

Часто болеющие дети: медико-психологическое сопровождение, оздоровление и адаптация к образовательному учреждению

Романцов М. Г.

Романцов Михаил Григорьевич / Romanov Mihail Grigor'evich - доктор медицинских наук, кандидат педагогических наук, профессор, кафедра педиатрии и детской кардиологии, кафедра естественно-научных дисциплин и физической культуры, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Педагогический институт, г. Черняховск, Калининградская область

Аннотация: *представлен современный взгляд на проблему профилактики и лечения повторной заболеваемости в группе часто длительно болеющих детей. Заболеваемость часто болеющих детей приводит к социальной дезадаптации, ограничивает общение со сверстниками, формирует педагогические проблемы (снижение успеваемости, отставание от учебной программы), нарушается психологический климат в семье, снижая качество жизни ребенка. Описаны психологические особенности часто болеющих детей и технологии, обеспечивающие адаптацию ребенка в образовательном учреждении.*

Ключевые слова: *часто болеющие дети, респираторная заболеваемость, медикаментозная терапия, вакцинация, психологические особенности, адаптация к образовательному учреждению.*

УДК 616-053.2

Часто болеющие дети (ЧБД) – одна из наиболее актуальных и пока не решенных проблем современной педиатрии, переросшая в социально-значимую проблему, ухудшает психологический статус ребенка, снижает общее состояние здоровья детей и приводит к «хроническим больничным листам» [1].

По мнению Савенковой М. А., часто болеющий ребенок – это ребенок с повторной или рецидивирующей респираторной вирусной, бактериальной или патологией ЛОР-органов (аденоидит, тонзиллит, отит), верхних и нижних дыхательных путей на фоне дисфункции иммунитета и/или неадекватного лечения заболевания. При этом высок риск развития местных гнойных, системных воспалительных и функциональных легочных и сердечных осложнений [2].

Часто болеющие дети – это категория диспансерного наблюдения. Ребенка правомочно отнести к ЧБД в случаях, когда повышенная подверженность к респираторным и острым заболеваниям не связана с наследственными или приобретенными патологическими состояниями. 15-40 % детей болеют острыми респираторными инфекциями значительно чаще и тяжелее, чем их сверстники, на их долю приходится до 75 % всех случаев. При формировании группы ЧБД традиционно используют критерии, включающие число заболеваний в течение года и возраст ребенка. При таком подходе ориентиром является частота заболеваний без учета их длительности, тяжести, наличия осложнений [3].

Часто болеющие дети – важная социальная проблема. Заболеваемость детей приводит к социальной дезадаптации ребенка, ограничивая общение со сверстниками, формируя педагогические проблемы (снижение успеваемости, отставание от учебной программы), нарушается психологический климат в семье, а в целом снижается качество жизни ребенка [4-6].

В настоящее время отмечается рост числа часто и длительно болеющих детей, которые составляют до 65 % детской популяции, определяя основную массу временных медицинских отводов от прививок и нарушений сроков вакцинации, так как врачу сложно выбрать «светлый» промежуток для прививки. Характерно увеличение частоты острых заболеваний после прививок, что приводит к негативному отношению родителей к дальнейшей иммунизации. Фактором риска развития респираторных инфекций, составляющих большую часть патологии поствакцинального периода, особенно при введении живых вакцин, является вакцинация детей группы часто болеющих [7].

Известно около сотни вирусов, включая и представителей 5 семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксо-, парамиксо-, корона-, пикорна-, реовирусы) и 3 семейства ДНК-содержащих вирусов (адено-, парво-, герпесвирусы), которые вызывают острые заболевания дыхательных путей [16]. Наряду с известными возбудителями (грипп, парагрипп, РС-вирус, риновирус; стрептококк, стафилококк пневмококк, кишечная палочка и др.) сегодня следует учитывать и внутриклеточных возбудителей (микоплазма, хламидии), бокавирусы. В развитии респираторных заболеваний играют роль герпес вирусы (ЭБВ, ЦМВ, ВГЧ 6 типа). С другой стороны, к факторам, от которых зависит развитие заболевания детей, относятся возраст, уровень поражения слизистых респираторного тракта, сезонность, состояние лимфоузлов и слизистых полости рта. Большую роль играет и преморбидный фон. Осложненное течение формируется при наличии в организме хронических очагов инфекции, способствующих напряжению иммунной системы [8].

