

В. Р. Гайдей¹, А. І. Савчук¹, С. Я. Лаврюкова², М. І. Голубятников³, Н. С. Пастерниченко²,
О. В. Козишкурт³, О. А. Пивторак³

ЗДОРОВ'Я ЧАСТОХВОРОНИЧИХ ДІТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ В ПРИМОРСЬКОМУ РЕГІОНІ

¹ Кафедра дитячих інфекційних хвороб ОНМедУ,

² Одеська міська інфекційна лікарня,

³ Кафедра загальної та клінічної епідеміології та біобезпеки ОНМедУ

Реферат. В. Р. Гайдей, А. І. Савчук, С. Я. Лаврюкова, Н. І. Голубятников, Н. С. Пастерниченко, Е. В. Козишкурт, О. А. Пивторак. **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИМОРСКОМ РЕГИОНЕ.** Проведена комплексная оценка состояния здоровья 200 часто болеющих детей (ЧБД), проживающих в одесском регионе, в возрасте от 2 до 8 лет. Выделены две категории ЧБД: первая – часто болеющие дети, которые не имеют хронических заболеваний и врожденных пороков развития, вторая – дети с формированием хронических заболеваний в стадии субкомпенсации. Среди детей первой категории ЧБД выделены две группы: 1) с транзиторным повышением частоты ОРЗ только на протяжении первого года пребывания в дошкольном заведении (как правило, до 4 -5 раз) – условно часто болеющие дети; 2) дети, у которых частая заболеваемость манифестирует уже на первом году жизни и сохраняется на протяжении всего раннего и дошкольного возраста – истинно часто болеющие дети.

Ключевые слова: часто болеющие дети, группы здоровья, период адаптации, острые респираторные заболевания.

Реферат. В. Р. Гайдей, А. І. Савчук, С. Я. Лаврюкова, М. І. Голубятников, Н. С. Пастерниченко, О. В. Козишкурт, О. А. Пивторак. **ЗДОРОВ'Я ЧАСТО ХВОРОНИЧИХ ДІТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ В ПРИМОРСЬКОМУ РЕГІОНІ.** Проведено комплексну оцінку стану здоров'я 200 дітей з одеського регіону, що часто хворіють (ЧХД) у віці від 2 до 8 років. Виділено дві категорії ЧХД: перша – діти, що часто хворіють, але не мають хронічних захворювань та вроджених вад розвитку, друга – діти з формуванням хронічних захворювань, які знаходяться в стані субкомпенсації. Серед першої категорії ЧХД виділено дві групи дітей: 1) з транзиторним підвищенням частоти ГРЗ тільки на протязі першого року перебування в дошкільному закладі (як правило, до 4-5 разів) – це діти, що умовно часто хворіють; 2) діти, у яких часта захворюваність маніфестує вже на першому році життя і зберігається на протязі всього раннього та дошкільного віку – це діти, що істинно часто хворіють.

Ключові слова: діти, що часто хворіють, групи здоров'я, період адаптації, гострі респираторні захворювання.

Summary. V. R. Gaidei, A. I. Sauchuk, S. Ya. Lauruykova, M. I. Golubyatnykov,

N. S. Pasternichenko, O. V. Kozishkurt, O. A. Pivtorak. **STATE OF HEALTH IN RRI CHILDREN DWELLING IN SEASIDE REGION.** Complex estimation of 200 RRI children state of health has been done. All of them dwell in Odessa region, and aged 2 – 8 y.o. Two categories of RRI children have been marked: I – RRI children without chronic diseases and congenital malformations, II - children with chronic sub compensated diseases. In the first category of children there were two groups: 1) with transitory increase of respiratory diseases frequency only during their first year presence in preschool facilities (as a rule till 4 -5 times per year) – conditionally RRI children 2) those whose frequent morbidity manifestates at the first year of their life and is kept during early childhood and preschool age. We called them truly RRI children.

Key words: RRI children, group of health, period of adaptation, acute respiratory disease.

Вступ. Проблема частої захворюваності дітей на сучасному етапі залишається надзвичайно актуальною, в тому числі серед дітей, що проживають в приморських регіонах. Це визначає пріоритетність досліджень по вивченню причин, які призводять до формування частої захворюваності, та розроблення засобів її корекції. Не дивлячись на велику кількість важливих публікацій по даній проблемі, вона ще недостатньо вивчена, багато положень потребують уточнення та конкретизації, продовжують бути дискусійними [1, 2]. У тому числі не вирішено питання про критерії кратності гострих захворювань, які дозволяють рахувати дитину часто хворіючою. Більшість авторів відносять до групи дітей, що часто хворіють (ЧХД) тих, хто переносить на протязі року 4 та більше гострих захворювань. Деякі автори дотримуються точки зору, що потрібні різні критерії частоти гострих захворювань в залежності від віку дітей. Немає єдиної думки про необхідність включення в групу дітей, що часто хворіють з загостреннями хронічних захворювань [3, 4, 5].

