценка	поощрение альтруизма, скромности, деликатности
импульсивность, агрессивность, низкая дисциплинированность	сдерживание бурных эмоциональных реакций, поощрение коллективизма («член команды») и скромности
сниженное логическое мышление и произвольное внимание	тренинг внимания через наглядно-образные варианты осмысления, выстраивание четкой тактики поведения, обучение прогнозированию окончательного результата
Коррекция хронического аденоидита	
Профилактика кашля и постназального синдрома	• дыхательная гимнастика с элементами релаксации для снижения проявлений лицевых и грудных деформаций, • вечерние ванны с теплой водой
Профилактика развития экссудативного и острого среднего отитов	• выполнение комплекса гимнастики, направленной на стимуляцию работы слуховой трубы, • обучение технике правильного сморкания
Стимуляция слуха	• развитие слухового внимания, фонематического слуха и восприятия (проведение игр, направленных на развитие слухового восприятия на материале речевых и неречевых звуков), • формирование слухоречевых связей

Рекомендации для детей центровертов включают сочетание данных подходов (Таблицы 38, 39).

Нами проводилась оценка эффективности предложенной программы для ЧБД ХА+ разных типов направленности психической активности. Для этого были подобраны 72 часто болеющих ребенка с хроническим аденоидитом, которые были разделены на интро-, центро- и экстравертов по 24 человека (Таблица 40).

Таблица 40 – Эффективность программы сопровождения детей разных типов психической активности с хроническим аденоидитом

Признак	**Интроверты (n=24)**		**Центроверты (n=24)**		**Экстраверты (n=24)**	
	До дополнительных рекомендаций	После дополнительных рекомендаций	До дополнительных рекомендаций	После дополнительных рекомендаций	До дополнительных рекомендаций	После дополнительных рекомендаций
Повышенная утомляемость	58,3*	33,3	41,7*	20,8	62,5*	37,5
Снижение настроения	45,8*	29,2	25*	8,3	37,5*	12,5
Повышенная тревожность	70,8*	41,7	33,3*	12,5	54,2*	33,3
Склонность к уединению	75*	41,7	-	-	16,7*	8,3
Агрессивность	20,8*	8,3	-	-	58,3*	25
Эмоциональная лабильность	54,2*	29,2	16,7*	4,2	33,3*	12,5
П р и м е ч а н и е: * – различия показателей статистически значимы ($p<0,05$).						

Через шесть недель после проведения программы и прохождения родителями пациентской школы был проведен анализ динамики эмоциональной сферы у детей, получивших дифференцированные рекомендации. Так, у детей интровертов в 1,5 раза снизилась утомляемость, тревожность, агрессивность, улучшилось настроение и стабилизировалось эмоциональное состояние. У детей экстравертов в 2 раза улучшилось настроение, снизилась агрессивность и проявления склонности к уединению, в 1,5 раза снизилась утомляемость и тревожность, стабилизировался эмоциональный фон. У детей центровертов наблюдалось уменьшение в 2 раза утомляемости, тревожности, в 3 раза улучшилось настроение и стабилизировалось эмоциональное здоровье. Кроме того, 70,8% родителей детей отмечали улучшение

родительско-детских отношений (по данным анкетирования), что выражалось в снижении конфликтов, улучшении дисциплины детей и стабилизации эмоционального фона.

Использование персонализированного подхода и дифференцированных программ позволило улучшить состояние детей за счет тренировки конституциональных слабый свойств с опорой на сильные качества. Данный подход позволил значительно улучшить эмоциональное состояние детей, а также родительско-детские отношения, у интровертов за счет коррекции психоастении, у экстравертов гипервозбудимости, а у центровертов способствовать стабилизации настроения.

ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Развитие педиатрической науки и практики сталкивается с серьезными вызовами, для преодоления которых необходимо внедрение индивидуализированных подходов к формированию здоровья детей.

Одним из способов реализации персонифицированного подхода является учет психосоматических конституциональных различий. Конституция включает не только морфологические аспекты, но и комплекс унаследованных и приобретенных свойств, определяющие успешные адаптационные способности индивида.

Целью исследования было обосновать персонифицированную программу сопровождения часто болеющих детей 4–7 лет с хроническим аденоидитом, на основании изученных особенностей его клинических проявлений, функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной систем и вегетативной регуляции пациентов в зависимости от типа направленности их психической активности.

На первом этапе было проанализировано 832 истории развития детей (форма № 112/у), обратившихся к врачу-оториноларингологу на областной амбулаторно-консультативный прием. Основную массу – 71,9% (598 детей) составили дети 4–7-летнего возраста, среди них боле половины (66,4%) имели диагноз хронического аденоидита, а 185 детей (30,9%) – были направлены на хирургическую санацию носоглотки. Все дошкольники, имевшие установленный диагноз хронического аденоидита состояли на учете у врача педиатра как часто болеющие (ЧБД).

В I группу (ЧБД ХА+) вошли 158 ЧБД 4–7 лет с установленным диагнозом ХА в период стойкой ремиссии (не менее 4 недель) заболевания и не имеющие показаний для хирургической санации.

Во II группу (ЧБД ХА-) были включены 160 детей, которые состояли на учете у врача педиатра как ЧБД (наличие 8 и более эпизодов ОРИ в год), у которых была исключена хроническая лор-патология.

В изучаемых группах проводился сравнительный анализ данных анамнеза, физического, нервно-психического развития, оценка состояния функционирования органов и систем в зависимости от наличия или отсутствия ХА.

У родителей ЧБД обеих групп с примерно одинаковой частотой встречались хронические заболевания эндокринной, гастробилиарной и сердечно-сосудистой систем. Большинство ЧБД обеих групп родились от первой, треть - от второй беременности, течение которой в 17% отягощалось анемией; в четверти случаев угрозой прерывания и хронической плацентарной недостаточностью, однако значения показателей не достигали достоверных различий. Почти у каждой четвертой беременной были указание на преэклампсию, у каждой десятой – искусственное прерывание беременности, преждевременные роды в анамнезе. Течение родов, как правило, имело срочный характер. Количество детей, у которых фиксировались изменения после перинатальных нарушений нервной системы, больше, чем тридцать процентов, у четверти зарегистрированы малые аномалии развития сердца. Среди фоновой патологии у детей определялась дефицитная анемия легкой степени (15%), рахит (20,1%), треть детей имели расстройства питания.

Дети обеих групп были из полных семей, средний возраст родителей составлял 32,0±2,5 лет, у трети родителей было высшее, а у остальных – среднее специальное образование. Все дети посещали дошкольное образовательное учреждение.

На 1 году жизни никто из детей обеих групп не состоял на диспансерном учете как часто болеющий ребенок; на втором году жизни среди детей, имеющих ХА ими стали 12,7%; на 3 году жизни они относились к часто болеющим в 2 раза чаще, чем пациенты без ХА, а к четырем годам все дети из выборки были отнесены к ЧБД, что, возможно, связано с их поступлением в дошкольное образовательное учреждение.

Общее количество перенесенных острых заболеваний было сопоставимо в обеих группах при отсутствии значимой разницы в среднем числе случаев ОРИ на

одного ребенка: в группе ЧБД ХА+ - 8,6 ± 0,1; в группе ЧБД ХА- – 8,2 ± 0,2 случаев в год (p>0,05).

В обеих группах доминировал диагноз острого ринофарингита, однако общее количество осложнений и среднее число осложнений ОРИ на одного ребенка у ЧБД ХА+ было практически в 2 раза больше, чем у ЧБД без него.

Таким образом, дети с хроническим аденоидитом в 2 раза чаще и на год раньше входили в группу диспансерного наблюдения как часто болеющие и в 2 раза чаще имели осложненное течение респираторных заболеваний, в сопоставлении с теми, у которых в анамнезе нет аденоидита в хронической форме.

У большинства дошкольников (75,9%) с хроническим аденоидитом определялись нарушения физического развития, в то время как у здоровых детей - только в 34,4% случаев.

Нормальное физическое развитие ЧБД ХА+ имели почти в 3 раза реже и среди них в 2 раза чаще встречались пациенты с умеренным дефицитом или избытком массы тела, чем дети без хронического аденоидита. Мышечный, торакальный и дигестивный конституциональные типы были представлены в группах относительно равномерно, астеноидный тип почти в 2 раза чаще регистрировался в группе ЧБД ХА+ и встречался у каждого третьего ребенка. При анализе распределения соматотипов было установлено, что микросоматический тип был выявлен практически у каждого второго ребенка (40,5%) ЧБД ХА+ и лишь у каждого пятого ребенка (19,4%) ЧБД ХА-. Макросомия была зарегистрирована у каждого третьего ребенка (34,2%) ЧБД ХА+. При этом половина ЧБД ХА- характеризовалась мезосоматотипом (57,5%). Полученные результаты согласуются с рядом литературных данных о том, что хронический процесс в носоглотке приводит к формированию асинхронии и преобладанию крайних типов телосложения [26].

На одного ребенка группы ЧБД ХА+ приходилось в среднем – 15,2 ± 0,5, а ЧБД ХА- – 11,5 ± 0,5 внешних маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) (p>0,05), что превышает популяционную норму. У

часто болеющих детей отмечены более частые проявления дисплазии лицевого скелета, это же относится и к ротовой полости. Каждый второй обследованный имеет измененный прикус, ранний кариес зубов и аномалии их роста. У одной третьей части обследованных зафиксирован навык сворачивания языка в трубочку, выявлены приросшие мочки ушей. У двадцати пяти процентов обследованных обнаружено уплощение свода стопы. У пятнадцати процентов выявлены признаки готического неба.

У ЧБД ХА+ число детей с низкими показателями мышления, памяти, внимания, мелкой и крупной моторики, активных социальных контактов удваивалось, и в 3 раза чаще регистрировалось отставание общего психического развития по сравнению с ЧБД ХА-. Анализ родительско- детских отношений в семье, которые могут оказывать влияние на развитие когнитивных функций, личностных и волевых качеств детей, показал, что в семьях ЧБД ХА+ в 2 раза чаще встречались нарушения семейного воспитания, такие как гипер- и гипопротекция.

Анализ показателей сердечно-сосудистой системы и гемограммы не выявил достоверных различий между детьми обеих групп, однако у ЧБД ХА+ отмечалась большая частота встречаемости синусовой брадикардии и нормально низких показателей артериального давления, у них выявлена большая частота сниженных показателей жизненной емкости легких.

