

## **Заключение.**

В результате диагностики *H.pylori* среди пациентов с РЗ, наиболее часто инфекция выявлялась у пациентов с СКВ и РА, при этом у больных РА распространенность среди мужчин и женщин достоверно не различалась. Группы пациентов с высокой распространенностью *H.pylori* характеризовалась высокой частотой эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ – основной причиной развития кровотечений и перфораций. Таким образом, бактерию *H.pylori* стоит рассматривать одним из факторов риска поражения гастродуоденальной зоны у пациентов с РЗ.

## **Литература**

1. Вайсман Д.Ш., Сороцкая В.Н., Никитина Е.С. Анализ смертности по множественным причинам от ревматоидного артрита в Тульской области за 2000-2017 годы // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2018. №12. С.124-126
2. Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Распространенность ревматических заболеваний в России // Альманах клинической медицины. 2018. 46 (1). С. 32-39.
3. Каратеев А.Е., Гонтаренко Н.В., Цурган А.В. Коморбидная патология пищеварительной системы у больных ревматическими заболеваниями: не только НПВП-гастропатия // Научно-практическая ревматология. 2016. 54 (4).
4. Плахова А.О., Никитина Е.С., Сороцкая В.Н., Каратеев А.Е. Бактерия *Helicobacter pylori* и ревматоидный артрит: есть ли связь? // В сборнике: Междисциплинарные исследования. Сборник научных статей к 25-летию вузовского медицинского образования и науки Тульской области. Тула, 2018. С.16-30.
5. Степченко А.А. Иммунные нарушения у больных язвенной болезнью, ассоциированной с различными штаммами *Helicobacter pylori* // Вестник новых медицинских технологий. 2010. 17 (4).

## **ЧЕМ И ПОЧЕМУ БОЛЕЮТ ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ?**

**Вандышева Л.В.**

*ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт*

**Аннотация.** Актуальность проблемы часто и длительно болеющих детей связана с трудностью диагностики острого и хронического риносинусита (особенно у детей раннего возраста), который приводит к развитию вторичного иммунодефицита. *Цель исследования:* представить новый метод диагностики риносинусита методом вакуум-аспирации содержимого придаточных пазух носа, повышающий эффективность диагностики и лечения заболе-

вания, в результате которого наблюдается снижение заболеваемости как ОРВИ, так и ОРВИ с осложнениями.

**Ключевые слова:** очаг хронической инфекции, риносинусит, вторичный иммунодефицит, дисиммуноглобулинемия, вакуум-аспирация.

В отечественной литературе распространена точка зрения, что нормальная частота *острых респираторных заболеваний* (ОРЗ) в раннем детстве составляет 3–5 эпизодов в год [2]. Детей, болеющих чаще, принято называть *часто болеющими детьми* (ЧБД). Согласно научно-практической программе «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика», рекомендованной Союзом педиатров России, «ЧБД это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них» [10].

Факторы риска частых ОРЗ чрезвычайно разнообразны. Их делят на:

1) эндогенные (недоношенность, морфофункциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, последствия перинатальной гипоксии, диатезы, энзимопатии, дисбактериозы, очаги хронической инфекции);

2) экзогенные (интенсивная циркуляция множества респираторных вирусов и бактерий в городской среде, низкий уровень социально-экономического благополучия и культуры, раннее начало посещения детских учреждений, экологические нарушения, нерациональная терапия и т.д.).

Указывается, что к повышенной частоте ОРЗ эти факторы приводят за счет снижения иммунологической реактивности организма и локальных механизмов иммунитета.

Иммунологическое обследование в таких случаях мало информативно, так как воспроизводимых нарушений, как правило, не обнаруживается.

Иммунная недостаточность имеет косвенное отношение к проблеме длительно и часто болеющих детей. Не более чем у 1,5% обследованных часто болеющих детей удастся установить диагноз первичных иммунодефицитных состояний, главным образом, легких парциальных или транзиторных форм (селективная недостаточность *IgA*, транзиторная гипогаммаглобулинемия раннего возраста. У часто болеющих детей могут встречаться разнообразные иммунные нарушения, однако, как правило, они нестойки и хорошо компенсированы другими звеньями иммунитета [8,14,16].

