

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО
КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

КАЗНАЧЕЕВА
Лариса Федоровна

**ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В
ФОРМИРОВАНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ И ХРОНИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ
(принципы семейной диспансеризации и реабилитации)**

14.00.09 - педиатрия

автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Екатеринбург
1994

Работа выполнена в Новосибирском государственном
ордена Трудового Красного Знамени медицинском институте

Научный консультант: член-корреспондент РАМН,
профессор С.М.Гавалов.

Официальные оппоненты: -доктор медицинских наук
профессор В.П.Сорогин
-доктор медицинских наук
профессор А.В.Богданова
-доктор медицинских наук
Н.Е.Санникова

Ведущее учреждение - Научно-исследовательский институт
педиатрии РАМН

Защита диссертации состоится 26 мая 1994 г.
в 10.00 час на заседании специализированного Совета, шифр
Д 084.10.01 при Уральском государственном медицинском
институте (620219, Екатеринбург, ул. Репина 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке.

Приношу искреннюю благодарность Заслуженному деятелю науки Российской Федерации, доктору медицинских наук, профессору СИНЯВСКОЙ ОЛЬГЕ АЛЕКСАНДРОВНЕ за оказанную консультативную помощь на заключительном этапе работы.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Бронхолегочная патология детей постоянно находится в центре внимания как практических врачей-педиатров, так и исследователей. За последние 10-15 лет достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении острых и хронических форм заболеваний органов дыхания. Постоянно углубляются сведения о патогенезе, клиническом течении и новых методах лечения различных форм рецидивирующих и хронических неспецифических заболеваний легких (Гавалов С.М., 1968; 1984; 1987; 1990; Рачинский С.В., Таточенко В.К. и др., 1974; 1978; Каганов С.Ю. и др., 1979; 1980; Богданова А.В., 1984; Сидельников В.М. и др., 1985; Зисельсон А.Д., 1989; Чучалин В.Г., 1989; Хоменко А.Г., 1990; Абросимов В.Н., 1990; Климанская Е.В. и др., 1992; Павлов Г.В., Шилко В.И., 1992).

Однако при сравнении показателей частоты хронических болезней органов дыхания у детей за последние десятилетия очевидно, что распространенность болезней не только не уменьшается, но даже имеет тенденцию к увеличению. В начале 70-х годов частота их колебалась от 1,6 до 8,4 промилли (Ширяева К.Ф., 1967; Рапопорт Ж.Ж. и др., 1973; Dietzsch H., 1974), в последнее десятилетие - от 7,5 до 34,2 промилли (Жерносеков И.И., 1985; Голева О.П., 1987; Богданов Н.А. и др., 1989; Рыжикова Г.И. и др., 1990; Байжанова М.М. и др., 1992). Увеличение частоты хронических болезней органов дыхания отмечается не только по суммарному показателю, но и при изучении динамики показателей отдельных форм хронической бронхолегочной патологии.

Замечено, что после завершения лечения в стационаре, санатории с применением самых современных диагностических и лечебных мер дети, возвращаясь в обычные условия жизни, в семью, вновь имеют рецидивы болезни. На наш взгляд, это связано с тем, что в процессе лечения и реабилитации не устраняются неблагоприятные факторы, которые предрасполагают, способствуют, а иногда непосредственно вызывают обострение заболевания. Речь идет о факторах риска, которые существуют в семье. Этому также способствует и разобщение медицинского обслуживания детского и взрослого населения, поскольку очевидно, что лечение только ребенка недостаточно для предупреждения рецидивирования процесса.

В литературе имеются сведения о состоянии здоровья детей при воздействии названных факторов, вместе с тем, в публикациях, содержащих результаты исследований, как правило, приводятся данные о влиянии на организм ребенка только одного, иногда двух неблагоприятных

воздействий. Стабильность показателей частоты хронических бронхолегочных заболеваний у детей в течение многих лет, несмотря на применение современных методов диагностики и лечения диктует необходимость поиска новых форм и методов диспансеризации.

Идея организации семейной диспансеризации часто и длительно болеющих детей, реализованная в разработке программы оздоровления ротоносоглотки всем членам семьи, была предложена профессором Гаваловым С.М. (1984). В доступной литературе мы не встретили работ, посвященных одновременному изучению влияния устранимых факторов риска на течение рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний.

Все отмеченное выше определило цель и задачи данной работы.

Ц е л ь и з а д а ч и и с с л е д о в а н и я. Цель работы - определить влияние комплекса факторов риска, присутствующих в семье, на формирование и течение рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний детей и разработать принципы семейной диспансеризации и реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях. В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить распространенность рецидивирующих и хронических заболеваний бронхолегочной системы у детей в г. Новосибирске, провести анализ влияния факторов риска на формирование указанной патологии на уровне популяции.

2. Определить группу устранимых факторов риска, влияющих в условиях семьи на формирование и течение бронхолегочной патологии у детей.

3. Установить характер воздействия устранимых семейных факторов риска на клиническое течение бронхолегочного процесса у наблюдаемых детей.

4. Разработать принципы семейной диспансеризации и реабилитации детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания в зависимости от роли каждой группы семейных факторов.

5. Оценить эффективность метода семейной диспансеризации и реабилитации в группе наблюдаемых детей и членов их семей, разработать рекомендации участковым врачам по организации семейной реабилитации.

Н а у ч н а я н о в и з н а. Проведенные исследования позволили определить 4 группы факторов риска (неблагоприятные бытовые условия семьи, очаги хронической инфекции у членов семьи, нерациональное питание, отрицательный психологический климат семьи), неблаго-

приятно воздействующих на организм ребенка, но вполне устранимых в амбулаторно-поликлинических условиях.

В отличие от ранее проводимых исследований показана корреляционная связь степени тяжести болезни со степенью неблагоприятного воздействия каждой группы семейных факторов риска.

Изучены некоторые стороны механизма неблагоприятного влияния факторов риска на организм ребенка и патогенетическое значение этих воздействий при бронхолегочной патологии (изменение показателей пороговой чувствительности бронхов к неспецифическим раздражителям, нарушение вегетативного гомеостаза, иммунологических показателей, спектра сенсибилизации организма) что позволило определить тактику реабилитационных мероприятий.

Впервые показано, что устранение влияния всех четырех групп семейных факторов риска одновременно и применительно ко всем членам семьи значительно повышает эффективность обычных профилактических и лечебных мероприятий.

Результаты проведенных наблюдений и накопленный многолетний опыт позволили разработать принципы семейной диспансеризации и реабилитации как больных детей, так и членов их семей.

Практическая значимость. Выделены четыре группы семейных факторов риска, влияющих на формирование и течение рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний у детей, устранимых в амбулаторно-поликлинических условиях: неблагоприятные условия быта, очаги хронической инфекции у членов семьи, нарушения характера питания, особенности психологического климата в семье. В результате исследования разработаны принципы семейной реабилитации, включающие одновременное устранение всех семейных факторов риска, наблюдение за состоянием здоровья всех членов семьи в динамике с проведением в семье социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Кроме того, в отличие от других методов диспансеризации, при семейном подходе к ней создаются удобства для населения, благодаря организации оказания профилактической и лечебной помощи всем членам семьи в одном учреждении, соблюдается принцип преемственности между врачами разных специальностей.

Разработаны конкретные рекомендации для семьи по устранению неблагоприятных факторов риска, структура службы семейной диспансеризации и реабилитации, основные диагностические мероприятия в семье, предложены схемы этапов семейной диспансеризации и реабилитации для детей с бронхолегочной патологией.

Внедрение результатов работы. Реализация работы включает внедрение с 1985 года метода семейной диспансеризации и реабилитации на базе 4-ой консультативной детской поликлиники г.Новосибирска, медсанчасти Новосибирского авиационного производственного объединения, с 1991 года - в участковой больнице поселка Айхал Мирнинского района и поселка Могойтуй Читинской области, с 1992 - в поселке Линево Новосибирской области, детской городской больницы г. Калуги. Принципы диспансеризации и реабилитации используются в повседневной работе участковых врачей, врачей-пульмонологов, аллергологов.

Научные выводы и практические рекомендации диссертационной работы включены в учебный курс лекций для субординаторов, клинических-ординаторов, слушателей ФУВ - педиатров и терапевтов Новосибирского медицинского института.

По материалам диссертации опубликованы информационные письма, методические рекомендации: "Этапы семейной диспансеризации группы детей с аллергическими заболеваниями" (Новосибирск, 1990), "Семейная диспансеризация и реабилитация часто и длительно болеющих детей в поликлинике" (Новосибирск, 1990); "Проблема часто болеющих детей и пути формирования здорового образа жизни" (Новосибирск, 1990). Материалы научно-исследовательской работы самостоятельным разделом включены в монографию С.М.Гавалова "Часто болеющие дети" (Новосибирск, 1993).

А п р о б а ц и я р а б о т ы. Результаты исследования доложены на IV съезде педиатров БССР (Минск, 1981); 1-ом съезде пульмонологов Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера (Благовещенск, 1986); VII Всероссийском съезде детских врачей (Иваново, 1987); II конференции изобретателей и рационализаторов (Новосибирск, 1987); VII съезде детских врачей УССР (Тернополь, 1987); V съезде педиатров БССР (Минск, 1987); Республиканской научно-практической конференции врачей (Новосибирск, 1987); Всесоюзной конференции педиатров (Красноярск, 1987); Научно-практической конференции врачей (Новосибирск, 1987); Научно-практической конференции врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока (Барнаул, 1989); I Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Киев, 1990); 2-ом Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Челябинск, 1991); 3-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Санкт-Петербург, 1992); 4-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва, 1994); Международной конференции "Атопический дерматит у детей" (Екатеринбург, 1994); на пленарном заседании Новосибирского общест-

ва детских врачей (1988; 1989; 1990; 1992; 1994).

П у б л и к а ц и и. По теме диссертации опубликовано 68 научных работ, оформлено 5 рационализаторских предложений.

О с н о в н ы е п о л о ж е н и я диссертации, выносимые на защиту:

1. К числу причин недостаточной эффективности реабилитации детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания относится недостаточное внимание к выявлению семейных факторов риска.

2. Семейными факторами риска являются неблагоприятные условия быта семьи, наличие очагов хронической инфекции у членов семьи, нерациональное питание, отрицательный психологический климат в семье.

3. На формирование и особенности течения бронхолегочных заболеваний оказывает влияние комплекс неоднозначных семейных факторов риска, лишь устранение которых позволило изменить течение патологического процесса.

4. Многолетние наблюдения и результаты обследования детей с изучаемой патологией вскрыли необходимость организации семейного подхода к обследованию и лечению больного ребенка и членов его семьи.

5. Семейный метод диспансеризации и реабилитации детей с бронхолегочной патологией значительно эффективнее других методов оздоровления.

О б ъ е м и с т р у к т у р а диссертации: работа изложена на страницах машинописного текста, содержит 43 рисунка, 5 схем и 133 таблицы. Состоит из введения, 10 глав, результатов исследований и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 338 отечественных и 184 зарубежных источника.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе нами было проведено эпидемиологическое исследование, позволившее на популяционном уровне выявить и оценить роль семейных факторов риска в формировании рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний. Для этой цели мы разработали специальную анкету, в которой нашли отражение: состав семьи (количество взрослых и детей в семье), характер жилищно-бытовых условий, микроклимат жилья, наличие в квартире животных, активное и пассивное курение матери во время беременности, течение антенатального и постнатального периодов. Кроме того, в анкете были вопросы о рецидивирующих и хронических заболеваниях ребенка, их частоте, возрасте, в

котором они начались. Наряду с этим мы уточнили состояние здоровья членов семьи, наличие очагов хронической инфекции в семье, их структуру.

Обследование проводилось в 5 жилых массивах города, наиболее типичных по демографической характеристике. Внутри отобранных районов подвергалось анкетированию все детское население. Возрастно-половой коэффициент исследуемой выборки и генеральной совокупности не имели статистически значимых различий.

В результате проведенной работы получены сведения о 5367 семьях, в которых проживало 7668 детей и 10719 взрослых, в том числе 5364 матери, 4720 отцов, 128 бабушек, 437 дедушек, 70 взрослых братьев и сестер.

Для углубленного изучения характера влияния неблагоприятных условий в семье на клиническое течение бронхолегочной патологии детей под диспансерное наблюдение взято 175 семей (670 человек), в которых детей было 301, 194 из них страдали повторными заболеваниями органов дыхания. Они были направлены в связи с упорно рецидивирующими заболеваниями не поддающимися терапии, 42 ребенка вошли в группу риска по развитию бронхолегочной патологии, 65 детей - здоровы и использовались нами как контрольная группа.

Среди обследованных детей мальчиков было 50,2% (151), девочек - 49,8% (150). Средний возраст в момент начала наблюдения составлял $6,5 \pm 0,32$. У 43 детей в процессе наблюдения был поставлен диагноз бронхиальной астмы, у 104 детей был рецидивирующий бронхит (58 - обструктивный аллергический, 27 - обструктивный неаллергический, 19 - необструктивный (простой), у 36 детей рецидивировали фаринготрахеиты, у 11 был полиноз. Только у 13 детей не зарегистрировано нарушений со стороны других органов и систем, тогда как у 181 ребенка наряду с бронхолегочной патологией были заболевания: органов пищеварения (117 пациентов), мочевыводящей системы (23 наблюдения), сердечно-сосудистой системы (106 детей), аллергодерматозы (123 ребенка), невротические расстройства (47 детей), другие заболевания - 87 детей. Таким образом, у 107 детей были нарушения со стороны трех систем, у 53 - двух и только у 21 ребенка - одной.

Свидетельством малой эффективности общепринятых методов лечения больного ребенка без учета постоянного влияния ситуации в семье являются данные таблицы 1, в которой представлены показатели частоты обострений болезни ребенка и нетрудоспособности их матерей за 6 лет, предшествующие методу семейной реабилитации.