Течение современных инфекций у детей изменилось, педиатры сталкиваются с микст-инфекцией, при этом активизируется эндогенная микрофлора ротоглотки (стрептококк, стафилококк, грамотрицательная микрофлора). Рост бесконтрольного приема антибактериальных препаратов привел к формированию резистентных штаммов возбудителей инфекций, при этом выбор антимикробных и противовирусных препаратов ограничен. В последние годы возросло значение роли иммунной системы при заболеваниях инфекционного и неинфекционного характера. Стали широко применяться иммуностимулирующие препараты в группе ЧБД [9]. По мнению А. А. Воробьева, основными требованиями к препаратам такого рода должно быть наличие у лекарственного средства иммуномодулирующего эффекта, доказанная противовирусная эффективность, безопасность, безвредность, отсутствие побочных эффектов [10].

Патогенетической основой частых респираторных заболеваний является изменение иммунологической реактивности организма, изменения неспецифичны, разнонаправлены и затрагивают все звенья иммунитета. В основе дисфункции иммунной системы лежит изменение гомеостатического равновесия, а не стабильные нарушения ее компонентов. К особенностям иммунного статуса организма часто болеющего ребенка относят – частичный дефицит иммуноглобулина А и временный дефицит иммуноглобулина G, функциональный дефицит Т-лимфоцитов и образования цитокинов при нарушениях фагоцитарного звена (дефицит гранулоцитарного хемотаксиса и антимикробной активности нейтрофилов [3].

Слизистая оболочка дыхательных путей является «входными воротами» для возбудителей респираторных заболеваний, морфологические изменения которой обуславливают развитие острого воспаления. Помимо механической защиты (мукоцилиарный клиренс, кашель, сужение бронхов), органы дыхания защищает иммунная система, в частности, лизоцим, трансферрин, фибронектин и интерфероны. Система специфической иммунной защиты включает глоточное кольцо и ассоциированную с бронхами лимфоидную ткань, где происходит первый контакт с антигеном, и образуются предшественники плазматических клеток (вырабатывают иммуноглобулин А). В бронхах и альвеолах преобладает иммуноглобулин G, поступающий из плазмы крови, его уровень увеличивается при воспалении. У детей раннего возраста низкий уровень лизоцима, низкая способность к выработке эндогенного интерферона, а показатели секреторного иммуноглобулина А достигают уровня взрослого человека только в школьном возрасте. Несовершенен и механизм фагоцитоза у детей. С возрастом, утрачивая материнские антитела, ребенок становится восприимчив ко многим инфекциям, особенно к респираторным заболеваниям. Этим и объясняется их увеличение. По мере роста ребенка заболеваемость снижается, потому что в организме накапливаются антитела к разнообразным антигенам. Ослабление (применение жаропонижающих средств) антителообразования, снижение выработки интерферона-гамма, склонность к усиленной продукции иммуноглобулина Е вместо антител к иммуноглобулину G – обуславливают повторную заболеваемость и повышенную восприимчивость к патогенным агентам [11].

Реабилитация и оздоровление часто болеющих детей должна быть направлена на создание оптимальных условий функционирования иммунной системы и предусматривать комплекс медико-психологических мероприятий, включающих рациональный режим дня и питания, тепловой режим, закаливание, дозированные физические нагрузки и лечебную физкультуру. Необходимо обратить внимание на индивидуальный подход к проведению профилактических прививок при поступлении в дошкольное учреждение, школу, коррекцию сопутствующих отклонений в состоянии здоровья. В профилактические меры по борьбе с заболеваемостью входит «классическая» профилактика – прием иммуностимулирующих препаратов детям из групп риска в период сезонного подъема заболеваемости (октябрь-март) с целью снижения вероятности заболевания. «Прицельная» профилактика – прием иммуномодуляторов в острой фазе заболевания с целью сокращения числа дней болезни, профилактики тяжести течения заболеваний и развития осложнений [1, 3].

