

Bazhutova G.A. Possibilities of a cytological method of a research at routine inspection of material of a neck of the uterus / G.A. Bazhutova, L.I. Tamrazova // Clinical laboratory diagnostics. – 2004. – № 10. – P.38-40.

4. Возрастные болезни: полн. справ. / ред. Ю. Ю. Елисеев. – М.: Эксмо, 2007. – 736 с.

Age diseases / edition Y.Y. Yeliseyev. – М.: Eksmo, 2007.

5. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и в странах СНГ в 2008 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21, № 2. Прил. 1. – 160 с.

Davydov M.I. Statistics of malignant tumours in Russia and in the CIS countries in 2008 / M.I. Davydov, E.M. Axel // Vestn. N.N. Blochin RONS RAMS. – 2010. – V. 21, №2. – App. 1. – 160 p.

6. Кутлин А.В. Иммунохимические и биологические свойства моноклональных антител к Chlamydia trachomatis / А.В. Кутлин, Э.И. Дробышевская, А.А. Шаткин // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1996. – №1. – С.3-6.

Kutlin A.V. Immunochemical and biological properties of monoclonal antibodies to Chlamydia trachomatis / A.V. Kutlin, E.I. Drobyshevskaya, A.A. Shatkin // Magazine of microbiology,

epidemiology and immunobiology. – 1996. – №1. – P.3-6.

7. Макаров И.О. Бактериальный вагиноз: состояние изученности проблемы / И.О. Макаров, М.А. Гомберг, Е.И. Боровкова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2013. – Т.7, №4. – 20 с.

Makarov I. O. Bacterial vaginosis: state of problem study / I.O. Makarov, M.A. Gomborg, E.I. Borovkova // Obstetrics, gynecology and reproduction. – 2013. – V.7. – № 4. – 20 p.

8. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг / В.И. Новик // Практическая онкология. – 2002. – Т.3, №3. – С.156-165

Novik V.I. Epidemiology of cervical cancer, risk factors, screening / V.I. Novik // Practical oncology. – 2002. – V.3. – № 3. – P.156-165.

9. Полякова В.А. Онкогинекология / В.А. Полякова. – М.: Медицинская книга, 2001. – 192 с. Polyakova V.A. Oncogynecology / V.A. Polyakova. – М.: «Medical Book» publishing house, 2001. – 192 p.

10. Роговская С.И. Возможности кольпоскопии / С.И. Роговская // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В.Н. Прилепской. – М., 2000. – 250 с.

Rogovskaya S.I. Possibilities of a colposcopy /

S.I. Rogovskaya // Diseases of cervix, vagina and vulva / under the editorship of V.N. Prilepskaya. – М., 2000. – 250 p.

11. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика: справ. пособие / П.С. Русакевич. – М.: Высш.шк., 2000. – 368 с.

Rusakevich P.S. Diseases of cervix: symptomatology, diagnostics, treatment, prevention: reference book / P.S. Rusakevich. – М.: 2000. – 368 p.

12. Чиссов В.И. Методология и организация скрининга рака шейки матки / В.И. Чиссов, М.И. Давыдов, В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев // Пособие для врачей. – М., 2004. – 32 с.

Chissov V.I. Methodology and the organization of screening of cervical cancer / V.I. Chissov, M.I. Davydov, V.V. Starinsky, B.N. Kovalyov // manual for doctors. – М, 2004. – 32 p.

13. Antonsson A. General acquisition of human papillomavirus infections of skin occurs in early infancy / A. Antonsson, S. Karanfilovska, P.G. Lindqvist, B.G. Hansson // J. Clin. Microbiol. – 2003. – Vol. 41. – №6. – P. 2509-2514.

14. Coob C.J. Suggested approaches to reporting benign cervical smears that lack endocervical columnar cells / C.J. Coob // Acta Cytol. – 1986. – Vol.30. – P.317-318.

