

Дети, часто и длительно болеющие

А.Л.Соколов, к.м.н., доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ПетрГУ

- *«Хорошее здоровье, ощущение полноты, неистощимости физических сил – важнейший источник жизнерадостного мировосприятия, оптимизма, готовности преодолеть любые трудности».* **В. А. Сухомлинский**

- **Критериями здоровья являются:**

- для соматического и физического здоровья – **я могу;**
- для психического, социального и интеллектуального – **я хочу;**
- для духовно-нравственного – **я должен.**

- **На сегодня продолжает иметь место тенденция к ухудшению здоровья детей и подростков.**
- Основные темпы роста развития патологических состояний приходятся на период обучения детей в школе. Количество детей с патологией увеличивается с 1 к 11 классу. Абсолютно здоровых детей становится меньше примерно в 2 раза, а детей с хронической патологией становится больше в 1,5 раза (А.А. Баранов, В.Р.Кучма, Г.Г.Онищенко и др.).
- Данные проводимой диспансеризации это подтверждают и являются свидетельством роста патологических (функциональных) отклонений и заболеваний у детей и подростков.
- Распределение детей по группам здоровья показывает, что самое большое число детей и подростков с пограничными видами клинического неблагополучия имеют II группу здоровья.
- **Охрана здоровья детей и профилактика определены как приоритетные направления в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

«Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов» (ВОЗ)

- **Физическая составляющая** включает уровень роста и развития органов и систем организма, а также текущее состояние их функционирования. Основой этого процесса являются морфологические и функциональные преобразования и резервы, обеспечивающие физическую работоспособность и адекватную адаптацию человека к внешним условиям.
- **Психологическая составляющая** — это состояние психической сферы, которое определяется мотивационно-эмоциональными, мыслительными и нравственно-духовными компонентами. Основой его является состояние эмоционально-когнитивного комфорта, обеспечивающего умственную работоспособность и адекватное поведение человека. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, а также возможностями удовлетворения этих потребностей.
- **Поведенческая составляющая** — это внешнее проявление состояния человека. Оно выражается в степени адекватности поведения, умении общаться. Основу его составляют жизненная позиция (активная, пассивная, агрессивная) и межличностные отношения, которые определяют адекватность взаимодействия с внешней средой (биологической и социальной) и способность эффективно трудиться.

Часто болеющие дети

- Часто болеющий ребенок – это не нозологическая форма. В группу ЧБД принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям, в последствие приводящих к нарушениям в защитных системах организма ребенка.
- Одним из основных критериев включения детей в группу ЧБД является частота эпизодов ОРЗ в год в зависимости от возраста, согласно критериев В.Ю.Альбицкого и А.А. Баранова(1986г.):
 - Дети 1-го года жизни – 4 и более эпизодов в год
 - Дети до 3 лет – 6 и более эпизодов в год
 - Дети 4- 5 лет – 5 и более эпизодов в год
 - Дети старше 5 лет – 4 и более эпизодов в год.

- У детей в возрасте старше 3 лет в качестве критерия для включения в группу ЧБД предложили использовать дополнительный критерий - **инфекционный индекс (ИИ)**, определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка: $ИИ = \frac{\text{сумма всех случаев ОРЗ в течение года}}{\text{возраст ребенка в годах}}$
- ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2-0,3, а у детей из группы ЧБД=1,1-3,5.
- При включении ребенка в группу ЧБД необходимо учитывать: тяжесть течения каждого ОРЗ, наличие осложнений, продолжительность интервалов между эпизодами ОРЗ, необходимость применения антибиотиков в остром периоде.

- **Согласно классификации, разработанной сотрудниками Института детей и подростков, часто болеющие дети относятся ко II группе здоровья.**
- Нередко частые и длительные ОРЗ наблюдаются у детей с наследственной, врожденной или приобретенной патологией (пороки развития органов дыхания, муковисцидоз, врожденный стридор и др.)
- В каждом конкретном случае необходимо определять причину повышенной респираторной заболеваемости и разрабатывать индивидуальную реабилитационную программу для ребенка при установленной конкретной нозологической форме, что позволит существенно снизить риск развития повторных респираторных заболеваний.