Парасимпатикотония с достоверно более низкими значениями показателей, отражающими уровень централизации вегетативной регуляции при максимальных значениях параметров, характеризующих активность холинергической системы и парасимпатического компонента нейрогенного канала автономной вегетативной регуляции и наименьшие значения общей спектральной мощности регистрировалась у 67% ЧБД ХА+.

Учитывая разнородность и многообразие нарушений нервно-психического развития и высокую частоту неблагоприятных типов воспитания у ЧБД, нами был использован подход, учитывающий базовое свойство психической организации –

тип направленности психической активности, который позволяет расширить возможности сопровождения детей в амбулаторных условиях, в семье и образовательном учреждении, за счет наиболее эффективного использования сильных типологических свойств.

Для использования данного подхода нами было проведено разделение ЧБД ХА+ и ЧБД ХА- на интро-, центро- и экстравертов. В качестве контрольной группы были отобраны 98 здоровых детей (I группа здоровья), которые также были разделены по тем же критериям.

Было показано, что интроверты ЧБД ХА+ в 2 раза чаще имели нарушения физического развития в виде умеренного дефицита массы тела по сравнению с интровертами ЧБД ХА- и в 4 раза чаще по сравнению с детьми контрольной группы; микросомия у них встречалась в 1,5 раза чаще, чем у ЧБД ХА- и в 3 раза чаще, чем у контрольной группы; астеноидный тип телосложения определялся в 3 раза чаще по сравнению с ЧБД ХА- и контрольной группы, а также отмечалось снижение содержания тканей, составляющих морфологическую основу конституции; показатели фронтальных осей черепа были наибольшими, а развитие тканевых компонент было ниже по сравнению с ЧБД ХА- и здоровыми детьми.

У ЧБД ХА+ экстравертов умеренный избыток массы тела обнаруживался с частотой выше в два раза в сопоставлении с часто болеющими детьми без ХА, а также с частотой выше в три раза в сопоставлении с обследованными контрольной группы. В полтора раза чаще обнаруживался брюшной тип и макросомия, в сопоставлении со здоровыми детьми. Обнаруживалась брахицефалия, а соматотип характеризовался снижением мышечной и повышением жировой тканевых компонент.

У ЧБД ХА+ центровертов умеренный дефицит и избыток массы тела встречались в 2 раза чаще по сравнению с ЧБД ХА- и с частотой в пять раз выше в сопоставлении с обследованными контрольной группы. Показатели соотношения

осей черепа, грудной клетки и тканевых компонент находились в зоне средних значений.

Мелкая моторика и смысловая память у интровертов во всех группах выше в сопоставлении со всеми экстравертами, у которых было обнаружено преимущество перед другими обследованными в крупной моторике. Интровертам оказались более успешны в решении заданий, требующих понятийного мышления, а их слуховая и зрительная память были развиты сильнее.

У интровертов ЧБД ХА+ отмечалось снижение в 1,5 раза числа детей с нормальными показателями мелкой моторики, абстрактного мышления и смысловой памяти по сравнению с ЧБД ХА- и в 2 раза по сравнению с детьми контрольной группы ($p<0,05$). У ЧБД ХА+ экстравертов наблюдались увеличение в 1,5 раза по сравнению с экстравертами ЧБД ХА- и в 2 раза по сравнению с экстравертами контрольной группы числа детей с низкими показателями крупной моторики, понятийного мышления, слуховой и зрительной памяти ($p<0,05$), а также пониженное настроение при нормальной и незначительно повышенной тревожности, что возможно, объясняется их неумением сочетать разнообразные интересы с требованиями дисциплины. Центроверты всех обследованных групп в целом демонстрировали средние показатели НПР, но у ЧБД ХА+ отмечалось равномерное незначительное снижение показателей НПР.

Высокая частота встречаемости тревожности у ЧБД ХА+ объясняет необходимость формирования индивидуально-ориентированной программы для ее снижения.

Так как у интровертов ЧБД ХА+ чаще регистрировался пассивно-социальный тип поведения (снижение настроения, нарушения сна, моторики), сопряженный со снижением социальных контактов, что по своей частоте в 1,5 раза превосходило аналогичные показатели у ЧБД ХА- и в 2 раза, чем у детей контрольной группы; у ЧБД ХА+ экстравертов чаще регистрировалось снижение активно-социального поведения, что в 2 раза превышало показатели ЧБД ХА- и в 3 раза контрольной

группы; дети центроверты в равной степени демонстрировали проявления как пассивно- так и активно-социального поведения, следовательно, для интровертов необходима коррекция психастении и инертности в возбуждении, а для экстравертов – гипервозбудимости и инертности в торможении.

Общий показатель психического развития у ЧБД ХА+ соответствовал возрасту только у половины детей, что было в 1,5 раза меньше, чем у ЧБД ХА- и почти вдвое, чем у детей контрольной группы.

В семьях детей интровертов чаще встречался гиперопекаемый, а экстравертов – гипоопекаемый тип семейного воспитания. У ЧБД ХА+ интро- и экстравертов эти нарушенные типы семейного воспитания встречались в 2 раза чаще.

Таким образом, в группе часто болеющих детей ХА+ интро- и экстравертов выявлено усиление слабых и нивелирование сильных конституционально-адаптационных черт. Такое положение вещей определяет выбор средств и методов для обеспечения лечения и восстановления. Рекомендации в части организации воспитательного процесса, питания и режима дня должны быть сформированы в соответствии с физическими и психическими особенностями ребенка.

У ЧБД ХА+ частота проявлений нарушений физического и психического развития была выше. При этом, данные изменения не отличались от конституциональных особенностей детей без нарушения состояния здоровья.

Для всех обследованных интровертов частота проявлений нормально низких значений артериального давления и ЧСС выше, нежели у экстравертов, для которых были характерны нормально высокие значения всех изученных показателей. У ЧБД ХА+ интровертов вдвое увеличилось число детей с нормально низкими значениями АД и ЧСС, а у ЧБД ХА+ экстравертов - с нормально высокими, по сравнению с ЧБД ХА- и детьми контрольной группы. Дети центроверты всех групп демонстрировали средние значения изученных параметров.

Среди детей ЧБД ХА+ интровертов в 2 раза чаще регистрировались нормально низкие показатели ЧД и ЖЕЛ, а среди детей ЧБД ХА+ экстравертов в 2 раза чаще

регистрировались нормально высокие значения ЧД и ЖЕЛ по сравнению с детьми ЧБД ХА- и контрольной группы. Дети центроверты демонстрировали средние показатели.

Исходный вегетативный тонус у интровертов в 51,0% случаев был представлен парасимпатикотонией. Они характеризовались значимо более низкими значениями, отражающими уровень централизации вегетативной регуляции и баланс симпатического и парасимпатического отделов, по сравнению с экстравертами, при этом демонстрируя максимальные значения показателей, характеризующих активность холинергической системы и парасимпатического компонента нейрогенного канала автономной вегетативной регуляции.

Исходный вегетативный тонус у экстравертов в 51,3% случаев был представлен симпатикотонией. Это состояние связано с повышенной активностью центральных механизмов регуляции. Парасимпатическая нервная система при этом ослаблена, что приводит к доминированию нейрогенных процессов.

Исходный вегетативный тонус у центровертов в 68,9% случаев был представлен нормотонией (эйтонией) с нормальной вегетативной реактивностью.

У обследованных ЧБД ХА+ интровертивного типа определены наиболее низкие показатели совокупной спектральной мощности. Относительный вклад высокочастотной составляющей возрос, что говорит о ваготропных влияниях, и, как следствие, были низкие значения коэффициента LF/HF. Среди них наблюдалось наибольшее количество детей с парасимпатикотонией (67,6%), что в 1,5 раза больше, чем у ЧБД ХА- (встречалось у 41,2%), в 3 раза, чем у контрольной группы (встречалось у 20,8%).

Спектральный анализ вариабельности ритма сердца у ЧБД ХА+ экстравертов выявил усиление влияния LF-компонента вегетативной регуляции, что проявлялось в высоких значениях коэффициента LF/HF. Среди ЧБД ХА+ экстравертов наблюдалось наибольшее количество детей с симпатикотонией (66,7%), что в 1,5

раза больше, чем у ЧБД ХА- (у 42,6%) и в 3 раза, чем у детей контрольной группы (у 22,2%).

Среди ЧБД ХА+ центровертов отмечалось увеличение числа детей с ваго- и симпатикотонией (у 51,4%), что почти в 2 раза выше, чем у ЧБД ХА- (у 32,3%) и в 5 раз, чем у детей контрольной группы (у 10,6%).

Таким образом, у ЧБД ХА+ интровертов чаще отмечались проявления ваготонии с преобладанием гуморально-метаболических звеньев регуляции, трофотропных влияний, гипокинетическим типом кровообращения на фоне нормально низких показателей частоты дыхания и ЖЕЛ. Стимулирование у обследованных интровертивного типа реализуется через гуморальный путь регуляции, это объясняет снижение вегетативной регуляции из-за роста симпатических воздействий, которые нужны для отклика при напряженном эмоциональном состоянии. Таким образом детерминируется инертность процессов возбужденя и переключения.

У ЧБД ХА+ экстравертов чаще регистрировались проявления симпатикотонии с преобладанием LF-компонента и активности центральных уровней регуляции, при некотором снижении парасимпатических влияний, и преобладании нейрогенного канала регуляции при высоких значениях общей мощности спектра, гиперкинетический тип кровообращения на фоне нормально высоких показателей частоты дыхания и ЖЕЛ. Задействование стремительных, энергозатратных путей дает представление о ресурсной ориентированности на ограниченную во времени, но значительную нагрузку. Дефицит ресурса наступает достаточно быстро.

У ЧБД ХА+ центровертов наблюдалось уменьшение числа пациентов с эйтонией и нормальной вегетативной реактивностью.

Полученные данные необходимо учитывать при составлении плана диспансерного наблюдения за ЧБД ХА+, что будет способствовать тренировке слабых черт за счет сильных сторон конституционального потенциала и повысит эффективность сопровождения.

При анализе клинического течения хронического аденоидита у ЧБД ХА + было выявлено, что основной жалобой у всех обследованных пациентов было периодическое затруднение носового дыхания, но также встречались ночной кашель, снижение слуха, нарушения звукопроизношения, храп. Исследование жалоб показало, что храп встречался у интровертов в 63,5% случаев, нарушения звукопроизношения выявлены в 66,2% случаев. Таким образом, у интровертов данные нарушения были выявлены чаще. Кашель в ночное время регистрировался у экстравертов в 65,4% случаев, слух снижался в 61,5% случаев. У центровертов данные жалобы регистрировались существенно реже, менее чем у 20% обследованных.

