

УДК 616.323-007.61-002.2

3.1.23 Педиатрия

DOI: 10.37903/vsgma.2024.2.21 EDN: LUJRLD

**КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К АМБУЛАТОРНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ**

© Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Бобошко И.В.

*Ивановский государственный медицинский университет, Россия, 153012, Иваново, просп. Шереметевский, 8**Резюме*

**Цель.** Обосновать программу сопровождения детей 4-7 лет разных типов психоконституции с хроническим аденоидитом на основании выявленных различий показателей их здоровья и особенностей клинического течения хронического воспаления носоглоточной миндалины.

**Методика.** Исследование выполнено на базе детского оториноларингологического отделения областной детской больницы города Владимира. Проводилась комплексная оценка здоровья детей с хроническим аденоидитом, разделенных по шкале направленности психической активности на типы интро- и экстравертов.

**Результаты.** Дебют хронического аденоидита у интровертов приходился на возраст 3-4 года, основной жалобой был храп с синдромом обструктивного апноэ сна, давность заболевания составляла около полутора лет, его течение осложнялось частыми острыми гнойными средними отитами, превалированием ваготонии и формированием нарушений зубочелюстной системы. У экстравертов хронический аденоидит дебютировал в возрасте 4-5 лет, с давностью заболевания около полугода, его основными проявлениями были постназальный синдром с ночным кашлем, признаки избыточной симпатикотонии, раннее формирование экссудативного среднего отита, снижение слуха и развитие кондуктивной тугоухости. Интровертам было свойственно преобладание микросомии и минимальные показатели ширины и глубины полостей черепа и грудной клетки при максимальной длине, среди вариантов нарушения физического развития - дефицит массы тела. Их характеризовала сниженная социальная активность и высокие показатели тонкой моторики и тревожности. У экстравертов преобладал макросоматический тип с избытком массы тела, был высокий уровень импульсивности и агрессивности, хорошие показатели крупной моторики.

**Заключение.** Выявленные особенности показателей здоровья и развития, течения хронического аденоидита у детей 4-7 лет разных типов психоконституции требует индивидуализации их медико-социального сопровождения, что должно быть основой плана диспансерного наблюдения.

*Ключевые слова:* хронический аденоидит, психоконституция, экстравертивный тип, интровертивный тип, рецидивирующая респираторная инфекция

**CONSTITUTIONAL APPROACH TO OUTPATIENT SUPPORT FOR PRESCHOOL CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS**

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

*Ivanovo State Medical University, 8, prosp. Sheremetevskij, 153012, Ivanovo, Russia**Abstract*

**Objective.** To substantiate a program for supporting children aged 4-7 years of different types of psychoconstitution with chronic adenoiditis based on the identified differences in their health indicators and the characteristics of the clinical course of chronic inflammation of the nasopharyngeal tonsil.

**Methods.** The study was carried out on the basis of the children's otorhinolaryngology department of the regional children's hospital in the city of Vladimir. A comprehensive assessment of the health of children with chronic adenoiditis was carried out, divided according to the scale of the direction of mental activity into types of introverts and extroverts.

**Results.** The debut of chronic adenoiditis in introverts was at the age of 3-4 years, the main complaint was snoring with obstructive sleep apnea syndrome, the duration of the disease was about one and a half years, its course was complicated by frequent acute purulent otitis media, the prevalence of vagotonia and

the formation of disorders of the dental system. In extroverts, chronic adenoiditis debuted at the age of 4-5 years, with a disease duration of about six months, its main manifestations were postnasal drip with night cough, signs of excessive sympathicotonia, early formation of exudative otitis media, hearing loss and the development of conductive hearing loss. Introverts were characterized by a predominance of microsomnia and minimal indicators of the width and depth of the cavities of the skull and chest with maximum length; among the variants of physical development disorders - body mass deficiency. They were characterized by reduced social activity and high rates of fine motor skills and anxiety. In extroverts, the macrosomatic type with excess body weight predominated, had a high level of impulsiveness and aggressiveness, and good gross motor skills.

**Conclusion.** The identified features of health and development indicators, the course of chronic adenoiditis in children 4-7 years of age of different types of psychoconstitution require individualization of their medical and social support, which should be the basis of a dispensary observation plan.

