

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА
(Сеченовский Университет)**

На правах рукописи

Погорелова Марина Сергеевна

**Психосоматическая адаптация детей в дошкольных
учреждениях**

14.01.08 Педиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук
профессор Л.Г. Хачатрян

Москва - 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	12
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
2.1 Материалы исследования.....	40
2.2 Инструментальные и лабораторные методы	51
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «ЭРГОФЕРОН».....	59
3.1 Характеристика группы.....	59
3.2 Данные клинического наблюдения.....	61
3.3 Данные лабораторных и инструментальных исследований.....	67
3.4 Оценка заболеваемости.....	73
Клинический пример.....	75
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ « γ -АМИНО- β - ФЕНИЛМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ГИДРОХЛОРИД».....	77
4.1 Характеристика группы.....	77
4.2 Данные клинического наблюдения.....	79
4.3 Данные лабораторных и инструментальных исследований.....	85
4.4 Оценка заболеваемости.....	91
Клинический пример.....	93
ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТАМИ «ЭРГОФЕРОН» И « γ -АМИНО- β -ФЕНИЛМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ГИДРОХЛОРИД».....	95
5.1 Характеристика группы.....	95

5.2. Данные клинического наблюдения.....	97
5.3 Данные лабораторных и инструментальных исследований.....	103
5.4 Оценка заболеваемости.....	109
Клинический пример.....	112
ГЛАВА 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	115
Выводы.....	142
Практические рекомендации.....	144
Список сокращений.....	145
Список литературы.....	146
Приложение 1.....	168
Приложение 2.....	170

ВВЕДЕНИЕ

Изучение состояния здоровья детей относится к числу важнейших вопросов современной медицины [4; 7; 8; 19; 20; 42; 43; 46; 57; 60; 64; 68; 70; 78; 85; 90; 114; 116; 127; 139; 148; 149; 161; 163]. На здоровье детей существенное влияние оказывает целый комплекс меняющихся внешних условий и факторов окружающей среды в связи с чем, в последние годы неминуемо возрос интерес к проблеме адекватной социализации детей в детских дошкольных учреждениях в связи со значительным увеличением числа соматических и неврологических проблем этого контингента детей по сравнению с «неорганизованными» детьми. Резкий «неподготовленный» переход в новую социальную ситуацию зачастую приводит к эмоциональным нарушениям, замедлению темпа психофизического развития, а так же снижению реактивности организма, что в свою очередь увеличивает частоту заболеваний дошкольников [42; 132; 147; 174].

Процесс адаптации к новым условиям детей и семьи в целом стал предметом изучения многих психологов, психиатров, социологов и педиатров, как в России, так и за рубежом [6; 9; 10; 15; 18; 23; 27; 34; 43; 44; 50; 51; 57; 87; 92; 99; 100; 105-108; 122; 125; 133; 152-154; 161; 164; 165; 171; 176]. В период социализации могут наблюдаться соматические и неврологические нарушения такие как: нарушения сна, аппетита, повышается заболеваемость, депривация поведения, когда могут появиться черты, свойственные детям более раннего возраста: примитивнее становится речь, временно разрушаются некоторые навыки (например, навыки личной опрятности). Так же частыми являются проявления вегето-висцеральной дисфункции: срыгивание, рвота, временное повышение температуры, появление сыпи и так далее [173; 176; 196].

Современные социальные и экономические условия вынуждают родителей прибегать к общественным формам воспитания уже на самых ранних этапах

жизни ребенка. Социальный опыт ребенка - дошкольника мал, и стрессовую перегрузку, которую также называют избыточной аллостатической нагрузкой, а именно это испытывает ребенок, попавший в новую незнакомую для него ситуацию, давно включают в этиологию и патофизиологию нарушений физического и психического здоровья, которые представляют большую угрозу общественному здравоохранению. В ситуации с первичной или дебютной социализацией, стресс является продолжительным, а из-за сложной взаимосвязи очень редко рассматривается в качестве важного фактора риска развития заболевания. Организм человека, и ребенка в частности, на патофизиологическом уровне состоит из множества биологических звеньев, связанных между собой, каждая из которых является саморегулирующейся. Все звенья в совокупности поддерживают гомеостаз в постоянно изменяющейся среде. Снижение к способности саморегуляции на фоне стресса может привести к появлению и/ или развитию заболевания [137; 146; 158].

Общая задача педагогов, семьи, медицинского персонала (медсестра и врач детского сада, участковый педиатр) - помочь ребенку, по возможности, безболезненно пройти период адаптации, то есть данная проблема является междисциплинарной и многокомпонентной.

Правильный настрой родителей, психологическая подготовка детей, взаимодействие и взаимоотношения с воспитателем, как ребенка, так и родителей, а так же стремление к быстрому разрешению возникающих конфликтов, организация оздоровительных и профилактических мероприятий в условиях детского сада и поликлиники, и своевременная и рациональная медикаментозная коррекция определяют частоту соматической и неврологической заболеваемости у детей.

Актуальность научного исследования

До настоящего времени идет спор между психологами и иммунологами по поводу облегченной адаптации детей в дошкольных учреждениях и до сих пор по данным анализируемой литературы нет ни одного верифицированного

исследования, определяющего доминирующий по своей значимости фактор. Адекватная адаптация без стресса и заболеваний ребенка, определяет качество жизни всей семьи и помимо этого имеет важную социально-экономическую значимость (то есть позволяет родителям работать без листков нетрудоспособности и т.д.) В связи с этим проведение комплексного исчерпывающего исследования этой группы детей не только позволит выделить ведущий фактор адаптации, но найти пути коррекции нарушений социализации. Актуальность темы определена необходимостью изучения процессов первичной адаптации в дошкольных учреждениях и анализа, выявляемой в этот период патологии, включая психосоматические и неврологические проявления, что позволит сохранить баланс физического и психического здоровья детей.

Учитывая отсутствие в литературе конкретных обоснованных алгоритмов по проведению благоприятной адаптации детей в дошкольных учреждениях, изучение данной проблемы не нуждается в дополнительной научной аргументации. Поиск путей решения проблемы имеет важную социально-экономическую значимость и требует комплексной фармакоэпидемиологической и фармакоэкономической оценки.

Актуальность темы определена необходимостью изучения процессов первичной адаптации в дошкольных учреждениях и анализа, выявляемой в этот период патологии, включая психосоматические и неврологические проявления, что позволит сохранить баланс физического и психического здоровья детей.

Цель исследования

Целью нашего исследования явилось изучение психосоматического статуса детей дошкольного возраста и пути ее коррекции в условиях дебютной (первичной) социализации.

Задачи исследования

1. Провести комплексное психосоматическое обследование дошкольников до поступления в детский сад с целью оценки исходного уровня здоровья;

2. Проанализировать факторы, влияющие на нарушение адаптации детей дошкольного возраста к новым условиям;
3. Разработать и внедрить алгоритм немедикаментозной и медикаментозной коррекции детей, направленный на снижение патологических стрессовых состояний у детей в период адаптации в детском дошкольном учреждении;
4. Оценить эффективность проводимой коррекции путем сравнительного анализа у детей, получающих и не получающих лечебно – профилактические мероприятия в условиях первичной социализации.

Научная новизна

Научная новизна исследования заключается в том, что в работе впервые проведена всесторонняя, длительная оценка психосоматического здоровья ребенка до начала посещения детского дошкольного учреждения и в течение 6 месяцев, включающая комплексную оценку иммунологического, психологического, соматического и неврологического статусов. Достоверно показано, что увеличение частоты респираторных заболеваний в периоде адаптации не коррелирует с показателями гуморального и клеточного иммунитета. Впервые предложен коррекционный алгоритм терапии, позволяющий не только снизить частоту респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста, но и предотвратить неврологические нарушения, часто дебютирующие в этом возрасте. Показано, что в период первичной социализации важнейшим является эмоционально-психологический фактор, который определяет характер и течение адаптационного периода у ребенка дошкольного возраста.

Особенностью данной работы будет так же проведение корреляционной оценки соматического и неврологического статуса детей дошкольного возраста и верифицирование роли каждого фактора в генезе дизадаптационных нарушений.

Практическая значимость

С целью повышения качества жизни семей и детей, поступающих в детский сад разработан и внедрен алгоритм подготовки этих детей к первичной

социализации, включающий определение соматического, неврологического и психоэмоционального статуса.

Усовершенствована и адаптирована шкала Люшера для клинического применения и бальной оценки, позволяющей объективно верифицировать эмоциональный и психофизиологический уровень каждого ребенка в динамике.

Предложена схема медикаментозной коррекции в периоде первичной адаптации к детским дошкольным учреждениям, обеспечивающая достоверное уменьшение частоты и длительности респираторных заболеваний.

Внедрение результатов работы в практику

Результаты исследований используются в работе специалистов Университетской детской клинической больницы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и амбулаторно-поликлинического центра Детской городской поликлиники № 120 ДЗМ. А также в учебном процессе для студентов, интернов и клинических ординаторов на кафедре детских болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

А также планируется выпустить методическое пособие с практическими рекомендациями для врачей и педагогов – психологов по медико-социальной адаптации детей в дошкольное учреждение.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Все дети дошкольного возраста, поступающие в детский сад, в течение первого месяца подвергаются стрессовой ситуации, в основе которой лежит изменение быденного уклада жизни, взаимоотношения мать и дитя.
2. Нарушения адаптации в период первичной социализации проявляются увеличением частоты заболеваемости острыми респираторными инфекциями и различными соматоневрологическими проявлениями.
3. Своевременная профилактическая направленность неинвазивной

медикаментозной коррекции в первые месяцы посещения детского дошкольного учреждения улучшает процесс адаптации благодаря снижению невротизации ребенка.

Апробация работы

Основные результаты исследования по материалам диссертации были доложены.

30 сентября 2016г. – «Инновационные технологии в медицине» - г. Санкт – Петербург.

6-7 октября 2016 г. – 25 международный Евразийский конгресс – «Лечение невротических проявлений у детей»- г. Москва.

22-23 октября 2016 г. – Всероссийский конгресс пульмонологов с международным участием. «Новые пути коррекции детей с респираторной инфекцией» - г. Москва.

28-29 октября 2016 г. – Межрегиональная конференция - Инновационные технологии в педиатрии – пленарное заседание «Первичная адаптация детей в дошкольных учреждениях» - г. Новосибирск.

5 ноября 2016 г. - Межрегиональная конференция - Инновационные технологии в педиатрии - пленарное заседание «Невротические проявления у детей и их коррекция» - г. Саратов.

24-25 ноября 2016г. – Международная конференция женщин – врачей «Проблема психосоматической адаптации детей в дошкольных учреждениях» - г. Москва.

15 декабря 2016г. – Российский конгресс отоларингологов с международным участием «Ребенок мегаполиса» - г. Москва. «Психосоматический статус детей при первичной социализации».

22 декабря 2016 г. – конференция пульмонологов – «Проблема заболеваемости респираторной инфекцией в детских дошкольных учреждениях» – г. Санкт – Петербург.

31 октября 2017г. - VII Междисциплинарный научно-практический конгресс с

международным участием «Первичная психосоматическая адаптация детей в дошкольных учреждениях» - г. Москва.

Апробация диссертационной работы проходила на заседании кафедры детских болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 13.06.2018 г., Протокол № 13.

Публикации

Основное содержание диссертационного исследования достаточно полно отражено в 9 печатных работах, в том числе в 6 статьях в журналах, рекомендованных ВАК РФ и Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 170 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, главы с характеристикой объекта и описанием методов исследования, 3 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и 2 приложений. Текст иллюстрирован 47 таблицами, 27 рисунками и 20 диаграммами. Библиографический указатель содержит 233 источник литературы, в том числе 122 отечественных и 111 иностранных авторов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 14.01.08 — Педиатрия. Педиатрия - область клинической медицины, изучающая здоровье ребенка в процессе его развития, физиологию и патологию детского возраста, а также разрабатывающая методы диагностики, профилактики и лечения детских болезней. Также соответствует области исследований согласно пунктам 1,3,6.

Личный вклад автора

Автором подготовлен обзор данных, опубликованных в отечественных и зарубежных медицинских изданиях по теме исследования, сформулированы цели и задачи работы. Автору принадлежит ведущая роль в анализе и обобщении

полученных результатов. Автором составлена база данных пациентов, проведена их аналитическая и статистическая обработка, научный анализ и обобщение полученных результатов, сформулированы выводы и даны практические рекомендации. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач, их клинико-лабораторной реализации до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах, и их внедрения в практику.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Психосоматическая адаптация – это процесс физиологического и эмоционального приспособления организма к новой обстановке, то есть процесс «согласования» ребенка с новой обстановкой дошкольного образовательного учреждения, а именно со структурой отношений, включающих общение как с воспитателями, так и со сверстниками и установления соответствующего нормам и правилам поведения, принятого в группе. Этот процесс – результат качественных изменений состояния психики детей к изменившемуся образу жизни и деятельности, к новому социальному окружению, которая включает широкий спектр индивидуальных реакций, характер которых зависит от психофизиологических особенностей организма ребенка. Результат этой адаптации имеет различный исход, определяющий палитру психосоматических нарушений у детей — от банальных респираторных инфекций до серьезных неврологических дисфункций, таких как: головные боли, тики, энурез, термоневроз [20; 23; 39; 48; 58; 95; 122; 126; 127; 131; 139; 144; 166; 189; 195; 202; 216; 225].

Термин «стресс», получивший в наши дни столь широкое распространение, впервые был введен английским ученым Робертом Гуком в XVII веке для характеристики строительных объектов (например, мостов), испытывающих нагрузку и сопротивляющихся ей. Эта историческая аналогия интересна тем, что понятие «стресс» в современной физиологии, психологии, медицине, основанное на классических исследованиях Г. Селье, включает в себя представления о связи стресса с нагрузкой на сложные системы (биологические, психологические, социально-психологические) и с сопротивлением этой нагрузке [1; 6; 18; 19; 54; 59; 88; 101; 103; 109; 124; 125; 142; 149; 151; 152; 157; 158; 162; 165; 180].

В соответствии с этими представлениями стресс рассматривается как физиологический симптомокомплекс, неспецифическая реакция организма на предъявляемые к нему требования. Характер этого синдрома относительно

неспецифичен, что позволило Г.Селье говорить об общем адаптационном синдроме [103]. Описанные Г. Селье стадии стресса характерны для любого адаптационного процесса и включают:

1. стадию тревоги, аларм-реакцию (непосредственную реакцию на воздействие);
2. стадию резистентности (период эффективной адаптации);
3. стадию истощения, которая возникает в случае недостаточности адаптационных механизмов и отражает нарушения адаптации.

Первая стадия - стадия тревоги, аларм-реакция (непосредственная реакция на воздействие) - наступает сразу за воздействием какого-либо стрессора и выражается в напряжении и резком снижении сопротивляемости организма. Происходит возбуждение симпатической нервной системы; гипоталамус посылает химический сигнал в гипофиз, заставляя его усилить выделение адренкортикотропного гормона (АКТГ), который в свою очередь попадает с кровью в надпочечники и вызывает секрецию кортикостероидов - гормонов, которые подготавливают весь организм к действию и возможной борьбе с повреждающими факторами. Стрессовую реакцию измеряют по увеличению содержания норадреналина, АКТГ или кортикостероидов в крови.

Вторая стадия - Фаза сопротивления, резистентности (период эффективной адаптации), характеризующаяся мобилизацией ресурсов организма для преодоления стрессовой ситуации. Симпатическая нервная система готовит организм к борьбе или бегству. Первые две стадии каждый человек проходит множество раз. Если сопротивление оказывается успешным, то организм возвращается к нормальному, физиологическому состоянию, если нет – наступает третья фаза.

Третья фаза - стадия истощения, которой соответствует стойкое снижение ресурсов организма. Она наступает в том случае, если стрессор продолжает воздействовать в течение достаточного промежутка времени [102; 103].

Универсальность указанных закономерностей и их адаптационная направленность позволяют связать происходящие при стрессе изменения с наиболее общими интегративными системами, то есть с системами, обеспечивающими суммарные, целостные реакции организма. Психическая сфера играет большую роль в деятельности общих интегративных систем. Целостное реагирование организма при стрессе (включая типичные для стресса реакции со стороны гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной и симпатoadреналовой систем) наиболее часто осуществляется через психическую сферу или с ее участием, а психическая адаптация представляет собой важный аспект общего адаптационного процесса.

В итоге получается, что стресс - это совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов – стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом). Это ответная реакция организма человека на перенапряжение, сильные отрицательные или положительные эмоции. [6; 18; 19; 25; 73; 91; 109].

Проблеме стресса посвящено огромное количество научных трудов. Например, в трудах Абабкова В.А., детально описаны подходы к изучению проблем стресса, типы и факторы стресса, механизмы адаптации к стрессовым ситуациям, принципы предупреждения и сопротивления; подробно проанализированы коппинг-механизмы. Коппинг-(англ. coping - овладевать, преодолевать) означает совладение, адаптивное поведение в целях восстановления равновесия. По мнению врача психиатра Жмурова В.А. это свойственные индивиду изначально или приобретенные им в ходе психотерапии методы овладения трудными ситуациями и проблемами, такими, в частности, как собственное заболевание (Murphy, 1962). Различают три типа (модальности) коппинг-механизмов: в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. 1.

Когнитивные копинг-механизмы - это, к примеру, переключение мыслей на что-то другое, чем болезненное самочувствие, то есть принятие болезни как чего-то неизбежного, диссимуляция болезни, ее игнорирование, подшучивание над ней и т.д.

2. Эмоциональные копинг-механизмы - это, например, покорность, плач, самообвинение, возложение вины за болезнь на себя и другое.

3. Поведенческие копинг-механизмы – это, в частности, уход в работу, забота о других, отвлекающее от тягостных проблем исполнение каких-то желаний (доставляющие удовольствие покупки, развлечения, путешествия и т.п.), активное сотрудничество с врачом и другое [1; 149; 164; 180; 181; 192; 209; 227].

Механизмы возникновения стресса достаточно сложны и связаны с гормональной, нервной, сосудистой системами. Надо отметить, что сильные стрессы, несомненно, влияют на здоровье: снижается иммунитет, увеличивается частота заболеваний, таких как сердечно - сосудистые, желудочно-кишечные и другие. Поэтому необходимо «уметь сопротивляться» стрессовому состоянию и адаптироваться к новым условиям, задавая себе позитивную жизненную установку [116; 157; 160; 213; 221; 227].

В медицине, физиологии, психологии выделяют две формы стресса: положительный (эустресс) и отрицательный (дистресс) [109; 110].

Эустресс мобилизует, активизирует внутренние резервы человека, улучшает протекание психических и физиологических функций. Это кратковременный стресс, который сопровождается бурным расходом «поверхностных» и началом мобилизации «глубоких» адаптационных резервов. Эустресс дает ощущение подъема внутренних сил, возрастает способность к концентрации внимания. У человека улучшается память, он быстрее и успешнее запоминает. Речь становится более логичной, лаконичной и последовательной [102; 103].

Дистресс – это разрушительный процесс, дезорганизующий поведение человека, ухудшающий протекание психофизиологических функций. Дистресс

это чаще всего длительный стресс, при котором происходят мобилизация и расходование «поверхностных» и «глубоких» адаптационных резервов. Такой стресс может переходить в соматическую или психическую болезнь (невроз, психоз). Дистресс проявляется в:

1. Трудности в управлении вниманием - происходит отвлечение по любым мелочам, которые начинают раздражать, снижается объем концентрации или наоборот - «зависание», т.е. проявление излишней фиксации внимания на чем-либо.
2. Ухудшении запоминания – многократное перечитывание одного и того же текста не приводит к его запоминанию, снижается объем восприятия.
3. Отклонении в речи, что выражается в «проглатывании» слов, заикании, заметном увеличении слов-паразитов, междометий.
4. Ухудшении процесса мышления, сохраняются только самые простые мыслительные операции. Мысль вращается как бы в порочном круге, сознание «сужается», «теряется» чувство юмора. [102; 103].

У детей дистресс проявляется в виде эмоциональной лабильности, энуреза, диссомнии, вызванной кошмарами и страхами [22; 77; 119; 197; 200]. Ребенок становится гиперактивным, невнимательным, суетливым, снижается его успеваемость, а также может появиться замкнутость и склонность к одиночеству. В таких случаях ребенок избегает общения, как со сверстниками, так и с родителями. У детей младшего возраста могут появиться «вредные» привычки и навязчивости, такие как, грызть ногти, сосать пальцы, наматывать волосы на палец или нос, ковырять в носу, кусать губы [185].

Важным аспектом является длительность действия стрессорных факторов в соответствие, с которым различают острый (кратковременный) и хронический (долговременный) стресс.

Для острого стресса характерна быстрота и неожиданность. Крайней степенью острого стресса является шок. Шок практически всегда переходит в

хронический стресс [189]. В таком состоянии люди чувствуют себя эмоционально оцепеневшими, безразличными к окружающим событиям. Их поведение становится ригидным, автоматическим, стереотипным. В картине острых стрессовых реакций выраженность тревоги настолько велика, что приводит к нарушению ориентировки, сужению сознания, дезорганизации поведения, характеризующегося хаотичностью, ажитацией или заторможенностью, достигающей степени ступора. [6; 45; 70; 85; 136; 142; 154; 161; 199]. В начале острого стресса ребенок испытывает психическое напряжение и страх, который в последствие трансформируется в вялость, усталость и заторможенность. В этот момент ему необходима помощь, чтобы пережить негативные эмоции и чувствовать поддержку. Ребенок, не получивший поддержки во время острого стресса, переходит к стадии хронического стресса.

Хронический стресс несет более тяжелые последствия. И он далеко не всегда является следствием острого стресса. Хронический стресс часто возникает из-за малозначительных, казалось бы, факторов, но действующих постоянно, многократно. Например, неудовлетворенность работой, напряженные отношения с коллегами и родственниками. У детей хронический стресс может проявляться в виде:

- неожиданных поведенческих реакций (например, ребенок не хочет разговаривать или слишком болтлив, навязчив; много плачет или смеется невпопад; немотивированная агрессия или обидчивость, страх);
- резкого изменения привычек и ритма жизни, нарушения концентрации внимания и сна, пищевого поведения (например, отказ от еды или переедание, проблемы засыпания, беспокойный сон, тяга постоянно смотреть телевизор, играть в компьютер);
- соматических болезней и психосоматических болезней (частые респираторные инфекции, головные боли, головокружения, боли в животе)[10; 23; 48; 139; 144; 166; 225]

- эмоциональных вспышек (повышенная возбудимость, раздражительность, истерики, приступы агрессии, перепады настроения);
- нарушение процесса обучения (отказ от выполнения домашних заданий, отказ ходить в школу, в детский сад) [122; 203];
- изменение эмоционального фона, возникновение страхов, необъяснимой тревоги, недоверия к окружающим, скрытности, нежелание общаться с людьми, патологическая привязчивость к родителям;
- нарушений саморегуляции, появление невротических реакций: заикания, навязчивых действий, необоснованных перепадов настроения или заиклинности на одной теме, мысли, занятии.

С точки зрения физиологов стресс может быть физиологическим и патологическим. Многолетние исследования стресса подтвердили общность физиологических изменений, возникающих при физиологическом и патологическом стрессе, и, в то же время, позволили говорить о некоторых важных различиях в механизмах их формирования [88; 103; 109].

Физиологический стресс – необходимое условие развития организма. Это прямая ответная реакция живого организма на внезапные изменения окружающей среды, такие как голод, жажда, шум, температура (перегревание, переохлаждение) и другие. То есть он возникает в связи с непосредственным физическим воздействием. Очень важно, чтобы период первичной социализации проходил в рамках именно физиологического стресса. По этому поводу И.А. Аршавский пишет: “Рост и нормальное развитие организма возможны лишь в условиях действия физиологических форм стрессовых раздражений”.

Патологический стресс возникает при воздействии таких стрессовых форм раздражений, интенсивность которых превышает адаптивные возможности организма. Патологический стресс истощает организм, лишая его возможности сопротивляться, и заставляя лишь спешно восполнять понесённые энергетические затраты [85].

Отдельно стоит выделить эмоциональный стресс или эмоциональное перенапряжение – это состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком сложных социальных ситуаций. Эмоциональный стресс возникает при длительных непрерывно повторяющихся отрицательных эмоциях. Несомненно, эмоциональный стресс сопровождается тяжелыми соматическими повреждениями [5; 88].

Рассматривая стресс с точки зрения воздействия на организм раздражающих факторов, К.Н. Погодаев считает, что стрессорные факторы, действующие на организм, вызывают в нем цепь защитно-приспособительных реакций, заключающихся в изменении нервных, гормональных, метаболических и физиологических процессов.

По мнению большинства ученых, пусковыми факторами в формировании стресса (физиологического и эмоционального) в ответ на сильные и сверхсильные раздражители являются нарушения функции нервной и эндокринной систем вследствие изменения регуляции на различных уровнях их организации [86; 190]. При действии стрессоров первоначально активируется симпато-адреналовая система, следствием чего является увеличение в крови содержания катехоламинов (адреналин и норадреналин). Адреналин имеет преимущественно надпочечниковое происхождение, норадреналин образуется окончаниями симпатических нервов. Количественное изменение их в крови характеризуют гормональное и медиаторное звенья симпатоадреналовой системы. Катехоламины, как известно, важнейшие регуляторы адаптивных реакций организма. Они обеспечивают быстрый переход организма из состояния покоя в состояние возбуждения, нередко достаточно большой продолжительности. Именно катехоламиновая реакция является важнейшим элементом в формировании состояния стресса [143].

В частности, отмечено, что при эмоциональном стрессе наблюдаются изменения адреналина и норадреналина. При стрессе, для которого важны

гомеостатические, гемодинамические или терморегуляторные изменения (мышечная нагрузка, охлаждение), более характерны изменения со стороны норадреналина, а возникающие метаболические расстройства (например, гипергликемия) и более выраженная реакция со стороны гормонального звена симпатoadреналовой системы сопровождается преимущественным увеличением адреналина [70].

Такие жизненные события как: «микроклимат» внутри семьи, потеря или смерть близких, домашних питомцев, развод родителей, воздействие компьютерных технологий, поступление в детское дошкольное учреждение или школу, в силу их индивидуальной значимости могут оказаться существенными для развития эмоционального стресса, что связано с угрозой разрушения сложившихся стереотипов и возможной несостоятельностью в новых условиях [4; 8; 29; 83; 98; 176; 207]. Эти стрессовые ситуации для разных людей будут иметь разную значимость. Если совокупность этих вызовов и сложных задач становится очень большой, тогда способность человека справляться с этими задачами постепенно утрачивается. И тогда речь уже идет о патологическом стрессе, к которому относятся тревога и фобии. [2; 5; 10; 21; 23; 24; 32; 108; 119; 129; 154; 228].

Тревога - это патологическое состояние, связанное с переживанием стресса. В физиологическом контексте она играет и положительную роль - предупреждение об угрозе неблагополучия и опасности [2; 21; 24; 38; 65; 77; 94; 129; 136; 141; 180; 205; 211; 228]. А это означает, что тревога, возникающая как ответ на неопределенную или угрожающую ситуацию, а также на дефицит информации, является нормальной приспособительной реакцией, мобилизующей организм на случай возникновения реальной угрозы или трудной ситуации. Ч. Дарвин писал, что способность к переживанию страха, являясь врожденной особенностью человека и животных, и играет значительную роль в процессе естественного отбора. По его мнению, на протяжении жизни множества

поколений этот адаптивный механизм совершенствовался, поскольку побеждал и выживал тот, кто оказывался наиболее искусным в избегании и преодолении опасности. [119]. Тревога мобилизует субъекта к действию и, в сущности, помогает человеку справляться с внешними опасностями, заставляя мозг интенсивно работать и приводя организм в состояние готовности к действию. Примером положительной роли тревоги могут служить следующие ситуации: ребенок волнуется перед выступлениями на празднике или, отвечая у доски, но это беспокойство проявляется не всегда, иногда в тех же ситуациях он остается спокойным.

Рассматривают разные критерии тревоги:

- психические — беспокойство, неуверенность в себе, ощущение угрожающей опасности;
- психомоторные — характерные мимика и жестикуляция, возбуждение или угнетение;
- вегетативные — усиление активности адренергических структур головного мозга с повышением артериального давления, учащением пульса, расширением зрачков, бледностью кожных покровов, их потливостью, сухостью во рту [29; 32; 56; 74; 78; 87; 94; 202].

Однако, если тревога устойчиво возникает только при некоторых воздействиях или в определенных ситуациях (например, в торговом центре, когда потерял мать из виду, страх одиночества, темноты, замкнутого пространства), то она утрачивает генерализованный характер, фиксируется на конкретных стимулах и клиническая картина определяется фобическими (или тревожно-фобическими) расстройствами [33; 38; 47; 63; 77; 179; 191; 197; 206; 220; 230; 233].

Фобия (от греческого «фобос» – страх) – боязнь - симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта. В результате развития фобии человек начинает

бояться и соответственно избегать определенных объектов, видов деятельности или ситуаций. Фобии отличаются от обычных страхов своей навязчивостью, мучительностью и остротой.

Фобии подразделяются:

- Специфические, или простые фобии. Это непропорциональное ощущение страха относительно специфических ситуаций, живых существ, видов активности, мест и неживых вещей. Например, дентофобия (страх перед стоматологами), кинофобия (боязнь собак), ахлуофобия (страх темноты), аутофобия (страх одиночества).

- Социальные фобии. Страх проявляющийся при нахождении в социальной обстановке. Таким людям очень тяжело находиться среди людей, он испытывает сильное беспокойство. Человека мучает страх смущения, осуждения, публичного унижения, например, при одной только мысли о выступлении перед большим количеством людей он паникует.

- Агорафобия - страх открытых пространств, то есть человек боится застрять в отчаянном положении и не получить помощи[22]. Сюда можно отнести страх, боязнь посещения больших магазинов, торговых центров.

Например, у детей в возрасте от одного года до трех лет нередки ночные страхи, на 2-м году жизни наиболее часто проявляется страх неожиданных звуков, страх одиночества, страх боли (и связанный с этим страх медицинских работников). В 3-5 лет для детей характерны страхи одиночества, темноты и замкнутого пространства. В 5-7 лет ведущим становится страх смерти. От 7 до 11 лет дети больше всего боятся "быть не тем, о ком хорошо говорят, кого уважают, ценят и понимают" [22; 119]. Однако если страхов очень много, то можно говорить о проявлениях тревожности в характере ребенка [89; 228].

Важность изучения состояния взрослых определено частыми индукциями на состояния детей, так как факторами риска развития тревоги у детей является родительская тревожность, личностные особенности ребенка с тенденцией к замкнутому стилю поведения, травматические (негативные) стрессовые события

в жизни ребенка, а также стиль воспитания [5; 7; 33; 128; 233]. Также не следует забывать о роли наследственной отягощенности по тревожным расстройствам. Главным фактором, предупреждающим возникновение тревоги и страха, считается формирующееся ожидание того, что в опасных ситуациях объект привязанности (чаще всего это мать) будет всегда рядом [7; 31; 33; 59; 93; 106; 119; 197]. По современным представлениям, развитие тревожного состояния не является результатом дисфункции какой-либо одной нейромедиаторной системы, а отражает возникновение системного регуляторного дисбаланса различных нейромедиаторов на самых разных уровнях структурно-функциональной организации [10; 29; 35; 38; 47; 56]. Когда тревоги и страхи начинают подавлять человека и влиять на его повседневную жизнь, могут возникнуть так называемые тревожные расстройства. Тревожность - состояние сознания и тела, связанное с беспокойством, напряжением и нервозностью. Тревожные расстройства расцениваются как хронические заболевания, которые могут прогрессировать без лечения. [21; 38; 56; 63; 65; 94; 138; 141; 145; 197].

Развитие тревожных расстройств у детей происходит при взаимодействии биологических, психологических и средовых факторов.

К тревожным расстройствам у детей относят:

- страх разлуки (ребенок отказывается расставаться с мамой даже на короткое время);
- генерализованную тревогу (постоянное беспокойство, что он сделал что-то не так, избыточная потребность в постоянном одобрении по любому поводу);
- социальная фобия (нежелание и страх оказаться в коллективе, рядом с незнакомыми людьми, нежелание общаться и заводить знакомства).
- обсессивно-компульсивное расстройство (стремление выполнять определенные ритуалы, например, постоянно мыть руки) [22; 57; 77; 124; 136; 138].

Вместе с тем необходимо помнить, что страхи у ребенка могут быть и «нормальным» проявлением адаптации. Если страх оказывает незначительное

влияние на повседневную жизнь ребенка или длится всего несколько недель, то он, скорее всего, является частью нормального развития. Но, так как дети и окружающая их среда непрерывно меняются, страхи, нормальные для одного возраста, могут стать препятствием для развития навыков социального взаимодействия в другом. Из всего вышеперечисленного формируется вывод, что течение адаптационного периода обуславливает дальнейшее развитие детей раннего возраста, поскольку является динамическим процессом прогрессивной перестройки функциональных систем организма [20; 58; 129; 182].

Психологи выделяют три наиболее существенные проблемы, которые необходимо преодолеть ребенку в процессе адаптации к детскому саду.

Первая проблема - низкий уровень нервно-психического развития, что связано как с особенностями воспитания в семье, так и с биологическими факторами (течение беременности, родов). Наибольшая задержка проявляется в навыках активной речи, в сенсорном развитии, что отрицательно влияет на дальнейшее становление маленького человека.

Вторая проблема связана с различными отклонениями в поведении детей, проявляющаяся в нарушении сна, аппетита, гипервозбудимости или малоэмоциональности, наличием страхов, энуреза, тиков и т. п. И первая и вторая проблемы тесно переплетены с третьей проблемой — проблемой адаптации к детскому саду [74; 225].

Что же такое адаптация? Термин «адаптация» (в переводе с латинского языка *adapto* — приспособляю) - это универсальное явление всего живого, которое можно наблюдать как в растительном, так и в животном мире. Это сложный процесс морфофизиологических и психологических приспособительных реакций организма к меняющимся условиям существования, направленных на сохранение гомеостаза и социальной деятельности [4; 30; 33; 36; 49; 51; 57; 221]. Существуют разные виды адаптации:

- физиологическая, к которой относится адаптация к невесомости, высоте, под

водой, зрительная адаптация, слуховая и так далее;

- социальная (процесс эффективного взаимодействия с социальной средой) [4; 15; 33; 42; 59; 95; 130].

Процесс адаптации можно разбить на три периода:

1. **Острый период** или период дезадаптации - когда имеется более или менее ярко выраженное рассогласование между привычными поведенческими стереотипами и требованиями новой микросоциальной среды. В это время наиболее выражены сдвиги по поведенческим параметрам – взаимоотношение со взрослыми и детьми, речевой активности, игре, в некоторых показателях соматического состояния, реактивности организма. Что касается лабораторных данных – отмечаются изменения уровня катехоламинов в моче, увеличение бактериальной обсемененности полостей носа и зева, колебания секреторных иммуноглобулинов.
2. **Подострый период** или собственно адаптация – когда ребенок активно осваивает новую среду, вырабатывая соответствующие ей формы поведения. В это время постепенно уменьшается выраженность сдвигов в разных системах, причем это происходит не синхронно. Из параметров поведения быстрее всего нормализуется аппетит (в течение 15 дней), более продолжительны нарушения сна и эмоционального состояния. Медленнее всего налаживается игра и речевая активность (в течение 60 дней).
3. **Период компенсации** (адаптированности) к данным социальным условиям, когда должны нормализоваться, то есть достигнуть исходного уровня, а иногда и превысить его все регистрируемые показатели или **период декомпенсации**, когда все показатели не только не приходят в норму, но продолжают падать, нанося вред здоровью. [15; 36; 59; 106].