- Следует выделять комплекс факторов, влияющих на повышенную частоту ОРЗ у детей: анатомо-физиологические особенности респираторного тракта у детей (узкие просветы дыхательных путей, недостаточное развитие эластической ткани и др.), запаздывание созревания иммунной системы, социальные условия жизни (питание, бытовые условия) и др.
- К факторам риска повторных ОРЗ следует отнести: неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень образования и санитарной культуры в семье, вредные привычки родителей, плохие взаимоотношения между супругами и частые стрессовые ситуации в семье. Особо следует отметить «пассивное курение», приводящее к снижению местного иммунитета слизистых респираторного тракта и повышению аллергизации организма.

- Важным фактором, влияющим на частоту ОРЗ, является проживание в экологически неблагоприятных районах. Повышение содержания различных ксенобиотиков в воздухе, воде, продуктах питания сопровождается накоплением их в организме ребенка, что приводит к изменениям клеточного метаболизма, нарушениям гомеостаза и иммунной защиты.
- В анамнезе у значительного числа ЧБД отмечается осложненное течение перинатального периода (неблагоприятное течение беременности, преждевременные роды, экстренные операции родоразрешения и др.). Одним из неблагоприятных факторов является возраст матери старше 35 лет.

- Среди ЧБД отмечено более 10% недоношенных детей и более 40% детей, имеющих массу тела при рождении менее 3000 г.; в 1,6 раза чаще встречаются дети с группой крови III(B), чем среди детей I группы здоровья.
- Локализация очагов инфекции в группе ЧБД самая различная: верхние дыхательные пути (риниты, назофарингиты, ларинготрахеиты и др.); инфекции нижних дыхательных путей (бронхиты, бронхиолиты, пневмонии); поражения ЛОР органов.
- Рецидивирование респираторных инфекций у детей приводит к нарушениям функционального состояния организма ребенка и способно обуславливать срыв адаптации, а в дальнейшем привести к развитию хронической патологии.
- Высокая частота респираторных заболеваний приводит к целому комплексу неблагоприятных последствий для детского организма, обуславливая формирование стойких отклонений в состоянии здоровья (Намазова Л. С., Таточенко В. К., 2005; Заплатников А. Л., 2008; Kverner K. J. et al., 2000; West J. V., 2002).
- Отечественными и зарубежными авторами накоплен обширный материал, касающийся факторов, способствующих нарушению уровня здоровья детей, факторов риска, причин формирования группы ЧБД, принципов лечения, реабилитации, профилактики у этой категории больных (Алексеева Ю. А., 2003);

Дети группы ЧБД

- Эти дети нередко имеют ограниченные возможности, в результате наличия у них различных отклонений физического, а в ряде случаев и психического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие вести полноценную жизнь.
- О таких детях говорят: »дети с проблемами«, «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении», «аномальные дети», «исключительные дети».

Причины и факторы, способствующие формированию группы ЧБД

- **I группа. Медико-биологические:**
- АФО организма ребенка.
- Астенические состояния, вызванные сопутствующими заболеваниями.
- Наличие у родителей хронических заболеваний органов дыхания, ревматизма, злокачественных новообразований, аллергопатологии.
- Нерациональное питание ребенка (недостаточность белка, витаминов, микроэлементов, избыток углеводов).
- Низкая медицинская активность семьи, позднее обращение за медицинской помощью, невыполнение назначений врача, дефекты ухода за ребенком.
- Период адаптации ребенка к бактериальной обсемененности других детей в процессе привыкания к образовательному учреждению.

- **II группа. Экологические факторы, в том числе санитарно-гигиенические:**
 - Неблагоприятные и вредные условия труда будущих родителей.
 - Неблагополучная экологическая обстановка по месту проживания ребенка.
 - Неблагоприятные жилищные условия.
- **III группа. Социально-психологические факторы:**
 - Низкий материальный достаток семьи.
 - Низкий уровень образования родителей.
 - Низкий уровень санитарной культуры и вредные привычки родителей.
 - Хронические психотравмирующие ситуации в семье.
 - Неблагоприятные личностные особенности родителей, прежде всего матери.
 - Поступление ребенка в образовательное учреждение.
 - Стрессы, вызванные педагогическими просчетами.