## Н.М. Захарова, Н.А. Гуляева, А.М. Аммосова, С.В. Маркова, М.В. Ханды, С.Ю. Артамонова, Л.А. Степанова, В.Б. Егорова АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

DOI 10.25789/УМЖ.2018.63.09

УДК 616.22-008.87-053.2 616.94-022.7-053.2

С целью изучения микрофлоры ротовой полости были обследованы дети и подростки, проживающие в г. Якутске. Были взяты мазки со слизистой зева и миндалин для проведения микробиологического анализа микрофлоры ротовой полости у часто болеющих детей, а также у детей с явлениями острого тонзиллофарингита, острого фарингита, ангины в условиях стационара применялся метод экспресс-диагностики – Streptatest, на наличие бета-гемолитических стрептококков группы А (БГСА). У часто болеющих детей были обнаружены дрожжевые грибы рода Candida, бактерии рода Staphylococcus, Streptococcus и Klebsiella. В результате проведенной терапии у детей отмечается смещение анаэробного индекса в область нормальных значений. По данным экспресс-теста на БГСА положительный результат был выявлен у 37% больных. Своевременное установление БГСА позволило провести эрадикационную антибактериальную терапию, что привело к выздоровлению без развития осложнений.

**Ключевые слова:** дети, микрофлора ротовой полости, диагностика, стрептококковая инфекция.

To study the microflora of the oral cavity, children and adolescents living in Yakutsk were examined. Smears from the mucous throat and tonsils were used to conduct a microbiological analysis of the oral microflora in frequently ill children, as well as in children with acute tonsillopharyngitis, acute pharyngitis, and angina, also using the express-diagnosis method Streptatest for the presence of beta-hemolytic streptococcus group A (BHSA). In the frequently ill children, yeast fungi of the genus Candida, bacteria of the genera Staphylococcus, Streptococcus and Klebsiella were found. As a result of the treatment in children, the anaerobic index is shifted to the normal range. According to the rapid test for BHSA, a positive result was detected in 37% of patients. Timely establishment of BHSA allowed conducting eradication antibacterial therapy, which led to recovery without complications.

**Keywords:** children, microflora of the oral cavity, diagnostics, streptococcal infection.

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ЗАХАРОВА Надежда Михайловна** – к.м.н., доцент, nadezdamix15@mail.ru, **ГУЛЯЕВА Надежда Андреевна** – к.м.н., доцент, nadezdamix15@mail.ru, **АММОСОВА Аэлита Михайловна** – к.м.н., доцент, nadezdamix15@mail.ru, **МАРКОВА Сардана Валерьевна** – к.м.н., доцент, nadezdamix15@mail.ru, **ХАНДЫ Мария Васильевна** – д.м.н., проф., nadezdamix15@mail.ru, **АРТАМОНОВА Саргылана Юрьевна** – к.м.н., доцент, nadezdamix15@mail.ru, **СТЕПАНОВА Лена Анатольевна** – к.м.н., доцент, nadezdamix15@mail.ru, **ЕГОРОВА Вера Борисовна** – к.м.н., доцент, veraborisovna@yandex.ru.

**Введение.** В норме микробный состав ротовой полости образован различными видами микроорганизмов: бактериями, вирусами, простейшими. В здоровом организме постоянная микрофлора выполняет функцию биологического барьера, препятствуя размножению патогенных микроорганизмов, поступающих из внешней среды; участвует в самоочищении полости рта, является постоянным стимулятором местного иммунитета [1]. Стойкие изменения состава и свойств микрофлоры, обусловленные снижением реактивности организма, резистентно-

сти слизистой оболочки полости рта, а также некоторыми лечебными мероприятиями, могут приводить к возникновению различных заболеваний полости рта, возбудителями которых бывают как патогенные микроорганизмы, попадающие извне, так и условно-патогенные представители постоянной микрофлоры ротовой полости [4].