Основные принципы вакцинации часто болеющих детей включены в клинические рекомендации [7]. Плановые прививки рекомендуется проводить не ранее чем через 1 месяц после выздоровления от очередного острого заболевания. Ежегодная вакцинация против гриппа и дополнительная вакцинация против пневмококковой, гемофильной, менингококковой инфекций, ветряной оспы, гепатита А. Применение иммуностимулирующих средств для профилактики интеркуррентных заболеваний (со дня вакцинации):

При преобладании в анамнезе острых заболеваний вирусной этиологии (отсутствие бактериальных осложнений): интерферон альфа 2b в возрастной дозировке через день (всего 5 приемов); поливитамины ежедневно со дня вакцинации в течение 1 месяца в возрастной дозировке; меглумин акридонат (циклоферон) детям старше 4 лет в возрастной дозировке со дня вакцинации в течение 10 приемов.

При наличии в анамнезе бактериальных осложнений (отит, пневмония, бронхит): рибомунил со дня вакцинации 10 дней подряд; пидотимод детям с 3-х лет в течение 10 дней.

Выбор медикаментозных средств, оказывающих влияние на этапы репродукции вирусов, ограничен. В течение многих десятилетий ученые уделяли внимание интерферону – мощному неспецифическому фактору защиты от вирусных инфекций. Терапевтический эффект лекарственных средств (кипферон, гриппферон, виферон) может быть достаточно высоким вследствие возрастных анатомо-физиологических особенностей детей - повышенной проницаемости кишечных оболочек, обильной васкуляризации, меньшей, чем у взрослых, переваривающей активности кишечного сока. Через слизистые оболочки интерферон

попадает в лимфатическую и кроветворную системы кишечника. Интерфероновые препараты вводят в умеренных дозах и коротким курсом. Побочные реакции не выявлены. Применение препаратов облегчает клинические проявления, уменьшает сроки и продолжительность респираторного заболевания. Клинический эффект сопровождался усилением интерфероногенеза, повышением уровня секреторного иммуноглобулина А, элиминацией условно-патогенной флоры [12].

В настоящее время широко используются индукторы эндогенного интерферона, являющиеся одновременно иммуномодуляторами (циклоферон, полиоксидоний, кагоцел и др.) [13]. Включение полиоксидония в комплекс оздоровительных мероприятий ЧБД позволяет достоверно снизить частоту и длительность обострений инфекций [14, 15]. Изучение [16] эффективности циклоферона в многоцентровых наблюдениях (320 000 детей) показало высокий индекс эффективности (2.9, колебания от 2.4 до 3.4) при показателе защиты 62.8 % (колебания от 58.5 до 67.1 %) на фоне снижения респираторной заболеваемости в 2.9 раза. Одноименные показатели при оценке эффективности кагоцела, по данным Харламовой Ф. С. с соавторами, составили, соответственно, 2.4 и 58 % [17].

Приводятся данные [18-22], указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик. Так, ЧБД свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего, от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг. Плохое самочувствие, ограничение движений, длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, депрессивным и регрессивным реакциям.

С точки зрения субъективной картины болезни, для часто болеющих детей характерно амбивалентное (биполярное) отношение к ней. Так, большинство детей понимает, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на подсознательном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: она «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Основная часть часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимание и заботиться о них.

Для больного ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни. Если говорить о поведении, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму [19].

Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности часто болеющего ребенка, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь. Особое влияние оказывает преобладание симбиотического, симбиотически – авторитарного, привязывающе–подавляющего стилей родительского отношения к ребенку. Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны; утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и, как следствие – двигательная потребность ребенка [19, 23].