*Keywords:* chronic adenoiditis, psychoconstitution, extroverted type, introverted type, recurrent respiratory infection

## Введение

Распространенность патологии носоглоточной миндалины (хронический аденоидит, ХА) в настоящее время, оставаясь высокой, имеет тенденцию к увеличению и составляет примерно от 5,2 до 33,9 на 1000 человек с наибольшей регистрацией в дошкольном возрасте [10]. Хронический аденоидит, являясь источником хронической инфекции, приводит к патологии среднего уха, формированию экссудативного среднего отита, рецидивированию острых гнойных средних отитов и снижению слуха по кондуктивному типу [6]. Отсутствие физиологического носового дыхания и формирование привычки дыхания через рот приводит к снижению мышечного тонуса мышц, участвующих в поднимании нижней челюсти, нарушению формирования зубного ряда, прогрессированию кариозного процесса и нарушению звукопроизношения [5].

Дети с хроническим аденоидитом страдают не только затруднением носового дыхания, храпом или снижением слуха, это дети со сниженными показателями психического компонента развития, что прогрессивно ухудшает качество их жизни, связанное с низким эмоциональным фоном и наличием усугубляющихся признаков дисфории [3].

В настоящее время все большее внимание уделяется возможностям индивидуализации программ сопровождения детей с хроническими заболеваниями [1]. В многочисленных работах было показано, что наряду с популяционной, у детей могут быть выделены «нормы конституции», и следует избегать приведения функционирования организма ребенка к усредненной норме. Концепция конституциональной детерминированности касается как индивидуальных особенностей развития, так и предрасположенности к различным нарушениям здоровья, особенностям течения острых и хронических заболеваний. Данный подход позволяет достичь реализации конституционального потенциала ребенка и предотвратить возможные срывы адаптации, различные для интро- и экстравертов путем дифференцированного медико-социального сопровождения [2, 4].

Цель исследования – обосновать программу сопровождения детей 4-7 лет разных типов психоконституции с хроническим аденоидитом на основании выявленных различий показателей их здоровья и особенностей клинического течения хронического воспаления носоглоточной миндалины.

## Методика

В исследовании вошли 215 детей 4-7 лет с хроническим аденоидитом, установленного методом эндоскопии носоглотки, находившиеся на лечении в детском оториноларингологическом отделении ГБУЗ ВО ОДКБ города Владимир. Всем детям проведена комплексная оценка состояния здоровья по общепринятой методике с анкетированием родителей для выявления особенностей возникновения, развития и течения хронического аденоидита. Далее выполнялось разделение детей по типам психоконституции при помощи автоматизированной шкалы, представляющей собой анкету для родителей из 6 вопросов, в которой при сумме баллов 1-3 дети относились к интровертам (75 детей), 7-9 – к экстравертам (79 детей) [1].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «Statistica 13.0». Проверка на нормальность распределения всех количественных признаков (давность болезни, возраст дебюта, возраст верификации диагноза, частота обострений в год, частота госпитализаций в год, средний возраст возникновения экссудативного отита, соотношения длины и ширины черепа и грудной клетки, показатели нервно-психического развития) проводилась при помощи метода Шапиро-Уилка. Статистическую значимость различий в сравниваемых независимых выборках определили с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Проверка статистических гипотез осуществлялась на уровне значимости 0,05. Атрибутивные (качественные) признаки представлены абсолютными и относительными показателями (процентами).

## Результаты исследования

Общая характеристика детей с ХА представлена в табл. 1. Так, максимальная распространенность ХА встречалась в возрасте 4-7 лет. Все дети с ХА были включены в группу диспансерного наблюдения как часто болеющие и состояли на учете у врача педиатра с 3-летнего возраста. ХА сочетался с экссудативным средним отитом почти в 70% случаях с развитием кондуктивной тугоухости у каждого третьего ребенка и снижением слуха и с гипертрофией миндалин и рецидивами острых гнойных средних отитов у каждого второго.

Таблица 1. Портрет ребенка с хроническим аденоидитом

Распространенность среди детей 0-17 лет	5,2 до 33,9 на 1000 человек (по обращаемости и данным медицинским осмотрам несовершеннолетних)	
Максимальное распространение (возрастная группа)	0-3 лет	18-20%
	4-7 лет	60-78%
	8-17 лет	10-12%
Возраст постановки диагноза	3,9±0,36	
Характеристика резистентности	Наблюдение в группе часто болеющих с 2,7±0,5 лет	
Характеристика хронического воспаления и сопряженных заболеваний ЛОР органов	ХА в сочетании с экссудативным средним отитом	69%
	Рецидивы острых гнойных средних отитов	43,5%
	Развитие кондуктивной тугоухости	38%
	ХА в сочетании с гипертрофией небных миндалин	51%
Соматический портрет	Нарушения физического развития	68%
	Задержки нервно-психического развития	53%
	Нарушения звукопроизношения	46%
	Снижение слуха	49%
Особенности функционирования органов и систем	Респираторные аллергии	62%
	Последствия ПППЦНС	37%
	Воспалительные и метаболические нарушения желудочно-кишечной системы	29%