К условно-патогенным представителям постоянной микрофлоры ротовой полости относятся бактерии анаэробного типа дыхания – стрептококки, составляющие 30-60% всей микрофлоры ротоглотки. Стрепто-

кокками вызывается стрептококковая инфекция — полиморфная по своим клиническим проявлениям бактериальная инфекция. Бета-гемолитические стрептококки группы А (БГСА) вызывают широкий спектр заболеваний в детском возрасте: стрептококковые инфекции дыхательных путей, тонзиллиты, фарингиты, их осложнения — шейные лимфадениты, перитонзиллярные и заглоточные абсцессы, синуситы, мастоидиты, средний отит, пневмонии и др. [7, 10]. Это объясняется анатомическим расположением миндалин в области перекреста дыхательных путей и верхних отделов пищеварительного тракта, их постоянной травматизацией и инфицированием, а также возрастными особенностями иммунной системы ребёнка [5]. Пик заболеваемости приходится на средний и старший школьный возраст.

В последние десятилетия отмечаются устойчивая тенденция к росту заболеваемости хроническим тонзиллитом и его «омоложение» [6]. Пушковым фактором развития являются патогенные или условно-патогенные микроорганизмы, персистирующие в лимфоидной ткани миндалин из-за ослабленного антигенспецифического иммунного ответа организма. При длительном контакте микрофлоры с тканями миндалин создаются условия для перманентно протекающей альтерации и экссудации на фоне активных процессов пролиферации [8, 10]. В свою очередь хронические очаги воспаления в глотке изменяют иммунобиологический баланс и обуславливают развитие иммунопатологических состояний, из которых ведущими являются аллергические реакции замедленного типа и формирование иммунных комплексов [8, 12].

Часто этиологическими факторами развития хронического тонзиллита являются б-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), стафилококки, *Haemophilus influenzae*, пневмококки, моракселла, микоплазмы, грибки и вирусы (аденовирусы, цитомегаловирусы, вирусы герпеса). В последние годы подчёркивается значение полимикробного инфицирования. Распространённость хронического тонзиллита составляет 12-16%, по данным различных авторов, и является одним из наиболее частых заболеваний в структуре хронических болезней детского возраста.

Достоверные статистические данные о распространённости классической стрептококковой инфекции в XX в. показали временные (циклические) ко-

лебания как по росту заболеваемости, так и по тяжести болезни, связанной с повышением вирулентности стрептококка. В.Д. Беляков (1996), изучив динамику заболеваемости стрептококковой инфекцией, выявил 3 ее пика, сопровождающиеся высокой смертностью, и предупредил: «Мы вступаем в XXI век, в первой половине которого, по законам жизни стрептококковой инфекции, она должна проявить свою мощь, как это было в начале XX века» [2].

В настоящее время стрептококковая инфекция, вызванная БГСА, — самая распространённая бактериальная инфекция, заболевание в основном проявляется в детском возрасте — оцениваемая распространённость составляет 3000-100000 детей в год. При этом только 20-30% заболевших детей обращаются с классическими клиническими симптомами фарингита или тонзиллита, и поскольку клиническая дифференцировка от вирусных и бактериальных инфекций затруднительна даже для опытного врача, то клинически стрептококковые инфекции часто не диагностируются [6]. По причине большого разнообразия клинических проявлений окончательный диагноз устанавливается лишь после дополнительного лабораторного подтверждения (выделение стрептококка из материала очагов поражения, нарастание титра О-антистрептолизина). Для быстрой верификации стрептококковой инфекции в мире разработано около 200 тестовых систем, однако многие из них имеют низкую диагностическую ценность и не способны адекватно заменить бактериологическое исследование.

Для быстрого определения БГСА в ротовой полости на территории России в июне 2010 г. был зарегистрирован *Streptatest*. Этот метод применяется в европейской медицине на протяжении 8 лет, за это время он стал методом рутинной диагностики для врачей различных специальностей [12]. *Streptatest* применяется без возрастных ограничений, врачами в поликлиниках и стационарах; учитывая компактность системы, его используют во время вызовов на дом; тест эффективно используется в закрытых коллективах, детских садах и школах. Целесообразность и необходимость использования *Streptatest* для экспресс-диагностики стрептококкового тонзиллофарингита у детей объясняется рационализацией использования антибиотиков при стрептококковой инфекции.