Таблица 1

Частота обострений ($M \pm m$) и показатели нетрудоспособности матерей ($M \pm m$) до проведения мероприятий по семейной реабилитации

Срок до начала реабилитации	Частота обострений	Показатели нетрудоспособности матери	
		число дней	число случаев
за 6 лет	5,0±0,44	95,3±8,78	8,3±0,57
за 5 лет	5,3±0,39	89,4±6,85	7,9±0,49
за 4 года	5,3±0,31	94,7±5,84	8,4±0,43
за 3 года	5,2±0,28	97,6±5,17	8,8±0,40
за 2 года	5,8±0,25	98,7±4,96	8,9±0,38
за 1 год	5,9±0,18	98,5±5,21	9,1±0,39

Как видно, показатели во все годы практически одинаковы и характеризуются стабильностью.

Из 363 взрослых членов семьи хронические заболевания были у 300 (82,6%). В том числе у 264 - очаги хронической инфекции носоглотки, у 135 - патологии желудочно-кишечного тракта, у 116 - заболевания сердечно-сосудистой системы, у 76 - аллергодерматозы, у 54 - хронические неспецифические заболевания легких, у 39 - заболевания мочевыводящих путей, 9 - эндокринная патология, 67 - другие заболевания.

Задачей этого этапа исследования явилось изучение характера влияния семейных факторов риска на клинические особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей. Факторы риска в семьях изучались по специальной программе. Для этого были разработаны анкеты-карты, заполняемые врачом.

При определении влияния условий жизни семьи мы использовали данные разработанной нами анкеты. Проведен анализ условий жизни 194 больных детей и членов их семей. Мы учитывали: тип жилья, температурный режим, влажность, запыленность квартиры, применение синтетических моющих средств, курение родственников, наличие синтетического покрытия пола и стен, наличие животных в квартире, цветущих комнатных растений, печного отопления. Результаты анализа этой группы показателей позволили разработать рекомендации по устранению неблагоприятных бытовых условий.

Оценка влияния очагов хронической инфекции в 175 семьях на течение рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний проводилась путем изучения анамнеза жизни, данных осмотров педиатра, терапевта, отоларинголога, стоматолога. В результате выделены семьи: 1) без хронических очагов инфекции 2) с хронической очаговой

инфекцией (хронические бронхолегочные заболевания, хронические заболевания ЛОР-органов, полости рта, рецидивирующие стрепто- и стафилодермии, микробные экземы) у одного, двух, трех и более членов семьи. Динамическое наблюдение позволило разработать принципиально новые рекомендации по санации очаговой инфекции в семье.

Используя анкетно-опросный метод мы могли оценить режим питания, набор продуктов, их количество у 177 больных детей и членов их семей. Родители составляли 7-дневное меню в разные сезоны года с указанием количества потребляемых продуктов за сутки, что в дальнейшем дало возможность провести количественную оценку индивидуального питания (Конь И.Я. и др. 1987; Johnson R.L. et al. 1983).

Сведения о ежедневном и среднегодовом пищевом рационе, охватывающем более 50 пищевых факторов, сопоставляли с существующими физиологическими нормами потребности в основных пищевых продуктах (Воронцов И.М., Мазурин А.В., 1980; Ладодо К.С., Отт В.Д., Фатеева Е.М., 1987; Самсонов М.А., Покровский А.А., 1992). К группе детей с избыточным (превышение объемной суточной нормы на 20% и более) употреблением в пищу глицидов мы отнесли тех, у кого в меню преобладали макаронные изделия, манная, рисовая крупы, пшеничные хлебо-булочные изделия, картофель, кондитерские изделия, сахар, варенье (Скурихин И.М., Волгарев Н.Н., 1987). К группе больных с избытком белкосодержащих продуктов мы отнесли детей, 2-3 раза в день употреблявших мясо, ежедневно избыточно включавших в меню молочные, мясные продукты, яйца, рыбу, сыр, хлеб (превышение объемной суточной нормы на 20% и более). Следующая группа - это дети из семей, где в пищу ежедневно включались консервированные продукты (колбасы, копчености, соленья, томаты, консервированные овощи, рыбные консервы, сыры). Кроме того, мы учитывали присутствие в меню свежих овощей и фруктов и выделили семьи, получающие свежие салаты из овощей и фруктов в основном в летне-осенний период, и семьи, в меню которых свежие овощи и фрукты присутствовали независимо от сезона года, в объеме, соответствующем возрасту ребенка. На основе полученного материала были разработаны конкретные рекомендации по коррекции питания в семье.

Для уточнения психологического климата семьи путем анкетирования среди родителей и индивидуальных бесед было проведено обследование 175 семей. По взаимоотношению родителей было выделено три типа семей: 1) дружная семья (без конфликтов), 2) редкие конфликты в семье (не чаще одного раза в месяц, без вовлечения детей), 3) частые конфликты (1-2 раза в неделю, в присутствии детей).

Взаимоотношения между взрослыми и детьми мы определяли путем анкетирования и бесед среди 159 полных семей. Было выделено три группы семей - 1) семьи, где детей воспитывали без наказаний, 2) семьи, где детей ругали, ставили в угол, но не применяли физических методов воздействия и 3) семьи, где за небольшие провинности детей наказывали морально и физически.

По характеру общения в семье нами была определена группа детей, отдыхающих вместе с родителями в выходные дни - благоприятный психологический климат, с одним из родителей - удовлетворительный и детей, предоставленных в выходные дни самим себе - неудовлетворительный психологический климат. Наряду с этим в анкету были включены вопросы, определяющие отношение родителей к занятиям физкультурой, закаливанию семьи, гигиеническим навыкам.

Данные анкеты позволили разработать ряд рекомендаций по коррекции психологического климата.

Для выяснения некоторых деталей механизма воздействия неблагоприятных семейных факторов на организм ребенка были проведены следующие специальные лабораторные и инструментальные методы исследования: количество Т- и В-лимфоцитов, субпопуляции Т-лимфоцитов (Т-хелперы, Т-супрессоры) определяли методом комбинированного розеткообразования в модификации Т.И. Гришиной (1978).

Иммуноглобулины А, М, G были определены методом радиальной иммунодиффузии Manchini et al., 1964). Циркулирующие иммунные комплексы по методике, разработанной ИКИ РАМН (Коненков В.И., 1984). О функции нейтрофилов судили по уровню спонтанного НСТ-теста (Нагоев Б.С., Шубич М.Г., 1981; Маянский А.Н., Галиуллин А.Н., 1984).

Аллергологическое обследование проводилось в тех случаях, когда по клинической картине заболевания можно было предполагать участие аллергического компонента в его патогенезе. Обследование проводилось путем постановки кожно-скарификационных проб с различными аллергенами, а также с применением внутрикожных проб с бактериальными аллергенами (Ванюков Н.В., Титова С.М., 1971). Определение уровня содержания в крови суммарного и аллергенспецифического иммуноглобулина Е проведено с помощью радиоиммосорбентного (PRIST) и радиоаллергосорбентного (RAST) тестов (Phadebas). Аллергия к лекарственным препаратам была определена с помощью микротермистометрического метода (Каменская В.В. и др., 1965; Каменская В.В. 1975; Чупахин В.А., Казначеева Л.Ф., 1987).

Функциональные методы исследования включали в себя: изучение показателей пороговой чувствительности бронхов к ацетилхолину и гистамину с помощью ингаляционной пробы с названными препаратами (Польнер А.А. и др., 1963; Чергинец В.И. 1983). В динамике проводилось определение вегетативного гомеостаза (схема Вейна, кардиоинтервалография, клиноортостатическая проба).

Микробиологический метод исследования отделяемого верхних дыхательных путей проводился на кафедре микробиологии НМИ по общепринятой методике (приказ МЗ N 535 от 22.04.85).

Определение свободных аминокислот в моче и сыворотке крови проводилось с помощью хроматографии на колонках, заполненных ионообменными смолами (Stein et Moore, 1948). Количественное содержание солей в суточном объеме мочи было определено стандартным методом. С целью уточнения диагноза проводилось определение уровня содержания α -1-антитрипсина в сыворотке крови (ИЦИГ СО РАН, руководитель член-корр. Р.И.Салганик). Наряду с детьми также тщательно были обследованы родители. Объем и характер выполненных исследований представлен в таблице 2.

Оценка эффективности проводилась:

- по подсчету числа случаев обострений рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний, числа случаев и дней нетрудоспособности матерей в связи с уходом за больными детьми до и в течение реабилитации;
- изменению в динамике: уровня содержания иммуноглобулинов А, М, G, E, ЦИК, показателей пороговой чувствительности бронхов к ацетилхолину и гистамину, показателей сенсибилизации организма;
- уменьшению числа дополнительных симптомов при вовлечении других органов и систем;

Статистическая обработка материала проводилась путем вычисления средних величин (M) со средней ошибкой показателя (m). Для определения достоверности различий применялся критерий соответствия (χ^2) с определением ошибки вероятности (p).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты собственных эпидемиологических исследований, а также анализ данных литературы по вопросу о факторах риска, позволили прийти к выводу о том, что все факторы риска возникновения заболеваний органов дыхания у ребенка можно разделить на три группы. К первой группе мы отнесли абсолютно неуправляемые факторы - генетичес-

Таблица 2

Объем и характер выполненных исследований

Характер исследований	Число семей	Детей основной группы	контрольной группы	Родителей	Общее число исследований
1.Эпидемиологическое обследование	5376	1483	6186	10719	18388
2.Клиническое обследование	175	236	65	369	670
3.Изучение влияния:					
-условий жизни	175	236	65	369	670
-очагов хронической очаговой инфекции.	175	236	65	369	670
-характера питания	175	209	60	346	615
-психологического климата семьи	175	236	65	369	670
4.Лабораторные методы исследования					
Всего, в том числе	131	2086	639	2246	4716
-иммунологические					
содержание IgA	131	101	53	134	288
IgM	131	101	53	134	288
IgG	131	101	53	134	288
IgE (PRIST, RAST)	124	124	20	11	155
содержание лейкоцитов,		236	65	369	670
лимфоцитов		236	65	369	670
Т-лимфоцитов		106	36	96	238
В-лимфоцитов		106	36	96	238
О-клеток		106	36	96	238
Т-хелперов		106	36	96	238
Т-супрессоров		106	36	96	238

- НСТ-тест	100	42	113	255	
- содержание ЦИК	61	10	19	90	
-аллергия к лекарствам	97	12	14	123	
-аллергологическое обследование	174	26	144	344	
-содержание свободных аминокислот в моче	50	20	80	150	
-содержание свободных аминокислот в сыворотке крови	15		5	20	
-содержание солей в суточной моче	25		20	45	
-содержание α -1-антитрипсина в сыворотке крови	135	40	220	395	
14					
5.Функциональные методы исследования:					
Всего, в том числе	376	54	305	952	
-показатели пороговой чувствительности к ацетилхолину, гистамину	97	24	155	276	
-схема Вейна	87	24	150	261	
-КИГ	47	2		49	
-КОП	47	2		49	
6.Микробиологические методы					
-исследование отделяемого верхних дыхательных путей	74	75	33	160	268
ИТОГО :	5542	4256	6977	13799	25249

кие, климатогеографические, антенатальные неблагоприятные воздействия. Во вторую группу - условно-управляемые факторы - отнесены экологические условия района, материальный доход семьи, характер жилья (площадь квартиры, наличие удобств), образование родителей.

Выявление данных о наличии факторов риска этих двух групп при обследовании ребенка позволяет участковому врачу-педиатру только определить контингент детей, предрасположенных к развитию бронхолегочных болезней и поэтому требующих более пристального внимания и проведения ряда известных профилактических мероприятий. Однако, устранить воздействие этих неблагоприятных факторов на организм ребенка на современном уровне знаний и в условиях работы участкового врача не представляется возможным.

Вместе с тем, как показал анализ литературы и результатов собственных исследований на популяционном уровне, в некоторых семьях возникают такие условия (3-я группа факторов риска), которые вызывают раннее формирование и более тяжелое течение бронхолегочных заболеваний у детей. Не случайно после успешного лечения в стационаре, дети, возвращающиеся в семью, нередко снова и вскоре имеют рецидивы болезни. К таким неблагоприятным факторам риска в условиях семьи - семейным факторам риска - относятся четыре группы неблагоприятных влияний на ребенка: неудовлетворительные бытовые условия, наличие очагов хронической инфекции у членов семьи, нарушения характера питания, неблагополучный психологический климат в семье.

Для этой группы факторов риска характерно то, что устранение их влияния возможно усилиями участкового врача в амбулаторно-поликлинических условиях и не требует применения каких-либо специальных дополнительных методов.

Основным разделом наших исследований было углубленное изучение характера влияния именно этой группы факторов риска - влияния неблагоприятных условий в семье на течение бронхолегочной патологии детей. Мы изучили влияние каждой из четырех групп семейных факторов риска на сроки формирования и особенности течения хронических и рецидивирующих заболеваний органов дыхания у детей.

Критериями оценки неблагоприятных влияний явились следующие клинические признаки: раннее формирование заболевания, бронхообструктивного синдрома (БОС), значительная частота обострений, большая доля тяжелого течения заболеваний, вовлечение в процесс других органов и систем.

Такому анализу подвергнуты данные о влиянии некоторых бытовых факторов, очагов хронической инфекции у членов семьи, о характере

питания. Кроме того, было проведено изучение психологического климата в семьях, о чем можно получить сведения только с применением клинических (неэпидемиологических) методов.

Факторы риска в семьях изучались по специальной программе. Для этого были разработаны анкеты-карты, заполняемые врачом. Анализ показал, что семейные факторы риска каждой из четырех групп существенно влияют на сроки формирования и характер течения болезней органов дыхания у детей.