Давность заболевания пациентов в среднем составляла 1,3±0,1 года, а возраст верификации диагноза – 4,3±0,2 года, при этом симптомы экссудативного среднего отита регистрировались в возрасте 4-х лет (4,0±0,1 лет). Частота обострений ХА в год на одного ребенка в среднем составила 2,8±0,2 случаев.

При анализе особенностей ХА у ЧБД в зависимости от типа направленности психической активности было установлено, что большинство экстравертов (62,7%) характеризовались давностью болезни менее года, в то время как интроверта – свыше полутора лет (59,4%), а для 40% центровертов была характерна давность заболевания от года до полутора.

В группе пациентов с возрастом верификации диагноза до 4-х лет преобладали центроверты (37,1%), в возрасте 4–4,5 лет – интроверты (75,7%), а в возрасте старше 4,5 лет – экстраверты (61,5%).

Более ранний возраст возникновения экссудативного отита наблюдался у большинства экстравертов (59%), а поздний (от 4 до 4,5 лет) у двух третей интровертов (74,3%). Частота обострений в год не имела различий у детей разных типов.

По данным осмотра врача ортодонта патология зубочелюстной системы была выявлена у 54% ЧБД ХА+ (101 ребенок). Наиболее распространенной

зубочелюстной аномалией являлась дистальная окклюзия зубных рядов (38,6%). Также среди патологии зубочелюстной системы встречалась глубокая резцовая окклюзия (28,7%), транзиторная скученность зубов (11,9%) и микродентия в области жевательной группы зубов (9,9%). У каждого 10 ребенка значимо чаще аномалии обнаруживались у интровертов (64,4%) и характеризовались наличием дистальной (38,4%) или глубокой окклюзии (26,2%), а также транзиторной скученностью зубов (12,3%), микродентией (10,8%) и сочетанной патологией (12,3%). Среди экстравертов ЧБД ХА+ патология зубочелюстной системы была выявлена у 20,7% детей и представлена в основном глубокой (38,1%) и дистальной (33,3%) окклюзией. Среди ЧБД ХА+ центровертивного типа патология зубочелюстной системы определялась лишь у 14,9% пациентов в виде дистальной (46,7%) и глубокой (26,7%) окклюзии.

При проведении корреляционного анализа были установлены множественные положительные средне-сильные связи уровня экстраверсии с такими признаками, как постназальный синдром (0,54), ночной кашель (0,54) и снижение слуха (0,66), а уровня интроверсии– с патологией зубочелюстной системы (0,72), давностью болезни (0,67), ранним возрастом дебюта ХА (0,56), наличием храпа с синдромом обструктивного апноэ сна (0,57) и нарушением звукопроизношения (0,72). У центровертов значимой корреляции выявлено не было.

Возникают основания для утверждения о том, что особенности реакций продиктованы характеристиками работы гомеостатических систем, последние неодинаково функционируют у детей различных конституциональных типов, и данное отличие представляется весьма существенным. Правомерно утверждение о существовании разнонаправленных типов конституциональной обусловленности. Такое различие обосновано неодинаковыми ответами на одинаковые раздражители. Выявленные характеристики оказывают влияние на состояние здоровья, обуславливают реагирование на внешние факторы. Пренебрежительное отношение к конституциональным особенностям предопределяет не только еще большее

ослабление и без того недостаточных качеств, но и сглаживает сильные стороны. Данное обстоятельно может быть объяснено тем, что интро- и экстраверты имеют разный характер напряжения вегетативного обеспечения: преобладание ваготонии у интровертов и симпатикотонии у экстравертов.

Таким образом, портретом ЧБД ХА+ интровертивной направленности психической активности является храп с синдромом обструктивного апноэ сна, избыточная ваготония, нарушение звукопроизношения и формирования зубного ряда, экстравертивного типа – постназальный синдром с ночным кашлем, формирование экссудативного отита и усугубление симпатикотонии.

Особенности регуляторных механизмов у интровертов, экстравертов и центровертов с хроническим аденоидитом позволили создать дифференцированную программу их медико-социального сопровождения, учитвающую ряд сильных и слабых сторон их развития и предрасположенность к разному течению заболеваний.

Программа позволит педиатру быстро и четко составить схему оздоровления для ребенка, опираясь на его тип, включающую рекомендации по организации режима дня, питанию, воспитанию, улучшению деятельности нервной системы, тренингу конституционально слабых качеств что будет способствовать повышению реабилитационного потенциала, и более длительной ремиссии заболеваний за счет развития ребенка в русле его типологического оптимума.

Анализ результатов анкетирования 80 участковых врачей-педиатров городских детских поликлиник гг. Владимира и Иваново показал, что часть из них испытывает трудности диагностики причин назальной обструкции у детей, клинического течения ХА и сложности в маршрутизации таких пациентов.

Более половины респондентов считают, что синдром назальной обструкции у ЧБД не связан с хроническим аденоидитом, среди ее причин педиатры отмечали аллергические и лекарственные риниты, аномалии развития носа и носоглотки. Более половины педиатров считают, что обязательным для консультации врача оториноларинголога является сочетание симптомов длительной назальной

обструкции с ночным кашлем и храпом, почти четверть отмечают необходимость осмотра специалиста при сочетании с частыми отитами, остановками дыхания во сне, дневной сонливостью. Лишь 15% педиатров указали на необходимость направления к оториноларингологу при сочетании симптомов со снижением слуха и нарушениями формирования зубов, менее 7% – с нарушениями звукопроизношения.

Примерно по трети опрошенных однозначно рекомендуют оперативное лечение, советуют родителям отложить решение об оперативной санации, мотивируя это возрастной инволюцией лимфоидной ткани к школьному возрасту и возможным регрессом симптомов, считая, что ввиду своей физиологической роли глоточная и небная миндалины находятся в состоянии реактивных изменений; либо не имеют четкой позиции.

Среди причин направления к оториноларингологу ребенка с назальной обструкцией лидирует понимание необходимости совместной тактики лечения, в четверти случаев поводом является настойчивое желание самих родителей.

Нами проведено анкетирование 158 родителей ЧБД, имеющих ХА, направленное на выявление клинического течения ХА у их детей и приверженности тем или иным тактикам лечения.

У более половины ЧБД ХА+ родители отмечают храп во время острых ринитов, ринофарингитов и затруднение носового дыхания длительностью более 3 недель после купирования основных жалоб. Лишь у каждого 10 ребенка происходит быстрое восстановление носового дыхания и отсутствует храп. У каждого второго ребенка отмечается снижение слуха, но при этом более половины не обращались с этой жалобой к врачу сурдологу. Каждый второй родитель не знает о связи ХА с нарушениями звукопроизношения, хотя 65,4% респондентов отметили, что ребенок произносит некоторых согласные невнятно.

Каждый десятый ребенок имеет показания для логопедической коррекции, но с логопедом не занимается. Треть родителей отложили визит к логопеду, считая дефект звукопроизношения нормальной возрастной особенностью.

Примерно по трети респондентов выбирают консервативную терапию ХА, либо не определились с решением, из-за недостатка информации по данному вопросу. Каждый четвертый родитель не видит эффекта от проводимого консервативного лечения, а каждый 10 настаивал на оперативной санации, сразу после постановки диагноза. Треть родителей считают хирургическое лечение единственным эффективным методом терапии ХА, осальные не имеют четкой позиции. В трети случаев родители получали противоречивые рекомендации по тактике лечения их ребенка.

Для удобства работы врача педиатра нами структурированы симптомы, требующие дополнительной консультации врача оториноларинголога часто болеющего ребенка, не имеющего верифицированного диагноза хронического аденоидита.

Так, малопродуктивный кашель по утрам, сохраняющийся даже при отсутствии симптомов ОРИ, ситуация пауз дыхания в течение 8–10 секунд (апноэ сна), следствием которого является сонливость в дневное время, громкий храп (можно услышать в соседней комнате, может разбудить самого ребенка), нарушающий сон, сохраняющийся более 2 недель, гнусавый оттенок голоса на протяжении длительного периода (более 3 недель) требуют обязательной консультации врача оториноларинголога для исключения хронической лор-патологии.

Данный алгоритм был предложен врачам педиатрам с запросом обратной связи по удобству работы с ним и практически все врачи (96,7%) отметили удобство памятки и ее помощь в оптимизации работы по маршрутизации пациентов.

Проблема сопровождения ЧБД с ХА затрудняется еще и тем, что симптомы обострения ХА часто остаются недооцененными, что может приводить к развитию осложнений и прогрессированию заболевания.

Сопровождение данных детей на участке требует от врача педиатра знаний симптомов ХА и методов его распознавания, и рекомендаций, позволяющих

профилактировать развитие осложнений при острых респираторных заболеваниях. Нами предложены алгоритмы помощи с описанием признаков, позволяющих дифференцировать течение ОРИ и обострение ХА у ребенка. Так, при обострении ХА, отделяемое из носа, появляется с первого дня болезни, сразу имеет вязкий, слизисто-гнойный характер, использование сосудосуживающих препаратов не дает восстановления носового дыхания, даже при многократном применении, после эвакуации секрета из полости носа не происходит улучшения, присоединяются храп и СОАС, гнусавый оттек голоса может сохраняться даже при многократном применении сосудосуживающих препаратов, присоединение острого фарингита нехарактерно.

Так как острые респираторные заболевания у ЧБД с хроническим аденоидитом протекают с развитием осложнений у каждого 4 ребенка, нами предложены рекомендации для родителей, которые может давать врач педиатр.

В рамках исследования, направленного на оценку эффективности предложенной программы дополнительного сопровождения ЧБД ХА+ во время ОРИ (назофарингиты), было отобрано 94 пациента в возрасте от 6 до 7 лет, со стажем ХА не менее 2-х лет, переносивших ОРИ не более 8 раз в год. Показатели генеалогического, биологического и социального анамнезов у всех детей были сопоставимы, а также все дети посещали дошкольное образовательное учреждение.

Пациенты были распределены на две группы (по 47 человек в каждой) – контрольную и экспериментальную – методом «копи-пар». Обе группы получали терапию согласно действующим клиническим рекомендациям по лечению ХА, а дети экспериментальной группы выполняли дополнительные рекомендации немедикаментозного характера: правильная техника промывания и сморкания, использование позиционных (антихраповых) подушек, дыхательная гимнастика.