Антибактериальная терапия на данный момент занимает ведущее место в консервативной терапии хронического тонзиллита. Самая серьёзная проблема такого лечения — постоянный рост устойчивости патогенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам [3, 8, 9]. Вместе с тем антибиотиками недостаточно эффективны для подавления роста инкапсулированных микробов, имеющих полисахаридную оболочку — *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, некоторых анаэробов [11].

Таким образом, изучение микрофлоры полости рта является актуальным направлением современной науки для разработки новых подходов к поддержанию и коррекции нормальной микрофлоры ротовой полости с целью профилактики и лечения воспалительных заболеваний.

**Цель исследования:** изучить микрофлору ротовой полости у часто болеющих и больных острыми тонзиллофарингитами детей.

**Материалы и методы исследования.** В исследование было включено 485 детей и подростков, проживающих в г. Якутске. Из них 80 детей часто (от 5-6 до 8-9 раз в течение года) болели респираторными заболеваниями; возраст детей от 5 до 7 лет, посещали детские образовательные учреждения. У детей были взяты мазки со слизистой зева и миндалин для проведения микробиологического анализа микрофлоры ротовой полости.

В Детской городской клинической инфекционной больнице (ДГКИБ) обследовано 405 детей с раннего до старшего возраста, находившихся на стационарном лечении с диагнозом острый тонзиллофарингит, острый тонзиллит, ангина. При поступлении в стационар всем больным проводились общеклинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, для этиологической диагностики применялся метод экспресс-диагностики — *Streptatest*, на наличие БГСА. Тест представляет собой диагностический набор для выявления специфического антигена стрептококка группы А в материале, полученном при мазке со слизистой оболочки задней стенки глотки и небных миндалин. Набор включает 2 реагента, которые позволяют экстрагировать антиген БГСА из материала, тест-полоску, работающую по иммунохроматографическому принципу. На мембрану тест-полоски в тестовой зоне нанесено иммобилизованное антитело к специфическому антигену БГСА, а в контрольной зоне

– экстракционный реагент. Появление полосы пурпурного цвета обозначает положительный результат, в то время как ее отсутствие – отрицательный.

Обработка результатов проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов. Вычисляли среднюю арифметическую «М»; среднюю ошибку средней величины «m». Достоверность различий «р» результатов исследования оценивали по критерию Стьюдента. Различия расценивали как достоверные при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** У обследованных часто болеющих детей при проведении микробиологического анализа микрофлоры ротовой полости были обнаружены дрожжевые грибы рода *Candida* – у 7 (8,7%), бактерии рода *Staphylococcus* – у 1 (1,3%), рода *Streptococcus* – у 6 (7,5%), рода *Klebsiella* – у 1 (1,3%) (таблица). У 80% детей в посевах обнаруживали рост монокультур. У 1 (7,7%) девочки были выявлены одновременно бактерии нескольких родов: *Streptococcus*, *Klebsiella* и грибы рода *Candida*. Из анамнеза данной девочки известно, что родилась на 26-й нед. беременности, длительное время находилась на ИВЛ, до 2-летнего возраста неоднократно лечилась в пульмонологическом отделении Педиатрического центра РБ №1-НЦМ с диагнозом бронхолегочная дисплазия. Детский сад посещает с 4 лет, за три последних года болеет в среднем 8 раз за год, при этом были поставлены следующие диагнозы: фарингит, острое респираторное заболевание, бронхит, катаральная ангина, стоматит.

Примечательно, что родители детей, в анализах которых были обнаружены дрожжевые грибы рода *Candida*, отметили бесконтрольное самолечение антибиотиками широкого спектра действия, что могло привести к усиленному росту устойчивых к большинству антибиотиков дрожжеподобных грибов.

Семилетний мальчик, в анализе которого был обнаружен стафилококк, в течение последнего года 4 раза болел фолликулярной ангиной.