1. Первую группу семейных факторов риска составили бытовые условия, способствующие формированию хронической бронхолегочной патологии, среди которых мы выделяем физические (тип жилья, температурный режим воздуха в квартире, влажность), химические (наличие пыли в квартире, применение в быту синтетических моющих средств (СМС), курение членов семьи в квартире, синтетическое покрытие пола и стен), сенсibiliзирующие (контакт с животными, открытые книги, цветущие цветы, печное отопление).

Установлено, что из всех перечисленных бытовых факторов наибольшее неблагоприятное влияние на организм ребенка и течение его бронхолегочного заболевания оказывает широкое применение СМС. Это совпадает с данными литературы: синтетические моющие средства существенно изменяют обменные процессы и иммунологическую реактивность экспериментальных животных (Волощенко О.И. и др., 1987; Кривоносов М.В., 1989; Иванова Л.А. и др., 1991), отрицательно действуют на организм рабочих на производстве СМС (Катаев И.А., 1971; Трофимов А.В., 1974; Родионова Р.К., 1975; Потрохов О.И. и др., 1977; 1983; Einhorn A. et al., 1989).

Так, анализ показал, что раннее начало заболевания в первую очередь характерно для больных, живущих в семьях, где широко используют синтетические моющие средства (76,3% против 34,9%), в семьях, где температура воздуха в квартире выше + 23 °С (74,7% против 46,6%), а также в квартирах с нерегулярной влажной уборкой (73,7% против 46,6%). Температура воздуха в квартире ниже + 18 °С, по нашим данным, не является фактором риска раннего развития заболевания.

Следующим критерием степени влияния бытовых факторов на течение заболевания является частота обострений заболевания. При использовании СМС, при нерегулярной влажной уборке квартиры, более высокой температуре, при наличии в доме животных, курении родственников в 1,5 раза чаще возникали обострения болезни в сравнении с группой детей, не имевших влияния этих факторов (частота обострений в год составила соответственно 7,7; 7,5; 7,2; 7,1; 6,4 против 4,4; 4,5; 4,7;

5,8; 5,5). Тяжелое течение заболевания формируется у половины больных (54,7%), живущих в квартирах с температурой воздуха +23-28 °С, при нерегулярной влажной уборке (51,6%) и у 2/3 детей (61,0%) - при широком использовании СМС.

Кроме того, при воздействии перечисленных неблагоприятных факторов в 1,5 раза увеличивается частота дополнительных симптомов, характеризующих нарушения функции других органов и систем (65,3%; 60,9%; 71,2% соответственно). В частности, при широком контакте с СМС у больных в 3 раза чаще встречается такой симптом, как зуд кожных покровов, чаще всего аллергического генеза ($p < 0,01$), в 2 раза чаще формируются атопические дерматиты ($p < 0,05$), в 1,5-2 раза чаще отмечаются дискинезии желчевыводящих путей ($p < 0,05$), дисбактериозы кишечника ($p < 0,001$). У половины больных, живущих в запыленных квартирах, с нерегулярной влажной уборкой формировались атопические дерматиты ($p < 0,01$).

При высокой температуре воздуха в квартире у 1/5 больных был выражен кожный зуд, а также отмечалось преобладание функциональных нарушений со стороны нервной системы ($p < 0,05$; $p < 0,025$). Частота функциональных расстройств нервной системы у детей, живущих в холодных квартирах, не отличалась от показателя контрольной группы и отмечены только в 31,8% наблюдений.

Установление границ теплового комфорта имеет большое значение в реабилитации больных с бронхолегочной патологией. Большинство родителей дискомфортной температурой в квартире считают температуру ниже +24 °С и стараются кутать своих детей, поддерживать температуру воздуха на более высоких цифрах. Механизм неблагоприятного воздействия высокой температуры воздуха в квартире частично можно объяснить развитием повышенной сухости слизистой оболочки дыхательных путей (Празников В.П., 1988), снижением ее бактерицидных свойств, угнетением транспортной функции эпителия (Пухлик С.М., Бабов Д.М., 1983), угнетением фагоцитоза, снижением содержания иммуноглобулинов А, накоплением в тканях гистамина (Шабленко С.М., 1989).

При проведении дополнительных методов обследования мы нашли, что все перечисленные клинические изменения сочетались с изменениями иммунологического профиля и нарушениями регуляции бронхоmotorного тонуса. Так, больные, контактирующие с СМС, живущие в запыленных квартирах с температурой воздуха более + 23 °С имеют более низкие показатели содержания иммуноглобулинов А и G в сыворотке крови. Применение СМС в быту сопровождается достоверным увели-

чением содержания иммуноглобулина Е ($281,0 \pm 37,86$ ку/л против $135,2 \pm 35,88$ ку/л; $p < 0,01$).

Результаты аллергологического обследования показали, что 70,0% больных, имевших постоянный контакт с СМС через кожу, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, при высокой температуре воздуха в квартире (51,9%), нерегулярной влажной уборке (46,8%) имели положительные показатели сенсибилизации одновременно к трем и более группам аллергенов. Кроме того, при контакте с СМС у 71,4% больных формируется аллергия к лекарствам, что может быть связано с биологическими добавками, и кроме того, не исключены общие антигенные детерминанты СМС и лекарственных препаратов. При низкой температуре воздуха в квартире, повышенной влажности у половины больных формируется сенсибилизация к бактериальным аллергенам.

Наряду с представленным обращает на себя внимание повышение неспецифической чувствительности бронхов к ацетилхолину и гистамину у больных, живущих в неблагоприятных условиях (высокая температура воздуха в квартире - $4035,3 \pm 450,6$ μ ; $887,4 \pm 79,3$ μ ; нерегулярная влажная уборка - $4029,0 \pm 341,0$ μ ; постоянное воздействие СМС - $3437,2 \pm 506,3$ μ ; $877,7 \pm 95,8$ μ ; табачного дыма - $3594,7 \pm 393,7$ μ ; $882,2 \pm 75,8$ μ), что может быть связано со снижением защитных свойств слизистой оболочки бронхов вследствие воздействия значительного количества химических веществ, находящихся в квартире, обладающих кроме аллергенного, токсическим, раздражающим действием, и формированием гиперчувствительности бронхов. Последнее, в свою очередь, обуславливает повторные рецидивы бронхолегочных заболеваний, более тяжелое течение.

При курении родителей в квартире мы выявили только повышение чувствительности бронхов к неспецифическим раздражителям (пороговая доза ацетилхолина $3594,7 \pm 393,2$ μ ; гистамина - $882,2 \pm 75,8$ μ) и увеличение частоты обострений ($6,4 \pm 0,27$ против $5,5 \pm 0,28$, $p < 0,05$), развитие у 60,0% детей сенсибилизации к экстракту табака тех марок, которые курят родители.

Другие факторы: общая площадь квартиры, количество комнат, которыми располагает семья, наличие или отсутствие отдельной комнаты у ребенка, уровень расположения квартиры, материал, из которого построен дом, присутствие в квартире животных, цветущих растений, открытых книг, наличие печного отопления, по нашим данным, не играют роли в частоте развития рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний у детей.

Результаты нашего анализа не подтвердили данных ряда исследователей (Вихристюк Г.И., Сердюковская Т.Н., 1979; Маматкулов Б., 1979; Веселов Н.Г., 1980; Соколова В.Д., 1985; Жерносок В.Ф., 1986; Бережкова Л.Ф. и др., 1986; Богданова Н.А. и др., 1989; Linna Olavi., 1983; Andersen et al., 1988;). Нами не установлено особенностей течения рецидивирующих и хронических заболеваний органов дыхания в зависимости от типа отопления жилья, что не согласуется с данными Нестеренко З.В. и др., (1990), показавшими, что частые заболевания у дошкольников связаны с печным отоплением.

Не найдено достоверных отличий в клиническом течении болезни у детей в зависимости от низкой температуры, наличия в доме цветущих растений. Наоборот, у детей, живущих в квартирах с более низкой температурой воздуха содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови больных детей практически не отличается от соответствующих показателей группы здоровых детей. Можно предположить, что низкая температура воздуха в квартире оказывает неспецифический иммуностимулирующий эффект, что согласуется с данными Празникова В.П. (1988), Л.А.Лисициной (1991), касающимися изменений гуморального и клеточного звеньев иммунитета при закаливании организма.

Известно, что у части детей формируется аллергия к пыльце растений, поэтому аллергологи часто рекомендуют убирать растения из квартиры (Фадеева М.А. и др., 1986). Такого однозначного подхода к данной проблеме не должно быть. Нами показано, что число обострений заболеваний респираторного тракта достоверно ($p < 0,05$) снижается при создании в спальне ребенка лечебных интерьеров из растений семейства миртовых ($6,1 \pm 0,30$ против $2,8 \pm 0,35$), лечебный и saniрующий эффект которых определяется антимикробной активностью.

2. Наличие очагов хронической инфекции в семейной обстановке ребенка также определяет частоту бронхолегочной патологии у детей (Горшкова Н.Ф., 1984; Natvig H.J., Moore G.W., 1983). Результаты наших эпидемиологических исследований показали, что у детей из семей с очагами хронической инфекции рецидивирующие и хронические заболевания бронхолегочной системы встречаются достоверно чаще (1087 (31,9%) из 3 413 наблюдаемых) по сравнению с детьми из семей без очаговой инфекции (396 (9,3%) из 4255 наблюдаемых, $p < 0,001$).

При обследовании 175 семей было установлено, что в семьях, где распространены очаги хронической инфекции (ОХИ) (два, три и более членов семьи с ОХИ), заболевание в 56,1% и 72,3% формируется у детей в раннем возрасте (до 2-х лет), ($p < 0,001$). Синдром бронхиальной обструкции также в большинстве случаев (63,5% и 74,1%) впервые

регистрируется в течение первых 2-х лет жизни по сравнению с детьми из семей без очагов хронической инфекции (20,0%), ($p < 0,002$; $p < 0,001$). Отсюда вполне закономерным является факт более частых обострений основного заболеваний у детей, проживающих в семьях, где три родственника были с очагами хронической инфекции ($6,7 \pm 0,28$ против $3,3 \pm 0,80$; $p < 0,0001$).

Детальное изучение анамнеза и всестороннее обследование детей позволило нам по совокупности клинических проявлений выделить три группы: с легким, среднетяжелым и тяжелым течением и определить влияние очагов хронической инфекции на течение заболевания. Оказалось, что заболевание протекает легко у всех детей, проживающих в семьях без ОХИ, преимущественно легко (61,9%) в семьях, где ОХИ у одного родственника. Там, где 2 члена семьи имеют ОХИ, соотношение становится иным и уже 65,7% детей отличаются среднетяжелым, а 19,2% - тяжелым течением заболевания. Особенно наглядной является последняя группа, где три члена семьи имеют ОХИ. В этом случае более чем у половины детей (52,2%) отмечается тяжелое течение, 44,6% - средней тяжести и только 3,2% составляют дети с легким течением ($p < 0,001$).

Кроме поражения респираторной системы при распространенных очагах хронической инфекции в семье чаще отмечается поражение трех и более систем (49,3% и 72,4%), тогда как при отсутствии очагов хронической инфекции у 3 из 6 детей не обнаружено никаких отклонений со стороны других органов и систем организма ($p < 0,001$). Из отдельных клинических симптомов обращает на себя внимание распространенность дисбактериоза кишечника у детей из семей с двумя и тремя очагами хронической инфекции, дискинезий желчевыводящих путей, функциональных расстройств нервной системы и атопических дерматитов у детей из семей с тремя очагами хронической инфекции ($p < 0,05$).

При изучении микробного пейзажа носоглотки мы нашли, что доминирующее место среди микроорганизмов занимает носительство стафилококковой флоры (55,5%; 71,4%; 82,7%). Однако в семьях, где помимо пациента очаги хронической инфекции присутствовали у трех родственников, кроме стафилококка были идентифицированы другие микроорганизмы. Причем именно в этой группе семей достоверно чаще встречалась микробная ассоциация (80,8%) по сравнению с семьями без очагов хронической инфекции (22,3%).

Нами показано, что у детей с аллергическими заболеваниями органов дыхания (126 детей), проживающих в семьях, где два или три родственника имеют очаги хронической инфекции, более обширен спектр

сенсibilизации (35,4%; 46,4%; $p < 0,05$). По-видимому, попадающие на слизистую оболочку патогенные бактерии и сапрофиты обладают сенсibilизирующими свойствами и увеличивают чувствительность организма к аллергенам. По сути дела, дети из таких семей получают круглогодичную антигенную стимуляцию, что не может не сказаться на течении и формировании бронхолегочных заболеваний. При распространенной ОХИ по сравнению с детьми из семей без очагов хронической инфекции достоверно чаще формируется бактериальная сенсibilизация ($44,6 \pm 5,64\%$ и $18,6 \pm 4,65\%$; $p < 0,005$).

Не менее значимым в генезе заболеваний органов дыхания являются иммунологические нарушения различного характера. Изучение показателей иммуноглобулинов А, М показало более низкое содержание в сыворотке крови у детей из семей с тремя очагами инфекции по сравнению с семьями только с одним очагом ($p < 0,001$). Уровень ЦИК при наличии в семье двух или трех человек с ОХИ в 2-2,5 раза выше по сравнению с детьми, живущими в семьях, где только у одного родственника из семейного окружения присутствуют очаги хронической инфекции. По-видимому, в условиях высокой инфицированности происходит стимуляция продукции антител, что способствует повышению образования иммунных комплексов (антиген-антитело).

Поскольку одним из важных звеньев в патогенезе формирования бронхолегочного заболевания являются нарушения в регуляции бронхомоторного тонуса, достаточно важным является поиск причины повышения неспецифической чувствительности бронхов. С этой целью мы определили показатели пороговой чувствительности к ацетилхолину и гистамину у 157 больных детей. Оказалось, что в группе детей из семей с очагами инфекции пороговая чувствительность как к одному, так и к другому бронхоконстриктору достоверно выше по сравнению с другими группами ($p < 0,001$; $p < 0,01$).