Эффективность программы включала урежение (в 1,5 раза) явлений евстахеита в период ОРИ (назофарингитов), а в дальнейшем в 2 раза уменьшения эпизодов острого среднего отита. Дети получавшие дополнительные рекомендации в 1,7 раза

реже жаловались на появление сильного храпа, нарушающего сон по сравнению с детьми контрольной группы. Течение ОРИ сократилось в среднем на 2,0±0,5 дня, по сравнению с детьми контрольной группы.

Дополнительные рекомендации при диспансерном наблюдении были даны 72 часто болеющим детям с хроническим аденоидитом и включали в себя: профилактику храпа и синдрома обструктивного апноэ сна (возвышенное положение изголовья, увлажнение воздуха), профилактику нарушений звукопроизношения и речи (специализированный речевой тренинг), профилактику нарушений формирования зубного ряда (тренировки мимических и жевательных мышц, использование преортодонтического трейнера, рекомендации по диете), профилактику кашля и постназального синдрома, профилактику развития экссудативного и острого среднего отитов (выполнение комплекса гимнастики, направленной на стимуляцию работы слуховой трубы, обучение технике правильного сморкания), стимуляцию слуха (развитие слухового внимания, фонематического слуха), повышение резистентности (многофакторное закаливание, стимуляция биологически активных точек) для уменьшения отека в области носоглоточной миндалины. Все рекомендации программы были изложены в памятках для родителей, а для педиатра они имели автоматизированную версию.

Эффективность предложенного комплекса рекомендаций оценивалась через шесть недель путем анкетирования родителей. Так, в экспериментальной группе было зафиксировано увеличение количества детей с отсутствием жалоб на кашель, постназальный синдром, отсутствие храпа и проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (в 2 раза), улучшением слуха и звукопроизношения (в 2 раза), снижением тревожности и улучшением отоскопической картины (в 1,5 раза). У детей из контрольной группы существенного изменения этих показателей не наблюдалось.

Разделение детей с ХА по типам направленности психической активности позволило описать изменения конституционального потенциала и персонализировать рекомендации по сопровождению этих пациентов.

Родители ЧБД ХА+ прошли пациентскую школу, где им были даны рекомендации по оптимальному использованию конституционального потенциала их детей. Рекомендации касались оптимального типа семейного воспитания, стабилизации эмоционального состояния, выбора физических тренировок.

Так, для детей интровертов, в связи с повышенным уровнем тревожности и сниженной самооценкой, скованностью и ранимостью требуется проведение стабилизации эмоционального состояния, тренировки способов повышения самооценки, стрессоустойчивости и снижения тревоги по средствам аутогенных тренировок; физическое воспитание, тренирующее мышечный тонус верхнего плечевого пояса при медленном темпе выполнения, тренировку скорости и спонтанности; в воспитании оптимален демократичный стиль; в коррекции уменьшения симптомов и возможных осложнений хронического аденоидита у детей интровертов следует профилактировать развитие храпа и СОАС, нарушений формирования зубного ряда, звуопроизношения и речи.

У детей экстравертов в связи с инертностью процессов торможения, и быстрыми процессами возбуждения физическое воспитание должно включать занятия с высоким темпом выполнения; в воспитании избегать попустительства и либерализма, используя контроль с четким регламентом. Оптимальным воспитанием будет тренировка навыков эмоциональной регуляции наглядно-образного осмысления и внимания, коллективизма. В коррекции ХА у экстравертов требуется профилактика развития среднего отита и постназального синдрома, стимуляция слуха.

Рекомендации для детей центровертов включают сочетание данных подходов.

Для оценки эффективности предложенной программы были подобраны 72 часто болеющих ребенка с хроническим аденоидитом, которые были разделены на интро-, центро- и экстравертов по 24 человека.

Через шесть недель после проведения программы и прохождения родителями школы у детей интровертов в 1,5 раза снизилась утомляемость, тревожность,

агрессивность, улучшилось настроение и стабилизировалось эмоциональное состояние. У детей экстравертов в 2 раза улучшилось настроение, снизилась агрессивность и проявления склонности к уединению, в 1,5 раза снизилась утомляемость и тревожность, стабилизировался эмоциональный фон. У детей центровертов наблюдалось уменьшение в 2 раза утомляемости, тревожности, в 3 раза улучшилось настроение и стабилизировалось эмоциональное здоровье. Кроме того, 70,8% родителей детей отмечали улучшение родительско-детских отношений (по данным анкетирования), что выражалось в снижении конфликтов, улучшении дисциплины детей и стабилизации эмоционального фона.

Использование персонализированного подхода и дифференцированных программ позволило улучшить состояние детей за счет тренировки конституциональных слабый свойств с опорой на сильные качества. Данный подход позволил значительно улучшить эмоциональное состояние детей, а также родительско-детские отношения, у интровертов за счет коррекции психоастении, у экстравертов гипервозбудимости, а у центровертов способствовать стабилизации настроения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диспансерная группа часто болеющих детей, наблюдаемых врачом педиатром, является широко разнообразразной и требует от последнего дополнительных знаний и диктует необходимость их персонифицированного сопровождения.

У часто болеющих детей широко распространена хроническая патология лор-органов, лидирующее место среди которой занимает хронический аденоидит.

Показатели физического и нервно-психического развития, а также социальной адаптации у детей с наличием хронического аденоидита имеют более выраженные нарушения по сравнению с детьми без хронической патологии носоглоточной миндалины.

Среди детей с наличием хронического аденоидита чаще регистрируются нарушенные типы семейного воспитания, что говорит о необходимости включения в рекомендации мероприятий по его оптимизации.

Использование персонифицированного подхода, обоснованного учетом базового психического свойства – направленности психической активности, оптимизирует систему сопровождения детей в амбулаторных условиях, в семье и образовательном учреждении.

При разделении детей по типам направленности психической активности было показано, что у детей с хроническим аденоидитом разных типов наблюдалось усугубление слабых и нивелирование сильных сторон каждого типа по сравнению с детьми без хронического аденоидита. Были выявлены особенности физического, нервно-психического развития, вегетативной регуляции, течения хронического аденоидита.

Применение программы сопровождения детей с хроническим аденоидитом, учитывающей их особенности и возможные осложнения течения патологии носоглотки, показало ее эффективность. Так, среди них увеличилось число детей с

отсутствием жалоб на кашель, постназальный синдром, храп и проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (в 2 раза), улучшением слуха и звукопроизношения (в 2 раза), в 1,5 раза снизилась утомляемость, тревожность, агрессивность, улучшилось настроение и стабилизировалось эмоциональное состояние. А родители (70,8%) детей отмечали улучшение родительско-детских отношений, что выражалось в снижении конфликтов, улучшении дисциплины детей и стабилизации эмоционального фона.

Использование персонализированного подхода и дифференцированных программ позволило значительно улучшить эмоциональное состояние детей, а также родительско-детские отношения, у интровертов за счет коррекции психастении, у экстравертов гипервозбудимости, а у центровертов способствовать стабилизации настроения.

ВЫВОДЫ

1. Часто болеющие дети с хроническим аденоидитом характеризовались наличием отклонений физического развития (дефицит массы тела – 31,2%, избыток массы тела – 32%), снижением общего психического развития (показателей моторики, мышления, памяти, внимания), нарушением социального взаимодействия со сверстниками и родителями, а также более частым (в 2 раза) формированием осложненного течения респираторных инфекций (в 3 раза) и ранним отнесением ребенка в группу диспансерного наблюдения (на 12 месяц раньше).

2. Типологический портрет часто болеющего ребенка интроверта с хроническим аденоидитом характеризовался наличием физического развития с преобладанием умеренного дефицита массы тела (73 %), астеноидного типа телосложения (41,9%), наличием маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани в виде при наибольших показателей фронтальных осей черепа (долихоцефалия); уменьшением выраженности развития мышечной и жировой тканевых компонент; отставанием в общем психическом развитии (48,7%), снижением показателей мелкой моторики, абстрактного мышления, смысловой памяти, эмоциональных показателей при пассивно-социальном поведении (89,2%), увеличении аутоагрессии и низком качестве социальных контактов, что сочеталось с неблагоприятным типом семейного воспитания в виде гиперопеки (56,8%); проявлением ваготонии с преобладанием гуморально-метаболических звеньев регуляции, асимпатикотонической вегетативной реактивностью, гипокинетическим типом кровообращения на фоне нормально низких показателей частоты дыхания и жизненной емкости легких.

3. Типологический портрет часто болеющего ребенка экстраверта с хроническим аденоидитом характеризовался наличием физического развития с умеренным избытком массы тела (71,8%), дигестивным типом телосложения (47,4%), наличием маркеров недифференцированной дисплазии соединительной

ткани в виде наименьших показателей фронтальных осей черепа (брахицефалия), снижением мышечной и повышением жировой компонент тканей; низкими показателями общего психического развития (46,2%), крупной моторики, образного мышления, слуховой и зрительной памяти, мотивации, направленной на эмоциональную вовлеченность, общения; наличием самодемонстрации с усугублением агрессивности в сочетании с неблагоприятным типом семейного воспитания в виде гипоопеки (64,1%); проявлением симпатикотонии с преобладанием LF-компонента и активности центральных механизмов, гиперкинетическим типом кровообращения на фоне нормально высоких показателей частоты дыхания и жизненной емкости легких.

4. Течение хронического аденоидита у часто болеющего ребенка интроверта сопровождалось преобладанием синдрома обструктивного апноэ сна, храпа и нарушениями звукопроизношения. Обнаружены аномалии зубочелюстной системы в виде дистальной (38,4%) или глубокой окклюзии (26,2%), а также транзиторной скученности зубов (12,3%), микродентии (10,8%) и смешанной патологии (12,3%); у экстраверта – преобладанием постназального синдрома с ночным кашлем, частым развитием экссудативного среднего отита и снижением слуха. Патология зубочелюстной системы была выявлена у каждого пятого ребенка в виде глубокой (38,1%) и дистальной (33,3%) окклюзии.

5. Выявлена низкая информированность врачей педиатров по вопросам клинического течения, диагностики хронического аденоидита у детей и маршрутизации таких пациентов

6. Разработана персонифицированная программа сопровождения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом в амбулаторных условиях с учетом направленности психической активности ребенка.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В процессе диспансерного наблюдения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом рекомендуется проведение оценки типа направленности психической активности, отклонений развития и семейного воспитания для дополнения программ их сопровождения с использованием конституционального подхода.