У 7 (53,8%) детей при микробиологическом исследовании кала был выявлен дисбактериоз I-IV степени.

Кроме качественного состава микроорганизмов при исследовании мазков определялся их степень роста (обильный, умеренный и скудный). С обильным ростом выявлены 1 (6,6%) микроорганизм, с умеренным – 7 (46,7%) и со скудным – 7 (46,7%).

#### Бактериальная колонизация глоточных миндалин до начала и после лечения часто болеющих детей (n=13)

Вид возбудителя	Степень обсемененности глоточных миндалин, n							
	обильный рост		умеренный рост		скудный рост		нет роста	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>Streptococcus</i>	-	-	3	-	3	3	-	3*
<i>Staphylococcus</i>	-	-	1	-	-	-	-	1
<i>Klebsiella</i>	1	-	-	1	-	-	-	-
Грибы рода <i>Candida</i>	-	-	3	-	4	-	-	7

\*  $p < 0,05$ .

После семидневной антибактериальной терапии аугментином уменьшилось число детей, у которых в посевах содержимого лакун обнаруживали патогенные бактерии, до 50%, у 37,5% детей сохранилась персистенция бактерий, но степень колонизации снизилась. У 12,5% детей после применения антибактериальной терапии изменений в микробном пейзаже полости рта не наблюдалось (таблица).

При дальнейшем наблюдении за детьми в течение одного года заболеваемость респираторными заболеваниями снизилась до 3–4 раз в среднем. Таким образом, лечение аугментином обеспечивает уменьшение частоты носительства патогенной флоры и степени контаминации миндалин, положительно влияет на микробный пейзаж полости рта.

При применении семидневной противогрибковой терапии флуконазолом у всех детей при контрольном исследовании отмечался отрицательный результат.

За время лечения у детей аллергических реакций и побочных эффектов применения аугментина и флуконазола не отмечено.

В ДГКИБ дети поступали с явлениями острого тонзиллофарингита, острого фарингита, ангины, отмечалось острое начало заболевания: повышение температуры тела выше 38°C, выраженные боли в горле, особенно при глотании, больные часто жаловались на головную боль, боли в мышцах и суставах, снижение аппетита, слабость. По данным физикального обследования у детей при ангине отмечались яркая гиперемия, гипертрофия миндалин, гнойные наложения на миндалинах, лимфаденопатия. В периферической крови отмечался выраженный лейкоцитоз.

Учитывая клиническую картину болезни, всем пациентам был проведен экспресс-тест Streptatest на стрептококковую этиологию инфекции. По данным экспресс-теста положительный результат был выявлен у 37%

больных (149 чел.). У них отмечались ринорея, кашель, субфебрильная температура тела, гиперемия, отечность задней стенки глотки, умеренная лимфоаденопатия.

Расшифровка этиологии заболевания принципиально важна, поскольку стрептококковая инфекция требует адекватной эрадикационной терапии. Эрадикация БГСА способствует не только ликвидации симптомов инфекции, но и предупреждает ранние и поздние осложнения, а также предотвращает распространение инфекции, формирование иммунопатологических вариантов (острой ревматической лихорадки, гломерулонефрита). Назначение антибиотиков не только предотвращает распространение стрептококковой инфекции, но и снижает число носителей возбудителя [6].

Препаратом выбора для лечения ангины, тонзиллофарингита в условиях стационара являлись цефалоспорины 3-го поколения, так как до настоящего времени β-гемолитические стрептококки высокочувствительны к препаратам пенициллина и цефалоспоринов. У 10% (15 пациентов) в связи с переносимостью или аллергической реакцией применялись макролиды (кларитромицин) перорально. Антибактериальная терапия составила 10 дней. При применении антибактериальной терапии быстро нормализовалась температура тела, прекращались боли в горле и купировались общие симптомы.

Всем детям дополнительно к антибактериальной терапии назначены нестероидные противовоспалительные средства (нурофен, найз) [12], симптоматическое лечение. На фоне проведенной терапии у всех детей наблюдалась положительная динамика, дети были выписаны с улучшением под дальнейшее наблюдение участкового педиатра по месту жительства.