По характеру привыкания ребенка к новым социальным условиям выделяют 3 степени адаптации:

Легкая адаптация - период привыкания при легкой степени адаптации занимает от 10 до 15 дней. Он характеризуется временным нарушением сна (нормализуется в течение 7-10 дней), аппетита (норма по истечении 10 дней), неадекватными эмоциональными реакциями (капризы, замкнутость, агрессия, угнетенное состояние и т.д.), изменением в речевой, ориентировочной и игровой активности, приходящие в норму за 20-30 дней. Характер взаимоотношений со взрослыми и двигательная активность практически не изменяются. Функциональные нарушения минимальны, нормализуются за 2-4 недели, заболеваний не возникает. Основные симптомы исчезают в течение месяца.

Средняя адаптация – когда период привыкания затягивается до 30-40 дней. Все нарушения выражены более ярко и длительно: сон, аппетит восстанавливаются в течение 20-40 дней, ориентировочная деятельность (20 дней), речевая активность (30-40 дней), эмоциональное состояние (30 дней), двигательная активность, претерпевающая значительные изменения, приходит в норму за 30-35 дней. Взаимодействие со взрослыми и сверстниками не нарушается. Функциональные изменения отчетливо выражены, фиксируются заболевания (например, острая респираторная и респираторно-вирусная инфекция).

Тяжелая адаптация сопровождается грубым нарушением физиологических функций и реакций ребенка. Данный тип адаптации характеризуется снижением аппетита (иногда возникает невротическая рвота), выраженным нарушением сна, нарушением коммуникабельности, проявлением агрессии, апатии в течение долгого времени (ребенок плачет, пассивен, иногда происходит волнообразная смена настроения). Обычно видимые изменения происходят в речевой и двигательной активности, возможна временная задержка в психическом развитии. При тяжелой адаптации, как правило, дети заболевают в течение первых 10 дней и продолжают повторно болеть в течение всего времени привыкания к коллективу сверстников. Длительность тяжелой степени адаптации от 2 до 6 месяцев.

В отечественной и зарубежной литературе пик исследования проблемы

адаптации пришелся на 1990-2000 годы. В России изучению проблемы адаптации посвящены работы отдельных ученых, таких как Исаев Д.Н., Шевченко Ю.С., Бобылева Г.И., Морозова Е.И., Смирнова Е.О. и другие [7; 8; 14-16; 20; 30; 33; 36; 48; 51; 62; 69; 72]. В литературе подавляющее большинство работ проведены и написаны психологами. Еще в работах Л.С. Выготского отражается «своеобразное отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной», что обозначается как социальная ситуация развития [25]. В последние годы активность в этом направлении неуклонно растет и это еще раз подчеркивает актуальность проблемы дебютной социализации. Однако, надо отметить реальный дефицит медицинских данных по физиологическому и патологическому течению этого периода в жизни ребенка. Интерес к этой теме обусловлен, с одной стороны, со значительным увеличением числа соматических и неврологических проблем этого контингента детей по сравнению с «неорганизованными» детьми; а с другой стороны - с необходимостью ранних общественных форм воспитания детей в связи с современными социальными и экономическими условиями [39; 42; 69; 87; 113; 129; 217]. В результате углубленного анализа и обобщения имеющегося массива литературы, следует отметить, отсутствие в зарубежных работах понятия «социализация». Несомненно, социальный фон занимает важное место в процессе адаптации.

За рубежом проводились исследования, но лишь косвенно затрагивающие проблему адаптации [128; 140; 146; 169; 170; 171; 192; 193; 201; 205; 211; 223; 226]. Так, в проводимых исследованиях большее внимание уделялось роли дружбы между детьми в детских образовательных учреждениях, а так же проблеме распространения и лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста [126; 127; 131; 172; 173; 181; 182; 184; 206; 210]. Дружба, конечно же, имеет значение в процессе адаптации, как этап налаживания взаимоотношений между сверстниками, установления контакта, наличие положительных эмоций, но дружба далеко не основной фактор в

процессе первичной социализации [163; 178; 180; 198]. Также отметим и нескончаемые доводы «за» и «против» социализации детей дошкольного возраста. Отсюда и у родителей возникает дилемма, что все-таки наиболее важно для ребенка дошкольного возраста: социализироваться или «домашнее воспитание»?!

Данные, представленные в работах Е.П. Арнаутовой, сообщают нам, что: «Ребенку нужно общество сверстников, других детей. Возможно, такое утверждение покажется странным: ведь дети раннего дошкольного возраста еще не умеют играть вместе — только рядом. Но они склонны к подражанию и способны заражать друг друга тем или иным состоянием: не только плачем или испугом, но и радостью, смехом, веселой беготней — и получают от этого несказанное удовольствие». Очень интересная информация преподносится в исследовании М.Н. Аксариной, где анализ результатов семей, воспитывающих детей раннего возраста, позволяет сделать вывод о том, что в психологической помощи нуждаются в равной степени, как дети, так и их родители. Наиболее частыми причинами обращений родителей за психологической помощью являются проблемы общения, сложностей в детско-родительских отношениях, а также неумение проявить свое эмоциональное состояние, как родителями, так и детьми [178; 233].

А также было установлено, что большинству родителей неизвестны основные принципы, подходы, особенности взаимодействия с детьми раннего возраста [106; 107; 130; 220]. Для нас же, в данной работе, большой интерес представляет именно социальная адаптация и способы ее коррекции [44; 58; 61; 83; 95; 174]. Адаптация ребенка к детскому саду - это процесс привыкания ребенка к новым для него условиям дошкольного учреждения, к условиям существования в группе. [4; 7; 14; 16; 31; 36; 118; 163; 192; 193]. В каком бы возрасте ребенок не пришел впервые в детский сад, для него это сильное стрессовое переживание, которое необходимо смягчить. Ведь для ребенка детское дошкольное учреждение, несомненно, является новым, еще неизвестным пространством, с новым окружением и новыми отношениями. Резкий,

неподготовленный переход ребенка в новую социальную ситуацию зачастую приводит к эмоциональным нарушениям, замедлению темпов психофизического развития, и даже к регрессу полученных навыков [16; 22; 75; 82; 84; 110; 188; 214]. В основном, именно в возрасте 2,5-5 лет дошкольники подвергаются дебютной адаптации. В их жизни происходит множество изменений, таких как: формирование определенного режима дня, отсутствие родителей в течение девяти и более часов, новые требования к поведению, постоянный контакт со сверстниками, новое помещение, другой стиль общения. Его социальный опыт слишком мал и приспособление к новым условиям требует разрушения ранее сложившихся связей и быстрого образования новых. А, если учесть, что все эти изменения обрушиваются на ребенка одновременно и создают для него стрессовую ситуацию, которая без специальной организации, несомненно, снизит иммунитет ребенка и приведет к увеличению частоты заболеваемости и невротическим реакциям, проявления которых выходят на первый план в виде: капризов, страхов, тиков, отказа от еды и соответственно нарушению процесса адаптации [4; 7; 26; 31; 36; 119; 163].

Сотрудники детских дошкольных учреждений со своей стороны стараются обеспечить благополучное течение периода адаптации, тщательно подбирая педагогов в формирующихся группах, предварительно сообщая родителям об условиях работы ДООУ, осуществляя постепенное заполнение групп, гибкий режим пребывания детей и временное сохранение имеющихся привычек у малышей в начальный период адаптации с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Таким образом, в процессе адаптации, несомненно, происходит снижение реактивности организма, что в свою очередь истощает защитные силы организма, и, являясь стрессом, увеличивает частоту заболеваемости респираторно-вирусными инфекциями. С истощением функциональных возможностей органов и систем, особенно нервной, а так же в результате бесконечных респираторных заболеваний, происходит перенапряжение, утомление в течение длительного

времени, которое не компенсируется полным восстановлением, вызывая синдром перегрузки, следом за которым развивается состояние истощения [14; 33; 36; 44; 51; 59; 62; 113; 114; 167]. Следовательно, процесс адаптации сложен и требует непрерывного контроля, как со стороны родителей и педагогического состава, так и со стороны медицинских работников.

Что же такое дезадаптация? «Дезадаптация» или нарушение адаптации - процесс, приводящий к изменению взаимодействия со средой, усугубленный проблемной ситуацией, сопровождающийся межличностными и внутриличностными конфликтами [63; 201]. Диагностическими критериями дезадаптации являются реакции, выходящие за пределы нормы или ожидаемых реакций на стресс. По продолжительности влияния на личность различают:

- временная дезадаптированность, связанная с включением в новую ситуацию, в которой крайне важно адаптироваться (применение общественных форм воспитания, поступление в школу, рождение второго ребенка и другое). Это соответствует неустойчивой адаптации. Она может устраняться с помощью адекватных адаптивных, медикаментозных, социальных и внутрипсихических действий.

- устойчивая ситуативная дезадаптированность, связанная с невозможностью найти приемлемые способы адаптации в сложившихся условиях при решении проблем (поступление в детские образовательные учреждения, в сфере семейных отношений). В таких ситуациях дети могут начать считать себя отвергнутыми, изолированными от общества и, в конце концов, приобретают специфический защитный комплекс, одним из признаков наличия которого, является неверное, искаженное восприятие и осознание своего социометрического статуса [106; 107; 130]. Причинами возникновения состояния дезадаптированности являются:

- 1) пережитый психосоциальный стресс, вызванный разводом родителей, хроническими заболеваниями и другими факторами;

2) пережитые экстремальные ситуации — травматические ситуации, (когда ребенок, испытывая при этом интенсивный страх, ужас, чувство беспомощности (подобные ситуации вызывают особое состояние — посттравматическое стрессовое расстройство), пережил смерть близких или реальную ее угрозу, тяжелые травмы и страдания родных людей;

3) неблагоприятное включение в новую социальную ситуацию (поступление в детское образовательное учреждение) или нарушение устоявшихся взаимоотношений в группе.

Нарушение адаптации является неотъемлемой частью процесса социализации и проявляется соматоформной вегетативной дисфункцией, а именно: эмоциональными расстройствами, чувством страха, тревоги или беспокойства, нарушение сна, отказом от еды, затруднением дыхания, подавленным настроением, частыми болезнями и т.д. Все эти проявления вегетативной системы нередко определяют развитие или являются основными клиническими проявлениями многих соматических и неврологических заболеваний. Это обусловлено универсальным участием вегетативной нервной системы в процессах адаптации организма к внешне средовым факторам [22; 45; 74; 123; 131; 161; 163; 199; 207; 214; 229]. Состояние дезадаптированности сопровождается отклонениями в поведении личности, так сказать отклонение от «социальной нормы» - модели должного, общезначимого правила поведения, установленного социальными группами и обществом. Ненормативное поведение называют отклоняющимся, или девиантным (от лат. *deviatio* — отклонение, уклонение). А. И. Ковалева дает следующее определение: «Отклоняющееся поведение — форма дезорганизации поведения индивида или категории лиц в обществе, обнаруживающая несоответствие сложившимся ожиданиям, моральным и правовым требованиям общества». Выделяют «положительную девиацию», коррелирующую с творческими способностями и стремлением к их реализации и «отрицательную девиацию», выражающуюся у взрослых и подростков в таких

формах поведения, как: ложь, обман, грубость, бездействие, агрессивность, курение, наркомания, алкоголизм [130; 158; 187; 225]. У детей данная форма проявляется в нарушении речи, взгляда, движений; ранимости, плаксивости и беспомощности; а также драках, разрушительном отношении к вещам - дети ломают нужные или чужие вещи; оскорбляют и дразнят других детей [106; 137; 155; 159; 208; 215]. Предотвращение дезадаптации и изучение ее причин является задачей психологов, медицинских работников, как амбулаторно-поликлинического звена, так и сотрудников отделения профилактики (дошкольно - школьного отделения), а также педагогов.

По данным ВОЗ, в настоящее время дети болеют от 2 до 12 раз в год, особенно те, которые посещают детские дошкольные учреждения [27; 28].

Структура заболеваемости детей в разных возрастных группах неодинакова.

В возрасте до 14 лет ведущие места принадлежат болезням органов дыхания, в частности, самыми распространенными среди которых являются острые респираторные вирусные инфекции [9; 11; 26; 41; 55; 66; 67; 79-81; 92; 96; 100; 104; 167; 175; 195; 212] (более 90% всех болезней дыхательной системы), а также инфекционным и паразитарным заболеваниям. Если рассматривать более детально, то у детей раннего возраста, до 3 лет, на первое место выходят недоношенность, дефекты внутриутробного развития, а также функциональные отклонения в крови, аллергические проявления, нарушения в пищеварительной системе.

В дошкольном возрасте отмечаем отклонения в наибольшем числе систем организма – нервной, дыхательной, мочевыделительной, а также опорно-двигательном аппарате и ЛОР - органах. Преобладают воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, грипп, бронхиты, отиты, пневмонии, желудочно-кишечные расстройства.

В школьном возрасте максимальное количество отклонений возникает в сердечнососудистой системе и органах зрения, возрастает процент инфекционных

заболеваний и травм, ревматизмы, хронического тонзиллита, туберкулезной интоксикации, а так же таких патологий как нарушение осанки, ожирение.

«Физиологически» болеющие дети – это дети, болеющие 3-4 раза в год, причем сезонно (весна - осень), когда повышается уровень общей заболеваемости.

Детей, подверженных рекуррентным эпизодам острой респираторной инфекции, в нашей стране принято называть «часто болеющие дети». Термин «часто болеющие дети» появился в литературе в начале 1980-х годов. К ним относятся дети, которые подвергаются повторному заражению дыхательных путей чаще 6 раз в год или чаще одного раза в месяц в эпидемический период (октябрь - май). Эти пациенты не имеют наследственных, врожденных и хронических заболеваний, способствующих частому развитию у них острых респираторных инфекций, и наблюдаются во второй группе здоровья. [11; 27; 28; 43; 46; 55; 60; 66; 67; 76; 97; 99; 114].

Термин «часто болеющие дети» не используется зарубежными школами и отсутствует в Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра, так как не является самостоятельной нозологической формой заболевания.

Однако за рубежом, в том числе в программах ВОЗ, широко обсуждаются методы лечения и профилактики рекуррентных респираторных заболеваний у детей. [132; 147; 150; 155; 163; 167; 194; 195; 212; 218; 224; 231; 232]. В этих случаях применяется термин «recurrence infections» - повторные, рецидивирующие инфекции. Получается, что эти термины совпадают. В тоже время, нельзя забывать о детях, у которых в период адаптации к детскому коллективу частота острых респираторных инфекций резко возрастает [11; 37; 104; 133; 135; 148; 157; 194; 196; 204; 218; 224]. И это не случайно. Как показывает статистика, наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у детей от 3 до 14 лет, которые посещают организованные коллективы, причем в отсутствии зависимости от сезонности, и может отличаться в зависимости от свойств возбудителя среди

детей различных возрастных групп. Максимальная заболеваемость ОРЗ отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, то есть в раннем и дошкольном возрасте, и составляет в среднем от 4 до 6 заболеваний в год. Среди школьников, заболеваемость снижается до 2–5 случаев в год, а среди взрослых – не превышает 2–4 заболеваний на протяжении года [11; 79-81; 120; 226; 229].

Такая закономерность является всеобщей и прослеживается у детей во всех странах мира независимо от экономического уровня их развития. J.Bartlett [136] в своем руководстве по респираторной патологии приводит данные В.Guyer, отражающие типичную динамику уровня заболеваемости ОРВИ в детском возрасте и они практически полностью совпадают с приведенными статистические данные МЗ РФ на 2002 г. [226; 229]. В 2011 году в Российской Федерации по данным официальной статистики зарегистрировано более 30 млн. случаев заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей, в том числе более 21 млн. у детей до 17 лет. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил в 2011 году 21 556,6. [27]. В 2010 году этот показатель составил – 18 892,2. Согласно данным Роспотребнадзора, в Российской Федерации в 2012 году были зарегистрированы 28 332 821 случаи заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей, в том числе 20 617 641 у детей до 17 лет, что составило 73%. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 2012 году составил 19 818,6 [28]. В 2015 году заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в очередной раз повысилась – на 5,1% по сравнению с 2014 годом (20580 случаев заболеваний на 100 тысяч человек за январь-декабрь 2015 года против 19578 за тот же период 2014 года). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей составило в 2015 году 30,1 миллиона случаев, что на 7% больше, чем было зарегистрировано в 2014 году. [121]. Среди детей от 0 до 14 лет заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в 2014г. составила 81,3тыс. на 100 тысяч или 19559,8 тыс. зарегистрированных случаев. По данным различных авторов, часто

болеющие дети составляют от 14 до 80% детского населения. По мнению З.С. Макаровой (2002), часто болеющих детей от 15 до 75% в детской популяции в зависимости от возраста. Среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа ЧБД может составлять около 40% и до 50%, в то время как среди школьников частые ОРЗ отмечаются менее чем у 15% детей и подростков. [66]. Но ведь респираторные инфекции обычно не формируют после себя стойкого иммунитета, что связано прежде всего с большим количеством серотипов возбудителей и отсутствием перекрестного иммунитета и это способствует повторным заболеваниям у одного и того же ребенка несколько раз в год, что приводит к снижению общей сопротивляемости организма ребенка и развитию транзиторных иммунодефицитных состояний, препятствуют проведению профилактических прививок, а также аллергизации ребенка [37]. В зависимости от возраста к группе часто болеющих детей на первом году жизни относят тех, кто болеет 4 и более раз в год, в возрасте от 1 до 3 лет - 6 и более, от 3 до 5 лет – 5, старше 5 лет – 3 и более раз в год [9].

Существуют данные, что высокая частота инфекций дыхательной системы у детей обусловлена физиологическими особенностями созревания иммунной системы ребенка, неблагоприятными анте - и перинатальными факторами, курением родителей, особенно матерей, типом конституции, высокой контагиозностью вирусных инфекций, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей, разнообразием серо- и биотипов пневмотропных бактерий (пневмококков, стафилококков, гемофильной палочки) и многими другими факторами [46; 74; 86; 120; 160; 187; 213].

Также отметим, что существует масса не только психологических работ, но и работ, посвященных медикаментозной коррекции респираторных заболеваний у часто болеющих детей. Есть работы, в которых показана коррекция респираторных инфекций препаратами, такими как: «Веторон детский раствор» [3; 111], «Тенотен детский» [40; 50; 72; 112], применение витаминно-

минеральных комплексов «Алфавит» [52; 90; 114; 156; 186], Энгистол [115], Эхинацея [183; 222], Инозина пранобекс [105; 168], «Бронхо-Ваксона» [37; 177], «Иммудон» [37], Бронхо-мунал [17; 153; 219], «Ноофен» [35], Иммунал [64], Артис [134], «Анаферон детский» [60; 112].

А также психологических работ, направленных на работу с родителями и воспитателями с перечнем различных практических советов [7; 44; 51; 57; 59; 61; 107].

- Рекомендовать родителям в самые первые дни приводить ребенка только на прогулку - так ему проще познакомиться с воспитателями и другими детьми. Причем желательно приводить малыша не только на утреннюю, но и на вечернюю прогулку, когда можно обратить его внимание на то, как мамы и папы приходят за детьми, как они радостно встречаются. Затем стоит приводить ребенка в группу позже 8 часов, чтобы он не был свидетелем слез и отрицательных эмоций других детей при расставании с мамами;
- Рассказать о режиме дня, пригласить осмотреть групповые помещения (показать шкафчик, кровать, игрушки) [4; 7; 16; 22; 36; 51; 91];
- Не обсуждать при малыше волнующие вас проблемы, связанные с детским дошкольным учреждением;
- Посещать детский сад лишь при условии, что ребенок здоров;
- Повысит роль закаливающих мероприятий;
- Стараться отдать его в группу сада, где у ребенка есть знакомые ровесники, с которыми он раньше играл дома или во дворе;
- Учить ребенка дома всем необходимым навыкам самообслуживания;
- Не угрожать ребенку детским садом как наказанием за детские грехи, а также за его непослушание.

Рекомендации воспитателям:

- Ласковое обращение с ребенком, периодическое пребывание малыша на руках взрослого дают ему чувство защищенности, помогают быстрее адаптироваться [57];
- Учитывать возрастные и индивидуальные особенности детей;
- Не пытаться перевоспитывать ребенка и искоренить «вредные» привычки в адаптационном периоде;
- Не настаивать на «доедании» всей порции, так как в этом возрасте легко возникает и закрепляется невротическая рвота.
- Разрешить не спать, а просто закрыть глазки и тихо полежать, если ребенок не засыпает;
- Приглашать в туалет чаще детей с неустойчивыми гигиеническими навыками.

К сожалению, эти рекомендации выполняются крайне редко, что и обуславливает высокую невротизацию детей в период адаптации. Однако, существуют некоторые приемы, позволяющие лучше и проще адаптировать детей. Вот некоторые из них:

1. Ароматерапия – метод, основанный на искусственном распылении в воздухе летучих фракций эфирных масел. Вдыхание запахов через рефлекторные механизмы влияет на такие функции организма, как температура тела, аппетит, уровень стресса, уровень метаболизма.
2. Галоаэрозольная терапия – метод лечения в условиях воссозданного микроклимата соляных спелеолечебниц. В результате применения галоаэрозольной терапии происходят положительные сдвиги в системном гуморальном и клеточном иммунитете. Процедуры способствуют стабилизации состояния вегетативной нервной системы, оказывают положительное психоэмоциональное воздействие.
3. Кислородный коктейль – это смесь сока (яблочного, вишневого, гранатового) с сиропом солодки (пенообразователь), насыщенная кислородом до состояния нежной воздушной пены.

4. Аэроионотерапия – это метод лечебного применения, электрически заряженных газовых молекул (аэроионов), который увеличивает потребление кислорода и выделение углекислоты, усиливает окислительно-восстановительные реакции, снижает накопление серотонина в слизистой оболочке носа, стимулирует кальциево-фосфорный обмен, снижает накопление молочной кислоты, ускоряет регенеративные процессы, потенцирует механизмы иммунной защиты [26].
5. Арт-терапия – занятия, сочетающие в себе разнообразные виды деятельности: беседу, игру, рисование, лепку и упражнения психологического характера. Это дает возможность участникам реализовать себя в эмоционально комфортной атмосфере, способствует созданию ситуации успеха для каждого.

В процессе адаптации ребенка в дошкольном образовательном учреждении также используют такие формы и способы адаптации детей как:

- элементы телесной терапии (обнять, погладить);
- исполнение колыбельных песен перед сном, чтение ребенку поэзии. В отличие от обычной речи, стихи обладают ритмом, о благотворном влиянии которого на растущий организм уже говорилось;
- сказкотерапия - это процесс воспитания, повышения уровня осознанности событий, приобретения знаний о законах жизни и способах социального проявления созидательной творческой силы.
- релаксационные игры (песок, вода) - релаксация - это снятие напряжения, расслабление, отдых. Упражнения по релаксации являются методом предотвращения стрессов у детей и оказывают положительное влияние на их здоровье;
- Музыкальные занятия и развитие движений [33; 57; 69; 111].

Все сказанное позволяет сделать вывод, что изучения проблемы первичной

социализации детей раннего возраста является актуальной и своевременной. Однако, нет единых медицинских рекомендаций и определенных алгоритмов действий в период возрастания стрессовых нагрузок и переутомления, а, психологические рекомендации носят все-таки больше субъективный характер и зависят от воспитателя, требуется более детальное изучение данной проблемы. Дебютная (первичная) социализация остается одной из наиболее важных проблем педиатрии. Возникает реальная необходимость в разработки единого подхода для благополучного течения периода адаптации, с сохранением баланса физического и психического здоровья детей, что позволит ребенку пройти этот период, в рамках физиологического, а не патологического стресса.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Материалы исследования

В амбулаторных условиях на базе ГБУЗ ДГП № 120 ДЗМ Восточного административного округа города Москвы обследовали 874 ребенка в возрасте от 2,5-х до 6,5 лет, из которых были отобраны 235 ребенок, оцененные как здоровые и имеющие группу здоровья I или II.

Клинические наблюдения за детьми, включенными в исследование, осуществлялись в течение 180 дней (6 месяцев), как в условиях амбулаторно-поликлинического центра, так и медицинским персоналом на базе дошкольных учреждений, территориально относящихся к районной поликлинике. Детские дошкольные учреждения, принимающие участие в исследовании, были сопоставимы по территориальному расположению, архитектурно - планировочному решению, находящиеся в одной экологической зоне, обеспечены равноценным питанием.

Условия данного исследования предусматривали, что дети, получающие медикаментозную коррекцию, не принимали других препаратов, в том числе иммуномодуляторов, иммуностимуляторов, противовирусных и седативных средств на протяжении всего клинического наблюдения.

Отбор детей осуществлялся по следующим критериям:

1. возраст пациента от 2,5 до 6,5 лет;
2. прикрепленность на медико-санитарное обслуживание к АПЦ ДГП № 120 ДЗМ;
3. посещение детского дошкольного учреждения, относящегося по территориальному признаку к ДГП № 120 ДЗМ;
4. верифицированный диагноз: "здоров" или имеющие функциональные отклонения, относящиеся ко второй группе здоровья по данным стандартных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, то есть 1 или 2 группа здоровья;

5. первичное оформление в детское дошкольное учреждение или его смена (например, переезд ребенка из другого района);
6. отсутствие на момент включения в исследование острой респираторно-вирусной инфекции;
7. добровольное информированное согласие родителей на наблюдение, обследование и медикаментозную коррекцию лекарственными препаратами.

Критериями исключения были дети с соматической и неврологической патологией, имеющие хронические заболевания сердечнососудистой, бронхолегочной, нейроэндокринной системы, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек, крови, а также пациенты, с отягощенным аллергологическим анамнезом и имеющие лекарственная непереносимость. Также в исследование не включались дети, перенесшие острые инфекционные заболевания менее чем за 3 недели до начала исследования.

В соответствии с вышеуказанными критериями, участвующие в исследовании дети, на момент начала исследования считались здоровыми и имели группу здоровья I и II. На каждого ребенка, поступающего под наблюдение, заводилась индивидуальная карта пациента, где записывалась паспортная часть, антропометрические данные, физикальные данные, а так же данные, получаемые в процессе наблюдения.

Исследование проводилось с 2012 по 2015 годы и состояло из трех этапов: на первом этапе была проведена комплексная оценка состояния здоровья дошкольников. Второй этап включал в себя применение разных терапевтических режимов под контролем клинико - параклинических исследований.

Третий этап научно – исследовательской работы включал оценку эффективности реализуемых методов.

На базе ГБУЗ ДГП № 120 ДЗМ Восточного административного округа города Москвы было проведено обследование 874 детей. Были проанализированы: возраст детей; группа здоровья; первичная медицинская документация, включая

анамнеза жизни, перинатальный анамнез; соматический статус (включая оценку физического развития, осмотр врача отоларинголога, врача офтальмолога), неврологический статус. После проведенного обследования, нами были отобраны 235 детей, с соответствующими критериям включения: возраст от 2,5-х до 6,5 лет, оцененные как здоровые и, имеющие группу здоровья I или II. В дальнейшем отобранные 235 человек, из которых мальчиков было 52%, а девочек 48 %, (1:1,1), были комплексно обследованы в поликлинике по месту жительства до начала наблюдения, через 14 дней, 45 дней, 60 дней, 90 дней и через 180 дней (6 месяцев) и проспективно рандомизированы в три основные группы и две контрольные. Рандомизация проводилась случайным образом, методом конвертов. На анкете каждого ребенка ставилась цифра, указанная в выбранном конверте: 1 (первая основная группа, получающая медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон» - 1ОЭ) - прием препарата осуществлялся по схеме 1 таблетка утром сублингвально или, растворяя таблетку в небольшом количестве воды, длительностью 30 дней; 2 (вторая основная группа, получающая «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» - 2ОГ) — прием препарата осуществлялся в дозировке 1/2 таблетки * 2 раза в день, после еды, в течение 3-х недель; 3 (третья группа смешанной коррекции — 3ОЭГ)- комбинированный прием «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» и «Эргоферона»; 4 (контрольная группа детей, посещающих детский сад — 1ОК); 5 (контрольная группа детей, не посещающих детский сад — 1НК). Основную группу составили 152 ребенка. В контрольную группу (группу сравнения) вошли 83 ребенка, из них первую группу составили «неорганизованные» детей (33 ребенка), не посещающих детские дошкольные учреждения, то есть являющиеся «домашними». Эта группа была набрана из детей, наблюдавшихся в той же детской городской поликлинике, что и основная группа, но по той или иной причине на период исследования неоформленные в дошкольное учреждение. Дети, посещающие детские дошкольные учреждения и не получавшие

профилактическую медикаментозную коррекцию составили вторую контрольную группу «организованных детей» (1КО) – 50 детей (табл.1,2).

Таблица 1 - Распределение 235 пациентов на группы

	Основная группа все дети посещали ДДУ	Контрольная группа
Первая	Получали иммунологическую коррекцию 50 детей	«Неорганизованные» не посещали ДДУ без терапии 33 ребенка
Вторая	Получали неврологическую коррекцию 50 пациентов	«Организованная» посещали ДДУ без терапии 50 детей
Третья	Получали смешанную коррекцию 52 пациента	- -

Отметим, что достоверных различий между тремя основными группами и двумя контрольными группами, не было выявлено, что подтверждало, в целом, их идентичность и нормальное состояние здоровья наблюдаемых детей, а так же сопоставимость по возрастному и гендерному признаку.

Таблица 2 - Распределение наблюдаемых детей по группам

группы	n	Пол ж/м	2г6мес - 3года		3г1мес - 4года		4г1мес - 5лет		5л1мес - блет		бл1мес - бл 6мес	
			ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
1ОЭ	50	24/26	8/ 16%	7/ 14%	7/ 14%	6/ 12%	4/ 8%	7/ 14%	2/ 4%	5/ 10%	3/ 6%	1/ 2%
2ОГ	50	22/28	3/ 6%	10/ 20%	7/ 14%	5/ 10%	7/ 14%	7/ 14%	5/ 10%	5/ 10%	-/-	1/ 2%
3ОЭГ	52	25/27	5/ 9%	9/ 17%	8/ 15%	6/ 12%	5/ 9%	7/ 14%	6/ 12%	4/ 8%	1/ 2%	1/ 2%
1КО	50	26/24	7/ 14%	9/ 18%	7/ 14%	6/ 12%	5/ 10%	4/ 8%	4/ 8%	2/ 4%	3/ 6%	3/ 6%
1КН	33	15/18	5/ 16%	7/ 21%	3/ 9%	4/ 12%	4/ 12%	3/ 9%	1/ 3%	2/ 6%	2/ 6%	2/ 6%

Диагностический дизайн включал в себя исследования клиническую балльную оценку соматического и неврологического статуса (осмотр врачами специалистами), проведение теста Люшера для определения

психоэмоционального состояния, лабораторно-диагностические исследования (клинический анализ крови, иммунологический анализ крови с определением гуморального и клеточного звена иммунитета, индекса завершенности фагоцитоза, микробный анализ (мазок из зева), нейрофизиологическое исследование (ЭЭГ)). Осмотр проводился в оборудованном для каждого врача специалиста медицинском кабинете детской городской поликлиники № 120 с соблюдением норм санитарно-эпидемиологического режима.

В ходе проведения работы особое внимание уделялось оценке психосоматического статуса детей на фоне приема различных терапевтических режимов и корреляции этих показателей с лабораторными данными.

Для удобства анализа и достоверности статистической обработки была введена количественная шкала оценки клинико – анамнестических данных. Бальная оценка клинических данных проводилась по следующим показателям:

1. социальный – семейный анамнез

- полная — 0 очков /неполная семья — 1 очко;
- члены семьи, проживающие с ребенком:

отсутствие в семье других детей - 0 очков / наличие в семье других детей — 1 очко;

проживание только с родителями — 0 очков/ с бабушками и дедушками — 1 очко.

материальное положение семьи: хорошее — 0 очков/ удовлетворительное — 1 очко;

условия быта

в кровати с родителями —1 очко / своя постель — 0 очков

вместе с родителями в комнате — 1 очко / отдельная комната у ребенка — 0 очков,

игрушки — 0 очков / планшеты, телефоны — 1 очко,

чистая одежда — 0 очков / мятая, запачканная — 1 очко.

профессиональная занятость родителей:

незанятость (неработающие) — 0 очков / наличие постоянного рабочего

места — 1 очко;

образование родителей:

высшее, среднее специальное, неполное высшее — 0 очков / отсутствие образования — 1 очко

время, проводимое в детском саду:

Не более 8 часов — 0 очков / более 8 часов — 1 очко

В соответствии с чем, каждый из вышеописанных показателей оценивался в очках: 0-4 очков - 0 баллов, 5-8 очков – 0,5 баллов, 9-11 очков - 1 балл.

2. Перинатальный фон (оценивался ретроспективно по данным амбулаторных карт:

- антенатальный период

течение беременности: УЗИ - скрининг, биохимический скрининг на хромосомные патологии, кардиотокографическое исследование — без патологии — 0 очков / наличие патологии 1 очко,

- интранатальный период

течение родов:

их длительность (у первородящих) — 8-12 часов — 0 очков / менее 8 часов — 1 очко;

у повторнородящих: 3-7 часов — 0 очков / менее 3 часов и более 7 часов — 1 очко

безводный промежуток до 9 часов — 0 очков, более 9 часов — 1 очко

- ранний неонатальный период - первая неделя жизни ребенка – адаптация к условиям внеутробной жизни:

оценка по шкале Апгар 8-10 баллов — 0 очков / менее 8 баллов — 1 очко

потеря массы тела: 8-10% - 0 очков / больше 10% - 1 очко

шелушение кожи: незначительное — 0 очков / обильное — 1 очко

конъюгационная желтуха: до 7-10 дня — 0 очков / более 10 дней — 1 очко.

Также оценивался в баллах: 0-3 очков – 0 баллов – хороший перинатальный

фон; 4-5 очков - 0,5 баллов – удовлетворительный (наличие тех или иных отклонений), 6-7 очков - 1 балл - неудовлетворительный.

3. Частота респираторных заболеваний в год также оценивалась в баллах: (часто (более 6 раз в год или чаще 1 раза в месяц в период с октября по май), редко (3-4 раза в год, причем сезонно (весна - осень), когда повышается уровень общей заболеваемости), очень редко (менее 3-4 раз в год)), соответственно 1-0,5-0 баллов.

