



# Клинические особенности часто болеющих детей

Г.С. Мамаджанова

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Часто болеющие дети (ЧБД) - это группа детей, характеризующаяся более высоким, чем их ровесники, уровнем заболеваемости острой респираторной инфекцией (ОРИ). Нами обследовано 214 часто болеющих и 154 практически здоровых детей. Дети до 3 лет болели по 5-6 раз и более в год, а дети старшего возраста - 3-4 раза в год. В ходе исследования установлено множество факторов риска, способствующих частым заболеваниям таким как: аллергические изменения реактивности организма, асфиксия, глистная инвазия. Также были выявлены следующие клинические особенности: отставание в физическом, нервно-психическом развитии, хроническая патология носоглотки и функциональные изменения со стороны внутренних органов.

**Ключевые слова:** острые респираторные инфекции, часто болеющие дети.

**ВВЕДЕНИЕ.** Детей, подверженных частым респираторным заболеваниям, принято называть часто болеющими (ЧБД), которые представляют группу риска. Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются самыми распространёнными заболеваниями детского возраста и наносят значительный ущерб здоровью ребёнка [1,2].

В структуре заболеваемости ЧБД первое место занимают болезни органов дыхания (80-85%), что не противоречит литературным данным [3,4]. К группе часто и длительно болеющих детей принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям, в основном из-за транзиторных отклонений и возрастных особенностей иммунной системы детского организма. По данным ряда авторов эту группу составляют 65-90% детей [5,6].

У так называемых ЧБД, значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки, лёгких, тяжелее протекают бронхиальная астма, аллергический ринит, ревматизм, гломерулонефрит и ряд других заболеваний [2,5,7]. Было отмечено, что ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям ЖКТ, аллергии, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся [4,8].

**ЦЕЛЬ** настоящей работы явилось изучение клинических особенностей часто болеющих детей.

Материалы и методы. Контингент часто болеющих детей формировался методом случайной выбор-

ки на основании анализа обращаемости детей в городские Центры здоровья г.Душанбе на протяжении семи лет (2001-2008). За этот интервал времени обратились 4789 детей с ОРИ в возрасте до 16 лет, среди которых выявлено и всесторонне обследовано 214 ЧБД, в том числе от 1 года до трёх лет - 51 ребёнок (первая группа), от 4 до 7 лет - 63 ребёнка (вторая группа) и от 8 до 16 лет - 100 детей (третья группа). Из них девочек было 94, мальчиков - 120. В раннем возрасте мальчики и девочки болели одинаково часто (соответственно 49,1% и 50,9%), среди дошкольников: мальчиков - 58,7% против девочек - 41,3%; а среди школьников (57% против 43%) преобладали мальчики. Контрольную группу составили 154 практически здоровых детей, которые также были разделены на группы: от 1 до 3 лет - 48; от 4 до 7 лет - 72 и от 8 до 16 лет - 93 ребёнка. Всем детям проводились клинико-лабораторное обследование (общие анализ крови, мочи, кала), биохимический анализ крови и инструментальные методы исследования, по показаниям - консультации специалистов (невропатолога, эндокринолога, травматолога и др.).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Среди наблюдаемых нами детей частота заболеваний ОРИ в год колебалась от 4 до 12 раз (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, дети до трёх лет болели чаще - по 5-6 и более раз в год, а дети 8-16 лет - до 3-4 раз.

Практически у всех детей после ОРИ (адено-и парагриппозной этиологии) наблюдался выраженный и стойкий, до 1 месяца, астено-вегетативный синдром, на фоне которого возникали новые ОРИ,



**ТАБЛИЦА 1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЧБД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПЕРЕНЁСШИХ ОРИ**

| Частота ОРИ<br>в год | 1-3 года (n=51) |       | 4-7 лет (n=63) |      | 8-16 лет (n=100) |       | Всего (n=214) |      |
|----------------------|-----------------|-------|----------------|------|------------------|-------|---------------|------|
|                      | n               | %     | n              | %    | n                | %     | n             | %    |
| до 3-4 р.            |                 |       | 21             | 33,3 | 100              | 100,0 | 121           | 56,5 |
| 5-6 р. и более       | 51              | 100,0 | 42             | 66,7 |                  |       | 93            | 43,5 |

что превращало заболевание в непрерывный процесс. Вирусные инфекции протекали у них тяжело, с нарушениями микроциркуляции, стенозирующими ларинготрахеитами и в половине случаев сопровождалась развитием бактериальных осложнений (бронхиты, бронхопневмонии). Причём у 6 детей развились необратимые бронхолёгочные изменения. Отсутствие своевременных реабилитационных мероприятий приводило к тому, что в старшем дошкольном и школьном возрасте у 60% из них формировались хронические заболевания, прежде всего ЛОР-органов и бронхолёгочной системы. Наблюдалась следующая локализация очагов инфекции и нозологических форм (назофарингиты, острые средние отиты, синуситы, круп, ларинготрахеиты, бронхиолиты, бронхиты и пневмонии).