**Заключение.** При исследовании качественного и количественного состава микрофлоры ротовой полости часто болеющих детей выявлено, что 16,3% являются носителями патогенной и ус-

ловно-патогенной флоры, которая служит пусковым фактором развития хронического тонзиллита. В результате проведенной терапии у детей отмечается смещение анаэробного индекса в область нормальных значений, что способствует обеспечению условий для повышения жизнедеятельности облигатной микрофлоры.

С помощью метода экспресс диагностики Streptatest у 37% больных ангины, острыми тонзиллофарингитами детей был выявлен БГСА. Своевременное установление БГСА позволило провести эрадикационную антибактериальную терапию, что привело к выздоровлению без развития осложнений. Streptatest может широко использоваться в экспресс-диагностике стрептококковой инфекции для выявления БГСА у больных ангины и острыми тонзиллофарингитами без возрастных ограничений.

### Литература

1. Баранов А.А. Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика / А.А. Баранов, А.В. Горелов, Б.С. Каганов. - М., 2004. - 84 с.
2. Baranov A.A. Acute respiratory diseases in children. Treatment and prevention / A.A. Baranov, A.V. Gorelov, B.S. Kaganov. - M., 2004. - 84 p.

вой инфекции / В.Д. Беляков // Вестник ПМН. -1996. - №11. - С. 24-28.

Belyakov V.D. Surprises of streptococcal infection / V.D. Belyakov // Bulletin of the RAMS. -1996. - № 11. - P. 24-28.

3. Гарашенко Т.И. Заболевания глотки у детей и их антибактериальная терапия / Т.И. Гарашенко // Materia Medica. - 2004. - № 3-4. - 45 с.

Garashchenko T.I. Diseases of the pharynx in children and their antibacterial therapy / T.I. Garashchenko // Materia Medica. - 2004. - №3-4. - 45 p.

4. Захаров А.А. Анализ микрофлоры ротовой полости обследованных людей с различными заболеваниями / А.А. Захаров, Н.А. Ильина // Успехи современного естествознания. - 2007. - № 12. - С.141-143.

Zakharov A.A. Analysis of the microflora of the oral cavity of the examined people with various diseases / A.A. Zakharov, N.A. Ilyina // Progress in Modern Natural Science. - 2007. - №12. - P.141-143.

5. Краснова Е.И. Оптимизация терапии стрептококковой инфекции ротоглотки с применением бактериальных лизатов / Е.И. Краснова, С.О. Кретьен // Детские инфекции. - 2011. - Т. 10, №1. - С. 52-56.

Krasnova E.I. Optimization of therapy of streptococcal infection of the oropharynx with the use of bacterial lysates / E.I. Krasnova, S.O. Kret'en // Children's infections. - 2011. - V. 10. - №1. - P. 52-56.

6. Краснова Е.И. Стрептококковая инфекция у детей: современные подходы к противовоспалительной терапии / Е.И. Краснова, С.О. Кретьен // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2010. - Т. 55. - № 4. - С. 76-80.

Krasnova E.I. Streptococcal infection in children: modern approaches to anti-inflammatory

therapy / E.I. Krasnova, S.O. Kret'en // The Russian Herald of Perinatology and Pediatrics, 2010. - V. 55. - №4. - P. 76-80.

7. Рациональная антибиотикотерапия при ангине и хроническом тонзиллите / А.И. Крюков, Ю.В. Лучшева, А.В. Баландин [и др.] // Consilium Medicum, 2005. - Т. 7. - № 4. - С.297-300.

Rational antibiotic therapy for angina and chronic tonsillitis / A.I. Kryukov, Yu.V. Luchsheva, A.V. Balandin [et al.] // Consilium Medicum, 2005. - V.7. - №4. - P. 297-300.

8. Покровский В.И. Стрептококки и стрептококкозы / В.И. Покровский, Н.И. Брико, Л.А. Ряпис. - М.: Гэотар-медиа, 2008. - 540 с.

