

Школа для часто болеющих детей

Термин «часто болеющие дети» (ЧБД) появился в отечественной литературе в начале 80-х годов.

Это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных отклонений в защитных системах организма при отсутствии стойких врожденных или приобретенных патологических состояний.

Доля ЧБД в детской популяции колеблется в широком диапазоне — от 15% до 75%, не имея тенденции к снижению.

В отечественной педиатрии разработаны и применяются **четкие критерии**, позволяющие отнести ребенка в диспансерную группу ЧБ.

Возраст ребенка

Частота эпизодов ОРВИ в год

- до 1 года	4 и более
- 1- 3 года	6 и более
- 4 - 5 лет	5 и более
- старше 5 лет	4 и более

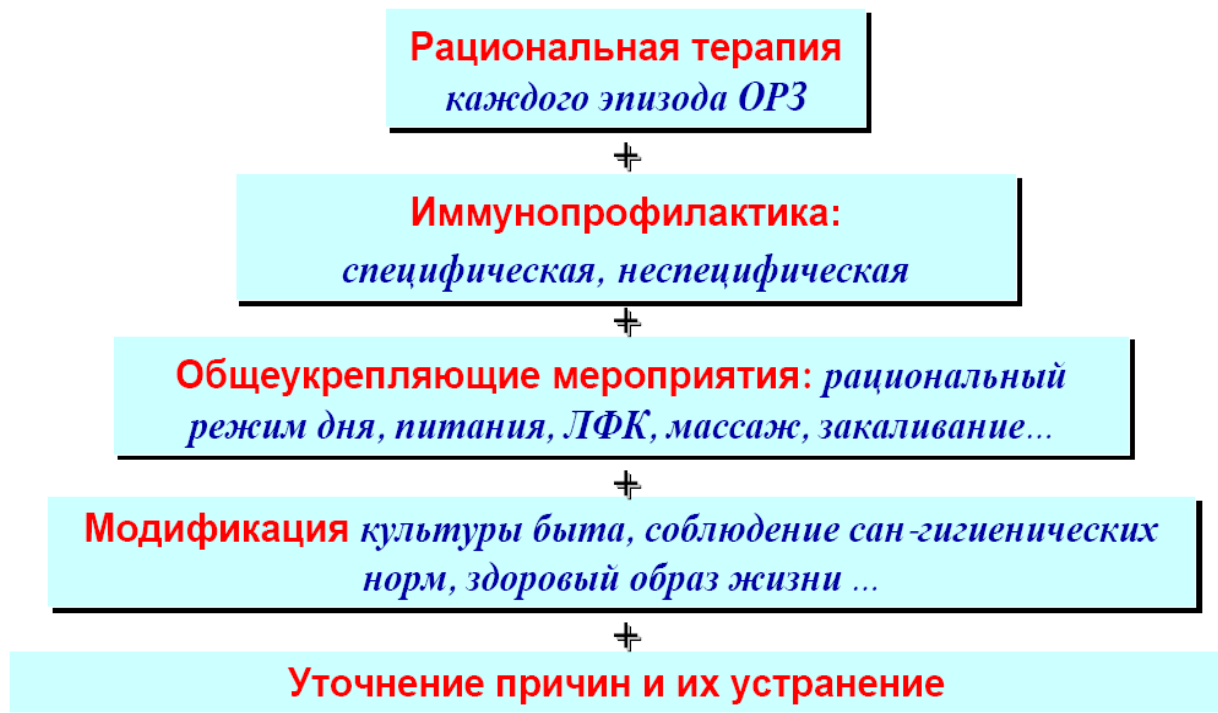
В настоящее время принято считать, что часто болеющий ребенок подвергается повторному заражению дыхательных путей чаще 6–8 раз в год (тогда как 4–6 эпизодов инфицирования дыхательных путей в год считаются нормой в детском возрасте) или в эпидемический период (октябрь-март) чаще одного раза в месяц.

- “В возрасте от 2 до 6 лет дети простуживаются чаще, болеют дольше и с осложнениями (в среднем 7 раз в год в северных городах США или даже больше, если в семье есть дети, посещающие детский сад или школу).
- В 9 лет ребёнок болеет в 2 раза меньше, чем в 6 лет, а в 12 лет – в 2 раза меньше, чем в 9 лет.
 - Эти цифры должны успокоить родителей, которым кажется, что их малыш постоянно болеет”



- Цель реабилитации ЧБД – уменьшение частоты ОРЗ, восстановление функции органов и систем, прежде всего иммунной, улучшение социализации ребенка

ПРИНЦИПЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧБД



Принципы лечения гриппа и других ОРВИ: режим, диета, уход, этиотропная терапия.

Показатели температуры и влажности воздуха, оптимальные для жилого помещения, в котором находится ребенок, заболевший ОРЗ: температура 18 °С; относительная влажность воздуха - 60 — 70%. Одним из важнейших направлений в комплексном оздоровлении ЧБД является рациональный режим дня.

