

УДК 616.2 – 053.4:313.13

## ДИАГНОСТИКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Макаренко Т.А., Осин А.Я.

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет»,  
Владивосток e-mail: tm717@ya.ru

В результате проведенных исследований нервно-психических нарушений (НПН) у детей дошкольных образовательных учреждений была выявлена зависимость этих нарушений от уровня заболеваемости болезнями органов дыхания (БОД). Высокие степени НПН коррелируют с высоким уровнем заболеваемости. Частота встречаемости высоких степеней увеличивалась по мере увеличения заболеваемости БОД от низкой к высокой. Полученные данные доказывают наличие психосоматических взаимосвязей между высокой степенью НПН и высоким уровнем заболеваемости БОД у детей ДОУ.

**Ключевые слова:** нервно-психические нарушения, заболеваемость, органы дыхания, дети

## DIAGNOSTICS OF NEURO-PSYCHIC DISORDERS DEPENDING ON MORBIDITY LEVEL IN CHILDREN OF PRE-SCHOOL EDUCATION INSTITUTION

Makharenko T.A., Osin A.Ya.

Vladivostok state medical university, Vladivostok, e-mail: tm717@ya.ru

As a result of carried out investigation of neuro-psyche disorders in children of pre-school education institution there was found out dependence of these disorders degrees on respiratory organ morbidity level. Elevated degrees neuro-psyche disorders correlate with high morbidity level of children. Rate of found elevated degrees of neuro-psyche disorders was increasing as respiratory organ morbidity risen from low to high level. The obtained data prove psychosomatic interrelations of elevated degree of neuro-psyche disorders with high respiratory organ morbidity in children of pre-school education institution

**Keywords:** neuro-psyche disorders, morbidity, respiratory organs, children

Частые повторные респираторные заболевания (ОРЗ) обуславливают высокий уровень заболеваемости детей в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ), что представляет серьезную не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему. Возникновению частых ОРЗ способствуют многочисленные факторы риска экзо- и эндогенного характера. К ним относятся большое число контактов с источниками инфекции в семье и транспорте, низкий уровень санитарной культуры и несоблюдение правил здорового образа жизни, дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и занятиями физической культурой, нерациональные режим дня и питания, низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия, экологические нарушения, фактор «пассивного курения», полипрагмазия и другие. Повышению восприимчивости детского организма к частым болезням органов дыхания (БОД) способствуют неблагоприятные факторы анте-, интра- и постнатального развития ребенка, перинатальная гипоксия, нарушения функционирования иммунной системы и других защитных механизмов, изменения функционального состояния вегетативной нервной

системы и повышенная метеолабильность, нарушения процессов адаптации организма к факторам внешней среды, аллергия и наследственная предрасположенность к неадекватной реактивности, очаги хронической инфекции рото- и носоглотки, снижение местного иммунитета и факторов защиты [1, 3, 4, 8, 10].

Однако не изучено влияние нервно-психического состояния на развитие частых БОД и не установлена связь его с высоким уровнем заболеваемости. Несмотря на использование многочисленных комплексов оздоровления детей на всех этапах (в семье, организованном коллективе, поликлинике, центрах реабилитации, санаториях) медицинской помощи, не достигается должного эффекта по снижению высокого уровня заболеваемости. Это связано, вероятно, с тем, что не используются способы коррекции психосоматических нарушений [2, 5, 7].

**Цель настоящего исследования** состояла в изучении нервно-психического состояния (НПС) и выявлении нервно-психических нарушений (НПН), а также в установлении корреляционной связи уровней заболеваемости и степеней НПН у детей, посещающих ДОУ.