2. Разработанная автоматизированная программа сопровождения детей с хроническим аденоидитом должна быть направлена на снижение частоты рецидивирования воспаления в носоглотке, профилактику нарушений роста и развития у детей интро-, центро- и экстравертивного типа, отражающие их конституциональные различия, что позволяет повысить качество их диспансерного наблюдения.

3. Внедрение разработанных программ позволит повысить информированность родителей и медицинского персонала в вопросах тактики сопровождения часто болеющего ребенка с хроническим аденоидитом и стабилизировать эмоциональное состояние пациентов, гармонизировать тип родительско-детских отношений, достичь комплаенса в вопросах ранней диагностики осложнений респираторных инфекций.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективой дальнейшей разработки темы исследования является возможность использования данного подхода у детей младшего школьного возраста ввиду сохранения высокого процента распространенности среди них хронической патологии лор-органов, а, следовательно, и частых респираторных заболеваний. Определение количества детей, у которых снизилась частота рецидивов и осложнений хронического аденоидита, позволит судить об эффективности данной диспансерной программы у детей младшего школьного возраста.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

ВОЗ – всемирная орагнизация здравоохранения

ВРС – вариабельность ритма сердца

ГА – гипетрофия аденоидов

ГБН – головная боль напряжения

ДОУ – дошкольное образовательное учрждение

ЖЕЛ – жизненная емкость легких

ИИ – инфекционный индекс

КПР – коэффициент психического развития

НДСТ – недифференцированная дисплазия соединительной ткани

НПР – нервно-психическое развитие

ОО – образовательная организация

ОРИ – острые респираторные инфекции

ППППЦНС – периферическое поражение центральной нервной системы

СОАС – синдром обструктивного апноэ сна

ССС – сердечно-сосудистая система

ХА – хронический аденоидит

ЧБД –часто болеющие дети

ЧД – частота дыхания

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авезова, Г.С. Часто болеющие дети: распространённость и факторы риска / Г.С. Авезова, С.М. Косимова // European Research. — 2017. — Т. 5, № 28. — С. 79–80.

2. Аденоидит у детей: современный взгляд на этиологию и профилактическое лечение / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, О.Г. Наумов [и др.] // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2024. — № 4. — С. 349–357.

3. Аденотомия и иммунитет / Ю.Ю. Русецкий [и др.] // РМЖ. — 2015. — № 23(23). — С. 1313–1315.

4. Алгоритм оценки соматических типов детей: Методические рекомендации / А.В. Кондрашев [и др.]. — Ростов-на-Дону, 2016. — 28 с.

5. Результаты лечения ронхопатии и синдрома обструктивного апноэ сна у детей с гипертрофией аденоидных вегетаций / С.И. Алексеенко [и др.] // Consilium Medicum. — 2021. — Т. 23, № 3. — С. 222–225.

6. Алимова, Н. Влияние аденоидов на физическое развитие и иммунную систему детей / Н. Алимова // Общество и инновации. — 2021. — № 2/S. — С. 391–398.

7. Алимова, Н.П. Анализ антропометрических параметров физического развития детей с гипертрофией аденоидов до и после аденоидэктомии / Н.П. Алимова // Scientific Journal of Applied and Medical Sciences. — 2024. — Т. 3, № 4. — С. 390–397.

8. Архипова, Е.Ф. К чему приводит привычное ротовое дыхание ребёнка? / Е.Ф. Архипова // Современное дошкольное образование. Теория и практика. — 2017. — № 3. — С. 36–45.

9. Ахмадходжаева, М.М. Заболеваемость детей дошкольного возраста / М.М. Ахмадходжаева // Экономика и социум. — 2024. — № 2-1(117). — С. 895–900.

10. Бобошко, И.Е. Конституциональный подход к реабилитационной помощи девушкам с головными болями напряжения / И.Е. Бобошко, Л.А. Жданова, А.В. Ким // Лечение и профилактика. — 2020. — Т. 10, № 2. — С. 44–54.

11. Бобошко, И.Е. Конституциональные особенности детей школьного возраста. Системный анализ и дифференцированные программы формирования их здоровья / И.Е. Бобошко, Л.А. Жданова, Е.В. Шелкопляс ; под ред. С.Г. Малытиной. — Иваново : ИПК «ПресСто», 2015. — 192 с.

12. Богданьянц, М.В. О структуре первичной заболеваемости детей по результатам профилактических медицинских осмотров / М.В. Богданьянц, Д.А. Безрукова, А.Ю. Шмелева // Вятский медицинский вестник. — 2024. — № 3. — С. 56–60.

13. Богомильский, М.Р. Детская оториноларингология : учебник / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 576 с.

14. Бойко, Н.В. Аденотомия и аденотонзиллотомия у детей с затруднением носового дыхания / Н.В. Бойко, А.С. Бачурина // Российская ринология. — 2015. — № 23. — С. 9–12.

15. Бокерия, Л.А. Вариабельность сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование / Л.А. Бокерия, О.Л. Бокерия, И.В. Волковская // Анналы аритмологии. — 2009. — Т. 6, № 4. — С. 21–32.

16. Болтаева, Г.Ч. Перспективы развития педиатрии на современном этапе / Г.Ч. Болтаева // Oriental Renaissance: Innovative, Educational, Natural and Social Sciences. — 2023. — Т. 3, № 4–2. — С. 737–742.

17. Борзов, Е.В. Возрастные аспекты формирования аденоидов у детей / Е.В. Борзов // Российская ринология. — 2017. — № 2. — С. 107.

18. Бравве, Ю.И. Актуальные проблемы профилактических медицинских осмотров среди детского населения по профилю «оториноларингология» / Ю.И.

Бравве, О.А. Латуха, М.М. Щерба // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. — 2024. — № 5. — С. 680–697.

19. Буков, Ю.А. Резервы респираторной системы и особенности метаболических реакций у детей со сниженными адаптационными резервами / Ю.А. Буков, И.В. Маркина // Естественные и технические науки. — 2015. — № 9. — С. 39–41.

20. Вавилова, В.П. Характеристика детей с рецидивирующими респираторными инфекциями в сочетании с хронической патологией носоглотки / В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, А.Х. Черкаева // Российский педиатрический журнал. — 2022. — Т. 3, № 1. — С. 66–78.

21. Вавилова, В.П. Перспективное направление совершенствования лечения острых инфекций верхних дыхательных путей / В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, И.В. Андриянова // Вопросы практической педиатрии. — 2025. — Т. 20, № 1. — С. 110–120.

22. Часто болеющие дети: особенности состояния сердечно-сосудистой системы и психоэмоционального фона / В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, И.В. Нечаева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. — 2019. — № 20(3). — С. 32–36.

23. Великорецкая, М.Д. Рекуррентные респираторные инфекции у детей / М.Д. Великорецкая // Медицинский совет. — 2017. — № 9. — С. 124–130.

24. Вербианова, О.М. Сравнительный анализ развития волевых качеств здоровых, длительно и часто болеющих детей старшего дошкольного возраста / О.М. Вербианова, Е.В. Улыбина, О.В. Груздева // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. — 2022. — Т. 59, № 1. — С. 106–115.

25. Вирусные заболевания ЛОР органов / Г.Д. Тарасова, Г.В. Лавренова, О.А. Куликова [и др.] // Folia Otorhinolaryngol. et Pathol. Respiratoriae. — 2017. — Т. 23, № 1. — С. 25–33.

26. Волков, А.Г. Кластерный анализ факторов риска развития гипертрофии глоточной миндалины у детей / А.Г. Волков, А.А. Лебеденко, Г.И. Кирий // Медицинский вестник Юга России. — 2015. — № 4. — С. 31–35.

27. Волянская, Л.А. Инновационный подход к индивидуализации лечения детей с острыми респираторными инфекциями / Л.А. Волянская, Е.И. Бурбела, У.М. Мудрик // Актуальная инфектология. — 2016. — Т. 10, № 1. — С. 66–70.

28. Воспалительные заболевания глотки у детей / М.В. Дроздова, Ю.С. Преображенская, С.В. Рязанцев, С.С. Павлова // Медицинский совет. — 2022. — Т. 16, № 1. — С. 51–57.

29. Гаращенко, Т.И. Затруднённое носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения / Т.И. Гаращенко // Педиатрия. — 2017. — № 5. — С. 68–75.

30. Генералова, Е.В. Психологические проблемы подростков с рекуррентными респираторными инфекциями / Е.В. Генералова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2017. — Т. 62, № 5. — С. 158–160.

31. Гилялов, М.Н. Функциональные нарушения вегетативной нервной системы при патологии носа и околоносовых пазух / М.Н. Гилялов, Ш.М. Исмагилов // Вестник оториноларингологии. — 2015. — Т. 80, № 4. — С. 18–21.

32. Гипертрофии глоточной миндалины у детей раннего и дошкольного возраста / Е.В. Шабалдина, Р.Ю. Замараев, Д.Р. Ахтямов [и др.] // Российская оториноларингология. — 2020. — Т. 19, № 1. — С. 63–76.

33. Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия нёбных миндалин. Клинические рекомендации. — 25.10.2024. — Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/662_2.

34. Григорьева, А.А. Актуальный взгляд на вопросы консервативного лечения и физиотерапии пациентов с гипертрофией глоточной миндалины / А.А. Григорьева, Т.И. Гаращенко, В.В. Старцева, К.А. Оганян // Практика педиатра. — 2025. — № 2. — С. 52–56.

35. Гурина, Е.Н. Особенности течения заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Е.Н. Гурина, Е.В. Хрусталёва, Е.Ф. Котовщикова, Н.В. Трухачёва // Scientist. — 2022. — Т. 20, № 2. — С. 134–144.

36. Гюсан, А.О. Анализ причин назальной обструкции и эффективности применения некоторых хирургических вмешательств для её устранения / А.О. Гюсан, С.А. Гюсан // Российская ринология. — 2021. — Т. 29, № 1. — С. 5–11.

37. Дедов, И.И. Персонализированная медицина / И.И. Дедов // Вестник РАМН. — 2019. — Т. 74, № 1. — С. 61–70.

38. Демерджи, Д.М. Особенности поведения родителей часто болеющих детей / Д.М. Демерджи // Гуманитарные науки. — 2022. — Т. 60, № 4. — С. 129–133.

39. Детские болезни : учебник / под ред. Н.А. Геппе. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 760 с.