4. Клинический показатель - соматическое здоровье каждого ребенка оценивалось на основании осмотра врачей специалистов (отоларинголог, офтальмолог, ортопед, стоматолог, педиатр) и клинико-лабораторного обследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, иммунологический анализ крови, мазок из зева, ЭКГ), наличия аллергических реакций, проведения профилактических прививок и определения группы здоровья.

5. Оценка неврологического здоровья производилась на основании осмотра врача невролога и проведения ЭЭГ.

Таблица 3 - Анализируемые показатели, оцененные в баллах

Социально-семейный анамнез		баллы
Семья	полная	0
	неполная	1
Наличие других детей	один ребенок в семье	0
	другие дети в семье	1
Проживание	только с родителями	0
	с бабушками и дедушками	1
Материальное положение семьи	хорошее	0
	удовлетворительное	1
Условия быта	своя постель	0
	в кровати с родителями	1
	отдельная комната у ребенка	0
	вместе с родителями в комнате	1
	игрушки	0
	планшеты/ телефоны	1
	чистая одежда	0
	мятая, запачканная	1
Профессиональная занятость	неработающие	0
	работающие	1

Образование родителей	Высшее, среднее специальное, неполное высшее	0
	Отсутствие образования	1
Время, проводимое в детском саду	Не более 8 часов	0
	Более 8 часов	1
Итого	0-4	0
	5-8	0,5
	9-11	1
Перинатальный фон		баллы
Аntenатальный период (Течение беременности)	без патологии	0
	Наличие патологии	1
Интранатальный период	Длительность родов (у первородящих) – 8-12 часов	0
	Длительность родов (у первородящих) менее 8 и более 12 часов	1
	Длительность родов (у повторнородящих) – 3-7 часов	0
	Длительность родов (у повторнородящих) менее 3 и более 7 часов	1
	Безводный промежуток до 9 часов	0
	Безводный промежуток более 9 часов	1
	Ранний неонатальный период	Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов
Оценка по шкале Апгар менее 8 баллов		1
Потеря массы тела 8-10%		0
Потеря массы тела больше 10%		1
Незначительное шелушение кожи		0
Обильное шелушение кожи		1
Коньюгационная желтуха до 7-10 дней		0
Коньюгационная желтуха более 10 дней		1
Итого	0-3	0
	4-5	0,5
	6-7	1
Заболеваемость		баллы
Частота респираторных заболеваний в год	Очень редко (менее 3-4 раз в год)	0
	Редко (4-5 раза в год, причем сезонно (весна-осень), когда повышается уровень общей заболеваемости)	0,5
	Часто (более 6 раз в год или чаще 1 раза в месяц в период с октября по май)	1
Клинический показатель		баллы
Заключение отоларинголога	Здоров	0
	Аденоиды 1 степени/ гипертрофия небных миндалин 1 степени	1

Заключение офтальмолога	Здоров	0
	Миопия слабой степени	1
Заключение ортопеда	Здоров	0
	Плосковальгусные стопы	1
Заключение стоматолога	Полость рта санирована	0
	Кариес	1
Заключение педиатра (ИМТ, цвет кожных покровов и слизистых, АД)	Здоров	0
	Избыток/дефицит массы тела	1
Клинический анализ крови	Без патологии	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
Общий анализ мочи	Без патологии	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
Иммунологический анализ крови	Без патологии	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
ЭКГ	Соответствует возрасту	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
Мазок из зева	Норма	0
	Изменения, без клинических проявлений	1
Аллергоанамнез (пищевая, лекарственная аллергия)	нет	0
	есть	1
Профилактические прививки	По возрасту	0
	По индивидуальному графику	1
Группа здоровья	первая	0
	вторая	1
Итого	0-4	0
	5-9	0,5
	10-13	1
Неврологическое здоровье		баллы
Данные ЭЭГ	Без патологии	0
	Дезорганизация биоэлектрической активности	0,5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	1
Заключение невролога	Здоров	0
	Функциональные нарушения	1
Итого	0-0,5	0
	1	0,5
	1,5-2	1

Каждый из 5 анализируемых показателей (социальный анамнез, неврологическое здоровье, соматическое здоровье, перинатальный фон, частота заболеваемости) оценивался на основании предложенной нами бальной шкалы 0 баллов-0,5 балла

и 1 балл, с максимальным количеством баллов - 5. За наличие каждого признака и в зависимости от степени его проявления дети получали 0 баллов, 0,5 балла или 1 балл, т. е 0 баллов имели благополучные и здоровые пациенты, а 5 – самые дисфункциональные и депривированные.

В нашем исследовании дети, первой основной группы получали иммунологическую медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон», являющийся комбинированным препаратом. Спектр фармакологической действия данного препарата включает в себя противовирусную, иммуномодулирующую, антигистаминовую, противовоспалительную активность. Препарат обладает профилактической эффективностью в отношении острых респираторных вирусных инфекций не гриппозной этиологии, предупреждает развитие интеркурентных заболеваний в поствакцинальном периоде. С профилактической целью прием препарата осуществлялся по схеме 1 таблетка утром сублингвально или растворяя таблетку в небольшом количестве воды, курс 30 дней. Среди побочных действий – возможны реакции повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата. Препарат «Эргоферон» фармакологической фирмы производителя ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг» России.

Дети, второй основной группы получали препарат неврологической медикаментозной коррекции, в нашем исследовании – «гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид», состоящий из двух активных веществ – аминифенилмасляной кислоты (производное фенилэтиламина - анксиолитическое действие) и гаммааминомасляной кислоты (ГАМК) (ноотропное действие). Вспомогательные вещества включают: лактозу картофельный крахмал; поливинилпирролидон низкомолекулярный; стеариновый кальций. Мы в нашем исследовании применяли у детей препарат фармакологической фирмы АО «Олайнфарм», Латвия. Профилактический курс для детей с 2 –х лет составил 1/4 таблетки * 2 раза в день, после еды, в течение 3-х недель. Среди побочных

эффектов возможны: сонливость, тошнота, усиление раздражительности, возбуждение, тревожность, головокружение, головная боль (при первых приемах), аллергические реакции (кожная сыпь, зуд).

Дети третьей основной группы, получали профилактическую медикаментозную коррекцию в виде комбинации иммунологических и неврологических препаратов, в нашем исследовании «Эргоферон» и «гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид».

За время наблюдения за детьми было проведено 2049 осмотров, 1410 лабораторных теста, 940 психологических тестов Люшера.

Применяемые нами лекарственные препараты, согласно приказу Министерства Здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом в период наблюдения за пациентом и в период лечения лекарственными препаратами, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный N 23971) зарегистрированы и разрешены к применению в педиатрии для детей с 2 лет. Выбранные нами лекарственные препараты является неинвазивным и нетрудоемким методом коррекции периода адаптации, и в тоже время является безопасным, так как не имеют значимых противопоказаний для детского возраста.

2.2 Инструментальные и лабораторные методы

1. Детям, включенным в исследование, было проведено нейрофизиологическое исследование – ЭЭГ головного мозга. Регистрация биопотенциалов от головного мозга производилась на аппарате под названием электроэнцефалограф. Электроэнцефалография – способ измерения электрической активности головного мозга и выведения ее результатов в виде записи на экран или бумагу. Нервные процессы, которые протекают в отдельных участках ЦНС у здорового человека, имеют определенную картину. При различных патологических процессах результаты изменяются. Данный вид исследования так же был проведен на базе ДГП № 120. Прибор Нейрон-спектр - 2 имеет 16 электроэнцефалографических каналов, которые дают необходимый уровень диагностической точности. Индикаторы импеданса расположены на блоке, что позволяет следить за качеством сигнала во время установки электродов, не отходя от прибора. Электродная шапочка легко подключается к стандартному разъему, находящемуся на энцефалографе. Процесс проведения ЭЭГ является безопасным и безболезненным методом определения состояния нервной системы и степени нарушения ее функциональной активности. Дети, участвующие в исследовании были записаны на процедуру и приходили в назначенное время вместе с законным представителем. Родители заранее были осведомлены о проведении данного исследования и получили соответствующие рекомендации, включающие ограничения в диете (исключение за 24 часа до исследования прием шоколада, сладких газированных напитков, содержащих кофеин, крепко заваренного чая). При условии, что все вышеперечисленные требования были выполнены и на момент исследования ребенок не страдал острым респираторно – вирусным заболеванием, врач функциональной диагностики приступал к проведению процедуры.

Для проведения данного исследования к голове ребенка прикладывались электроды, которые идут от компьютера. Ватным тампоном, смоченным в спирте,

обезжириваются места, предназначенные для постановки электродов. На пациента надевается шлем для крепления электродов ЭЭГ, с размерами: 42-48, 48-54, 54-62. Места расположения электродов определяются соответственно системе расположения электродов, и на пересечении с ними устанавливаются жгуты шлема, не вызывая у пациента неприятных ощущений. Соответственно обозначениям, указанным на панели усилителя, устанавливаются электроды на предусмотренных системой местах, парные электроды располагаются симметрично. При помощи электроэнцефалографа происходит фиксация данных потенциалов и их усиление при прохождении через аппарат. Получаемый сигнал записывался на бумаге, а так же сохранялся в электронном виде для последующего исследования. Сама запись производится относительно так называемого нулевого потенциала. За него обычно принимается либо мочка уха, либо сосцевидный отросток височной кости, которые не испускают биотоков.

Анализировались ритмические колебания двух типов: альфа и бета-волны. Первые фиксируются обычно в состоянии покоя. Для них характерно амплитуда на уровне 50 мкВ и определенный ритм – до 10 в секунду. В отличие от волн альфа - характера, бета - волны являются более мелкими по размеру и встречаются в состоянии бодрствования. Их частота составляет около 30 в секунду, а вольтаж – около 15-20 мкВ. Данные волны обычно указывают на нормальную активность мозга в состоянии бодрствования. Клиническая электроэнцефалография основывается именно на фиксации данных волн. Любое их отклонение (например, появление альфа-волн в состоянии бодрствования) говорит о наличии какого-либо патологического процесса. Кроме того, на энцефалограмме возможно появление патологических волн – тета - волны, пик - волны - или изменение их характера – появление остrokонечных комплексов.

2. С целью изучения степени микробной контаминации слизистой оболочки полости рта, всем детям были взяты мазки из зева на посев, исследующие микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам. Забор

материала (мазки) проводился под визуальным контролем с поверхности небных миндалин стерильным тампоном с последующей транспортировкой материала в лабораторию в течение не более 2 часов с момента взятия. Выделение микроорганизмов проводилось культуральным методом, путем посева в чашки Петри с 5-10% кровяно-сывороточным агаром, средой Эндо, желточно - солевым агаром (ЖСА), средой Сабуро по методу Гоулда. Посевы инкубировались при температуре 37С, 24 часа, посевы на стафилококк (ЖСА) и грибы (среда Сабуро) инкубировались в течение 48 часов. Идентификация и определение резистентности к антибактериальным препаратам (АБП) проводились на полуавтоматическом анализаторе AutoScan4 System («Siemens», USA) методом серийных разведений, в соответствии с рекомендациями Национального комитета по клиническим лабораторным стандартам CLSI/NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standarts). Для грамположительных бактерий использовалась сухая панель № 29; для грамотрицательных - № 31 и панель быстрой идентификации дрожжевых грибов. С помощью вышеуказанных панелей определяли резистентность стафилококков к 29 АБП, энтерококков – к 13 АБК, кишечной палочки и других грамотрицательных бактерий – к 30 АБП. В материале подсчитывали колониеобразующие единицы (КОЕ) микроорганизмов с идентификацией по бинарной номенклатуре до рода и вида. Для выявления отклонений в лабораторных показателях, проводили исследование при сравнении результатов с данными до начала медикаментозной коррекции и спустя 2 недели, 6 недель, 6 месяцев наблюдения.

3. Цветовой тест Люшера основан на экспериментально установленной зависимости между предпочтением определенных цветов (оттенков) исследуемого и его текущим психологическим состоянием. Тест Люшера также основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности. Методика Люшера характерна

тем, что способна за короткое время (время проведения - около 10 – 15 минут) дать глубокую и обширную, причем свободную от сознательного контроля испытуемого, характеристику его психологического состояния. Данная методика понятна и проста в использовании. Детям интересно раскладывать карточки, они воспринимают данную методику как игру. Оценка теста Люшера осуществлялась на основании предложенного нами модифицированного варианта, созданного на базе данных анализа многочисленной литературы [12; 13; 34; 53; 68; 71; 117], которая позволяла за короткое время верифицировать психоэмоциональное состояние детей путем объективной интерпретации последовательности цветовой предпочтения. Тест состоит из 8 карточек разных цветов: серый, синий, зеленый, красный, желтый, фиолетовый, коричневый, черный. При проведении тестирования оценивались следующие характеристики: эмоции, мотивация, коммуникативность и физиологическое состояние.

Исследование проводилось в отдельном помещении с хорошим освещением, комфортной температурой воздуха, после приема пищи (второй завтрак) и утренней прогулки, в присутствии психолога. Перед ребенком на светлой поверхности стола выкладывались 8 карточек, цветной стороной вверх (зеленая, синяя, желтая, красная, серая, фиолетовая, коричневая, черная). Ребенку предлагалось выбрать карточку, цвет которой ему нравится больше всего. После чего карточка откладывалась в сторону. Карточки вновь перемешивались, и предлагалось опять выбрать тот цвет, который больше всего нравится. Выбранная карточка вновь откладывалась точно так же – справа от первой, формируя пары цветовых комбинаций. Эти действия проделывались до тех пор, пока карточки не закончатся. После чего, ребенку предлагалось в течение 5-10 минут рассмотреть игрушки, находящиеся в комнате, поиграть или спеть песенку, тем самым переключив его внимание, и тест снова повторялся. Цвета, которые ребенок выбрал в первый раз, соответствовали желаемому эмоциональному состоянию. Цвета, выбранные во втором этапе Теста Люшера, показывали действительное

эмоциональное состояние ребенка. Для оценки психоэмоционального статуса нами были использован второй вариант – вариант действительного эмоционального состояния ребенка.

Для удобства статистической обработки полученных данных нами была выработана бальная оценка определенных предпочтения цветов, с учетом важности цвета и его позиции. Так же учитывался факт соответствия одного цвета из предложенной комбинации в представленной позиции, в таком случае баллы оценивались в половину от заданного числа (Таблица №3).

Таблица 4 - Бальное соответствие комбинации предпочтительных цветных карточек, расположенных на разных позициях

Сочетания карточек	Бальное соответствие цвета по позициям			
	I	II	III	IV
зеленый+синий	1	2	3	4
зеленый/синий+ желтый/ красный	1,5	1,5	3,5	3,5
зеленый/синий+ серый/фиолетовый	2	2,5	2	3
Зеленый/синий+ коричневый/черный	2,5	3	2,5	2,5
желтый+красный	2	1	4	3
желтый/красный+ зеленый/синий	1,5	1,5	3,5	3,5
желтый/красный+ серый/фиолетовый	2,5	2	2,5	2,5
серый/фиолетовый+ коричневый/черный	3	2,5	3	2
серый+фиолетовый	3	3	1	2
серый/фиолетовый+ зеленый/синий	2	2,5	2	3
серый/фиолетовый+ желтый/ красный	2,5	2	2,5	2,5
серый/фиолетовый+ коричневый/черный	3,5	3,5	1,5	1,5
коричневый+черный	4	4	2	1
коричневый/черный+ зеленый/синий	2,5	3	2,5	2,5
коричневый/черный+ желтый/ красный	3	2,5	3	2
коричневый/черный+ серый/фиолетовый	3,5	3,5	1,5	1,5

Данная бальная оценка позволила объективно верифицировать эмоционально – волевой и психофизиологический уровень каждого ребенка в динамике. Анализируя вышеизложенную бальную оценку, получается, чем больше баллов получали дети по тесту Люшера, тем более выражены были нарушение психоадаптивного состояния, т. е. минимальное количество баллов, которое мог набрать обследуемый ребенок, составило 4 балла – это был оптимум, а максимальное количество баллов соответствовало 16, что являлось негативным максимумом. Тест Люшера проводился в начале исследования, через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев от начала исследования.

4. Лабораторная диагностика.

Забор крови осуществлялся специально обученным медицинским персоналом детской городской поликлиники в процедурном кабинете с соблюдением всех правил асептики.

Забор капиллярной крови производился из четвертого (безымянного) пальца левой руки. Для начала лаборант протирал кожу антисептиком (раствор спирта). Далее для прокола кожи использовались автоматические стерильные ланцеты одноразового применения 23G и 17G в соответствии с глубиной прокола 1,8мм или 2,0мм, безболезненно прокалывающие кожу. Первая выступившая капля крови стиралась стерильным ватным тампоном, так как она не информативна. Затем набиралось небольшое количество крови для определения уровня гемоглобина. Вторая порция крови использовалась для определения количества форменных элементов. Затем при помощи стекол делались мазки, которые позволяли рассмотреть клетки под микроскопом. Результаты анализа (лейкоцитов (10^9 кл/л), лимфоцитов (%), гемоглобина (г/л), нейтрофилов (%), эозинофилов (%)) оценивались ручным методом и с помощью аппарата Horiba ABX VICROS ES 60 в лаборатории детской городской поликлиники № 120, врачом лаборантом Ходуновой Т.В.

Забор венозной крови для иммунологического исследования осуществлялся пациентам следующим образом: под локоть пациента подкладывался валик, на плечо накладывался венозный жгут; Пропальпировав вену и двукратно обработав кожу локтевого сгиба спиртом, забор материала осуществлялся в моноветы 01.1601.001S-MONOVETTE 7.5 мл с активатором свертывания. Набиралось 3-6 миллилитров крови. Затем ребенка просили посидеть в течение 15 минут возле кабинета, чтобы убедиться в его хорошем самочувствии, при этом согнуть руку в локтевом сгибе на 5-7 минут. Далее производилось центрифугирование на аппарате ОП-н-8УХЛ4.2.

Среди показателей клеточного иммунитета определяли содержание Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарный индекс. Состояние гуморального иммунитета изучали по средствам сывороточных иммуноглобулинов (IgG, IgM, IgA, IgE). Пробирки с сывороткой транспортировались в диагностический центр (Центр лабораторных исследований) ДЗМ, расположенный по адресу Ореховый бульвар 49/1. Анализ фагоцитарного индекса проводился прямым морфологическим методом - смешивание микробов с фагоцитами в пробирке, через 15—120 минут из смеси приготавливаются микропрепараты на предметных стеклах, окрашиваются по Романовскому - Гимзе и подсчитываются число фагоцитирующих фагоцитов и число фагоцитированных микробов; определение гуморального звена иммунитета осуществлялось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА); определение клеточного звена иммунитета - иммунофлюоресцентным методом и моноклональных антител к поверхностным рецепторам Т и В лимфоцитов (исследование осуществляла врач -лаборант Казаковой М.С).

Методом корреляции была прослежена зависимость двух величин: клинического показателя и теста Люшера в условиях первичной социализации, где коэффициент корреляции Пирсона позволил определить наличие линейной связи между полученными значениями и оценить ее силу. Сила корреляционной связи определялась с помощью таблицы Чеддока.

Таблица 5 - Определение силы корреляционной связи

Абсолютное значение	Теснота (сила) корреляционной связи
менее 0,3	слабая
от 0,3 до 0,5	умеренная
от 0,5 до 0,7	заметная
от 0,7 до 0,9	высокая
более 0,9	высокая

При этом отметим, что корреляция может быть положительной, то есть иметь прямую зависимость — при увеличении одной переменной, соответственно увеличивалась другая переменная. И отрицательной — то есть иметь обратную зависимость, а именно, при увеличении одной переменной - значение другой уменьшалось.

Статистическая обработка всех полученных данных проводилась на ПЭВМ с использованием пакета программы Microsoft Office Excel 2007, включающий необходимый стандартный пакет статистических формул, а также пакетов прикладных статистических программ STATISTICA 10.0, SPSS 15.0. Различия считались достоверными, при $P < 0,05$. Количественные признаки представлены в виде среднего арифметического значения \pm стандартная ошибка. Проводился корреляционно-регрессионный анализ.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «ЭРГОФЕРОН»

3.1 Характеристика группы

В первую основную группу, получающую медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон» (1ОЭ) вошли 50 детей, 48% составляли девочки (24 человека) и 52% мальчики (26 человек). Из них:

11 детей (6 девочек (12%) и 5 мальчиков (10%)) имели возраст от 2,5 до 3 лет.

12 детей (7 девочек (14%) и 5 мальчиков (10%)) имели возраст от 3 до 3,5 лет.

11 детей (4 девочки (8%) и 7 мальчиков (14%)) имели возраст от 3,5 до 4 лет.

7 детей (2 девочки (4%) и 5 мальчиков (10%)) имели возраст от 4 до 4,5 лет.

4 ребенка (3 девочки (6%) и 1 мальчик (2%)) имели возраст от 4,5 до 5 лет.

3 ребенка (1 девочка (2%) и 2 мальчика (4%)) имели возраст от 5 до 5,5 лет.

2 ребенка (1 девочка (2%) и 1 мальчик (2%)) имели возраст от 5,5 до 6,5 лет.

Ниже представлена таблица возрастно-половой структуры первой основной группы.

Таблица 6 - Распределение детей, получавших медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон» по возрасту и полу

Противовирусная коррекция (Эргоферон) 1ОЭ группа				
п	50			
пол	ж		м	
	24		26	
	Абс.	Отн.,%	Абс.	Отн.,%
Возраст, годы				
2г 6 мес. – 3 года	8	16%	7	14%
3г 1 мес. – 4 года	7	14%	6	12%
4г 1 мес. – 5 лет	4	8%	7	14%
5 лет 1 мес. -6 лет	2	4%	5	10%
6 лет 1 мес. – 6 лет 6 мес.	3	6%	1	2%

Таблица 7 - Характеристика первой основной группы (противовирусная коррекция, препарат «Эргоферон») по социальным параметрам

Критерии	частота заболеваемости до поступления в ДДУ		количество детей из многодетной семьи		количество детей, рожденных в семье первыми		количество детей, в чьих семьях только один ребенок		количество детей, чьи матери являются работающими		количество детей, имеющих возможность не ходить в ДДУ	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
Возраст, годы												
2г6мес-3года	1,5	1,8	1	2	3	1	4	3	5	5	3	2
3г1мес-4года	1,86	2,2	2	1	2	2	2	2	5	3	3	2
4г1мес-5лет	1,5	1,88	0	0	1	0	1	0	4	3	0	4
5лет1мес-6лет	1,2	1,75	1	0	0	1	0	1	2	2	0	4
6л1мес-6лет6мес	1,33	2	0	1	2	0	0	0	2	1	1	0

Данные Таблицы №7 анализировались на основании анкетирования, и мы хотим обратить внимание на то, что среди детей, чьи матери являлись работающими, и их дети были вынуждены посещать детское дошкольное учреждение, были и такие дети, которые при определенных условиях могли оставаться с бабушкой /дедушкой/ няней. Эти уточнения способствовали более детальному изучению психосоматического статуса и эмоционального комфорта ребенка.

3.2 Данные клинического наблюдения

После первичного обследования, до поступления в детские дошкольные учреждения, дети первой основной группы имели следующие показатели:

1. Клиническая оценка

Основана на 5 показателях (социальный – семейный анамнез, перинатальный фон, частота заболеваемости, клинический показатель - соматическое здоровье каждого ребенка, неврологическое здоровье), в данной группе составила $1,48 \pm 0,8$, (при норме до 1,5 баллов).

Ниже представлены таблица №8 и диаграмма №1, в которой представлены данные клинической оценки в сравнении с контрольными группами.

Таблица 8 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон» через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

группы	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка клинического показателя (0-5баллов) Норма до 1,5 баллов.			
Группа, принимающая «Эргоферон» (1ОЭ)	$1,48 \pm 0,9$	$2,61 \pm 0,4$ *	$2,44 \pm 0,7$ *	$1,74 \pm 0,53$
Контроль с посещением дет. сада (1КО)	$1,35 \pm 0,78$	$2,5 \pm 0,9$ *	$2,8 \pm 0,9$ *	$2,23 \pm 0,67$
Контроль без посещения дет. сада (1КН)	$0,98 \pm 0,42$	$1,3 \pm 0,53$	$1,04 \pm 0,7$	$1,01 \pm 0,56$

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

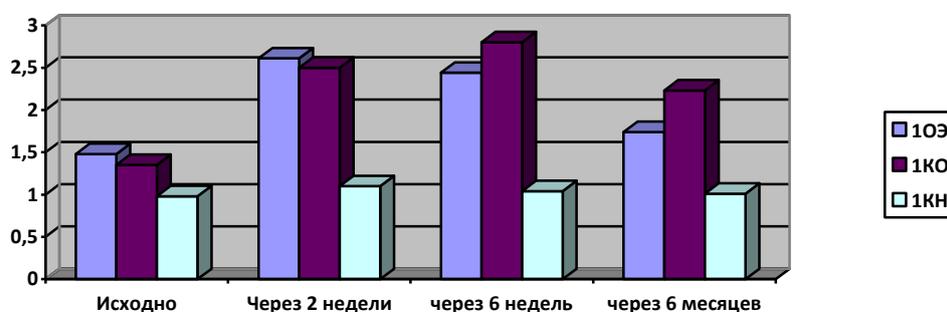


Диаграмма 1- Динамика балльной оценки клинического показателя в первой основной группе («Эргоферон») в сравнении с контрольными группами

Анализируя полученные данные (см.таблицу №8 и диаграмму №1), отмечаем, что средние баллы клинической оценки в начале исследования у первой основной группы (1ОЭ) группы составили $1,48 \pm 0,9$, у детей контрольных групп: $1,35 \pm 0,78$ — у «организованных» (1КО) и $0,98 \pm 0,42$ — у «не организованных» детей (1КН), что подтверждает сопоставимость групп на начальном этапе.

В динамике на фоне медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон», клинический показатель имел следующие значения:

через 2 недели - $2,61 \pm 0,4$ ($p=0,024$),

через 6 недель — $2,44 \pm 0,7$ ($p=0,033$),

через 6 месяцев показатель составил $1,74 \pm 0,53$.

В течение 180 дней (6 месяцев) наблюдения было выявлено, что клинический показатель остаются превышенными ($1,74 \pm 0,53$, при норме до 1,5 баллов). Выяснилось, что, полученные через 6 месяцев данные были хуже первоначальных ($1,48 \pm 0,9$), за счет увеличения частоты болезней, возникновения неврологических проявлений, что указывает на сложное течение периода адаптации у детей первой основной группы, также как у контрольной группы организованных детей (1КО).

2. Данные теста Люшера

Показатель психоэмоционального состояния детей первой основной группы, оцениваемый с помощью теста Люшера, в начале исследования составил $5,83 \pm 1,8$, при норме от 4 до 6 баллов.

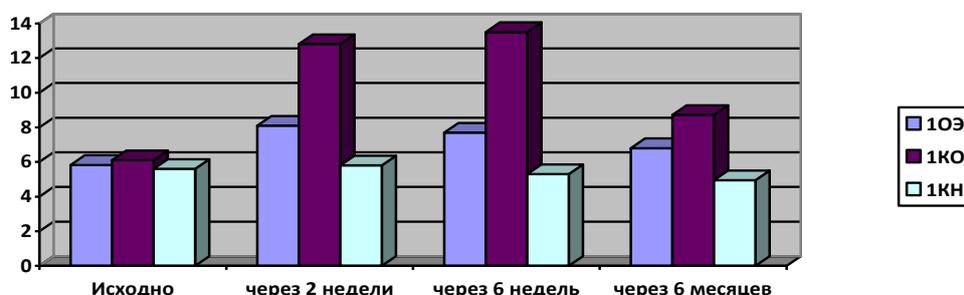


Диаграмма 2- Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне медикаментозной коррекции «Эргоферон» в сравнении с контрольными группами

Таблица 9 - Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон» через 2 недели, через 6 недель, через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка теста Люшера (от 4 до 16 баллов). Норма 4-6 баллов			
Группа, принимающая «Эргоферон» (1ОЭ)	5,83 ± 1,8	8,1 ± 1,5	7,7 ± 1,3	6,8± 1,1
Контроль с посещением дет. сада (1КО)	6,1 ± 2,4	12,8 ± 1,8	13,5 ± 2,21 *	8,72 ± 1,9
Контроль без посещения дет. сада (1КН)	5,6 ± 1,7	5,8 ± 1,1	5,3 ± 0,9	4,95 ± 1,03

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

По результатам теста Люшера (см.таблицу № 9 и диаграмму №2) видно, что средние показатели балльной оценки психоэмоционального состояния на начало исследования в первой основной группе составляли $5,83 \pm 1,8$, при этом оптимальное состояние психоэмоциональной сферы в количественной оценке составляло 4-6 баллов. Данный показатель находится в пределах референсных значений как в первой основной группе, а так и в двух контрольных группах детей (1КО группа - $6,1 \pm 2,4$, 1КН группа - $5,6 \pm 1,7$), что делает эти группы сопоставимыми и исключает наличие каких-либо нарушений в эмоционально-волевой или коммуникативной сфере.

В динамике показатели теста Люшера в первой основной группе (1ОЭ) имели следующие значения:

через 2 недели — $8,1 \pm 1,5$ (увеличение (ухудшение) показателя в 1,38 раза, при сравнении с первоначальными данными),

через 6 недель - $7,7 \pm 1,3$ (незначительное снижение (улучшение) показателя в 1,05 раз, при сравнении с данными через 2 недели),

через 6 месяцев – $6,8 \pm 1,1$ (сохраняется тенденция, проявляющаяся в снижении (улучшении) показателя в 1,2 раза, при сравнении с первоначальными данными и в 1,13 раз при сравнении с данными через 6 недель), но при этом показатели несколько превышают референсные значения.

То есть, в течение 6 месяцев наблюдения за детьми, получающими противовирусную коррекцию препаратом «Эргоферон», бальное значение психоэмоционального теста превышало референсные значения уже через 2 недели, и практически не менялось при дальнейшем наблюдении. И лишь через 6 месяцев наблюдения имело значение, сопоставимое с начальными данными, что подтверждает психоэмоциональное напряжение в течение всего периода адаптации.

Проанализировав таблицы № 8, № 9 и диаграммы № 1, № 2, можно отметить, что клиническая картина прямо коррелировала с показателями психоэмоционального состояния.

Таблица 10 - Корреляционный анализ клинического показателя и теста Люшера

Группы	1ОЭ			1КО			1КН		
	Через 2 нед.	Через 6 нед.	Через 6 мес.	Через 2 нед.	Через 6 нед.	Через 6 мес.	Через 2 нед.	Через 6 нед.	Через 6 мес.
Коэффициент корреляции, r	0,91	0,95	0,87	0,87	0,95	0,97	0,81	0,96	0,94

Оценивая данные Таблицы №10, наблюдаем положительный коэффициент корреляции, что находит свое отражение в прямой зависимости показателей клиники и теста Люшера. А именно:

Через 2 недели отчетливо было видно ухудшение психоэмоционального состояния (с $5,83 \pm 1,8$ до $8,1 \pm 1,5$) параллельно с повышением клинического показателя (бальная оценка составила $2,17 \pm 0,6$ ($p=0,024$), при том, что первоначальные показатели имели $1,48 \pm 0,8$).

Через 6 недель отмечается незначительное улучшение, как по клиническому показателю ($2,04 \pm 0,6$ ($p=0,033$)), так и по тесту Люшера ($7,7 \pm 1,3$), но еще раз

отметим, что полученные данные оказались все равно хуже первоначальных.

Через 6 месяцев наблюдаем сохраняющуюся положительную динамику и по клиническому показателю ($1,74 \pm 0,53$) и по тесту Люшера ($6,8 \pm 1,1$), при этом показатели все равно превышают референсные значения.

Ниже представлены результаты (фотографии), проведенного теста Люшера в начале исследования и после медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон».

Тест оценивался слева – направо, попарно (по два цвета) в ряду, сначала в верхнем ряду, затем в нижнем ряду.



Рисунок 1- Исходно
Тест Люшера соответствует
5 баллам



Рисунок 2- Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
8,5 баллам



Рисунок 3 - Через 6 месяцев
Тест Люшера соответствует 7 баллам

А также результаты, проведенного теста Люшера у детей контрольной группы, посещающих ДДУ.



Рисунок 4- Исходно
Тест Люшера соответствует
6 баллам



Рисунок 5- Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
11 баллам



Рисунок 6 - Через 6 месяцев Тест Люшера соответствует 7,5 баллам
И результаты, проведенного теста Люшера у детей контрольной группы, не посещающих ДДУ.



Рисунок 7- Исходно
Тест Люшера соответствует
7 баллам



Рисунок 8- Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
5 баллам



Рисунок 9 Через 6 месяцев
Тест Люшера соответствует 5 баллам

3.3 Данные лабораторных и инструментальных исследований

1. Степень микробной контаминации слизистой оболочки носоглотки в динамике на фоне приема препарата «Эргоферон».

Показатели микробной обсемененности и количественного соотношения микрофлоры зева также были определены как в начале исследования, так и через 6 недель, и через 6 месяцев.

Ниже представлена таблица, в которой показаны данные микрофлоры слизистой оболочки носоглотки в сравнении с контрольными группами.

Таблица 11 - Динамика показателей микрофлоры слизистой оболочки носоглотки на фоне медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		1ОЭ		1КО		1КН	
		n	%	n	%	n	%
Исходно	Нормальный рост микрофлоры	39	78	38	76	24	73
	St. Aureus, Умер. Рост.	3	6	6	12	5	15
	Moraxella catarrhalis, Умер. Рост	2	4	2	4	1	3
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	3	6	3	6	2	6
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	3	6	1	2	1	3
Через 6 недель	Нормальный рост микрофлоры	40	80	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	3	6	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	2	4	3	6	4	12
	Moraxella catarrhalis, Умер. Рост	1	2	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	1	2	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	3	6	0	0	1	3
Через 6 месяцев	Нормальный рост микрофлоры	42	84	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	1	2	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	3	6	3	6	4	12
	Moraxella catarrhalis, Умер. Рост	1	2	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	2	4	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	1	2	0	0	1	3

Из 50 детей, наблюдавшихся в первой группе, 39 детей, что соответствует 78%, имели нормальный рост микрофлоры.

3 человека (6%) имели умеренный рост *St. Aureus*, без клинических проявлений.

2 ребенка (4%) имели умеренный рост *Moraxella catar.*, без клинических проявлений.

3 ребенка (6%) имели умеренный рост *Str. Pneumoniae*, без клинических проявлений.

И 3 человека (6%) имели скудный рост *Str. Pneumoniae*, также без клинических проявлений.

Анализируя представленные данные, видим, что при проведении контрольных анализов, через 6 недель, из 50 детей первой основной группы, нормальный рост микрофлоры был выявлен у 40 человек, что составило 80% (на 2% (на 1 ребенка больше) увеличилось количество детей с нормальным ростом микрофлоры слизистой оболочки носоглотки).

Через 6 месяцев отмечаем незначительное увеличение количества детей с нормальным ростом микрофлоры носоглотки. У 42 человек, (что составило 84%), был выявлен нормальный рост микрофлоры слизистой оболочки носоглотки (на 6% (на 3 ребенка больше) по сравнению с первоначальными данными).