После 4–6 лет у детей, благодаря вакцинации и перенесенным вирусным и другим инфекционным заболеваниям, формируется и повышается активность клеточных и гуморальных иммунологических показателей. Однако в этом возрасте возможно развитие многих хронических заболеваний, чаще обусловленных поздней диагностикой и несвоевременным назначением адекватной тера-

пии инфекционно-воспалительных заболеваний. Сохраняющаяся недостаточность мукозального иммунитета способствует высокой восприимчивости к инфекциям. Острые респираторные инфекции у детей могут возникать до 10 раз в год. Однако важно помнить, что частые обострения так называемых «простудных заболеваний или ОРВИ» у ребенка не всегда являются показателями недостаточности иммунитета, и требуется обязательное обследование для верификации диагноза, а необоснованное назначение или самостоятельный прием иммуностропных препаратов может привести к дисфункциям иммунной системы [9].

Дисиммуноглобулинемия выявляется у 75–93,8% часто болеющих ОРВИ детей с сопутствующей ЛОР патологией (вторичный иммунодефицит) [15]. Вторичный иммунодефицит характеризуется расстройством функционирования иммунной системы, обусловленного нарушением процессов дифференцировки, пролиферации и адаптации клеток иммунной системы, не связанных с генетическими дефектами. Вторичный иммунодефицит развивается на фоне ранее нормально функционирующей иммунной системы и может появляться в любом возрасте [5].

Доказано, что у ЧБД, не имеющих очагов хронических инфекций и хронических сопутствующих заболеваний, не выявлено достоверных изменений иммунологических показателей по сравнению с клинически здоровыми детьми [13].

Ведущее место в патологии детского возраста прочно занимают заболевания верхних отделов респираторного тракта, возникновение которых зависит во многом от сформированности и эффективности мукозального иммунитета. Критические проявления недостаточности системы местного иммунитета весьма разнообразны и определяются в органах мишенях, представляющих *locus minoris resistentiae*. Это, в первую очередь, по нашим наблюдениям, острый и хронический риносинусит, проявляющийся на всех этапах развития острой респираторной вирусной инфекции, и ведущий к развитию отита, бронхита и т.д.

Влияние заболеваний верхних дыхательных путей на развитие и течение патологических процессов в бронхах и легких было отмечено еще в прошлом столетии. Неблагоприятное влияние заболеваний носа, околоносовых пазух, носо- и ротоглотки на возникновение и развитие неспецифического хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе показано в многочисленных исследованиях отечественных авторов. Частота обнаружения ЛОР патологии у бронхолегочных больных колеблется от 45,7% до 98,9% [1].

В процессе наблюдения за детьми отмечается отчетливая связь ухудшения течения бронхита при обострении очагов инфекции ЛОР органов, у большинства больных не удается без лечебного воздействия на ЛОР органы добиться лик-

видации бронхолегочного процесса. Распространенность хронической патологии в детском возрасте определяет частоту и тяжесть хронических заболеваний взрослого населения со всеми вытекающими отсюда последствиями экономического характера [12].

Исследования последних лет показали, что в ротоглоточном сегменте у детей из группы ЧДБ выявляются возбудители: *Str. pneumoniae* (25–30%), *H. influenzae* (15–20%), *M. catarrhalis* (15–20%), *Str. pyogenes* (2–5%), представители грамотрицательной микрофлоры, персистенция различных вирусов [4].

В ответ на сочетанное воспаление глоточной миндалины и околоносовых пазух возникают иммунологические сдвиги. Воспалительный процесс в сочетании с гиперплазией лимфоидной ткани вызывает иммунный ответ по гуморальному типу на фоне выявления в глоточной миндалине и синусах идентичной микрофлоры [3].

У детей острый риносинусит определяется как внезапное появление двух или более симптомов:

- заложенность носа / затрудненное носовое дыхание;
- бесцветные / светлые выделения из носа и, или по задней стенке глотки;
- кашель (в дневное или ночное время);
- боли в проекции придаточных пазух носа.

Симптомы сохраняются <12 недель.

Могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер.

