

УДК 617.753.2-058.86:37.01

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ И ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

И.М. ЛЫСЕНКО, Г.К. БАРКУН, О.В. СЕМЕНОВА, О.В. МАТЮЩЕНКО

*Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

«Каждая прогрессирующая близорукость заставляет опасаться за будущее больного» – фраза, сказанная 135 лет назад голландским офтальмологом Дондерсом (F.C.Donders), актуальна и в настоящее время.

По своему распространению близорукость выходит за пределы индивидуального несчастья и становится подлинным социальным злом, требующим настойчивого внимания со стороны многих врачей. Рассматривая вопрос о «растущей» ежегодно близорукости у детей, необходимо отметить, что она преимущественно прогрессирует в дошкольном и школьном возрастах. [1,2].

Краткий анализ комплексной оценки состояния здоровья детей в современной школе показывает, что среди школьников практически отсутствуют здоровые дети с нормальным развитием и уровнем функционирования организма (только 14% детей). У большинства детей при осмотре выявляются морфологические и функциональные отклонения – 49,4%, хронические заболевания в 36,6% случаев. Наблюдается отчетливая тенденция к росту частоты отдельных нозологических форм: заболеваний органов пищеварения на 15%, системы кровообращения на 16%, мочеполовой системы на 12%, эндокринной на 10%, опорно-двигательного аппарата на 15%. Еще более интенсивный рост за последние годы претерпевают аллергические заболевания, нервно-психические расстройства и прогрессирующая близорукость. Среди дошкольников наблюдается аналогичная тенденция состояния здоровья.

Близорукость всегда существовала в человечестве. Столь распространенный теперь термин «миопия» впервые встречается в работах Аристотеля (330 г. до н.э.). В буквальном переводе с греческого слово «*мио*» означает щурить, смыкать, а «*опа*» – зрение (миопия – «мир прищуренных»). Обусловлено тем, что некоторые люди, желая лучше рассмотреть отдаленные предметы, прищуривают глаза, т.е. смотрят через узкую щель между краями век. Другой перевод данного термина означает «мышь», чем отмечается привычка близоруких держать голову несколько согнутой при работе и дающей сходство с фигурой мыши [3].

Близорукость – заболевание сложного мультифакторного генеза, представляющее собой совокупность клинико-патогенетических форм, объединенных общим рефракционным фактором и имеющее качественно значимые различия в механизмах патогенеза и клинической картины.

Уже это определение показывает, что раздел офтальмологии, посвященный близорукости – сложный, и разработка его требует участия многих специалистов [4].

В подходе к проблеме близорукости наблюдаются две крайности, которые можно описать следующим образом: С одной стороны, существует представление, что лица с миопической рефракцией совершенно обычные, ничем не отличающиеся от лиц с нормальным зрением и даже более интеллектуально развиты, и все проблемы, связанные с ними, можно решить путем улучшения остроты зрения оптической коррекцией. С другой стороны, дети с близорукостью рассматриваются как больные. Поэтому главным вопросом, стоящим перед детскими офтальмологами, является вопрос, как к ней относиться – как к болезни или нормальному варианту рефрактогенеза.

Цель исследования: выявить психофизиологические особенности у детей школьного возраста с близорукостью.

Обследовано 33 ребенка дошкольного и 127 детей школьного возраста. Характерной чертой близоруких детей является не ситуативная, а *личностная тревожность*, которая, как известно, является субъективным проявлением неблагополучия личности.

Уровень тревожности детей с близорукостью сильно связан с показателями биоэлектрической активности их головного мозга (по ЭЭГ). Наибольшее неспецифическое влияние оказывает мощность тета-ритма ЭЭГ, в особенности его высокочастотный поддиапазон (6.0 – 7.8 Гц).

Высокий уровень тревожности отрицательно коррелирует с невербальной составляющей интеллекта: чем выше показатель интеллекта, тем ниже уровень тревожности ($r = -0,71$). У $44 \pm 2,35\%$ детей с близорукостью отмечается низкая самооценка, они недовольны собой и своей внешностью ($p=0,01$).

Низкая самооценка влечет за собой целый ряд проблем, влияет на характер взаимоотношений с другими детьми. Дети испытывают трудности в общении, в силу, как им кажется, своей неинтересности, малозначимости. Неуверенность в себе, в своих силах, боязнь отрицательной оценки, заставляют их идти по пути ограничения контактов со сверстниками, хотя именно в этом возрасте деятельность общения становится ведущей и играет решающую роль в жизни. Близорукие дети, у которых зафиксирована низкая самооценка, пассивны, склонны к отрицательному прогнозированию, в том числе и своего будущего. С другой стороны, их пассивность закрепляется гиперопекой и «сверхконтролем» со стороны родителей, обеспокоенных течением болезни. Родители часто стремятся строго следовать предписаниям врача, иногда даже в ущерб эмоциональному контакту, хотя он особенно важен и нужен этим детям. Это способствует социальной инвалидизации и дезадаптации.