3. На формирование рецидивирующих и хронических заболеваний органов дыхания оказывает влияние характер питания ребенка, как отражение характера питания семьи. По данным эпидемиологического исследования при преимущественно углеводистом питании у 1092 (26%) детей отмечаются рецидивирующие и хронические заболевания органов дыхания, тогда как при рациональном питании повторные заболевания зарегистрированы только у 391 (11,2%) ребенка ($p < 0,01$).

При обследовании 175 семей чаще других (91 ребенок) в рационе встречалось преобладание продуктов, содержащих глициды. Несколько меньше (57 детей) было больных, в меню которых было постоянно повышенное количество белковосодержащих продуктов. В рационе 55 де-

тей постоянно присутствовали консервированные продукты питания.

Избыток одного из компонентов рациона встретился у 66 больных, во всех других наблюдениях (65 больных) отмечены сочетанные нарушения питания. Реже встречалось недостаточное питание. Довольно четко выявлено лишь недостаточное употребление свежих овощей и фруктов (46 больных). По-видимому, родители любой ценой стремятся обеспечить больного ребенка всеми видами продуктов питания.

Анализ показал, что особенности клинического течения хронических бронхолегочных заболеваний в значительной мере связаны с питанием ребенка - как отражение характера питания семьи.

Несбалансированное, одностороннее питание (избыточное содержание в рационе белковосодержащих, консервированных и глицидосодержащих продуктов) сочеталось с более ранним по сравнению с группой контроля развитием болезни (73,7%; 71,0%; 64,8% против 37,0% соответственно), ранним началом бронхообструктивного синдрома (77,5%; 67,5%; 68,3% против 43,5%), увеличением частоты обострений в течение года ($7,2 \pm 0,34$; $6,8 \pm 0,29$; $6,6 \pm 0,26$ против $4,0 \pm 0,23$), с формированием более тяжелых форм застойления (54,4%; 40,0%; 40,6% против 4,3%), вовлечением в патологический процесс других органов и систем (68,4%; 65,5%; 62,6% против 36,9% соответственно).

Особенно неблагоприятно отражается на течении бронхолегочных заболеваний такое нарушение питания, как избыток глицидов в сочетании с избытком белка (раннее начало заболевания - 73,9%; раннее формирование БОС - 83,3%; частые обострения - $8,0 \pm 0,65$; вовлечение в патологический процесс трех и более систем организма - 69,6%).

Усугубляется ситуация при одновременном избыточном употреблении в питании ребенка глицидов и белка на фоне недостатка свежих овощей и фруктов. В этом случае уже у 85,7% детей рано формируется заболевание, в 83,3% до 2-х лет зарегистрированы первые клинические признаки БОС, обращала на себя внимание высокая частота обострений ($10,6 \pm 0,83$), у 85,7% отмечалось тяжелое течение болезни, у 72,0% детей - нарушения со стороны трех и более систем.

Из клинических симптомов обращает на себя внимание упорный зуд кожных покровов, наблюдавшийся нами у детей с преимущественно углеводистым питанием (33,3%), либо при сочетанном избытке в питании глицидов и белка (30,4%), консервов и белка (32,0%), а также при избытке в пище консервированных (30,4%), белковых продуктов (37,0%) на фоне недостатка овощей и фруктов по сравнению с контрольной группой (6,5%). Вазомоторные риниты, рецидивирующие отиты Квинке чаще наблюдались нами при нерациональном употреблении

консервированных продуктов (8 из 13), при сочетании избытка консервов с белковыми продуктами (30,0%), при избытке трех компонентов (консервы, белок, глициды) - 3 из 7, тогда как в группе контроля - у 6 из 46, ($p < 0,05$). Перечисленные клинические проявления могут быть связаны с либераторным, гистаминоподобным или непосредственно сенсибилизирующим действием ингредиентов, что согласуется с данными Juhlin L. et al. (1972); Lessof et al. (1980); Moneret-Vautrin D.A. (1986).

Функциональные нарушения встречающиеся у детей, в меню которых преобладают глицидосодержащие продукты: запоры (39,6%), дисбактериоз кишечника (60,4%), особенно на фоне недостатка свежих овощей и фруктов (63,0%), дискинезии желчевыводящих путей (59,3%), могут быть связаны с замедлением моторики желудка, кишечника (Ладодо К.С., 1993), активацией процессов ферментации и усилении роста микрофлоры при неограниченном употреблении продуктов, содержащих крахмал (Лессоф М.Х., 1986).

При недостаточном введении овощей и фруктов происходит значительное уменьшение поступления в организм ребенка естественных энтеросорбентов (балластных веществ), снижается пассаж пищи по кишечнику, что приводит к уменьшению взаимодействия бактерий и желчных кислот (Запруднов А.М., Волков А.И., 1993).

Значительное расширение спектра сенсибилизации, в том числе формирование пищевой аллергии мы отмечали при преобладании в питании детей глицидосодержащих продуктов (46,8% и 57,5%), консервированных продуктов (50,0% и 60,0%), особенно на фоне недостатка свежих овощей и фруктов (57,9%; 70,6%; 73,9%; 70,6%), тогда как у рационально питающихся больных подобные изменения были у 12,1% и 36,4%. Широкий спектр сенсибилизации формируется у детей с замедлением моторики кишечника, желудка, связанных с избытком в питании углеводов, задержкой пребывания лекарственных средств, повышением активности воспалительной реакции, поступлением в организм при избытке белкосодержащих продуктов большого количества гистидина, из которого в желудочно-кишечном тракте образуется гистамин, обуславливающий клинические эффекты на организменном уровне, что согласуется с данными Galenus G. (1968); В.А.Осеновой (1981); А.М.Ногаллер (1983); М.А.Ахметовой, Ф.М.Оспановой (1984); С.В.Шкуро, Л.П.Федорцевой (1986); Gugen L.B., Gregory J.F., (1986); М.Я.Студеникина, К.С.Ладодо (1991; 1993).

Аллергия к лекарственным препаратам встречалась более чем у половины больных с нарушениями питания в виде избытка белка (67,9%), консервов (63,0%), глицидов (58,7%) или при сочетании избытка кон

сервов и глицидов (57,1%), в группе контроля - 20,0%, ($p < 0,01$; $p < 0,05$), что может быть обусловлено поступлением с продуктами питания, небольших, но сенсибилизирующих доз антибиотиков, соединений пирозолонового ряда, входящих в пищевые красители, а также со способностью белка связывать лекарственные препараты, имеющие к нему сродство (сульфаниламиды, антигистаминовые) (Rusrecka M., 1974; Запруднов А.М., Волков А.И., 1993).

Принятый вместе с белковыми продуктами лекарственный препарат гаптен может непосредственно в желудке превратиться в полноценный аллерген, который способен вызвать явления лекарственной и пищевой аллергии (Пухлик Б.М., 1989), особенно при длительной его задержке в кишечнике при избытке глицидов. Кроме того, при перекармливании детей способность печени задерживать чужеродные белки ограничена (особенно при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы), вследствие этого крупные белковые, углеводистые молекулы или их осколки проходят через печеночный фильтр, не теряя антигенных свойств, что приводит к сенсибилизации организма.

Кроме клинических особенностей течения рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний при нарушениях в рационе питания больных детей нами выявлены изменения солевого состава мочи (оксалурия, фосфатурия - при избытке глицидов и консервов, уратурия - при избытке глицидов и белка на фоне недостатка свежих овощей и фруктов), не сопровождающиеся ухудшением показателей клинического течения заболевания, и отражающие, по-видимому, с одной стороны, элиминацию избыточного поступления некоторых ингредиентов пищи при одностороннем питании, а с другой - несбалансированная диета при избытке белка может оказывать токсическое действие на эпителий почечных канальцев, вызывая повышение проницаемости мембран клеток.

При всех нарушениях в питании ребенка повышается порог возбудимости бронхов к ацетилхолину и гистамину, что является одним из показателей, определяющих клиническое течение заболевания. Подобные нарушения могут быть связаны с изменением динамического равновесия вегетативной нервной системы при избыточном поступлении глицидов (Jenkins D.J.A. et al., 1987), интоксикацией организма, гистаминовым эффектом при поступлении с пищей белка и консервов.

4. Оценку влияния психологического климата в семье на течение хронических бронхолегочных заболеваний детей мы проводили после анкетирования среди родителей и индивидуальных бесед в 175 семьях, где проживало 194 больных ребенка. Анализ показал, что даже при

редких конфликтных ситуациях по сравнению с больными из дружных семей чаще ($6,1 \pm 0,25$ и $4,2 \pm 0,21$ случая в год), отмечаются обострения бронхолегочных заболеваний, почти в два раза чаще (30,6% и 17,8%) встречается тяжелое течение заболевания ($p < 0,001$). Из клинических симптомов обращает на себя внимание большая частота кожного зуда (23,6%) и тяжелых форм аллергодерматоза (11,1%).

При частых конфликтах тяжелое течение болезни отмечается уже у 2/3 больных (60,5%), чаще возникают обострения ($8,4 \pm 0,45$), более чем у половины детей отмечаются нарушения со стороны трех и более систем (67,4%). Кроме поражения кожи - кожный зуд (23,3%), экзема и нейродермит (18,6%) - у половины детей встречаются функциональные расстройства нервной системы (51,2%), достоверное повышение показателей пороговой чувствительности к ацетилхолину ($2290,0 \pm 428,92$ γ) и гистамину ($505,3 \pm 96,88$ γ). Необходимо отметить, что у 78,3% больных детей из семей с частыми конфликтами была диагностирована вегетососудистая дистония. Вегетативная реактивность у половины из них была асимпатикотонической.

Анализ взаимоотношений между взрослыми и детьми показал, что частые обострения ($6,5 \pm 0,29$), тяжелое течение (37,4%), нарушения трех и более систем организма (54,9%), функциональные изменения нервной системы (41,8%), дискинезии желчевыводящих путей (47,3%), повышение пороговой чувствительности бронхов к неспецифическим раздражителям - ацетилхолину ($4947,2 \pm 413,39$ γ) и гистамину ($1030,4 \pm 79,82$ γ) - достоверно чаще по сравнению с дружными семьями встречаются при моральных наказаниях ребенка.

Если детям применяют не только моральные наказания, но и физические, все перечисленные нарушения встречаются еще чаще ($8,0 \pm 0,57$; 67,7%; 83,3%; 50,0%; 62,5%; $1741,1 \pm 472,63$ γ ; $675,0 \pm 48,43$ γ соответственно). Кроме того, у 20,8% детей формируется тяжелое течение экземы и нейродермита, у 16,7% рецидивируют отеки Квинке.

Следует обратить внимание на тот факт, что наказания детей в семьях приводят к развитию вегетососудистой дистонии (55,0% и 80,9%), истощению резервных возможностей сердечно-сосудистой системы, о чем свидетельствует асимпатикотоническая вегетативная реактивность. Установлено, что если ребенок не окружен заботой, когда в выходные дни он предоставлен сам себе, то у 72,6% детей заболевание формируется в раннем возрасте, чаще возникают обострения ($7,3 \pm 0,37$), у 56,2% детей отмечается тяжелое течение заболевания, более, чем у половины (64,4%) - нарушения трех и более систем. чаще возникают

экзема и нейродермит (13 из 73).

При совместном активном отдыхе в выходные дни заболевание до двух лет формируется только у 37,5% детей, реже возникают обострения ($3,5 \pm 0,40$), нет тяжелых форм заболевания, только у 25,0% детей в патологический процесс вовлекаются три и более системы организма.

Разобшение семьи в летнее время, проведение отпуска в городе в меньшей степени, но также оказывает влияние на частоту обострений ($7,5 \pm 0,45$; $9,1 \pm 0,49$ случая в год), тяжесть течения (53,8%). Обращает на себя внимание большая частота дискинезий желчевыводящих путей (51,3%), тогда как при совместном активном отдыхе семьи частота обострений составляет $5,1 \pm 0,22$; тяжелое течение формируется только у 22,0%.

Сопоставление данных отдельного анализа влияния на организм ребенка всех четырех групп семейных факторов риска показало, что их роль практически одинакова, степень их неблагоприятного воздействия проявляется одинаковыми изменениями показателей тяжести бронхолегочных заболеваний. Кроме того, чаще в семье выявляется одновременное сочетание ряда факторов риска из всех четырех перечисленных групп. Исходя из этого стало очевидным, что принципиальной особенностью семейной диспансеризации и реабилитации может быть только одновременное выявление и устранение влияния всех четырех групп факторов, причем применительно ко всем членам семьи.

При разработке принципов семейной диспансеризации в плане работы предусматривалось:

1. В течение первой недели детально ознакомиться с бытовыми условиями семьи при посещении квартиры.

2. С первых дней диспансеризации одновременно подвергнуть обследованию на предмет выявления очагов хронической инфекции всех членов семьи.

3. В течение первых недель проанализировать характер питания в семье.

4. С первых дней наблюдения семья должна быть обследована психологом по особой программе, позволяющей выявить те неблагоприятные ситуации в семье, которые ухудшают течение заболевания ребенка.

Организованная таким образом работа с семьей требовала составления индивидуального плана, включающего в себя не только методы обследования, но и проведения реабилитационных мероприятий.

Учитывая низкую эффективность реабилитационных мероприятий, проводимых по общепринятым методикам, выделив значимые семейные факторы риска и уточнив некоторые механизмы их влияния на течение

заболевания, нами на базе 4 консультативной поликлиники было создано отделение семейной диспансеризации и реабилитации детей с рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями.

Главным координирующим звеном, отвечающим за реабилитацию, был врач-педиатр. Поскольку от состояния здоровья других членов семьи зависит клиническое течение бронхолегочных заболеваний детей, мы посчитали целесообразным ввести терапевта, который занимался диагностикой заболеваний и реабилитацией взрослых членов семьи. Необходимы были также отоларинголог, стоматолог, решающие вопросы диагностики и лечения заболеваний ротоносоглотки всей семьи. Для всей семьи в целом и индивидуально для детей и взрослых потребовалась консультативная помощь психолога. Кроме того, в составе кабинета работал врач-лаборант и лаборант со средним образованием (схема 1).