Нарушения физического развития наблюдалось у 69% детей, почти каждый второй ребенок с ХА имел задержку нервно-психического развития. У более половины детей ХА сочетался с респираторными формами аллергии, у каждого третьего наблюдались последствия перинатального поражения ЦНС, воспалительные и обменные нарушения гастро-билиарной системы. Учитывая высокую распространенность ХА, разнообразие его течения клинической картины, сопряженной патологии и соматического портрета, необходимо решение вопроса об их медико-социальном сопровождении. После разделения детей на типы психоконституции мы получили следующие данные (табл. 2). Исследуемые количественные признаки имели нормальное распределение ( $p < 0,05$ ), что позволило для сравнения средних значений использовать критерий Стьюдента.

При анализе развития и характера течения хронического аденоидита были выявлены четкие различия: у интровертов ХА дебютировал в возрасте 3-4 года, к моменту исследования длительность патологического процесса у них была в 2 раза дольше, экссудативный средний отит формировался позже, что достоверно отличалось от показателей детей экстравертов, у которых ХА формировался в возрасте 4-5 лет, с давностью заболевания около полугода с более ранним формированием экссудативного среднего отита.

Таблица 2. Портрет детей с хроническим аденоидитом крайних типов психоконституции

Признаки	Интроверты	Экстраверты	p
Течение ХА (M±m)			
Давность болезни (лет)	1,5±0,16	0,7±0,08	*p<0,001
Возраст дебюта (лет)	3,3±0,18	4,3±0,18	*p<0,05
Возраст верификации диагноза (лет)	3,4±0,51	4,25±0,32	*p<0,05
Частота обострений в год	9,4±0,9	9,6±0,8	*p>0,05
Частота госпитализаций в год	3,9±0,56	2,7±0,58	*p<0,001
Средний возраст возникновения экссудативного отита у ребенка с хроническим аденоидитом (лет)	4,2±0,16	3,9±0,11	*p<0,05
Функциональное расстройство артикуляции и звукопроизношения (%)	46,5	16,1	*p<0,001
Значительное снижение слуха (%)	28,4	76,1	*p<0,001
Клиника ХА (%)			
Стойкое затруднение носового дыхания	100	100	*p<0,05
Постназальный синдром	35,1	69,2	*p<0,05
Храп	81,1	59,0	*p<0,05
Синдром обструктивного апноэ сна	71,6	30,0	*p<0,05
Храп с синдромом обструктивного апноэ сна	56,8	24,4	*p<0,01
Острые гнойные средние отиты	64,5	46,7	*p<0,05
Экссудативный средний отит	51,4	89,7	*p<0,05
Формирование хронического среднего отита	1,4	-	*p>0,05
Снижение слуха, наблюдение у сурдолога	29,7	77,0	*p<0,001
Нарушение речи, наблюдение у логопеда	43,2	10,3	*p<0,01
Избыточная ваготония	79,7	23,1	*p<0,05
Избыточная симпатикотония	16,2	78,1	*p<0,001
Ведущие жалобы	Храп с синдромом обструктивного апноэ сна, нарушение звукопроизношения	Постназальный синдром, ночной кашель, снижение слуха	-
Рентгенография и эндоскопия носоглотки, мезофарингоскопия			
Осмотр ЛОР органов	Гипертрофия аденоидов II ст. ГНМ II-III ст.	Гипертрофия аденоидов III ст.	-
	Тимпанограмма		-
	Тип А или С	Тип В	-
Проявления обострений	Длительное монотонное течение, на фоне ваготонии	Яркая клиника, высокие цифры лихорадки, на фоне симпатикотонии	-
Чаще нарушения	Речи	Слуха	-
Течение	Ранняя манифестация и склонность к атопии	Поздняя манифестация, атопия не характерна	-
Показатели физического развития (%)			
	Интроверты (n=74)	Экстраверты (n=78)	P
Макросоматический	8,11	80,77	*p<0,001
Мезосоматический	5,41	15,38	*p<0,05
Микросоматический	86,48	3,85	*p<0,001