### Материалы и методы исследования

В объем исследований включались 196 детей в возрасте 5–7 лет, посещающих детские образовательные учреждения (ДОУ). Из них число мальчиков составило 95 (48,5 ± 3,6%), девочек – 101 (51,5 ± 3,6%). В зависимости от уровня заболеваемости болезнями органов дыхания (БОД) дети были разделены на 3 группы: 47 (24,0 ± 3,0%) детей было с низким уровнем заболеваемости БОД (1-я группа), 96 (49,0 ± 3,6%) обследованных – со средним уровнем (2-я группа) и 53 (27,0 ± 3,2%) ребенка – с высоким уровнем заболеваемости БОД (3-я группа). При этом низкий уровень заболеваемости БОД характеризовался 382,9 ± 79,6%, средний 3010,4 ± 35%, а высокий 5717,0 ± 94,8% уровню при суммарных значениях, равных 3112,2 ± 104,0%.

В основу градации уровней заболеваемости был положен метод сигмальных отклонений. При этом выделены низкий уровень в пределах менее  $X - 1S$  с колебаниями случаев заболеваемости от 0 до 1,5, средний уровень в пределах  $X \pm 1S$  и диапазона случаев заболеваний от 1,5 до 4,8 и высокий уровень заболеваемости в пределах более  $X + 1S$  и с колебаниями случаев заболеваний в год от 4,8 и выше. При этом абсолютные их значения были в диапазоне от 0 до 9 случаев болезней в год.

Комплексная диагностика НПН осуществлялась на основе тестирования детей ДОУ по четырем методикам, включающим определение тревожности каждого ребенка (методика «Выбери нужное лицо»), состояния его самооценки (методика «Какой Я?»), социальной адаптации в группе сверстников (методика «Выбор в действии») и эмоционального конфликта в семье (методика «Рисунок семьи») [6, 9]. Для повышения точности и объективизации оценки результатов исследования использовался способ интегративной психодиагностики НПН в баллах по четырем тестам одновременно. Интерпретация результатов тестов модифицировалась в соответствии с поставленной задачей интегративного подхода и выражалась в баллах по каждому тесту. Затем подсчитыва-

лось общее количество баллов по четырем тестам и результат оценивался следующим образом: 0–11 баллов – низкий уровень нервно-психических нарушений, 12–26 баллов – средний уровень нервно-психических нарушений, 27–43 балла – высокий уровень нервно-психических нарушений. В результате интегративной психодиагностики все дети были разделены на три группы: с низкой степенью НПН, со средней степенью НПН, с высокой степенью НПН. Исследования выполнялись в муниципальных ДОУ г. Владивостока № 5 и №157 в течение 2006–2009 гг.

### Результаты исследования и их обсуждение

Нервно-психическое состояние детей ДОУ было изучено по степеням его нарушений. При исследовании тревожности установлено, что наибольшей (около 1/2) была частота встречаемости средней степени, составив 41,9 ± 3,5%, реже (у 1/4 и 1/3) определялась соответственно низкая степень в 25,5 ± 3,1% случаев и высокая степень в 32,6 ± 3,3% случаев. Анализ состояния самооценки показал наиболее высокие значения (у 2/3) частоты средней степени, равные 65,3 ± 3,4% обследованных, и меньшие величины (у 1/6) низкой и высокой степени в 17,9 ± 2,7% и в 16,8 ± 2,7% случаев соответственно. Оценка социальной адаптации позволила выявить преимущественно (у 2/5) среднюю степень у 43,4 ± 3,5% детей и в меньшей степени низкую и высокую соответственно у 27,0 ± 3,2% и у 29,6 ± 3,3% обследованных. В результате исследования эмоционального конфликта в семье в большинстве случаев (у 1/2) получена средняя степень, достигшая 50,5 ± 3,6%, и реже (у 1/4) – низкая и высокая степень соответственно в 23,5 ± 3,0% и в 26,0 ± 3,1% случаев (табл. 1).