- Для выявления школьников, часто и длительно болеющих, необходимы четкая регистрация всех случаев пропусков занятий по болезни и расчет показателей заболеваемости учащихся.
- Данные показатели позволяют получить в первую очередь сведения о состоянии иммунной системы у большинства детей и подростков.
- Данные показатели будут отражать частоту встречаемости выраженных функциональных отклонений и обострений хронических заболеваний системы пищеварения, мочеполовой системы, центральных и вегетативных отделов нервной системы, эндокринной системы и обмена веществ у детей.

Оздоровление детей группы ЧБД после перенесенного ОРЗ

- **Щадящий режим дня.**
- Функциональные возможности организма и работоспособность ребенка из группы ЧБД снижены больше, чем у редко болеющих детей.
- При восстановлении нарушенных функций и работоспособности реконвалесцентов ведущим является принцип ступенчатого (постепенного) включения организма в режим возрастающих нагрузок.
- **Организация режима учебных занятий.**
- Должна быть выработана особая медико-педагогическая тактика. Важное значение приобретает щадящий психолого-педагогический подход.
- В часы, отведенные для уроков физкультуры, важна организация прогулок на свежем воздухе с включением дыхательных упражнений и игровых элементов, что позволит предупреждать отрицательные воздействия гиподинамии и обеспечить оптимальные сроки восстановления функциональных возможностей после острого заболевания.

- **Положительно отражается на состоянии здоровья учащихся и способствует их активному вовлечению в жизнь учебного коллектива, психологической и социальной реабилитации:**
- Использование специальных физических упражнений для оздоровления часто болеющих детей.
- Организация индивидуальных домашних учебных занятий на 2-3 недели после болезни.
- Организация досуга учащихся, после перенесенного ОРЗ. Исключить из режима дня элементы досуга, связанные с большой физической и психоэмоциональной нагрузкой (увеселительные поездки и прогулки, посещения гостей и др.). В течение первых 2 недель ограничит просмотр телепередач и работы с компьютером до 2 часов.

Вопросы питания учащихся из группы ЧБД, перенесших ОРЗ

- **Питание должно быть рациональным.** Рацион питания необходимо сбалансировать по содержанию нутриентов (в первую очередь полноценных белков животного и растительного происхождения) и витаминов в качестве адаптогенов. Полноценное питание детей со сниженными иммунобиологическими возможностями в условиях образовательного учреждения осуществить практически невозможно. Следовательно, компенсировать ребенку недостающие макро- и микронутриенты могут родители при организации необходимого питания в домашних условиях.
- Для оздоровления учащихся из группы ЧБД целесообразно 4-5 разовое питание, а также дополнительные белковые завтраки с употреблением продуктов, содержащих белки животного и растительного происхождения (мясные, молочные, рыбные, злаковые блюда, овощи, фрукты).

- При поражении верхних и нижних дыхательных путей в рационе питания целесообразно изменять качественный состав жирового компонента – увеличивать количество жиров растительного происхождения, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты, фосфолипиды и витамин Е, которые благоприятно действуют на восстановительные процессы в организме.
- Для нормализации обмена веществ необходимы витамины группы В, витамин С, Е, А, каротин, повышающие устойчивость организма к инфекциям, восстанавливающие слизистую оболочку верхних дыхательных путей, которая вовлечена в патологический процесс.
- В весенне-осенний период следует проводить курсы витаминотерапии, используя поливитаминно-минеральные комплексы, жировые и витаминные биологически активные добавки (БАДы).
- По рекомендации и под наблюдением врача-педиатра целесообразно проведение курсов иммунокорригирующей терапии с использованием бактериальных лизатов, БАДов на основе полезной микрофлоры, БАДов на основе рыбьего жира, растительных масел, их сочетаний, а также препаратов интерферона.



Благодарю за внимание !