2. Показатели иммунологии крови в начале исследования в первой основной группе были следующие:

Ig G, г/л - $8,5 \pm 1,6$ (при норме 5,53-13,07);

Ig A, г/л - $1,0 \pm 0,36$ (при норме 0,329 -1,799);

IgM, г/л - $1,5 \pm 0,7$ (при норме 0,563- 2,184);

IgE, МЕ/мл - $10,9 \pm 1,8$ (при норме 10-50);

Th, % - $39,1 \pm 1,4$ (при норме 31-51);

Ts, % - $28,2 \pm 2,5$ (при норме 19-37);

В-лимфоциты, $10^9/\text{л}$ - $0,21 \pm 0,09$ (при норме 0,1-0,5);

Фагоцитарный индекс $83,9 \pm 3,4$ (при норме 80-100).

Таблица 12 - Динамика лабораторных показателей на фоне медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы	показатель	Референсные значения	1ОЭ	1КО	1КН
Исходно	IgG,г/л	5,53-13,07	8,5 ± 1,6	8,9 ± 1,05	8,5 ± 1,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,0 ± 0,36	0,9 ± 0,4	1,02 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,5 ± 0,7	1,1 ± 0,3	1,3 ± 1,4
	IgE,МЕ/л	10-50	10,9±1,8	23,6 ± 0,7	19,3± 1,1
	Th,%	31-51	39,1 ± 1,4	34,3±1,6	38,7± 1,9
	Ts,%	19-37	28,2 ± 2,5	31,7±2,3	26,2± 2,05
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,21± 0,09	0,27± 0,15	0,33± 0,12
	Фаг.инд.	80-100	83,9± 3,4	84,4± 2,8	84,8± 3,2
Через 6 недель	IgG,г/л	5,53-13,07	9,6± 1,5	13,6±2,1*	8,8±1,6
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,18± 0,3*	0,43±0,08*	0,98±0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,8 ± 1,2	1,3 ± 0,2	1,7 ± 2,2
	IgE,МЕ/л	10-50	12,6± 1,7	24,8±2,6	16,9±1,2
	Th,%	31-51	41,3± 0,9	33,4±1,8	33,2± 1,7
	Ts,%	19-37	32,6 ± 0,8	28,3±3,1	22,7± 2,3
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,34± 0,13	0,28± 0,07	0,27± 0,08
	Фаг.инд.	80-100	85,7± 2,5	76 ± 2,3	83,1± 3,3
Через 6 месяцев	IgG,г/л	5,53-13,07	11,4± 1,4*	12,1±1,8*	9,02±0,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,25 ± 0,6*	0,61±0,05*	1,2± 0,3
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,7 ± 0,4	1,38± 0,6	1,5 ± 0,8
	IgE,МЕ/л	10-50	15 ± 2,7	22,5±1,9	20,3±2,2
	Th,%	31-51	43,4 ± 3,2	31,4±1,2	35,4± 1,3
	Ts,%	19-37	36,7± 2,6	22,3±1,1	26,3± 1,37
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,37± 0,6	0,31± 0,08	0,29± 0,04
	Фаг.инд.	80-100	88,3± 2,5	78 ± 1,6	85,6± 1,7

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Th – Т- хелперы; Ts – Т- супрессоры

Отметим, что при оценки иммунологического анализа крови, дети данной группы не

имели изменений ни в гуморальном, ни в клеточном звене иммунитета, что соответствовало их соматическому состоянию здоровья.

В соответствии с представленными данными, (см. Таблицу № 12), отмечаем повышение показателей иммуноглобулинов класса G и A и фагоцитарного индекса активности гранулоцитов, а так же повышение показателей клеточного иммунитета (Т- и В- лимфоцитов) при динамическом наблюдении у пациентов, получающих противовирусную коррекцию препаратом «Эргоферон».

Через 6 недель:

уровень Ig G составил в среднем в этой группе $9,76 \pm 1,5$ ($P = 0,0327$), первоначально $8,5 \pm 1,6$;

уровень Ig A $1,18 \pm 0,3$ ($P = 0,0428$), первоначально $1,0 \pm 0,36$;

фагоцитарный индекс - $85,7 \pm 2,5$, повысился в 1,02 раза;

Th, % - $41,3 \pm 0,9$, средний показатель увеличился в 1,05 раз;

Ts, % - $32,6 \pm 0,8$, средний показатель увеличился в 1,16 раз;

В-лимфоцитов, $10^9/\text{л}$ - $0,34 \pm 0,13$, средний показатель увеличился в 1,62 раз.

Через 6 месяцев:

Ig G- $11,4 \pm 1,4$ ($p = 0,0231$), показатель увеличился в 1,34 раза по сравнению с первоначальными данными.

Ig A- $1,25 \pm 0,6$ ($p = 0,0137$), показатель также увеличился и имел значение в 1,25 раза выше, чем показатель в начале исследования.

Фагоцитарный индекс - $88,3 \pm 2,5$, в 1,05 раз выше, по сравнению с первоначальными данными, (в начале исследования - $83,9 \pm 3,4$, при референсных значениях 80-100).

Th, % - $43,4 \pm 3,2$, средний показатель увеличился в 1,11 раз, при сравнении с первоначальными данными;

Ts, % - $36,7 \pm 2,6$, средний показатель увеличился в 1,3 раз, при сравнении с первоначальными данными;

В-лимфоцитов, $10^9/\text{л}$ - $0,37 \pm 0,6$, средний показатель увеличился в 1,76 раз, при

сравнении с первоначальными данными.

3. Проведение ЭЭГ.

Для верификации физиологического состояния нервной системы, после осмотра врачом неврологом, детям была проведена ЭЭГ головного мозга. Анализ фоновой ЭЭГ проводился в монополярном ушном ипсилатеральном, монополярном контралатеральном, биполярном кольцевом и поперечном отведениях в состоянии пассивного бодрствования. В течение всего периода наблюдения данных за пароксизмальные формы активности, фокальное замедление корковой ритмики выявлено не было. Признаков эпилептиформной активности зарегистрировано не было.

В результате проведенного первичного исследования у 7 детей (14%) отмечалась незначительные изменения в виде дезорганизации основного ритма и в виде дисфункции мезенцефальных и стволовых структур головного мозга, без клинических проявлений.

Таблица 13 - Динамика нейрофизиологического исследования на фоне медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		1ОЭ	1КО	1КН
Исходно	Нормальная ЭЭГ	43	43	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	4	3	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	3	4	3
Через 6 недель	Нормальная ЭЭГ	42	41	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	4	4	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	4	5	3
Через 6 месяцев	Нормальная ЭЭГ	40	39	24
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	5	6	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	5	5	4

При анализе таблицы № 13, отражающей динамику нейрофизиологического исследования у детей первой основной группы и двух контрольных групп, видно, что в течение всего периода наблюдения, у детей первой основной группы:

у 14% детей, выявленные изменения по данным ЭЭГ сохранялись;

у 6% детей имели отрицательную динамику, в виде дезорганизации основного ритма, а также в виде дисфункции мезенцефальных и стволовых структур головного мозга.

Клинически данные изменения на ЭЭГ у детей первой основной группы проявлялись:

- перепадами настроения (капризностью) и усталостью (8%);
- снижением и/или отсутствием аппетита (7%);
- нарушением дневного и ночного сна (3%);
- головными болями(1%);
- задержкой темпов развития активной речи (2%);
- снижением памяти и внимательности (6%);
- появление навязчивых движений (2%).

3.4 Оценка частоты и длительности заболеваний

Что касается частоты заболеваемости и ее продолжительности, эти показатели мы также оценивали в динамике на протяжении всего периода наблюдения.

Ниже представлены таблицы №14 и № 15, в которых показаны данные по частоте заболеваемости и ее продолжительности в сравнении с контрольными группами.

Таблица 14 - Частота заболеваемости при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа, принимающая «Эргоферон» (10Э)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Частота заболевания (количество раз)	7,8±1,2	11,6±2,8	6,3±1,4

Таблица 15 - Заболеваемость при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа, принимающая «Эргоферон» (10Э)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Общая продолжительность заболеваний (количество дней)	47,6 ± 2,1	103,3 ± 1,6	35,3 ± 1,7
Длительность одного случая заболевания, в днях	6,1 ± 1,8	12,8± 2,7	5,6 ± 1,1
Наступление первого эпизода болезни, день	8,3±1,6	4,2±1,1 *	34±3,3

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Проведя полный анализ, мы не выявили достоверной отрицательной или положительной тенденции, ни по лабораторным данным, ни по клиническим, ни по психоэмоциональным показателям, но можем отметить следующее:

1. Наихудшую адаптацию выдала контрольная группа детей, посещающих дошкольное учреждение (1КО). В этой группе первый эпизод болезни наступал у них на $4,2 \pm 1,1$ день адаптации, а за 6 месяцев наблюдения было зафиксировано $11,6 \pm 2,8$ случаев заболевания (чаще вирусными инфекциями), т. е. в среднем 2 раза в месяц.

2. Дети, получавшие препарат «Эргоферон» болели с той же частотой, что и контрольная группа, не посещающая дошкольное учреждение (1КН), и в 1,5 раза реже, чем контрольная группа, посещающая детский сад (1КО).

3. А также дети первой основной группы, принимающие «Эргоферон» (1ОЭ), реконвалесцировали в среднем в 2 раза (1,92 раза) быстрее по сравнению с контрольной группой, посещающей детский сад (1КО).

4. Расчет коэффициента эффективности показал, что применение медикаментозной коррекции препаратом «Эргоферон» в 2,78 раза эффективнее, чем ее отсутствие.

Коэффициент эффективности вычисляется путем определения среднего количества дней, которые посетили дети данной группы за период наблюдения. Из общего количества дней, в течение которого производилось наблюдение (180 дней) вычитаем среднее количество дней, пропущенное по причине респираторной инфекции (частота заболеваний (7,8) умноженная на длительность заболеваний (6,1)). $180 - 47,6 = 132,4$ – среднее количество дней, посещаемые детьми первой основной группы (1ОЭ), получающие медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон». Далее среднее количество посещенных дней делится на количество дней, пропущенных по причине респираторных инфекций. $132,4 / 47,6 = 2,78$ раз.

Клинический пример.

Ребенок, Сергеев Д. 2011г.р., наблюдается в ДГП № 120 по месту жительства и посещает детское дошкольное учреждение с 3-х лет. На момент включения в исследование ребенку исполнилось 3 года. Живет в отдельной двухкомнатной квартире с родителями. Семья полная. Оба родителя работают.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, от первых родов в срок. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На первом году жизни наблюдался врачом неврологом в декретированные сроки с диагнозом Синдром мышечной дистонии. За время наблюдения получил курс массажа, ЛФК, физиотерапевтические процедуры. До начала посещения ДДУ ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Болел очень редко 1-2 раза в год. В возрасте 2 года 10 месяцев, прошел предварительный осмотр для поступления в ДДУ, диагноз: Здоров. Группа здоровья I.

С письменного согласия законных представителей, ребенок Сергеев Д. был включен в первую основную клиническую группу. Согласно которой, ребенок получал препарат «Эргоферон» в дозировке 1 таблетка, в течение 30 дней, утром, сублингвально. В течение всего времени исследования за ребенком наблюдали медицинская сестра и врач ДДУ. Велся адаптационный лист.

В начале исследования имелась следующая балльная оценка клинико-анамнестических данных, которая составила 1,5, при максимальном значении в 5 баллов.

*Тест Люшера в начале исследования показал 6.5 баллов (при норме 4-6 баллов). Ребенку был проведен иммунологический анализ крови, где показатели имели следующие значения: Ig A – 0,685 г/л (при норме 0,329 -1,799), Ig M- 1,423 г/л (при норме 0,563-2,184), Ig G-9,46 г/л (при норме 5,53-13,07), IgE 19,3 МЕ/мл (при норме 10-50), Th - 39,61% (при норме 31-51), Ts- 21,42% (при норме 19-37), В-лимфоциты – 0,252 * 10⁹/л (при норме 0,1-0,5), фагоцитарный индекс 81, (при норме 80-100). При исследовании мазков из зева получен нормальный рост микрофлоры. ЭЭГ - без патологии.*

Через 8 дней от начала адаптационного периода Сергеев Д. заболел ОРВИ. В течение 6 дней ДДУ не посещал. Выйдя в детский сад после выздоровления, через 2 недели вновь появились признаки ОРВИ. И снова не

посещал детский сад в течение 5 дней. Затем посещал детское учреждение в течение 10 дней. После чего вновь заболел и отсутствовал в детском саду 5 дней. На весь этот период мать ребенка брала больничный лист по уходу за ребенком.

Через 2 недели от начала адаптационного периода были вновь оценены данные по тесту Люшера, которые составили 10 баллов, что было выше, чем в начале исследования и соответствует ухудшению психоэмоционального состояния. Определение клинико-anamнестических данных-2,5 балла, где также отмечалась отрицательная динамика.

*Через 6 недель от начала исследования были взяты повторно анализ крови на иммунологию и получены следующие данные: Ig A – 1,3 г/л (при норме 0,329 -1,799), Ig M- 1,65 г/л (при норме 0,563-2,184), Ig G-10,78 г/л (при норме 5,53-13,07), IgE 17,1 МЕ/мл (при норме 10-50), Th - 43,32% (при норме 31-51), Ts- 28,44% (при норме 19-37), В-лимфоциты – 0,327 * 10⁹/л (при норме 0,1-0,5), фагоцитарный индекс 86, (при норме 80-100). При анализе показателей выявляем их повышение, что является положительной динамикой.*

При исследовании степени микробной контаминации слизистой оболочки ротоглотки отмечаем, что нормальный рост микрофлоры сохраняется. По данным ЭЭГ — признаки ирритативных изменений.

Ретроспективно оценивая частоту заболеваемости ребенка, было отмечено, что Сергеев Д. болел приблизительно с такой же частотой, что и контрольная группа «неорганизованных» детей, но выздоравливал быстрее, что вероятнее всего связано с иммуностимулирующим эффектом препарата «Эргоферон», проявляющийся в повышении иммуноглобулина А.

Таким образом, дети на «Эргофероне» болели с той же частотой, что и в контрольной группе, не посещающие детский сад, и в 1.5 раза реже контрольной группы детей, посещающих детский сад, и, при этом, имели преимущества, в виде сокращения сроков выздоровления.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ « γ -АМИНО- β – ФЕНИЛМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ГИДРОХЛОРИД»

4.1. Характеристика группы

Во вторую основную группу, получающую медикаментозную коррекцию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» (2ОГ) вошли 50 детей, 44% составляли девочки (22 человек) и 56% мальчики (28 человека). Из них:

9 детей (3 девочек (6%) и 6 мальчиков (12%)) имели возраст от 2,5 до 3 лет.

12 детей (7 девочек (14%) и 5 мальчиков (10%)) имели возраст от 3 до 3,5 лет.

14 детей (7 девочек (14%) и 7 мальчика (14%)) имели возраст от 3,5 до 4 лет.

10 детей (5 девочек (10%) и 5 мальчиков (10%)) имели возраст от 4 до 4,5 лет.

1 ребенок (0 девочек (0%) и 1 мальчик (2%)) имели возраст от 4,5 до 5 лет.

2 ребенка (0 девочек (0%) и 4 мальчика (8%)) имели возраст от 5 до 5,5 лет.

1 ребенок (0 девочек (0%) и 0 мальчиков (0%)) имели возраст от 5,5 до 6,5 лет.

Таблица 16 - Распределение детей, получавших медикаментозную коррекцию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» по возрасту и полу

Неврологическая коррекция (« γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид») 2ОГ группа				
п	50			
пол	ж		м	
	22		28	
	Абс.	Отн.,%	Абс.	Отн.,%
Возраст, годы				
2г 6 мес. – 3 года	3	6%	10	20%
3г 1 мес. – 4 года	7	14%	5	10%
4г 1мес. – 5 лет	7	14%	7	14%
5 лет 1 мес. - 6 лет	5	10%	5	10%
6 лет 1мес. - 6 лет 6 мес.	-	-	1	2%

Таблица 17 - Характеристика второй основной группы (неврологическая коррекция, препарат «ГАМК») по социальным параметрам

Критерии	частота заболеваемости до поступления в ДДУ		количество детей из многодетной семьи		количество детей, рожденных в семье первыми		количество детей, в чьих семьях только один ребенок		количество детей, чьи матери являются работающими		количество детей, имеющих возможность не ходить в ДДУ	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
Возраст, годы												
2г6мес-3года	1,6	1,3	2	3	2	3	3	4	4	5	1	2
3г1мес-4года	1,8	1,2	1	2	3	4	2	3	3	4	3	3
4г1мес-5лет	2,5	1,9	0	1	2	1	1	2	5	3	1	1
5лет1мес-6лет	1,3	1,5	1	2	3	1	0	2	3	2	2	1
6л1мес-6лет6мес	1,7	2,3	1	0	2	0	0	1	2	1	1	1

Данные Таблицы №17 анализировались на основании анкетирования, и мы хотим обратить внимание на то, что среди детей, чьи матери являлись работающими, и их дети были вынуждены посещать детское дошкольное учреждение, были и такие дети, которые при определенных условиях могли оставаться с бабушкой /дедушкой/ няней. Эти уточнения способствовали более детальному изучению психосоматического статуса и эмоционального комфорта ребенка.

4.2 Данные клинического наблюдения

После первичного обследования, до поступления в детские дошкольные учреждения, дети второй основной группы имели следующие показатели:

1. Клиническая оценка

Основана на 5 показателях (социальный – семейный анамнез, перинатальный фон, частота заболеваемости, клинический показатель - соматическое здоровье каждого ребенка, неврологическое здоровье), в данной группе составила $1,33 \pm 0,8$, (при норме до 1,5 баллов).

Ниже представлены таблица №18 и диаграмма №3, в которой представлены данные клинической оценки в сравнении с контрольными группами.

Таблица 18 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне медикаментозной коррекции препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка клинического показателя (0-5 баллов) Норма до 1,5 баллов.			
Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	$1,33 \pm 0,8$	$0,71 \pm 0,23$ *	$0,94 \pm 0,3$	$0,81 \pm 0,38$
Контроль с посещением дет. Сада (1КО)	$1,35 \pm 0,78$	$2,5 \pm 0,9$ *	$2,8 \pm 0,9$ *	$2,23 \pm 0,67$
Контроль без посещения дет. Сада (1КН)	$0,98 \pm 0,42$	$1,3 \pm 0,53$	$1,04 \pm 0,7$	$1,01 \pm 0,56$

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

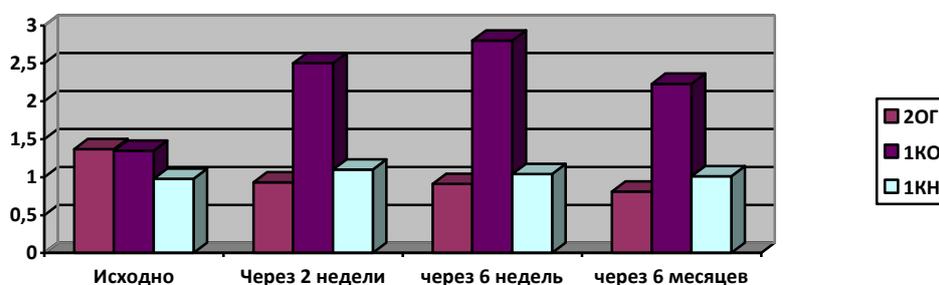


Диаграмма 3 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне медикаментозной коррекции «ГАМК» в сравнении с контрольными группами

Анализируя полученные данные (см.таблицу №18 и диаграмму №3), отмечаем, что средние баллы клинической оценки в начале исследования у второй основной группы (2ОГ) составили $1,33 \pm 0,8$, у детей контрольных групп: $1,35 \pm 0,78$ — у «организованных» (1КО) и $0,98 \pm 0,42$ — у «не организованных» детей (1КН), что подтверждает их сопоставимость на начальном этапе.

В динамике на фоне медикаментозной коррекции препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид», показатель клинической оценки были следующие: через 2 недели - $0,71 \pm 0,23$ ($p=0,042$), через 6 недель — $0,94 \pm 0,3$, через 6 месяцев показатель составил $0,81 \pm 0,38$.

В течение 180 дней (6 месяцев) наблюдения было выявлено, что показатели оценки клиники остаются на уровне референсных значений ($0,81 \pm 0,38$, при норме до 1,5 баллов). Отмечено, что, полученные через 6 месяцев данные соответствуют первоначальным показателям балльной оценки клиники ($1,33 \pm 0,8$) и даже имеют тенденцию к улучшению ($0,81 \pm 0,38$), вследствие нивелирования психического напряжения и психосоматических нарушений, провоцируемых стрессом, что косвенно указывает на благополучное течение периода адаптации у детей второй основной группы, в отличие от контрольной группы «организованных» детей (1КО).

2. Данные теста Люшера

Показатель психоэмоционального состояния детей второй основной группы, оцениваемый с помощью теста Люшера, в начале исследования составил $6,2 \pm 2,3$, при норме от 4 до 6 баллов.

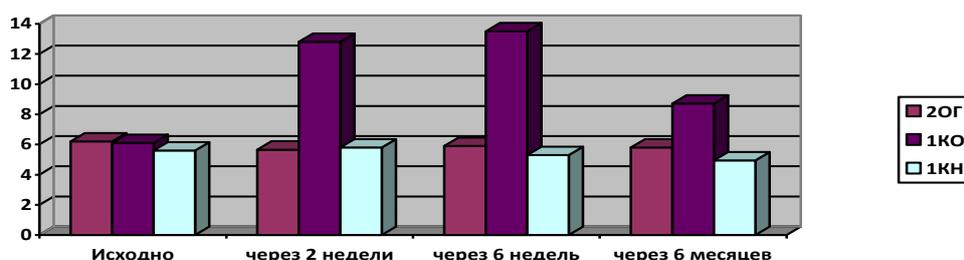


Диаграмма 4- Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне медикаментозной коррекции «ГАМК» в сравнении с контрольными группами

Таблица 19 - Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне медикаментозной коррекции препаратом «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 2 недели, через 6 недель, через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка теста Люшера (от 4 до 16 баллов). Норма 4-6 баллов			
Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	6,2 ± 2,3	5,66 ± 1,2 *	5,9 ± 1,8	5,8 ± 0,7
Контроль с посещением дет. сада (1КО)	6,1 ± 2,4	12,8 ± 1,8	13,5 ± 2,21 *	8,72 ± 1,9
Контроль без посещения дет. сада (1КН)	5,6 ± 1,7	5,8 ± 1,1	5,3 ± 0,9	4,95 ± 1,03

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

По результатам теста Люшера (см.таблицу № 19 и диаграмму №4) видно, что средние показатели балльной оценки психоэмоционального состояния на начало исследования во второй основной группе составляли $6,2 \pm 2,3$, при референсных значениях данного показателя 4-6 баллов. Балльные значения показателя Теста Люшера в двух контрольных группах детей следующие: 1КО группа - $6,1 \pm 2,4$, 1КН группа - $5,6 \pm 1,7$, что делает эти группы сопоставимыми и исключает наличие каких-либо нарушений в эмоционально-волевой или коммуникативной сфере.

В динамике показатели теста Люшера во второй основной группе (2ОГ) имели следующие значения:

через 2 недели - $5,66 \pm 1,2$ (снижение (улучшение) показателя в 0,94 раз, при сравнении с первоначальными данными);

через 6 недель - $5,9 \pm 1,8$ (снижение (улучшение) показателя в 0,95 раз, при сравнении с первоначальными данными; и незначительное увеличение

(ухудшение в 1,04 раз) показателя в сравнении с показателями через 2 недели;

через 6 месяцев – $5,8 \pm 0,7$ (сохраняется тенденция, проявляющаяся в снижении (улучшении) показателя в 0,94 раз при сравнении с первоначальными данными и в 0,98 раза при сравнении с данными через 6 недель), при этом показатели практически соответствуют референсным значениям.

То есть, в течение 180 дней (6 месяцев) наблюдения за детьми, получающими неврологическую коррекцию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид», психоэмоциональный тест сохранял свои значения в пределах референсных и имел тенденцию к улучшению в течение всего периода наблюдения, что подтверждает отсутствие психоэмоционального напряжения на фоне лечебно-профилактической коррекции.

Проанализировав таблицы № 18, № 19 и диаграммы № 3, № 4, можно отметить, что клиническая картина прямо коррелировала с показателями психоэмоционального состояния (Таблица №20).

Таблица 20 - Корреляционный анализ клинического показателя и теста Люшера

Группы	2ОГ			1КО			1КН		
	Через 2нед.	Через 6нед.	Через 6мес.	Через 2нед.	Через 6нед.	Через 6мес.	Через 2нед.	Через 6нед.	Через 6мес.
Коэффициент корреляции, r	0,84	0,96	0,85	0,87	0,95	0,97	0,81	0,96	0,94

Анализируя Таблицу № 20, отмечаем положительный коэффициент корреляции, что находит свое отражение в прямой зависимости показателей клиники и теста Люшера. А именно:

Через 2 недели отчетливо было видно улучшение психоэмоционального состояния (с $6,2 \pm 2,3$ до $5,66 \pm 1,2$) параллельно со снижением (улучшением) показателей клинической оценки (бальная оценка клиники $0,71 \pm 0,23$ ($p=0,042$), при том, что первоначальные показатели имели $1,33 \pm 0,8$).

Через 6 недель отмечается незначительное увеличение (ухудшение) показателей, как по клиническим показателям ($0,94 \pm 0,3$), так и по тесту Люшера ($5,9 \pm 1,8$), но еще раз отметим, что полученные данные оказались все равно лучше

первоначальных, но достоверной разницы с первой основной группой получено не было.

Через 6 месяцев наблюдаем сохраняющуюся положительную динамику и по клиническим показателям ($0,81 \pm 0,38$) и по тесту Люшера ($5,8 \pm 0,7$), при этом показатели соответствуют референсные значения.

Ниже представлены результаты (фотографии), проведенного теста Люшера в начале исследования и после медикаментозной коррекции препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид».

Тест оценивался слева – направо, попарно (по два цвета) в ряду, сначала в верхнем ряду, затем в нижнем ряду.



Рисунок 10 Исходно
Тест Люшера соответствует
6,5 баллам



Рисунок 11- Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
5 баллам



Рисунок 12 - Через 6 месяцев)
Тест Люшера соответствует 5 баллам

А также результаты, проведенного теста Люшера у детей контрольной группы, посещающих ДДУ.



Рисунок 13 Исходно
Тест Люшера соответствует
6 баллам



Рисунок 14- Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
13 баллам



Рисунок 15- Через 6 месяцев
Тест Люшера соответствует 9 баллам

И результаты, проведенного теста Люшера у детей контрольной группы, не посещающих ДДУ.



Рисунок 16 - Исходно
Тест Люшера соответствует
7 баллам

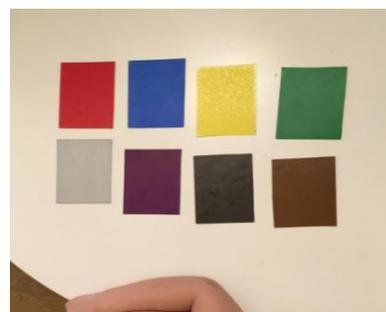


Рисунок 17 - Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
5 баллам

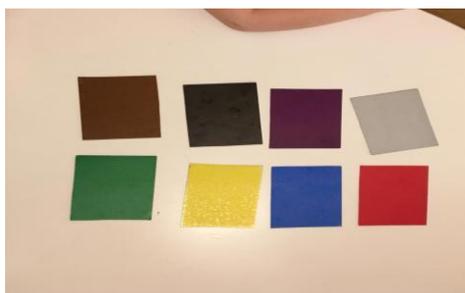


Рисунок 18 - Через 6 месяцев Тест Люшера соответствует 5 баллам

4.3 Данные лабораторных исследований

1. Степень микробной контаминации слизистой оболочки носоглотки в динамике на фоне приема препарата « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид».

Показатели микробной обсемененности и количественного соотношения микрофлоры зева также были определены в начале исследования, через 6 недель и через 6 месяцев.

Таблица 21 - Динамика показателей микрофлоры слизистой оболочки носоглотки на фоне медикаментозной коррекции препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		2ОГ		1КО		1КН	
		п	%	п	%	п	%
Исходно	Нормальный рост микрофлоры	34	74	38	76	24	73
	St. Aureus, Умер. Рост.	5	10	6	12	5	15
	Moraxella catar. Умер. Рост	2	4	2	4	1	3
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	4	8	3	6	2	6
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	2	4	1	2	1	3
Через 6 недель	Нормальный рост микрофлоры	36	72	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	4	8	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	3	6	3	6	4	12
	Moraxella catar. Умер. Рост	2	4	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	3	6	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	2	4	0	0	1	3
Через 6 месяцев	Нормальный рост микрофлоры	38	76	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	2	4	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	4	8	3	6	4	12
	Moraxella catar. Умер. Рост	2	4	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	2	4	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	2	4	0	0	1	3

Из 50 детей, наблюдавшихся во второй основной группе, 37 детей, что соответствует 74%, имели нормальный рост микрофлоры.

5 человек (10%) имели умеренный рост St. Aureus, без клинических проявлений.

2 ребенка (4%) имели умеренный рост Moraxella catar., без клинических проявлений.

4 ребенка (8%) имели умеренный рост *Str. Pneumoniae*, без клинических проявлений.

И 2 человека (4%) имели скудный рост *Str. Pneumoniae*, также без клинических проявлений.

Анализируя Таблицу № 21, видим, что при проведении контрольных анализов, через 6 недель, из 50 детей второй основной группы, нормальный рост микрофлоры был выявлен у 36 человек, что составило 72% (на 2% (на 1 ребенка меньше) уменьшилось количество детей с нормальным ростом микрофлоры слизистой оболочки носоглотки).

Через 6 месяцев отмечаем незначительное увеличение количества детей с нормальным ростом микрофлоры носоглотки. У 38 человек, (что составило 76%), был выявлен нормальный рост микрофлоры слизистой оболочки носоглотки (на 2% (на 1 ребенка больше) по сравнению с первоначальными данными). Данные изменения являются незначительными, а значит эти изменения не могут повлиять на частоту заболеваемости детей.

2. Показатели иммунологии крови в начале исследования во второй основной группе были следующие:

Ig G, г/л - $8,3 \pm 1,6$ (при норме 5,53-13,07);

Ig A, г/л - $0,9 \pm 0,3$ (при норме 0,329 -1,799);

IgM, г/л - $1,38 \pm 1,1$ (при норме 0,563- 2,184);

IgE, МЕ/мл - $10,7 \pm 2,4$ (при норме 10-50);

Th, % - $37,2 \pm 3,1$ (при норме 31-51);

Ts, % - $29,4 \pm 1,2$ (при норме 19-37);

В-лимфоциты, $10^9/\text{л}$ - $0,38 \pm 0,21$ (при норме 0,1-0,5);

Фагоцитарный индекс $82,9 \pm 3,2$ (при норме 80-100).

Отметим, что оценивая иммунологический анализ крови детей данной группы, изменений в гуморальном и в клеточном звене иммунитета выявлено не было, что соответствовало их соматическому состоянию здоровья.

Таблица 22 - Динамика лабораторных показателей на фоне медикаментозной коррекции препаратом «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы	показатели	Референсные значения	2ОГ	1КО	1КН
Исходно	IgG,г/л	5,53-13,07	8,3 ± 1,6	8,9 ± 1,05	8,5 ± 1,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	0,9 ± 0,3	0,9 ± 0,4	1,02 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,38 ± 1,1	1,1 ± 0,3	1,3 ± 1,4
	IgE,МЕ/л	10-50	10,7 ± 2,4	23,6 ± 0,7	19,3 ± 1,1
	Th,%	31-51	37,2 ± 3,1	34,3 ± 1,6	38,7 ± 1,9
	Ts,%	19-37	29,4 ± 1,2	31,7 ± 2,3	26,2 ± 2,05
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,38 ± 0,21	0,27 ± 0,15	0,33 ± 0,12
	Фаг.инд.	80-100	82,9 ± 3,2	84,4 ± 2,8	84,8 ± 3,2
Через 6 недель	IgG,г/л	5,53-13,07	8,7 ± 1,2	13,6 ± 2,1 *	8,8 ± 1,6
	IgA,г/л	0,329-1,799	0,96 ± 0,4	0,43 ± 0,08 *	0,98 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,47 ± 0,8	1,3 ± 0,2	1,7 ± 2,2
	IgE,МЕ/л	10-50	16,7 ± 2,3	24,8 ± 2,6	16,9 ± 1,2
	Th,%	31-51	35,4 ± 1,8	33,4 ± 1,8	33,2 ± 1,7
	Ts,%	19-37	26,3 ± 0,9	28,3 ± 3,1	22,7 ± 2,3
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,34 ± 0,18	0,28 ± 0,07	0,27 ± 0,08
	Фаг.инд.	80-100	76,9 ± 3,4	76 ± 2,3	83,1 ± 3,3
Через 6 месяцев	IgG,г/л	5,53-13,07	8,5 ± 1,4	12,1 ± 1,8 *	9,02 ± 0,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	0,93 ± 1,02	0,61 ± 0,05 *	1,2 ± 0,3
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,39 ± 0,6	1,38 ± 0,6	1,5 ± 0,8
	IgE,МЕ/л	10-50	12,5 ± 1,7	22,5 ± 1,9	20,3 ± 2,2
	Th,%	31-51	39,1 ± 0,8	31,4 ± 1,2	35,4 ± 1,3
	Ts,%	19-37	24,7 ± 1,9	22,3 ± 1,1	26,3 ± 1,37
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,22 ± 0,3	0,31 ± 0,08	0,29 ± 0,04
	Фаг.инд.	80-100	78,1 ± 1,4	78 ± 1,6	85,6 ± 1,7

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Th – Т – хелперы; Ts – Т- супрессоры

В соответствии с представленными данными, (см. Таблицу № 22) отмечаем, что достоверных изменений в показателях иммунологии крови, пациентов, получавших медикаментозную коррекцию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид», так же как и пациентов контрольной группы (не посещающих ДДУ) по сравнению с исходными данными не выявилось.

Через 6 недель:

уровень Ig G составил в среднем в этой группе $8,7 \pm 1,2$, первоначально $8,3 \pm 1,6$;

уровень Ig A $0,96 \pm 0,4$, первоначально $0,9 \pm 0,3$;

фагоцитарный индекс - $76,9 \pm 3,4$, показатель снизился в 1,08 раза;

Th, % - $35,4 \pm 1,8$, показатель остался в пределах референсных значений;

Ts, % - $26,3 \pm 0,9$, показатель остался в пределах референсных значений;

В-лимфоцитов, $10^9/\text{л}$ - $0,34 \pm 0,18$, остался в пределах референсных значений.

Через 6 месяцев:

Ig G- $8,5 \pm 1,4$, показатель остался в пределах референсных значений.

Ig A- $0,93 \pm 1,02$, показатель также остался в пределах референсных значений.

Фагоцитарный индекс - $78,1 \pm 1,4$, в 1,06 раз ниже, по сравнению с первоначальными данными, (в начале исследования - $82,9 \pm 3,2$, при референсных значениях 80-100).