При клиническом обследовании у большинства ЧБД выявлены факторы риска, способствующие повторным заболеваниям.

Как видно из таблицы 2, у больных отмечается неблагоприятный преморбидный фон и заболевания (глистная инвазия - 80,4%, асфиксия - 46,6%), оказывающие существенное влияние на уровень их развития.

Одним из важнейших показателей, характеризующих состояние здоровья детей, является физическое развитие. Наши данные свидетельствуют о связи между кратностью заболеваний у детей и уровнем их физического развития. Длительная хроническая интоксикация организма у ЧБД способствовала развитию астено-невротических состояний, приводящих, как правило, к понижению аппетита, дефициту массы тела, заметному ухудшению показателей физического развития, что значительно ослабляло защитные механизмы организма и способствовало частым заболеваниям.

Оценка физического развития по данным антропометрических исследований, показала, что во всех возрастных группах ЧБД по сравнению со здоровыми детьми, отмечалось достоверное ( $p < 0,001$ ) снижение роста и веса (в среднем на 59,6%, 78,9% соответственно), но более выраженные изменения наблюдались у детей первой группы (82,4% и 90,2% соответственно). Интенсивность отклонений заметно возрастала у часто болеющих школьников в период начавшегося полового созревания, особенно такие показатели, как уплощение стоп и нарушение осанки, деформация грудной клетки и позвоночника (сколиоз, лордоз, кифоз).

**ТАБЛИЦА 2. ФАКТОРЫ РИСКА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

| №   |                                                | абс | %     |
|-----|------------------------------------------------|-----|-------|
| 1.  | Рахит                                          | 41  | 19,2% |
| 2.  | Гипотрофия                                     | 46  | 21,4% |
| 3.  | Аномалии конституции                           | 66  | 30,8% |
| 4.  | Аллергические изменения реактивности организма | 97  | 45,4% |
| 5.  | Глистная инфекция                              | 172 | 80,4% |
| 6.  | Хронический пиелонефрит                        | 31  | 12,6% |
| 7.  | Хронический гастрит                            | 44  | 14,5% |
| 8.  | Недоношенность                                 | 60  | 28,3% |
| 9.  | Задержка внутриутробного развития              | 31  | 12,6% |
| 10. | Асфиксия                                       | 99  | 46,6% |
| 11. | Поражение ЦНС                                  | 85  | 39,7% |
| 12. | Родовые травмы                                 | 74  | 34,4% |


**ТАБЛИЦА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ВЕСА И РОСТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ  
 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА (M±m)**

| Показатели<br>веса и роста | 1-3 года        |                         | 4-7 лет         |                         | 8-16 лет        |                         |
|----------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|
|                            | ЧБД<br>(n=178)  | Здоровые<br>дети (n=48) | ЧБД<br>(n=182)  | Здоровые<br>дети (n=72) | ЧБД<br>(n=186)  | Здоровые<br>дети (n=93) |
| Нормальный<br>вес          | ***<br>9,8±4,1  | 89,3±5,8                | ***<br>22,2±5,2 | 82,7±5,2                | ***<br>26,0±4,4 | 63,5±6,1                |
| Отставание<br>в весе       | ***<br>90,2±4,1 | 10,7±5,8                | ***<br>74,6±5,5 | 13,5±4,7                | ***<br>72,0±4,5 | 28,6±5,7                |
| Опережения<br>в весе       | -               | -                       | 3,2±2,2         | 3,8±2,6                 | 2,0±1,4         | 7,9±3,4                 |
| Нормальный<br>рост         | ***<br>17,6±5,3 | 78,6±77,0               | **<br>39,7±6,2  | 67,3±6,5                | 51,0±4,9        | 57,1±6,2                |
| Отставание<br>в росте      | ***<br>82,4±5,3 | 14,3±6,62               | ***<br>52,4±6,3 | 5,8±3,2                 | ***<br>44,0±4,9 | 12,7±4,2                |
| Опережения<br>в росте      | -               | 7,1±4,85                | **<br>7,9±3,4   | 26,9±6,1                | ***<br>5,0±2,2  | 30,2±5,78               |