Продолжение таблицы 2

Антропометрические показатели и варианты физического развития (M±m)			
Соотношение длины к ширине черепа	1,94±0,03	1,34±0,07	*p<0,05
Соотношение длины к глубине черепа	1,27±0,05	0,97±0,02	*p<0,05
Соотношение ширины к глубине черепа	0,65±0,01	0,72±0,04	*p>0,05
Соотношение ширины к глубине груди	1,37±0,41	1,27±0,11	*p>0,05
Нормальное физическое развитие (%)	39,19	34,62	*p>0,05
Дефицит массы тела I ст. (%)	60,81	1,28	*p<0,001
Избыток массы тела I ст. (%)	0	52,56	*p<0,001
Избыток массы тела II ст. (%)	0	11,54	*p<0,01
Показатели нервно-психического развития (M±m)			
	Интроверты (n=75)	Экстраверты (n=79)	p
Грубая моторика	87,9±3,31	93,6±1,48	*p<0,05
Тонкая моторика	80,9±3,06	75,3±1,93	*p<0,05
Речь	89,2±0,99	89,0±2,86	*p>0,05
Активности в социальных контактах и играх	78,8±1,91	83,9±1,14	*p<0,05
Наглядно-образное мышление	8,29±0,63	7,11±0,05	*p<0,05
Понятийное мышление	3,12±0,28	1,80±0,11	*p<0,05
Абстрактное мышление	2,71±0,16	2,86±0,08	*p<0,05
Внимание	2,46±0,20	1,76±0,08	*p<0,05
Память слуховая	5,25±0,22	4,35±0,09	*p<0,05
Память зрительная	3,72±0,44	5,72±0,15	*p<0,05
Память смысловая	6,94±0,47	5,75±0,13	*p<0,05
Тип поведения по методике Залужного А.А. (%)			
Пассивно социальное	83,7	70,5	*p<0,05
Активно социальное	16,5	29,5	*p<0,05

Примечание: \* – p – показатели детей интровертов относительно детей экстравертов

Основными проявлениями у детей интровертов был храп с периодическим синдромом обструктивного апноэ сна, проявлением избыточной ваготонии, нарушением формирования зубного ряда и звукопроизношения, что достоверно отличалось от нарушений, свойственных экстравертам, у которых на первый план выходил постназальный синдром с ночным кашлем, формирование экссудативного среднего отита, частые острые гнойные средние отиты, признаки избыточной симпатикотонии и развитие снижения слуха по кондуктивному типу, что требовало наблюдения у врача сурдолога. У детей интровертов хронический аденоидит сочетался с гипертрофией небных миндалин, что было не свойственно для экстравертов. При проведении тимпанометрии у экстравертов регистрировался тип В, что является свойственным при развитии экссудата в полости среднего уха и не встречалось у детей интровертов. Данные проявления ХА сочетались с морфологическими вариантами соматической организации. Так для интровертов с ХА была характерна микросомия с дефицитом массы тела I степени, что отличалось от показателей экстравертов, для которых была характерна макросомия с избытком массы тела 1-2 степени. При изучении соотношения костных полостей у детей было установлено, что для интровертов характерны узкие костные полости, для экстравертов — широкие. Интроверты демонстрировали снижение социальных контактов, наличие тревожности при лучших, по сравнению с экстравертами, показателями мелко моторной одаренности, абстрактного мышления и смысловой памяти, а у экстравертов определялись лучшие, по сравнению с интровертами показатели крупной моторики, понятийного мышления, слуховой и зрительной памяти.

## Обсуждение результатов исследования

Конституциональный характер особенностей состояния здоровья детей с ХА был доказан множественными корреляционными связями уровня экстраверсии и показателями морфологической, психической организации и особенностями функционирования [7, 8]. Ни один из типов не имеет абсолютных преимуществ перед другими, а представлен сочетанием сильных и

слабых свойств. Неблагоприятные социальные факторы приводят к заострению слабых сторон каждого типа и нивелируют его сильные качества [9].

Проведенный анализ показывает важность индивидуализации программ реабилитации детей с хроническим аденоидитом. Такой подход позволяет акцентировать внимание на ведущих жалобах, особенностях клинического течения, возможностях развития определенных осложнений, свойственных различным типам психоконституции. Таким образом, учитывая конституциональную предрасположенность, можно повысить реабилитационный потенциал ребенка и профилактировать развитие характерных осложнений. Правильное медико-социальное сопровождение позволяет расширять адаптационные возможности ребенка каждого типа, тренируя его слабые черты опираясь на сильные качества.

## Заключение

Возникновение и течение ХА имеет четкие различия у детей интро и экстравертов и сочетается с усилением слабых и нивелированием сильных сторон конституциональных признаков каждого типа. Следовательно, дифференцированные программы медико-социального сопровождения должны быть направлены на поддержание слабых конституциональных характеристик и профилактику как биологической, так и социальной дезадаптации, что будет способствовать повышению реабилитационного потенциала и более длительной ремиссии заболеваний.

