

Вавилова Вера Петровна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДОРОВЬ-
ЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ В УЧ-
РЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ**

Специальность 14.00.09 – Педиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени доктора
медицинских наук

Научные консультанты:

доктор медицинских наук,
профессор **Н.К.Перевошикова**

доктор медицинских наук,
профессор **Т.И.Гарашенко**

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА I. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬ- НЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ. СИСТЕМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	16
1.1. Здоровье детей. Характеристика часто болеющих детей	16
1.2. Роль местного иммунитета в формировании хрони- ческой носоглоточной инфекции	23
1.3. Психосоматические расстройства и психического здоровье детей дошкольного возраста	30
1.4. Оздоровительные программы в дошкольном образовательном учреждении	34
1.4.1. Современные медикаментозные методы лечения часто и длительно болеющих ОРВИ детей на фоне хронического аденоидита	34
1.4.2. Квантовые методы в профилактике, лечении и реабилитации часто и длительно болеющих детей.....	49
1.4.3. Оздоровительные программы в дошкольном об- разовательном учреждении	42
ГЛАВА II. ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	48
2.1. Методы психологического исследования	54
2.2. Лабораторно-инструментальное исследование верхних дыхательных путей.....	57
2.3. Унифицированный арсенитно-цериевый метод ис- следования йода в моче.....	61
2.4. Методы иммуномодулирующей и местной антиба- териальной терапии	62
2.5. Квантовые методы в программе профилактики ост- рых заболеваний верхних дыхательных путей, адапта- ции и реабилитации детей в условиях дошкольного об- разовательного учреждения.....	64
2.6. Образовательные программы для детей и взрослых (родителей, педагогов, воспитателей)	77
2.7. Статистические методы анализа	80

ГЛАВА III. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	84
3.1. Заболеваемость детей дошкольного и младшего школьного возраста по обращаемости	84
3.2. Клиническая характеристика детей в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания	89
3.3. Особенности местного иммунитета и неспецифических факторов защиты у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания	98
3.4. Микробиоценоз полости носа и глотки у организованных детей г.Кемерово с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания	105
3.5. Хламидийная инфекция у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания	106
3.6. Прогнозирование риска развития гипертрофии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита у детей.....	112
ГЛАВА IV. ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕЙ И СТРУКТУРНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ТИПА РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ	118
4.1. Состояние общей и структурной тревожности у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания	118
4.2. Уровень соматической патологии у детей в зависимости от вида структурной тревожности	123
4.3. Взаимосвязь уровня тревожности и типа родительских отношений	133
4.4. Характер родительских отношений в группе детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания	140
4.5.Изменение уровня структурной тревожности и состояния здоровья детей на фоне образовательных программ для детей и родителей.....	145

ГЛАВА V. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА.....	163
5.1. Эффективность фюзафюнжина в лечении обострений хронического аденоидита у детей	164
5.2. Применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония в практике лечения детей с патологией лимфоглоточного кольца	174
5.3. Опыт применения современных иммуномодуляторов для профилактики обострений хронического аденоидита и развития гипертрофии глоточной миндалины у часто болеющих детей	184
ГЛАВА VI. КВАНТОВЫЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	192
6.1. Квантовая профилактика в дошкольном образовательном учреждении. Сравнительная характеристика эффективности разных видов лазерного излучения в квантовой реабилитации детей с высоким и средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита.....	193
6.2. Квантовая профилактика рецидивов острой патологии органов дыхания на фоне хронического аденоидита.....	201
ГЛАВА VII. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	211
7.1. Дифференцированное ведение детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне патологии лимфоглоточного кольца	212
7.2. Современные возможности программы оздоровления детей в условиях детских дошкольных учреждений	217
7.2.1. Профилактика дефицита йода у детей в дошкольном учреждении	219
7.2.2 Перспективы местной антибактериальной тера-	

пии в программе профилактики обострений хронического аденоидита у детей дошкольных образовательных учреждений.....	221
7.2.3. Коррекция местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей.....	232
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	241
ВЫВОДЫ	262
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	264
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	266
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	309

Список употребляемых сокращений

1. АПЭ-адсорбция плоского эпителия
2. ГНЛ-гелий-неоновый лазер
3. ДОУ-дошкольное образовательное учреждение
4. ИГНЛ- излучение гелий-неонового лазера
5. ИКЛ-инфракрасный лазер
6. ИКЛИ-инфракрасное лазерное излучение
7. ИЭ-индекс эффективности
8. МИЛ-терапия – магнитно-инфракрасно-лазерная терапия
9. НИЛИ-низкоинтенсивное лазерное излучение
- 10.НУЗ-низкий уровень заболеваемости
- 11.ОРВИ-острые респираторные вирусные инфекции
- 12.ППМ-плотность потока мощности
- 13.ППЭ-поверхностная плотность энергии
- 14.ПЭ-плоский эпителий
- 15.ФАН –фагоцитирующая активность нейтрофилов
- 16.ЦЭ-цилиндрический эпителий
- 17.ЧБД-часто болеющие дети

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы.

Одно из важнейших направлений развития современной цивилизации - гуманизация отношения к детскому населению. Улучшение состояния здоровья детей рассматривается в настоящее время как важнейшая составляющая социального прогресса (22,23). Проблема формирования здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста остается весьма актуальной, именно на эти возрастные периоды приходится пик острой заболеваемости (7, 21, 82, 151, 163). Одним из приоритетных направлений в педиатрии является охрана здоровья детей, посещающих образовательные учреждения, респираторная заболеваемость в которых не имеет тенденции к снижению (77,264). Отмеченная ситуация заставляет критически отнестись к существующим теоретическим принципам, на которых базируются организация и осуществление профилактической, лечебной и реабилитационной помощи детям. Профилактика ОРВИ в образовательных учреждениях тесно связана не только с укреплением здоровья будущего поколения, но и сохранением трудовых ресурсов, сокращением финансовых расходов государства на оплату больничных листов по уходу за больным ребенком (28,275).

Существует реальная необходимость в разработке новых эффективных организационных форм работы по оздоровлению часто болеющих детей, максимально приближенных и адаптированных к экологическим, экономическим, социальным условиям региона с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка (1, 76, 198, 227, 275, 367). Нерешенными остаются вопросы эффективности неспецифических методов профилактики, направленных на повышение резистентности детского организма (62, 162, 242, 249, 388) к повторным респираторным заболеваниям, в основе которых лежит многофакторность, что диктует необходимость изыскания новых подходов в оздоровлении часто болеющих детей (112, 160, 272, 303, 355). Известно, что в настоящее время детские сады в России посещают 50% детей дошкольного возраста. Дошкольное детство – уникальный период в жизни человека, когда формируется здоровье, осуществляется развитие личности

(59,65,76,123, 275.) В то же время это период, в течение которого ребенок находится в полной зависимости от окружающих взрослых – родителей, педагогов. Ненадлежащий уход, поведенческие, социальные и эмоциональные проблемы приводят к тяжелым последствиям в будущем. В настоящее время вопросы охраны здоровья детей, формирование культуры здоровья и мотивации здорового образа жизни становятся одними из важнейших направлений деятельности дошкольных образовательных учреждений (81,82,100). При организации оздоровления детей в условиях дошкольного образовательного учреждения встает вопрос о необходимости подбора или специальной разработки программ, учитывающих индивидуальный темп развития, и нагрузки на ребенка при проведении различных медицинских и оздоровительных процедур (81,356). К сожалению, работа по сохранению и укреплению здоровья детей проводится не в полной мере, что связано с отсутствием взаимодействия учреждений образования и здравоохранения (92,199). Современная семья в большей мере, чем прежде, нуждается в помощи (медицинской, педагогической, социальной) (131, 165, 268, 331, 367, 379). В работе дошкольных образовательных учреждений с родителями должны быть изменены мотивы, цели и методы сотрудничества, исходя из их потребностей и проблем. Актуальность настоящей работы определяется комплексным, не только междисциплинарным, но и межведомственным подходом к изучению формирования здоровья у детей. Тесное сотрудничество в Кузбассе департаментов охраны здоровья населения и образования способствовало созданию в области единого реабилитационного пространства. Настоящая работа проводилась в рамках Кемеровского городского психолого-медико-педагогического центра под патронажем департаментов здравоохранения и образования Администрации Кемеровской области.

Цель исследования:

Разработать систему здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях дошкольного и школьного типа на основе дифференцированного подхода к профилактике и реабилитации детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

При выполнении работы были поставлены следующие задачи:

1. Изучить состояние здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания, параметров тревожности и типов родительских отношений.
2. Оценить состояние местных факторов защиты и микробиоциноза слизистой верхних дыхательных путей у детей с разным уровнем заболевания острой патологией органов дыхания.
3. Исследовать эффективность лечебного и профилактического применения у детей со средним и высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания иммуномодулирующих препаратов (полиоксидоний, ридостин, ИРС-19) и местного антибактериального препарата фюза-фюнжина.
4. Оценить сравнительную эффективность применения гелий-неонового, инфракрасного, магнито-инфракрасного-лазерного излучения и разработать применение квантовых методов терапии в программе профилактики острых заболеваний верхних дыхательных путей, адаптации и реабилитации детей в условиях образовательных учреждений.
5. Показать результативность образовательных программ для родителей и детей на основании динамики уровня детской тревожности, частоты острых заболеваний органов дыхания, местного иммунитета и неспецифических факторов защиты слизистой верхних дыхательных путей.
6. Обосновать дифференцированный подход к лечению и реабилитации детей с различной частотой острых заболеваний респираторной системы с учетом характера патологии лимфоглоточного кольца.
7. Разработать комплексную оздоровительную программу для детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания в условиях образовательных учреждений.

Научная новизна.

Впервые в России разработана концепция узлового значения микросоциальных условий (типа родительских отношений) для формирования заболеваемости детей дошкольного и младшего школьного возраста, выделены варианты микросоциальных (семейных) ситуаций, определяющих тактику лечебных и реабилитационных мероприятий у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания, изучено влияние характера родительских отношений на состояние реакций неспецифической резистентности, местного иммунитета слизистых рото- и носоглотки и заболеваемость острой патологией респираторной системы. Впервые в Кузбассе изучен подход к оценке состояния здоровья детей с учетом не только соматического здоровья, но и психологического состояния ребенка и изменения его социальной адаптированности.