Th, % - $39,1 \pm 0,8$, показатель остался в пределах референсных значений;

Ts, % - $24,7 \pm 1,9$, показатель остался в пределах референсных значений;

В-лимфоцитов, $10^9/\text{л}$ - $0,22 \pm 0,3$, показатель остался в пределах референсных значений.

3. Проведение ЭЭГ.

Для верификации физиологического состояния нервной системы, после осмотра врачом неврологом, детям была проведена ЭЭГ головного мозга. Анализ фоновой ЭЭГ проводился в монополярном ушном ипсилатеральном, монополярном контралатеральном, биполярном кольцевом и поперечном отведениях в состоянии пассивного бодрствования. В течение всего периода наблюдения данных за

пароксизмальные формы активности, фокальное замедление корковой ритмики выявлено не было. Признаков эпилептиформной активности зарегистрировано не было.

В результате проведенного первичного исследования у 7 детей (14%) отмечалась незначительные изменения в виде дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга и ирритативных нарушений подкорково – стволовых структур, без клинических проявлений.

Ниже приведена таблица, показывающая динамику нейрофизиологического исследования у детей второй основной группы и двух контрольных групп.

Таблица 23 - Динамика нейрофизиологического исследования на фоне медикаментозной коррекции препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		2ОГ	1КО	1КН
Исходно	Нормальная ЭЭГ	43	43	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	4	3	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	3	4	3
Через 6 недель	Нормальная ЭЭГ	44	41	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	3	4	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	3	5	3
Через 6 месяцев	Нормальная ЭЭГ	46	39	24
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	1	6	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	3	5	4

При анализе Таблицы № 23, видно, что по данным ЭЭГ во второй основной группе, на фоне приема « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид»,

отмечена положительная динамика в виде организации основного ритма, снижения β - активности у 6% детей при сравнении с первоначальными данными. В этой группе дети имели хороший аппетит и сон, активно участвовали в играх.

4.4. Оценка заболеваемости

Что касается частоты заболеваемости и ее продолжительности, эти показатели мы также оценивали в динамике на протяжении всего периода наблюдения.

Ниже представлены таблица № 24 и № 25, в которых показаны данные по частоте заболеваемости и ее продолжительности в сравнении с контрольными группами.

Таблица 24 - Частота заболеваемости при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Частота заболевания (количество раз)	6,8±0,5 *	11,6±2,8	6,3±1,4

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Таблица 25 - Заболеваемость при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Общая продолжительность заболеваний (количество дней)	39,4 ± 2,1 *	103,3 ± 1,6	35,3 ± 1,7
Длительность одного случая заболевания, в днях	5,8 ± 1,3	12,8± 2,7	5,6 ± 1,1
Наступление первого эпизода болезни, день	15,4±2,1	4,2±1,1 *	34±3,3

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Проведя полный анализ, мы не выявили во второй основной группе достоверной отрицательной или положительной тенденции по лабораторным данным, однако по клиническим и психоэмоциональным показателям отмечалась положительная

динамика, проявляющаяся в улучшении эмоционально-волевой или коммуникативной сферы, что отражалось на здоровье детей в период адаптации.

А так же дополнительно можно отметить следующее:

1. Наихудшая адаптация выявилась у контрольной группы детей, посещающих детское дошкольное учреждение (1КО). В этой группе первый эпизод болезни наступал у них на $4,2 \pm 1,1$ день адаптации, а за 6 месяцев наблюдения было зафиксировано $11,6 \pm 2,8$ случаев заболевания (чаще вирусными инфекциями), т. е. в среднем 2 раза в месяц.

2. Дети, получавшие монотерапию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид», имели за 6 месяцев наблюдения $6,8 \pm 0,5$ случаев заболевания, чаще вирусными инфекциями, что было в 2 раза меньше, чем у детей контрольной группы, посещающей детский сад (1КО), то есть дети на « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» болели достоверно меньше.

3. Расчет коэффициента эффективности показал, что применение медикаментозной коррекции препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» в 3,6 раза лучше, чем ее отсутствие.

Коэффициент эффективности вычисляется путем определения среднего количества дней, которые посетили дети данной группы за период наблюдения. Из общего количества дней, в течение которого производилось наблюдение (180 дней) вычитаем среднее количество дней, пропущенное по причине респираторной инфекции (частота заболеваний (6,8) умноженная на длительность заболеваний (5,8)). $180 - 39,4 = 140,6$ – среднее количество дней, посещаемые детьми второй основной группы (2ОГ), получающие медикаментозную коррекцию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид». Далее количество посещенных дней делится на количество дней, пропущенных по причине респираторных инфекций. $140,6 / 39,4 = 3,57$ раз.

Клинический пример.

Ребенок, Мартыненко Д. 2009 г.р., наблюдался в ДГП № 120 по месту жительства и посещает детское дошкольное учреждение с 5 лет. До достижения пятилетнего возраста детские дошкольные учреждения не посещал. На момент включения в исследование ребенку исполнилось 5 лет. Живет с родителями и старшей сестрой в отдельной трехкомнатной квартире. Семья полная. Оба родителя работают.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во втором триместре, от вторых родов в срок. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. На первом году жизни наблюдался врачом неврологом с диагнозом Перинатальное поражение ЦНС. Синдром двигательных нарушений. В возрасте 1,5 лет, в связи с нормальным развитием, снят с диспансерного учета. За время наблюдения получил курс массажа, ЛФК, физиотерапевтические процедуры. До начала посещения ДДУ ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Болел очень редко 1-2 раза в год. В возрасте 5 лет, прошел предварительный осмотр для поступления в ДДУ, диагноз: Здоров. Группа здоровья I.

*С письменного согласия законных представителей, ребенок Мартыненко Д. был включен во вторую основную клиническую группу. Согласно которой, ребенок получал препарат «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» по ½ таблетки * 2 раза в сутки, в течение 21 дня. В течение всего времени исследования за ребенком наблюдали медицинская сестра и врач ДДУ. Велся адаптационный лист.*

В начале исследования имелась следующая балльная оценка клинико-анамнестических данных, которая составила 1 балл, при максимальном значении в 5 баллов.

*Несмотря на соматическое здоровье, по тесту Люшера в начале исследования ребенок набрал 6,5 баллов (при норме 4-6 баллов). В иммунологическом анализе крови, показатели имели следующие значения: Ig A – 0,978 г/л (при норме 0,329 -1,799), Ig M- 1,42 г/л (при норме 0,563-2,184), Ig G-9,12 г/л (при норме 5,53-13,07), IgE 13,2 МЕ/мл (при норме 10-50), Th - 32,53% (при норме 31-51), Ts- 28,44% (при норме 19-37), В-лимфоциты – 0,183 * 10⁹/л (при норме 0,1-0,5), фагоцитарный индекс 83, (при норме 80-100). При исследовании*

мазков из зева — получен нормальный рост микрофлоры. ЭЭГ - дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга.

Через 12 дней от начала адаптационного периода мальчик заболел ОРВИ. В течение 7 дней ДДУ не посещал. Придя в детский сад после выздоровления, через 3 недели вновь появились признаки ОРВИ. И снова не посещал детский сад в течение 5 дней. Затем посещал детское учреждение в течение 18 дней. После чего вновь заболел и отсутствовал в детском саду 4 дней. На весь этот период мать ребенка находилась на листке нетрудоспособности по уходу за ребенком, то есть за 3 месяца адаптационного периода ребенок болел 3 раза. В последующие 3 месяца наблюдения ребенок не болел.

Через 2 недели от начала адаптационного периода были вновь оценены данные по тесту Люшера, которые составили 4 балла, что меньше, чем в начале исследования и соответствует нормальному психоэмоциональному состоянию. Определение клинико-anamnestических данных- 1 балл, этот показатель соответствовал начальному периоду адаптации.

*Через 6 недель от начала исследования были взяты повторные анализы крови на иммунологию и получены следующие данные: Ig A – 0,92 г/л (при норме 0,329 -1,799), Ig M- 1,38 г/л (при норме 0,563-2,184), Ig G- 8,78 г/л (при норме 5,53-13,07), IgE 15,8 МЕ/мл (при норме 10-50), Th - 29,13% (при норме 31-51), Ts- 26,25% (при норме 19-37), В-лимфоциты – 0,167 * 10⁹/л (при норме 0,1-0,5), фагоцитарный индекс 78, (при норме 80-100). При анализе показателей выявляем незначительно снижение по всем показателям, но находящимся в пределах нижней границы нормы. В то время как, показатель фагоцитарного индекса снижается, выходя. При исследовании мазков - умеренный рост *St. aureus*. По данным ЭЭГ - без патологии.*

*Ретроспективно оценивая частоту заболеваемости ребенка, было отмечено, что, несмотря на имеющиеся изменения в иммунологическом анализе крови и наличия умеренного роста *St. aureus* на слизистых оболочках зева, Мартыненко Д. болел значительно реже детей контрольной группы, посещающих детский сад. Общее психоэмоциональное состояние в период адаптации не ухудшалось, что было достигнуто приемом препарата «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид».*

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТАМИ «ЭРГОФЕРОН» И « γ -АМИНО- β -ФЕНИЛМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ГИДРОХЛОРИД»

5.1. Характеристика группы

В третью основную группу, получающую комбинированную медикаментозную коррекцию препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» (ЗОЭГ) вошли 52 ребенка, 48% составляли девочки (25 человек) и 52% мальчики (27 человек). Из них:

10 детей (4 девочки (7,7%) и 6 мальчиков (11,5%)) имели возраст от 2,5 до 3 лет.

12 детей (6 девочек (11,5%) и 6 мальчика (11,5%)) имели возраст от 3 до 3,5 лет.

12 детей (5 девочек (9,6%) и 7 мальчиков (13,6 %)) имели возраст от 3,5 до 4 лет.

10 детей (6 девочки (11,5%) и 4 мальчиков (7,7%)) имели возраст от 4 до 4,5 лет.

2 ребенка (1 девочка (1,9%) и 1 мальчик (1,9%)) имели возраст от 4,5 до 5 лет.

3 ребенка (1 девочка (1,9%) и 2 мальчик (3,9%)) имели возраст от 5 до 5,5 лет.

3 ребенка (2 девочки (3,9%) и 1 мальчик (1,9%)) имели возраст от 5,5 до 6,5 лет.

Ниже представлена таблица возрастно-половой структуры третьей основной группы.

Таблица 26 - Распределение детей, получавших комбинированную медикаментозную коррекцию препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» по возрасту и полу

Неврологическая и противовирусная коррекция (Эргоферон и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид») ЗОЭГ группа				
n	52			
пол	ж		м	
	25		27	
	Абс.	Отн.,%	Абс.	Отн.,%
Возраст, годы				
2г 6 мес. – 3 года	5	9%	9	17%
3г 1 мес. – 4 года	8	15%	6	12%
4г 1 мес. – 5 лет	5	9%	7	14%
5 лет 1 мес. – 6 лет	6	12%	4	8%
6 лет 1 мес. – 6 лет 6 мес.	1	2	1	2%

Таблица 27 - Характеристика третьей основной группы (комбинированная медикаментозная коррекции, препараты «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид») по социальным параметрам

Критерии	частота заболеваемости до поступления в ДДУ		количество детей из многодетной семьи		количество детей, рожденных в семье первыми		количество детей, в чьих семьях только один ребенок		количество детей, чьи матери являются работающими		количество детей, имеющих возможность не ходить в ДДУ	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
2гбмес-3года	1,4	1,6	2	0	2	3	1	1	4	5	1	2
3г1мес-4года	2,1	1,8	1	1	4	1	1	0	5	3	1	3
4г1мес-5лет	1,7	1,9	0	0	0	2	3	2	5	4	2	5
5лет1мес-6лет	1,7	1,4	0	0	1	1	0	1	4	3	2	1
6л1мес-6лет6мес	2,2	2,4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1

Данные Таблицы №27 анализировались на основании анкетирования и мы хотим обратить внимание на то, что среди детей, чьи матери являлись работающими, и их дети были вынуждены посещать детское дошкольное учреждение, были и такие дети, которые при определенных условиях могли оставаться с бабушкой /дедушкой/ няней. Эти уточнения способствовали более детальному изучению психосоматического статуса и эмоционального комфорта ребенка.

5.2 Данные клинического наблюдения

После первичного обследования, до поступления в детские дошкольные учреждения, дети третьей основной группы имели следующие показатели:

1. Клиническая оценка

Основана на 5 показателях (социальный – семейный анамнез, перинатальный фон, частота заболеваемости, клинический показатель - соматическое здоровье каждого ребенка, неврологическое здоровье), в данной группе составила $1,37 \pm 0,84$, (при норме до 1,5 баллов).

Таблица 28 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» вместе через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка клинического показателя (0-5 баллов) Норма до 1,5 баллов.			
Группа, смешанной коррекции (ЗОЭГ)	$1,37 \pm 0,84$	$0,93 \pm 0,36$ *	$0,91 \pm 0,8$	$0,88 \pm 0,41$
Контроль с посещением дет. сада (1КО)	$1,35 \pm 0,78$	$2,5 \pm 0,9$ *	$2,8 \pm 0,9$ *	$2,23 \pm 0,67$
Контроль без посещения дет. сада (1КН)	$0,98 \pm 0,42$	$1,3 \pm 0,53$	$1,04 \pm 0,7$	$1,01 \pm 0,56$

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

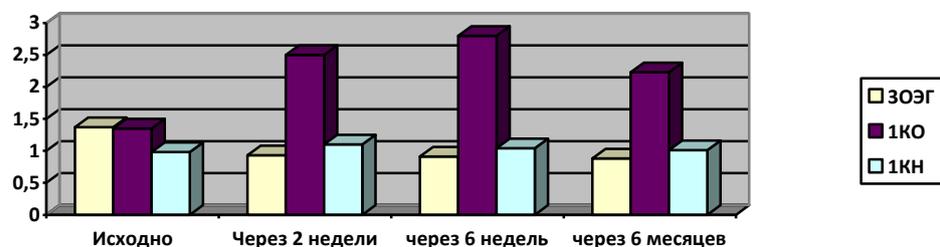


Диаграмма 5 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» в сравнении с контрольными группами

Анализируя полученные данные (см.таблицу №28 и диаграмму №5), отмечаем, что средние баллы клинической оценки в начале исследования у третьей основной группы (ЗОЭГ) составили $1,37 \pm 0,84$, у детей контрольных групп: $1,35 \pm 0,78$ — у «организованных» (1КО) и $0,98 \pm 0,42$ — у «не организованных» детей (1КН), что подтверждает сопоставимость групп на начальном этапе.

В динамике на фоне медикаментозной коррекции двумя препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид», клинический показатель имел следующие значения: через 2 недели - $0,93 \pm 0,36$ ($p=0,035$); через 6 недель — $0,91 \pm 0,8$; через 6 месяцев показатель составил $0,88 \pm 0,41$.

В течение 180 дней (6 месяцев) наблюдения было выявлено, что показатели оценки клиники остаются на уровне референсных значений ($0,88 \pm 0,41$, при норме до 1,5 баллов). Отмечено, что, полученные через 6 месяцев данные соответствуют первоначальным данным клинического показателя ($1,37 \pm 0,84$) и даже имеют тенденцию к улучшению ($0,88 \pm 0,41$), вследствие нивелирования психического напряжения и психосоматических нарушений, провоцируемых стрессом, что косвенно указывает на благополучное течение периода адаптации у детей третьей основной группы, в отличие от контрольной группы «организованных» детей.

2. Данные теста Люшера

Показатель психоэмоционального состояния детей третьей основной группы, оцениваемый с помощью теста Люшера, в начале исследования составил $6,01 \pm 2,6$, при норме от 4 до 6 баллов.

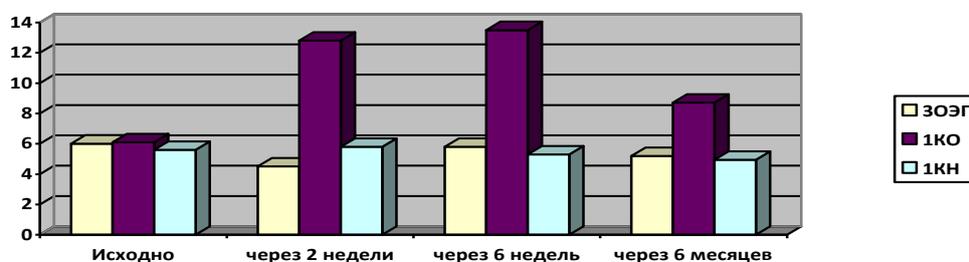


Диаграмма 6 - Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне медикаментозной коррекции «Эргоферон» и «ГАМК» в сравнении с контрольными группами

Таблица 29 - Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 2 недели, через 6 недель, через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка теста Люшера (от 4 до 16 баллов). Норма 4-6 баллов			
Группа, смешенной коррекции (ЗОЭГ)	6,01 ± 2,6	4,51 ± 0,9 *	5,8 ± 2,2 *	5,2 ± 1,6
Контроль с посещением дет. сада (ИКО)	6,1 ± 2,4	12,8 ± 1,8	13,5 ± 2,21 *	8,72 ± 1,9
Контроль без посещения дет. сада (ИКН)	5,6 ± 1,7	5,8 ± 1,1	5,3 ± 0,9	4,95 ± 1,03

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

По результатам теста Люшера (см.таблицу № 29 и диаграмму №6) видно, что средние показатели балльной оценки психоэмоционального состояния на начало исследования в третьей основной группе составляли $6,01 \pm 2,6$, при учете, что оптимальное состояние психоэмоциональной сферы в количественной оценке составляло 4-6 баллов. Балльные значения показателя Теста Люшера в контрольной группе «организованных» детей составил КО группа - $6,1 \pm 2,4$, в контрольной группе «не организованных» детей - ИКН группа - $5,6 \pm 1,7$, что делает эти группы сопоставимыми и исключает наличие каких-либо нарушений в эмоционально-волевой или коммуникативной сфере.

В динамике показатели теста Люшера в третьей основной группе (ЗОЭГ) имели следующие значения:

через 2 недели - $4,51 \pm 0,9$ (снижение (улучшение) показателя в 1,33 раза, при сравнении с первоначальными данными);

через 6 недель - $5,8 \pm 2,2$ (снижение (улучшение) показателя в 1,04 раза, при

сравнении с первоначальными данными; и незначительное увеличение (ухудшение в 1,3 раз) показателя в сравнении с показателями через 2 недели, при этом показатель находится на верхней шранице нормы; через 6 месяцев – $5,2 \pm 1,6$ (сохраняется тенденция, проявляющаяся в снижении (улучшении) показателя в 1,2 раз при сравнении с первоначальными данными и в 1,1 раза при сравнении с данными через 6 недель), при этом показатели практически соответствуют референсным значениям.

То есть, в течение 180 дней (6 месяцев) наблюдения за детьми, получающими медикаментозную коррекцию препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» вместе, психоэмоциональный тест имел значение в пределах референсных, а так же тенденцию к улучшению, что подтверждает отсутствие психоэмоционального напряжения в течение всего периода наблюдения.

Проанализировав таблицы № 28, № 29 и диаграммы № 5, № 6, можно отметить, что клиническая картина прямо коррелировала с показателями психоэмоционального состояния.

Таблица 30 - Корреляционный анализ клинического показателя и теста Люшера

Группы	ЗОЭГ			ІКО			ІКН		
	Через 2 нед.	Через 6 нед.	Через 6 мес.	Через 2 нед.	Через 6 нед.	Через 6 мес.	Через 2 нед.	Через 6 нед.	Через 6 мес.
Коэффициент корреляции, r	0,97	0,77	0,95	0,87	0,95	0,97	0,81	0,96	0,94

Анализируя Таблицу № 30, отмечаем положительный коэффициент корреляции, что находит свое отражение в прямой зависимости показателей клиники и теста Люшера. А именно:

Через 2 недели отчетливо было видно улучшение психоэмоционального состояния (с $6,01 \pm 2,6$ до $4,51 \pm 0,9$ ($p=0,021$)) параллельно со снижением (улучшением) показателей клинической оценки (бальная оценка клиники $0,93 \pm 0,36$ ($p=0,035$), при том, что первоначальные показатели имели $1,37 \pm 0,84$).

Через 6 недель продолжаем отмечать положительную динамику, в виде снижения (улучшение) показателей по клиническим показателям ($0,91 \pm 0,8$), и незначительное увеличение (ухудшение) показателей по тесту Люшера ($5,8 \pm 2,2$ $p = 0,033$), но при этом, еще раз отметим, что полученные средние данные оказались все равно лучше первоначальных и соответствовали референсным значениям.

Через 6 месяцев не наблюдаем изменений в показателях, показатели остаются нормативные как по клиническим данным ($0,88 \pm 0,41$), так и по тесту Люшера ($5,2 \pm 1,6$), и при этом показатели также соответствуют референсным значениям.

Ниже представлены результаты (фотографии), проведенного теста Люшера в начале исследования и после медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид».

Тест оценивался слева – направо, попарно (по два цвета) в ряду, сначала в верхнем ряду, затем в нижнем ряду.



Рисунок 19- Исходно
Тест Люшера соответствует 6,5 баллам



Рисунок 20 - Через 6 недель
Тест Люшера соответствует 6 баллам



Рисунок 21 - Через 6 месяцев
Тест Люшера соответствует 5 баллам

А также результаты, проведенного теста Люшера у детей контрольной группы, посещающих ДДУ.



Рисунок 22 - Исходно
Тест Люшера соответствует
8 баллам



Рисунок 23 - Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
10,5 баллам



Рисунок 24 - Через 6 месяцев Тест Люшера соответствует 9,5 баллам

И результаты, проведенного теста Люшера у детей контрольной группы, не посещающих ДДУ.



Рисунок 25 - Исходно
Тест Люшера соответствует
4 баллам



Рисунок 26 - Через 6 недель
Тест Люшера соответствует
5 баллам



Рисунок 27- Через 6 месяцев
Тест Люшера соответствует 4 баллам

5.3 Данные лабораторных исследований

1. Степень микробной контаминации слизистой оболочки носоглотки в динамике на фоне приема препаратов «Эргоферон» и « γ γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» вместе.

Показатели микробной обсемененности и количественного соотношения микрофлоры зева также были определены в начале исследования, через 6 недель и через 6 месяцев.

Таблица 31 - Динамика показателей микрофлоры слизистой оболочки носоглотки на фоне медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		ЗООГ		ІКО		ІКН	
		n	%	n	%	n	%
Исходно	Нормальный рост микрофлоры	44	84	38	76	24	73
	St. Aureus, Умер. Рост.	3	6	6	12	5	15
	Moraxella catar. Умер. Рост	2	4	2	4	1	3
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	2	4	3	6	2	6
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	1	2	1	2	1	3
Через 6 недель	Нормальный рост микрофлоры	45	86	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	2	4	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	3	6	3	6	4	12
	Moraxella catar. Умер. Рост	0	0	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	1	2	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	1	2	0	0	1	3
Через 6 месяцев	Нормальный рост микрофлоры	46	88	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	0	0	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	2	4	3	6	4	12
	Moraxella catar. Умер. Рост	1	2	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	1	2	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	2	4	0	0	1	3

Из 52 детей, наблюдавшихся в третьей основной группе, 44 ребенка, что соответствует 84%, имели нормальный рост микрофлоры.

- 3 человека (6%) имели умеренный рост St. Aureus, без клинических проявлений.

- 2 ребенка (4%) имели умеренный рост Moraxella catar., без клинических проявлений.

- 2 ребенка (4%) имели умеренный рост *Str. Pneumoniae*, без клинических проявлений.
- 1 человека (2%) имели скудный рост *Str. Pneumoniae*, также без клинических проявлений.

Анализируя Таблицу № 31, видим, что при проведении контрольных анализов, через 6 недель, из 52 детей третьей основной группы, нормальный рост микрофлоры был выявлен у 45 человек, что составило 86% (на 2% (1 ребенок) увеличилось количество детей с нормальным ростом микрофлоры слизистой оболочки носоглотки). Через 6 месяцев также отмечаем незначительное увеличение (на 2%) по сравнению с данными через 6 недель и на 4 % по сравнению с первоначальными данными. А именно, у 46 человек был выявлен нормальный рост микрофлоры носоглотки (что составило 88%).

Также отметим, что в контрольной группе детей, посещающих детский сад (1КО), при динамическом обследовании через 6 недель, выявлено незначительное снижение количества детей с нормальным ростом микрофлоры зева на 4% (на 1 ребенка меньше). Это указывает на то, что микрофлора слизистой ротоглотки, на протяжении наблюдения за детьми в периоде адаптации, практически не изменяется, соответственно она вносит незначительную «лепту» в частоту заболеваемости детей, а значит, этот факт указывает на то, что в процессе адаптации у детей преобладают вирусные инфекции.

В динамике через 6 месяцев у детей двух контрольных групп изменений микрофлоры слизистой ротоглотки отмечено не было.

2. Показатели иммунологии крови в начале исследования в третьей основной группе были следующие: Ig G, г/л - $10,6 \pm 1,3$ (при норме 5,53-13,07); Ig A, г/л - $0,86 \pm 0,2$ (при норме 0,329 -1,799); IgM, г/л - $1,7 \pm 0,3$ (при норме 0,563- 2,184); IgE, МЕ/мл - $12,8 \pm 2,1$ (при норме 10-50); Th, % - $36,1 \pm 1,7$ (при норме 31-51); Ts, % - $23,4 \pm 3,1$ (при норме 19-37); В-лимфоциты, $10^9/\text{л}$ - $0,42 \pm 0,11$ (при норме 0,1-0,5); Фагоцитарный индекс $81,9 \pm 3,5$ (при норме 80-100).

Таблица 32 - Динамика лабораторных показателей на фоне медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 6 недель и через 6 месяцев

Группы	показатели	Референсные значения	ЗООГ	ІКО	ІКН
Исходно	IgG,г/л	5,53-13,07	10,6 ± 1,3	8,9 ± 1,05	8,5 ± 1,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	0,86 ± 0,2	0,9 ± 0,4	1,02 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,7 ± 0,3	1,1 ± 0,3	1,3 ± 1,4
	IgE,МЕ/л	10-50	12,8 ± 2,1	23,6 ± 0,7	19,3 ± 1,1
	Th,%	31-51	36,1 ± 1,7	34,3 ± 1,6	38,7 ± 1,9
	Ts,%	19-37	23,4 ± 3,1	31,7 ± 2,3	26,2 ± 2,05
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,42 ± 0,11	0,27 ± 0,15	0,33 ± 0,12
	Фаг.инд.	80-100	81,9 ± 3,5	84,4 ± 2,8	84,8 ± 3,2
Через 6 недель	IgG,г/л	5,53-13,07	12,1 ± 0,6	13,6 ± 2,1 *	8,8 ± 1,6
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,1 ± 0,4 *	0,43 ± 0,08 *	0,98 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,5 ± 1,8	1,3 ± 0,2	1,7 ± 2,2
	IgE,МЕ/л	10-50	10,3 ± 0,7	24,8 ± 2,6	16,9 ± 1,2
	Th,%	31-51	42,5 ± 0,9	33,4 ± 1,8	33,2 ± 1,7
	Ts,%	19-37	27,1 ± 1,4	28,3 ± 3,1	22,7 ± 2,3
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,47 ± 0,02	0,28 ± 0,07	0,27 ± 0,08
	Фаг.инд.	80-100	86,4 ± 3,3	76 ± 2,3	83,1 ± 3,3
Через 6 месяцев	IgG,г/л	5,53-13,07	12,3 ± 0,7	12,1 ± 1,8 *	9,02 ± 0,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,53 ± 1,4	0,61 ± 0,05 *	1,2 ± 0,3
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,69 ± 0,9	1,38 ± 0,6	1,5 ± 0,8
	IgE,МЕ/л	10-50	10,2 ± 0,8	22,5 ± 1,9	20,3 ± 2,2
	Th,%	31-51	46,3 ± 0,6	31,4 ± 1,2	35,4 ± 1,3
	Ts,%	19-37	28,2 ± 1,3	22,3 ± 1,1	26,3 ± 1,37
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,31 ± 0,09	0,31 ± 0,08	0,29 ± 0,04
	Фаг.инд.	80-100	87,4 ± 3,2	78 ± 1,6	85,6 ± 1,7

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Th – Т – хелперы; Ts – Т- супрессоры

В соответствии с представленными данными, (см. Таблицу № 32), отметим, что оценивая иммунологический анализ крови детей данной группы на начальном этапе, изменений в гуморальном и в клеточном звене иммунитета выявлено не было, что соответствовало их соматическому состоянию здоровья. При динамическом наблюдении за третьей основной группой, отмечаем повышение показателей иммуноглобулинов класса G и A и фагоцитарного индекса активности гранулоцитов, а так же повышение показателей клеточного иммунитета (Т- и В-лимфоцитов).

Через 6 недель:

уровень Ig G составил в среднем в этой группе $12,1 \pm 0,6$, первоначально $10,6 \pm 1,3$, показатель повысился в 1,14 раз по сравнению с первоначальными данными; уровень Ig A $1,1 \pm 0,4$ ($P = 0,026$), первоначально $0,86 \pm 0,2$, показатель повысился в 1,3 раза;

фагоцитарный индекс - $86,4 \pm 3,3$, первоначально $81,9 \pm 3,5$ показатель повысился в 1,06 раза;

Th, % - $42,5 \pm 0,9$, показатель остался в пределах референсных значений;

Ts, % - $27,1 \pm 1,4$, показатель остался в пределах референсных значений;

В-лимфоцитов, $10^9/\text{л}$ - $0,47 \pm 0,02$, остался в пределах референсных значений.

Через 6 месяцев:

Ig G- $12,3 \pm 0,7$, показатель остался в пределах референсных значений (5,53-13,07), в 1,2 раза выше первоначальных данных — $10,6 \pm 1,3$, в 1,02 раза выше по сравнению с данными через 6 недель- $12,1 \pm 0,6$.

Ig A- $1,53 \pm 1,4$, показатель также остался в пределах референсных значений (0,329-1,799), в 1,8 раз выше первоначальных данных — $0,86 \pm 0,2$, в 1,4 раза выше по сравнению с данными через 6 недель- $1,1 \pm 0,4$.

Фагоцитарный индекс - $87,4 \pm 3,2$, в 1,07 раз выше, по сравнению с первоначальными данными, (в начале исследования - $81,9 \pm 3,5$, при референсных значениях 80-100).

Th, % - $46,3 \pm 0,6$, показатель остался в пределах референсных значений;

Ts, % - $28,2 \pm 1,3$, показатель остался в пределах референсных значений;

В-лимфоцитов, $10^9/\text{л}$ - $0,31 \pm 0,09$, показатель остался в пределах референсных значений.

3. Проведение ЭЭГ

Для верификации физиологического состояния нервной системы, после осмотра врачом неврологом, детям была проведена ЭЭГ головного мозга. Анализ фоновой ЭЭГ проводился в монополярном ушном ипсилатеральном, монополярном контралатеральном, биполярном кольцевом и поперечном отведениях в состоянии пассивного бодрствования. В течение всего периода наблюдения данных за пароксизмальные формы активности, фокальное замедление корковой ритмики выявлено не было. Признаков эпилептиформной активности зарегистрировано не было.

Таблица 33 - Динамика нейрофизиологического исследования на фоне медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		ЗОЭГ	1КО	1КН
Исходно	Нормальная ЭЭГ	43	43	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	5	3	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	4	4	3
Через 6 недель	Нормальная ЭЭГ	45	41	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	3	4	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	4	5	3
Через 6 месяцев	Нормальная ЭЭГ	47	39	24
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	2	6	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	3	5	4

В результате проведенного первичного исследования у 9 детей (17%) отмечалась незначительные изменения в виде дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга и ирритативных нарушений подкорково – стволовых структур, без клинических проявлений.

При анализе Таблицы № 33, видно, что в динамике, по данным ЭЭГ в третьей основной группе, на фоне приема «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» вместе:

- у 5 детей, что соответствует 10 %, отмечается отсутствие прогрессирования изменений по данным ЭЭГ;
- у 4 детей, что соответствует 8 %, отмечалась положительная динамика детей в виде организации основного ритма, снижения β - активности;
- дети этой группы так же были активны в общении, участвовали в играх, сон был спокойный, аппетит хороший.

5.4 Оценка заболеваемости

Что касается частоты заболеваемости и ее продолжительности, эти показатели мы также оценивали в динамике на протяжении всего периода наблюдения.

Ниже представлены таблицы № 34 и № 35, в которых показаны данные по частоте заболеваемости и ее продолжительности в сравнении с контрольными группами.

Таблица 34 - Частота заболеваемости при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа смешанной коррекции (ЗОЭГ)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Частота заболевания (количество раз)	5,2±0,9 *	11,6±2,8	6,3±1,4

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Таблица 35 - Заболеваемость при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа смешанной коррекции (ЗОЭГ)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Общая продолжительность заболеваний (количество дней)	27,6 ± 0,8 *	103,3 ± 1,6	35,3 ± 1,7
Длительность одного случая заболевания, в днях	5,3 ± 1,3	12,8± 2,7	5,6 ± 1,1
Наступление первого эпизода болезни, день	23,1±1,8	4,2±1,1 *	34±3,3

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Проведя полный анализ, мы не выявили в третьей основной группе достоверной отрицательной или положительной тенденции по лабораторным данным, однако по клиническим и психоэмоциональным показателям отмечалась положительная динамика, проявляющаяся в сохранении эмоционального комфорта детей и снижении частоты и длительности заболеваемости, что положительным образом отражалось на здоровье детей в период адаптации.

А так же дополнительно можно отметить следующее:

1. Наихудшую адаптацию выдала контрольная группа детей, посещающих детское дошкольное учреждение (ИКО). В этой группе первый эпизод болезни наступал у них на $4,2 \pm 1,1$ день адаптации, а за 6 месяцев наблюдения было зафиксировано $11,6 \pm 2,8$ случаев заболевания (чаще вирусными инфекциями), т. е. в среднем 2 раза в месяц.

2. Дети, получавшие смешанную коррекцию препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» вместе, имели за 6 месяцев наблюдения наименьшее число случаев заболевания $5,2 \pm 0,9$, чаще вирусными инфекциями, что 2 раза меньше, чем у детей контрольной группы, посещающей детский сад (ИКО), то есть дети, принимающие комбинированную коррекцию болели достоверно меньше.

3. Дети на смешанной коррекции не только болели достоверно меньше, но и реконвалесцировали в среднем в 2 раза быстрее по сравнению с контрольной группой.

4. По данным ЭЭГ была отмечена положительная динамика в виде организации биоэлектрической активности головного мозга и стабилизации нарушений подкорково-стволовых структур, а именно повышении на 8 % по сравнению с первоначальными данными.

5. Расчет коэффициента эффективности показал, что применение медикаментозной коррекции препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -

фенилмасляной кислоты гидрохлорид» вместе в 5,5 раза лучше, чем ее отсутствие.