Несмотря на предпринимаемые со стороны медицины меры по укреплению и сохранению здоровья часто болеющих детей, проблемы, связанные с развитием и социализацией их личности, остаются достаточно острыми. Состояние здоровья детей не может рассматриваться без учета процессов адаптации, которая представляет собой приспособление организма, личности, их систем к характеру отдельных воздействий или к изменившимся условиям жизни в целом. Вопрос адаптации часто болеющих детей к условиям дошкольного образовательного учреждения является достаточно острым, поскольку поступление ребенка в детский сад и адаптация к нему являются факторами риска в возникновении заболеваний. Это обуславливает необходимость грамотного психолого-педагогического и медицинского сопровождения адаптации часто болеющих детей. В связи с этим [24-25] предпринята попытка выявления специфики адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению в связи с особенностями их психосоматического статуса и родительского отношения к ним.

Для обеспечения благоприятной адаптации часто болеющих детей [24-25] предложены коррекционно–развивающие программы, с целью обеспечения благоприятной адаптации часто болеющих детей в образовательном учреждении посредством оптимизации родительского отношения к ним и подготовки детей к деятельности в новой среде. Основные направления программы включают: оптимизацию родительского отношения к часто болеющему ребенку посредством информационно–просветительской работы и тренинговых занятий с родителями; подготовку ребенка к посещению образовательного учреждения через совместную с родителем деятельность в новой среде, посредством игровых занятий с детско–родительскими парами. В рамках занятий происходило принятие ребенком

правил новых условий жизни, условия разлуки с близкими взрослыми, установление ритуалов прощания с ребенком через трансляцию их родителем, снятие эмоционального напряжения, развитие игровых и коммуникативных навыков, становление доверия к новому социальному окружению. Результаты контрольного среза выявили положительные изменения специфики адаптации часто болеющих детей экспериментальной группы и родительского отношения к ним: повысились показатели аппетита, сна, настроения, инициативности в общении со сверстниками и взрослыми, уверенности в себе, при этом снизилась аффективная привязанность к взрослому; отмечено повышение показателей адаптации: аппетит; сон; эмоциональное состояние; социальные контакты и их стабилизация, снизилась заболеваемость и уменьшилась длительность адаптационного периода. В контрольной выборке положительные изменения менее существенны.

Контроль состояния здоровья детей, осуществляемый в течение полугода после реализации коррекционно-развивающей программы, позволил выявить позитивные изменения: снижение частоты заболеваемости (46 % детей в течение года не болели совсем; 34 % детей болели значительно реже); уменьшение длительности периода выздоровления (длительность заболеваний составляла от 3–5 дней); отсутствие осложнений после перенесенного заболевания.

Для часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни [18].

К особенностям познавательной деятельности часто болеющих старших дошкольников можно отнести: истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудности переключения внимания; снижение продуктивности воспроизведения; снижение продуктивности внимания; уменьшение уровней развития творческого воображения; уменьшение объема произвольной зрительной памяти; большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность [19].

Таким образом, среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка выделить приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе, страх, гнев и чувство вины. Выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения. У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [20, 21, 22].

Методом предотвращения ухудшения физического здоровья является реабилитация и оздоровление детей в оздоровительных учреждениях и при проведении амбулаторного диспансерного наблюдения. Профилактика снижения заболеваемости возможна только при систематической и комплексной реабилитации с применением медикаментозных средств лечебной физкультуры и методов физиотерапевтического и психологического воздействия на фоне индивидуального подхода к оздоровлению часто болеющего ребёнка с учётом этиологических и патогенетических механизмов заболевания, а также факторов внешнего окружения.