Разработаны образовательные программы для родителей и детей, направленные на формирование саногенного мышления, мотивации здорового образа жизни и доказана важность преимущества параллельного обучения членов семьи (лицензия А №040340, Кемерово, 2002-2005гг.). Определено позитивное влияние образовательных программ для детей и родителей на снижение заболеваемости ОРВИ, острыми бронхитами, пневмониями и на состояние местного иммунитета, реакций неспецифической резистентности слизистой верхних дыхательных путей.

Впервые сформулированы принципы междисциплинарного консервативного органосохраняющего дифференцированного подхода к лечению и реабилитации детей с патологией лимфоглоточного кольца (приоритет о выдаче патента Российской Федерации на изобретение с входящим номером №020407, 2002). Расширены показания для эндоназального применения отечественного иммуномодулятора полиоксидония с профилактической и лечебной целью у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита (приоритет о выдаче

патента Российской Федерации на изобретение с входящим номером №020714, 2002).

Изучены особенности различных вариантов квантовой (гелий-неонового, инфракрасного, магнито-инфракрасно-лазерного излучения) профилактики острой патологии органов дыхания у детей. Усовершенствована методика реабилитации детей с хроническим аденоидитом с учетом сочетанной адено tonsиллярной патологии.

Результаты проведенных исследований и накопленный многолетний опыт позволили впервые разработать программы профилактики и реабилитации детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания с учетом их микросоциальных, психологических особенностей. Доказана высокая эффективность предложенных профилактических и реабилитационных мероприятий, благотворно сказывающихся на последующем уменьшении заболеваний респираторной системы у детей.

Теоретическая и практическая значимость работы:

1. Проведенные исследования позволили внести вклад в обоснование того, что наиболее адекватным объектом профилактического и реабилитационного вмешательства в условиях индустриального города является семья, в которой воспитывается ребенок.

2. Определено наиболее перспективное направление работы – профилактические и реабилитационные мероприятия для детей с высокой заболеваемостью острой патологией респираторной системы.

3. Предложен дифференцированный подход к профилактике и реабилитации детей, позволяющий существенно снизить острую заболеваемость органов дыхания.

4. Разработаны образовательные программы для родителей детей дошкольного и младшего школьного возраста и образовательные программы для школьников, позволяющие существенно снизить заболеваемость и повысить эффективность других реабилитационных мероприятий.

5. Доказана эффективность консервативного лечения гипертрофии носоглоточной миндалины II степени.

6. Обоснована методика применения квантовой терапии для профилактики острых заболеваний респираторной системы у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

7. Доказана целесообразность широкого применения отечественного иммуномодулятора полиоксидония для профилактики острой заболеваемости респираторной системы и лечения детей с хроническим аденоидитом.

Внедрение в практику.

Научные данные включены в Сибирском Центре лазерной медицины Новосибирска (1999), в работу МУЗ «ДКБ №7» г. Кемерово (2000), 30 детской городской поликлиники ЗАО Москвы (2001), в договорную работу ДОЗН АКО «Разработка новых методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики распространенных и социально-значимых заболеваний в Кемеровской области» с выполнением задания по теме «Лечение детей с патологией лимфоглоточного кольца» (2002), МУЗ ГДБ №6 поликлиники №1 Красноярска (2002), кафедре ЛОР болезней педиатрического факультета РГМУ, Москва (2003).

Методические рекомендации «Современные квантовые методы в системе профилактики, реабилитации и адаптации детей образовательных учреждений» (Москва, 1999) и методическое пособие «Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения» (Кемерово, 2001) вошли в целевую программу «Новейшие отечественные медицинские технологии – детям и юношеству на 2002-2005гг.» (Москва, №ПВН-1,11.09.02). Материалы научно-исследовательской работы включены самостоятельным разделом в методическое пособие для врачей «Клинические аспекты применения иммуномодулятора полиоксидония» (Москва, 2002) и используются в процессе преподавания на кафедре клинической иммунологии и аллергологии ГОУ Института повышения квалификации Федерального управления «Медбио-

экстрем» при МЗ РФ. В работу ЛПУ г. Кемерово и Кемеровской области внедрено методическое пособие «Как поддерживать ребенка?» (Кемерово, 2000). Материалы исследований содержатся в учебно-методических документах кафедры (рабочие программы, методические указания, пособия и др.) и применяются на практических занятиях и в лекционном курсе для студентов III курса, на циклах тематического усовершенствования КГМА по педиатрии. Образовательные программы для родителей и детей внедрены в работу городского психолого-медико-педагогического центра.

По результатам исследования получены 2 приоритета о выдаче патента Российской Федерации на изобретение «Способ консервативного лечения хронического аденоидита» с входящим номером №020714 (2002г.), «Способ лечения хронического аденоидита у детей» с входящим номером №020407 (2002г.). По решению Администрации Кемеровской области, Кемеровского областного Совета Всероссийского общества изобретателей и рационализаторов получен диплом II степени лауреата конкурса «Инновация и изобретение года-2002» за инновацию «Методика лечения хронического аденоидита у детей». Методическое пособие «Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения» на Международной выставке-ярмарке «Мединтекс»-2002 удостоено дипломом II степени и Золотой медалью Кузбасской выставочной компании «Экспо-Сибирь» (Кемерово, 2002). Комплект программ психолого-медико-педагогического сопровождения воспитательно-образовательного процесса, отмечен дипломом II степени на региональной выставке «Образование –2002» (Кемерово, 2002).

Апробация работы. Основные положения и фрагменты диссертации были доложены и обсуждены:

1. На международном уровне: III-й Международной конференции «Актуальные вопросы лазерной медицины и операционной эндоскопии» (Видное, 1994), II-м Международном конгрессе «Лазер и здоровье - 99» (г. Москва, 1999), VI-й Международной научно-практической конференции

по квантовой медицине (Москва,2000), 8th International Congress of the Medical Laser Association «Laser-2001» (Москва,2001), the 1st international symposium «Quantum medicine and new medical technologies» (Словения, Блед, 2001),

2. На республиканском уровне: 6-м национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Новосибирск, 1996), II-й Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии (Москва,1996), III-й Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии (Москва,1997), 7-м национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва,1997), IV-й Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии (Москва,1998), III-м Конгрессе педиатров России, 8-м национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва,1998), , 9-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва,1999), V-й Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии (Москва,1999), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний» (Москва,1999), VI Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва,1999) III-м Съезде иммунологов и аллергологов СНГ (Сочи, 2000), 10-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Санкт-Петербург,2000), VIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва,2001), IX-м Съезде педиатров России (Москва,2001), 11-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва,2001), IX Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва,2002);VIII Конгрессе педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии»,2003.

3. На региональном уровне: Всероссийской научной конференции «Проблемы непрерывного образования» (Кемерово,1995), Региональной научно-практической конференции «200-летие вакцинации инфекционных болезней человека» (Омск,1996), Региональной научно-методической конференции «Новые технологии в интенсификации учебного процесса

(г.Омск,1998), Региональной научно-практической конференции «Место фитотерапии в современной медицине» (г.Черноголовка,1999), Региональной научно-практической конференции «Инновации в охране здоровья людей» (Новосибирск,2001),

4. На местном уровне: Научно-практической конференции «Актуальные вопросы клинической иммунологии, СПИДа и иммунодефицитных заболеваний» (Кемерово,1997), Городской научно-практической конференции «Медико-биологические проблемы» (Кемерово, 2000, 2001).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 62 научные работы, в том числе 5 методических пособий, 10 журнальных статей, получены 2 приоритета о выдаче патента Российской Федерации на изобретение, 1 монография.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Уровень заболеваемости организованного детского населения определяется преимущественно острой патологией органов дыхания, среди которой преобладают ОРВИ. Течение острой патологии системы дыхания, факторы местного иммунитета и состояние лимфоглоточного кольца различаются у детей, живущих в разных макро- и микросоциальных условиях и имеющих определенные психологические особенности.

2. Использование современных медицинских технологий – местной антибактериальной, иммуномодулирующей, квантовой терапии с профилактической и лечебной целью позволяют повысить местный иммунитет слизистой верхних дыхательных путей, снизить заболеваемость и риск инфицирования у детей образовательных учреждений.

3. Путем обучения родителей и детей по специально разработанным образовательным программам, можно существенно снизить тревожность, уровень заболеваемости острой патологией органов дыхания, улучшить факторы местного иммунитета слизистой верхних дыхательных путей у детей.

4. Консервативная терапия хронического аденоидита у детей позволяет снизить не только заболеваемость острой патологией органов дыхания и число осложнений, но и достигнуть обратного развития гипертрофии глоточной миндалины.

5. Для повышения эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий у организованных детей дошкольного и младшего школьного возраста целесообразно дифференцировать их с учетом различной частоты острых заболеваний респираторной системы, наличия фоновых заболеваний лимфоглоточного кольца, психологических особенностей ребенка и типа родительских отношений.

ГЛАВА I. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ. СИСТЕМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

1.1. Здоровье детей. Характеристика часто болеющих детей

Среди проблем, стоящих перед отечественной медицинской наукой, сохранение здоровья детей занимает особое место, что связано с ухудшением показателей физического и психического здоровья практически всего контингента детей и подростков (21,73,97,252). Уменьшение числа детей с I группой здоровья констатируется с дошкольного возраста. Так, среди 70% дошкольников Москвы регистрируется 3-4 морфофункциональных отклонения, 5 и более отклонений – у 20% детей. У каждого четвертого ребенка выявляется хроническая патология. Более 20% детей имеют нарушения физического развития, в основном, за счет дефицита массы тела; у 20-30% дошкольников разных возрастных групп отмечается несоответствие уровня психомоторного развития календарному возрасту (28).

По данным Н. Д. Дашевской, А. М. Чередниченко (2000), обследовавших 180 дошкольников Екатеринбурга, преобладающими были нарушения аппетита, частые боли в животе и диспептические расстройства (98,8%), жалобы общеневротического характера (82,8%). Аллергические реакции отмечались у 23,9%, у 10% - энурез и у 6,1% энкопрез. Довольно часто (32,8%) у детей наблюдался дефицит массы и низкий рост (5,5%), редко - ожирение I-II степени (5,5%). Были выявлены дети с отставанием биологического возраста от паспортного (18,9%). Наиболее часто при осмотре выявлялись симптомы хронической интоксикации и микрополиадении (68,9%), наличие ЛОР-патологии в виде гипертрофии миндалин II, III ст. (87,3%), хронического отита, тонзиллита, аденоидита (36,1%). У всех детей обнаруживались симптомы вегето-сосудистой дистонии. Большинство обследуемых дошкольников было отнесено к III и IV (68,3%) группам здоровья (77). Часто болеющие ОРВИ дети составили 29,7% среди дошкольников Екатеринбурга (76). Обследование 6-7 летних детей Москвы (17) выявило у значительной

части часто болеющих детей (ЧБД) замедление темпов функционального развития: 65% детей имели факторы риска по показателям организации деятельности, 70% - нарушения речевого развития, 55% - нарушения в развитии моторики; 35% - зрительно-пространственного восприятия, 45% - развития интегративных функций.

