



Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»

Особенности здоровья институализированных детей



Ярошенко Сергей Ярославович
доцент кафедры пропедевтики педиатрии, к.м.н.

Ольховик И.А.

врач Донецкого специализированного дома ребенка
г. Донецка, аспирант кафедры пропедевтики
педиатрии.

“Ребенку законом и другими средствами должна быть обеспечена специальная защита и предоставлены возможности и благоприятные условия, которые позволяли бы ему развиваться физически, умственно, нравственно, духовно и в социальном отношении здоровым и нормальным путем и в условиях свободы и достоинства”.

Декларация прав ребенка

Принята резолюцией 1386 (XIV)
Генеральной Ассамблеи ООН
от 20 ноября 1959 года

Институционализация (лат. institutum — установление, обычай, учреждение) — процесс превращения каких-либо отношений в институты, то есть в форму организации отношений с установленными правилами, нормами и их саморегуляцией.

То есть, **институализированные дети** — это дети, находящиеся в подобных учреждениях. Чаще всего в этом значении имеются в виду дети из домов ребенка и детских домов.

Среда подобных учреждений сама по себе является стрессорирующим фактором, который не может не воздействовать на здоровье ребенка. Однако, следует отметить, что дети, поступающие в подобные заведения, уже несут в себе груз отягощенного анамнеза.

По нашим данным, **неблагоприятный анамнез отмечался у всех** поступающих в дом ребенка детей.

21% будущих матерей не наблюдались в женской консультации.

В 42% рождении ребенка предшествовали 1 или несколько абортов.

61% будущих матерей злоупотребляли алкоголем.

Среди воспитанников домов ребенка отмечается высокий уровень рожденных преждевременно – 29 %.

35 % новорожденных имели массу тела ниже 2500 г.

62% воспитанников домов ребенка имели оценку по шкале Апгар 7 и ниже.

Уже на этапе оформления в дом ребенка дети имели 1-3 диагноза.

Наиболее частыми были:

- Энцефалопатия неуточненной этиологии – у 54 %
- Задержка психомоторного развития – у 88 % (у 12 % детей звучала как «педагогическая запущенность»)
- Перинатальное поражение ЦНС – у 27 %
- Гипотрофия – 27%.

Только 4% детей на момент поступления в дом ребенка имели все необходимые для этого возраста прививки.

За время пребывания в доме ребенка 92 % детей выставлено от 1 до 14 новых диагнозов (не считая острой респираторной патологии, которой болели все дети).

Наиболее частыми были:

- Специфическое расстройство развития – 62 %
- Энцефалопатия неуточненной этиологии – у 54 %
- Расстройство экспрессивной речи – 31 %
- Открытое овальное окно – у 42 %
- Гиперплазия вилочковой железы – 23%
- Анемии – 31 %.

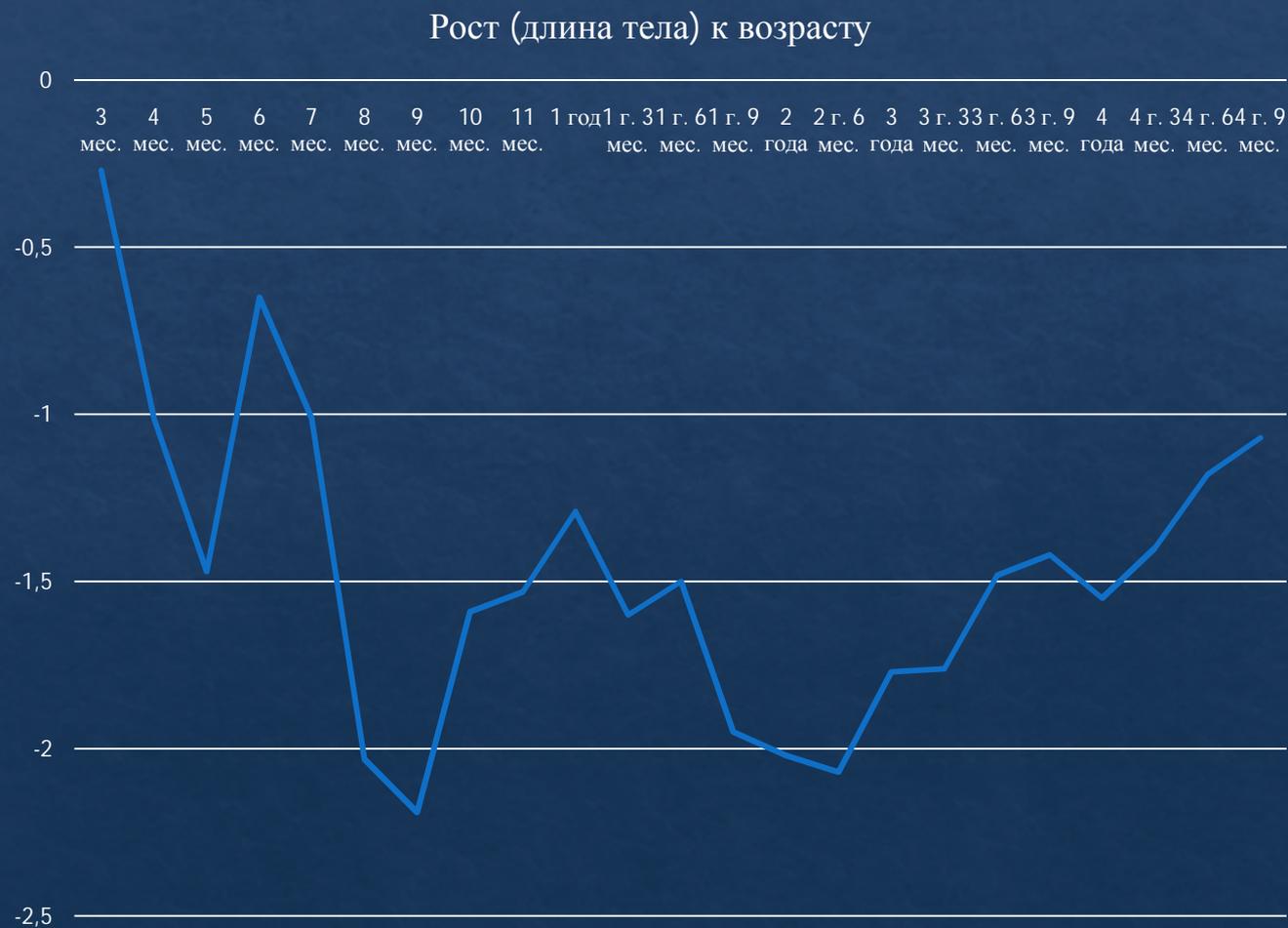
19 % детей отнесены к группе часто болеющих ОРИ.

Несмотря на хорошее питание, гигиенический уход и медицинское обслуживание, дети, растущие в условиях дома ребенка, резко отстают в своем развитии.

По данным литературы, практически все воспитанники домов ребенка (98 %), растущие в условиях дефицита общения, несмотря на хорошее питание и медицинское обслуживание, имеют различные нарушения здоровья и отстают в нервно-психическом развитии.

(Филькина О.М. и соавт., 2013)

Так, по нашим данным, начиная с 7 месяцев, дети отставали по соотношению длины тела к средневозрастным величинам на 1 стандартное отклонение (z-index) и более.

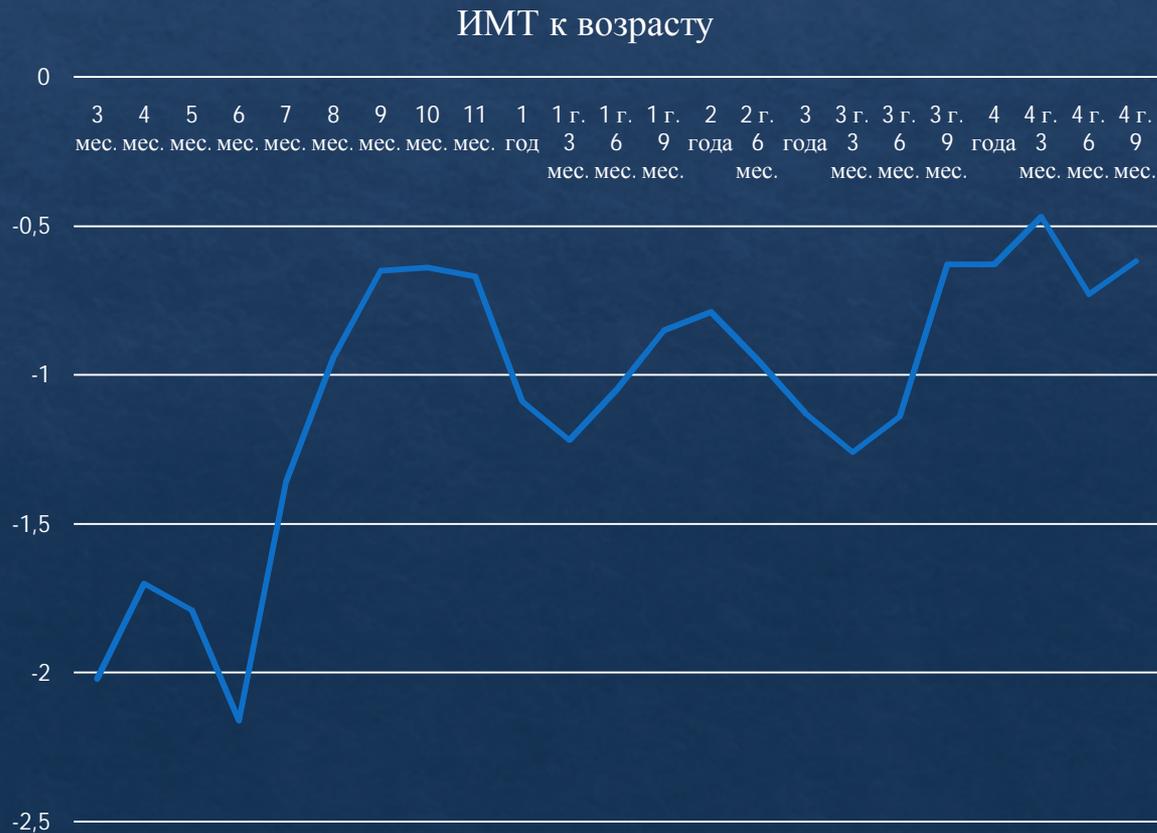


Дефицит массы тела колебался в пределах $-1,08 - -2,16 \sigma$.
 Наибольший дефицит массы тела отмечался в возрасте
 5 месяцев и 2,5-3,5 лет.



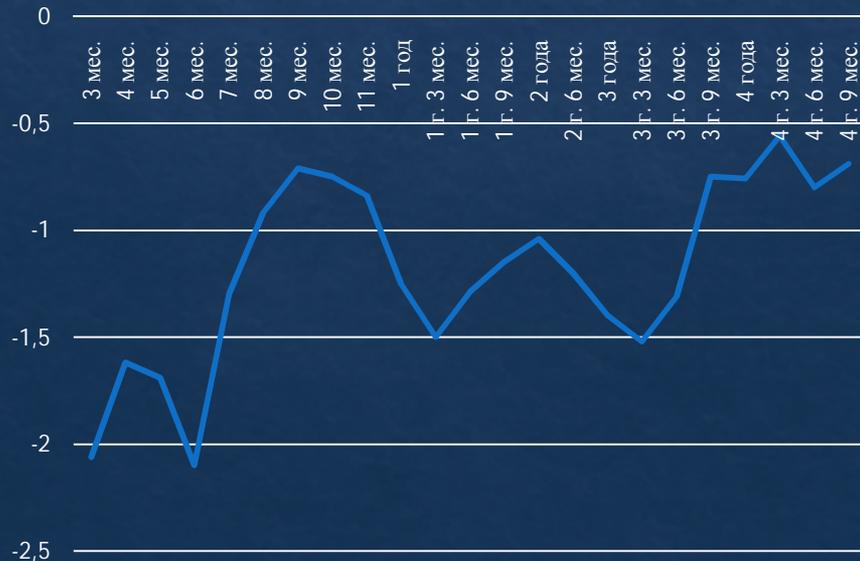
Индекс массы тела позволяет оценить степень соответствия массы человека и его роста и косвенно судить о том, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной.

У воспитанников домов ребенка ИМТ колебался в пределах $-0,47 - -2,16 \sigma$.

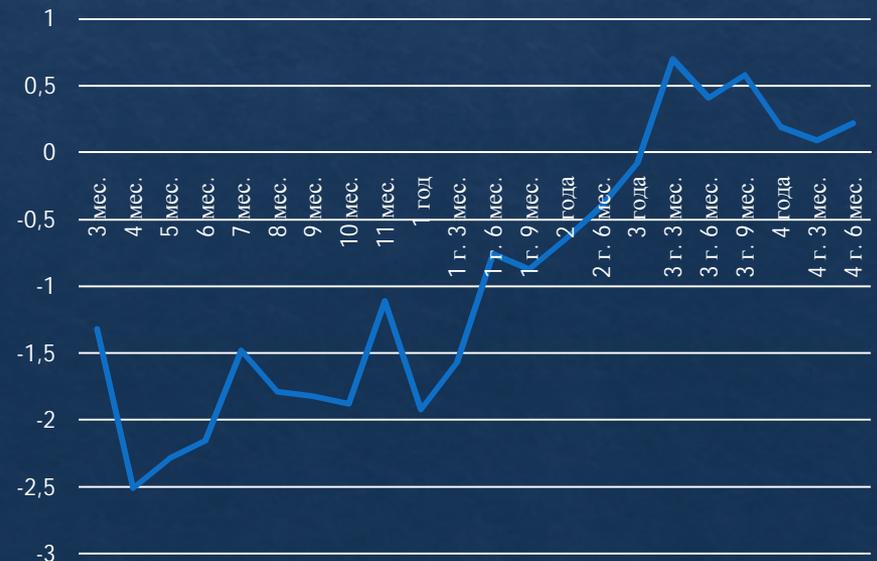


Как видно из предыдущих графиков, наибольший дефицит массы тела по отношению к росту отмечается в возрасте первых 8 месяцев и в периоде с 1,5 до 3,5 лет. В этом возрасте дети более активно растут. В то же время, после 3,5 лет начинается период округления, а после 2,5 лет отмечается нарастание окружности головы, что косвенно может свидетельствовать о росте головного мозга и важном этапе в развитии нервной системы.

МТ к росту



ОГ к возрасту



Такой «отложенный» рост головы, видимо, связан с недостаточным количеством внешних стимулов. В то же время, сначала вертикализация ребенка (которая задерживается у детей, поступивших в дом ребенка до года, на 1-2 эпикризных срока), а в последующем – работа педагогов и дефектологов дает стимул к развитию нервной системы и, соответственно, к росту головного мозга и увеличению окружности головы.

Закон неравномерности роста реализуется в этом критическом периоде в меньшей прибавке длины тела и большем увеличении массы тела, дефицит которой снижается за период «3 года 6 месяцев – 4 года» практически в 2 раза.

Согласно данным О.Ю. Кочеровой и соавт. (2018), у 80–98 % воспитанников домов ребенка и детских домов отмечается отставание в нервно-психическом развитии хотя бы по одному показателю.

Чаще всего страдает активная речь, сенсорное развитие, действия с предметами, игра, изобразительная деятельность, мышление, внимание и память.

У 30,0 % детей-сирот регистрируются эмоциональные расстройства и расстройства поведения, дисбаланс парасимпатического и симпатического отделов вегетативной нервной системы с недостаточностью последнего.

По нашим данным, отставание в нервно-психическом развитии отмечается у всех воспитанников домов ребенка, которое расценивается нами как госпитальный синдром и требует проведения реабилитационных мероприятий (то есть формирования новых навыков).

При этом, уровень отставания практически не изменяется за все время пребывания в доме ребенка и составляет 2-3 эпикризных срока, то есть они относятся к III и IV группам нервно-психического развития .

Несмотря на занятия с педагогами, дефектологами, логопедами, индивидуальное общение со взрослыми ограничено, для воспитанников домов ребенка характерны гиподинамия, сглаженность суточных биоритмов, постоянное пребывание в однообразных условиях, отсутствие внешних (разнообразных) раздражителей, стимулирующих развитие.

Д. И. Черного, Р. Ж. Мухамедрахимов (2013) отмечают, что депривация даже в раннем возрасте может быть связана с **последующими проблемами в виде**: дефицита рабочей памяти, нарушении способности переключаться в зависимости от окружающей обстановки или предлагаемых ребенку заданий (возраст усыновления — после 6 месяцев, возраст обследования 11 лет); проблем внимания, социализации (возраст усыновления — после 24 месяцев); проблем, связанных с саморегуляцией, самоорганизацией, эмоциональным контролем, проявлением инициативы, планированием, рабочей памятью (возраст усыновления от 18 до 24 месяцев, возраст обследования 6–18 лет); снижения уровня интеллекта (при усыновлении после 6 месяцев IQs выше, чем после 6–24 месяцев IQs, и, в свою очередь, больше, чем в 24–42 месяца); проблем коммуникации с родителями (возраст усыновления — после 24 месяцев).

Нахождение в депривационной среде в течение первого года жизни приводит к критическому ухудшению уровня психического развития детей (среднее значение коэффициента развития $DQ = 45$ в сравнении с нормой $DQ = 100$).

Негативный эффект депривационной среды сиротского учреждения при проживании в нем в течение первых трех лет жизни настолько сильный, что даже размещение в благоприятном социальном окружении семьи часто не приводит к достижению уровня развития сверстников (Spitz R. A., 1945).

С увеличением времени пребывания в доме ребенка уровень психического развития значительно уменьшается.

Активная государственная политика, направленная на стимулирование граждан к семейному устройству детей-сирот, привела к значительному сокращению числа детей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа.

Однако, всегда есть часть детей, не подлежащих усыновлению. Не допустить развитие у них грубых форм отставания в развитии, стимулировать максимально возможное развитие детей – главная цель персонала домов ребенка.

“Ребенок для полного и гармоничного развития его личности нуждается в любви и понимании”.

Декларация прав ребенка

Принята резолюцией 1386 (XIV)
Генеральной Ассамблеи ООН
от 20 ноября 1959 года

Благодарим за внимание!