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

Отмечено, что частые заболевания отрицательно влияют на состояние нервной системы и препятствуют нормальному нервно-психическому развитию. Неврастения и невротизированные реакции регистрировались у 54,4% детей. С увеличением возраста отклонения в нервно-психическом здоровье встречались чаще. Так, если в возрасте 1-2 года отклонения отмечались у 35,5% ЧБД, то в старшем дошкольном и школьном возрасте они встречались у 64,5%.

Установлено, что в возникновении заболевания большое значение имеют эмоциональные стрессы, которые часто приводят к стойкому тревожному состоянию, а затем и к функциональным расстройствам внутренних органов и систем. У части детей (19,7%) формировалось предболезненное состояние - психовегетативный синдром, проявляющийся изменением настроения, повышенной эмоциональной возбудимостью, страхами, утомляемостью, повышенной чувствительностью к раздражителям, вегетативными расстройствами, неприятными ощущениями в области сердца, желудка, нарушением сна.

Наиболее частыми невротическими состояниями являлись мимические и респираторные тики, чуткий поверхностный сон с тягостными сновидениями, трудностями засыпания и пробуждения во время сна. Это также влияло и на учёбу, не говоря уже о пропусках в связи с болезнью. Работоспособность школьников после перенесённого ОРЗ полностью восстанавливалась лишь через 2-4 недели. Среди ЧБД неуспевающих школьников по сравнению с отличниками, выявлялось в 2 раза больше, это чаще наблюдалось в холодное время года (осень, зима).

У 85,0% ЧБД наблюдалось патологическое состояние со стороны органов дыхания. Доминирующее место принадлежало хронической патологии носоглотки, такой как: хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин, хронический фарингит, риниты, назофарингиты, режы бронхиты, пневмонии. Инфекции респираторного тракта у этой группы детей носили смешанный вирусно-бактериальный характер (стафилококки, стрептококки, пневмококки, клебсиелла, кишечная палочка, нередко обнаруживались анаэробы, грибы рода Candida). Выраженные нарушения микробиоциноза носоглотки снижают резистентность к патогенным возбудителям, поддерживают длительный воспалительный процесс, способствуют нарушению целостности эпителиального барьера, тем самым увеличивают антигенное воздействие и способствуют развитию хронической интоксикации [6,8]. В дошкольном и школьном возрасте отмечено учащение заболеваний органов пищеварения (гастриты и др.) У 14,5% детей, прежде всего за счёт большого распространения кариеса зубов 60,3%, кишечной инфекции у 17,3%, глистной инвазии у 80,4%. В старшем возрасте у ЧБД отмечались отклонения со стороны эндокринной системы и обмена веществ, особенно заболевание щитовидной железы - зоб диагностирован у 4,7% школьников.

У подавляющего большинства ЧБД по сравнению со здоровыми детьми отмечались различные отклонения от нормы показателей функционального состояния организма. Так, у 47,7% больных детей наблюдалась железодефицитная анемия, которая характеризовалась у большинства детей в виде астено-невротического (83,4%), эпителиального



**ТАБЛИЦА 4. ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА (M±m)**

| Показатели<br>общего ана-<br>лиза крови | 1-3 года    |                       | 4-7 лет     |                        | 8-16 лет     |                        |
|-----------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|------------------------|--------------|------------------------|
|                                         | ЧБД<br>n=51 | Здоровые<br>дети n=28 | ЧБД<br>n=63 | Здоровые<br>дети n=52  | ЧБД<br>n=100 | Здоровые<br>дети n=63  |
| Эритроциты<br>×10 <sup>12</sup> /л      | 3,65±0,04   | 4,0±0,13<br>p<0,01    | 3,76±0,04   | 4,65± 0,04<br>p <0,001 | 3,89±0,03    | 4,57±0,04<br>p <0,001  |
| Гемоглобин<br>г/л                       | 98,43±0,62  | 114,4±0,62<br>p<0,001 | 102,68±1,92 | 114,4±0,43<br>p <0,001 | 107,7±21,05  | 115,4±0,46<br>p <0,001 |
| Лейкоциты<br>г/л                        | 9,52±0,43   | 7,25±0,05<br>p<0,001  | 8,93±0,29   | 7,29±0,07<br>p <0,001  | 8,53±0,22    | 7,24±0,06<br>p <0,001  |