Наблюдая в течение 5 лет за 1063 детьми 4 -7 лет Иваново С. И. Мандров(1998) показал, что наиболее частым заболеванием у дошкольников является ОРВИ, причем каждый четвертый ребенок был часто болеющим. С возрастом число острых заболеваний увеличивается число невротических реакций сомато-вегетативного и астенического типов. Среди часто болеющих ОРВИ детей отмечалось снижение Т-лимфоцитов периферической крови, достоверное уменьшение S Ig A в ротоглоточном секрете, в 1,5 раза больше зарегистрировано детей с дефицитом массы I степени по сравнению с эпизодически болеющими детьми (160). На территории Западной Сибири каждый третий дошкольник относится к группе часто болеющих ОРВИ (60, 112, 199).

Согласно научно-практической программе «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика»(195), рекомендованной Союзом педиатров России, «ЧБД - это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных, коррегируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений в них. Ребенка правомочно отнести в эту группу в тех случаях, когда его повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями» (25). В группу часто болеющих включаются дети, с кратностью острых респираторных заболеваний в год: в возрасте до года – 4 и более, 1–3 года – 6 и более, 4-5 лет – 5 и более, старше 5 лет - 4 и более (7). Для детей, болеющих 6–12 раз в течение календарного года предложен термин «очень часто болеющие дети» или «истинно часто болеющие» (179). 3.

С. Макарова (1992) предлагает синоним «истинно часто болеющим» – «собственно часто болеющие», считая таковыми детей 1-6 лет, перенесших острые респираторные заболевания 8 и более раз в году. Ею предложено деление ЧБД на соматический, отоларингологический и смешанный типы. Не решён вопрос о целесообразности включения в группу ЧБД лиц с обострениями хронических заболеваний. Так, З. С. Макарова с соавторами (1994) классифицирует часто болеющих детей на две группы: не имеющих хронических заболеваний и врождённых пороков развития и имеющих их. К «истинно ЧБД», по мнению автора, следует относить детей, начинающих болеть в дошкольном возрасте. В эту когорту включено до 30% от числа часто болеющих детей.

В свою очередь, С. М. Громбах (1981) писал, что термин «часто и длительно болеющие дети» характеризуется количеством не только острых респираторных заболеваний, но и обострений хронических очагов носоглоточной инфекции. И. А. Тузанкина и О. А. Синявская (1993) предлагают относить часто болеющих респираторными заболеваниями детей к определенным группам, с преимущественной манифестацией патологического процесса в центральной и вегетативной нервной системе, лимфатической системе, при обменных нарушениях либо аллергии.

У детей старше 3-летнего возраста в качестве критерия для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс, определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. При этом инфекционный индекс у редко болеющих детей составляет 0,2–0,3, а у детей из группы ЧБД – 1,1–3,5 (135).

По данным В. Ю. Альбицкого и Н. Г. Веселова (1996) часто болеющие ОРВИ дети обеспечивают $\frac{1}{2}$ всей заболеваемости детей дошкольного возраста. Этим определяется экономический аспект проблемы: $\frac{1}{3}$ всех трудовых потерь, связанных с уходом за больными детьми, обусловлена контингентом ЧБД (264, 265). Часто болеющие ОРВИ дети имеют комплекс факторов, влияющих на частоту инфекций (274, 295). Непосредственное воздей-

ствие на благополучие ребенка оказывает состояние здоровья родителей (24, 92). По-видимому, это воздействие не только биологическое (наследственность), но и опосредованное через систему условий, характеризующих образ жизни матери и отца, их установку на здоровье (60). Профилактическая активность людей, определяющаяся осознанием здоровья как ценности и наличием целенаправленных действий по его поддержанию и укреплению, в настоящее время становится важным фактором, влияющим на здоровье населения, в первую очередь, детского (75,135). При оценке связи между группой здоровья ребенка и социально-гигиенической характеристикой семьи, в качестве значимых отмечены состав семьи (как правило ЧБД - это дети из неполных и многодетных семей, от юных и асоциальных родителей), профессионально-образовательный уровень родителей, жилищные условия (25, 60). Многочисленными исследованиями установлено отрицательное влияние на здоровье ребенка раннего искусственного вскармливания, нерационального режима дня, нерегулярного и недостаточного пребывания на свежем воздухе, малой физической активности и вредных привычек родителей (112). Элементарное соблюдение правил здорового образа жизни может нивелировать все эти отрицательные воздействия и, следовательно, обучение родителей является задачей первостепенной важности (92). Доказано, что отрицательно сказывается на здоровье ребенка не только отсутствие у родителей необходимых знаний, но и их излишняя самостоятельность в вопросах лечения. Частые заболевания являются фактором риска формирования хронической патологии (140,263).

Особенно часты респираторные инфекции у детей, впервые поступающих в детский коллектив, среди которых группа ЧБД в первый год посещения коллектива достигает 40-50%. В последующие годы это число снижается и к 3 году контакта их доля составляет 5-10%. Поступление детей в дошкольные учреждения служит дополнительным фактором риска приобретения острых и хронических адаптационных болезней. Возникает порочный круг: повторные заболевания способствуют возникновению морфофункцио-

нальных отклонений и хронической патологии, которые воздействуют на неспецифическую резистентность, снижающей иммуно-биологические защитные барьеры, что обуславливает формирование новых заболеваний (138).

Подверженные частым респираторным заболеваниям дети имеют, как правило, транзиторные отклонения и запаздывание развития иммунной системы (105,137,253, 264,279). В литературе, к сожалению, немного публикаций по клинко-иммунологическому обследованию ЧБД (271,276). Ряд исследователей указывает на нарушение у данной группы больных процессов интерфероно-образования. Индивидуальная способность к синтезу интерферона генетически детерминирована, а резистентность к вирусным инфекциям во многом зависит от выработки его ещё до инфицирования (251, 290). У ЧБД способность клеток к синтезу α -интерферона снижена в 2 раза в сравнении с редко болеющими детьми и менее четко выражены сезонные ритмы синтеза (292).

Об изменении ферментативных систем на уровне клетки свидетельствует снижение активности миелопероксидазы и повышение активности щелочной фосфатазы. Важными факторами, обеспечивающими резистентность к инфекциям, являются лизоцим и секреторный IgA, снижение которых в назальном и рото-глоточном секретах у детей, часто болеющих ОРВИ, указывает на дефицит в системе неспецифических факторов защиты и местного иммунитета слизистой верхних дыхательных путей (167, 194). По мнению Daele J., Zicot A.F., развитие рецидивирующих респираторных инфекций зависит от работы системы мукоцилиарного клиренса, секреторных IgA и IgM и локально синтезированного IgG (320).

Т. П. Маркова и Д. Г. Чувиров (2002) при исследовании 150 часто болеющих детей Москвы в возрасте 2-15 лет выявили персистентность инфекции в носоглотке в подавляющем числе случаев - преимущественно стафило- и стрептококк (соответственно – 80% и 60%), дисбактериоз кишечника (у 50% детей) с преобладанием кокковой флоры, у половины детей - повы-

шение общего и специфического IgE. С возрастом увеличивалось число детей с нарушением клеточного иммунитета: с 20% в 2-7 лет до 50% в школьном возрасте.

Дисиммуноглобулинемия выявляется у 75-93,8% часто болеющих ОРВИ детей с сопутствующей ЛОР патологией (292, 355). По данным М. Е. Харьяновой у ЧБД, не имеющих очагов хронических инфекций и хронических сопутствующих заболеваний, не выявлено достоверных изменений иммунологических показателей по сравнению с клинически здоровыми детьми.

По данным Akikusa J.D., Kemp A.S. (1998), повторные инфекции дыхательных путей могут быть связаны с неспособностью иммунной системы детей вырабатывать антитела к 3 серотипу пневмококка; а нарушение выработки антител к нескольким серотипам может привести к развитию рецидивирующей пневмонии (303). При увеличении числа ОРВИ в год более 6 раз и наличии очагов хронической инфекции, усугубляющих изменения в иммунной системе, наряду со снижением CD3+, CD4+, CD16+-клеток отмечается уменьшение уровня сывороточного IgA и G преимущественно у дошкольников (164, 173, 234).

Таким образом, группа ЧБД неоднородна по характеру нарушений в иммунной системе, наблюдается персистенция инфекции в носоглотке, дисбиоз кишечника, повышение общего и специфического IgE. Клинически ЧБД характеризуются формированием очагов хронической инфекции, развитием сопутствующих и аллергических заболеваний.

Особое место среди причин формирования часто и длительно болеющих ОРВИ детей отводится ЛОР - патологии. У детей формирование хронических заболеваний носа, околоносовых пазух, лимфопролиферативных состояний носоглотки (аденоидные вегетации) могут отмечаться при различных видах так называемых иммунных детских диатезов, представляющих собой аномалии конституции, которую Ю. Е. Вельтищев определяет как полигонно (мультифакториально) наследуемую склонность к заболеваниям.

Проблема патологии ЛОР-органов по своей социальной и клинической значимости занимает особое место не только в оториноларингологии, но и в педиатрии. В структуре всех хронических заболеваний детского возраста, по данным Московского института гигиены детей и подростков, ЛОР-заболевания занимают первое место (64). Патологическая пораженность, выявляемая врачами узких специальностей во время проведения массовых профилактических осмотров в Санкт-Петербурге, максимальна у оториноларинголога. За последние годы отмечена тенденция к увеличению числа детей с гиперплазией лимфоидной ткани глотки. Данное состояние является физиологическим и с возрастом лимфоидная ткань подвергается инволюции, но у достаточно большого количества детей аденоидно-тонзиллярная гипертрофия вызывает затруднение носового дыхания, может быть причиной деформации прикуса и снижения слуха (262).

Практически все авторы отмечают, что максимальный уровень распространенности патологии ЛОР-органов приходится на ясельный и дошкольный возраст (151). Наибольший удельный вес в структуре заболеваний имеют болезни глотки, в основном, аденоидно-тонзиллярная патология (31, 64). Особое значение патологии ЛОР-органов обусловлено тесной взаимосвязью целого ряда различных заболеваний с патологией уха, горла и носа (33). Влияние заболеваний верхних дыхательных путей на развитие и течение патологических процессов в бронхах и легких было отмечено еще в прошлом столетии. Неблагоприятное влияние заболеваний носа, околоносовых пазух, носо- и ротоглотки на возникновение и развитие неспецифического хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе показано в многочисленных исследованиях отечественных авторов. Частота обнаружения ЛОР-патологии у бронхолегочных больных колеблется от 45,7% до 98,9% (6). В процессе наблюдения за детьми отмечается отчетливая связь ухудшения течения бронхита при обострении очагов инфекции ЛОР-органов. У большинства больных не удается без лечебного воздействия на носоглотку добиться ликвидации бронхолегочного процесса.

Распространенность хронической патологии в детском возрасте определяет частоту и тяжесть хронических заболеваний взрослого населения со всеми вытекающими отсюда последствиями экономического характера (209,263). Поэтому, чем раньше начата санация и профилактические мероприятия, тем меньше вероятность формирования хронической патологии (1).

Проблема часто и длительно болеющих детей имеет не только медицинское, но и социальное значение. Часто болеющие дети при поступлении в дошкольно-школьные учреждения трудно адаптируются к новым микро-социальным условиям (53, 198).

Литературные данные свидетельствуют о незначительной амплитуде колебаний показателей общего иммунитета у детей, часто болеющих ОРВИ, изменения уровня сывороточных иммуноглобулинов не имеют диагностической и прогностической ценности и при патологии лимфоцитарного кольца, находятся в пределах физиологических колебаний и значительно отстают от периода заболевания (205, 321). В то же время достаточно чутко реагируют на изменение условий показатели неспецифической защиты и местного иммунитета.

1.2. Роль местного иммунитета в формировании хронической носоглоточной инфекции

Слизистая оболочка носа является первым барьером на пути различных антигенов, которые содержатся во вдыхаемом воздухе. От состояния защитных систем её зависит не только возникновение воспалительного процесса в слизистой носа и нижележащих дыхательных путях, но и его исход – выздоровление или затяжное хроническое течение (15, 161). Устойчивость к инфицированию слизистой оболочки носа и околоносовых пазух обеспечивается мукоцилиарной транспортной системой (203), антимикробными факторами, такими как лизоцим, лактоферин, интерферон, фагоцитарной системой и механизмами специфического иммунитета (245). Устойчивость верхних дыхательных путей к микробному заражению обеспечивает «колонизационный иммунитет» – уменьшение доступности рецепторов эпителия для

патогенов за счет блокирования их микробами сапрофитирующей флоры (14). Специфическая защита слизистых оболочек дыхательных путей определяется, в первую очередь, секреторным (местным) иммунитетом (13, 36, 44, 115). Одним из главных направлений иммунологической теории стала разработка концепции иммуноцитокиновой сети – системы гуморальных посредников между иммунокомпетентными и всеми иными клетками, вовлеченными в защитные реакции (30, 104). Внимание исследователей последних двух десятилетий приковано к лимфоэпителиальным органам, составляющим систему MALT (лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками), к которым относится лимфаденоидное кольцо Вальдейера, включая глоточную миндалину, пейеровы бляшки и солитарные фолликулы кишечника, скопления лимфоидной ткани в червеобразном отростке, очаговая лимфоидная ткань по ходу бронхов и урогенитального тракта (36, 48, 395).

Лимфоэпителиальные органы глотки, располагаясь на пересечении воздухоносных и пищеводных путей, обеспечивают функцию “сторожевого поста”, первым реагирующего на очередное антигенное раздражение (инфекцию) включением механизмов иммунной защиты (280, 405). Лимфоциты из лимфоэпителиальных органов заселяют свои регионы, то есть близлежащие слизистые оболочки, проходя через лимфо- и гемоциркуляцию, а лимфоциты из лимфатических узлов мигрируют преимущественно в органы и ткани регионального дренирования или более отдаленные органы и ткани, но не в слизистые оболочки (316, 348). Лимфоциты, генерированные в пейеровых бляшках, заселяют слизистую оболочку тонкой и толстой кишок, лимфоциты, покидающие небные миндалины, приходят «домой» в слизистую оболочку пищеводных и нижних дыхательных путей, лимфоциты из глоточной миндалины направляются в слизистую носа и околоносовых пазух – закон хоуминга (351, 368). Лимфоглоточное кольцо играет роль в обеспечении и контроле не только за мукозальным иммунитетом всех дыхательных путей, но и желудочно-кишечного тракта. Этот контроль постро-

ен по принципу обратной связи с лимфоэпителиальным симбиозом, каким являются миндалины, что объединяет их с центральными органами иммунитета (48, 49). В настоящее время глоточная миндалина рассматривается как регионарный центр, контролирующий местную иммунную защиту слизистых оболочек (46, 50).

Лимфоэпителиальный симбиоз наиболее выражен у детей дошкольного возраста с пиком в 5-7 лет. Последнее не исключает индивидуальных подъемов иммунологической активности миндалин у детей в возрасте 8-14 лет. Морфофункциональная организация небных и глоточной миндалин подвержена значительным изменениям в первые 5-7 лет жизни ребенка (65). В ткани миндалин у детей первых трех лет жизни превалирует иммуноглобулины М, в меньшей степени – иммуноглобулин G, а повышенная антигенная нагрузка на лимфоидную ткань миндалин в этом возрасте вызывает увеличение количества не IgA, а IgE-продуцирующих клеток (45). Возрастной системный и топический дефицит IgA, который комбинируется с возможным избытком IgE (причем, в небных и глоточной миндалинах выработка IgE больше, чем в других органах), может стать условием формирования хронического тонзиллита и хронического аденоидита (86). Низкая способность лимфоидной ткани к синтезу полноценных антител ведет к гиперплазии небных и глоточной миндалин в ответ на бактериальную и вирусную инфекции с развитием лимфоаденопатий (241).

Особая организация эпителия, покрывающего глоточную миндалину, обеспечивает контакт антигенного материала с лимфоидными клетками миндалин и инициирует иммунный ответ (15). После рождения появляются механизмы адаптивного иммунитета, которые носят приобретенный специфический характер, осуществляются местными иммунокомпетентными клетками собственной пластинки слизистой оболочки (50). Образование секреторных антител отражает синергизм между мукозальной В-клеточной системой и секреторным эпителием. В нормальных условиях в слизистой оболочке носа продуцируется мало IgM, поэтому концентрация SIgA более

чем в 100 раз превышает концентрацию SIgM в носовом секрете. Функция SIgA и SIgM заключается в подавлении колонизации слизистой оболочки инфекционными агентами и препятствии притоку антигенов, что послужило основанием для обозначения данного типа первой линии гуморальной защиты термином «иммунная эксклюзия», т.е. «иммунная охрана» (310).

Носовой секрет содержит и иммуноглобулины системного типа, прежде всего IgG, имеющий сывороточное происхождение, составляющий существенную часть секрета дыхательного тракта и следовые количества IgD и IgE. Наличие иммуноглобулинов G обеспечивает устранение инфекционного агента со слизистых оболочек, что позволило назвать данный тип местной гуморальной защиты «иммунной элиминацией» (47) или «иммунным устранением» и составляет сущность второй линии гуморальной защиты слизистых оболочек. В возрасте после 5 лет продукция IgG падает в связи с возрастанием продукции IgA. В младшей возрастной группе в небной и глоточной миндалинах преобладают иммуноглобулины A, M, D. В глоточной миндалине и в слизистой оболочке носа число иммуноглобулина D достоверно выше, чем в небных (311, 357). При изучении лимфоцитов в аденоидах и периферической крови у детей обнаружено, что содержание В-лимфоцитов было выше в аденоидах, чем в крови. Это указывает на некоторую гиперреактивность у детей, имеющих аденоидные вегетации (370).

Важная физиологическая роль миндалин лимфоаденоидного глоточного кольца, являющихся своеобразной “вакцинной лабораторией”, в создании иммунного барьера слизистых оболочек и его регуляции оправдывает органосохраняющую тактику лечения хронических тонзиллитов и аденоидитов в раннем детском возрасте (175, 261). Любые вмешательства в области формирующегося лимфоидного кольца глотки, являющегося неотъемлемой и важнейшей частью иммунной системы человека, несомненно, отражаются на стабильности функционирования всей этой системы в целом (47). Неблагополучие среды обитания человека сопровождается ростом иммунодефицитов с компенсаторным увеличением лимфоидных образований (65).

Причиной быстрого увеличения массы глоточной миндалины являются частые лимфотропные вирусные инфекции, наличие конституциональной предрасположенности к пролиферативным процессам лимфоидной ткани (211). Преимущественным микроорганизмом, высеваемым из отделяемого носоглоточной миндалины (67,6%), оказался золотистый стафилококк (129). Последние годы в патологии детского организма большое значение приобретают внутриклеточные возбудители - хламидии, микоплазмы, легионеллы, листерии, встречающиеся с частотой от 10 до 25-30% (98,121,208,256, 378).

Воспалительный процесс в сочетании с гиперплазией лимфоидной ткани вызывает иммунный ответ по гуморальному типу на фоне выявления в глоточной миндалине и синусах идентичной микрофлоры (44). Аденоидиты, как и хронические тонзиллиты являются заболеванием всего организма (266). Аденотонзиллярная гипертрофия рассматривается как следствие хронического антигенного раздражения (182). Одни авторы считают, что гипертрофия носоглоточной миндалины является следствием сенсibilизации организма (6, 31, 67), по мнению других, носоглоточная миндалина сама служит очагом инфекции, способствующей общей сенсibilизации организма (79,223).

Одно из важных мест в педиатрической отоларингологии занимает проблема рецидивирования аденоидных вегетаций после аденотомии у детей. Первые данные о рецидивах аденоидных вегетаций после аденотомии относятся к 30-м годам, Hill M. (1931) показал, что рецидивирование аденоидов колеблется от 7% до 50% (108). Частота рецидивирования, по данным современных авторов, колеблется в пределах от 2 до 75% (224). Носоглоточная миндалина не имеет соединительной капсулы, и даже после тщательного удаления аденоидных вегетаций остатки лимфоидной ткани обнаруживаются в глубоких слоях свода и задней стенки глотки, либо по всей раневой поверхности с воспалительными изменениями в остатках носоглоточной миндалины (224, 225). Исследованиями А. Ю. Ивойлова (1989) показано, что в носоглоточной миндалине и её послеоперационных остатках

имеется множество рубцово измененных крипт и карманов, содержащих стрептококковую и стафилококковую флору, что является предрасполагающим фактором для развития рецидивов аденоидных вегетаций после аденотомии у детей (18,5%), через 3-6 месяцев после перенесенных ОРЗ. В удаленной ткани аденоидов выявлена Hlavacek V. в 1956 году эозинофильная инфильтрация, IgE (346). Чаше всего аллергия выявляется у больных, подвергавшихся неоднократной аденотомии или после операции, проведенной у детей до 3-х летнего возраста (288). Аденотомия, являясь инвазивным методом, может быть причиной таких осложнений, как кровотечение из носоглотки (1,7%), развитие подкожной эмфиземы, менингита, аспирация удаляемой лимфоидной ткани, обострение сопутствующих заболеваний (рецидивирующий средний отит - 1,6%, послеоперационная ангина - 6,1%) (219), психогенных расстройств (34,85,219,220,246). Иммуносупрессивный эффект с угнетением местных факторов защиты удаления миндалин и аденоидов отмечают (47, 380).

М. А. Мокроносова и Г. Д. Тарасова (1999) впервые отметили приступы бронхиальной астмы у 48% пациентов с аллергическим ринитом после аденотомии, а у детей, страдающих бронхиальной астмой до операции, течение заболевания ухудшилось: приступы стали чаще и тяжелее (175). Эндоскопия носоглотки больных с хроническим экссудативным средним отитом показала, что у 56,2% аденоиды за счет величины и места расположения не влияют на функцию слуховой трубы (260). После аденотомии даже при отсутствии рецидива заболевания у некоторых детей в носоглотке сохраняется вялотекущий воспалительный процесс, что указывает на необходимость проведения реабилитационных, восстановительных лечебных мероприятий в послеоперационном периоде (255). О необходимости щадящего отношения к лечению составляющих лимфоглоточного кольца свидетельствуют данные о последствиях тонзилэктомии в раннем возрасте. Дети в 300 раз чаще болеют полиомиелитом, в 3 раза увеличивается частота хронических заболеваний носа, в 8 раз - околоносовых пазух, в 12 раз - фарингитов и десятикратно возрастает частота ОРВИ (65). Помимо местных рас-

стройств, аденоидные разрастания могут вызывать разнообразные нарушения общего характера: головные боли, головокружения, расстройство сна, ночное недержание мочи, эпилептические припадки, нарушение функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения. Возникновение данных расстройств объясняют нарушением носового дыхания, возникновением застойных явлений, затрудняющих отток венозной крови и лимфы из полости черепа, нервно-рефлекторными механизмами (148). Такая «простая» функция, как полноценное носовое дыхание, оказывается принципиально важной для развития мозга (43). Анатомическое расположение глоточной миндалины существенно затрудняет визуальную оценку аденоидных вегетаций, определение местных признаков хронического воспаления глоточной миндалины. Отмечается значительная вариабельность признаков гипертрофии аденоидов (84,87,158,210,320). Перечисленные обстоятельства отрицательно влияют на своевременную диагностику и эффективность лечения таких больных (25). Профилактика данной патологии очень важна, так как хронический аденоидит играет значительную роль в формировании назо-бронхиальной обструкции (61). Микробная обсемененность лимфаденоидной ткани носоглотки нередко сопровождается разнообразными осложнениями, отрицательно сказывается на течении заболеваний других локализаций (329). Е. В. Борзов с соавт. (2001), изучая функциональное состояние ЦНС и мозговой гемодинамики у 63 детей в возрасте от 4 до 10 лет с диагнозом аденоиды II-III степени, выявил сочетание патологии носоглоточной миндалины с неврологическими нарушениями. У многих больных с хроническим аденоидитом отмечаются выраженные вегетативные расстройства, которые, как правило, носят системный характер и существенно отягощают клиническое течение заболевания. Вегетативные нарушения у часто болеющих детей с хронической патологией носоглотки усугубляются эмоциональным напряжением, порой острым переживанием своей болезни, что чревато формированием психосоматических состояний (34, 123).

1.3. Психосоматические расстройства и психическое здоровье детей дошкольного возраста

В настоящее время возрос интерес к психической сфере детей, страдающих соматическими заболеваниями (232,267). Показательна работа В. А. Ковалевского (1999), изучавшего внутреннюю картину болезни у ЧБД. По данным автора, у данной группы детей преобладали отрицательные эмоции (65%), у 80% больных присутствовали элементы острого переживания своей болезни, 33% приписывали наличие собственных переживаний другим людям, что наблюдалось лишь у 13% здоровых сверстников. Особенности общения в группе детского сада характеризовались достоверным преобладанием одиночной игры в группе ЧБД, 20% из которых были исключены из детских коллективных игр, а у 14% уровень развития игровых умений был ниже возрастных нормативов. В семьях, имеющих ЧБД, наиболее часто был диагностирован один из дисгармоничных профилей родительской позиции – привязывающе-подавляющий. В то же время стиль воспитания с преобладанием потворствующей гиперпротекции, недостаточностью требований, запретов является фоном, формирующим и поддерживающим у детей так называемый синдром «вторичной выгоды». «Уход в болезнь» чаще встречается у детей дошкольного возраста и младшего школьного возраста физически ослабленных, перенесших тяжелые соматические заболевания (281).

А. И. Захаров с соавторами (1987) выделяют три типа неправильного воспитания: 1) Неприятие, эмоциональное отвержение ребенка, жесткое ограничение и контроль; 2) Гиперсоциализирующее воспитание - тревожно-мнительное отношение родителей к здоровью, успехам в обучении своего ребенка; 3) Эгоцентрическое – чрезмерное внимание к ребенку всех членов семьи, присвоение ему роли «кумира семьи», «смысла жизни» (95). Дети живут в атмосфере эмоционального неблагополучия, эмоциональной напряженности, с боязнью огорчить и расстроить родителей. В подобной атмосфере дети «заражаются» тревожностью взрослых, что препятствует переживанию чувства защищенности, надежности семейного окружения, не-

обходимых для нормального эмоционального самочувствия (108). Ю. Ф. Антропов (2000) при обследовании детей с патологией органов дыхания выявил в большинстве случаев (57,1%) патологический тип воспитания.

Самым лучшим в профилактике развития тревожности у детей является демократический стиль родительского воспитания, характеризующийся высоким уровнем принятия ребенка, верой в его самостоятельность в сочетании с готовностью помочь ему в случае необходимости, проявлением доброты и твердости одновременно, возможностью проявления инициативы с установленными четкими границами (358). Психическое здоровье детей находится в руках родителей (5, 78, 108, 168). Неправильные типы воспитания приводят к формированию различных неврозов и психосоматических расстройств (244, 247). Постоянное чувство беспокойства, неуверенности в себе, эмоционального напряжения могут стать источником психического нездоровья (142, 145).

Центральным вопросом в изучении тревожности является ее происхождение и причины (2, 38). Тревожность - понятие психологическое и определяется как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности (215). На психологическом уровне она ощущается как внутреннее напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность, неуверенность, раздражительность, нарушение сна, снижение когнитивных функций; на поведенческом уровне : ощущение неловкости, неуклюжести, неаккуратность, избыток избыточных движений, неожиданные травмы и падения; а на физиологическом - сердцебиением, учащением дыхания, повышением АД. Тревожность при нормальном уровне считается необходимой для эффективного приспособления к реакции, при чрезмерно высоких цифрах появляется дезорганизация поведения и деятельности. Мешает нормальному развитию и продуктивной деятельности низкий уровень тревожности или полное отсутствие её (215). В отечественной психологии эта проблема получила развитие в последнее десятилетие, но тем не менее используется в узких рамках прикладных про-

блем. Большое количество работ посвящено исследованию эмоционального дискомфорта у детей 5-8 лет, что связано с адаптацией к условиям школы (37, 113). Единичны работы, посвященные сравнительному анализу внутреннего напряжения в различные возрастные периоды (95, 200).

Центральным вопросом в изучении тревожности является её происхождение и причины (26, 170). Особенно важен вопрос происхождения устойчивого состояния тревоги (16, 94) и одним из основных факторов, влияющих на развитие её, является стрессовое воздействие. Ю. А. Александровский (1993) объединил внешний источник стресса и субъективную оценку индивидом. Особой значимостью для формирования эмоционального дискомфорта ребенка обладают межличностные отношения (176,283). Передача тревоги от матери и дальнейшее её закрепление у ребенка постулируется многими авторами(228). В дальнейшем межличностные отношения формируются при поступлении в различные учреждения, но и здесь решающая роль принадлежит родителям (200).

Основными межличностными потребностями детей являются: любовь, забота, одобрение со стороны других (283). Если ребенок это испытывает в раннем возрасте, то у него развивается чувство безопасности и уверенности в себе (139). Если у ребенка с самого начала присутствует чувство межличностной надежности, то это препятствует развитию тревожности. По данным И. В. Дубровиной (2000) количество высокотревожных детей колеблется от 72 до 75%.. Тревожность, порождаемая как внутренний конфликт, является следствием того, что возникают противоречия между возможностями личности и требованиями действительности (232, 282). Таким образом, основными причинами тревоги детей являются межличностные отношения, внутриличностный конфликт и социальные условия (244).

А. М. Прихожан (2000), проводя лонгитюдное исследование в течение 15 лет, отмечает, что уровень тревоги сравнительно устойчивый на протяжении происходит в старшем подростковом, далее уровень тревоги падает при переходе к раннему юношескому возрасту. При изучении половых раз-

личий оказалось, что мальчики более тревожны в младшем школьном возрасте, в подростковом периоде различия сглаживаются, а в раннем юношеском возрасте более тревожны девочки (215). Для детей дошкольного возраста основными тревожными ситуациями являются отрыв от родителей, поступление в ДООУ, страх перед сказочными персонажами. Младшие школьники опасаются оценок со стороны взрослых "опасных" людей, смерти. Подростки более всего опасаются насмешек, неудач (226,231).

Симптомами психосоматического происхождения могут быть головная боль, связанная с эмоциональным напряжением, лихорадка неясного происхождения, боли в животе, появляющиеся в результате неприятных переживаний, психогенная рвота возникает у психически лабильных детей при отсутствии нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, дисфункции кишечника (23, 40, 250).

Особенности психологических изменений, происходящих при различных заболеваниях, широко освещены в литературе (184, 328, 392, 414). В первую очередь это относится к бронхиальной астме, артериальной гипертензии и вегето-сосудистой дистонии, патологии желудочно-кишечного тракта (108, 139), атопическому дерматиту. Показано взаимное влияние иммунной системы, стресса и иммунодефицита (238).

В настоящее время более чем у 8 млн. детей диагностируют ежегодно психосоматические заболевания (108). В России, по данным И.П.Брызгунова (1999), в амбулаторной практике выявляется 68% детей с нервно-психическими и психосоматическими заболеваниями. По другим данным, дети с соматическими заболеваниями в 9,3% - 23,6 % имеют психосоматические расстройства (58). По данным различных зарубежных авторов, общий показатель распространенности психосоматических функциональных расстройств составляет от 8% до 40% больных, обратившихся в детскую поликлинику. Выявление хронической тревожности является одним из профилактических мероприятий по выявлению психосоматических расстройств (154,180). По мнению Д. Н. Исаева (1984), первым диагностировать

отклонение в нервно-психическом и личностном развитии должен педиатр, и с целью ранней профилактики психосоматических заболеваний необходимо проводить диагностику семьи с выявлением семейных дисгармоний. Единичные работы посвящены профилактике и коррекции тревожности у детей с предложением психологической помощи педагогам, родителям и детям (8,37,52,70,178,281).

1.4. Оздоровительные программы в дошкольных образовательных учреждениях

Несмотря на меняющиеся социально-экономические условия последних лет дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) посещает более 46 % детей. В то же время высокая заболеваемость детей дошкольного возраста и отсутствие тенденций к ее снижению обуславливает необходимость изыскания новых форм оздоровления детей (146,147,187,198,249). Медикаментозные препараты, используемые в ДОУ, достаточно разнообразны. В частности, список медикаментов, допустимых при применении в санаторной группе детского сада, включает около 100 наименований лекарственных препаратов (172). Наиболее сложной задачей является оздоровление часто и длительно болеющих детей с хронической патологией носоглотки. Средства, методы решения данной проблемы разрабатываются различными ведомствами, научными школами, отдельными специалистами, трактующими подходы к одному и тому же вопросу, иногда даже с прямо противоположных позиций. Все это является поиском новых клинико-организационных решений (177,297,298,300).

1.4.1. Современные медикаментозные методы лечения часто и длительно болеющих ОРВИ детей на фоне хронического аденоидита

Лечение и реабилитация часто и длительно болеющих ОРВИ детей на фоне хронической патологии носоглоточной миндалины включает, прежде всего, санацию и восстановление защитно-адаптационной функции ее

(51,118,236,287). Важная роль носоглоточной миндалины в иммуногенезе и местной защите слизистых оболочек верхних дыхательных путей от инфекции делает нецелесообразным хирургический радикализм, существующий в детской практике. Глоточная миндалина активно участвует в становлении иммунитета даже в состоянии хронического воспаления, что обусловило сужение показаний к хирургическому лечению, способствовало разработке консервативных методов терапии (122, 157, 174) и расширению поиска их (10,235). Консервативному лечению подлежат дети с аденоидами I степени (которые обычно не относятся к хронической патологии), в том случае, если у ребенка выявлены аллергические реакции, поскольку на фоне сенсибилизации организма при повторных заболеваниях дыхательных путей возможно быстрое увеличение степени аденоидов (68).

И. В. Ельков (1991) в эксперименте доказал, что в условиях воспаления поступление лекарственных препаратов из кровяного русла в слизистую оболочку носа и околоносовых пазух резко снижается (88), поэтому к лекарственным препаратам, предназначенным для местного лечения при заболеваниях ЛОР-органов, предъявляются повышенные требования - обладать иммуномодулирующим действием, бактерицидным и бактериостатическим эффектами, не должны угнетать активность мерцательного эпителия и факторы местного иммунитета. Хорошо зарекомендовал себя в терапии острых и хронических ринофарингитов, острых и хронических тонзиллитов, синуситов ингаляционный препарат биопарокс, активное начало которого - антибиотик фюзафюнжин, обладает выраженным бактериостатическим действием (29,30,136,186,301). Консервативное лечение аденоидитов у детей Х. М. Маккаев и соавт. (1998) проводили в зависимости от варианта аденоидита (аллергический, гипериммунный, гипоиммунный, дисфункция иммунитета). После отмывания экссудата средствами фитотерапии (отвар зверобоя, настойка календулы и эвкалипта, сока алоэ, каланхоэ, спиртового раствора прополиса) проводилось аэрозольное орошение слизистой оболочки носоглотки теми же средствами, приготовленными на оливковом масле с после-

дующим применением в домашних условиях лекарств – трав в виде капель. Сочетание местного лечения с дыхательной носовой гимнастикой, закаливающими процедурами, физио-, витамино-, и десенсебилизирующей терапией было эффективно у 80% детей. В дальнейшем этим же автором (2002) описана тактика сочетанного консервативного лечения хронических воспалительных заболеваний лимфоидных органов носоглотки у детей (хронического тонзиллита и аденоидита), которая включает: санацию миндалин и ирригационную терапию с использованием фитопрепаратов и антисептиков, лазеротерапию, применение димефосфона как иммуномодулятора, дыхательную носовую гимнастику и массаж. Из препаратов растительного происхождения для местного лечения хронического аденоидита применялся 2% масляный раствор хлорофилипта, обладающего эффектом «самодренирования», «Малавит» (антисептическое, иммуностимулирующее, вяжущее действие), водный раствор тысячелистника (129). Описано профилактическое значение в отношении развития аденоидита, хронического ринита, синусита, tuboотита местного применения антибактериальных препаратов (растворы антибиотика, мирамистина, диоксидина), вяжущих средств (протаргол, колларгол), прием муколитиков (синупрет, флуифорт) в сочетании с лазеротерапией (248). Секретолитик синупрет восстанавливает мукоцилиарный клиренс, усиливает нейтрофильный фагоцитоз (260). В. Б. Иченко и соавторами (2002) предложена схема лечения детей с хроническим аденоидитом, включающая промывание носоглотки водным раствором хлорофилипта в сочетании с низкоэнергетическим инфракрасным лазером и назначением эреспала - отсутствие обострения аденоидита в течение года отмечено у 20 пациентов из 30 пролеченных. Менее эффективной авторы считают схему лечения с орошением носоглотки раствором Ингалипта, ИРС-19, эндоназального фонофореза с кальцием (стойкая ремиссия наблюдалась у 8 детей из 30). При длительном, упорном течении аденоидита микоплазменной, хламидийной этиологии рекомендуется включение в комплекс терапии макролидных антибиотиков (121, 378). Детям с гипертрофией глоточной миндалины III сте-

пени на фоне аллергии лечение проводилось в течение 3-5 месяцев и включало элиминационные мероприятия, неспецифическую и специфическую гипосенсибилизацию (261). Лишь в 10-12% случаев улучшают состояние больных носовые души с физиологическим раствором в сочетании с закапыванием в нос капель Маркова, содержащих в своем составе сосудосуживающий препарат и антибиотик, подобранный на основании антибиотикограммы (229).

Для комплексного иммунокорректирующего лечения хронического аденоидита у взрослых А. А. Циглин (1994) рекомендует схему, включающую закапывание настоя зверобоя, лактобактерина, приём бифидола, внутримышечное введение спленина. Подросткам с 16-летнего возраста и взрослым при хроническом аденоидите в периоде обострения назначают антибиотики, стафилококковый антифагин, местное промывание лизоцимом и лактоглобулином, после обострения - лейкоцитарный интерферон, стимуляция местного иммунитета (тималин, тактивин, тимоген), дополнительно применяли гелий-неоновое лазерное излучение (269). Предлагается тактика сочетанного консервативного лечения хронических воспалительных заболеваний лимфоидных органов носоглотки у детей (хронического тонзиллита и аденоидита), включающая следующий комплекс: санацию миндалин и ирригационную терапию с использованием фитопрепаратов и антисептиков, лазеротерапию, применение иммуномодулятора димефосфона внутрь, дыхательную носовую гимнастику и массаж (159).

Действенным методом консервативного лечения аденоидитов у взрослых Е. В. Химичева (1998) считает местное использование иммуномодулятора -лактоглобулина. Проведение 4-6 сеансов иммунокоррекции, по данным автора, приводит к излечению в 94,4%, снижает продолжительность пребывания больного на койке на 2,3 дня.

Дифференцированные программы иммунореабилитации, разработанные в г. Барнауле В. С. Дергачевым с соавторами (2002) при хроническом

аденоидите у детей включали парентеральное введение лейкинферона, полиоксидония, имунофана и с целью восстановления местного иммунного ответа – ИРС-19, ликопид, рибомунил.

Полиоксидоний воздействует на факторы ранней защиты организма от инфекций, стимулируя бактериальные свойства нейтрофилов, макрофагов, усиливая способность поглощать *Staph. Aureus* (201,202, 207). Описано применение полиоксидония у взрослых (109,119,150,273) при бронхиальной астме, инфекциях урогенитального тракта, герпетической инфекции (291), туберкулезе, ревматоидном артрите (213), комплексной терапии онкологических заболеваний (124, 149); в детской практике – при аллергических заболеваниях, обструктивном бронхите, бронхиальной астме, дисбактериозе кишечника (286,299).

Иммунорегуляторный респираторный спрей (ИРС-19) - топический бактериальный иммунокорректор, механизм действия которого реализуется как за счет повышения уровня факторов специфической (SIgA), так и неспецифической резистентности слизистой верхних дыхательных путей (повышение уровня лизоцима, активация комплемента, образование пропердина, увеличение фагоцитарной активности макрофагов, индукции производства интерферона) (377). ИРС-19 широко применяется в лечении и профилактике острых респираторных заболеваний патологии ЛОР-органов у детей (33, 162,214,302).

Широким спектром биологической активности против многих вирусов обладает индуктор интерферона - ринусин, активирующий Т- клеточный и гуморальный иммунитет, фагоцитоз (166,221).

К сожалению, подавляющее большинство препаратов для иммунореабилитации часто болеющих детей с хроническим аденоидитом предназначены для парентерального введения, а следовательно предполагает контроль за системным иммунитетом, к тому же инвазивные методы лечения нежелательны для профилактических мероприятий (138).

Безопасную и эффективную альтернативу химическим препаратам представляет гомеопатия. Дополнением к гомеопатическому методу является современная гомотоксикология (71, 102, 103, 237, 240, 246, 285).

По данным Н. П. Константиновой (1971), практически у всех детей, имеющих гипертрофию аденоидов, гистологически выявляется наличие хронического воспалительного процесса, что диктует необходимость предоперационной подготовки или консервативного лечения всем детям, страдающим аденоидными вегетациями.

1.4.2. Квантовые методы в профилактике, лечении и реабилитации часто и длительно болеющих детей

Среди новых медицинских технологий одно из основных мест занимают низкоэнергетические лазеры (125, 127). В настоящее время они применяются более чем в 30 областях клинической медицины (196, 243, 248). Внедрение лазеров в практическое здравоохранение приносит большой социально-экономический эффект (110, 134, 141, 190, 199, 360). Изучение проблем действия низкоинтенсивного лазерного излучения на биологические объекты дает возможность предложить концепцию неповреждающих факторов в условиях оптимального режима генерации, не вызывающих перестройки в структуре генетического материала, исключая риск осложнений и побочных (72, 176, 217). Физическое действие низкоинтенсивного лазерного излучения включает механизмы фотобиоактивации, фотобиомодуляции, происходящие сначала на клеточном уровне (местная первичная реакция), а затем на большем участке организма (системная вторичная реакция) (319, 322, 341, 342, 364). Физические механизмы лазеротерапии реализуются широким спектром терапевтических эффектов: модуляция системы иммунитета и неспецифической резистентности (19, 183, 193, 194, 254, 258), противовоспалительное действие (376), стимуляция процессов регенерации тканей (309, 318), улучшение микроциркуляции и регионарного кровообращения (309, 318, 343), снижение патогенности микроорганизмов, антиток-

сический, бактерицидный и бактериостатический (101, 126, 341), противовоспалительное и противоспазматическое действие (323, 324), анальгетический эффект (247, 369), биостимуляция клеточного метаболизма (401, 412). К новым технологиям относится магнитно-инфракрасная лазерная терапия (МИЛ-терапия) - сочетанное воздействие инфракрасного лазерного излучения, постоянного магнитного поля и светодиодного излучения позволяет использовать синергизм данных видов излучений, обуславливающий более энергоёмкий эффект (54,193, 197,289).

Одной из наиболее благодарных областей для лазерной терапии является педиатрическая отоларингология (66, 117). ЛОР-органы характеризуются хорошим кровоснабжением и поэтому одно из свойств лазерного излучения - улучшать микроциркуляцию - реализуется в полной мере. Основная часть заболеваний уха, горла и носа имеет воспалительную или аллергическую природу, где лазерное излучение наиболее эффективно (132, 181).

В настоящее время разработано несколько методик лазерной терапии хронического воспаления аденоидных вегетаций. Лазерные излучения предлагают использовать как в комплексе с традиционными способами лечения аденоидита, так и самостоятельно (143). Лазерная терапия аденоидита иллюстрирует один из постулатов лазерной терапии, т.е. при локальном воздействии отмечается эффект как на органном, так и на органическом уровне.

И. В. Лесков и соавторы (1999) сравнивали эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения -0,89 мкм и -0,63 мкм при лечении заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца у 196 детей от 4 до 15 лет часто болеющих ОРВИ с обострениями хронического аденоидита. Большую эффективность показало применения инфракрасного лазера по сравнению с гелий-неоновым при консервативном лечении заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца у детей .

Г. Д. Литвин (1994), Е. В.Лихачева (1997) проводили 1-3 лазеротерапии у детей и подростков с аденоидами до III степени, риносинуситами, хроническим тонзиллитом и фарингитом, рецидивирующими отитами, ту-

ботитами, бронхитами. У всех детей отмечалась положительная динамика: снижение частоты обострений, почти у всех перестали проявляться осложнения (отит, туботит), санировались очаги в носоглотке и глотке; уменьшение аллергической настроенности (152, 153). Г. Б. Псахис (1989) применяла лазерную терапию у 142 детей в возрасте от 3 до 12 лет, страдающих хроническими аденоидитами с сопутствующими ринитами и синуситами (222). Для лечения использовался He-Ne лазер (ЛГ -75) (342). Курс лазеротерапии состоял из 8-10 сеансов. Непосредственно после лечения в 53% наблюдений отмечался хороший результат, характеризовавшийся практическим исчезновением симптомов аденоидита с уменьшением объема глоточной миндалины, полным восстановлением носового дыхания, нормализацией риноскопической картины и функциональных показателей. Удовлетворительный результат и положительная динамика функциональных показателей после лазеротерапии получены у 40% обследованных детей. В 7% наблюдений лазеротерапия была неэффективной (222). А. И. Кусельман (1998) рекомендует использовать комбинированное воздействие инфракрасного и гелий-неонового лазерного излучения для лечения детей с хроническим аденоидитом. Длительность курса - 7-10 процедур с повторением через 1 месяц. А. А. Курочкин и соавторы (1997) изучая, эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении ринокардиального синдрома у 42 детей с хроническим аденоидитом, использовали комбинированную методику с чередованием диапазона красного и инфракрасного излучений (55). При катамнестическом наблюдении установлено, что в основной группе положительный эффект сохранялся в среднем 7,5 месяцев, в то время как в контрольной группе - только один - два месяца. В. Н. Лазарев с соавт. (1991) применял лазерное излучение с длиной волны 0,63 мкм при лечении хронического аденоидита у детей от 3 до 14 лет в течение 5-7 дней, получил положительный результат у всех больных с сохранением эффекта через год у 72% детей. По мнению В. А. Буйлина (1996) лечение гипертрофии глоточной миндалины должно быть комплексным и сочетать лазерную терапию с фито-,

диетотерапией, ЛФК, массажем, самомассажем по зонам акупунктуры, иммунокоррекцию. Лечение предлагается длительное, курсовое в течение 2-3 лет (43).

Одним из наиболее приоритетных, а также весьма экономически эффективных направлений развития квантовых методов медицины является профилактическое назначение низкоинтенсивного лазерного излучения (133, 270). Доказана возможность использования квантовой терапии в качестве адаптогена для иммунокоррекции, повышения неспецифической резистентности организма к различным неблагоприятным факторам в условиях образовательных учреждений (185, 204).

По данным А. Я.Осина и соавторов (1999), перспективным направлением считается противозидемическая лазерная защита детей на основе оптимального использования низкоинтенсивного лазерного излучения (190). Автором изучена медико-социальная эффективность лазерной профилактики острых болезней дыхательной системы у 300 детей в возрасте 1-3 лет и 300 детей в возрасте 3-7 лет в условиях детских дошкольных учреждений. Разработанные способы лазерной профилактики позволили снизить уровень общей заболеваемости острой патологией органов дыхания на 67,4-69,6%. Лазерная профилактика не имела побочных эффектов ни в процессе оздоровления детей, ни в отдаленные сроки их наблюдения (1-3 года) (58).

1.4.3. Оздоровительные программы в дошкольном образовательном учреждении

В 90-е годы XX века в ДОО широко применялись препараты метаболического комплекса (259). Специализация дошкольных образовательных учреждений по виду оказываемых детям услуг, предъявляет более высокие требования к оздоровительным программам, осуществляемым в образовательном учреждении, где создаются наиболее благоприятные возможности для проведения их в привычной для ребенка обстановке (1,227). При составлении плана профилактических и лечебно-коррекционных мероприятий не-

обходимо учитывать специфику состояния здоровья и уровня развития детского контингента в каждом дошкольном учреждении (28,212). На сегодняшний день обоснована эффективность ранней коррекции отклонений в развитии недоношенных детей, так как к трем годам только у 20% из них с перинатальным поражением ЦНС в сочетании с ретинопатией уровень нервно психического развития соответствовал хронологическому возрасту. В. А. Доскин с соавторами (2002) рекомендует метаболическую профилактику частой заболеваемости у детей раннего возраста с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы, включающую глицин в принятой дозировке двумя курсами по 28 дней, обучение мам современным технологиям по уходу. Методы психологической коррекции в триаде «мать-ребенок-отец» способствуют оптимизации психофизиологических показателей у детей первого года жизни (218). Программы ранней коррекции отклонений в нервно-психическом развитии дополняются применением метаболитов (Биотредин, Лимонтар).

Т. К. Марченко с соавторами (1999) предлагает внедрение программ первичной профилактики бронхиальной астмы у детей в возрасте 2-4 лет с сочетанием традиционных лечебно-профилактических воздействий (ЛФК, плавание, массаж) и мероприятий, оказывающих коррегирующее влияние на психо-эмоциональную сферу (контрастное закаливание в сауне с бассейном, комплекс физических упражнений, точечный массаж, психо-профилактическая коррекция) (249). Создание в ДООУ г. Читы специализированных оздоровительных групп для ЧБД способствовало проведению в плановом порядке противорецидивного курсового лечения (облучение кварцевой лампой, витаминотерапия, иммунотерапия, санация носоглотки), мероприятий по долечиванию детей после перенесенного заболевания и профилактических мероприятий в предэпидемический и эпидемический периоды (ингаляции и закапывание растворов интерферона и прополиса, фитотерапия). В результате проведенных исследований отмечалось снижение заболеваемости ОРВИ у детей в среднем на 30%, нормализация системы имму-

нитета у 76% детей. Е. В. Березенцева (1999) включала в программу оздоровления традиционные и нетрадиционные методы реабилитации (вакцина ИРС - 19, рефлексотерапия, закаливание, массаж и дыхательная гимнастика, сауна, бассейн, босохождение, солнечные и воздушные ванны, неспецифические иммуномодуляторы). Использование оздоровительных комплексов привело к снижению заболеваемости в случаях в 1,4 - 3,5 раза, в днях болезни - в 1,5 - 3,9 раза: в группу эпизодически болеющих переходили от $54,69 \pm 6,22$ до $96,88 \pm 3,07\%$ часто болеющих детей. Элементы алгоритма в условиях детского реабилитационного центра в Москве включали психологическую коррекцию ребенка, семейную терапию (90). Проведение социально-гигиенического анкетирования 860 семей дошкольников Нижнего Новгорода показало, что воспитательная функция семьи, отвечающей за развитие личности и социализацию ребенка, угасает (275).