Коэффициент эффективности вычисляется путем определения среднего количества дней, которые посетили дети данной группы за период наблюдения. Из общего количества дней (180 дней) вычитаем среднее количество дней, пропущенное по причине респираторной инфекции (частота заболеваний (5,2) умноженная на длительность заболеваний (5,3)). $180 - 27,6 = 152,4$ – среднее количество дней, посещаемые детьми третьей основной группы (ЗОЭГ), получающие медикаментозную коррекцию препаратами «Эргоферон» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид». Далее среднее количество посещенных дней делится на количество дней, пропущенных по причине респираторных инфекций. $152,4 / 27,6 = 5,5$ раза.

Клинический пример.

Ребенок, Балыкина М. 2011г.р., наблюдается в ДГП № 120 по месту жительства и посещает детское дошкольное учреждение с 4-х лет. На момент включения в исследование ребенку исполнилось 4 года. Живет с родителями, бабушкой, дедушкой в отдельной трехкомнатной квартире. Семья полная. Оба родителя работают. Мама вышла на работу после того как ребенок был зачислен в детский сад.

Анамнез жизни: ребенок от третьей беременности (1- м/а, 2- выкидыш), протекавшей с угрозой прерывания в первом и во втором триместре, от первых родов в 38 недель гестации. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. На первом году жизни наблюдался врачом неврологом в с диагнозом Синдром двигательных нарушений. Перинатальное поражение ЦНС. Наблюдалась врачом неврологом, получала медикаментозную терапию, ЛФК, массаж, ЛФК на воде. В возрасте 1 года 7 месяцев снята с диспансерного учета в связи с нормальным развитием. До начала посещения ДДУ ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Болела редко 2-3 раза в год. В возрасте 3,5 лет, осмотрена врачами специалистами, оформлена медицинская документация для посещения ДДУ, диагноз: Здорова. Группа здоровья I.

С письменного согласия законных представителей, ребенок Балыкина М. была включена в третью основную клиническую группу. Согласно которой, ребенок получал комбинированную терапию препаратами «Эргоферон» в дозировке 1 мг, в течение 10 дней, утром, затем был 20 дневный перерыв, и затем снова прием препарата в течение 10 дней и «γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид», по схеме ½ таблетки * 2 раза в сутки, в течение 21 дня. В течение всего времени исследования за ребенком наблюдали медицинская сестра и врач ДДУ. Велся адаптационный лист.

В начале исследования имелась следующая балльная оценка клинико-анамнестических данных, которая составила 2 балла, при максимальном значении в 5 баллов.

*Проведенный в начале исследования тест Люшера составил 7 баллов (при норме 4-6 баллов). Показатели иммунологического анализа крови имели следующие значения: Ig A – 0,862 г/л (при норме 0,329 -1,799), Ig M- 1,742 г/л (при норме 0,563-2,184), Ig G- 10,6 г/л (при норме 5,53-13,07), IgE 21 МЕ/мл (при норме 10-50), Th - 33,4% (при норме 31-51), Ts- 24,18% (при норме 19-37), В-лимфоциты – 0,192 * 10⁹/л (при норме 0,1-0,5), фагоцитарный индекс 83, (при норме 80-100). При исследовании мазков из зева — получен скудный рост *St. aureus*. ЭЭГ - без патологии. Через 18 дней от начала адаптационного периода девочка заболела ОРВИ. Перенесла вирусную инфекцию в легкой степени. В течение 5 дней ДДУ не посещала. Выйдя в детский сад после выздоровления, вновь заболела лишь через 3 недели, когда появились первые признаки ОРВИ. И снова не посещала детский сад в течение 4 дней. Затем посещала детское учреждение в течение 1,5 месяцев. Затем вновь появились признаки вирусной инфекции, и девочка лечилась в течение 4 дней. В оставшиеся 3 месяца наблюдения девочка не болела. На период болезни ребенка мать больничные листы не брала, по уходу за ребенком оставалась бабушка. То есть за 6 месяцев наблюдения девочка болела трижды, в легкой степени и быстро выздоравливала.*

Через 2 недели от начала адаптационного периода были вновь оценены данные по тесту Люшера, которые составили 6 баллов, что соответствует нормальному психоэмоциональному состоянию. Определение клинико-анамнестических данных- 1 балл, где так же отмечается положительная динамика показателей. Через 6 недель от начала исследования были взяты повторно анализ крови на иммунологию и получены следующие данные: Ig A – 1,14 г/л (при норме 0,329 - 1,799), Ig M- 1,82 г/л (при норме 0,563-2,184), Ig G- 12,73 г/л (при норме 5,53- 13,07), IgE 16,4 МЕ/мл (при норме 10-50), Th - 38,27% (при норме 31-51), Ts-

26,54% (при норме 19-37), В-лимфоциты – $0,327 * 10^9/л$ (при норме 0,1-0,5), фагоцитарный индекс 92, (при норме 80-100). При анализе показателей иммунологии крови было выявлено их повышение. При исследовании мазков из зева - нормальный рост микрофлоры. По данным ЭЭГ - без патологии.

Ретроспективно оценивая частоту заболеваемости ребенка, было отмечено, что Балыкина М. болела значительно реже детей, наблюдавшихся в других клинических группах, и при этом реконвалесцировала быстрее по сравнению с детьми контрольной группы, что было достигнуто комбинацией препаратов « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» и «Эргоферон».

ГЛАВА 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адаптация - это сложный процесс морфофизиологических и психологических приспособительных реакций организма к меняющимся условиям существования, направленных на сохранение гомеостаза и социальной деятельности, то есть это приспособление индивида к новой среде или условиям [8; 19; 54; 56; 60; 71; 75; 82; 83].

Психосоматическая адаптация – это процесс физиологического и эмоционального приспособления организма к новой обстановке, то есть процесс «согласования» ребенка с новой обстановкой дошкольного образовательного учреждения. Результат этой адаптации имеет различный исход, определяющий палитру психосоматических нарушений у детей – от банальных респираторных инфекций до серьезных неврологических дисфункций (тики, энурез, термоневроз) [9; 10; 30; 35; 42; 64; 69; 174; 213; 226].

По характеру привыкания ребенка к новым социальным условиям выделяют 3 степени адаптации:

Легкая адаптация - период привыкания занимает от 10 до 15 дней. Он характеризуется временным нарушением сна (нормализуется в течение 7-10 дней), аппетита (норма по истечении 10 дней), неадекватными эмоциональными реакциями (капризы, замкнутость, агрессия, угнетенное состояние и т.д.), изменением в речевой, ориентировочной и игровой активности, приходящие в норму за 20-30 дней. Характер взаимоотношений со взрослыми и двигательная активность практически не изменяются. Функциональные нарушения минимальны, нормализуются за 2-4 недели и заболеваний не возникает. Основные симптомы исчезают в течение месяца.

Средняя адаптация – когда период привыкания затягивается до 30-40 дней. Все нарушения выражены более ярко и длительно: сон, аппетит восстанавливаются в течение 20-40 дней, ориентировочная деятельность (20 дней), речевая активность (30-40 дней), эмоциональное состояние (30 дней), двигательная активность,

претерпевающая значительные изменения, приходит в норму за 30-35 дней. Взаимодействие с взрослыми и сверстниками не нарушается. Функциональные изменения отчетливо выражены, фиксируются заболевания (например, острая респираторная и респираторно-вирусная инфекция).

Тяжелая адаптация сопровождается грубым нарушением физиологических функций и реакций ребенка. Данный тип адаптации характеризуется снижением аппетита (иногда возникает невротическая рвота), выраженным нарушением сна, нарушением коммуникабельности, проявлением агрессии и апатии в течение долгого времени (ребенок плачет, пассивен, иногда происходит волнообразная смена настроения).

Обычно видимые изменения происходят в речевой и двигательной активности, возможна временная задержка в психическом развитии. При тяжелой адаптации, как правило, дети заболевают в течение первых 10 дней и продолжают повторно болеть в течение всего времени привыкания к коллективу сверстников. Длительность тяжелой степени адаптации от 2 до 6 месяцев.

Именно дети со средней и тяжелой адаптацией формируют так называемую группу часто болеющих детей. Термин «часто болеющие дети» появился в литературе в начале 1980-х годов. К ним относятся дети, которые подвергаются повторным, рекуррентным эпизодам острой респираторной инфекции чаще 6 раз в год или чаще одного раза в месяц в эпидемический период (октябрь - май). Эти пациенты не имеют наследственных, врожденных и хронических заболеваний, способствующих частому развитию у них острых респираторных инфекций, и наблюдаются во второй группе здоровья. [21; 24; 25; 47; 48; 79; 86; 87; 99; 100; 112; 140; 143; 164].

Термин «часто болеющие дети» не используется зарубежными школами и отсутствует в Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра, так как не является самостоятельной нозологической формой заболевания.

Существуют данные, что высокая частота инфекций дыхательной системы у детей обусловлена физиологическими особенностями созревания иммунной системы ребенка, неблагоприятными антенатальными и перинатальными факторами, курением родителей, особенно матерей, типом конституции, высокой контагиозностью вирусных инфекций, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей, разнообразием серо- и биотипов пневмотропных бактерий (пневмококков, стафилококков, гемофильной палочки) и многими другими факторами [108; 128]. В связи с вышеизложенным, в последние годы и возрос интерес к проблеме адекватной социализации детей в детских дошкольных учреждениях. С одной стороны, это связано со значительным увеличением числа соматических и неврологических проблем этого контингента детей, по сравнению с «неорганизованными» детьми; а с другой - современные социальные и экономические условия вынуждают родителей прибегать к общественным формам воспитания уже на самых ранних этапах жизни ребенка [19; 29; 70; 84; 138; 217].

Несмотря на то, что процесс адаптации к новым условиям детей, да семьи в целом, стал предметом изучения многих психологов, психиатров, социологов и педиатров, как в России, так и за рубежом, однозначных рекомендаций по подготовке детей к посещению дошкольных учреждений и более облегченному прохождению периода адаптации не разработаны. Анализ же научно-методической литературы, посвященной проблеме дебютной социализации, показал, что на современном этапе мнения различных исследователей расходятся, и большинство работ носят описательно-статистический характер, отражающий сложности адаптационного процесса. Очевидно, что есть необходимость изучения процессов адаптации, анализа патологии его проявлений, что позволит сохранить баланс физического и психического здоровья.

Целью нашего исследования явилось изучение психосоматического статуса детей дошкольного возраста и путей ее коррекции в условиях дебютной (первичной)

социализации.

Для достижения цели, нами были поставлены следующие задачи:

1. Провести комплексное психосоматическое обследование дошкольников до поступления в детский сад с целью оценки исходного уровня здоровья;
2. Проанализировать факторы, влияющие на нарушение адаптации детей дошкольного возраста к новым условиям;
3. Разработать и внедрить алгоритм немедикаментозной и медикаментозной коррекции детей, направленной на снижение патологических стрессовых состояний у детей в период адаптации в детском дошкольном учреждении;
4. Оценить эффективность проводимой коррекции путем сравнительного анализа у детей, получающих и не получающих лечебно – профилактические мероприятия в условиях первичной социализации.

На базе ГБУЗ ДГП № 120 ДЗМ Восточного административного округа города Москвы были обследованы 874 ребенка, из которых в последствии были отобраны 235 детей, соответствующие критериям включения: возраст от 2,5-х до 6,5 лет, наблюдение в АПЦ ДГП № 120 ДЗМ, посещение детского дошкольного учреждения, относящегося по территориальному признаку к АПЦ ДГП №120 ДЗМ; группа здоровья I или II, отсутствие на момент включения в исследование острой респираторно-вирусной инфекции, согласие родителей. Из них 52% - мальчиков и 48 % девочек.

Диагностический дизайн включал в себя клиническую балльную оценку соматического и неврологического статуса (осмотр врачами специалистами), проведение теста Люшера для определения психоэмоционального состояния, лабораторно-диагностические исследования (клинический анализ крови, иммунологический анализ крови с определением гуморального и клеточного звена иммунитета, индекса завершенности фагоцитоза, мазок из зева,

нейрофизиологическое исследование (ЭЭГ)). После проведенного комплексного обследования дети осматривались врачом педиатром, и определялась группа здоровья. Также проводилось подробное изучение первичной медицинской документации, включая анамнез жизни, перинатальный анамнез; данные адаптационных дневников.

Первый этап исследования включал оценку исходного уровня здоровья детей дошкольного возраста перед поступлением в детское дошкольное учреждение.

Второй этап динамическое наблюдение, осуществлявшееся в течение 6 месяцев врачебно-сестринским персоналом детского дошкольного учреждения и участковой службой. Все дети, включенные в исследование, были комплексно обследованы в поликлинике по месту жительства до начала наблюдения, через 14 дней, 45 дней, 60 дней, 90 дней и через 180 дней (6 месяцев). Суммарно в течение 6 месяцев наблюдения за детьми было проведено 2049 осмотров, 1410 лабораторных теста, 940 психологических тестов Люшера. Все пациенты, включенные в исследование, на начальном этапе оценены как здоровые (группа здоровья 1 и 2) и проспективно рандомизированы в три основные группы и две контрольные. Рандомизация проводилась случайным образом, методом конвертов. Родителям предлагалось выбрать конверт, внутри которого находился листочек с цифрой. На анкете каждого ребенка отмечался номер, соответствующий цифре, указанной в конверте.

Основную группу составили 152 ребенка.

Дети первой основной группы получали лечебно-профилактическую медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон» - 1ОЭ. Прием препарата осуществлялся по схеме 1 таблетка утром сублингвально или растворяя таблетку в небольшом количестве воды, длительностью 30 дней.

Дети во второй группе получали «γ-амино-β-фенилмасляная кислота» - 2ОГ. Прием препарата осуществлялся в дозировке 1/2 таблетки * 2 раза в день, после еды, в течение 3-х недель.

В третьей группе смешанной коррекции дети получали противовирусную и неврологическую коррекцию вместе - 3ОЭГ.

Две контрольные группы: дети, посещающие детский сад — 1ОК и контрольная группа детей, не посещающих детский сад — 1НК.

В контрольные группы вошли 83 ребенка, из них «неорганизованные» дети (33 ребенка) не посещали детские дошкольные учреждения. Эта группа была набрана из детей, наблюдавшихся в той же детской городской поликлинике, что и основная группа, но по той или иной причине на период исследования неоформленные в дошкольное учреждение. Дети, посещающие детские дошкольные учреждения и не получавшие лечебно - профилактическую медикаментозную коррекцию составили контрольную группу «организованных детей» (50 человек).

Таблица 36 - Распределение 235 пациентов на группы

	Основная группа детей, посещающих ДДУ	Контрольная группа детей
Первая	Получали «Эргоферон» n=50	«Неорганизованные» не посещали ДДУ n =33
Вторая	Получали «ГАМК» n=50	«Организованные» посещали ДДУ n=50
Третья	Получали «Эргоферон» и «ГАМК»	- -

Таблица 37 - Распределение наблюдаемых детей по группам

группы	n	Пол	2г6мес - 3года		3г1мес - 4года		4г1мес - 5лет		5л1мес - 6лет		6л1мес - 6л6мес	
			ж/м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
1ОЭ	50	24/26	8/ 16%	7/ 14%	7/ 14%	6/ 12%	4/ 8%	7/ 14%	2/ 4%	5/ 10%	3/ 6%	1/ 2%
2ОГ	50	22/28	3/ 6%	10/ 20%	7/ 14%	5/ 10%	7/ 14%	7/ 14%	5/ 10%	5/ 10%	-/-	1/ 2%
3ОЭГ	52	25/27	5/ 9%	9/ 17%	8/ 15%	6/ 12%	5/ 9%	7/ 14%	6/ 12%	4/ 8%	1/ 2%	1/ 2%
1КО	50	26/24	7/ 14%	9/ 18%	7/ 14%	6/ 12%	5/ 10%	4/ 8%	4/ 8%	2/ 4%	3/ 6%	3/ 6%
1КН	33	15/18	5/ 16%	7/ 21%	3/ 9%	4/ 12%	4/ 12%	3/ 9%	1/ 3%	2/ 6%	2/ 6%	2/ 6%

В ходе работы проведена оценка психосоматического статуса детей на фоне приема различных терапевтических режимов и корреляции этих показателей с лабораторными данными. Для удобства анализа и достоверности статистической обработки была введена количественная шкала оценки клиническо – анамнестических данных.

Анализировались следующие показатели, оцененные в баллах (0-1):

1. социальный – семейный анамнез (полная/неполная семья, члены семьи, проживающие с ребенком, материальное положение, условия быта (игрушки, одежда, наличие/отсутствие отдельной комнаты, ночной сон в постеле с родителями/ в своей кроватке), профессиональная занятость/ незанятость родителей, образование родителей, время, проводимое в детском саду);
2. перинатальный фон (оценивался ретроспективно по данным амбулаторных карт) включал - антенатальный период (наличие/ отсутствие патологии в период беременности: УЗИ-скрининг, биохимический скрининг на хромосомные патологии, кардиотокографическое исследование); - интранатальный период (длительность родов, безводный промежуток); - ранний неонатальный период (оценка по шкале Апгар, потеря массы тела, шелушение кожи, конъюгационная желтуха).
3. частота респираторных заболеваний в год
4. клинический показатель - соматическое здоровье (оценивался на основании осмотра врачей специалистов (отоларинголог, офтальмолог, ортопед, стоматолог, педиатр), клиническо-лабораторного обследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, иммунологический анализ крови, мазок из зева, ЭКГ), наличия аллергических реакций, проведения профилактических прививок и определения группы здоровья).
5. неврологическое здоровье (производилась на основании осмотра врача невролога и проведения ЭЭГ).

Таблица 38 – Анализируемые показатели, оцененные в баллах

1.Социально-семейный анамнез		баллы
Семья	полная	0
	неполная	1
Наличие других детей	один ребенок в семье	0
	другие дети в семье	1
Проживание	только с родителями	0
	с бабушками и дедушками	1
Материальное положение семьи	хорошее	0
	удовлетворительное	1
Условия быта	своя постель	0
	в кровати с родителями	1
	отдельная комната у ребенка	0
	вместе с родителями в комнате	1
	игрушки	0
	планшеты/ телефоны	1
	чистая одежда	0
	мятая, запачканная	1
Профессиональная занятость	неработающие	0
	работающие	1
Образование родителей	Высшее, среднее специальное, неполное высшее	0
	Отсутствие образования	1
Время, проводимое в детском саду	Не более 8 часов	0
	Более 8 часов	1
Итого	0-4	0
	5-8	0,5
	9-11	1
2.Перинатальный фон		баллы
Антенатальный период (Течение беременности)	без патологии	0
	Наличие патологии	1
Интранатальный период	Длительность родов (у первородящих) – 8-12 часов	0
	Длительность родов (у первородящих) менее 8 и более 12 часов	1
	Длительность родов (у повторнородящих) – 3-7 часов	0
	Длительность родов (у повторнородящих) менее 3 и более 7 часов	1
	Безводный промежуток до 9 часов	0
	Безводный промежуток более 9 часов	1
	Ранний неонатальный период	Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов
	Оценка по шкале Апгар менее 8	1

	баллов	
	Потеря массы тела 8-10%	0
	Потеря массы тела больше 10%	1
	Незначительное шелушение кожи	0
	Обильное шелушение кожи	1
	Конъюгационная желтуха до 7-10 дней	0
	Конъюгационная желтуха более 10 дней	1
Итого	0-3	0
	4-5	0,5
	6-7	1
3.Заболеваемость		баллы
Частота респираторных заболеваний в год	Очень редко (менее 3-4 раз в год)	0
	Редко (4-5 раза в год, причем сезонно (весна-осень), когда повышается уровень общей заболеваемости)	0,5
	Часто (более 6 раз в год или чаще 1 раза в месяц в период с октября по май)	1
4.Клинический показатель		баллы
Заключение отоларинголога	Здоров	0
	Аденоиды 1 степени/ гипертрофия небных миндалин 1 степени	1
Заключение офтальмолога	Здоров	0
	Миопия слабой степени	1
Заключение ортопеда	Здоров	0
	Плосковальгусные стопы	1
Заключение стоматолога	Полость рта санирована	0
	Кариес	1
Заключение педиатра (ИМТ, цвет кожных покровов и слизистых, АД)	Здоров	0
	Избыток/дефицит массы тела	1
Клинический анализ крови	Без патологии	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
Общий анализ мочи	Без патологии	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
Иммунологический анализ крови	Без патологии	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
ЭКГ	Соответствует возрасту	0
	Отклонения без клинических проявлений	1
Мазок из зева	Норма	0
	Изменения, без клинических проявлений	1
Аллергоanamнез (пищевая, лекарственная аллергия)	нет	0
	есть	1

Профилактические прививки	По возрасту	0
	По индивидуальному графику	1
Группа здоровья	первая	0
	вторая	1
Итого	0-4	0
	5-9	0,5
	10-13	1
5. Неврологическое здоровье		баллы
Данные ЭЭГ	Без патологии	0
	Дезорганизация биоэлектрической активности	0,5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	1
Заключение невролога	Здоров	0
	Функциональные нарушения	1
Итого	0-0,5	0
	1	0,5
	1,5-2	1

Каждый из 5 анализируемых показателей (социальный анамнез, неврологическое здоровье, клинический показатель - соматическое здоровье, перинатальный фон, частота заболеваемости) оценивался на основании предложенной нами бальной шкалы 0 баллов-0,5 балла и 1 балл, с максимальным количеством баллов - 5. За наличие каждого признака и в зависимости от степени его проявления дети получали 0 баллов, 0,5 балла или 1 балл, т. е 0 баллов имели благополучные и здоровые пациенты, а 5 – самые дисфункциональные и депривированные.

Для удобства статистической обработки теста Люшера нами была выработана бальная оценка определенных предпочтения цветов, с учетом важности цвета и его позиции.

Данная бальная оценка позволила объективно верифицировать эмоционально – волевой и психофизиологический уровень каждого ребенка в динамике. Чем больше баллов получали дети по тесту Люшера, тем выраженнее были нарушение психоадаптивного состояния. Минимальное количество баллов составило 4 балла, а максимальное количество баллов соответствовало 16.

Таблица 39 - Бальное соответствие комбинации преферентных цветных карточек, расположенных на разных позициях

Сочетания карточек	Бальное соответствие цвета по позициям			
	I	II	III	IV
зеленый+синий	1	2	3	4
зеленый/синий+ желтый/ красный	1,5	1,5	3,5	3,5
зеленый/синий+ серый/фиолетовый	2	2,5	2	3
Зеленый/синий+ коричневый/черный	2,5	3	2,5	2,5
желтый+красный	2	1	4	3
желтый/красный+ зеленый/синий	1,5	1,5	3,5	3,5
желтый/красный+ серый/фиолетовый	2,5	2	2,5	2,5
серый/фиолетовый+ коричневый/черный	3	2,5	3	2
серый+фиолетовый	3	3	1	2
серый/фиолетовый+ зеленый/синий	2	2,5	2	3
серый/фиолетовый+ желтый/ красный	2,5	2	2,5	2,5
серый/фиолетовый+ коричневый/черный	3,5	3,5	1,5	1,5
коричневый+черный	4	4	2	1
коричневый/черный+ зеленый/синий	2,5	3	2,5	2,5
коричневый/черный+ желтый/ красный	3	2,5	3	2
коричневый/черный+ серый/фиолетовый	3,5	3,5	1,5	1,5

В результате проведенного исследования установлено, что состояние здоровья детей дошкольного возраста на период поступления в детское образовательное учреждение и в течение важнейшего периода первичной адаптации имело определенную тенденцию, а именно:

- Все пациенты, включенные в исследование, на начальном этапе были оценены как здоровые (группа здоровья 1 и 2).

1. Первоначальная бальная оценка клинического показателя:

10Э = 1,48 ± 0,9;

2ОГ = 1,33 ± 0,8;

3ОЭГ = 1,37 ± 0,84 балла

У пациентов контрольной группы

1КО = 0,98 ± 0,42,

1КН = 1,35 ± 0,78.

Достоверной разницы между группами не выявлялось, что подтверждало, в целом, их идентичность и нормальное состояние здоровья наблюдаемых детей.

Таблица 40 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне разных терапевтических режимов через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев наблюдения в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка клинического показателя (0-5 баллов) Норма до 1,5 баллов.			
Группа, принимающая «Эргоферон» (1ОЭ)	1,48 ± 0,9	2,61 ± 0,4 *	2,44 ± 0,7 *	1,74 ± 0,53
Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	1,33 ± 0,8	0,71 ± 0,23 *	0,94 ± 0,3	0,81 ± 0,38
Группа, смещенной коррекции (3ОЭГ)	1,37 ± 0,84	0,93 ± 0,36 *	0,91 ± 0,8	0,88 ± 0,41
Контроль с посещением дет. сада (1КО)	1,35 ± 0,78	2,5 ± 0,9 *	2,8 ± 0,9 *	2,23 ± 0,67
Контроль без посещения дет. сада (1КН)	0,98 ± 0,42	1,3 ± 0,53	1,04 ± 0,7	1,01 ± 0,56

* достоверность (P < 0,05 между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

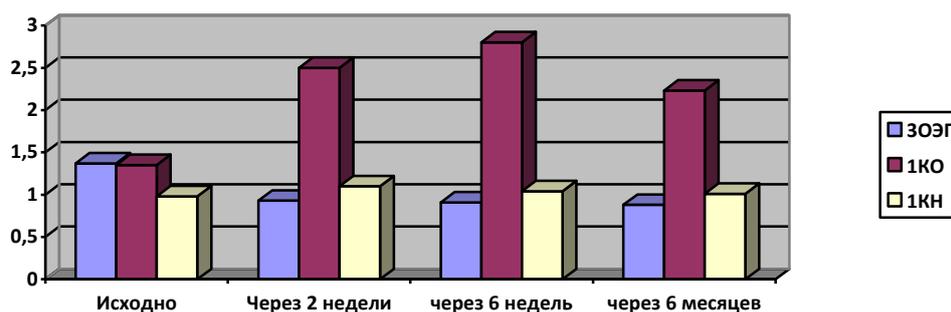


Диаграмма 7 - Динамика балльной оценки клинического показателя на фоне разных терапевтических режимов через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев наблюдения в сравнении с контрольными группами

Анализируя таблицу № 40 и диаграмму №7, отметим, что на начальном этапе достоверной разницы между группами не выявлялось, что подтверждало, в целом, их идентичность и нормальное состояние здоровья наблюдаемых детей. При динамическом наблюдении в 1ОЭ группе и у детей контрольной группы, посещающих детский сад (1КО), через 6 недель наблюдалось повышение клинического показателя, при этом дети, получающие «Эргоферон» реже болели респираторными инфекциями, чем дети контрольной группы. Через 6 месяцев отклонения клинического показателя от референсных значений так же сохраняются в 1ОЭ группе и в 1КО группе. В 1КО группе данный показатель в динамике превышал референсные значения в 1,5 раза, что клинически проявлялось в увеличении частоты заболеваемости респираторными инфекциями и их длительности.

При этом у группы детей, получавших « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты» клинический показатель в течение всего периода наблюдения оставался в пределах референсных значений, а так же частота заболеваемости респираторно-вирусными инфекциями была ниже в 2ОГ группе в 1,12 раз при сравнении с 1ОЭ группой, в 1,7 раз при сравнении с контрольной группой и 3ОЭГ 2,2 раза и в 2,5 раза соответственно.

2. Показатели психологического тестирования (теста Люшера)

Исходно средние показатели психологического тестирования (теста Люшера) по

группам составляли:

$$1ОЭ = 5,83 \pm 1,8;$$

$$2ОГ = 6,2 \pm 2,3;$$

$$3ОЭГ = 6,01 \pm 2,6;$$

в контрольных группах

$$1КО = 6,1 \pm 2,4$$

$$1КН = 5,6 \pm 1,7 .$$

Анализ полученных результатов показал, что данный показатель соответствует референсным значениям или находится на верхней границе нормы как в трех основных группах, так и в двух контрольных группах детей, что делает эти группы сопоставимыми.

Ниже представлена таблица балльной оценки теста Люшера на фоне разных терапевтических режимов.

Таблица 41 - Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне разных терапевтических режимов через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев наблюдения в сравнении с контрольными группами

ГРУППЫ	Исходно	Через 2 недели	Через 6 недель	Через 6 месяцев
	Оценка теста Люшера (от 4 до 16 баллов). Норма 4-6 баллов			
Группа, принимающая «Эргоферон» (1ОЭ)	5,83 ± 1,8	8,1 ± 1,5	7,7 ± 1,3	6,8 ± 1,1
Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	6,2 ± 2,3	5,66 ± 1,2 *	5,9 ± 1,8	5,8 ± 0,7
Группа, смешенной коррекции (3ОЭГ)	6,01 ± 2,6	4,51 ± 0,9 *	5,8 ± 2,2 *	5,2 ± 1,6
Контроль с посещением дет. сада (1КО)	6,1 ± 2,4	12,8 ± 1,8	13,5 ± 2,21 *	8,72 ± 1,9
Контроль без посещения дет. сада (1КН)	5,6 ± 1,7	5,8 ± 1,1	5,3 ± 0,9	4,95 ± 1,03

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

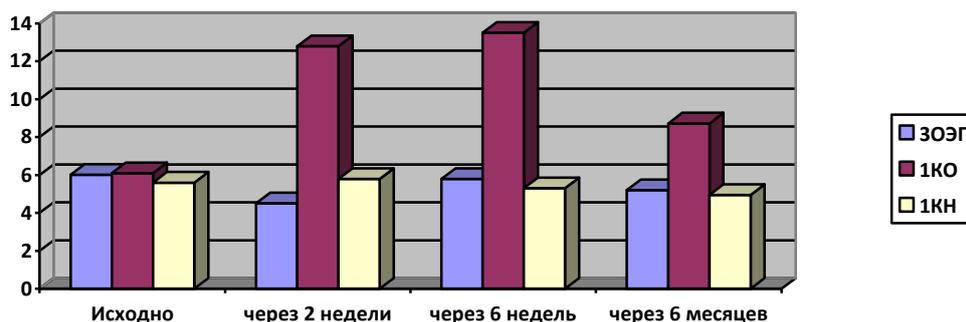


Диаграмма 8 - Динамика балльной оценки теста Люшера на фоне разных терапевтических режимов через 2 недели, через 6 недель и через 6 месяцев наблюдения в сравнении с контрольными группами

При динамическом наблюдении за детьми 1ОЭ группы балльное значение психоэмоционального теста превышало референсные значения уже через 2 недели, и практически не менялось при дальнейшем наблюдении. И лишь через 6 месяцев наблюдения имело значение, сопоставимое с начальными данными, что подтверждает психоэмоциональное напряжение в течение всего периода адаптации.

В 2ОГ и 3ОЭГ группах балльное значение психоэмоционального теста сохранялось в пределах референсных значений и имело тенденцию к улучшению в течение всего периода наблюдения, что подтверждало минимизацию психоэмоционального напряжения на фоне лечебно-профилактической коррекции.

Дети же контрольной группы, посещающие детский сад уже через 2 недели имели негативные значения психоэмоционального теста почти в 2 раза превышающие референсные показатели, с последующей тенденцией к повышению через 6 недель. И через 6 месяцев показатели теста Люшера так же превышали нормальные значения, что подтверждало психоэмоциональное напряжение в течение всего периода наблюдения.

3. Корреляционный анализ клинического показателя и теста Люшера

Методом корреляции была прослежена зависимость двух величин: клинического показателя (заключение врачей специалистов, клиничко-

лабораторное обследование, наличия аллергических реакций, проведения профилактических прививок и определения группы здоровья, оцененное в баллах) и теста Люшера в условиях первичной социализации, где коэффициент корреляции Пирсона позволил определить наличие линейной связи между полученными значениями и оценить силу корреляционной связи с помощью таблицы Чеддока.

Таблица 42 - Корреляционный анализ клинического показателя и теста Люшера

Группы	1ОЭ			2ОГ			3ОЭГ			1КО			1КН		
	Через 2нед.	Через 6нед.	Через 6мес.												
Коэффициент корреляции, r	0,91	0,95	0,87	0,84	0,96	0,85	0,97	0,77	0,95	0,87	0,95	0,97	0,81	0,96	0,94

Анализируя Таблицу № 42, видим, что во всех группах наблюдается положительный коэффициент корреляции ($r = 0,77 - 0,97$), что находит свое отражение в прямой зависимости показателей клиники и теста Люшера. А именно:

В первой основной группе (1ОЭ) через 2 недели отмечалось ухудшение психоэмоционального состояния (с $5,83 \pm 1,8$ до $8,1 \pm 1,5$) параллельно ($r = 0,91$) с повышением бальной оценки клинического показателя (с $1,48 \pm 0,8$ до $2,61 \pm 0,4$ ($p=0,024$)). Через 6 недель наблюдалось незначительное улучшение, как по клиническому показателю (с $2,61 \pm 0,4$ ($p=0,024$) до $2,44 \pm 0,7$ ($p=0,033$)), так и по тесту Люшера (с $8,1 \pm 1,5$ до $7,7 \pm 1,3$ ($r = 0,95$)). Через 6 месяцев сохранялась положительная тенденция, проявляющаяся в улучшении, как клинического показателя, так и теста Люшера, что подтверждает корреляцию между этими показателями ($r = 0,87$).

Во второй основной группе (2ОГ) через 2 недели отмечено улучшение психоэмоционального состояния (с $6,2 \pm 2,3$ до $5,66 \pm 1,2$, $p=0,187$) параллельно со снижением (улучшением) показателей клинической оценки (с $1,33 \pm 0,8$ до $0,71 \pm 0,23$ ($p=0,042$)), $r=0,84$. Через 6 недель незначительно повышался, как клинический показатель, так и тест Люшера ($r=0,96$). Через 6 месяцев

наблюдалась выявленная ранее положительная динамика, оба показателя соответствовали референсным значениям, с положительной прямой корреляцией между клиническим показателем и тестом Люшера ($r=0,85$).

В третьей основной группе (ЗОЭГ) через 2 недели наблюдалось улучшение психоэмоционального состояния (с $6,01 \pm 2,6$ до $4,51 \pm 0,9$ ($p=0,021$)) параллельно со снижением (улучшением) показателей клинической оценки ($r = 0,97$). Через 6 недель клинический показатель и значение психоэмоционального теста имели значения, соответствующие референсным ($r = 0,77$). Также через 6 месяцев показатели клиники и теста Люшера соответствовали референсным значениям и коррелировали друг с другом ($r = 0,95$).

У детей в контрольных группах также отмечалась положительная корреляция между показателями клиники и теста Люшера, как посещающих дошкольное учреждение ($r = 0,87$; $r = 0,95$; $r = 0,97$), так и не посещающих его ($r = 0,81$; $r = 0,96$; $r = 0,94$).

4. Оценка показателей иммунологии крови

Оценка показателей иммунологии крови на начальном этапе показала, что иммунологический анализ крови детей трех основных, а также двух контрольных групп не имели изменений ни в гуморальном, ни в клеточном звене иммунитета, что соответствовало их соматическому состоянию здоровья и подтверждало сопоставимость всех групп на начальном этапе.