Наиболее конфликтной для близоруких детей является школьная тематика. Вся смысловая сфера детей пронизана отрицательными связями, порождающимися школьными отношениями, взаимоотношениями с преподавательским составом и одноклассниками.

Тема глубинных переживаний всегда имеет отрицательную окраску, т.к. эти понятия провоцируют образы, за которыми стоят отрицательные переживания. У $52\% \pm 3,7$ детей с близорукостью понятие "страх" ассоциируется со сказочными образами, т.е. рисуются сказочные персонажи (Баба-Яга, дракон и др.). Обнаруженный факт свидетельствует, во-первых, об определенной инфантильности, отставании «психологического» возраста от реального, во-вторых, подтверждает сложные детско-родительские отношения.

Таким образом, психофизиологических исследования позволяют утверждать, что чем больше зрелость структур головного мозга ребенка на момент начала его обучения в школе, чем лучше сформированы корково-подкорковые взаимодействия в ЦНС, тем ниже будет уровень его тревожности впоследствии. Высокий уровень тревожности детей с близорукостью значительно увеличивает частоту острых инфекционных заболеваний, может способствовать возникновению невроза у ребенка, а также впоследствии стать причиной формирования тревожного типа личности и повышенной подверженности стрессовым воздействиям.

Профилактика – это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждения болезней. *Различают первичную, вторичную и третичную профилактику.*

Первичная профилактика – это система мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Вторичная профилактика направлена на заблаговременное выявление развивающегося заболевания, т.е. предотвращающая развитие и возникновение рецидивов после лечения.

Третичная профилактика заключается в адекватном лечении заболевания, предотвращении его возможных осложнений.

Важно знать, что наиболее приемлемой и эффективной системой профилактики близорукости является формирование групп риска (профилактики) глазной патологии.

Нельзя оставить без внимания наблюдения педиатров и офтальмологов последних десяти лет в Витебске и Витебской области по первичной профилактике прогрессирования близорукости в образовательных учреждениях. Они свидетельствуют о том, что в большинстве случаев организаторами учебного процесса игнорируются гигиенические нормативы по оборудованию и освещению учебных классов и комнат. Практически не соблюдаются правила личной гигиены зрительной работы на близком расстоянии и самими учащимися. Недостаточно внимательны к организации рабочего места ребенка в домашних условиях и их родители.

Поэтому хотелось бы дополнить эту разработанную систему подходом, при котором происходит формирование культуры зрительной деятельности. Считаем, что предназначение детских врачей не только в том, чтобы лечить, оперировать, но и научить чувствовать детей свой организм.

Тревожные цифры, связанные с распространенностью прогрессирующей близорукости, обусловлены многими причинами, в частности, отсутствием у детей должных знаний по здоровому образу жизни.

Именно эти обстоятельства и приводят к созданию школ *формирования здоровья*, которые были конституированы министерствами здравоохранения и образования России и включены в декабре 1994 года в Европейскую сеть школ формирования здоровья, созданную в рамках совместного проекта Всемирной организации здравоохранения, Европейского Совета и Комиссии Европейских сообществ.

Совершенно очевидно, что так как ребенок проводит в детском саду и школе 50% времени своей «детской жизни», то эти учреждения и должны стать тем местом, где формируется здоровье, а профилактическая деятельность должна переместиться из лечебного учреждения в образовательное.

Изменение стратегии должно отразиться и на терминах. Термин «охрана здоровья» сначала был изменен на «укрепление здоровья», а сегодня он трансформирован в еще более активный термин «формирование здоровья». Главным местом по формированию здоровья становятся семья и школа. При этом у ребенка воспитывается ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих.

Многолетняя совместная работа по санитарному просвещению в школе показывает, что реальных изменений в состоянии органа зрения от лекций о здоровых глазах не происходит. А материалы, полученные при изучении особенностей психофизиологического развития детей младшего школьного возраста с близорукостью, свидетельствуют об определенной инфантильности, несоответствии паспортного и реального возрастов, недостаточный уровень зрелости структур головного мозга ребенка. Тот факт, что у более 52% детей данной возрастной группы многие понятия ассоциируются со сказочными образами, приводят к мысли об использовании именно сказочного материала в проведении как познавательной работы, так и в формировании культуры зрительной деятельности.

Известно, что примерно до 10-12 лет у детей преобладает «правополушарный» тип мышления. У каждого полушария имеется свой «стиль» обработки информации, но оба они также работают во взаимодействии как единое целое. Это относится и к языку, который всегда считался прерогативой левого полушария. Левое полушарие воспринимает язык последовательно, логически и буквально, а правое схватывает сообщения мгновенно, целиком, улавливая скрытый смысл.