Первыми у детей раннего возраста поражаются решетчатые пазухи носа, которые сформированы у детей с рождения. По данным отечественных и зарубежных детских оториноларингологов, острый этмоидит встречается у новорожденных и грудных детей в 75–92 % от числа больных детей с заболеваниями придаточных пазух носа [7]. Клиника гайморозтмоидитов у детей раннего возраста в значительной степени отличается от таковой в другие периоды жизни ребенка. При этом чаще встречаются вяло протекающие воспалительные процессы на фоне сниженной общей реактивности организма. В этиологии и патогенезе заболевания нередко отмечаются, наряду с вирусными и бактериальными факторами, аллергические процессы. Острый этмоидит в таких случаях протекает без выраженных общих явлений: без большого подъема температуры, с отсутствием симптомов токсикоза.

В то же время снижается активность ребенка, становится беспокойным сон, наблюдаются кашель, плохой аппетит. Воспалительный процесс, быстро распространяясь, поражает и нижележащие дыхательные пути, вызывая трахеобронхит и пневмонию. Объективные данные заболевания придаточных пазух носа очень скудные. Однако у большинства детей отмечаются различной сте-

пени затрудненное носовое дыхание, особенно в ночное время, и слизистые выделения из носа. При риноскопии можно видеть значительную отечность и гиперемии слизистой оболочки, полости носа, увеличение нижних и средних носовых раковин, резко суженные носовые ходы. Часто свободное отделяемое в носовых ходах отсутствует. Определить его наличие удастся после тщательной анемизации слизистой оболочки носа или даже только при отсасывании баллоном Политцера [11].

Диагностика острого и обострения хронического риносинусита у детей представляет определенные трудности. Рентгенография придаточных пазух носа у детей раннего возраста трудновыполнима. Некачественные рентгенограммы часто приводят к диагностическим ошибкам. Данные рентгенографии и КТ носовых пазух совпадают только в 34% случаев, для верхнечелюстной пазухи этот показатель составляет 77% [6].

Метод перемещения лекарственных веществ при лечении риносинусита по Проэтцу известен с 1929 года и применяется сегодня в оторинологической практике у взрослых и детей от 10–12 лет.

На основе метода перемещения по Проэтцу на нашей кафедре разработан и применяется метод исследования придаточных пазух при помощи вакуумной аспирации, который помогает достоверно определить наличие содержимого (слизистого или слизисто-гнояного) в придаточных пазухах, в том числе, решетчатой пазухе у детей с первого месяца жизни, что позволяет своевременно поставить диагноз – риносинусита у детей раннего возраста.

Задачей метода является обеспечение высокой доступности диагностики острых и хронических риносинуситов у детей в том числе раннего возраста (применялся с 10 дней жизни) на всех уровнях оказания оториноларингологической помощи, без применения специальной аппаратуры, безболезненность применения, обеспечение высоких результатов диагностики.

Данный метод заключается в том, что пациента усаживают, запрокидывают голову назад, ребенок полулежит спиной на груди у матери, чтобы задняя стенка носоглотки располагалась под углом 45 град к горизонтальной плоскости головы. Проводится анемизация слизистой оболочки носа растворами сосудосуживающих капель. При необходимости местное обезболивание 1–2% р-ром лидокаина. Проводится герметизация носоглотки мягким небом, отсасывание воздуха и слизи из одной половины носа (в это время вторая половина носа закрывается путем прижатия крыла носа к перегородке) и нагнетания лекарственного вещества (физиологического раствора) в противоположную половину носа. При этом в процессе элиминации из одной половины носа крыло противоположной половины носа прижимается к перегородке носа, отсасывается раствор вместе со слизью. Затем необходимо надавить на кончик



носа – открываются средний и верхний носовые ходы – получаем содержимое придаточных пазух.

Действия необходимо чередовать. Для процедуры используется медицинский электроотсос с насадкой «олива», которую, поворачивая по часовой стрелке в полости носа, устанавливают непосредственно на область верхнего и средний носовой хода, что подтверждается появлением секрета в трубке медицинского электроотсоса.