Існують дві точки зору на причини повторних захворювань. Перша пов'язує часту захворюваність насамперед з дією несприятливих факторів та умов зовнішнього середовища (паління родичів, незадовільний стан дошкільного закладу та його повітряного режиму, користування міським транспортом), друга – із зміненою імунологічною реактивністю в поєднанні з дією інших факторів [5].

Ні в кого не викликає сумнівів велика медико-соціальна та економічна значимість проблеми ЧХД. Серед всіх вікових груп найбільш несприятливим по частоті гострих захворювань є ранній вік. Захворюваність дітей раннього віку становить 53,6% відносно сумарної захворюваності за перші сім років життя.

Ціллю нашої роботи стало вивчення розповсюдженості та особливості формування груп ЧХД на сучасному етапі в умовах проживання в курортній зоні.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням на протязі 2-х років (2010-2011 рр.) знаходилось 200 ЧХД у віці від 2 до 8 років, що проживають в м. Одесі. Були проаналізовані історії розвитку (ф. 112/0) та медичні карти (ф. 026/0) дітей, що були включені до дослідження.

Результати та їх обговорення. При комплексній оцінці стану здоров'я дітей ми виходили з положення про те, що сприйнятливості дитини до гострих захворювань є проявою його резистентності. З даних позицій діти, що рідко хворіють характеризуються високою резистентністю, а ті, що часто хворіють – зниженою. У зв'язку з цим нами виділено дві категорії ЧХД: перша – діти, що часто хворіють, але не мають хронічних захворювань та вроджених вад розвитку, тобто діти групи ризику (друга група здоров'я), найбільш розповсюджена в ранньому віці, друга категорія - діти з формуванням хронічних захворювань, які знаходяться в стані субкомпенсації, із загостреннями основного захворювання та повторними гострими захворюваннями (четверта група здоров'я).

В структурі захворюваності дітей раннього віку як серед тих, хто часто, так серед тих, хто рідко хворіють, перше місце займають ГРВІ. Найбільше в одеському регіоні ЧХД зареєстровано нами на другому році життя в порівнянні з іншими роками. Характерно, що дана закономірність спостерігається як у дітей, що відвідують дошкільний заклад, так і у дітей, що виховуються в домашніх умовах (відповідно 80% і 35%).

Викликає тривогу відносно велика кількість дітей з різко зниженою резистентністю серед дітей, що часто хворіють (з кратністю гострих захворювань 8 разів та більше на рік), тобто дітей, що дуже часто хворіють. Так, 20% ЧХД другого року життя та 15% ЧХД третього року життя хворіють 8 раз та більше на протязі року. Слід підкреслити, що ЧХД хворіють не тільки частіше, але й у важчій формі, ніж ті, що рідко хворіють. Ускладнений перебіг ГРВІ спостерігався у них у 78,5% випадків, в той час як у дітей, що рідко хворіють - в 35,5% випадків, тобто у більш чим 2 рази частіше. Серед ускладнень домінують отит, бронхіт, пневмонія, стоматит. Проведені нами тривалі динамічні та катамнестичні спостереження показали, що група ЧХД неоднорідна по своєму складу. Із всієї сукупності спостережень можна насамперед виділити групу дітей з транзиторним підвищенням частоти ГРЗ тільки на протязі першого року перебування в дошкільному закладі (як правило, до 4-5 разів), що визначена нами як група дітей, які умовно часто хворіють. Вона найбільш численна, частота формування хронічної патології у цих дітей спостерігається рідко. Інший контингент - діти, часта захворюваність яких маніфестує вже на першому році життя і зберігається на протязі всього раннього та дошкільного віку. Цих дітей ми називаємо істинно ЧХД. Дана група менш численна, становить біля 25-30% всіх ЧХД, але дає найбільш високу кількість гострих захворювань, які протікають в більшості випадків (84,5%) в ускладненій формі, і становлять, таким чином, найбільш важкий контингент дітей. До більш сприятливого варіанту групи істинно ЧХД відносяться діти, які не хворіють до вступу в дошкільний заклад, у яких знижена резистентність проявляється тільки після вступу в дошкільний заклад, але зберігається на протязі тривалого періоду.

В даному випадку, слід особливо відзначити важливу роль адаптації до дошкільного закладу, яка обумовлює, з одного боку, транзиторне підвищення кількості випадків ГРЗ в перший рік перебування в дитячих дошкільних закладах, з іншого - реалізує повторні захворювання у істинно ЧХД. У зв'язку з цим нами роздільно враховувалась захворюваність в період адаптації, як один з показників її важкості та послідовна захворюваність на протязі року. Це дозволяє виключити з категорії часто хворіючих, дітей з транзиторним підвищенням захворюваності в період адаптації.