40. Дифференциальные подходы к профилактике и реабилитации детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта и начальной стадией желчекаменной болезни : монография / С.И. Мандров, Л.А. Жданова, И.Е. Бобошко [и др.] ; под ред. Л.А. Ждановой. — Иваново : ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, 2016. — 159 с.

41. Дроздова, М.В. Клинико-этиологические аспекты лимфопролиферативного синдрома у детей 2–3 лет / М.В. Дроздова, С.Н. Ларионова, Е.В. Тырнова // Российская оториноларингология. — 2019. — Т. 18, № 6. — С. 18–25.

42. Дронов, И.А. Антибактериальная терапия при респираторных инфекциях у детей в амбулаторных условиях: проблемы и пути решения / И.А. Дронов, Н.А. Геппе, А.Б. Малахов, Е.Г. Кондюрина // РМЖ. Мать и дитя. — 2014. — № 14. — С. 1060–1068.

43. Егорова, К.В. Физическое развитие детей с хронической воспалительной патологией глотки: обзор литературы / К.В. Егорова, Н.Х. Жамлиханов, Д.А. Маллин // Лечащий врач. — 2022. — № 10. — С. 11–15.

44. Жданова, Л.А. Проблемы и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники / Л.А. Жданова, И.Е. Бобошко, Л.К. Молькова, Г.Н. Нуждина // Российский педиатрический журнал. — 2013. — № 6. — С. 16–22.

45. Острые респираторные заболевания у детей школьного возраста: особенности течения и рецидивирования в зависимости от конституционального типа / Л.А. Жданова, Л.К. Молькова, Е.Н. Копышева [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2017. — Т. 21, № 4. — С. 20–25.

46. Жмакин, И.А. Качество жизни и показатели адаптации у детей с патологией глоточной миндалины / И.А. Жмакин, Ю.А. Алексеева, Е.В. Денисова // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — № 5. — С. 1–8.

47. Жукова, Л.И. Рекуррентные респираторные инфекции у детей (дифференциальная диагностика, реабилитация) / Л.И. Жукова // Охрана материнства и детства. — 2024. — Т. 43, № 1. — С. 81–82.

48. Зайцев, А.А. Острые респираторные вирусные инфекции: консенсус о рациональной терапии / А.А. Зайцев, Н.А. Мирошниченко, А.Ю. Овчинников, Ю.О. Николаева // Consilium Medicum. — 2024. — Т. 26, № 9. — С. 575–578.

49. Закирова, А.М. Эффективность иммунокорригирующей терапии часто болеющих детей / А.М. Закирова, В.Н. Красножен, Д.Т. Шаяпова // Медицинский совет. — 2024. — № 7. — С. 98–109.

50. Заплатников, А.Л. Острые, рекуррентные и рецидивирующие инфекции респираторного тракта у детей: вопросы иммунопрофилактики и иммунотерапии / А.Л. Заплатников, А.А. Гирина, Е.И. Бурцева // РМЖ. Мать и дитя. — 2023. — Т. 6, № 1. — С. 50–59.

51. Заплатников, А.Л. Дети с рекуррентными респираторными инфекциями — современное состояние проблемы / А.Л. Заплатников, А.А. Гирина, Е.И. Бурцева // РМЖ. Мать и дитя. — 2024. — Т. 7, № 4. — С. 334–341.

52. Заплатников, А.Л. Часто болеющие дети: всё ли решено? / А.Л. Заплатников, Э.Э. Локшина, И.В. Леписева // Медицинский совет. — 2018. — № 17. — С. 206–214.

53. Запруднов, А.М. Роль научных школ в современной педиатрии / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — Т. 63, № 5. — С. 118–123.

54. ОРВИ у детей: открытый диалог в прямом эфире. Резолюция Международного экспертного совета / И.Н. Захарова, А.Б. Малахов, Н.А. Геппе [и др.] // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2025. — № 1. — С. 74–79.

55. Зыблева, С.В. Нарушения иммунного статуса детей с рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов / С.В. Зыблева // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2021. — Т. 1, № 2. — С. 144–156.

56. Зыблева, С.В. Часто и длительно болеющие дети: вопросы обследования и иммунореабилитации : практическое пособие для врачей / С.В. Зыблева, С.Л. Зыблев. — Гомель : ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2015. — 84 с.

57. Казумян, М.А. Современный взгляд на проблему «Дети с рекуррентными инфекциями» (часто болеющие дети) и их иммунный статус / М.А. Казумян, А.В. Василенок, Е.Д. Теплякова // Медицинский вестник Юга России. — 2018. — Т. 9, № 3. — С. 37–43.

58. Калашникова, Т.П. Особенности психоречевого развития и структуры сна у детей дошкольного возраста с обструктивными сонными апноэ / Т.П. Калашникова, Г.В. Анисимов, А.В. Ястребова // Физиология человека. — 2020. — Т. 46, № 3. — С. 71–76.

59. Карпова, Е.П. Анализ микробиома слизистой оболочки носоглотки у детей с хроническим аденоидитом и экссудативным средним отитом / Е.П. Карпова, А.В. Гуров, К.Ю. Бурлакова // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2021. — № 1. — С. 39–45.

60. Карпова, Е.П. Профилактический подход в лечении хронического аденоидита у детей / Е.П. Карпова, К.Ю. Бурлакова // Лечащий врач. — 2017. — № 9. — С. 2–6.

61. Острый и обострение хронического аденоидита у детей / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, М.П. Божатова [и др.] // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2018. — № 2. — С. 2–20.

62. Каськова, Л.Ф. Состояние гигиены полости рта у детей дошкольного возраста с гипертрофией аденоидов / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Современная стоматология. — 2018. — № 2. — С. 71.

63. Климов, А.В. Содержание TNFα, IFNγ, IL-4 и IL-10 в сыворотке крови у детей с транзиторной гипогаммаглобулинемией / А.В. Климов, В.В. Климов, И.А. Деев // Медицинская иммунология. — 2017. — Т. 19, № 5. — С. 174–175.

64. Ковалева, И.В. Комплексная терапия пациентов с респираторными инфекциями и заболеваниями дыхательных путей / И.В. Ковалева, Н.Д. Фоменко // Лечащий врач. — 2020. — № 12. — С. 80–84.

65. Коваль, Ю.Н. Ротовой тип дыхания и его влияние на морфофункциональные изменения зубочелюстно-лицевой области у детей с патологией глоточной миндалины / Ю.Н. Коваль, Ж.А. Новикова, И.И. Тарасенко // Colloquium journal. — 2021. — Т. 97, № 10. — С. 11–15.

66. Колтунцева, И.В. Современные подходы к лечению ринофарингита в практике участкового педиатра / И.В. Колтунцева, С.В. Баирова, Л.В. Сахно // Медицинский совет. — 2021. — № 1. — С. 102–109.

67. Комплексная оценка здоровья детей дошкольного и школьного возраста : учебное пособие / Л.А. Жданова, А.В. Шишова, Т.В. Русова [и др.]. — Иваново : ИвГМА, 2021. — 111 с.

68. Жданова, Л.А. Конституциональные особенности состояния здоровья детей при поступлении в школу / Л.А. Жданова, И.Е. Бобошко, Е.С. Зайцева, Е.А.

Ланина // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — № 4. — С. 173–179.

69. Крылов, В.П. Анализ инфекционной заболеваемости детей разного возраста с целью разработки программ гигиенического воспитания / В.П. Крылов // Российский вестник гигиены. — 2025. — № 4. — С. 44–49.

70. Крюков, А.И. Особенности клиники и лечения воспалительных заболеваний ЛОР органов у часто болеющих детей / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, А.Ю. Ивойлов // Вестник оториноларингологии. — 2018. — Т. 83, № 1. — С. 81–84.

71. Кульмакова, М.А. Проблема рецидивов роста лимфоидных структур глотки у детей (обзор литературы) / М.А. Кульмакова, Е.Ю. Радциг, М.М. Полунин // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2022. — № 4. — С. 336–339.

72. Кушнарева, М.В. Особенности иммунного статуса и системы интерферона у детей раннего возраста / М.В. Кушнарева, Т.В. Виноградова, Е.С. Кешишян // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2016. — Т. 61, № 3. — С. 12–21.

73. Левина, А.С. Этиологическая структура заболеваний у часто болеющих детей в зависимости от возраста / А.С. Левина, И.В. Бабаченко, Н.В. Скрипченко, Е.Н. Имянитов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2017. — Т. 62, № 2. — С. 72–77.

74. Мальцева, Г.С. Тактика консервативного лечения хронического аденоидита у детей / Г.С. Мальцева, М.В. Дроздова, С.В. Рязанцев, Г.П. Захарова // Вестник оториноларингологии. — 2019. — Т. 84, № 2. — С. 36–39.

75. Мамаджанова, Г.С. Иммунная система у часто болеющих детей (обзор литературы) / Г.С. Мамаджанова // Вестник Педагогического университета. — 2014. — № 2(57). — С. 171–182.

76. Мандров, С.И. Часто болеющие дети (клинико-биоритмологические аспекты). — Иваново, 2021. — 50 с.

77. Маннанова, Э.Ф. Этиопатогенетическое обоснование современных подходов к терапии хронических аденоидитов : дис. ... канд. мед. наук : 3.1.3, 3.1.22 / Э.Ф. Маннанова. — Казань, 2024. — 145 с.

78. Мануева, Р.С. Физическое развитие детей и подростков. Показатели. Методы оценки : учебное пособие / ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общей гигиены. — Иркутск : ИГМУ, 2018. — 52 с.

79. Марков, Г.И. Профилактика и консервативное лечение гипертрофии носоглоточной миндалины / Г.И. Марков, А.Л. Клочихин, В.А. Романов, М.Г. Марков // Российская оториноларингология. — 2021. — Т. 110, № 1. — С. 56–60.

80. Мигачева, Н.Б. Персонифицированный подход к ведению детей с рецидивирующими респираторными инфекциями: клинический опыт детского иммунолога / Н.Б. Мигачева // Эффективная фармакотерапия. — 2022. — Т. 18, № 12. — С. 44–50.

81. Микитченко, Н.А. Психологическое тестирование как критерий оценки эффективности реабилитации часто болеющих детей / Н.А. Микитченко, А.В. Червинская, Д.А. Иванова // Вестник восстановительной медицины. — 2019. — № 2. — С. 18–20.