Схема 1

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА СЕМЕЙНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ



Поэтапно проводилось генетическое консультирование: в простых случаях по поводу генетического прогноза консультировал лечащий врач, в более сложных - консультант-генетик.

Поскольку проводилось достаточно большое количество лабораторных исследований, мы считали целесообразным иметь врача-лаборанта и лаборанта со средним образованием. Другие специалисты привлекались при необходимости по показаниям. В составе кабинета работала медицинская сестра, владеющая методами функциональной диагностики, осуществляющая забор крови для иммунологического обследования.

Врач кабинета семейной реабилитации организовывал и проводил лечебные и консультативные приемы, занимался организационно-методической работой по координации деятельности всех подразделений поликлинической службы семейной реабилитации, проводил профилактическую работу в семьях, работал с участковыми врачами по повышению квалификации участковых врачей-педиатров, терапевтов, оценивал эффективность семейной реабилитации и диспансеризации, разрабатывал памятки для родителей, проводил обучение родителей по вопросам реабилитации детей в семье.

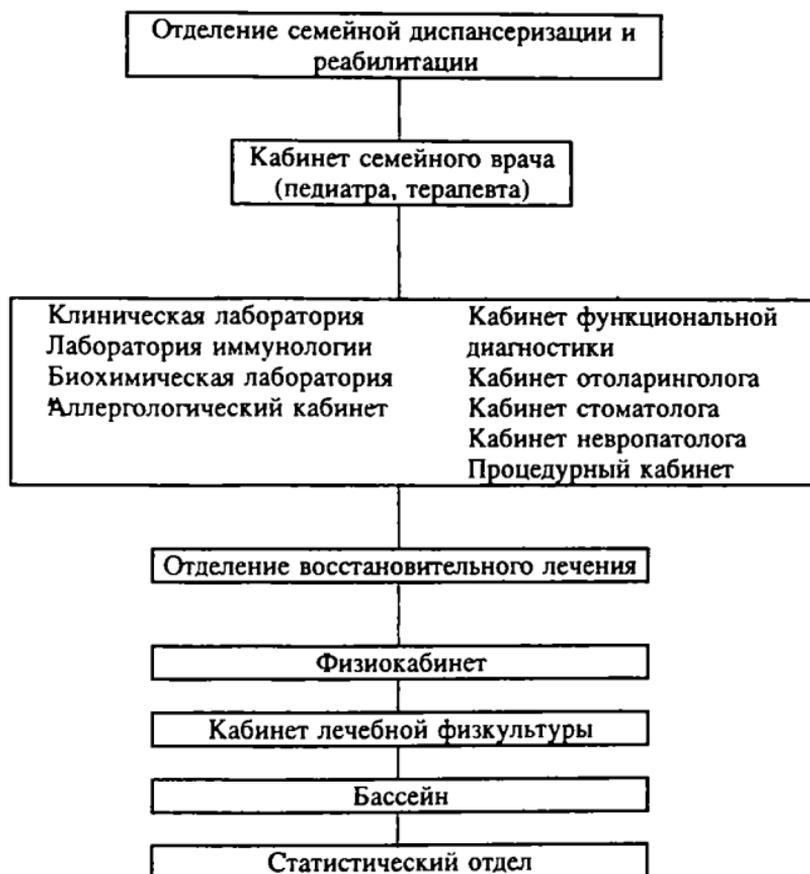
Основными рабочими документами диспансерного кабинета были:

- картотека семей, состоящих на учете;
- контрольная карта диспансерного наблюдения семьи;
- индивидуальная карта диспансерного наблюдения;
- журнал учета ежедневного приема семей.

В структурном отношении служба семейной реабилитации состояла из кабинета врача, где вели прием педиатр и терапевт. Рядом были кабинеты отоларинголога, генетика, невропатолога, функциональной диагностики, процедурный кабинет. Поскольку нами наблюдалось 118 детей и 110 взрослых с аллергическими заболеваниями мы использовали аллергологический кабинет, где проводились аллергодиагностика и лечение специфическими аллергенами (схема 2).

Объем необходимых клиничко-лабораторных, биохимических, иммунологических, радиоизотопных, инструментальных исследований проводился в соответствующих лабораториях поликлиники, медицинского института, научно-исследовательского института Цитологии и генетики СО РАН, кабинете медицинской генетики, научно-исследовательском институте Клинической иммунологии СО РАН.

Принцип преемственности между различными подразделениями соблюдался благодаря статистическому отделу. Из диспансерного кабинета сведения о семье передавались в статотдел поликлиники. В начале

**СТРУКТУРА СЛУЖБЫ СЕМЕЙНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
И РЕАБИЛИТАЦИИ**

каждого месяца на педиатрические и терапевтические участки поступали сведения о членах семьи, подлежащих диспансерному осмотру. Поскольку из взрослых членов семьи только 2,1% были не работающие, а 97,9% работали в сфере производства, мы составили такой график работы кабинета, который был удобен для всех: педиатр, терапевт, отоларинголог, стоматолог, невропатолог, кабинет функциональной диагностики, работали параллельно. Для большего удобства родителей были организованы семейные субботы, вечерние приемы в 3-й и 5-й дни недели. В эти дни проводился первичный осмотр и прием семьи. Подобный график работы позволял в течение короткого времени членам семьи получить консультативную помощь и лечебную помощь у педиатра, терапевта, отоларинголога, стоматолога, невропатолога, других специалистов. Поскольку мы не разделяли все службы на педиатрическую и терапевтическую, это принесло семье не только экономию времени, но и позволило выделить группы риска и успешнее проводить профилактические мероприятия. Не было разноречивых советов, легче в семье было решать вопросы лечения, питания, отдыха.

В результате многолетнего опыта работы мы определили нагрузку врачей отделения семейной реабилитации, исходя из общего количества наблюдаемых семей. На первичный прием семьи, состоящей из 4-х человек (двое детей и двое взрослых) в среднем затрачивается 1,5 часа (90 минут). Это время складывается из изучения амбулаторной карты больного, заполнения карты диспансерного наблюдения, в которой учитываются: родословная, условия жизни, характер питания, анамнез жизни, анамнез заболевания, осмотр членов семьи. Педиатр осматривает детей, терапевт - взрослых. Все члены семьи консультируются отоларингологом, стоматологом, больные дети и взрослые - невропатологом; по показаниям - другими специалистами.

Медсестра кабинета заполняет учетную карту семьи, контрольную карту диспансерного наблюдения, оформляет направления на необходимые обследования, проводит измерение артериального давления, минимальное функциональное исследование (ЭКГ, спирография).

Полученные данные анализируются, оценивается состояние здоровья всех членов семьи, определяются факторы риска и в заключение составляется программа реабилитации сроком на 1 месяц.

В итоге при первом посещении семьи педиатру и терапевту необходимо 1,5 часа рабочего времени, отоларингологу, стоматологу, генетику, невропатологу - 1,5 часа для 4-х больных (1,0 человек за 22,5 минуты).

На повторный прием семьи педиатром, терапевтом расходуется 1,0 часа, отоларингологом, невропатологом - 30 минут.

Таким образом, планируя функциональную нагрузку кабинета семейной реабилитации следует за 6,5 часов работы предусматривать ежедневный прием трех первичных семей (4,5 часа) и двух повторных (2 часа работы). В этом случае ежедневный прием будет составлять 5 семей, в неделю - 25 семей (100 человек), в месяц - 100 семей (400 человек). В год - 1100 семей (4 400 человек).

Наиболее пристальное внимание семье мы оказываем первый год реабилитации, особенно первые месяцы, когда даются установки на устранение управляемых бытовых факторов риска, лечение хронических очагов инфекции, коррекция питания семьи, психологического климата.

Поэтому первый год наблюдения мы предлагаем следующую схему:

1. Больные члены семьи:

Педиатр наблюдает: первый месяц - еженедельно (4 посещения); второй, третий, четвертый месяцы - 2 раза в месяц (6 посещений); пятый - двенадцатый - 1 раз в месяц (8 посещений). Итого: 22 посещения за год.

Терапевт: первый месяц - 1 раз в 2 недели, со 2-го по 3-й - 1 раз в месяц, затем 1 раз в три месяца (3 посещения). Итого: 7 посещений в год.

Отоларинголог: в первые 2 месяца - 3 осмотра: первое посещение, затем через 2-3 недели - после окончания курса лечения, через 1 месяц - контроль за эффективностью терапии и качеством выполняемых рекомендаций. В последующем 2 раза в год - весной и осенью (назначение профилактических курсов лечения). Итого: 7 посещений.

Стоматолог: санация (индивидуально). Затем 2 раза в год профилактика кариеса, контроль за выполнением рекомендаций по гигиене полости рта. В среднем - 3-4 раза в 1-й год.

Другие специалисты: по индивидуальному графику.

2. Здоровые члены семьи, а также лица из группы риска наблюдались в те же самые часы, но реже: первый месяц - 2 раза (оценка данных лабораторных и инструментальных методов исследования), коррекция питания, закаливания. В дальнейшем 2 раза в год (педиатр, терапевт, отоларинголог, стоматолог).

Второй и последующие годы реабилитации семьи приходили на консультацию по индивидуальному графику (в среднем 4-6 раз в год). В эти годы наблюдения основная работа врача была профилактической, направленной на закрепление полученного эффекта.

Дети с хронической бронхолегочной патологией снимались с учета спустя 3-5 лет от начала реабилитации, при условии стойкой ремиссии в течение 2-х лет, нормализации показателей лабораторных и инструментальных методов исследования. Допускалось сохранение повышен-

ной чувствительности бронхов к ацетилхолину и гистамину.

Каждые 3 месяца подводился итог реабилитации, данные передавались участковому врачу.

В итоге: в первый год наблюдения возможно принять на реабилитацию 50 семей, где может быть 75 больных детей, 25 здоровых или (и) группы риска и 100 взрослых членов семьи. Второй год работы: 300 посещений в среднем для семей, перешедших с первого года наблюдения и 36-40 семей можно дополнительно взять на учет.

Диагностика отклонений в состоянии здоровья, уточнение семейных факторов риска формирования бронхолегочной патологии и сопутствующих заболеваний проводилось в короткие сроки. Этому помогли организационные мероприятия, позволившие в одной поликлинике проводить клинические, биохимические, иммунологические, функциональные исследования, параллельный осмотр несколькими специалистами. Время работы всех служб было рассчитано так, что члены семьи переходили из одного кабинета в другой, без потери времени, что создало для пациентов несомненные удобства.

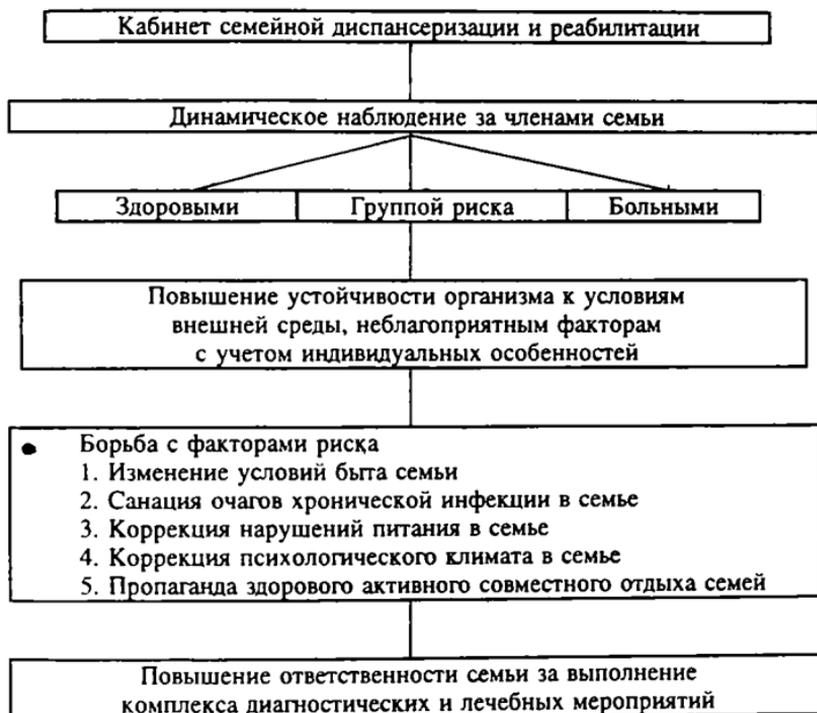
После осмотра специалистов (отоларинголога, стоматолога, терапевта), минимальных общеклинических методов обследования, изучения генеалогического анамнеза, анамнеза жизни члена семьи, анализа амбулаторной карты проводилась оценка состояния здоровья каждого члена семьи. Выделялись больные, группа риска и здоровые (схема 3).

Здоровые лица с нормальным развитием и уровнем функций, без отягощенной наследственности, а также здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, с отягощенной наследственностью развития каких-либо групп заболевания (группа риска) после обследования наблюдались соответственно принятым срокам.

Детям и взрослым этой группы мы назначали оздоровительные мероприятия, учитывая общесемейные и индивидуальные факторы, оказывающие влияние на формирование здоровья. Для лиц (детей и взрослых) с выявленными соматическими заболеваниями разрабатывалась индивидуальная программа диспансеризации и реабилитации.

После уточнения факторов риска, решения вопросов диагностики, уточнения патофизиологических механизмов развития заболеваний параллельно с устранением факторов риска проводили лечение детей и взрослых соответственно поставленному диагнозу. Лечение было патогенетическим, направленным на коррекцию патологических изменений и включало несколько курсов лечения основного заболевания, коррек-

НАПРАВЛЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ И
ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ



цию иммунологических нарушений, вегетативного гомеостаза, нарушений регуляции бронхомоторного тонуса на фоне улучшения условий быта, микробиологического окружения, единовременной санации очагов хронической инфекции в семье, коррекции питания, изменений психологического статуса семьи (таблица 3).

Параллельно проводились профилактические мероприятия, направленные на: 1) гигиеническое воспитание семьи; 2) разработку рационального питания; 3) профилактику формирования очагов хронической инфекции; 4) профилактическую работу по гигиеническим проблемам брачно-семейных отношений; 5) работу по искоренению вредных привычек, влияющих на здоровье; 6) коррекцию условий труда, быта, учебы, школьных и внешкольных нагрузок; 7) профориентацию школьников; 8) повышения уровня медицинских знаний населения. Нами был разработан план занятий для родителей.

Для подтверждения важности единовременной санации хронической очаговой инфекции в семье мы провели анализ в двух группах семей. В первой из них saniрующие и профилактические мероприятия проводились 120 больным детям и членам их семей, во второй - только 68 детям, родственники которых по различным причинам не оздоравливались.

Об эффективности оздоровления свидетельствует тот факт, что если за год до начала реабилитации среднее число обострений в обеих группах было одинаковым ($5,9 \pm 0,32$ и $5,7 \pm 0,30$), то через год обе группы с высокой степенью достоверности отличались друг от друга ($2,4 \pm 0,15$ и $3,9 \pm 0,30$; $p < 0,0001$).

При семейной форме оздоровления у больных детей к концу первого года реабилитации прирост кариозных полостей в 5 раз ниже среди дошкольников и в 2 раза среди школьников по сравнению с больными, проходящими оздоровление без семьи.

При параллельной санации очагов хронической инфекции у больных детей и членов их семей значительно уменьшается носительство патогенной и условнопатогенной микрофлоры. При повторном микробиологическом обследовании 75 детей и 193 родственников, проживающих вместе с детьми, только в трех семьях во время реабилитации упорно выделялся золотистый стафилококк у всех членов семьи, и в 6 семьях - у больных детей, в 4-х семьях - у одного ребенка и одного из родителей и 4-х семьях - только у родителей. Значительно уже стал спектр микроорганизмов через год после реабилитации, только 1,0% против 65,3% (до реабилитации) составляли наблюдаемые, где микроор-

Таблица 3. ЭТАПЫ СЕМЕЙНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГочНОЙ СИСТЕМЫ

Задачи	Объект воздействия	Мероприятия	Исполнители	Сроки выполнения
1. Диагностический этап				
Определение семейных факторов риска	Все члены семьи	А. Выделение управляемых семейных факторов риска:	Семейный врач (педиатр, терапевт, ЛОР-врач, стоматолог, психолог)	1-2 дня
		1) неблагоприятных условий быта семьи		3-4 дня
		2) очагов хронической инфекции в семейном окружении		1 неделя
		3) нарушений в питании семьи		1-2 дня
		4) неблагоприятного психологического климата		
Уточнение состояния здоровья	Все члены семьи	Б. Сбор целенаправленного анамнеза, включающего: генеалогический анамнез, анамнез жизни, аллергологический анамнез, фармакотерапевтический анамнез	Семейный врач (педиатр, терапевт)	1-2 дня
		Все члены семьи Группа риска Больные члены семьи		В. Анализ полученных сведений, определение объема лабораторных исследований, консультаций специалистов, составление индивидуальных схем наблюдения
	а) лабораторные и другие методы обследования		Бактериологическая Кабинеты: функциональной диагностики Аллергологический	7-10 дней 4 дня
				б) дополнительные методы обследования
	Устранение семейных	Все члены семьи	2. Реабилитационный этап	
1. Коррекция бытовых условий (нормализация температуры воздуха в			Семейный врач (педиатр, терапевт)	2-4 недели

факторов
риска

квартире, ежедневная влажная уборка, исключение контакта с СМС, борьба с курением, создание лечебных интерьеров)

2. Одновременная санация очагов хронической инфекции семейного окружения, консервативное и оперативное (ЛОР-патология) лечение

3. Коррекция нарушений в питании (составление в каждый сезон года 7-дневного меню, исключить сочетание избытка глицидов и белков, консервированных продуктов и белков глицидов, белков и консервов. Ведение пищевого дневника в течение месяца с еженедельным контролем).

4. Улучшение психологического климата семьи (улучшение взаимосвязей в семье, анализ причин болезни ребенка, знакомство родителей с особенностями предпубертатного и пубертатного возраста, профориентация школьников).

- режим, диетотерапия, медикаментозная терапия, фитотерапия, физио-

Семейный врач
(педиатр, терапевт)

ЛОР-врач

Стоматолог

Семейный врач
(педиатр, терапевт).

Семейный врач
(педиатр, терапевт,
психолог).

Семейный врач
(педиатр, терапевт)

1 мес - 4 раза, 2-4
мес - 2 раза, 5-22
мес - 1 раз в мес.
через 2-3 недели
после первого ос-
мотра, в дальней-
шем 2 раза в год .
санация; 2 раза в
год профилактика
Контроль: 1 мес -
каждые 7 дней, за-
тем до 6 мес -еже-
месячно,
с 6 мес и более 4
раза в год по инди-
видуальному
графику
Осмотр
специалистами по
индивидуальному
графику

Лечение
рецидивирую-

Больные
дети

Осмотр
специалистами по

ших и хронических бронхолегочных заболеваний в зависимости от нозологической формы и периода заболевания. Лечение сопутствующей патологии

взрослые

лечение, ЛФК, закаливание (носоглотки, общее), бассейн, адаптогены и биостимуляторы в зависимости от исходных параметров, мембраностабилизаторы, биопрепараты, ферментативные препараты, курсы антигельминтозной терапии
- коррекция иммунологических нарушений, вегетативного гомеостаза, гиперреактивности бронхов
- другие методы лечения в зависимости от нарушений

ЛОР-врач, стоматолог, физиотерапевт, врач ЛФК, невропатологи другие специалисты по показаниям

индивидуальному графику

Профилактика хронизации процесса

Группа риска

1. Устранение семейных факторов риска
2. Целенаправленное круглогодичное оздоровление: весенне-осенние курсы противорецидивной терапии, закаливание, массаж, ЛФК бассейн, рациональное питание, активный отдых в выходные дни и летом. Профилактика карнеса. Профилактика ОРВИ. Подготовка к поступлению в ДДУ. Подготовка девушки к материнству.

3. Оценка эффективности семейной реабилитации

1. Определение показателей частоты обострений бронхолегочных заболеваний 2. Показатели нетрудоспособности матери 3. Оценка динамики клинических и функциональных методов исследования

Семейный врач (педиатр, терапевт)

ЛОР-врач
Стоматолог

В течение года педиатр 1 мес - 2 раза в мес, затем 2 раза в год терапевт - 1 мес 1 раз в мес, затем 2 раза в год, 2 раза в год 2 раза в год

Семейный врач (педиатр, терапевт)

Каждые 3 мес первый год, в последующие годы: в зависимости от характера и выраженности изменений

ганизмы были выделены в ассоциации.

Важным мы считаем своевременное проведение лечения в семьях с паразитарной инвазией, поскольку на фоне описторхоза, лямблиоза, энтеробиоза, аскаридоза чаще возникают обострения бронхолегочных заболеваний. В разные годы наблюдения до реабилитации частота обострений бронхолегочных заболеваний среди детей с паразитозами составляла $5,5 \pm 0,60$ - $6,4 \pm 0,28$, тогда как у детей без паразитарной инвазии: $1,8 \pm 0,80$ - $3,6 \pm 0,49$ ($p < 0,001$). Мы проводили обследование всех членов семьи, при необходимости противопаразитарная терапия проводилась параллельно. В результате у 73 больных с паразитозом частота обострений рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний уменьшилась в 2 раза ($3,3 \pm 0,26$).

Довольно сложным оказался вопрос о коррекции питания в семье. В этих случаях приходилось проводить беседы с каждой женщиной, готовить индивидуальные памятки. В результате в 83 семьях, где своевременно изменен характер питания в соответствии с найденными нарушениями частота обострений снизилась в первый год реабилитации в два с половиной раза (с $6,2 \pm 0,25$ до $2,5 \pm 0,21$ случаев в год, $p < 0,001$). В семьях 49 больных детей в течение первого года наблюдений родители не заботились об изменении привычного питания. В этих случаях частота обострений оставалась высокой (с $6,9 \pm 0,37$ до $4,3 \pm 0,26$ случаев в год; $p < 0,001$).

Дальнейший анализ медицинской эффективности мы представляем с учетом всего комплекса реабилитационных мероприятий. В результате устранения семейных факторов риска снизилась частота обострений бронхолегочных заболеваний в первый год реабилитации почти в два раза (с $5,9 \pm 0,18$ случая в год до $3,0 \pm 0,15$). Со второго года оздоровления эффект семейной реабилитации еще выше: уменьшение частоты обострений бронхолегочных заболеваний происходит в 3,5 раза (до $1,7 \pm 0,11$), с третьего года реабилитации 75,0% детей дают редкие обострения ($1,0 \pm 0,09$), а с четвертого года - практически не болеют ($0,6 \pm 0,09$).

До проведения реабилитационных мероприятия у 27,3% больных кроме бронхолегочных заболеваний дополнительно были нарушения со стороны двух органов и систем и у 55,2% больных - со стороны трех.

В процессе реабилитации число дополнительных симптомов значительно уменьшилось. Более половины (58,7%) составили больные без нарушений со стороны других органов и систем, примерно у одной трети (30,9%) больных оставались нарушения со стороны какой-либо одной системы. У одной десятой (10,3%) больных были нарушения со

стороны двух систем.

Изменение показателей лабораторных и инструментальных методов исследования у детей в процессе реабилитации:

а) повторные исследования, проведенные в период реабилитации на фоне стойкой ремиссии (отсутствие обострений не менее 6 месяцев) показали достоверное увеличение содержания иммуноглобулинов А и G. До реабилитации уровень содержания иммуноглобулина А составил $0,9 \pm 0,08$ г/л, G - $7,5 \pm 0,41$ г/л; после реабилитации - $1,5 \pm 0,06$ г/л и $9,5 \pm 0,20$ г/л соответственно ($p < 0,001$).

б) параллельно произошло снижение содержания (82 анализа) циркулирующих иммунных комплексов со $115,5 \pm 3,34$ усл/ед до $62,2 \pm 4,63$ усл/ед ($p < 0,0001$).

в) в процессе оздоровления детей снизилась чувствительность бронхов к ацетилхолину и гистамину. До реабилитации средние показатели пороговой дозы составили: к ацетилхолину - $4752,2 \pm 317,13$ γ, гистамину - $982,3 \pm 62,69$ γ. После реабилитации: $6723,5 \pm 296,24$ γ и $1178,3 \pm 48,37$ γ соответственно.

г) из 43 детей с вегетососудистой дистонией после проведенных реабилитационных мероприятий у 31 (78,0%) показатели исходного вегетативного тонуса соответствовали показателям здоровых детей и только у 12 регистрировалась вегетососудистая дистония, легкая форма.

Уменьшилось число парасимпатических и симпатических признаков: до реабилитации - $18,7 \pm 1,35$ и $6,9 \pm 0,87$ соответственно, после реабилитации - $8,2 \pm 0,64$ и $3,9 \pm 0,47$. Различия достоверны при $p < 0,001$.

Повысились резервные возможности сердечно-сосудистой системы. Если из 43 обследованных до реабилитации детей у 10 отмечалась асимпатикотоническая вегетативная реактивность, у 24 - гиперсимпатикотоническая и только у 9 нормальная, то после реабилитации нормальная реактивность была у 26 детей, гиперсимпатикотоническая у 16 и только у одного ребенка асимпатикотоническая.

д) ни у одного из 38 больных с микробной аллергией после проведения реабилитационных мероприятий положительных внутрикожных проб с бактериальными аллергенами зарегистрировано не было. Значительно уже стал спектр сенсibilизации. При повторном обследовании, проведенном в период ремиссии (не менее 1 года отсутствия обострений) у 88 из 126 больных повышенной чувствительности к аллергенам обнаружено не было, уменьшилось число детей с сенсibilизацией к двум группам аллергенов и ни одного не было с сенсibilизацией одновременно к трем группам аллергенов.

е) данные количественного биохимического исследования солевого состава мочи у 25 детей показали, что из 16 больных с повышенным содержанием оксалатов, 5 детей с повышенным содержанием фосфатов и трех детей с повышенным содержанием уратов при повторном исследовании показатели не отличались от нормы. Лишь у одного ребенка сохранялось повышенное содержание уратов.

ж) поскольку дети были тщательно обследованы, находились под постоянным наблюдением в кабинете семейной диспансеризации и реабилитации значительно уменьшилась лекарственная нагрузка на больного. В среднем до реабилитации больные дети получали от $6,4 \pm 0,10$ до $8,9 \pm 0,22$ курсов медикаментозных средств, основную долю среди которых занимали антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики и жаропонижающие препараты.

При реабилитации в первый год более, чем вдвое уменьшилось количество получаемых ребенком медикаментов (с $7,7 \pm 0,25$ до $3,3 \pm 0,08$), к третьему году больные в 7 раз меньше получали лекарственных препаратов ($1,1 \pm 0,03$).

Об эффективности оздоровления можно судить по показателям нетрудоспособности матерей больных детей. Данные представлены в таблице 4, из которой видно, что до реабилитации почти одну треть трудового года из-за болезни детей женщины не работали, причем довольно высоким при этом было число случаев заболеваний, по поводу которых выдавались листки нетрудоспособности. В течение трех лет от начала реабилитации показатели нетрудоспособности значительно снизились, и к третьему году наблюдения не отличались от показателей здоровых детей.

Таблица 4.

Показатели нетрудоспособности матерей больных детей ($M \pm m$) до и после проведения мероприятий по семейной реабилитации

Период наблюдения	Показатели нетрудоспособности	
	число дней	число случаев
до начала реабилитации	$98,5 \pm 5,21$	$9,1 \pm 0,39$
1-й год	$68,8 \pm 3,81$	$6,8 \pm 0,33$
2-й год	$36,0 \pm 2,35$	$4,3 \pm 0,24$
3-й год	$25,4 \pm 2,22$	$3,1 \pm 0,21$
4-й год	$13,5 \pm 1,26$	$1,9 \pm 0,16$
5-й год	$7,9 \pm 1,10$	$1,0 \pm 0,14$
6-й год	$3,9 \pm 0,40$	$0,5 \pm 0,11$

При анализе отдельных нозологических форм выявлено, что эффект семейной реабилитации не одинаков. Бронхиальная астма является одним из наиболее серьезных заболеваний бронхолегочной системы. Одну треть года (в среднем) матери больных детей не работали из-за частых ($9,7 \pm 0,81$) обострений заболевания, число дней нетрудоспособности составило за год до реабилитации $114,7 \pm 11,33$. Тем не менее уже в первый год реабилитации число случаев и дней нетрудоспособности уменьшилось в два раза по сравнению с последним годом перед реабилитацией ($5,4 \pm 0,56$ и $57,3 \pm 6,50$; $p < 0,001$). Во второй и третий год реабилитации число дней нетрудоспособности уменьшается в 3,5-6,0 раз ($33,9 \pm 5,17$ и $19,6 \pm 2,98$), а случаев - в 3,0-4,5 раза ($3,4 \pm 0,36$ и $2,1 \pm 0,22$; $p < 0,001$). В среднем у матерей с четвертого года наблюдения было не более $1,5 \pm 0,22$ случаев нетрудоспособности, что соответствует $12,4 \pm 2,1$ дням.

Приблизительно одинаковая эффективность семейного оздоровления отмечается у детей с рецидивирующими обструктивными бронхитами: аллергическим (РОБа), неаллергическим (РОБ) (рис.1, рис. 2).

Из рисунка видно, что, несмотря на то, что первый год реабилитации довольно сложен, в 1,5 раза происходит снижение числа дней и случаев нетрудоспособности. В течение второго, третьего и четвертого года реабилитации эффект нарастает, число дней нетрудоспособности уменьшается в 3; 4; 8 раз, число случаев в 2; 3; 5 раз соответственно; $p < 0,001$.

При рецидивирующем необструктивном бронхите (РБ), в отличие от обструктивных бронхитов в первый, и последующие два года эффект нарастает медленно. Только с четвертого года оздоровления число дней нетрудоспособности составляет в среднем $14,8 \pm 2,91$, число случаев - $2,1 \pm 0,38$, то есть, по сравнению с последним годом до реабилитации показатели нетрудоспособности уменьшаются в 9 и 5.5 раз ($p < 0,001$) соответственно (рис. 1, рис. 2).

У детей с рецидивирующими фаринготрахеитами (ФТ) со второго года реабилитации показатели нетрудоспособности их матерей снижаются более чем в 2 раза и не отличаются от показателей контрольной группы; через три года отмечаются лишь единичные случаи заболеваний (рис. 1, рис. 2).

У детей с полинозом в первые три года отмечается медленно прогрессирующее уменьшение показателей нетрудоспособности матерей. Значительный эффект отмечается с четвертого года реабилитации, когда среднее число дней нетрудоспособности по сравнению с последним годом уменьшается в 7,5 раза, число случаев в 6 раз и составляет:

Рис. 1. Число дней нетрудоспособности матерей по срокам реабилитации при заболеваниях органов дыхания у детей

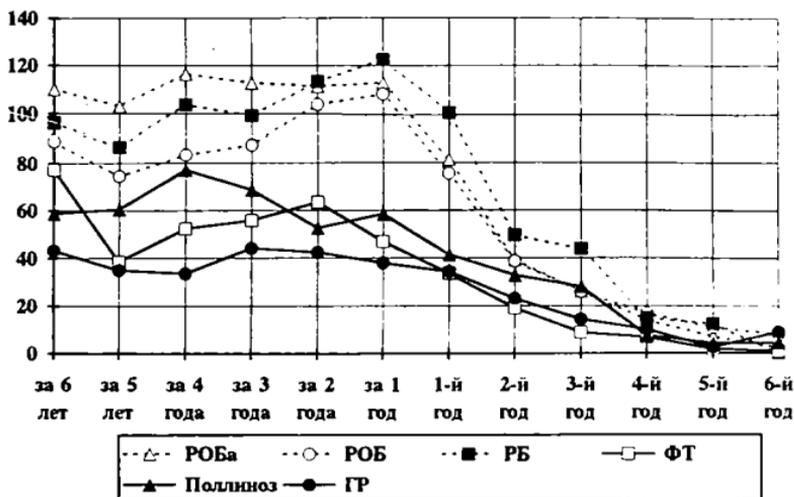
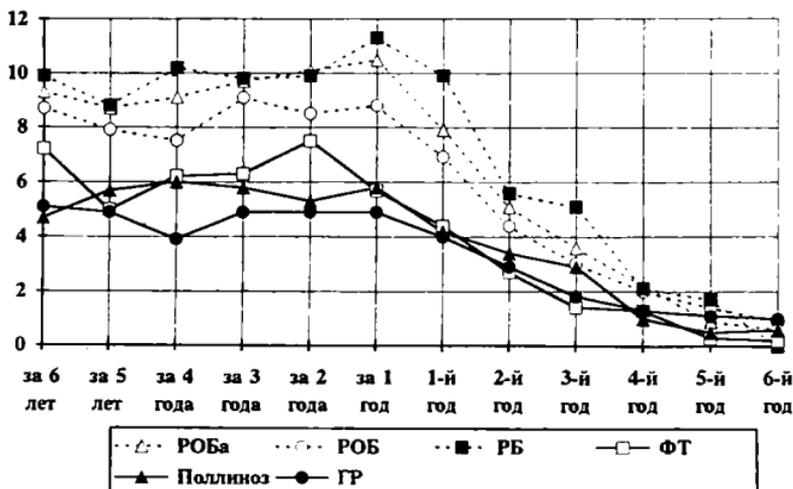


Рис. 2. Число случаев нетрудоспособности матерей по срокам реабилитации при заболеваниях органов дыхания у детей



7,7±2,25 и 1,0±0,29 соответственно (рис. 1, рис. 2).

Детям группы риска (ГР) также проводился необходимый комплекс реабилитационных мероприятий, который оказался высокоэффективным, поскольку начиная со второго года реабилитации число дней и случаев нетрудоспособности уменьшилось в два раза. Ни у кого из детей не сформировалось хронической бронхолегочной патологии, несмотря на то, что по течению беременности, периоду новорожденности, клиническим факторам, условиям жизни эта группа детей не отличалась от больных с рецидивирующими и хроническими заболеваниями респираторного тракта (рис. 1, рис. 2).

Дети контрольной группы наблюдались в кабинете семейной диспансеризации и реабилитации наряду с больными детьми. Поскольку они находились в тех же семьях, мы провели анализ заболеваний этой группы. Оказалось, что за весь период наблюдения болел только один ребенок (в холодное время года легкое течение острого респираторного заболевания).

Эффективность оздоровления родителей.

В семье мы занимались оздоровлением не только детей, но и их родителей. Мы не можем представить данные показателей нетрудоспособности до реабилитации, поскольку многие из них, несмотря на обострение, продолжали трудиться, к участковому врачу по поводу хронических заболеваний обращались только 33%, отоларингологом осмотрены только 18%. Состояли на диспансерном учете и проводили курсы противорецидивной терапии только 8 лиц из 54 с бронхолегочной патологией, 36 из 76 с аллергическими заболеваниями кожи, 32 из 264 лиц с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, 42 из 135 - с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 9 из 39 с заболеваниями мочевыводящих путей, 44 из 116 с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 7 из 9 с заболеваниями эндокринной системы. Остальные родственники, несмотря на имеющиеся клинические признаки заболевания, не обследовались. До взятия на диспансерный учет в течение последних лет из 146 лиц с установленным диагнозом госпитализировались по поводу обострений хронических заболеваний 84 человека.

В процессе семейной диспансеризации и реабилитации было выявлено еще 154 человека с хроническими заболеваниями различных органов и систем. Все они были взяты на диспансерный учет, тщательно обследованы в условиях стационара (16 человек) или в отделении семейной реабилитации и диспансеризации. Всем были назначены курсы противорецидивной терапии.

Об эффективности реабилитации родителей можно судить по сни-

жению числа обострений.

Если до реабилитации частота обострений хронических заболеваний бронхолегочной системы составила $4,8 \pm 0,32$, желудочно-кишечного тракта $2,8 \pm 0,15$, сердечно-сосудистой системы $3,2 \pm 0,31$, аллергических поражений кожи $5,7 \pm 0,41$, ЛОР-органов $3,4 \pm 0,22$ случаев в год, то к концу третьего года семейной реабилитации снижение частоты обострений происходит в 5-8 раз ($0,8 \pm 0,02$; $0,6 \pm 0,01$; $0,4 \pm 0,01$; $1,0 \pm 0,01$; $0,4 \pm 0,01$ соответственно) $p < 0,001$.

В процессе реабилитации улучшились показатели содержания иммуноглобулинов А и М: так, до реабилитации содержание иммуноглобулинов А составляло $1,50 \pm 0,06$ г/л, М - $1,03 \pm 0,05$ г/л, после реабилитации - $2,13 \pm 0,06$ г/л и $1,31 \pm 0,04$ г/л соответственно, $p < 0,001$.

У 12 больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких снизился порог возбудимости бронхов. До реабилитации пороговая доза ацетилхолина составила $4500,0 \pm 479,7$ γ, после реабилитации - $8767,7 \pm 180,34$ γ ($p < 0,001$).

После проведенных реабилитационных мероприятий у больных с хроническими очагами инфекции снизился уровень ЦИК ($62,6 \pm 5,35$ усл.ед. против $159,0 \pm 9,92$ усл.ед.; $p < 0,001$).

Таким образом, семейная диспансеризация и реабилитация являются эффективной формой оздоровления не только детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания, но и взрослых членов семьи, при которой в короткие сроки уменьшается частота обострений хронических заболеваний, снижаются показатели нетрудоспособности матери.

ВЫВОДЫ

1. Существующие методы раздельной диспансеризации и реабилитации детей с рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями и их родителей не в полной мере обеспечивают профилактику хронизации бронхолегочных заболеваний, о чем свидетельствуют наши данные, в том числе - эпидемиологического обследования.

2. При новом семейном подходе к реабилитации выявлен большой спектр разнонаправленных факторов риска, существенно влияющих на формирование и неблагоприятное течение бронхолегочных заболеваний, устранение которых в условиях семейной диспансеризации оказывает значительное положительное влияние на состояние здоровья всех членов семьи.

3. Неблагоприятные бытовые факторы, в которых проживают дети (постоянный контакт с синтетическими моющими средствами, высокая температура воздуха в квартире, нерегулярная влажная уборка, контакт с табачным дымом) способствуют раннему началу заболевания (76,3%), частым обострениям патологического процесса бронхолегочной системы (7,2-7,7 случая в год), обуславливая тяжелое его течение (51,6-61,0%) с вовлечением других органов и систем (60,9%-71,2%), наряду со снижением иммунологических показателей ведут к полисенсibilизации (46,8%-70,0%), в том числе - лекарственной аллергии (71,4%), аллергии к табаку (60,0%), усугубляют повышение неспецифической чувствительности бронхиального дерева к ацетилхолину и гистамину.

4. Установлен новый патогенетический механизм влияния очагов хронической инфекции на изменение показателей пороговой чувствительности бронхов у больных детей. Наряду с этим у детей из семей с распространенной очаговой инфекцией (у двух и трех членов семьи) регистрируется раннее начало бронхолегочного заболевания (56,1%; 72,3%), частые обострения ($5,3 \pm 0,23$; $6,7 \pm 0,28$), преобладание более тяжелого течения болезни (53,7%), формирование бактериальной сенсibilизации (44,6%); резкое снижение иммуноглобулинов А и М, нарушения функции трех и более систем организма (49,3% и 72,4%).

5. Весомым неблагоприятным фактором является нерациональное питание в семье, характеризующееся избытком глицидов, белков, консервированных продуктов и недостаточностью сырых овощей и фруктов, что сопряжено с ранним развитием бронхообструктивного синдрома (67,5%-77,5%), с высокой частотой ($6,6 \pm 0,26$; $6,8 \pm 0,29$; $7,2 \pm 0,34$) и тяжестью его обострений (40,6%; 40,0%; 54,4%), с вовлечением других органов и систем в патологический процесс на фоне полиаллергии (46,8%-50,0%), в том числе - лекарственной (58,7%-67,9%) и со снижением пороговой чувствительности бронхов к ацетилхолину и гистамину.

6. Особое значение для становления патологического процесса и тяжести его течения имеет психологический климат в семье: конфликтные ситуации между взрослыми, между родителями и детьми, наказания последних, как моральные, так и физические, недостаточный совместный отдых семьи приводят к увеличению частоты обострений патологического процесса ($7,3 \pm 0,37$; $8,4 \pm 0,45$), к вовлечению в процесс многих органов и систем (64,4%-83,3%), к нарушению регуляции бронхомоторного и сосудистого тонуса, дискинезиям желчевыводящих путей на фоне функциональных расстройств нервной системы, вегето-

сосудистой дистонии, неврозов.

7. Разработаны принципы семейной диспансеризации и реабилитации позволившие включить в круг обязанностей медицинских работников направления оздоровления не только ребенка, но и всех членов семьи, предусмотреть улучшение психологического климата, бытовых условий, рационального режима питания, труда, отдыха, закаливания, повышения реактивности - с учетом индивидуальных особенностей коллектива семьи больного ребенка, что дало возможность значительно уменьшить расход медикаментозных средств (с $7,7 \pm 0,25$ до $0,05 \pm 0,01$ курсов в год), вернуть детей к активной жизни, улучшить психологический климат семьи.