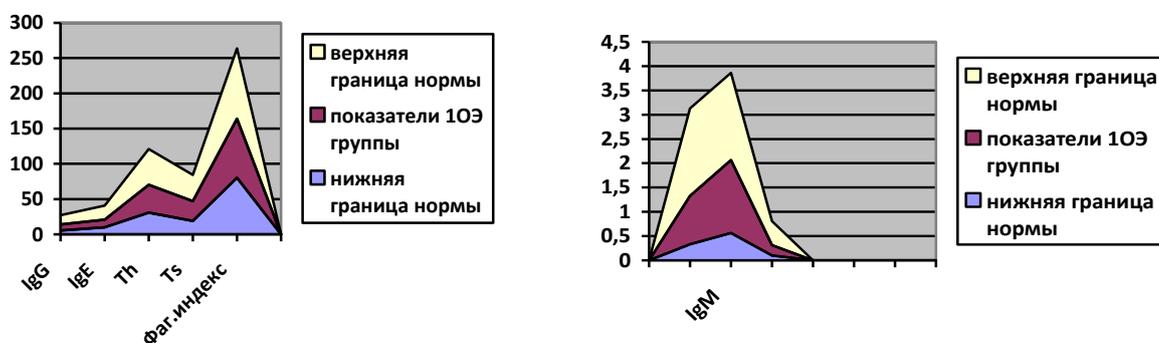


Диаграмма 9, 10 - Иммунологические показатели крови в первой основной группе относительно референсных значений в начале исследования

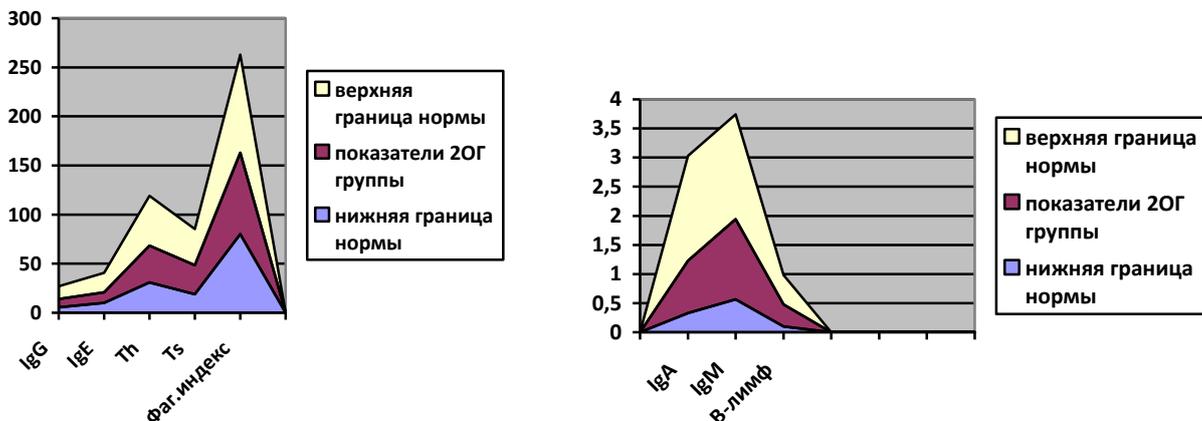


Диаграмма 11, 12 - Иммунологические показатели крови во второй основной группе относительно референсных значений в начале исследования

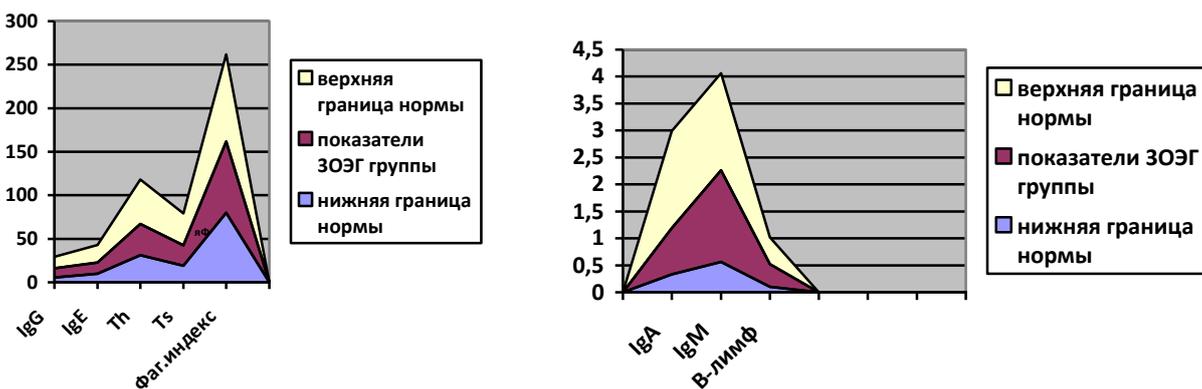


Диаграмма 13, 14 - Иммунологические показатели крови в третьей основной группе относительно референсных значений в начале исследования

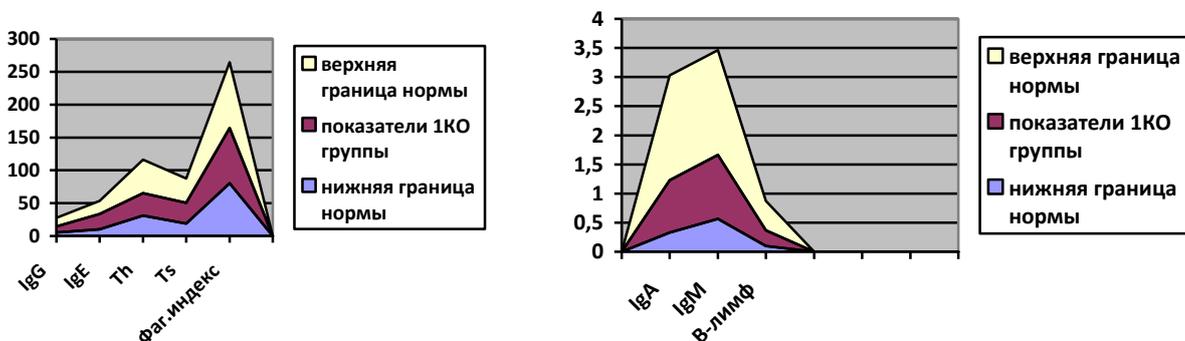


Диаграмма 15,16 - Иммунологические показатели крови в контрольной группе организованных детей относительно референсных значений в начале исследования

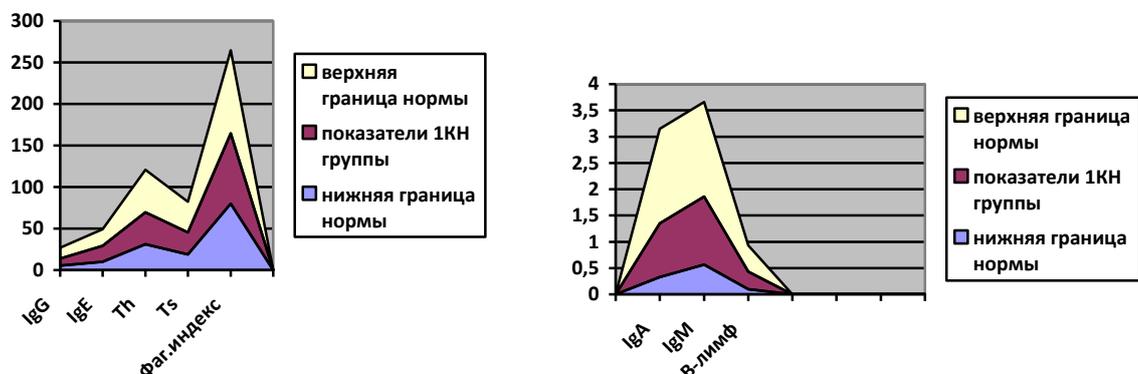


Диаграмма 17, 18 - Иммунологические показатели крови в контрольной группе неорганизованных детей относительно референсных значений в начале исследования

Лабораторные иммунологические тесты выявили следующие изменения гуморального и клеточного звена:

- незначительное снижения уровня иммуноглобулина А у 24 пациентов (10%);
- повышения уровня иммуноглобулина G у 17 детей (7%);
- повышение уровня иммуноглобулина E, без клинических проявлений у 9 пациентов (3,8%);
- у всех наблюдаемых нами детей уровень иммуноглобулина М был в пределах возрастных показателей;
- в клеточном звене выявлялось:
 - нарушение соотношение разных типов Т-лимфоцитов у 41 пациента (17,5%)
 - изменение количества В - лимфоцитов (до 0,09 на $10 \times 9 / л$) у 16 детей (6,8%) при референсном значении (0,1 -0,5).

Ниже представлена таблица динамического наблюдения за иммунологическими показателями крови на фоне разных терапевтических режимов через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами.

Таблица 43 - Динамика лабораторных показателей иммунологического анализа крови на фоне разных терапевтических режимов через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы	показатели	Референсные значения	1ОЭ	2ОГ	3ОЭГ	1КО	1КН
Исходно	IgG,г/л	5,53-13,07	8,5 ± 1,6	8,3 ± 1,6	10,6 ± 1,3	8,9 ± 1,05	8,5 ± 1,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,0 ± 0,36	0,9 ± 0,3	0,86 ± 0,2	0,9 ± 0,4	1,02 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,5 ± 0,7	1,38 ± 1,1	1,7 ± 0,3	1,1 ± 0,3	1,3 ± 1,4
	IgE,МЕ/л	10-50	10,9 ± 1,8	10,7 ± 2,4	12,8 ± 2,1	23,6 ± 0,7	19,3 ± 1,1
	Th,%	31-51	39,1 ± 1,4	37,2 ± 3,1	36,1 ± 1,7	34,3 ± 1,6	38,7 ± 1,9
	Ts,%	19-37	28,2 ± 2,5	29,4 ± 1,2	23,4 ± 3,1	31,7 ± 2,3	26,2 ± 2,05
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,21 ± 0,09	0,38 ± 0,21	0,42 ± 0,11	0,27 ± 0,15	0,33 ± 0,12
	Фагинд.	80-100	83,9 ± 3,4	82,9 ± 3,2	81,9 ± 3,5	84,4 ± 2,8	84,8 ± 3,2
Через 6 недель	IgG,г/л	5,53-13,07	9,6 ± 1,5 *	8,7 ± 1,2	12,1 ± 0,6	13,6 ± 2,1 *	8,8 ± 1,6
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,18 ± 0,3 *	0,96 ± 0,4	1,1 ± 0,4 *	0,43 ± 0,08 *	0,98 ± 0,4
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,8 ± 1,2	1,47 ± 0,8	1,5 ± 1,8	1,3 ± 0,2	1,7 ± 2,2
	IgE,МЕ/л	10-50	12,6 ± 1,7	16,7 ± 2,3	10,3 ± 0,7	24,8 ± 2,6	16,9 ± 1,2
	Th,%	31-51	41,3 ± 0,9	35,4 ± 1,8	42,5 ± 0,9	33,4 ± 1,8	33,2 ± 1,7
	Ts,%	19-37	32,6 ± 0,8	26,3 ± 0,9	27,1 ± 1,4	28,3 ± 3,1	22,7 ± 2,3
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,34 ± 0,13	0,34 ± 0,18	0,47 ± 0,02	0,28 ± 0,07	0,27 ± 0,08
	Фагинд.	80-100	85,7 ± 2,5	76,9 ± 3,4	86,4 ± 3,3	76 ± 2,3	83,1 ± 3,3
Через 6 месяцев	IgG,г/л	5,53-13,07	11,4 ± 1,4 *	8,5 ± 1,4	12,3 ± 0,7	12,1 ± 1,8 *	9,02 ± 0,8
	IgA,г/л	0,329-1,799	1,25 ± 0,6 *	0,93 ± 1,02	1,53 ± 1,4	0,61 ± 0,05 *	1,2 ± 0,3
	IgM,г/л	0,563-2,184	1,7 ± 0,4	1,39 ± 0,6	1,69 ± 0,9	1,38 ± 0,6	1,5 ± 0,8
	IgE,МЕ/л	10-50	15 ± 2,7	12,5 ± 1,7	10,2 ± 0,8	22,5 ± 1,9	20,3 ± 2,2
	Th,%	31-51	43,4 ± 3,2	39,1 ± 0,8	46,3 ± 0,6	31,4 ± 1,2	35,4 ± 1,3
	Ts,%	19-37	36,7 ± 2,6	24,7 ± 1,9	28,2 ± 1,3	22,3 ± 1,1	26,3 ± 1,37
	В-лимф 10*9/л	0,1-0,5	0,37 ± 0,6	0,22 ± 0,3	0,31 ± 0,09	0,31 ± 0,08	0,29 ± 0,04
	Фагинд.	80-100	88,3 ± 2,5	78,1 ± 1,4	87,4 ± 3,2	78 ± 1,6	85,6 ± 1,7

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Th – Т- хелперы; Ts – Т- супрессоры

Анализ основных групп показал:

- в лабораторных данных 1ОЭ группы, так же как и в 3ОЭГ группы выявлено повышение уровня IgG, IgA и фагоцитарного индекса активности гранулоцитов, что связано с фармакодинамикой препарата «Эргоферон», а соответственно дети этой группы реконвалесцировали в среднем в 2 раза быстрее по сравнению с контрольной.

- лабораторные показатели 2ОГ группы и у детей контрольной группы, не посещающих дошкольное учреждение (1КН) на протяжении наблюдения оставались в пределах референсных значений.

- в лабораторных показателях контрольной группы «организованных» детей (1КО) через 6 недель было отмечено повышение Ig G до $13,6 \pm 1,2$, при норме 5,53-13,07 ($P=0,041$) и снижение Ig A до $0,43 \pm 0,08$, при норме 0,329-1,799 ($P=0,037$), фагоцитарного индекса $76 \pm 2,3$ (при норме 80-100). Также было отмечено снижение показателей клеточного иммунитета (Т-лимфоцитов и В- лимфоцитов). Через 6 месяцев показатель Ig G составил $12,1 \pm 1,8$ ($P=0,028$), Ig A - $0,61 \pm 0,05$ ($P=0,023$), фагоцитарный индекс $78 \pm 1,6$ (при норме 80-100), показатели клеточного иммунитета (Т- и В-лимфоциты) так же снизились, относительно первоначальных данных, что клинически проявлялось в повышении заболеваемости. Отметим, что несмотря на некоторые изменения в иммунологических показателях крови достоверной разницы результатов в процессе адаптации получено не было.

5. Оценка степени микробной контаминации слизистой оболочки носоглотки

По данным микробиологического обследования зева - 182 ребенка имели нормальный рост микрофлоры, а 53 ребенка (22,6%) - изменения микробиоциноза зева без клинических проявлений, а именно:

у 22 человек (9,4%) - умеренный рост *St. Aureus*

у 9 детей (3,8%) - умеренный рост *Moraxella catar.*

у 14 детей (6%) - умеренный рост *Str. Pneumoniae*

у 8 человек (3,4%) - скудный рост *Str. Pneumoniae*

Таблица 44 - Динамика показателей микрофлоры слизистой оболочки носоглотки на фоне разных терапевтических режимов через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		1ОЭ		2ОГ		3ОЭГ		1КО		1КН	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Исходно	Нормальный рост микрофлоры	39	78	34	74	44	84	38	76	24	73
	St. Aureus, Умер. Рост.	3	6	5	10	3	6	6	12	5	15
	Moraxella catarr. Умер. Рост	2	4	2	4	2	4	2	4	1	3
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	3	6	4	8	2	4	3	6	2	6
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	3	6	2	4	1	2	1	2	1	3
Через 6 недель	Нормальный рост микрофлоры	40	80	36	72	45	86	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	3	6	4	8	2	4	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	2	4	3	6	3	6	3	6	4	12
	Moraxella catarr. Умер. Рост	1	2	2	4	0	0	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	1	2	3	6	1	2	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	3	6	2	4	1	2	0	0	1	3
Через 6 месяцев	Нормальный рост микрофлоры	42	84	38	76	46	88	37	74	25	76
	St. Aureus, Умер. Рост.	1	2	2	4	0	0	6	12	2	6
	St. Aureus, Скудный рост	3	6	4	8	2	4	3	6	4	12
	Moraxella catarr. Умер. Рост	1	2	2	4	1	2	1	2	0	0
	Str. Pneumoniae, Умер. Рост.	2	4	2	4	1	2	3	6	1	3
	Str. Pneumoniae, Скудный рост	1	2	2	4	2	4	0	0	1	3

В динамике за весь период наблюдения, как в трех основных, так и в двух контрольных группах выявлены незначительные изменения микрофлоры слизистой ротоглотки, что указывает на то, что микрофлора слизистой ротоглотки на протяжении наблюдения за детьми в периоде адаптации, значимо не изменялась. В первой основной группе (1ОЭ) за период наблюдения рост нормальной микрофлоры увеличился с 78% до 84%. Во второй основной группе (2ОГ) - с 74% до 76%. В третьей основной группе (3ОЭГ) - увеличился с 84% до

88%. В контрольных группах: 1КО снизился на 2% с 76% до 74%, 1КН увеличился с 73% до 76%.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что степень микробной контаминации слизистой оболочки носоглотки вносит незначительную «лепту» в частоту заболеваемости детей, что логично указывает на факт превалирования вирусных инфекций в процессе адаптации у детей.

6. Анализ ЭЭГ

По данным анализа ЭЭГ у 38 пациентов (16,2%), выявлялись незначительные изменения в виде легкой дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга и ирритации подкорково – стволовых структур, которые клинически проявлялись в эмоциональной лабильности, гиперактивности, утомляемости, невнимательности и диссомнии. В течение всего периода наблюдения данных за пароксизмальные формы активности, фокальное замедление корковой ритмики выявлено не было. Признаков эпилептиформной активности зарегистрировано не было.

Таблица 45 - Динамика нейрофизиологического исследования на фоне разных терапевтических режимов через 6 недель и через 6 месяцев в сравнении с контрольными группами

Группы		1ОЭ	2ОГ	3ОЭГ	1КО	1КН
Исходно	Нормальная ЭЭГ	43	43	43	43	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	4	4	5	3	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	3	3	4	4	3
Через 6 недель	Нормальная ЭЭГ	42	44	45	41	25
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	4	3	3	4	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	4	3	4	5	3
Через 6 месяцев	Нормальная ЭЭГ	40	46	47	39	24
	Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	5	1	2	6	5
	Ирритативные нарушения подкорково-стволовых структур	5	3	3	5	4

Анализируя полученные результаты в динамике, можно отметить:

У детей первой основной группы (1ОЭ) выявленные изменения по данным ЭЭГ сохранялись (у 14%) и имели отрицательную динамику (у 6%) в виде дезорганизации основного ритма, а также в виде дисфункции мезенцефальных и стволовых структур головного мозга, что клинически проявлялось:

- эмоциональной лабильностью и астенией (8%);
- снижением и/или отсутствием аппетита (7%);
- нарушением дневного и ночного сна (3%);
- головными болями (1%);
- задержкой темпов развития активной речи (2%);
- ухудшения памяти и внимания (6%);
- появление навязчивых движений (2%).

Во второй основной группе, на фоне приема « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты», на ЭЭГ отмечена положительная динамика в виде организации основного ритма, снижения β - активности у 6% детей по сравнению с первоначальными данными.

В этой группе дети имели хороший аппетит и сон, активно участвовали в играх.

В третьей основной группе, на фоне приема «Эргоферона» и « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты» вместе, отмечена положительная динамика у 8% детей в виде организации основного ритма и снижения β - активности.

Дети этой группы так же были более коммуникабельны, участвовали в играх, имели хорошие показатели сна и аппетита.

У контрольной группы «неорганизованных» детей достоверного прогрессирования ранее выявленных изменений выявлено не было.

Из 33 детей, у 8 человек (24%) по данным ЭЭГ были выявлены признаки дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга (15%) и ирритации мезенцефальных и стволовых структур (9%).

Спустя 6 месяцев наблюдения (в отсутствии медикаментозной терапии), у этих 24% были выявлены те же изменения, без прогрессирования. Клинически они выражались гиперактивностью (6%), раздражительностью (3%), снижением памяти и внимательности (17%).

У контрольной группы «организованных» детей, то есть детей, посещающих дошкольное учреждение, ранее выявленные изменения по данным ЭЭГ прогрессировали и проявлялись в виде умеренной дезорганизации основного ритма, повышении β - активности, нарастанием количества медленных волн в фоновой записи.

В течение всего периода наблюдения у 14% детей сохранялись выявленные нарушения в виде:

- снижения аппетита (8%);
- ночных пробуждений (6%);
- астении (11%);
- гиперактивности (7%).

У 8% детей этой группы выявленные изменения прогрессировали и клинически усугублялись, приводя к регрессу полученных навыков (5%), задержке темпов развития (3%).

7. Частота заболеваемости и ее продолжительность

Таблица 46 - Частота заболеваемости в в разных группах при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа, принимающая «Эргоферон» (1ОЭ)	Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	Группа смешанной коррекции (3ОЭГ)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Частота заболевания (количество раз)	7,8±1,2	6,8±0,5 *	5,2±0,9 *	11,6±2,8	6,3±1,4

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

Таблица 47 - Заболеваемость при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев

Группы	Группа, принимающая «Эргоферон» (1ОЭ)	Группа, принимающая «ГАМК» (2ОГ)	Группа смешанной коррекции (3ОЭГ)	Контрольная группа «Организованные» (1КО)	Контрольная группа «Неорганизованные» (1КН)
Общая продолжительность заболеваний (количество дней)	47,6 ± 2,1	39,4 ± 2,1 *	27,6 ± 0,8 *	103,3 ± 1,6	35,3 ± 1,7
Длительность одного случая заболевания, в днях	6,1 ± 1,8	5,8 ± 1,3	5,3 ± 1,3	12,8 ± 2,7	5,6 ± 1,1
Наступление первого эпизода болезни, день	8,3 ± 1,6	15,4 ± 2,1	23,1 ± 1,8	4,2 ± 1,1 *	34 ± 3,3

* достоверность ($P < 0,05$ между показателями в начале исследования и на протяжении 180 дней)

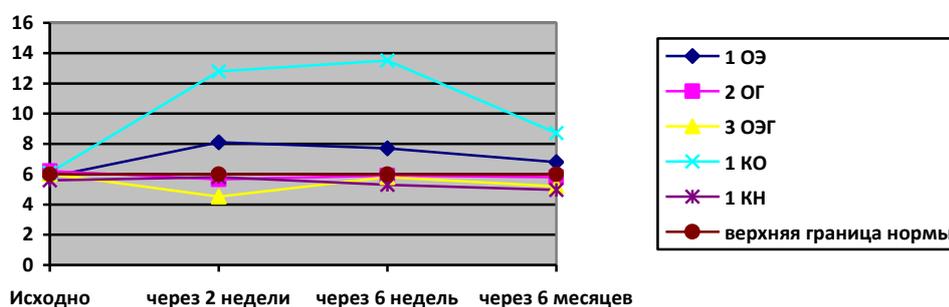


Диаграмма 19 - Динамика эффективности разных типов коррекции по психоэмоциональному состоянию

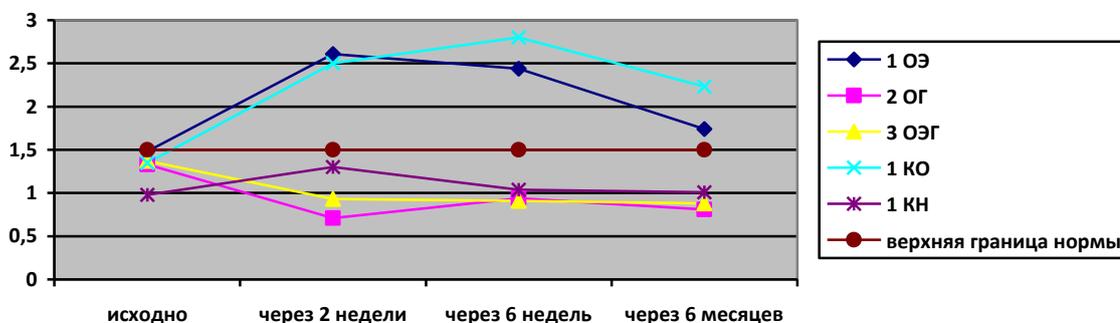


Диаграмма 20 - Динамика эффективности разных типов коррекции по клиническому показателю

Анализируя Таблицу №46, Таблицу №47, Диаграммы №19, №20 можно отметить:

1. первый эпизод болезни у детей контрольной группы организованных детей наступал на $4,2 \pm 1,1$ день адаптации, а за 6 месяцев наблюдения было зафиксировано $11,6 \pm 2,8$ случаев заболевания (чаще вирусными инфекциями), то есть в среднем 2 раза в месяц.
2. группа, принимающая « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» имела несколько более высокий уровень заболеваемости, по сравнению с группой, принимающей комбинированную коррекцию, но в 1,7 раза ниже, чем в контрольной группе детей, посещающих детский сад.
3. самый низкий уровень заболеваемости отмечался у детей из группы, получавших коррекцию « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» и «Эргоферон» вместе ($5,2 \pm 0,9$), а соответственно более благоприятную адаптацию.
4. изменения показателей у детей контрольной группы, не посещающих детский сад (1КН) достоверно не отличались от исходных данных.

В процессе наблюдения за детьми в основных группах, получающих медикаментозную коррекцию, было зарегистрировано 5 случаев абдоминальных болей, что составило 3,3% детей, среди которых 2 случая были зарегистрированы во второй основной группе (на фоне приема « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид») и 3 случая - в третьей основной группе (на фоне приема комбинированной коррекции « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид» и «Эргоферона» вместе), что при детальном анализе было связано с нарушениями в режиме приема препарата « γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид». Впоследствии, выявленные нарушения, были нивелированы и, в дальнейшем, нежелательных явлений зарегистрировано не было.

ВЫВОДЫ

1. Детальная оценка психосоматического здоровья детей дошкольного возраста (от 2,5 до 6,5 лет) до начала посещения детского сада показала, что большинство из них имеют I или II группу здоровья и по тесту Люшера демонстрируют показатели, близкие к верхней границе нормы.
2. По результатам проведенного комплексного психосоматического обследования и наблюдения выявлен ведущий эмоционально-психологический фактор, который является определяющим в генезе нарушений в процессе адаптации детей дошкольного возраста в условиях первичной социализации. Верифицировано, что повышение частоты респираторных инфекций и дизадаптивных нарушений у детей в первые 6 месяцев посещения дошкольного учреждения не коррелируется с показателями иммунологического статуса, а определяется состоянием психоэмоционального статуса.
3. Дети из контрольной группы, не получающие медикаментозного сопровождения в период первичной социализации, ухудшили свои первоначальные показатели неврологического и соматического статусов в 1,7 раз, а психоэмоционального состояния – более чем в 2 раза (2,2 раза). Частота заболеваемости увеличилась практически в 2 раза (1,84 раза) по сравнению с исходными данными, то есть дети контрольной группы болели в среднем 2 раза в месяц.
4. Показатели неврологического и соматического статуса при применении «ГАМК» в условиях первичной социализации имели достоверную тенденцию к улучшению по сравнению с исходными данными. Отмечена также положительная динамика, по данным электроэнцефалографии, в виде уменьшения дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга.. Частота заболеваемости у этой группы детей была в 1,7 раза ниже, чем в контрольной группе, посещающих ДДУ без коррекции.
5. Верифицировано, что применение сочетанной коррекции («ГАМК» и

«Эргоферон») обеспечивает более благоприятную адаптацию для детей дошкольного возраста, способствует профилактике заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями более чем в 2 раза (2,2 раза) и сокращению продолжительности течения каждого эпизода респираторного заболевания в 2,4 раза, обеспечивая физическую, психическую и эмоциональную стабильность. Период реконвалесценции в этой группе был в среднем в 2 раза (1,92 раза) быстрее, по сравнению с контрольной группой, посещающей детский сад (1КО).

7. Доказано, что влияние на психо-эмоциональный фактор в процессе адаптации и проводимые профилактические меры у детей в начальный период социализации не только уменьшает частоту и длительность респираторных эпизодов, но и превентивуют неврологические проявления дизадаптивного синдрома.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Внедрение в амбулаторно – поликлиническую службу модифицированного и верифицированного метода оценки психоэмоционального состояния (бальной оценки теста Люшера) позволяет своевременно выделить когорту детей, угрожаемых по неблагоприятному течению адаптации.
2. Разработанный алгоритм комплексной оценки и терапевтической поддержки здоровья детей в период первичной социализации позволяет значительно снизить частоту заболеваемости и соматоневрологических проявлений, которые часто дебютируют в этом возрасте.
3. Интеграция эффективных профилактических и коррекционно-оздоровительных мероприятий, направленных на поддержание эмоционально-психологического статуса, позволяет создать условия для стабилизации и укрепления здоровья дошкольников в важнейший период первичной социализации.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДОУ - дошкольное образовательное учреждение

ГАМК - γ -амино- β -фенилмасляная кислота

ДГП – детская городская поликлиника

1ОЭ - первая основная группа, получающая медикаментозную коррекцию препаратом «Эргоферон».

2ОГ – вторая основная группа, получающая медикаментозную коррекцию препаратом « γ -амино- β -фенилмасляная кислота».

3ОЭГ – третья основная группа, получающая медикаментозную коррекцию препаратами « γ -амино- β -фенилмасляная кислота» и «Эргоферон» вместе.

1КО - дети контрольной группы, организованные, наблюдавшиеся без медикаментозной коррекции.

1КН - дети контрольной группы, неорганизованные (“домашние”), наблюдавшиеся без медикаментозной коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / Л. И. Вассерманом, Е. А. Трифионовой. - СПб.: «Речь», 2010. - 192
2. Авдеева Т., Кинкулькина М. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных расстройств // Врач.-2008.-№11.-с.49-52
3. Азова Е.А. и др. Опыт использования Веторона в комплексной терапии острых респираторных инфекций у часто болеющих детей в амбулаторных условиях // Участковый педиатр.-2011.-№6.- с.10-11
4. Айсина Р., Дедкова В., Хачатурова Е. Социализация и адаптация детей раннего возраста / Ребёнок в детском саду. – 2003. – № 5. – с.49 – 53
5. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В., Котова О.В. Алгоритм диагностики, лечения и профилактики стресса и стресс-связанных расстройств у детей и подростков // Вопросы практической педиатрии. 2014. Т. 9. № 6. С. 24–31
6. Акарачкова Е.С., Блинов Д.В., Котова О.В., Кадырова Л.Р., Лебедева Д.И., Мельникова И.М., Сорокина А.С., Травникова Е.В. Царева Е.В. Стресс у детей: как активировать адаптационные резервы у ребенка//РМЖ.- 2018.-№9.- с. 45-51
7. Алексеева Е.Е. Проблемы адаптации родителей и детей к детскому саду // Дошкольная педагогика. – 2007. – № 2
8. Алмазов Б. Н. Психология проблемного детства: пособие школьному психологу и педагогу / Б. Н. Алмазов. - М. : Дата Сквер, 2009. - 248 с.
9. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления.- Саратов: Саратовский университет, 1986.-184
10. Антропов Ю.Ф. Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков//Изд. Института психотерапии.-М.,1999- 297с
11. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. – Генезис. 2007.-с.154

12. Базыма Б. А., кандидат психологических наук, «Цвет и психика».
Монография. Харьков, 2001г.
13. Базыма Б. А. «Психология цвета. Теория и практика», СПб.: Речь, 2007
14. Балашова Е.Ю. Успешность обучения школьников в современных условиях.
\\ Педагогика и психология.-2008. №10.
15. Безруких М. М. Трудности адаптации первоклассников к школе
//Управление начальной школой. 2011. № 8. С. 24-31.
16. Белкина Л.В. Адаптация детей раннего возраста к условиям ДОУ. – Воронеж:
Учитель, 2006. -236с
- 17.Блохин Б.М., Стешин В.Ю. Место лизатов бактерий ОМ-85 (Бронхо-мунал) в
профилактике и лечении респираторных заболеваний у детей. Практическая
пульмонология, 2016, №2, с.29-36.
18. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. 2006.-528с
19. Брайт, Джонс - Стресс. Мифы, теории, исследования. - СПб.: ПРАЙМ-
ЕВРОЗНАК, 2003.- 352с
20. Бутузова Ю.С. Поведение ребенка в адаптационный период пребывания в
летнем лагере // Молодой ученый.- 2017.- №5. – с. 387-389
21. Винчук С.М., Крылова В.В., Рогоза С.В. Тревожные расстройства с
нарушением адаптации и методы их терапии// Международный
неврологический журнал.- 2008. - №2. – с. 47-48
- 22.Витковская М. И. Социальные страхи как предмет социологического
исследования : Дис. канд. социол. наук: 22.00.01 Москва, 2006.- 182 с.
23. Власенко А.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В., Родионова А.Н «Методы
немедикаментозной коррекции психосоматических расстройств у одаренных
детей». Учреждение Российской академии медицинских наук Научный центр
проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения
РАМН (Иркутск) Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2011, 5 (81).

24. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой// Здоровье Украины. -2007. - №8. – с. 47-48
25. Выготский Л.С., Вопросы детской психологии. - М.: Изд-во «Союз», 2004.- 224с.
26. Геппе Н.А., Малахова А.Б. Комплексный подход к лечению и профилактике острых респираторных инфекций у детей: Практическое руководство для врачей. М.,2012. 47с.
27. Государственный доклад «О состоянии санитарно - эпидемического благополучия населения в Российской Федерации в 2011 году».- М. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012. – 316с.
28. Государственный отчет Роспотребнадзора «Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за 2012 год» Опубликовано 5.02.2013 на сайте <http://75.rospotrebnadzor.ru/content/infektsionnaya-zabolevaemost-v-rossiiskoi-federatsii-za-2012god>
29. Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков// Руководство по социальной психиатрии/ Под ред. Дмитриевой Т.Б., Положего Б.С.-М.: Изд. МИА, 2009.- с.158-173
30. Данилков А.А., Данилкова Н.С. Психологическая адаптация ребенка в условиях детского лагеря: избегание негативных последствий информационной цивилизации// Педагогическое образование и наука./ Под редакцией Данилкова А.А.- 2011.- №8.- с. 95-99
31. Дж. Боулби Создание и разрушение эмоциональных связей, М.:Акад проект;2006. – 232с.
32. Дж. Тейлор, Немчина Т.А. Адаптация. Личностная шкала проявлений тревоги. 2016.

33. Долгова В.И., Гольева Г.Ю., Крыжановская Н.В. «Инновационные психолого-педагогические технологии в дошкольном образовании»/ монография. – М.: Издательство Перо, 2015.-192с
34. Драгунский В.В. (сост.) «Цветовой личностный тест» Минск: Харвест, 2007
35. Заваденко Н.Н. «Результаты фармакотерапии синдрома дефицита внимания и гиперактивности: оценка с применением нейропсихологических методов»/ Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова Т.114.-№9. 2014. – с.1-7
36. Заводчикова О.Г. Адаптация ребенка в детском саду: взаимодействие дошкольного образовательного учреждения и семьи. – М.: Просвещение, 2007.- 72с.
37. Зайцева О.В., Рекуррентные респираторные инфекции: можно ли предупредить? Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского, Том 94, №2, 2015.
38. Зарецкий М.М. Тревожные расстройства в медицинской практике и подходы их терапии. Каждый больной болеет своей болезнью плюс страхом Крихтон-Миллер. *Wedix antifaging* №5 (11)/2009.-с.48-52
39. Захаров А.И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. СПб. 2006.- 144с.
40. Захарова Г.Я. Абрамова Е. В., Ватутова Р. Ш. «Оценка эффективности профилактического применения препаратов «Анаферона детского» и «Тенотена детского» в период адаптации детей к началу обучения в детских образовательных учреждениях». Журнал Медицинская наука и образование Урала №3. -2013.- с. 107-111.
41. Захарова И.Н., Горяйнова А.Н., Короид Н.В., Торшхоева Л.Б., Лагадзе И.Б. Терапия острых респираторных инфекций у детей: что нового? Педиатрическая фармакология, 2014, Т.11 № 1, с. 31-36.