Проведене в динаміці клініко-імунологічне обстеження 200 ЧХД дозволило нам виявити окремі особливості, характерні тільки для істинно ЧХД на відміну від рідко хворіючих дітей і з транзиторним підвищенням захворюваності. Контрольну групу становили 50 здорових дітей. З клінічних особливостей у істинно ЧХД виявлялись достовірно більш часті зниження м'язового тонуусу та тургору тканин, наявність залишкових явищ рахіту, незначно виражених функціональних змін з боку серця, шкірні прояви ексудативно-катарального діатезу, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, стигми дизембріогенезу (малі аномалії розвитку), зниження концентрації гемоглобіну до нижньої границі вікової норми.

За вираженістю різних симптомів ми умовно виділили 3 типи ЧХД, що слід враховувати при проведенні оздоровлення. Перший тип – соматичний: для дітей цієї групи характерні прояви загальносоматичних симптомів, а також підвищена збудливість нервової системи, дефіцит маси тіла, повторні ГРЗ до 8 раз та більше на протязі року, що протікають з ускладненнями (таких дітей за нашими спостереженнями біля 35%). Другий тип - оториноларингологічний: для дітей даного типу характерна гіпертрофія аденоїдної тканини 1,2,3 ступеня, повторні отити, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів (таких дітей, за нашими спостереженнями, біля 40%). Третій тип – змішаний: у даних дітей виражена симптоматика, характерна для перших двох типів (таких дітей біля 25%, вони становлять найбільш тяжкий контингент).

У всіх дітей нами були проаналізовані дані соціального, біологічного та спадкового анамнезу. На основі отриманих даних виявлено, що в родословних істинно ЧХД, число хворих родичів було у 2 рази більше, ніж в родословних рідко хворіючих дітей. В родословних ЧХД в 15,6 рази частіше спостерігаються хронічні бронхолегеневі захворювання, у 20,7 рази - хронічний тонзиліт, у 2,3 рази - злякисні новоутворення, в 7,4 рази - алергічні захворювання, в 12,4 рази - ГРЗ в дитинстві у родичів. Достовірної різниці по іншим нозологічним формам в родословних часто та рідко хворіючих дітей не відзначено.

Слід відзначити, що у дітей з транзиторним підвищенням захворюваності фактори ризику у спадковому анамнезі відсутні і їх родословні мало чим відрізняються від родословних рідко хворіючих дітей. Проведені

нами дослідження показали, що у дітей із зниженою резистентністю у 2,6 рази частіше спостерігаються різні відхилення у ранньому онтогенезі. Це переважно патологія другої половини вагітності (нефропатія, перенесені гострі та загострення хронічних захворювань, вживання лікарських препаратів, залізодефіцитна анемія, загроза переривання вагітності), яка призводить до тривалої гіпоксії плоду, яка заважає дозріванню функціональних систем. Одним із самих несприятливих та сильнодіючих факторів в плані формування найбільш тяжкого контингенту ЧХД ми вважаємо повторну захворюваність першого року життя. За нашими даними, майже всі діти, які реалізували часту захворюваність вже на першому році життя, зберігали її в послідовному на протязі раннього та дошкільного віку. Всі перераховані раніше фактори, включаючи неблагополуччя в спадковому анамнезі, ми відносимо до факторів ризику частих гострих захворювань. Слід підкреслити значимість не тільки кожного фактора в окремоті, але їх кількісне накопичення у конкретної дитини. Чим більше факторів ризику має дитина, тим вища у нього можливість для реалізації частих захворювань при відсутності проведення корегуючих заходів.

Висновки:

1. Часта захворюваність дитини може розглядатися як синдром функціональної незрілості, як неспецифічний маркер неблагополуччя в стані здоров'я, яке в силу вікових особливостей ще не приймає окресленої нозологічної форми, але може проявитися у більш старшому віці у вигляді хронічних захворювань при відсутності первинної профілактики.

2. Часту захворюваність можна розцінювати, з одного боку, як причину, пусковий механізм у розвитку багатьох хронічних захворювань, а з іншого - як преморбідний або пограничний стан, передпатологію.

3. Отримані дані дозволяють по новому висвітлити питання, що стосуються формування груп ЧХД, їх клінічного поліморфізму, діагностики, прогнозування та реабілітаційного лікування.

Література:

1. Альбицкий В. Ю. Часто болеющие дети / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. – Саратов: СГУ, 1996. – 126 с.
2. Тузанкина И. А. Часто болеющие дети / И. А. Тузанкина - М.: Медицина, 1993. – 134 с.
3. Черток Е. Д. Диспансеризация и этапная реабилитация часто болеющих детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Воронеж, 1992. – 14 с.
4. Шамкина Н. Г. Совершенствование лечебно- профилактической помощи ЧБД с респираторной патологией на догоспитальном этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 1994. – 20 с.
5. Чебуркин А. В., Чебуркин А. А. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста /А. В. Чебуркин, А. А. Чебуркин.- М.: Медицина, 1994. – 85 с.

Работа поступила в редакцию 15.01.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования