



ЛЕЧЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИКА
ПИТАНИЕ
ЗАКАЛИВАНИЕ
ГИМНАСТИКА

Марина Земляникина-Огнева

ЕСЛИ РЕБЕНОК **ЧАСТО БОЛЕЕТ**



Марина Земляникина-Огнева

**Если ребенок часто болеет.
Лечение, профилактика, питание,
закаливание, гимнастика**

«Центрполиграф»

Земляникина-Огнева М.

Если ребенок часто болеет. Лечение, профилактика, питание, закаливание, гимнастика / М. Земляникина-Огнева — «Центрполиграф»,

Автор рассказывает, что должны делать родители, если их дети часто болеют. Вы узнаете, какие лекарственные и нелекарственные методы лечения и оздоровления наиболее полезны и действенны, как укрепить иммунитет ребенка и сделать обострения заболеваний как можно более редкими.

Содержание

Введение	5
Факторы риска для детей	6
Укрепление состояния здоровья чбд	10
Одежда	11
Питание	12
Конец ознакомительного фрагмента.	13

М. Л. Земляникина-Огнева

Если ребенок часто болеет.

Лечение, профилактика, питание, закаливание, гимнастика

Введение

Отечественные педиатры в своей практической работе выделяют в отдельную группу детей, склонных к повышенной заболеваемости респираторными вирусными инфекциями, и называют их «часто болеющими».

Согласно принятому в России определению, «часто болеющие дети» (ЧБД) – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за временных, доступных к исправлению нарушений в работе защитных сил организма. Ребенка правомочно отнести к этой группе в тех случаях, когда его повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями.

В практической работе к ЧБД относят пациентов с кратностью острых респираторных заболеваний и/или обострениями хронических воспалительных заболеваний носоглотки:

- в возрасте до 1 года – 4 заболевания и более за год;
- в возрасте 1–3 лет – 6 и более;
- в возрасте 4–5 лет – 5 и более;
- старше 5 лет – 4 и более.

По данным различных авторов, ЧБД составляют в общей популяции детского населения в среднем от 14 до 18 %. Наибольший процент ЧБД регистрируется в первый год посещения детских дошкольных учреждений (до 40 %). Затем с возрастом и с адаптацией ребенка к детскому коллективу количество ЧБД уменьшается.

Заболеваемость часто болеющих детей обусловлена в основном (до 80 %) острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ).

Две трети заболеваемости приходится на первые семь лет жизни.

Факторы риска для детей

Возникновению частых респираторных заболеваний способствует повышенное число контактов с источниками инфекции, а также эндогенные (внутри организма, в основном это незрелость иммунной системы) и экзогенные (внешние, из окружающей среды, например, большое число контактов с людьми) факторы, повышающие восприимчивость к ним.

Среди внешних (экзогенных) или, по-другому, управляемых факторов, на которые могут и должны активно влиять родители и врачи, наибольшую роль играют следующие:

- низкий уровень санитарной культуры семьи и, как следствие этого, несоблюдение правил здорового образа жизни в качестве наиболее действенного подхода к формированию здоровья. Дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и занятиями физической культурой, нерациональное питание и режим дня способствуют повышению восприимчивости детского организма к заболеваниям ОРВИ;

- низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия, с одной стороны, и «синдром гиперопеки», с другой;

- когда ребенка в семье перекармливают, перекутывают, ограничивают прогулки из-за боязни простуды, отказываются от гимнастики и закаливающих мероприятий. Как правило, это семьи с высокими доходами;

- начало посещения детьми дошкольных учреждений в раннем возрасте, в котором наблюдается повышенная восприимчивость детей к респираторным заболеваниям (особенно до 3-летнего возраста). Причиной заболеваний также может быть большое число контактов в транспорте и др.;

- проживание в экологически неблагоприятных районах способствует повышению заболеваемости ОРВИ и увеличению числа ЧБД, что связано с повышением степени бронхиальной гиперреактивности под влиянием вредных примесей в воздухе. Последняя, в свою очередь, приводит к более тяжелым проявлениям ОРВИ, развитию осложнений, более длительному течению заболеваний;

- особое внимание педиатры обращают на «пассивное курение» как один из факторов, способствующих усилению бронхиальной гиперреактивности. По данным научных исследований, среди ЧБД до 70 % являются «пассивными курильщиками», т. е. дома почти постоянно дышат воздухом, содержащим примеси никотина.