При чем же здесь сказка? Сказка – это вид символического языка. Она выражает определенную мысль в непрямой, но в наиболее впечатляющей форме. Еще А.С.Пушкин писал о сказке: «Сказка – ложь, да в ней намек, добрым молодцам урок». Именно «намек» подразумевает индивидуальное доосмысливание содержания сказки каждым ребенком. Наиболее важная для детей школьного возраста информация должна быть передана через яркие образы. Сказочные истории являются лучшим способом передачи ребенку знаний о Мире.

Поэтому детским офтальмологам никогда не стоит забывать слова: «Вернись к своим истокам и вновь ребенком стань». Мы согласны с Дж. Миллс и Р. Кроули в том, что умение вернуться к «ребенку в нас» – поистине бесценное качество.

Из сказок дети черпают множество знаний: о времени и пространстве, о связи человека с природой, с предметным миром. Сказкотерапией человечество занималось всегда. Она была и продолжает быть средством передачи опыта и знаний «из уст в уста». Современная сказкотерапия – термин, синтезирующий многие достижения психологии, педагогики, психотерапии и философии разных культур, это совместное с маленьким пациентом открытие тех знаний, которые живут в его душе и являются в данный момент психотерапевтическими.

Не случайно, многие исследователи признают важное значение культурных факторов, оказывающих определяющее воздействие на психологическое состояние. Представление и о близорукости, ее профилактике также видоизменяется не только в различных культурах, но с течением времени, в пределах одной и той же культуры.

Сказкотерапия – это процесс образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни. Это процесс переноса сказочных смыслов в реальность. Поскольку в сказках можно найти полный перечень человеческих проблем и образные способы их решения, то ребенок, слушая сказки, накапливает некий символический «банк жизненных ситуаций». Этот «банк» может быть активизирован в случае необходимости. Сказки не разрушают окружающий мир, а вызывают к светлым созидательным сторонам души человека. Поэтому сказкотерапия с детьми,

подростками и даже взрослыми особенно актуальна. Она поможет остановить лавину разрушений, производимых человеком.

Одной из важнейших задач, стоящих перед педиатрами и детскими офтальмологами, является формирование культуры зрительной деятельности у детей, начиная с самого раннего возраста. Причем основой этой культуры служат знания дошкольников и детей младшего школьного возраста об устройстве зрительного анализатора. Ранее проведенные психологические исследования в этой области убедили нас в том, что в большинстве своем представления детей о глазах поверхностные и явно не способствуют осознанной зрительной деятельности и тем более деятельности при обнаруженной у них патологии.

Идея офтальмологической сказки начала реализовываться сотрудниками кафедры офтальмологии Российского государственного медицинского университета и достойна распространения в нашем регионе. Клиницистам хорошо известен факт взаимосвязи между «лучистыми» фигурами светорассеяния и анатомической структурой глаза, который лег в основу сказки «Необыкновенное путешествие Ясли и Осли в Глаз-Град». На примере близорукости главные герои сказки обучают детей некоторым полезным навыкам.

Таким образом, состояние здоровья и органа зрения детей дошкольного и школьного возраста не может не вызывать тревоги. Проблема близорукости, хотя она и является междисциплинарной, не может решаться без учета ее культурных аспектов. Работа в школе по формированию здоровья показывает необходимость активного участия в охране зрения педагогов, педиатров, а не только офтальмологов. Поскольку большинство привычек, в том числе и привычки личной гигиены, формируются в раннем возрасте, особенно важно для детей дошкольного и младшего школьного возраста, активно внедрять учебно-просветительские программы по формированию культуры зрительной деятельности. Полагаем, что ребенку, который заболит завтра, воспитание ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих, несомненно, поможет устранить и разрешить многие проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глазные болезни в вопросах и ответах, под ред. Г.И. Должич – Ростов на Дону: Феникс, 2000. – 416 с.
2. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения./ В.П. Ермаков, Г.А. Якунин. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
3. Майчук Ю.Ф. Эпидемиология и профилактика слепоты в мире/ Ю.Ф. Майчук //Медицина и здравоохранение. Серия: Терапия. Обзорная информация, выпуск 5. – Москва, ВНИМИ, 1986. – 81 с.
4. Современная офтальмология: руководство для врачей, под ред. В.Ф. Даниличевой – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 672 с.

PEDIATRICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF PROGRESSING SHORT-SIGHTEDNESS AT CHILDREN

I.M. LYSENKO, G.K. BARKUN, O.V. SEMENOVA, O.V. MATJUSCHENKO

Summary

The state of health and organ of sight of children of preschool and school age should cause alarms. The short-sightedness problem cannot dare without its cultural aspects. The work at school on health formation shows necessity of active participation for protection of sight of teachers, pediatricists, and not just ophthalmologists. As the majority of habits including habits of personal hygiene, are formed at early age, is especially important for children of preschool and younger school age, actively to introduce educational programs about formation of culture of visual activity.

Поступила в редакцию 9 апреля 2009г.