Таблица 1  
Частота встречаемости степеней нервно-психических нарушений (НПН) у детей ДОУ (Абс.ч.,  $P \pm m$  %)

| Критерии оценки НПН                | Степени нервно-психических нарушений |               |         |               |         |               |                        |       |         |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|------------------------|-------|---------|
|                                    | низкая                               |               | средняя |               | высокая |               | достоверность различий |       |         |
|                                    | Абс.ч.                               | $P \pm m$ , % | Абс.ч.  | $P \pm m$ , % | Абс.ч.  | $P \pm m$ , % | $P$                    | $P$   | $P$     |
| I. Тревожность                     | 50                                   | 25,5 ± 3,1    | 82      | 41,9 ± 3,5    | 64      | 32,6 ± 3,3    | < 0,001                | > 0,5 | < 0,02  |
| II. Самооценка                     | 35                                   | 17,9 ± 2,7    | 128     | 65,3 ± 3,4    | 33      | 16,8 ± 2,7    | < 0,001                | > 0,5 | < 0,001 |
| III. Социальная адаптация          | 53                                   | 27,0 ± 3,2    | 85      | 43,4 ± 3,5    | 58      | 29,6 ± 3,3    | < 0,001                | > 0,5 | < 0,01  |
| IV. Эмоциональный конфликт в семье | 46                                   | 23,5 ± 3,0    | 99      | 50,5 ± 3,6    | 51      | 26,0 ± 3,1    | < 0,001                | > 0,5 | < 0,001 |

Примечания:  $P-P$  – достоверность различий между частотой встречаемости низкой и средней степени НПН;

$P-P$  – достоверность различий между частотой встречаемости низкой и высокой степени НПН;

$P-P$  – достоверность различий между частотой встречаемости средней и высокой степени НПН.

Отсюда следует, что при исследовании детей по четырем параметрам наибольший удельный вес составила средняя степень НПН с колебаниями от  $41,9 \pm 3,5\%$  до  $65,3 \pm 3,4\%$  и достоверно отличалась от частоты встречаемости низкой степени с величинами в пределах от  $17,9 \pm 2,7\%$  до  $27,0 \pm 3,2\%$  ( $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-2} < 0,001$ ) и высокой степени со сред-

ними значениями, равными  $16,8 \pm 2,7 - 31,6 \pm 3,3\%$  ( $p_{2-3} < 0,02$ ,  $p_{2-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} < 0,01$ ,  $p_{2-3} < 0,001$ ).

Изучена частота встречаемости степеней НПН в зависимости от уровня заболеваемости БОД. Установлено, что частота встречаемости степеней НПН закономерно изменялась в зависимости от уровня заболеваемости БОД (табл. 2).

**Таблица 2**

Частота встречаемости нервно-психических нарушений (НПН) в зависимости от уровня заболеваемости болезнями органов дыхания у детей (Абс. ч.,  $P \pm m$ , %)

| Критерии оценки НПН                                   | Уровни заболеваемости |                |                      |                |                      |                |                        |           |           |
|---|-----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|------------------------|-----------|-----------|
|   | низкий ( $n = 47$ )   |                | средний ( $n = 96$ ) |                | высокий ( $n = 53$ ) |                | достоверность различий |           |           |
|   | Абс. ч.               | $P \pm m$      | Абс. ч.              | $P \pm m$      | Абс. ч.              | $P \pm m$      | $p$                    | $p$       | $p$       |
| Степень тревожности:<br>– низкая                      | 30                    | $63,8 \pm 7,0$ | 16                   | $16,7 \pm 3,8$ | 4                    | $7,6 \pm 3,6$  | $< 0,001$              | $< 0,001$ | $> 0,05$  |
| – средняя   | 14                    | $29,8 \pm 6,7$ | 55                   | $57,3 \pm 5,0$ | 13                   | $24,5 \pm 5,9$ | $< 0,01$               | $> 0,05$  | $< 0,001$ |
| – высокая   | 3                     | $6,4 \pm 3,6$  | 25                   | $26,0 \pm 4,5$ | 36                   | $67,9 \pm 6,4$ | $< 0,001$              | $< 0,001$ | $< 0,001$ |
| Степень нарушения самооценки:<br>– низкая             | 20                    | $42,6 \pm 7,2$ | 12                   | $12,5 \pm 3,4$ | 3                    | $5,7 \pm 3,2$  | $< 0,001$              | $< 0,001$ | $> 0,1$   |
| – средняя   | 22                    | $46,8 \pm 7,3$ | 70                   | $72,9 \pm 4,5$ | 36                   | $67,9 \pm 6,4$ | $< 0,001$              | $< 0,05$  | $> 0,5$   |
| – высокая   | 5                     | $10,6 \pm 4,5$ | 14                   | $14,6 \pm 3,6$ | 14                   | $26,4 \pm 6,4$ | $> 0,2$                | $< 0,05$  | $> 0,05$  |
| – средняя   | 20                    | $42,6 \pm 7,2$ | 48                   | $50,0 \pm 5,1$ | 17                   | $32,1 \pm 6,4$ | $> 0,2$                | $> 0,2$   | $< 0,05$  |
| – высокая   | 5                     | $10,6 \pm 4,5$ | 26                   | $27,1 \pm 4,5$ | 27                   | $50,9 \pm 6,9$ | $< 0,01$               | $< 0,001$ | $< 0,01$  |
| Степень эмоционального конфликта в семье:<br>– низкая | 19                    | $40,4 \pm 7,2$ | 20                   | $20,8 \pm 4,1$ | 7                    | $13,2 \pm 4,6$ | $< 0,02$               | $< 0,01$  | $> 0,2$   |
| – средняя   | 26                    | $55,3 \pm 7,3$ | 53                   | $55,2 \pm 5,1$ | 20                   | $37,7 \pm 6,7$ | $> 0,5$                | $> 0,05$  | $> 0,05$  |
| – высокая   | 2                     | $4,3 \pm 3,0$  | 23                   | $24,0 \pm 4,4$ | 26                   | $49,1 \pm 6,9$ | $< 0,001$              | $< 0,001$ | $< 0,01$  |

**Примечание:**  $p-p$  – степень достоверности различий у детей с низким и средним уровнем заболеваемости;

$p-p$  – степень достоверности различий у детей с низким и высоким уровнем заболеваемости;

$p-p$  – степень достоверности различий у детей со средним и высоким уровнем заболеваемости.

У детей с низким уровнем заболеваемости (1-й группы) степень тревожности в подавляющем большинстве (почти у 2/3) случаев была низкой, составив  $63,8 \pm 7,0\%$ , реже (около 1/3) – средней, равной  $29,8 \pm 6,7\%$ , и лишь в отдельных случаях – высокой, достигнув  $6,4 \pm 3,6\%$ . У обследованных со средним уровнем заболеваемости (2-й группы) большая часть (более 1/2) приходилась на среднюю степень тревожности, составив  $57,3 \pm 5,0\%$ , значительно реже (у 1/4 и 1/6) встречалась соответственно высокая, равная  $26,0 \pm 5,4\%$ , и низкая, достигшая  $16,7 \pm 3,8\%$ . Дети с высоким уровнем заболеваемости (3-й группы) чаще всего (у 2/3) имели высокую степень тревожности, определяемую у  $67,9 \pm 6,4\%$  и значительно реже (у 1/4) среднюю, выявляемую в  $24,5 \pm 5,9\%$  случаев, и низкую степень лишь в  $7,6 \pm 3,6\%$  случаев.

Полученные данные свидетельствуют о том, что частота высокой степени тревожности с увеличением уровня заболеваемости БОД от низкого к высокому достоверно повышалась с  $6,4 \pm 3,6\%$  до  $67,9 \pm 6,4\%$  или в 10,6 раза ( $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ), а частота низкой степени тревожности с ростом заболеваемости БОД от низкого к высокому уровню достоверно снижалась с  $63,8 \pm 7,0$  до  $7,6 \pm 3,6\%$  ( $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ) или в 8,4 раза. При этом средняя степень тревожности в большей степени (более 1/2) соответствовала среднему уровню заболеваемости БОД, составив  $53,3 \pm 5,0\%$  от числа обследованных, и в меньшей мере – низкому (почти у 1/3) и высокому (у 1/4) уровню заболеваемости БОД, определяемому соответственно у  $29,8 \pm 6,7\%$  и у  $24,5 \pm 5,9\%$  детей.

У детей с низким уровнем заболеваемости (1-й группы) степень нарушения самооценки чаще (около 1/2 случаев) была средней, достигая  $46,8 \pm 7,3\%$  или низкой (более чем у 2/5), составив  $42,6 \pm 7,2\%$ , и в единичных случаях – высокой (у 1/10), соответствуя  $10,6 \pm 4,5\%$ . Дети со средним уровнем заболеваемости (2-й группы) в большинстве имели среднюю степень нарушений самооценки (более 2/3), что составило  $72,9 \pm 4,5\%$ , значительно реже (у 1/7 и 1/8) встречалась соответственно высокая, равная  $14,6 \pm 3,6\%$ , и низкая, достигшая  $12,5 \pm 3,4\%$ . Обследованные с высоким уровнем заболеваемости (3-й группы) чаще всего (у 2/3) имели среднюю степень тревожности, определяемую у  $67,9 \pm 6,4\%$ , реже (у 1/4) высокую, выявляемую в  $24,5 \pm 6,1\%$  случаев, и низкую степень, определяющуюся лишь в  $5,7 \pm 3,2\%$  случаев.

Результаты исследования показывают, что частота высокой степени нарушений самооценки с увеличением уровня заболеваемости БОД от низкого к высокому достоверно повышалась с  $10,6 \pm 4,5\%$  до  $26,4 \pm 6,1\%$  или в 2,5 раза ( $p_{1-3} < 0,05$ ), а частота низкой степени нарушений самооценки с ростом заболеваемости БОД от низкого к высокому уровню достоверно снижалась с  $42,6 \pm 7,0$  до  $5,7 \pm 3,3\%$  ( $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ) или в 7,5 раза. При этом средняя степень нарушений самооценки в большей степени (более 2/3) соответствовала среднему уровню заболеваемости БОД, составив  $72,9 \pm 4,5\%$  от числа обследованных, и в меньшей мере – высокому (почти у 1/7) и низкому (у 1/8) уровню заболеваемости БОД, определяемому соответственно у  $14,6 \pm 3,6\%$  и у  $12,5 \pm 3,4\%$  детей.

У детей с низким уровнем заболеваемости (1-й группы) степень нарушения социальной адаптации чаще (около 1/2) случаев была низкой, достигая  $46,8 \pm 7,3\%$ , или средней (более чем у 2/5), составив  $42,6 \pm 7,2\%$ , и в единичных случаях – высокой (у 1/10), соответствуя  $10,6 \pm 4,5\%$ . Дети со средним уровнем заболеваемости (2-й группы) в большинстве имели среднюю степень нарушений самооценки (у 1/2), что составило  $50,0 \pm 5,1\%$ , значительно реже (у 1/4 и 1/5) встречалась соответственно высокая, равная  $27,1 \pm 4,5\%$ , и низкая, достигшая  $22,9 \pm 4,3\%$ . Обследованные с высоким уровнем заболеваемости (3-й группы) чаще всего (у 1/2) имели высокую степень нарушений социальной адаптации, определяемую у  $50,9 \pm 6,9\%$ , реже (у 1/3) среднюю, выявляемую в  $32,1 \pm 6,4\%$  случаев, и низкую степень, определяющуюся в  $17,0 \pm 5,2\%$  случаев.

Установлено, что частота высокой степени нарушений социальной адаптации с

увеличением уровня заболеваемости БОД от низкого к высокому достоверно повышалась с  $10,6 \pm 4,5\%$  до  $50,9 \pm 6,9\%$  или в 4,8 раза ( $p_{1-2} < 0,01$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} < 0,01$ ), а частота низкой степени нарушений самооценки с ростом заболеваемости БОД от низкого к высокому уровню достоверно снижалась с  $46,8 \pm 7,3$  до  $17,0 \pm 5,2\%$  ( $p_{1-2} < 0,01$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ) или в 2,8 раза. При этом средняя степень тревожности в большей степени (более 1/2) соответствовала среднему уровню заболеваемости БОД, составив  $50,0 \pm 5,1\%$  от числа обследованных, и в меньшей мере – высокому (более чем у 1/4) и низкому (у 1/5) уровню заболеваемости БОД, определяемому соответственно у  $27,1 \pm 4,5\%$  и у  $22,9 \pm 4,3\%$  детей.

У детей с низким уровнем заболеваемости (1-й группы) чаще всего определялась средняя степень эмоционального конфликта в семье (более чем у 1/2), что составило  $55,3 \pm 7,3\%$ , несколько реже (у 2/5) – низкая, равная  $40,4 \pm 7,2\%$  и лишь в единичных случаях – высокая, соответствующая  $4,3 \pm 3,0\%$ . У обследованных со средним уровнем заболеваемости (2-й группы) большая часть (более 1/2) приходилась на среднюю степень эмоционального конфликта, составив  $55,2 \pm 5,1\%$ , значительно реже (у 1/4 и 1/5) встречалась соответственно высокая, равная  $24,0 \pm 4,4\%$  и низкая, достигшая  $20,8 \pm 4,1\%$ . Дети с высоким уровнем заболеваемости (3-й группы) чаще всего (у 1/2) имели высокую степень эмоционального конфликта, определяемую в  $49,1 \pm 6,9\%$ , реже (у 1/3) – среднюю, выявляемую в  $37,7 \pm 6,7\%$  случаев, и низкую степень, определяемую лишь в  $13,2 \pm 4,6\%$  случаев.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что частота высокой степени эмоционального конфликта с увеличением уровня заболеваемости БОД от низкого к высокому достоверно повышалась с  $4,3 \pm 3,0\%$  до  $49,1 \pm 6,9\%$  или в 11,4 раза ( $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} < 0,01$ ), а частота низкой степени эмоционального конфликта с ростом заболеваемости БОД от низкого к высокому уровню достоверно снижалась с  $40,4 \pm 7,2$  до  $13,2 \pm 4,6\%$  ( $p_{1-2} < 0,02$ ,  $p_{1-3} < 0,01$ ) или в 3,1 раза. При этом средняя степень эмоционального конфликта в большей степени (более 1/2) соответствовала среднему уровню заболеваемости БОД, составив  $55,2 \pm 5,1\%$  от числа обследованных, и в меньшей мере – высокому (почти у 1/4) и низкому (у 1/5) уровню заболеваемости БОД, определяемому соответственно у  $24,0 \pm 4,4\%$  и у  $20,8 \pm 4,1\%$  детей.

Проведена интегративная диагностика НПН у детей с различным уровнем заболе-

ваемости. Установлено, что интегративные степени НПН коррелировали с уровнем заболеваемости БОД. Высокая интегративная степень НПН с ростом уровня заболеваемости от низкого к высокому увеличивалась с  $6,4 \pm 3,6\%$  до  $62,2 \pm 6,7\%$  случаев или в 9,7 раза ( $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} < 0,001$ ), а низкая интегративная степень НПН имела противоположную направленность со снижением числа случаев от  $46,8 \pm 7,3\%$  до  $5,7 \pm 3,2\%$  ( $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} < 0,05$ ) или в 8,2 раза. Средняя интегративная степень в большей мере (у 2/3) соответствовала среднему уровню заболеваемости, равному  $67,7 \pm 4,8\%$  случаев, и несколько в меньшей мере (почти у 1/2 и 1/3) – низкому и высокому уровням заболеваемости, достигшим соответственно  $46,8 \pm 7,3\%$  и  $32,1 \pm 6,4\%$ .

Установлено, что высокий уровень заболеваемости БОД в наибольшей степени прямо коррелирует с высокой степенью НПН ( $r = +0,92$ ), несколько меньше – со средней степенью НПН ( $r = +0,58$ ) и обратно коррелирует с низкой степенью НПН ( $r = -0,18$ ) у детей. Средний уровень заболеваемости БОД наиболее тесно взаимосвязан со средней степенью НПН ( $r = +0,88$ ), меньше – с низкой ( $r = +0,60$ ) и менее всего – с высокой ( $r = +0,20$ ) степенями НПН. Низкий уровень заболеваемости прямо коррелирует с низкой степенью НПН ( $r = +0,90$ ), в меньшей мере – со средней степенью НПН ( $r = +0,65$ ), и обратно коррелирует с высокой степенью НПН ( $r = -0,22$ ) у детей. Данные результаты свидетельствуют о выраженной психосоматической взаимосвязи степеней НПН и уровней заболеваемости БОД у детей ДОУ.

**Закключение.** Проведенные исследования нервно-психических нарушений у детей ДОУ позволили выявить ряд их особенностей и установить взаимозависимость степеней НПН и уровней заболеваемости БОД. При исследовании тревожности установлено, что большинство детей (3/4) имеют высокую и среднюю ее степень. Нарушения самооценки высокой и средней степени обнаружены у подавляющего количества детей (у 4/5). Преимущественно встречается высокая и средняя степень нарушений социальной адаптации (у почти 3/4 детей), а также высокая и средняя степень эмоционального конфликта в семье (у 3/4 детей). Доказана зависимость величины степеней НПН от уровня заболеваемости БОД. Установлена корреляция высоких степеней тревожности, нарушений самооценки, нарушений социальной адаптации и эмоционального конфликта в семье с высоким уровнем заболеваемости БОД. Частота встречаемости высоких степеней тревожности, нарушений самооценки, нарушений

социальной адаптации и эмоционального конфликта в семье увеличивалась с ростом уровня заболеваемости БОД от низкого к высокому. При этом частота встречаемости низких степеней тревожности, нарушений самооценки, нарушений социальной адаптации и эмоционального конфликта в семье уменьшалась по мере увеличения уровня заболеваемости БОД от низкого к высокому. Интегративная психодиагностика позволила выявить, что интегративные степени НПН коррелируют с уровнем заболеваемости БОД. Высокая интегративная степень НПН с ростом уровня заболеваемости БОД увеличивается, а низкая интегративная степень НПН имеет противоположную направленность и с ростом заболеваемости БОД уменьшается. Это доказывает наличие психосоматической взаимосвязи между высоким уровнем заболеваемости БОД и высокой степенью НПН у детей ДОУ. При этом НПН представляют собой нервно-психическую составляющую, а уровень заболеваемости – соматический компонент психосоматических взаимосвязей.

**Список литературы**

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. Часто болеющие дети. – Нижний Новгород, 2003. – 174 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство института психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.
3. Балева Л.С., Коровина Н.А., Таточенко В.К. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей: пособие для врачей. – М.: Агентство Медицинского маркетинга. 2006. – 56 с.
4. Гафаров В.В. и др. Психология здоровья населения в России / В.В. Гафаров, В.А.Пак, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова. – Новосибирск: СО РАМН, 2002. – 360 с.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – СПб.: Изд-во «Союз», «Лениздат». 2000. – 336 с.
6. Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. – М.: Изд-во института психотерапии. 2000. – 112 с.
7. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Питер. 2000. – 512 с.
8. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. – пособие для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2005. – 42 с.
9. Немов Р. С. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. 2001. – 640 с.
10. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: научно-практическая программа. – М.: Союз педиатров России, 2004. – 66 с.

**Рецензенты:**

Крукович Е.В., д.м.н., профессор, проректор по учебной работе, зав. кафедрой факультетской педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней и основами формирования здоровья детей ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава», г. Владивосток;

Мирошниченко В.А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии с курсом детских инфекционных болезней и поликлинической педиатрии ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава», г. Владивосток.