Окружающие ребенка взрослые считают, что их курение на кухне или другой комнате безопасно для здоровья ребенка, тогда как на самом деле это оказывает колоссальное негативное влияние на еще очень нежный растущий организм малыша, приводит к «поломке» механизмов защиты, особенно на слизистой оболочке дыхательных путей, провоцирует развитие аллергических заболеваний, бронхиальной астмы;

- нерациональное использование различных лекарственных средств (частое длительное и необоснованное применение антибиотиков и жаропонижающих препаратов), которые активно нарушают работу защитных факторов самого организма ребенка;

- нерациональное проведение прививок – непосредственно перед началом посещения садика.

Известно, что проведение ребенку прививки монокомпонентной вакциной ведет к перестройке функционирования иммунной системы с временным ослаблением некоторых защитных механизмов на 1–2 недели, а прививка поливалентной вакциной (против нескольких инфекций одновременно) – на 3–4 недели. Родители же часто откладывают проведение профилактических прививок на время непосредственно перед началом посещения садика. И, конечно, такое искусственно вызванное нарушение в защитных силах организма ребенка ведет

к более быстрому и легкому инфицированию. Заболевание возникает на 2-3-й день пребывания в группе;

- хронические заболевания ЛОР-органов у родственников, проживающих с ребенком (особенно матери). При пользовании общей посудой, облизывании ложек, сосок происходит постоянное заражение ребенка в домашних условиях;

- отсутствие профилактики адаптационного синдрома перед началом посещения сада. Ребенок адаптируется к новым условиям жизни в течение 3–6 недель, в это время у него отмечается переутомление, перевозбуждение нервной системы, и как результат стрессовой ситуации возникает снижение защитных сил организма и на этом фоне – заболевание.

К внутренним (эндогенным), или неуправляемым, факторам риска возникновения частых респираторных инфекций у детей можно отнести:

- неблагоприятные до- и/или послеродовые факторы развития ребенка (недоношенность, морфо-функциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, раннее искусственное вскармливание), отражающиеся на созревании и функционировании иммунной системы и других защитных факторов и механизмов;

- гипоксия в родах, энцефалопатия ведут к нарушениям функционирования центральной и вегетативной нервной системы и, как следствие, нарушениям процессов адаптации к факторам внешней среды и расстройствам терморегуляции, способствуют повышению восприимчивости организма к респираторной инфекции;

- раннее искусственное вскармливание, отражающееся на созревании и функционировании иммунной системы и других защитных факторов и механизмов.

С молоком матери ребенок получает постоянно весь комплекс необходимых ему иммунных факторов, предохраняющих от заболеваний в первые годы жизни. В норме собственные защитные механизмы начинают активно вырабатываться только к 5 годам, а у детей с неблагоприятным развитием – еще позже;

- аллергия, особенно имеющая наследственный характер, способствует неадекватной иммунной реактивности, ведет к более кратковременной иммунной защите и, как следствие, большей респираторной заболеваемости у детей с аллергическими заболеваниями;

- очаги хронической инфекции рото- и носоглотки, сопровождающиеся снижением эффективности местного иммунитета и местных факторов защиты и способствующие повышению восприимчивости к инфекционным возбудителям;

- нахождение на слизистой оболочке носоглотки вирусов (чаще аденовирусов) и патогенной микрофлоры (преимущественно стафилококка и стрептококка);

- снижение активности факторов защиты местного иммунитета слизистой оболочки дыхательных путей (уровня секреторных иммуноглобулинов, синтеза интерферона, лизоцима и др.);

- нарушение процессов терморегуляции и термоадаптации, способствующих приспособлению организма к изменениям температуры окружающей среды;

- нарушение нормального состава микрофлоры кишечника, которая, как показали исследования последних лет, активно стимулирует созревание иммунных механизмов ребенка.

У каждого часто болеющего ребенка имеются свои внешние и внутренние факторы, predisposing его к повторным заболеваниям. Поэтому первым делом необходимо проанализировать особенности развития и быта ребенка и активно проводить их коррекцию.

Проведенные исследования показали, что группа ЧБД является разнородной по характеру сопутствующих нарушений в состоянии здоровья. Даже в клинически спокойный период (когда родители и врачи считают их здоровыми) у них выявляются различные нарушения в состоянии здоровья (индивидуальные для каждого конкретного ребенка) в виде: хронических заболеваний ЛОР-органов, аллергически измененной реактивности организма, поражения зубов кариесом, заболеваний нервной системы (последствия перенесенной в раннем воз-

расте энцефалопатии, невротических состояний, синдрома гиперреактивности с дефицитом внимания и др.), различной патологии внутренних органов, нарушения нормального состава микрофлоры на слизистой носоглотки и кишечника и др. В 60 % случаев выявляется сочетание различных из перечисленных нарушений.