82. Морозов, С.Л. Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра / С.Л. Морозов // РМЖ. Медицинское обозрение. — 2019. — Т. 8, № 3. — С. 7–9.

83. Мосман, Е.В. Особенности материнской системы воспитания часто болеющего сына дошкольного возраста / Е.В. Мосман, Т.В. Пфау, Ч.Н. Монгуш // Мир науки. Педагогика и психология. — 2023. — Т. 11, № 2. — С. 44.

84. Мочалов, А.В. Исследование стилей семейного воспитания младших дошкольников в России / А.В. Мочалов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2017. — № 4–2. — С. 103–105.

85. Физическое развитие детей с патологией миндалин и аденоидов / Т.А. Нагаева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. — 2016. — Т. 67, № 4. — С. 27–31.

86. Нарбаев, З.К. Хирургическое лечение гипертрофии носоглоточной миндалины у детей / З.К. Нарбаев, Ш.Р. Хусанов, А.О. Улмасов // Экономика и социум. — 2021. — Т. 88, № 9. — С. 606–609.

87. Негашева, М.А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека с позиций системного подхода / М.А. Негашева // Оригинальные исследования. — 2018. — Т. 133, № 1. — С. 73–77.

88. Николаева, С.В. Респираторные вирусные инфекции у детей — возможности патогенетической терапии / С.В. Николаева, Ю.Н. Хлыповка, В.А. Заволожин // РМЖ. Медицинское обозрение. — 2021. — Т. 11, № 5. — С. 762–767.

89. Оптимизация ведения пациентов с рекуррентной респираторной патологией в педиатрической практике / В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, Т.А. Вавилова, В.Л. Грицинская [и др.] ; под ред. В.П. Вавиловой, В.Л. Грицинской. — М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2024. — 96 с. : ил.

90. Опыт использования синдромальных подходов к диагностике респираторных инфекций / А.Б. Малахов, П.В. Бережанский, А.В. Власова [и др.] // Вопросы практической педиатрии. — 2023. — Т. 18. — С. 27–33.

91. Орлова, Ю.Е. Принципы лечения детей с патологией глоточной миндалины на фоне аллергического ринита (обзор литературы) / Ю.Е. Орлова // Consilium Medicum. — 2022. — Т. 24, № 3. — С. 193–198.

92. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика : клиническое руководство / под ред. Н.А. Геппе. — М. : МедКом Про, 2018. — 348 с.

93. Острые респираторные инфекции у детей. Осложнения и жизнеугрожающие состояния : учебное пособие для врачей / Ю.С. Александрович, Е.М. Козлова, Е.Г. Новопольцева [и др.]. — СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2021. — 72 с.

94. Первушин, В.В. Конституция и её роль в патологии. Классификация конституциональных типов. Понятие о диатезах / В.В. Первушин, А.В. Масалова,

А.А. Деркач // Международный студенческий научный вестник. — 2020. — № 6. — С. 1–7.

95. Пикуза, О.И. Роль семьи в формировании здоровья ребёнка / О.И. Пикуза, З.Я. Сулейманова, А.М. Закирова // Практическая медицина. — 2019. — Т. 17, № 5. — С. 161–164.

96. Особенности иммунного статуса детей с повторными респираторными инфекциями / О.В. Поворова, Н.Д. Титова // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 30-летию кафедры педиатрии Гомельского государственного медицинского университета / редколлегия: А.И. Зарянкина [и др.] ; ответственный за сборник: Е.В. Чеченкова. — 2021. — С. 92–94.

97. Погонченкова, И.В. Возможности повышения эффективности терапии респираторных инфекций верхних дыхательных путей у детей различных возрастных групп / И.В. Погонченкова // Вестник оториноларингологии. — 2024. — Т. 89, № 4. — С. 42–46.

98. Преображенская, Ю.С. Этиологические аспекты хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей на современном этапе / Ю.С. Преображенская, М.В. Дроздова, С.В. Рязанцев // Эффективная фармакотерапия. — 2021. — Т. 17, № 18. — С. 30–34.

99. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 марта 2017 г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый».

100. ПРИМА: педиатрические рекомендации по иммуномодулирующим препаратам в амбулаторной практике (консенсус). — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : РГ-Пресс, 2017. — 80 с.

101. Профилактика гриппа и острой вирусной инфекции у детей с рекуррентной респираторной патологией / А.М. Закирова [и др.] // Медицинский совет. — 2024. — Т. 18, № 1. — С. 213–220.

102. Пфау, Т.В. Материнское отношение к часто болеющему ребёнку дошкольного возраста / Т.В. Пфау, С.В. Небыкова, Е.В. Ганцева // Вестник Омского университета. Серия «Психология». — 2020. — № 3. — С. 33–38.

103. Разаков, Б.Ю. Переходящий аденоидит у детей / Б.Ю. Разаков // Мировая наука. — 2024. — Т. 84, № 3. — С. 63–69.

104. Ревякина, В.А. Обновлённый согласительный документ ПРИМА в помощь практическому врачу / В.А. Ревякина, Н.Г. Астафьева, Н.А. Геппе, О.В. Калюжин // Педиатрия. Consilium Medicum. — 2021. — № 2. — С. 109–112.

105. Резолюция консенсуса по назальной обструкции у детей от 0 до 3 лет / Н.А. Геппе [и др.] // Вопросы практической педиатрии. — 2023. — Т. 18, № 1. — С. 144–152.

106. Русецкий, Ю.Ю. О «вреде» аденотомии / Ю.Ю. Русецкий, Д.П. Поляков, Е.Н. Латышева, Т.А. Полунина // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2015. — Т. 94, № 6. — С. 82–86.

107. Рязанская, А.Г. Проблема гипертрофии аденоидных вегетаций в условиях современной терапии / А.Г. Рязанская, А.С. Юнусов // Вестник оториноларингологии. — 2022. — Т. 87, № 1. — С. 70–74.

108. Самсыгина, Г.А. Проблема часто болеющих детей в педиатрии / Г.А. Самсыгина // Педиатрия. — 2015. — Т. 94, № 1. — С. 163–167.

109. Сапожников, В.Г. О гипертрофии глоточной миндалины в педиатрической практике / В.Г. Сапожников, Ю.А. Холина, А.Д. Ларикова // Вестник новых медицинских технологий. — 2017. — Т. 24, № 1. — С. 99–102.

110. Сафина, А.И. Стратегия повышения качества лечения детей с острыми респираторными инфекциями / А.И. Сафина // Медицинский совет. — 2020. — № 18. — С. 22–28.

111. Сенько, В.И. Значимость анатомической конституции человека в прогнозировании развития заболеваний / В.И. Сенько, Е.С. Околокулак // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — Т. 18, № 4. — С. 99–103.

112. Суханов, Д.С. Оптимизация терапии ОРВИ и гриппа в амбулаторной практике / Д.С. Суханов, Ю.В. Басина, Ю.С. Алексеева, Е.В. Тимофеев // Лечащий врач. — 2024. — № 4. — С. 55–62.

113. Сущевская, Е.К. Сопровождение детско-родительских отношений старших дошкольников / Е.К. Сущевская, О.В. Коновалова // Ученые записки Шадринского государственного педагогического университета. — 2025. — № 3. — С. 117–127.

114. Тарасова, Г.Д. Аденоиды: причина, следствие или...? / Г.Д. Тарасова // РМЖ. — 2016. — № 6. — С. 391–394.

115. Тастанова, Г. Показатели физического развития детей младшего школьного возраста с патологией аденотонзиллярной системы / Г. Тастанова, Ш. Ходжанов, И. Абдусаматова // Stomatologiya. — 2021. — Т. 2(83). — С. 104–108.

116. Терскова, Н.В. Хронический аденоидит / Н.В. Терскова // Сибирское медицинское обозрение. — 2015. — Т. 8, № 4. — С. 85–92.

117. Тихомирова, И.А. Хронические заболевания лор-органов у детей в формировании профиля патологии / И.А. Тихомирова // Российская оториноларингология. — 2012. — Т. 34, № 3. — С. 8–13.

118. Ткачук, Е.А. Нервно-психическое развитие детей. Основные клинические проявления поражений ЦНС : учебное пособие для студентов / ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра педиатрии. — Иркутск : ИГМУ, 2021. — 62 с.

119. Требухов, А.В. Особенности иммунного статуса у часто и длительно болеющих детей — жителей Алтайского края / А.В. Требухов, В.Ю. Жижелева, М.В. Мальцева, Н.А. Найдовская // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2019. — № 4. — С. 30–40.

120. Трошина, Е.С. К вопросу о психодиагностическом потенциале рисуночных методик в исследовании индивидуально-психологических особенностей личности / Е.С. Трошина // Вопросы науки и образования. — 2017. — Т. 12, № 11. — С. 196–199.

121. Учебно-методическое пособие по оценке физического развития детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет ; составитель: О.В. Ланго ; под ред. Е.М. Булатовой. — СПб. : СПбГПМУ, 2019. — 50 с.

122. Аллергология и клиническая иммунология / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 336 с. — Режим доступа: не указан.

123. Бобошко, И.Е. Характеристика заболеваний верхних отделов пищеварительной системы у детей 5–9 лет с учётом конституционального фактора / И.Е. Бобошко, Л.А. Жданова, Ж.В. Юхименко, М.Н. Салова // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2009. — Т. 14, № 1. — С. 33–36.

124. Чередниченко, Ю. Защита при рецидивирующих респираторных инфекциях у детей: можем ли мы сделать больше? / Ю. Чередниченко // Медицинский совет. — 2020. — № 1. — С. 59–62.

125. Чупак, Э.Л. Особенности детей с рекуррентными респираторными заболеваниями / Э.Л. Чупак, К.А. Арутюнян, А.М. Манукян // Амурский медицинский журнал. — 2021. — № 1. — С. 58–61.

126. Al-Shamrani, A. Diagnosis and management of childhood sleep-disordered breathing. Clinical approach / A. Al-Shamrani, A.S. Alharbi // Saudi Medical Journal. — 2020. — Vol. 41, No. 9. — P. 916–929.

127. Nutritional interventions tailored to constitutional type: a randomized controlled trial / K. Anderson [et al.] // American Journal of Clinical Nutrition. — 2020. — Vol. 112, No. 4. — P. 890–901.

128. Arambula, A. Anatomy and physiology of the palatine tonsils, adenoids, and lingual tonsils / A. Arambula, J.R. Brown, L. Neff // World Journal of Otorhinolaryngology — Head and Neck Surgery. — 2021. — Vol. 7. — P. 155–160.