42. Звездина И. В., Агапова Л. А., Жигарева Н. С. и др. Функциональные возможности младших школьников в динамике обучения // Сб. материалов XII Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2008.
43. Знамеская А.А., Фомина В.Л., Учайкин В.Ф. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей// Педиатрия.- 2011.- №1. – с. 12-18
44. Зубова Г., Арнаутова Е. Психолого-педагогическая помощь родителям в подготовке малыша к посещению детского сада/ Дошкольное воспитание.- 2004.-№7. – с.68-70
45. Зяблицева Е.А., Шульгина Г.И. Особенности ноотропного действия фенибута. Журнал неврологии и психиатрии.-2006.- Т.6.-№ 9; с. 57-58
46. Ильенко Л.И., Попов В.В., Холодова И.Н. и др. Часто болеющий ребенок. Современные аспекты профилактики и лечения ОРИ у детей в условиях мегаполиса (учеб.-метод. пособие). Издание 2-е, перераб. и доп. М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова. 2015. 48 с.
47. Имедадзе Н.В. Тревожность как фактор изучения в дошкольном возрасте // Психологические исследования. М. : Изд-во МГУ ,2006.- 220с.
48. Исаев Д.Н., Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Спб. Речь. 2005.- 400с.
49. Калимуллина Н.В., Калимуллина Г.И. Курсовая работа по психологии «Психопрофилактика и психокоррекция как средство неблагоприятных вариантов адаптации первоклассников в школе». Ижевск. – 2009.
50. Карпин В. А. и др. Влияние Тенотена на нейровегетативный статус и консолидацию ремиссии у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Поликлиника. 2010. № 1. С. 78-83.
51. Кирюхина Н.В. Организация и содержание работы по адаптации детей в ДОУ: практическое пособие/ Н.В. Кирюхина.- М.: Айрис-пресс, 2006.-

- 112с,с.55-57.
- 52.Ключникова С.О., Продеус А.М., Снимщикова И.А. Иммунотропная лекарственная нагрузка у детей – дошкольников.- Практика педиатра.-2009.- сентябрь.- с. 14-18
53. Козлов Н.И., Лебедев А.Н., Николаев П.О. «Влияние искажений цвета на порядок выбора цветов в цветовом тесте Люшера» Психологос, Энциклопедия практической психологии
54. Кокс Т. Стресс. - М.: Медицина, 2011.-261с.
- 55.Колосова Н.Г. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей: рациональная этиотропная терапия.//РМЖ. 2014. №3. С.204
56. Колюцкая Е.В. Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств // Международный неврологический журнал.— 2006.— № 4.— С. 141-142.
57. Кон И.С. Ребенок и общество. М.: София, 2008. -209с
58. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / Коробейников И. А. - М. : PerSe, 2002. - 192 с.
- 59.Костина В. Новые подходы к адаптации детей раннего возраста/Дошкольное воспитание. -2006.-№1.-с.34-37.
- 60.Кузнецова М.А. Современные средства профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей. Саратовский научно – медицинский журнал № 3 / том 8 / 2012.
61. Лисина М.И. «Формирование личности ребенка в общении». СПб.: Питер, 2009, 320с.
- 62.Литвиненко Н.В. Адаптация дошкольников в критические периоды развития к образовательной среде: диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук/ Н.В.Литвиненко. – Оренбург.-2009.-469с.
- 63.Литвиненко Н.В., Гасилина М.А. Тревожность и агрессия как показатели проявлений дезадаптации детей 6-7 лет к образовательной среде дошкольной

- организации. Научный интернет журнал, мир науки.-2016.-Том 4.-№3.- ISSN 2309-4265.
64. Локшина Э.Э., Зайцева О.В. Терапия острых респираторных заболеваний в педиатрической практике. РМЖ Педиатрия. 2012; 24: 1211-1214
65. Майоров Р.В. Особенности показателей тревожности и адаптации у часто болеющих детей. ООО «Издательство» Научная книга». Воронеж. - Том 47.- №4.1.-2011.-с. 231-235
- 66.Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. Русский медицинский журнал. 2013; 1; 78-85
67. Макарова Т.П., Чувиров Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. Русский медицинский журнал. 2002; 10(3)(147): 125-129
68. Макс Люшер «Цвет вашего характера» М.:Вече, 1997
69. Маткиевский Р.А. Возрастно-половые особенности физического развития школьников на рубеже 20-21 века // Охрана здоровья детей и подростков: Лекции медицинских работников и педагогов.- М., 2000. - С.37-45
- 70.Мельник Б. Е., Кахана М. С. Медико-биологические формы стресса. Кишинев, «Штиинца», 1981, 176 с.
- 71.Мельников В.И., Леонтьев В.Г. «Применение модифицированного теста Люшера для диагностики психических состояний личности» Психопедагогика в правоохранительных органах, 2001, №2 (16) стр. 112-114
72. Микадзе Ю.В. Феномен успеваемости учащихся средних классов. М.: АСТ-ПРЕСС, Южно - Уральское книжное издательство,- 2008. - 240с.
73. Минияров В.М. Психология семейного воспитания / В.М. Минияров. - М.; Издательский центр "Академия", 2007. - 232 с.
74. Михайлова Е.В., Астеновегетативный синдром у детей после перенесенных инфекционных заболеваний. Лечащий врач. Сентябрь 2009, №8
75. Науменко Ю.В., Современная практика здоровьесберегающего образования.(статья) печ. Валеология: Научно-практический журнал, № 3.

- 2006 г. – Ростов н/Дону: Изд-во ГОУ ВПО «Ростовский государственный университет». С. 44 – 52.
76. Научно-информационный материал. «Острые заболевания верхних дыхательных путей». Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н.И. Пирогова Министерства Здравоохранения и Социального развития.- М.-2011.-с. 193.
77. Овчинников Б.В. Психофизиологические аспекты тревоги и страха. // Психология и психотерапия. Тревога и страх: единство и многообразие взглядов (материалы V Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции 8-9 февраля 2003 года).- СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2003. С. 7-12.
78. Осницкий А.В. Проблемы психологии здоровья и адаптации личности. СПб.: Серебряный век. 2004. 384 с. С. 111-161.
79. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа. М.: Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. 2002.- 68с.
80. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. –М.-2002.-с. 73.
81. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. –М.-2002.-с. 70.
82. Пантюхина Г., Печора К., Голубева Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. М.: Владос, 2010. – 172 с.
83. Паршукова С.В. Влияние характера внутрисемейных отношений на социально-психологическую адаптацию детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения (ДОУ): автореферат канд. дис. психол. наук. – Ярославль, 2007.

84. Пахоменкова Е.А. Психолого-педагогическая коррекция адаптации детей младшего дошкольного возраста к условиям ДООУ// Научно-методический электронный журнал «Концепт».- 2015.- Т.10.- с. 201-205.
85. Петрова Е. Ю. Как предупредить негативные последствия стресса у детей : [книга для родителей] / Е. Ю. Петрова, Е. В. Самсонова. - М. : Академия, 2010. - 128 с. - (Психолог родителям).
86. Погодаев К. И., Турова Н. Ф. Биохимия мозга при утомлении и истощении / - М. : Медицина, 1972 (вып. дан. 1973). - 264 с.
87. Посохова С.Т. Изменения окружающей среды и психологические феномены адаптации // Психологические проблемы самореализации личности. Вып.6 / Под. ред. Л.А. Коростылевой. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2002. — 276с.
88. Порядин Г.В. Стресс и патология. Методическое пособие. М. 2009. 24с.
89. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер. 2007. 192 с.
90. Почивалов А.В. Опыт применения витаминов и минералов в комплексном оздоровлении младших школьников// Вопросы современной педиатрии. – М., 2010. – Т.9, №1.- с.126-130
91. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. 2008. 479 с.
92. Резолюция X конгресса детских инфекционистов России// Детские инфекции. – 2012.- №1.-с.4.
93. Рейнгольд Дж. Мать, тревога и смерть. М. ПЭР СЭ 2004.- 384с.
94. Роберт Медхерст. Гомеопатия и тревожность у детей. Гомеопатия.-2015.
95. Розум С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека. СПб., Речь, 2006. – 366с.
96. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети. Современная фармакотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа.-2006.- 190с.

97. Савенкова М.С. Лечение вирусных инфекций: проблема выбора эффективных противовирусных препаратов // Педиатрия. -2012.- Т.16. - №6. – с. 70-77.
98. Савиной Е.А., Смирновой Е.О., Родители и дети: психология взаимоотношений - М. : Когито-Центр, 2003.- 230с.
99. Самсыгина Г.А., ред.М. Миклош, Инфекция респираторного тракта у детей раннего возраста., 2006.- 279с
100. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии. Лечащий врач. -№1.- 2009
101. Сандомирский М.Е., Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных.Уфа: <Здравоохранение Башкортостана>, 2001. - 88 с.
102. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М.1960.254 с.
103. Селье Г. Стресс без дистресса /Г. Селье. – М.: Мир, 1979, 134 с.
104. Сидоркина Т.Ю. «Психолого-педагогическое сопровождение адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному процессу». Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению Психолого-педагогическое образование Красноярск. – 2013.
105. Симованьян Э.Н., Динисенко В.Б., Григорян А.В. «Эффективность применения инозина пранобекс у часто болеющих детей с хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекцией: результаты рандомизированного исследования». Журнал Вопросы современной педиатрии. – 2011. Т. 10. - №2. -с. 16-21
106. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н. Искусство общения с ребенком от года до шести лет: Советы психолога М.: АРКТИ, 2004. – 160 с.
107. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии, 2007. № 3.
108. Смудевич А.Б. Тревожные депрессии // Новости медицины и фармации/— 2004.— № 6.— С. 8-9.

109. Соколова Е.Д, Березин Ф.Б., Барлас Т. В.. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, терапия.// *MateriaMedica*. 1996. N 1(9). С. 5—25.
110. Солсо, Р. Когнитивная психология / Р. Солсо. - 6-е изд. - СПб.: Питер, 2006. - 589 с: ил. - (Серия 'Мастера психологии')
111. Сорока Н.Д. Бета – каротин в терапии острых респираторных заболеваний у детей// *Детские инфекции*. 2011. №1. С. 60-63.
112. Сухарева Л. М, Намазова Л. С., Рапопорт И. К. и др. Изменение заболеваемости учащихся в динамике обучения в младших классах // Сб. материалов XII Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2008. С. 324.
113. Фельдштейн Д.И. Современное детство: проблемы и пути их решения. *Вестник практической психологии образования*. – 2009. - №2(19). – с. 28-32.
114. Фокина Н. А. Современные технологии оценки и коррекции ранних нарушений здоровья школьников младших классов в условиях интенсификации образовательного процесса : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.08 / Фокина Наталия Анатольевна; [Место защиты: Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко].- Воронеж, 2010.- 24 с.: ил. РГБ ОД, 9 10-4/3044
115. Холодова И.Н., Юрьева Т.Н. Сезон простуд: как помочь ребенку справиться с острой респираторной инфекцией. // *РМЖ*.-2016.-№18.-с. 1241-1245
116. Холодова И.Н., Зайденварг Г. Е. Стресс: как уменьшить его влияние на качество жизни человека. *РМЖ*.-2018.-№2(II)-с. 113-117
117. Чуднова А. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека. Как узнать все о себе и своих близких и помочь себе - быстро и надежно / Анна Чуднова, Сергей Дьяченко, Юлиана Азарова.-М.:АСТ, 2010.- 157 с.

118. Чутко Л.С. Неврозы у детей// Изд. Медпресс-информ.-М., 2016- с 63-78
119. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Анисимова Т.И., Тревога и страхи у детей и подростков, Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. Том 116, 1,2016.- с.1-4 .
120. Щеплягина Л.А., Круглова И.В., Возрастные особенности иммунитета у детей// Русский медицинский журнал.-2009.-№23.- с. 39-43.
121. Щербакова Е.М. Заболеваемость населения России 2014-2015гг. Демоскоп Weekly. - № 683-684. – 18 апреля- 8 мая 2016г.
122. Ясюкова Л. А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников / Л. А. Ясюкова. – СПб. : Речь, 2003. - 384 с. (5)
123. Adelson S. Adaptation & Anxiety. London. 2002. 352 p.
124. Alpern G.D. Developmental Profile 3, DP-3 Manual. Western Psychological Services, Los Angeles, 2009. 195 p
125. American Academy of Pediatrics, Policy Statement, Prevention and Management of pain and stress in the Neonate. Volume 105, number 2, February 200, pp 454-461
126. Aromaa M., Rautava P., Helenius H., Silanpaa M. Factors of early life as predictors of headache in children at school entry. Headache. 1998. Vol. 38(1). P. 23–30.
127. Arruda M.A., Guidetti V., Galli F., Alburqueque R.C., Bigal M.E. Migraine, tension-type headache and attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood: a population-based study. Postgrad Med 2010. 122(5). P. 18–26.
128. Balaban G., Motta MEFA, Silva GAP. Early weaning and other potential risk factors for overweight among preschool children. Clinics. 2010; 65 (2) : 181-7
129. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. 1977. V. 84. P. 191-215.
130. Bandura A. Social Foundation of Thought and Action: A social-cognitive theory. Englewood. N. Y.: Prentice-Hall, 1986.

131. Barkley R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). N Y: Guilford Press, 2005. 770 p.
132. Bartlett J.G.//Management of respiratory tract infection/ - 3rd ed. – Philadelphia, 2001.-p.178-182.
133. Bellanti J.A. Recurrent respiratory tract infections in paediatric patients.// Drugs. – 1997; 54 Suppl 1. – p. 1–4.
134. Berber A. C., Del-Rio-Navarro B. E. Compilation and meta-analysis of randomized placebo-controlled clinical trials on the prevention of respiratory tract infections in children using immunostimulants. J. Investig. Allergol. Clin. Immunol., 2001; 11: 235–11
135. Berdeaux G; Hervie C; Smajda C; Marquis P. Parental quality of life and recurrent ENT infections in their children: development of a questionnaire. Rhinitis Survey Group.// Qual-Life-Res. – 1998, Aug; 7(6). – p. 501–512.
136. Berry L. Protective functions of anxiety. N.Y. 2001. 79 p.
137. Boldermann C, Blennow M, Dal H, et al. Impact of preschool children and physical activity and sun exposure. Prev Med. 2006; 42:301-308
138. Bradley A. Adaptation's price and anxiety. London. 2003. 75 p.
139. Brill S.R., Patel D.R., Macdonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics // Indian J. Pediatr. 2001. Vol. 68(7). P. 597–603.
140. Brown WH, Pfeiffer KA, McIver KL, Dowda M, Addy CL, Pate RR. Social and environmental factors associated with preschoolers' non-sedentary physical activity. Child Dev 2009; 80(1):45–58
141. Bruce F. Chorpita , David H. Barlow, 'The Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment, Psychological Bulletin' 1998. Vol. 124, No. 1, 3
142. CalmClinic. Stress Medications – What Medicines Deal With Stress? <http://www.Calmclinic.com/anxiety/drugs/stress-medication>. Accessed 18 August 2015.

143. Cannon W. B. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement. – 1915.
144. Childhood Headache /Edited by I. Abu–Arafeh. – Glasgow, Scotland, 2002. pp 200.
145. Christopher J. Kratochvil, MD, Brigette S. Vaughan, MSN etc, A Double-Blind, Placebo-Controlled Evaluation of the Safety and Efficacy of Vilazodone in Adolescent Patients with Major Depressive Disorder (VLZ-MD-21). Forest 2013-2014, PI Kratochvil
146. Cofer Ch.N., Appley M.H., Motiwacja: Teoria badania. Warszawa, 1972.
147. Cohen S., Edwards J.R. Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In W. J. Neufeld (ed.) Advances in the investigation of Psychological Stress, John Wiley and Sons. New York, 1988.
148. Collet J.P; Burtin P; Gillet J. Et al. Risk of infectious diseases in children attending different types of day–care setting.// Respiration. – 1994, № 61. – p.16–19.
149. Coping with stress at work: case studies from industry// Ed. By Marshall J.
150. Cogle et al., Understanding Obsessive – Compulsive and Related Disorders. Stanford University School of Medicine. Retrieved November 16, 2009.
151. Coyne J.C., Aldwin C. and Lazarus R.S. Depression and Coping in stressful episodes//Journal of Abnormal Psychology.-1981.p. 439-447/
152. Coyne J.C., Lazarus R. S. Cognitive style, stress perception and coping // Handbook of stress and anxiety / Eds. J. L. Kutash, L. B. Schlesinger. 1980. - P. 144-158.
153. Del Rio Navarro B.E., Espinosa-Rosales F.J., Flenady V., Sienra-Monge J.J.L. Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children (Review) // Evid.-Based Child Health. 2012. Vol. 7 (2). P. 629–717.
154. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V). American Psychiatric Association. Washington 2013; 947
155. Doumen S., Koomen H.M., Buyse E., Wouters S., Verschueren K., J.Sch.

Psychol. Student-Teacher Relationships: Supporting student-teacher relationship more charming social benefits. Studies show they help children to adapt, learn and achieve. 2012, 50: 363-78.

156. Douglas R. M., Hemila H., D'Souza R. et al. Vitamin C for preventing and treating the common cold // Cochrane Database Systematic Reviews. 2004. Vol. 18 (4). CD000980

157. Drummond P.D; Hewson-Bower B. Increased psychosocial stress and decreased mucosal immunity in children with recurrent upper respiratory tract infections. // J-Psychosom-Res. – 1997, Sep; 43(3). – p. 271–278.

158. Duckworth A.L., Kim B., Tsukayama E. Life stress impairs selfcontrol in early adolescence // Front. Psychol. 2012. Vol. 3. P. 608. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00608.

159. Eaton W.W., Dryman A. Panic and Phobia: Psychiatric Disorders in America. — New York: The Free Press, 1991.— P. 180-203.

160. Elwenspoek M.C., Kuehn A., Muller C.P., Turner J.D. The effects of early life adversity on the immune system // Psychoneuroendocrinology. 2017. Vol. 82. P. 140–154. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.05.012.

161. Farmer A., Fowler T., Scourfield J., Thapar A. Prevalence of chronic disabling fatigue in children and adolescents // Br J Psychiatry. 2004. Vol. 184. P. 477–481.

162. Folkman S. Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. 46. P. 839-852.

163. Folkman S., Lazarus R.S., Delongis A., Groen R J. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. // J. Personal, and Soc. Psychol. — 1986. № 50. P. 571-579

164. Folkman S., Lazarus R.S. Coping as a mediator of emotion // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. V. 54. P. 466-475.

165. Franklin TB, Saab BJ, Mansuy IM. Neural mechanisms of stress resilience

- and vulnerability. *Neuron*. 2012;6;75(5):747-61
166. Genizi J., Gordon S., Kerem N.C., Srugo I., Shahar E., Ravid S. Primary headaches, attention deficit disorder and learning disabilities in children and adolescents // *The Journal of Headache and Pain*. 2013. T. 14. P. 54.
167. Goka E. A., Vallely P. J., Mutton K. J., Klapper P. E. Single, dual and multiple respiratory virus infections and risk of hospitalization and mortality // *Epidemiol Infect*. 2015. Vol. 143 (1). P. 37–47.
168. Golebiowska-Wawrzyniak M., Markiewicz K., Kozar A. et al. Immunological and clinical study on therapeutic efficiency of inosine pranobex // *Pol. Merkurisc. Lek*. 2005. Vol. 19. P. 379–382.
169. Hardy LL, King L, Farrell L, Macniven R, Howlett S: Fundamental movement skills among Australian preschool children. *J Sci Med, Sport* 2010, 13: 503-508
170. Hinkley T, Crawford D, Salmon J, Okely AD, Hesketh K. Preschool children and physical activity. *Am J Prev Med*. 2008; 34:435-441
171. Ingrid Kruizinga, Wilma Jansen, Alice S Carter and Hein Raat, PMC, Evaluation of an early detection tool for social-emotional and behavioral problems in toddlers: The Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment – A cluster randomized trial, *BMC Public Health*, VI, 2011, 11:494
172. *Iran J Psychiatry* 2012; 7: 126-134. Social Competence and Behavior Problems in Preschool
173. *Iran J Pediatr*, Dec 2011; Vol 21 (No4),Pp:467-472. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Preschool-aged Iranian Children
174. Jaswinder K. Ghuman, M.D., L. Eugene Arnold, M/D/, and Bruno J. Anthony, Ph.D. Psychopharmacological and Other Treatments in Preschool Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Current Evidence and Practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2008; 18 (5): 413-447

175. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O, Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve – month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of Psychiatry*, 2005 Jun;62 (6):617-627
176. Kvalevaag A.L., Ramchandani P.G., Hove O. et al. Paternal mental health and socioemotional and behavioral development in their children // *Pediatrics*. 2013. Vol. 131(2). P. 463–469. doi: 10.1542/peds.2012–0804.
177. Lara-Perez J.V., Berber A. Primary prevention of acute respiratory tract infections in children using a bacterial immunostimulant: a double-masked, placebo-controlled clinical trial // *Clin. Ther.* 2000. Vol. 22(6). P. 748–749.
178. Larson J., Lochman J.E. *Helping schoolchildren cope with anger.* – New York: Guilford Press, 2002.– 190 p.
179. Larson T. *Normal and pathological anxiety.* New York. 2005. 89 p.
180. Lazarus R.S. and Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping//*European journal of personality.* 1987.1. P. 141-169.
181. Lazarus R.S. *Psychological stress and the coping process* // Me-Graw Hill, № 4, 1996. 29 p.
182. LeGear M. et al. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2012, 9:29, 1-5. A window of opportunity? Motor skills and perceptions of competence of children in Kindergarten.
183. Linde K., Barret B., W Ikart K. et al. *Echinacea for preventing and treating the common cold*// *Cochrane Database Systematic Reviews.* 2006. Vol. 25 (1): CD000530
184. Lubans DR, Morgan PJ, Cliff DP, Barnet LM, Okley AD: *Fundamental movement skills in children and adolescent: Review of associated health benefits.* *Sports Med* 2010, 40:1019-1035
185. Lucini D., Pagani M. From stress to functional syndromes: An internist’s point of view // *Eur J Intern Med.* 2012. Vol. 23(4). P. 295–301. doi: 10.1016/j.ejim.2011.11.016.

186. Maggini S. Essential Role of Vitamin C and Zinc in Child Immunity and Health// J.Internat. Med. Research.2010.Vol.38.p/386-414
187. Malatestinic D. Assessment of psychological and social factors in adolescents risk behavior: questionnaire study // Croat. Med. – 2005. – Vol.46. – № 1.
188. Marsha Dowda, DrPh, William H. Brown, PhD, Kerry L. McIver, MA, Karin A, PhD, Pfeiffer, PhD, Jennifer R.O’Neill, MPH, Cheryl L. Addy, PhD, and Russell R. Pate, PhD. Policies and characteristics of the preschool environment and physical activity of young children. NIH Public Access, Pediatrics. 2009, February; 123 (2):261-266
189. Mariotti A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain-body communication // Future Sci OA. 2015. Vol. 1(3). P. 23. doi: 10.4155/fso.15.21.
190. McEwen B. S. Protectiv and damaging effects of stress mediators: a central roles of the brain // Dialogues Clin Neurosci. 2006. Vol. 8 (4). P. 367—381.
191. Muris P., Verweij C., Meesters C. The “Anti-monster Letter” as a simple therapeutic tool for reducing night-time fears in young children // Behav Change. 2003. № 20(4). P. 200–207.
192. Murphy L. Coping vulnerability and residence in childhood coping and adaptation.-N. Y., 1974.
193. Murphy L.B. The widening world of childhood. New York Basic Books, 1962.
194. Nafstad P., Hagen J.A., Oie L. et al. Day care centers and respiratory health.// Pediatrics. – 1999, Apr;103(4 Pt 1). – p. 753–758.
195. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th. 2011. P. 2053–2068.
196. Niekerk A., Esser M. A diagnostic approach to recurrent respiratory tract infections in childhood: could it be primary immunodeficiency? // Current Allergy and Clinical Immunology. 2015. Vol. 28. № 4. P.308–312.

197. Nielsen T., Laberge L., Paquet J. et al. Development of disturbing dreams during adolescence and their relation to anxiety symptoms // *Sleep*. – 2000. – Vol. 23. – P. 727–736.
198. Nih Public Access Jennifer M, Nancy L. McElwain, and Nicole Lasky , *Infant Child Dev.* 2011; 20 (4): 365-386. Presence and Quality of Kindergarten Children's Friendships: Concurrent and Longitudinal Associations with Child Adjustment in the Early School Years.
199. Nijhof S.L., Maijer K., Bleijenberg G., Uiterwaal C.S., Kimpfen J.L., van de Putte E.M. Adolescent chronic fatigue syndrome: prevalence, incidence, and morbidity // *Pediatrics*. 2011. May. Vol. 127 (5). P. 169–1175.
200. Pagel J. Nightmares and Disorders of Dreaming // *Am. J. Fam. Physic.* – 2000. – Vol. 61. – P. 2037–2042.
201. Patricia Casey, Christopher Dowrick and Greg Wilkinson Adjustment disorders // *Brit. J. Psych.* – 2001. – Vol. 179. – P.479–481.
202. *Pediatrics*, 2011 april; 127(4): 862-868. A double-blind, Placebo-Controlled Study of Atomoxetine in Young Children With ADHD
203. Pennington B.F. *Diagnosing Learning Disorders. A Neuropsychological Framework*. N Y, L: Guilford, 2009. 355 p.
204. Perera B. Bacterial immunostimulants in recurrent pediatric respiratory infections // *Sri Lanka Journal of Child Health*, 2011. Vol. 40. P. 43–44.
205. Philipson K. *Anxiety and Biathlon*. Copenhagen. 2006/ 328 p.
206. Piers B. *Personalities development and anxiety*. London. 1999. 226 p.
207. Plutchik R., Conte H.R. *Circumflex Models of Personality and Emotions: Edited by R. Plutchik and H.R. Conte*. 1997. 484 p.
208. Pollack M.H., Smoller J.W. The longitudinal course and outcome of panic disorder // *Psych. Clin. New. Amer.*— 1985.— № 18.— P. 785-801
209. Posner M.I. *Cognitive neuroscience of attention*. NY: The Guilford Press? 2nd. 2012; 514

210. Presley K. Personal anxiety and social adaptation. N.Y. 2004.
211. Ratbow J. The role of personal anxiety in adaptation of soldiers // Oklahoma Psychology, V. 1. Oklahoma City. 2006. P. 64.
212. Red Book: 2008. Report of the Committee on Infection Diseases. 25rd: American Academy of Pediatrics, 2008.
213. Rich R., Fleisher Th., Shearer W. et al. (Ed.) Clinical immunology. Principles and practice. London: Mosby, 2003. Vol. 1, 2.
214. Rocco Quaglia, Francesca Giovanna Maria Gastaldi, Laura Elvira Prino, Tiziana Pasta and Claudio Longobardi. The Pupil-Teacher Relationship and Gender Differences in Primary School. The Open Psychology Journal, 2013, 6, 69-75
215. Robak R. W. Griffin P. W. Purpose in Life: What is its Relationship to Happiness, Depression, and Grieving? // North American Journal of Psychology. 2000, Vol. 2(1). P. 113-119.
216. Robinson LE: The relationship between perceived physical competence and fundamental motor skills in preschool children. Child Care Health Dev 2010, 37: 589-596
217. Roscher D. Adaptive response & anxiety disorder. Washington. 1998. 47 p.
218. Schaad U. B., Esposito S., Razi C. H. Diagnosis and management of recurrent respiratory tract infections in children: A practical guide // Arch. Pediatr. Infect. Dis. 2016. Vol. 4. e31039. doi: 10.5812/pedinfec.31039
219. Schaad U.B. OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review // World J. Pediatr. 2010. Vol. 6. N 1. P. 5–12.
220. Schaffer H., "Mother-child communication with pre-linguistic Down syndrome and normal infants" London: Academic Press.1977 P. 373-384.
221. Scult M.A. Flexible Adaptation of Brain Networks during Stress // J Neurosci. 2017. Vol. 37(15). P. 3992–3994. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0224–17.2017.

222. Shah S. A/, Sander S., White C.M. et al. Evaluation of Echinacea for the prevention and treatment of the common cold: a meta-analysis// *Lancet infectious Diseases* 2007. Vol. 7(7). P. 473-480
223. Shannon N. Lenze, Ph.D. Jennifer Pautsch, M.A., L.P.C., and Joan Luby, M.D. Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development: A Novel Treatment for Depression in Preschool Children. *The official journal of ADAA*, Volume 28, Issue 2, February 2011, pp 153-159
224. Slatter M., Gennery A. *Clinical Immunology Review Series: An approach to the patient with recurrent infections in childhood // Clin. Experim. Immunol.* 2008. Vol. 152. P. 389–396.
225. Strine T.W., Okoro C.A., McGuire L.C., Balluz L.S. The associations among childhood headaches, emotional and behavioral difficulties, and health care use // *Pediatrics*. 2006. Vol. 117(5). P. 1728–1735.
226. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-aged youth. *J Pediatr*. 2005; 146:732-737
227. Torshin I.Iu., Gromova O.A., Gusev E.I. Mechanisms of antistress and antidepressive effects of magnesium and pyridoxine // *Zh Nevrol Psikhiatr im. S.S. Korsakova*. 2009. Vol. 109(11). P. 107–111.
228. Waszczuk M.A., Zavos H.M., Gregory A.M., Eley T.C. The phenotypic and genetic structure of depression and anxiety disorder symptoms in childhood, adolescence, and young adulthood // *JAMA Psychiatry*. 2014. Vol. 71(8). P. 905–916. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.655.
229. Wendy S. Biggs, M.D., and William H. Dery, M/D/ Evaluation and Treatment of Constipation in infants and Children. *Am Fam Physician* 2006;73:469-77, 479-80, 481-2. Copyright © 2006 American Academy of Family Physicians.
230. Wilson T. *Adaptability to personal anxiety*. N.Y. 2007. 417 p.
231. World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. WHO/FCH/CAN/01.02.WHO.2001

232. Yiting Xue, Ivar Sonbo Kristiansen, and Birgitte Freiesleben de Blasio. Dynamic modeling of costs and health consequences of school closure during an influenza pandemic. *BMC Public Health*, 2012, 12:962
233. Yoo Y.S., Popp J., Robinson J. Maternal distress influences young children's family representations through maternal view of child behavior and parent-child interactions // *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014. Vol. 45(1). P. 52–64. doi:10.1007/s10578–013–0377–7.

Приложение 1

Информация для родителей пациента.

Уважаемые родители!

Вашему ребенку предлагается принять участие в клиническом исследовании «Психосоматическая адаптация детей в дошкольных учреждениях».

Участие в исследовании добровольное, если вы откажетесь, это не повлияет на качество оказания медицинской помощи Вашему ребенку.

Исследование проводит врач педиатр, заведующая педиатрическим отделением Погорелова Марина Сергеевна под руководством профессора, д.м.н. Хачатрян Лусине Грачииковны.

Целью исследования является изучение здоровья дошкольника с помощью комплексного обследования и путей его коррекции в периоде адаптации ребенка к детскому саду.

Для этого необходимо:

- -определить исходный уровень состояния здоровья ребенка ;
- -проанализировать факторы, влияющие на успешность адаптации детей дошкольного возраста к новым условиям;
- -разработать психологическую и медикаментозную коррекцию периода адаптации детей;
- -определить эффективность проводимой терапии путем сравнительного анализа у детей получающих и не получающих лечебно – профилактические мероприятия в адаптационном периоде.

Если Вы согласны, чтобы Ваш ребенок принял участие в исследовании, то, пройдя комплексное обследование и на основании его результатов, Ваш ребенок будет включен в одну из следующих групп пациентов:

I группа будет получать противовирусную коррекцию;

II группа - неврологическую терапию;

III группа – неврологическую и противовирусную) коррекцию;

IV и V группы будет наблюдаться без терапевтического вмешательства.

Участие Вашего ребенка в исследовании будет заключаться в следующем:

пройти комплексное обследование в рамках обязательного медицинского страхования:

- осмотр врачами специалистами (педиатр, отоларинголог, офтальмолог, невролог, стоматолог, ортопед);
- выполнение Электроэнцефалографии; ЭКГ; мазок из зева; клинический анализ крови; общий анализ мочи; иммунологическое исследование крови.

Для оценки психологического состояния ребенка врач - исследователь будет проводить тест Люшера, основанный на выборе карточек из 8 предложенных цветов по степени их субъективной приятности, позволяющий оценить внутренние ощущения ребенка, его настрой;

По результатам исследования, Вашему ребенку будет подобрана соответствующая медикаментозная терапия, в тех возрастных дозировках которые рекомендованы производителем того или иного препарата.

Польза от участия в исследовании будет заключаться в том, что Ваш ребенок получит комплексное обследование и индивидуальный подход к коррекции периода адаптации.

Неудобства при данном исследовании могут быть связаны с возникновением побочных эффектов при стандартных медицинских манипуляциях - постинъекционные гематомы при взятии анализов крови, индивидуальная непереносимость применяемых лекарственных препаратов, а также дискомфорт ребенка при плановом посещении врачей-специалистов и необходимость соблюдения режима приема препаратов.

АДРЕС: г. Москва, Ул. Новокосинская, д.36А, тел. 8-495-701-03-19,

Аспирант: Погорелова Марина Сергеевна, тел: 8-916-712-71-93

Руководитель диссертации: Хачатрян Люсине Грачиговна, тел. 8-916-694-38-75

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я _____
ознакомлен(а) моим лечащим врачом _____

с информацией о проведении научного исследования «Психосоматическая адаптация детей в дошкольных учреждениях», и я согласен (а), чтобы мой ребенок _____ в нем участвовал.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я понимаю, что могу в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего участия моего ребенка в исследовании и если я это сделаю, то это не повлияет на качество оказания медицинской помощи моему ребенку.

Я добровольно соглашаюсь, чтобы данные, полученные в ходе исследования, использовались в научных целях и были опубликованы с условием соблюдения правил конфиденциальности.

Я получил(а) экземпляр «Информации для родителей с формой информированного согласия».

Дата и время

Ф.И.О. Родителей/ опекуна (печатными буквами)

Подпись родителей/ опекуна

Дата и время

Ф.И.О. врача-исследователя (печатными буквами)

Подпись врача-исследователя