Прежде всего, часто болеющие дети нуждаются в тщательном осмотре педиатром и обязательном осмотре ЛОР-врачом, который оценивает состояние миндалин, аденоидов, придаточных полостей носа и барабанной перепонки (см. рис. 1, 2), так как среди ЧБД хронические заболевания ЛОР-органов встречаются в 58–60 % случаев. И поэтому добиться успеха в оздоровительных мероприятиях без настойчивого лечения хронической ЛОР-патологии невозможно.

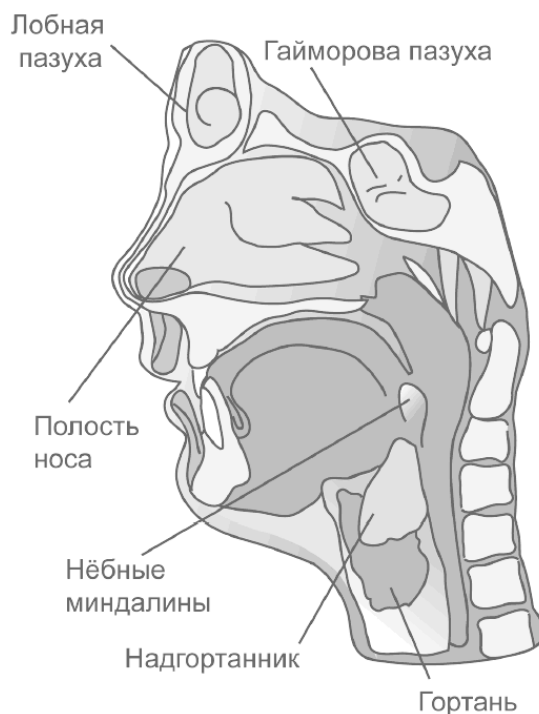


Рис. 1



Рис. 2

Обязательной практикой должно быть проведение посева со слизистой оболочки зева и носа для оценки характера микробного пейзажа. Следует учитывать, что микробиоценоз слизистой оболочки является одним из важнейших звеньев противoinфекционной защиты организма ребенка.

Также может потребоваться обследование на так называемые атипичные инфекции (хламидиоз, микоплазмоз).

При обследовании ЧБД обнаруживается довольно интенсивная микробная колонизация слизистой оболочки грибами рода *Candida*, стафилококками, гемофильной палочкой, моракселлой катарралис, энтеробактериями (в том числе клебсиеллой и кишечной палочкой), которые не присутствуют в нормальном состоянии организма и требуют проведения специальных мероприятий по их замене на здоровую микрофлору.

Выраженные нарушения микробного пейзажа носоглотки снижают устойчивость организма к патогенным возбудителям, поддерживают длительный воспалительный процесс.

Как показали проведенные научные исследования, основной причиной повторения заболеваний у ЧБД является недостаток факторов местных защитных сил организма во входных воротах инфекции, а именно, на слизистой оболочке носоглотки. Даже в клинически спокойный период у них выявляется снижение уровня иммуноглобулинов, специфических антител к различным вирусам, лизоцима и др. по сравнению с детьми, болеющими эпизодически.

Степень недостаточности защитных факторов местного иммунитета носоглотки определяется ее клиническим состоянием: наличием хронической воспалительной патологии (хронического аденоидита, синусита, тонзиллита, отита, гайморита), аллергическими заболеваниями или, наоборот, их отсутствием. А причиной снижения выработки защитных механизмов является приведенная выше совокупность эндогенных и экзогенных факторов, индивидуальная для каждого конкретного ребенка.

Для проведения оздоровительных мероприятий необходим индивидуальный подход к каждому ребенку и формирование оздоровительных групп и программ исходя из уровня нарушения в состоянии здоровья, определяемого после углубленного врачебного и лабораторного обследования.

Мероприятия, направленные на оздоровление ЧБД, должны учитывать все многообразие причин, способствующих повторным заболеваниям.

Реабилитацию ЧБД следует проводить на всех этапах без исключения: в семье, в садике, в поликлинике, в санатории.

Программа оздоровления обязательно должна включать группы мероприятий, направленных на:

- укрепление состояния здоровья (по индивидуальным программам);
- предупреждение заболеваний;
- иммунореабилитацию;
- адекватную терапию основного заболевания;
- восстановительное лечение в период между заболеваниями.

Основополагающими принципами оздоровления должны быть:

- индивидуальность (учитывая особенности нарушений состояния здоровья каждого конкретного ребенка);
- комплексность;
- постоянность (круглогодичность), т. к. «сезонности» заболеваемости для ЧБД нет;
- этапность;
- преемственность.