Pokrovsky V.I. Streptococcus and streptococcosis / V.I. Pokrovsky, N.I. Briko, L.A. Ryapis. - M.: Geotar-Media, 2008. - 540 p.

9. Страчунский Л.С. Современная антимикробная химиотерапия / Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов. - М., 2002. - С. 342-344.

Strachunsky L.S. Modern antimicrobial chemotherapy / L.S. Strachunsky, S.N. Kozlov. - M., 2002. - P. 342-344.

10. Цветков Э.А. Аденонозиллиты и их осложнения у детей / Э.А. Цветков. - СПб., 2003. - С. 83-87.

Tsvetkov E.A. Adenotonsillitis and its complications in children / E.A. Tsvetkov. - SPb., 2003. - P. 83-87.

11. Dlugosz C.K. Appropriate Use of Nonprescription Analgesics in Pediatric Patients / C.K. Dlugosz, R.W. Chater, J.P. Engle // J Pediatr Health Care. 2006; 20 (5): 316-325.

12. Giesecker K.E. Evaluating the American Academy Pediatrics diagnostic standard for Streptococcus pyogenes pharyngitis: Backup culture versus repeat rapid antigen testing / K.E. Giesecker // Pediatrics. 2003; 111: 66-70.

DOI 10.25789/YMJ.2018.63.10

УДК 616-001:611.33

## А.А. Лыткина, Л.Г. Чибыева НПВП-ГАСТРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА

Проведена оценка характера клинико-эндоскопических особенностей гастропатий, индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, у больных с патологией сердца.

Клиническая картина НПВП-гастропатий у больных ИБС характеризовалась несоответствием симптомов и эндоскопических изменений. Это проявлялось тем, что при наличии яркой эндоскопической картины (эрозии, язвы) НПВП-гастропатии часто протекали бессимптомно. Напротив, у большинства пациентов, отмечающих боли или другие диспепсические расстройства, при эндоскопическом исследовании выявлялись минимальные изменения слизистой оболочки гастроудоденальной зоны. Поэтому проведение эндоскопического контроля, желательно в ранние сроки лечения, является наиболее необходимым и обязательным методом профилактики тяжелых осложнений.

**Ключевые слова:** нестероидные противовоспалительные препараты, гастродуоденальные повреждения, язва желудка, ишемическая болезнь сердца.

The character of clinical endoscopic features of gastropathies, induced by the intake of non-steroidal anti-inflammatory drugs, was evaluated in patients with cardiac pathology.

The clinical picture of NSAIDs-gastropathies in patients with IHD was characterized by a mismatch of symptoms and endoscopic changes. This manifested itself in the fact that in the presence of a bright endoscopic picture (erosion, ulcer), NSAIDs-gastropathies were often asymptomatic. In contrast, in most patients who have noticed pain or other dyspeptic disorders, endoscopic examination revealed minimal changes in the mucosa of the gastroduodenal zone. Therefore, carrying out endoscopic control, preferably in the early stages of treatment, is the most necessary and mandatory method of preventing serious complications.

**Keywords:** nonsteroidal anti-inflammatory drugs, gastroduodenal lesions, gastric ulcer, ischemic heart disease.

**Введение.** На сегодняшний день одно из лидирующих мест в лечеб-

ной практике занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Препараты данного класса обладают широким спектром клинических эффектов и используются при заболеваниях костно-мышечной и сердечно-сосудистой системы, а также при целом ряде других состояний и

заболеваний [4]. Не секрет, что НПВП могут вызывать ряд нежелательных реакций, вследствие которых терапевтическая ценность данного класса препаратов может быть существенно ограничена [1, 6]. Традиционно на первое место среди этих реакций ставят НПВП-гастропатию. Термином НПВП-

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ЛЫТКИНА Алина Альбертовна** – аспирант, gidro1777@mail.ru, **ЧИБЫЕВА Людмила Григорьевна** – д.м.н., проф., chibyeva\_l@mail.ru.