Поскольку в группах ДДУ между детьми происходит интенсивный обмен патогенами и выработка на них «коллективного иммунитета», *нежелательны длительные перерывы в посещении группы.*

После длительного отсутствия в коллективе ребенок, перенесший ОРИ, сталкивается с новыми для него возбудителями, циркулирующими среди детей в группе, что повышает риск нового заболевания.

Поэтому нецелесообразно затягивать период так называемого «домашнего режима» после перенесенной легкой ОРИ.

Способствует этому неправильный образ жизни:

- Малоподвижность.

- Почти постоянное пребывание в помещении - школа, домашние задания, часовые бдения возле телевизора, детская комната с кучей игрушек.
- Кормление, несопоставимое с реальными энергетическими затратами
- Избыток бытовой химии.
- **Если ребенок не вылезает из болезней, определиться с дополнительными учебными нагрузками (музыка, иностранные языки).**
- **Лишние знания при дефиците здоровья не делают человека счастливым.**

Питание ЧБД должно быть разнообразным, содержащим оптимальное количество калорий и нутриентов. Большое значение имеет обязательное включение в ежедневный рацион свежих овощей и фруктов. Детям с аллергией рекомендуется индивидуальная гипоаллергенная диета с исключением причинно-значимых и облигатных аллергенов.

Коррекция дефицита железа, цинка, йода, витаминов, селена, кобальта.

Двигательная активность: в школу пешком или, может, одну остановку подъехать на автобусе? Посмотреть кино или поиграть в футбол? Что вообще полезнее для здоровья - шахматы или теннис? В воскресенье всей семьей делаем генеральную уборку, формируя трудовые навыки, или в воскресенье всей семьей отправляемся на природу, а генеральную уборку совершаем за два вечера в будни? Надо ли отвечать на эти вопросы? Надо ли объяснять, что проявлять двигательную активность лучше под открытым небом, а не между полом и потолком?

- **Медицинская помощь ЧБД** складывается из трех основных направлений:
 1. Восстановительные или реабилитационные мероприятия, которые направлены на снижение антигенного воздействия, санацию местных очагов хронической инфекции и повышение резистентности организма ребенка в целом. Она проводится в периоде клинического благополучия.
 2. Этиопатогенетическая терапия ОРЗ.
 3. Иммунотерапия и вакцинотерапия.
- **Первое направление, реабилитация**, хотя и является наиболее трудоемким и длительным, но оно – **основа успешного ведения таких детей**. Реабилитация включает ряд общегигиенических мероприятий, которые необходимо проводить в семье.
 - Это: 1. Организация рационального режима дня ребенка:
 - полноценный, достаточный по длительности сон,
 - исключение переутомления и перевозбуждения,
 - обязательные и достаточные по длительности прогулки, но без переохлаждения,
 - ограничение посещения мест большого скопления людей и т.д.
 - 2. Полноценное питание, учитывающее возрастные особенности ребенка и склонность к аллергическим реакциям, разумное отношение к углеводистой пище и сладостям.

3. Прием поливитаминных препаратов, соответствующих возрасту ребенка и его нагрузкам.

4. Наконец, проведение в разумных пределах закаливающих мероприятий, таких как:

- обливания прохладной водой,
- сон на свежем воздухе,
- ванны, души,
- бальнеотерапия,
- общий массаж,
- лечебная гимнастика,
- тренирующие занятия физкультурой.

• Медикаментозная коррекция в период клинического благополучия проводится при обязательном участии ЛОР-врача.

Первоначально необходимо оценить объем оториноларингологической помощи. Если у ребенка имеется хроническая ЛОР-патология (хронический тонзиллит и/или аденоидит) и там имеется очаг хронической инфекции, то в период клинического благополучия показано наряду с общими оздоровительными мероприятиями проведение местного лечения, объем которого определяется врачами – педиатром и отоларингологом – и зависит от характера, степени выраженности и топике поражения. **Местная терапия направлена на санацию хронических очагов инфекции, восстановление целостности слизистых оболочек носоглотки, подавление хронического воспаления, что в конечном счете обеспечивает снижение антигенной нагрузки на иммунную систему организма ребенка. Местная терапия включает:**

- Орошения слизистых оболочек солевыми растворами типа аква марис, физиомер, салин и др.
- Использование бактерицидных пастилок типа стрепсилс, бронхikum, фарингосепт и др.
- Полоскание зева (у детей старше 4–5 лет) антисептическими растворами (раствор фурацилина, отвары ромашки, зверобоя и т.д.), промывание носовых ходов.
- Физиотерапевтические методы, которые можно проводить в поликлинике, в местных специализированных санаториях, на курортах (УФО на миндалины, УВЧ, СВЧ и гелий-неоновое лазерное облучение на регионарные лимфоузлы, ингаляции с морской водой, маслом эвкалипта и т.д.).