Укрепление состояния здоровья чбд

Рациональный режим дня рассматривается в настоящее время как одно из основных условий реабилитации ЧБД. В связи с тем, что у ЧБД часто наблюдаются функциональные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, необходимо исключить занятия и игры, приводящие к переутомлению и перевозбуждению. Ограничить просмотр телепередач и компьютерные игры до 40–60 минут в день. Целесообразно увеличить продолжительность сна на 1–1,5 часа. Обязательным является дневной сон или отдых. При нарушениях сна, невротических расстройствах показаны спокойные прогулки перед сном.

Обязательные прогулки не менее 4 часов в день (по 1–1,5 часа 2–3 раза в день), но без переохлаждения. При температуре воздуха ниже 15–20 °С продолжительность прогулок должна быть не более 30 минут. Следует исключить посещение мест большого скопления людей.

Одним из основных факторов оздоровления является двигательная активность. Адекватная двигательная активность способствует лучшему физическому развитию, а лучшее физическое развитие стимулирует двигательную активность. Надо учитывать, что ребенок 2-го года жизни должен активно двигаться 70 % времени бодрствования, ребенок 3-го года – не менее 60 %. При систематических занятиях физкультурой совершенствуется деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, укрепляется психическая сфера ребенка.

Одежда

Необходимо соблюдать гигиенические рекомендации по одежде ребенка. Об одежде говорят: красивая, удобная, теплая, модная. А о гигиенических ее качествах обычно задумываются мало. А ведь с помощью одежды вокруг тела создается искусственный микроклимат, значительно отличающийся от климата внешней среды. Температура под одеждой довольно высокая и колеблется в пределах от 28 до 34 °С, относительная влажность невысокая – 20–40 %.

Дети отличаются от взрослых более высокой теплопродукцией. И чем меньше ребенок, тем она выше. В связи с этим, одевая ребенка, не нужно ориентироваться только на собственные ощущения. Если одежда взрослого обеспечивает ему тепловой комфорт, то аналогичная одежда у ребенка может вызывать перегревание.

Двигательная активность детей очень высока. При движении уровень теплопродукции возрастает в 2–4 раза, что необходимо учитывать при подборе одежды. Она должна обеспечивать возможность активно двигаться и не вызывать при этом перегревания. Одежда должна быть рациональной с учетом температуры воздуха. Ребенку рекомендуется носить одежду по системе «1, 2, 3,» (летом один слой одежды, осенью и весной – два, зимой – три).

Лето.

- одежда должна быть хлопчатобумажной;
- можно ходить без майки, только в платьице или рубашке;
- сандалии без носков (подошва должна быть свободной, так как тренируются рецепторы стоп – происходит так называемый плантарный массаж).

Весна-осень.

- платье – курточка;
- рубашка – кофта;
- носки (х/б) – сапоги (шерстяные носки нужны только для резиновых сапог, в остальных случаях они ведут к перегреванию стоп).

Зима.

- платье – кофта – пальто (шуба – тяжелая одежда, она может привести к нарушению осанки, а тугий пояс на шубе способствует развитию дискинезии желчевыводящих путей).

Следует приучать ребенка носить зимой одну меховую шапку, под нее не надевать шерстяную. Шарфом не рекомендуется закрывать нос и рот, так как это ведет к перегреванию теплым и влажным выдыхаемым воздухом, что нарушает кровообращение и ведет к развитию катара верхних дыхательных путей. Истоки болезни в «гиперопеке»: если одежды много, то закаливание бесполезно!

Питание

Ребенку необходимо обеспечить рациональное питание, учитывающее возрастные особенности. Должно быть разумное отношение к углеводистой пище и сладостям. В питании ЧБД необходимо использовать оптимальное количество животных белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов. Важно обязательное включение в ежедневный рацион свежих овощей, фруктов и ягод как источников витаминов и микроэлементов.

«Благоразумное питание», которое в состоянии обеспечить средние потребности растущего детского организма, должно включать в сутки (для детей старше 2 лет):

1. Базисное (обязательное) питание:

- белковые продукты (животный белок) 100 + 15п (грамм);
- сливочное масло 10 + 2п;
- растительное масло 5 + п;
- жиры рыбные (по рыбе) 10 + 2п;
- молоко и молочные продукты 500–600 мл в сутки;
- овощи и фрукты (без картофеля) 400 + 40п.

2. Факультативное (не обязательное) питание: макароны, выпечка, сладости, разные овощи и фрукты (ориентируясь на индивидуальные энергозатраты и темпы прибавки веса).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.