8. Единовременная реабилитация детей и членов их семей в условиях отделения семейной диспансеризации и реабилитации позволяет в значительной степени повысить ее эффективность и добиться стойкого терапевтического эффекта, как у детей, так и у взрослых: а) несмотря на неблагоприятное течение ante- и интранатального периодов и генетические дефекты: получена достоверная эффективность терапии, позволяющая уменьшить число обострений бронхолегочных заболеваний у детей с $5,9 \pm 0,19$ до $0,2 \pm 0,05$ случаев в год; значительно снизить показатели нетрудоспособности матерей больных детей (с $9,1 \pm 0,39$ до $0,5 \pm 0,11$ случаев и с $98,5 \pm 5,21$ до $3,9 \pm 0,40$ дней в год); б) улучшилось состояние здоровья родителей: частота обострений хронических заболеваний бронхолегочной системы уменьшилась с $4,8 \pm 0,32$ до $0,8 \pm 0,02$; аллергических поражений кожи с $5,7 \pm 0,41$ до $1,0 \pm 0,01$; сердечно-сосудистой системы с $3,2 \pm 0,31$ до $0,4 \pm 0,01$; желудочно-кишечного тракта с $2,8 \pm 0,15$ до $0,6 \pm 0,01$; ЛОР-органов с $3,4 \pm 0,22$ до $0,4 \pm 0,01$.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности реабилитации детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания и членов их семей в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо создание отделения семейной диспансеризации и реабилитации, поскольку предупреждение и лечение заболеваний среди всех членов семьи осуществлять значительно легче и эффективнее, так как многие управляемые факторы риска одинаковы для всех. Внутри семьи легче решать вопросы формирования здорового образа жизни, нормализации психологического климата.
2. При проведении реабилитации необходимо выявлять комплекс при-

чинно-значимых семейных (управляемых) факторов риска: условия быта, наличие очагов хронической инфекции, нарушения в питании, психологический климат в семье для своевременного устранения неблагоприятного воздействия, проведения профилактических мероприятий.

3. При организации отделения семейной реабилитации в минимальный штат необходимо ввести педиатра, терапевта (семейного врача), отоларинголога, стоматолога, психолога, врача-лаборанта и медицинскую сестру, что позволит оказывать профилактическую и медицинскую помощь всем членам семьи в одном учреждении (параллельно, в короткие сроки) с соблюдением принципа преемственности между врачами разных специальностей.

4. Установление семейных факторов риска, влияющих на формирование и течение бронхолегочных заболеваний позволяет разработать этапы семейной диспансеризации и реабилитации.

5. Особое внимание при реабилитации больных и членов их семей следует обращать на устранение контакта с синтетическими моющими средствами, нормализацию температуры воздуха в квартире, своевременную уборку, прекращение курения членов семьи, санацию очагов хронической инфекции, коррекцию питания, нормализацию психологического климата в семье.

6. При семейной диспансеризации и реабилитации важным условием является динамическое наблюдение за состоянием здоровья всех членов семьи с проведением среди них социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

7. Необходимо выделение группы больных с гиперчувствительностью бронхов с проведением среди них комплекса реабилитационных мероприятий.

8. В семьях детей с рецидивирующей и хронической бронхолегочной патологией, как показала наша практика, оправдало себя применение растений семейства мирт обыкновенный, лапчатка кустарниковая, обладающих антибактериальной, противовирусной активностью, свойствами адаптогенов, мембраностабилизирующими свойствами, при применении которых уменьшается частота вирусных инфекций, улучшается состояние дисбиоза кишечника.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. НТР, окружающая среда и здоровье ребенка // Бюллетень СО АМН СССР. - 1983. - N 1. - С. 90-94 (Соавт. Гавалов С.М., Демченко А.В., Горшкова Н.Ф. и др.)

2. Частота бронхолегочных заболеваний и особенности их течения у детей-пассивных курильщиков//Тез. докл. Всесоюз. конференции. - Днепропетровск, 1983 - С. 74-75 (Соавт. Гавалов С.М., Патрикеева Н.М., Демченко А.В. и др.)
3. Синдром гиперреактивности бронхов у детей г.Новосибирска (клинико-патофизиологические аспекты)//Бюллетень СО АМН СССР. - 1983. - N 6 - С. 31-36 (Соавт. Гавалов С.М.)
4. К дифференциальной диагностике острого обструктивного синдрома и острой пневмонии у детей//Современные методы диагностики неспецифических заболеваний легких: Республ. межведомственный сборник. Выпуск 6. - Киев: "Здоровье" - 1983. - С. 21-23 (Соавт. Смирнова Л.П., Горшкова Н.Ф.)
5. О пассивном курении и частоте бронхолегочной патологии у детей//Педиатрия - 1984 - N 1. - С. 32-34 (Соавт. Гавалов С.М.)
6. Программа реабилитации детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями //Лечение и реабилитация больных неспецифическими заболеваниями легких и бронхиальной астмой:Тез. докл. - Кисловодск. 1984 - С. 16-19. (Соавт. Гавалов С.М., Смирнова Л.П., Горшкова Н.Ф. и др.)
7. Патогенетические основы рецидивирующих бронхитов у детей //Рецидивирующий бронхит у детей и подростков: Сб. науч. трудов/Под ред. А.В.Богдановой - Л., 1984. - С. 25-28 (Соавт. Гавалов С.М., Смирнова Л.П.)
8. Пути профилактики повторных бронхолегочных заболеваний у детей с гиперчувствительностью бронхов//Актуальные вопросы бронхолегочной патологии у детей: Сб.Науч. трудов/Под ред. С.М.Гавалова. - Новосибирск. - 1984 - С. 20-25.
9. Прогностическая значимость порога чувствительности и коэффициента реактивности бронхов в рецидивах бронхолегочных заболеваний у детей: Препринт. - Новосибирск, 1984. - С. (Соавт. Гавалов С.М., Гавалова Р.Ф.)
10. Влияние социальных и гигиенических факторов на здоровье детского населения//Бюллетень СО АМН СССР. - 1985. - N 3. - С. 74-76 (Соавт. Гавалов С.М., Горшкова Н.Ф.)
11. Патогенетические основы бронхолегочных заболеваний у часто болеющих детей, критерии диагностики, основы семейной реабилитации и профилактики//Вопросы распространенности, диагностики и лечения неспецифических заболеваний легких в Дальневосточном регионе: Сб. науч. трудов. - Благовещенск, 1985. - С. 43-46 (Соавт. Гавалов С.М., Горшкова Н.Ф. и др.)

12. Новые данные о роли очагов хронической инфекции в генезе повторных бронхолегочных заболеваний у детей//Вопросы охраны материнства и детства. - 1985. - № 9 - С. 25-29 (Соавт. Гавалов С.М.)
13. Распространенность аллергических заболеваний среди детей промышленных районов г.Новосибирска//Тез. докл. I съезда пульмонологов Сибири, Дальнего Востока, Крайнего Севера. - Благовещенск. - 1986 - С. 14-16 (Соавт. Гавалов С.М. и др.)
14. Обоснование и основные направления немедикаментозной терапии у детей с бронхиальной астмой//Немедикаментозные методы лечения больных бронхиальной астмой: Тез. докл. Всесоюз. конференции - Москва, 1986. - С. 10-11 (Соавт. Гавалов С.М. и др.)
15. Некоторые клиничко-генетические особенности бронхообструктивного синдрома у детей.//Актуальные вопросы развития, здоровья и профилактики заболеваний в детском возрасте: Тез. докл. Всесоюз. конференции - Красноярск, 1987. - С. 54-55 (Соавт. Гавалов С.М. и др.)
16. Клиничко-эпидемиологические аспекты и пути реабилитации бронхолегочных заболеваний//Эпидемиология и профилактика заболеваний терапевтического профиля: Тез. докл. Республиканской научно-практической конференции. - Новосибирск, 1987. - С. 150-151 (Соавт. Гавалов С.М., Смирнова Л.П. и др.)
17. Семейная реабилитация детей с респираторными аллергодерматозами.//Актуальные проблемы аллергии в педиатрии: Тез. докл. Всесоюзной конференции - Москва, 1987. - С. 24-25 (Соавт. Гавалов С.М. и др.)
18. Семейная диспансеризация как новый тип медицинского обслуживания, обеспечивающий профилактику хронизации бронхолегочных заболеваний у детей и взрослых//Тез. докл. VII Всероссийского съезда детских врачей. - Иваново, 1987. - С. 28 (Соавт. Гавалов С.М., Горшкова Н.Ф., Кондюрина Е.Г. и др.)
19. Роль семейного диспансерного метода в ранней диагностике и профилактике бронхолегочных заболеваний у детей и взрослых//Ранняя диагностика и профилактика неспецифических заболеваний легких: Сб.Науч. трудов. - Л, 1987. - С. 157-161 (Соавт. Гавалов С.М.)
20. Принципы семейной диспансеризации детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом. //Современные принципы лечения больных рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями: Сб.науч. трудов. - Л, 1987. - С. 13-17 (Соавт. Гавалов С.М. и др.)
21. Пятилетний опыт семейной диспансеризации часто болеющих детей (первые итоги и перспективы)//Медицинские аспекты воспитания здорового ребенка, специфическая и неспецифическая профилактика и

- лечение заболеваний у детей: Тез. докл. У съезда педиатров БССР - Гродно. - 1987. - С. 116-117 (Соавт. Гавалов С.М.)
22. Лекарственная аллергия в группе часто и длительно болеющих детей //Патогенетические основы, клиническая структура и реабилитация детей с респираторными аллергиями/Под ред С.М.Гавалова, - Новосибирск, 1987. - С. 41-45 (Соавт. Ишкова Н.С., Коровина Г.А.)
23. Семейная диспансеризация: состояние и перспективы//Лечение, неотложная помощь, профилактика неспецифических заболеваний легких: Тез. докл. - Саратов, 1988. - С. 14-15 (Соавт. Гавалов С.М., Кондюрина Е.Г., Ишкова Н.С. и др)
24. Семейная диспансеризация как новая форма организации медицинского обслуживания детей и взрослых//Тез. докл. XII Всесоюзного съезда детских врачей. -Москва, 1988. - С. 12-13. (Соавт. Гавалов С.М., Кондюрина Е.Г., Горшкова Н.Ф. и др.)
25. Структура и функции отделения семейной диспансеризации и реабилитации детей с бронхолегочной патологией//Актуальные вопросы реабилитации больных с патологией органов дыхания: Тез. докл. научно-практической конференции врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока. - Барнаул. 1989. - С. 144-145 (Соавт. Гавалов С.М., Паньтякова В.В., Селиванова Л.Ф. и др)
26. Проблема часто болеющих детей и пути формирования здорового образа жизни//Ранняя диагностика, профилактика и реабилитация при распространенных заболеваниях у работающих на промышленных предприятиях:Сб.науч. трудов. - Новосибирск, 1989. - С. 58-67.
27. Новые подходы к оздоровлению часто болеющих детей в условиях детского комбината//Актуальные вопросы реабилитации больных с патологией органов дыхания. - Барнаул, 1989. - С. 135-136 (Соавт. Гавалов С.М., Бородин Т.В., Уфимцева Т.А. и др.)
28. Тактика семейной реабилитации больных аллергическими заболеваниями в условиях поликлиники//Основы семейной диспансеризации: Сб. науч. трудов. - Новосибирск, 1990 - С. 88-104.
29. Этапы семейной диспансеризации группы детей с аллергическими заболеваниями: Методические рекомендации для врачей, субординаторов. - Новосибирск, 1990. - 30 С.
30. Проблема часто болеющих детей и пути формирования здорового образа жизни: Информационное письмо для врачей, организаторов здравоохранения. - Новосибирск, 1990. - 11 С.
31. Гиперреактивность бронхов как одна из патофизиологических основ повторных бронхолегочных процессов. //Острые пневмонии у детей. /С.М.Гавалов. - Новосибирск, 1990. - С. 215-232 (Соавт. Гавалов С.М.)

32. Пассивное курение как фактор риска бронхолегочных заболеваний у детей//Сб. резюме 1 Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания. - Киев, 1990. - С. 897 (Соавт. Гавалов С.М., Кондюрина Е.Г., Шмидт Л.А.)
33. Основы организации пульмонологической помощи при диспансерном наблюдении семьи//Организация пульмонологической помощи взрослому населению и подросткам. - Ленинград, 1991. - С. 64-71 (Соавт. Гавалов С.М., Горшкова Н.Ф., Паньтякова В.В. и др.)
34. Организация семейной диспансеризации и реабилитации на поликлиническом этапе//Тез. докл. 3 Национального конгресса по болезням органов дыхания. - Санкт-Петербург, 1992. - С. 887 (Соавт. Гавалов С.М.)
35. Диспансеризация и реабилитация часто болеющих респираторной патологией детей. //Часто и длительно болеющие дети/С.М.Гавалов. - Новосибирск, 1993. - С. 209-270 (Соавт. Гавалов С.М.)
36. Организация семейного оздоровления часто болеющих детей в условиях детского дошкольного учреждения, МСЧ и профилактория промышленного предприятия. //Новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний:Тез. докл. третьей научно-практической конференции врачей. - Новосибирск, 1993. - С. 37-39 (Соавт. Авдошина С.П., Недорезова Н.А., Панарина Е.В. и др.)
37. Принципы семейной реабилитации при хронической бронхолегочной патологии у детей//Сб. резюме 4 Национального конгресса по болезням органов дыхания. - Москва, 1994. - С. 694.
38. Синтропия гастроэнтерологических заболеваний у детей с аллергодерматозами. //Атопический дерматит у детей: Тез. международной конференции. - Екатеринбург, 1994. - С. 26-27 (Соавт. Авдошина С.П., Пименова Н.В., Казначеев К.С.)