Литература

1. *Мамаева М. А.* Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления. Санкт-Петербург. Издательский Дом СТЕЛЛА. 2014. - 60 с.
2. *Савенкова М. С., Савенков М. П., Абрамова Н. А.* Опыт лечения часто болеющих детей в условиях поликлиники // Практика педиатра. 2011.10. - с. 53-58.
3. *Омолоева Т. С.* Часто и длительно болеющие дети – группа диспансерного наблюдения на педиатрическом участке. Учебное пособие. Иркутск. ГОБУ ВПО ИГМУ. 2012. - 27 с.
4. *Балева Л. С., Вавилова В. Л., Доскин В. А.* Современные проблемы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология). Москва. 2006. - 46 с.
5. *Силаев А. А., Лебедева Е. И.* Психологические трудности у детей младшего школьного возраста на фоне проблем со здоровьем // Педагогика и психология: Теория и практика. 2016.3. - с. 52-54.
6. *Романцов М. Г., Мельникова И. Ю.* Особенности личностного и психического развития часто болеющих детей // Педагогика и психология: Теория и практика. 2016.2. - с. 68-71.
7. *Харит С. М., Фридман И. В.* Клинические рекомендации оказания медицинской помощи детям с клинической ситуацией «Вакцинопрофилактика часто и длительно болеющих детей» // ФГБУ НИИДИ ФМБА России. 2016. - 31 с.
8. *Савенкова М. С., Афанасьева А. А., Абрамова Н. А.* Иммуноterapia: лечение и профилактика вирусных инфекций у часто и длительно болеющих детей // Аллергология и иммунология: новости, мнения, обучение. 2012.3. - с. 20-27.
9. *Костинов М. П.* Иммунокоррекция в педиатрии. Москва. Медицина для всех. 2001. - с. 91-91-98.

10. *Воробьев А. А.* Иммунология и аллергология: учебное пособие. Москва. Практическая медицина. 2006. - 288 с.
11. *Сабирова А., Матяш О., Шилова Т.* Топическая терапия при ОРВИ у детей // ВРАЧ. 2015. - с. 1. 3-7.
12. *Феклисова Л. В.* Клинико-лабораторная оценка использования препаратов интерферона у детей с острой респираторной патологией в лечебных и оздоровительных учреждениях // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2012. - с. 11-14.
13. *Кареткина Г. Н.* Грипп, ОРВИ: проблемы профилактики и лечения // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2015. - с. 4. 11-14.
14. *Калинина Н. М.* Применение полиоксидония у часто болеющих детей // Signatura. Санкт-Петербург. 2006. - с. 2. 27-33.
15. *Скачков М. В.* Безопасность и эффективность полиоксидония для профилактики ОРЗ у часто болеющих пациентов // Русский медицинский журнал. 2008.22. - с. 1492-1495.
16. *Романцов М. Г., Мельникова И. Ю., Ершов Ф. И.* Респираторные заболевания у часто болеющих детей. Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2015. - с. 8-20.
17. *Харламова Ф. С., Кладова О. В., Учайкин В. Ф.* Возможности применения противовирусного препарата кагоцел для профилактики и лечения гриппа и острых респираторных инфекций у часто болеющих детей младшего возраста // Фармакотерапия 2012. - с. 3-10.
18. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.
19. *Волкова О. Н.* Особенности развития личности часто болеющего ребенка. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2. Режим доступа: URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
20. *Тихонович Т. Ю.* Психосоматический статус часто болеющих детей как фактор их успешной адаптации к дошкольному образовательному учреждению // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>.
21. *Михеева А. А.* Психические особенности часто болеющих детей // Автореф. Дисс ... канд. психол. наук. Москва. 1999. – 19 с.
22. *Малиновская Н. Д.* Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников Российской Федерации. Психиатрия, т. 6, 2005. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [/www.medline.ru](http://www.medline.ru).
23. *Великанова Л. П.* Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект // Автореф. дисс. ... д. м. н., Москва, 2008.
24. *Кравцова Н. А.* Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами // Автореф. дисс. ... д. п. н. Томск, 2009.
25. *Сидоркина Т. Ю.* Адаптация часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 3 (20). – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru>.