**Примечание:** P – различия в группах статистически значимы

(82%), гепатолиенального (29%), мышечного (87%) синдромов и вторичного иммунодефицита (89%). В 4-5 раза чаще наблюдались функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (приглушение тонов, аритмия, брадикардия, тахикардия, экстрасистолы, систолический шум, изменения на ЭКГ- нарушение проводимости атриовентрикулярной блокады I-II степени, снижение вольтажа зубцов). Почти у 95% ЧБД отмечалось увеличение лимфатических узлов, чаще до размера горошины и фасоли, и у некоторых детей до размера грецкого ореха. У 12,6% ЧБД выявлены изменения со стороны мочевыделительной системы (хронические латентные пиелонефриты, циститы и др.). У 39,2% детей, преимущественно раннего возраста наблюдалась диарея (1-3 раза в год у 21,9%, 4 и более раз в год у 17,3%), особенно в летнее время. Диагноз анемии был подтвержден общим развернутым анализом крови (табл. 4).

Во всех возрастных группах было отмечено: снижение количества эритроцитов (3,5-3,9×10<sup>12</sup>/л) и гемоглобина до 98,4г/л; повышение лейкоцитов у всех ЧБД до 9,5% г/л, и СОЭ до 9,4 мм/ч.

**ТАКИМ ОБРАЗОМ**, в результате обследования были выявлены следующие клинические особенности у часто болеющих детей - отставание в физическом, нервно-психическом развитии, хроническая патология носоглотки и функциональные изменения со стороны внутренних органов.

Вышеописанное свидетельствует о тесной взаимосвязи частоты заболевания ОРВИ у часто болеющих детей с одной стороны, и состоянием их здоровья, с другой. Возникает своего рода порочный круг: частые ОРВИ способствуют морфофункциональным отклонениям и хронической патологии, которые в свою очередь, снижают резистентность организма.

## ЛИТЕРАТУРА

- Дринецкий В.Л. Острые респираторные инфекции у детей и подростков/ В.П. Дринецкий, Л.В. Осидак, Л.М.Цымбалова// - С-Пб. -2003.-С.67
- Коровина Н.А. Часто и длительно болеющие дети: терминология, патофизиология, терапевтические подходы /Н.А.Коровина//Опыт применения рибуминала в российской педиатрической практике.- М., -2002.-С.7-17
- Горелов А.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекций у детей/ А.В. Горелов, Л.Н. Милутина, Д.В. Усенко// -М.,-2005.- 25с.
- Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии /Г.А. Самсыгина // Практика педиатра.-2005.-№12-С.9
- Зрячкин Н.И. Часто болеющие дети (причины частой заболеваемости и оздоровление) /Н.И.Зрячкин, К.А.Поляков-Саратов. -2005.-С.87
- Романцов М.Г. Респираторные заболевания у детей /М.Г.Романцов// -М.,-2003.-С.112
- Akikusa JD., Kempas AS. Clinical correlates of response to pneumococcal immunization // J. Paediatr. Child Health., 2001; 37(4): 382
- Kilic SS., Tezcan I., Sanal O., Metin A., Ersoy F. Transient hypogammaglobulinemia of infancy: clinical and immunological features of 40 new cases // Pediatr. Int., 2000; 42(6): 647



# Summary

## Clinical features of frequent ill children

G.S. Mamadzhanova

Frequent ill children - a group of children characterized by higher than their peers, incidence of acute respiratory infection. We examined 214 children with frequent episodes and 154 apparently healthy children. Children under 3 years of sick more often 5-6 times or more, and older children were sick 3-4 times a year. Identified many risk factors contribute to frequent illness, a high percentage were: allergic changes in the reactivity of the body, asphyxia, worm infestation. Identified clinical features: the lag in the physical, neuro-psychological development, revealed chronic pathology of the nasopharynx and functional changes in the internal organs.

**Key words:** acute respiratory infections, frequent ill children

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Г.С. Мамаджанова** - доцент кафедры детских болезней №1 ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, пр.Рудаки, 139.Тел. 918-72-09-03.  
E-mail: mamajanova.gulnora@gmail.com