## Литература (references)

1. Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Шелкопляс Е.В. Конституциональные особенности детей школьного возраста. Системный анализ и дифференцированные программы формирования их здоровья / Под ред. С.Г. Малытиной. – Иваново: ИПК «ПресСто», 2015. – 192 с. [Boboshko I.E., Zhdanova L.A., Shelkopljias E.V. Konstitucional'nye osobennosti detej shkol'nogo vozrasta. Sistemnyj analiz i differencirovannye programmy formirovaniya ih zdorov'ja / Pod red. S.G. Malytinoj. System analysis and differentiated programs for the formation of their health. – Ivanovo: IPK "PresSto", 2015. – 192 p. (in Russian)]
2. Воробьева А.В. Типы конституции у детей // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. – 12.09.18. URL:<http://vnmt.ru/Bulletin/E2018-5/1-3.pdf> [Vorob'eva A.V. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij, jelektronnyj zhurnal*. Journal of New Medical Technologies, eEdition. 12.09.18. URL:<http://vnmt.ru/Bulletin/E2018-5/1-3.pdf> (in Russian)]
3. Жданова Л.А., Молькова Л.К., Копышева Е.Н. и др. Острые респираторные заболевания у детей школьного возраста: особенности течения и рецидивирования в зависимости от конституционального типа // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т.21, №4. – С. 20-25. [Zhdanova L.A., Mol'kova L.K. Kopysheva E.N. i dr. *Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. – 2016. – V.21, N4, – P. 20-25. (in Russian)]
4. Николаев В.Г., Винник Ю.Ю., Медведева Н.Н. Конституциональный подход в изучении здоровья человека при патологических состояниях // Вестник Московского университета. – 2013. – Т.23, №4. – С. 109-114. [Nikolaev V.G., Vinnik Ju.Ju., Medvedeva N.N. *Vestnik Moskovskogo universiteta*. Bulletin of Moscow University. – 2013. – V.23, N4. – P. 109-114. (in Russian)]
5. Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Борзов Е.В. Особенности клинического течения хронического аденоидита у дошкольников с разными типами психоконституции // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2023. – Т.28, №4. – С. 29-34. [Sultanov I.S., Boboshko I.E., Zhdanova L.A. *Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. – 2023. – V.28, N4. – P. 29-34. (in Russian)]
6. Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А. Конституциональные особенности состояния здоровья детей дошкольного возраста с рецидивирующей респираторной патологией // Практическая медицина. – 2023. – Т.21, №4. – С. 116-122. [Sultanov I.S., Boboshko I.E., Zhdanova L.A. *Prakticheskaja medicina*. Practical medicine. – 2023. – V.21, N4. – P. 116-122. (in Russian)]
7. Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А. Комплексная оценка здоровья детей с хроническим аденоидитом 4–7 лет разных типов психосоматической конституции // Вопросы практической педиатрии. – 2023. – Т.18, №5. – С. 71-76. [Sultanov I.S., Boboshko I.E., Zhdanova L.A. *Voprosy prakticheskoy pediatrii*. Issues of practical pediatrics. – 2023. – V.18, N5. – P. 71-76. (in Russian)]
8. Султанов И.С., Бобошко И.Е., Жданова Л.А. Характеристика кардиореспираторной системы и гемограммы детей с хроническим аденоидитом разных типов конституции // Вестник Смоленской

- медицинской академии. – 2023. – Т.22, №2. – С. 91-97. [Sultanov I.S., Boboshko I.E., Zhdanova L.A. *Vestnik Smolenskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of the Smolensk Medical Academy. – 2023. – V.22, N2. – P. 91-97. (in Russian)]
9. Султанов И.С., Бобошко И.Е. Характеристика физического и нервно-психического развития детей дошкольного возраста с хроническим аденоидитом // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2023. – Т.22, №4. – С. 139-144. [Sultanov I.S., Boboshko I.E. *Vestnik Smolenskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of the Smolensk Medical Academy. – 2023. – V.22, N4. – P. 139-144. (in Russian)]
10. Терскова Н.В. Хронический аденоидит // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – Т.8, №4. – С. 85-92. [Terskova N.V. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*. Siberian Medical Review. – 2015. – V.8, N4. – P. 85-92. (in Russian)]

### Информация об авторах

*Султанов Исабала Султанович* – аспирант кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: isa\_sultanov\_96@mail.ru

*Бобошко Ирина Евгеньевна* – доктор медицинских наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: i.boboshko@mail.ru

*Жданова Людмила Алексеевна* – доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: zdala@list.ru

*Бобошко Иван Владимирович* – студент ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: kafedrak@mail.ru

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 27.05.2024

Принята к печати 30.05.2024