129. Becking, B.E. Impact of adenotonsillectomy on the dentofacial development of obstructed children: a systematic review and meta-analysis / B.E. Becking, J.P. Verweij,

S.M. Kalf-Scholte, C. Valkenburg, E.W.P. Bakker, J.P.R. van Merkesteyn // European Journal of Orthodontics. — 2017. — Vol. 39, No. 5. — P. 509–518.

130. Bhandari, N. The incidence of revision adenoidectomy: a comparison of four surgical techniques over a 10-year period / N. Bhandari, D.M. Don, J.A. Koempel // Ear, Nose, & Throat Journal. — 2018. — Vol. 97, No. 6. — P. 5–9.

131. Bhat, V. Association of asymptomatic otitis media with effusion in patients with adenoid hypertrophy / V. Bhat, I. Paraekulam Mani, R. Aroor, M. Saldanha // Journal of Otolaryngology. — 2019. — Vol. 14, No. 3. — P. 106–110.

132. Blythe, J. Recurrent infections in children: normal or not? / J. Blythe, C. Venter, F. Ladomenou // Pediatric Respiratory Reviews. — 2021. — Vol. 40. — P. 45–52.

133. Bowers, I. Adenoiditis / I. Bowers, C. Shermetaro // StatPearls [Internet]. — Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2022. — URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536931/.

134. Bozzini, M.F. Managing obstructive sleep apnoea in children: the role of craniofacial morphology / M.F. Bozzini, R.C. Di Francesco // Clinics (Sao Paulo). — 2016. — Vol. 71, No. 11. — P. 664–666.

135. Bush, A. Innovations in non-surgical management of adenoid hypertrophy / A. Bush, D. Stokes // Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology. — 2020. — Vol. 33, No. 3. — P. 111–118.

136. Bush, A. Non-infectious causes of recurrent respiratory symptoms in children / A. Bush, D. Stokes // Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology. — 2022. — Vol. 35, No. 2. — P. 103–112.

137. Büttner, R. Complementary and alternative medicine in the (symptomatic) treatment of acute tonsillitis in children: a systematic review / R. Büttner, M. Schwermer, T. Ostermann // Complementary Therapies in Medicine. — 2023. — Vol. 73. — P. 102940.

138. Local atopy in childhood adenotonsillar hypertrophy / K.-S. Cho, S.H. Kim, S.-L. Hong [et al.] // American Journal of Rhinology & Allergy. — 2018. — Vol. 32, No. 3. — P. 160–166.

139. Clementi, N. Viral respiratory pathogens and lung injury / N. Clementi, S. Ghosh, M. De Santis, M. Castelli, E. Criscuolo, I. Zanoni, M. Clementi, N. Mancini // Clinical Microbiology Reviews. — 2021. — Vol. 34, Iss. 3. — P. e00103–e00120.

140. Collins, A.M. Viral and bacterial pathogens in chronic adenoiditis / A.M. Collins, A. Bothwell // Pediatric Infectious Disease Journal. — 2018. — Vol. 37, No. 4. — P. 320–325.

141. Cvirc, A. Adenoid hypertrophy in children and adolescents: a narrative review of pathogenesis and clinical relevance / A. Cvirc, K. Masna, K. Domagalski, P. Burduk // Frontiers in Pediatrics. — 2023. — Vol. 11. — P. 1179218.

142. Evcimik, M.F. Adenoid hypertrophy in children with allergic disease and influential factors / M.F. Evcimik, M. Dorgu, A.A. Cirik // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2015. — Vol. 79, No. 5. — P. 694–697.

143. Franklin, J.D. Obstructive sleep apnea in children with adenoid hypertrophy / J.D. Franklin, A. Greer // Sleep Medicine Reviews. — 2019. — Vol. 48. — P. 101–213.

144. Hamburg, M.A. The path to personalized medicine (updated review) / M.A. Hamburg, F.S. Collins // New England Journal of Medicine. — 2022. — Vol. 387, No. 12. — P. 1085–1094.

145. Huang, Z.P. Chronic hypoxia and cognitive development in children with adenoid hypertrophy / Z.P. Huang, Y. Zhang // Journal of Clinical Pediatric Otorhinolaryngology. — 2021. — Vol. 45, No. 4. — P. 312–318.

146. Kaplan, B.J. The vicious cycle of hypoxia and inflammation in chronic adenoiditis / B.J. Kaplan, M. Bond // Pediatric Research. — 2020. — Vol. 88, No. 6. — P. 1032–1040.

147. Kasimova, N.A. Frequently ill children: a review of etiology, clinical characteristics, and approaches to management / N.A. Kasimova // International Multidisciplinary Journal for Research & Development. — 2025. — Vol. 12, No. 11. — P. 356–360.

148. Children from the age of three show a developmental switch in T-cell differentiation / J. Knolle, M. Pierau, K. Hebel [et al.] // Frontiers in Immunology. — 2020. — Vol. 11. — P. 1640.

149. Adenoid hypertrophy — diagnosis and treatment: the new S2k guideline / K. Krüger, J. Lautermann, B. Lippert [et al.] // HNO. — 2023. — Vol. 71, Suppl. 1. — P. 67–72.

150. Kumar, S. Recurrent respiratory infections in children: a comprehensive review / S. Kumar, M. Singh, S.K. Singh // Journal of Clinical Medicine. — 2022. — Vol. 11, No. 18. — P. 5321.

151. Lee, C.H. Diagnostic tools in the evaluation of adenoid hypertrophy / C.H. Lee, Y.H. Kim // Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. — 2019. — Vol. 27, No. 1. — P. 52–58.

152. Lee, D.J. The impact of allergic rhinitis on symptom improvement in pediatric patients after adenotonsillectomy / D.J. Lee, Y.J. Chung, Y.J. Yang, J.H. Mo // Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. — 2018. — Vol. 11, No. 1. — P. 52–57.

153. 16S metagenomics reveals dysbiosis of nasal core microbiota in children with chronic nasal inflammation: role of adenoid hypertrophy and allergic rhinitis / M. Marazzato [et al.] // Frontiers in Cellular and Infection Microbiology. — 2020. — Vol. 10. — P. 458.

154. Martinez, F.D. Recurrent respiratory infections in childhood: when to worry? / F.D. Martinez, S. Guerra // Pediatric Clinics of North America. — 2020. — Vol. 67, No. 6. — P. 1143–1154.

155. The correlation between otitis media with effusion and adenoid hypertrophy among pediatric patients: a systematic review / G.D. Mashat, H.H.-V. Tran, N.A. Urgessa [et al.] // Cureus. — 2022. — Vol. 14. — P. e30985.

156. Monroy, A. Revision adenoidectomy — a retrospective study / A. Monroy, P. Behar, L. Brodsky // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2018. — Vol. 72, No. 5. — P. 565–570.

157. Health-related quality of life assessed in children with adenoid hypertrophy / A. Niedzielski [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2021. — Vol. 18, No. 17. — P. 8935.

158. Niedzielski, A. Adenoid hypertrophy in children: a narrative review of pathogenesis and clinical relevance / A. Niedzielski, L.P. Chmielik, G. Mielnik-Niedzielska [et al.] // BMJ Paediatrics Open. — 2023. — Vol. 7. — P. e001710.

159. Paramaesvaran, S. Incidence and potential risk factors for adenoid regrowth and revision adenoidectomy: a meta-analysis / S. Paramaesvaran, S. Ahmadzada, G.D. Eslick // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2020. — Vol. 137. — P. 110–220.

160. Pereira, K.D. Adenoiditis in pediatric otorhinolaryngology: a review of symptoms and complications / K.D. Pereira, D.A. Preciado // Current Opinion in Pediatrics. — 2020. — Vol. 32, No. 4. — P. 558–565.

161. Prevention of recurrent respiratory infections: inter-society consensus // Italian Journal of Pediatrics. — 2021. — Vol. 47, No. 1. — P. 211.

162. Ramadan, H.H. Pediatric chronic rhinosinusitis / H.H. Ramadan // European Archives of Otorhinolaryngology. — 2024. — Vol. 281, No. 3. — P. 1131–1137.

163. Red Book: 2018. Report of the Committee on Infection Diseases / D.W. Kimberlin, M.T. Brady, M.A. Jackson, S.S. Long (eds.). — 31st ed. — Itasca, IL : American Academy of Pediatrics, 2018.

164. Sagheer, S.H. Predictive pediatric characteristics for revision tonsillectomy after intracapsular tonsillectomy / S.H. Sagheer, C.M. Kolb, M.M. Crippen // Otolaryngology — Head and Neck Surgery. — 2022. — Vol. 166, No. 4. — P. 772–778.

165. Smith, L. The role of somatotype in metabolic health and chronic disease risk: a narrative review / L. Smith, R. Jones, A. Brown // Nutrition & Metabolism. — 2022. — Vol. 19, No. 1. — P. 1–14.

166. Smith, R.J. Adenoid hypertrophy: viral mechanisms and immune response / R.J. Smith, D.M. Jones // Clinical Otolaryngology. — 2019. — Vol. 44, No. 7. — P. 623–629.

167. Socarras, M.A. Diagnostic techniques and surgical outcomes for persistent pediatric obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy: a systematic review and meta-analysis / M.A. Socarras, B.P. Landau, M.L. Durr // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2019. — Vol. 121. — P. 179.

168. Talks, B.J. Mapping human immunity and the education of Waldeyer's ring / B.J. Talks, M.W. Mather, M. Chahal // Annual Review of Genomics and Human Genetics. — 2024. — Vol. 25, No. 1. — P. 161–182.

169. Global burden of respiratory infections associated with seasonal influenza in children under 5 years in 2018: a systematic review and modelling study / X. Wang, Y. Li, K.L. O'Brien [et al.] // Lancet Global Health. — 2020. — Vol. 8, No. 4. — P. 497–510.

170. Analysis of sensitization spectrum and clinical features of children with adenoid hypertrophy and perennial rhinitis / Z.X. Wang, F. Lin, L.S. Li [et al.] // Journal of Clinical Otorhinolaryngology — Head and Neck Surgery. — 2019. — Vol. 33, No. 4. — P. 351–353.

171. Zhang, W. Whether immunostimulants are effective in susceptible children suffering from recurrent respiratory tract infections: a modeling analysis based on literature aggregate data / W. Zhang, J. Huang, H. Liu // Journal of Clinical Pharmacology. — 2022. — Vol. 62, No. 2. — P. 245–253.