### **Материалы и методы.**

С 2015 до 2019 года под наблюдением находилось 200 часто болеющих детей (6–12 раз в год), которые обращались с жалобами на кашель, затрудненное носовое дыхание, боли в ушах, лимфаденит шейных и тонзиллярных лимфоузлов.

### **Результаты лечения.**

В результате предварительной диагностики путем вакуум-аспирации содержимого придаточных пазух носа всем детям был поставлен первичный диагноз острый риносинусит или обострение хронического риносинусита, что подтверждалось данными рентгенографии придаточных пазух носа, эндоскопическим исследованием полости носа, бактериологическим исследованием.

В результате своевременной диагностики и проведенного лечения:

1. 73 чел. (36,5%) обращались с рецидивом заболевания:

– через 2 недели – 3 месяца = 14 чел (19,2%), т.е. 4 и более раз в год;

– через 3–6 месяцев = 21 чел (28,8%), т.е. 2–4 раза в год;

– через 6–12 мес = 38 чел (52%), т.е. 1–2 раза в год.

2. 127 чел (63,5%) – болели 2–4 раза за год ОРВИ, проводилось лечение у педиатра или самолечение (к ЛОР врачу не обращались), т.е. ОРВИ протекала без осложнений.

В настоящее время способ внедрен в клиническую практику.

### **Выводы:**

1. Трудности в диагностике острого риносинусита, приводят к несвоевременному лечению, хронизации процесса и развитию вторичного иммунодефицита, что увеличивает группу часто, длительно болеющих детей.

2. Исследование придаточных пазух у детей методом вакуум-аспирации позволило (дополнительно к известным способам) провести достоверную и раннюю диагностику риносинусита (преимущественно этмоидита) у детей с первого месяца жизни.

3. Хронический риносинусит у детей является наиболее частым заболеванием, вызывающим вторичный иммунодефицит у детей.

4. Выявление и изучение клинических возможностей ранней диагностики и своевременного лечения хронического риносинусита у часто, длительно болеющих детей раннего возраста и внедрение в клиническую практику наиболее продуктивных подходов к повышению эффективности диагностики и лечения заболевания, снижают уровень вторичного иммунодефицита, что указывает на уменьшение заболеваемости как ОРВИ, так и ОРВИ с осложнениями.

### Литература

1. Аллергический ринит у детей: Пособие для врачей. М., 2002. 80 с.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: Саратовский университет, 1986. 184 с.
3. Быкова В.П., Иванов А.А., Пакина В.Р. Морфофункциональная характеристика небных и глоточной миндалин и аденоидов // Архивы патологии. 1996. № 6. С. 16–21.
4. Ворожко И.В., Сенцова Т.Б. Иммуномодуляторы в терапии часто болеющих детей // Эффективная терапия. Педиатрии. 2010. № 2. С. 16–21.
5. Иммунотерапия: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. Р.М. Хаитова, Р.И. Атауллаханова, А.Е. Шульженко. ГЭОТАР-Медиа, 2018. 768 с.
6. Клинические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации. М., 2018.
7. Козлов М.Я. Воспаление придаточных пазух носа у детей. М.: Медицина, 1985.
8. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Иммунокорригирующая терапия часто и длительно болеющих детей. М., 2001, С. 44.
9. Лусс Л.В. Вторичные иммунодефицитные состояния у детей. Взгляд клинициста к назначению иммуномодулирующей терапии // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2018. № 4 (55). С. 4–18.
10. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: научно-практическая программа. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.
11. Тарасов Д.И., Быкова В.П. Клинико-морфологическая классификация параназальных синуситов // Вестник оториноларингологии. 1979. № 3. С. 18–22.
12. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день – 2002: справочник по лекарственному лечению. М., 2002. 252 с.
13. Харьянова М.Е. Влияние полиоксидония и миелопида на формирование поствакцинального иммунитета у часто и длительно болеющих детей: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. Москва, 2000.
14. Чебуркин А.В., Чебуркин А.А. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста. М., 1994.
15. Черток Т.Н., Нибш Г. Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста. М.: Медицина, 1987. 256 с.
16. Rylander R., Megevand Y. Environmental risk factors for respiratory infections. Arch. Environ Health. 2000, Sep-Oct. Vol. 55(5). P. 300–303.