В Омске часто болеющим детям с хронической и рецидивирующей патологией ЛОР-органов (74 дошкольника) в период ремиссии применяли для полосканий зева и закапывания в нос жидкий концентрат лакто- и бифидобактерий. Местная терапия способствовала быстрому достижению и пролонгированию ремиссии.

Ряд авторов применяли ИРС-19 в профилактике заболеваний ЛОР-органов у часто болеющих детей, что снизило число обострений хронических воспалительных процессов в носоглотке в 2,5-4,1 раза с уменьшением длительности их в 2,1 раза (3, 62, 63, 162). Достоверное снижение заболеваемости получила И. Е. Сквиря с соавторами (2000) при использовании природных препаратов в сезонной профилактике ОРВИ у часто болеющих детей: препарат сандра, в период эпидемии гриппа – агри и послегриппин; у детей с патологией лимфо-глочного кольца и дисбалансом в иммунной системе – тонзилла-комполитум. Анализ положительного 10-летнего опыта работы ДОО по оздоровлению 2500 детей проведен в г.Рязани. Педагогическая и лечебно-оздоровительная работа шла с детьми с нарушением осанки и сколиозом, угрожаемым по частым респираторным заболеваниям и фор-

мированию хронической патологии, Организация дневного стационара с использованием витаминотерапии, фитотерапии, массажа, ЛФК, кислородного коктейля и закрепление оздоровительного стереотипа в домашних условиях позволила снизить индекс заболеваемости в 8,5 раза и обеспечить более лёгкую адаптацию в детских дошкольных учреждениях и школе (300).

Среди методов неспецифической профилактики ведущую роль должны играть рационально проводимые закаливание и физическое воспитание. Немедикаментозный комплекс в виде гомеопатических препаратов - богатырь, вундеркинд, жемчужные зубки, эдас-эликсир, которые назначались в виде монотерапии или в комплексе с фитококтейлями витаминного и иммунокорректирующего свойства в течение 8 месяцев использовался у 80 дошкольников г. Владимира. Превентивный эффект квантовой терапии, использованный в условиях образовательных учреждений, эффективно предупреждает инфицирование детей (194). В Санкт-Петербурге разработаны методические подходы и создана экологическая оздоровительная программа для дошкольников (172), включающая наряду со стандартными профилактическими мероприятиями – индивидуальные.

В настоящее время признана необходимость семейной реабилитации (89,96,120). Однако, к сожалению, работа с семьей проводится, как правило, в том случае, когда ребенок уже болен. И. П. Брызгунов (2001) разработал стационарозамещающие технологии при психосоматических функциональных заболеваниях у детей и подростков. Разработанные технологии позволяют рекомендовать амбулаторную медицинскую помощь и дневной стационар для детей, страдающих длительным субфебрилитетом, цефалгиями, первичной артериальной гипертензией, артериальной гипотензией, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (42). Предлагаются формы и методы работы дошкольного образовательного учреждения с родителями по повышению их правовой и психолого-педагогической культуры (80,81), гармонизации внутрисемейных отношений (131, 165, 268). Первая попытка в современной медицинской и психолого-педагогической науке по созда-

нию комплексной программы для родителей и педагогов, направленной на укрепление здоровья и развитие детей от 4 до 7 лет и подготовку их к школе, представлена московским коллективом авторов в 2002 году (81, 82, 100). Для детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью предлагаются психотерапевтические методики, включающие семейную психотерапию, современные медикаментозные средства, аутогенную тренировку (39, 93).

Программы для оздоровления детей, созданные в России изобилуют большим количеством медицинских рекомендаций, в то время как зарубежная литература, посвященная работе с организованными детьми дошкольного возраста и младшего школьного возраста направлены на устранение дефектов речи, развитие интеллекта, психологической коррекции (331, 384, 389).

Так, в детских учреждениях Германии значительное внимание уделяется логопедическим вопросам, то есть становлению языка и взаимосвязи тактильного восприятия и формированию речи (339). В Швеции разработаны программы по реабилитации детей, страдающих нарушением координации (384), обучающие программы для детей с логопедическими проблемами (409), программа оценки состояния здоровья детей, начиная с младенческого возраста, выделение групп риска, необходимость взаимодействия с семьей (356). В Японии значительное внимание уделяется психологической поддержке матерей, чьи дети больны. Рекомендовано создавать группы взаимопомощи для таких женщин, где они могли бы поделиться опытом (379).

В США создана и успешно применяется на практике образовательная телевизионная программа для детей с ограниченными возможностями и их родителей (367), программа становления речи у дошкольников и методические рекомендации для родителей, оценки состояния здоровья детей с применением новейших технологий (388), обсуждаются проблемы поведения дошкольников вообще (394), а также в клинике и в домашних условиях (396).

Шотландская образовательная программа для родителей направлена на коррекцию детского поведения, повышение самооценки у ребёнка путём образования родителей (354). Значительное внимание уделяется работе с родителями детей с ограниченными возможностями с целью улучшения взаимопонимания в семье и, соответственно, лучшей адаптации таких детей в обществе (350). В Великобритании большое внимание уделяется режиму дошкольников, воспитанию родителей, проводится ретроспективная оценка поведения не только дошкольников, но и подростков, учитывается уровень преступности в зависимости от стиля воспитания (414), а также взаимодействию между врачом и родителем (336) и отношению матерей к обслуживанию детей в ДООУ (317). В Норвегии была проведена работа по оценке состояния психического здоровья матерей и выявлено, что снижение тревожности у матери ведёт к нормализации психики у ребёнка (372). В Финляндии уделяется внимание взаимопониманию родителей и детей дошкольного возраста, наличию или отсутствию между ними языкового барьера (359).

Таким образом, за рубежом преимущественным направлением работы с дошкольниками является образование родителей.

Внедрение современных оздоровительных технологий в практику работы дошкольных образовательных учреждений различного вида следует считать основой формирования здоровья и гармонизации развития детей дошкольного возраста. Однако эффективность рекомендуемых оздоровительных комплексов значительно отличается и не всегда возможна их сравнительная оценка.

ГЛАВА II. ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились в г.Кемерово, административном центре Кемеровской области, расположенном в южной части Западно-Сибирской равнины на реке Томь, с суровым резко континентальным климатом. Кемерово является центром химической промышленности, что в значительной степени определяет экологическую ситуацию в городе. Согласно проведенной экспертами Российской Академии естественных наук типизации городов России, Кемерово отнесен к городам с чрезвычайно опасным уровнем загрязнения атмосферного воздуха (среднегодовой показатель «Р» =5,71). Индикатором состояния окружающей среды является здоровье детей, 2326 из которых в возрасте 2 - 10 лет находились под нашим наблюдением с 1996 по 2002 год. (таблица 2.1).

Таблица 2.1

Распределение детей по возрасту и полу

Возраст (лет)	Количество детей по возрастам					
	Девочки		Мальчики		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2	107	9,2	105	9,0	212	9,5
3	104	9,0	107	9,2	211	9,1
4	84	7,3	85	7,3	169	7,3
5	88	7,6	87	7,4	175	7,5
6	86	7,4	89	7,6	175	7,5
7	173	14,9	172	14,7	345	14,8
8	174	15,0	177	15,2	351	15,1
9	175	15,1	171	14,6	346	14,9
10	167	14,4	175	15,0	342	14,7
Итого	1158	100,0	1168	100,0	2326	100,0

Все обследованные дети были разделены на группы, сопоставимые по полу и возрасту, гигиенической характеристике, условиям пребывания. Учитывая представления современной возрастной физиологии сравнительная характеристика клинико-лабораторных показателей у детей проводилась по возрастным группам, представленным в таблице 2.2.

Таблица 2.2

Возрастная характеристика осмотренных детей

Возраст (лет)	Пол					
	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2-3	212	9,1	211	9,1	423	18,2
4-6	261	11,2	258	11,1	519	22,3
7-10	695	29,9	689	29,6	1384	59,5
Всего	1168	50,2	1158	49,8	2326	100

Динамическое наблюдение за детьми проводилось в дошкольных учреждениях (№№ 9, 36, 190, 219) и общеобразовательных школах (№№ 17, 40, 74, 82) г. Кемерово. Обследованию детей предшествовало анкетирование родителей, настраивающее их на совместную работу со специалистами.

Обследовались только дети, воспитывающиеся в семьях: 37,80% - в неполных, 62,20% - в полных. 46,56% обследованных были единственным ребенком в семье, 41,92% воспитывались в семьях, имеющих двух детей, 11,52% - в семьях, имеющих 3 детей. Дети принадлежали к наиболее распространенным социальным слоям населения: из семей служащих - 43,60, из семей рабочих - 39,0, предпринимателей - 12,0%, военнослужащих - 5,40%. Образовательный уровень родителей показан в таблице 2.3.

Таблица 2.3

Образовательный уровень родителей

Образовательный уровень родителей	Абсолютное количество детей	% от общего количества обследованных
Высшее образование у обоих	537	23,09
Высшее образование у одного из родителей	835	35,90
Среднее специальное образование у обоих родителей	545	23,43
Среднее специальное образование у одного из родителей	145	6,20
Среднее образование у обоих родителей	264	11,35
Всего	2326	100

Учитывая, что исследования проводились в течение 7 лет, в период, когда в России имела место значительная инфляция, уровень дохода был охарактеризован в долларах США. Средний уровень дохода на члена семьи в месяц за время исследования колебался от $\$8,51 \pm 0,75$ до $\$251 \pm 18,25$. Распределение уровня доходов представлено в таблице 2.4.

Таблица 2.4

Распределение уровня доходов в семьях

Уровень дохода на человека в месяц, \$	<15	15-44	45-74	75-94	>94
% обследованных	3,65	33,10	31,26	16,12	15,86

Значительные колебания уровня дохода (более 10% от исходного) за время наблюдения отмечено у 6,95% семей. Все обследованные дети про-

живали в благоустроенных квартирах, причем 13,89% наблюдавшихся – в условиях, когда на одного члена семьи приходилось менее 9м², 43,98% – от 9 до 15м², 36,58% – от 15 до 20м², 5,55% - 20м² и более. Относительная доля детей с разными социальными условиями была одинаковой во всех группах сравнения.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась согласно приказу №171/272 1992г. Обследованные дети в зависимости от кратности острой патологией органов дыхания (ОРВИ, острый бронхит, пневмония) были разделены на группы с низким, средним и высоким уровнем заболеваемости (191,192). С этой целью был использован центильный метод, который позволил провести градацию заболеваемости острой патологией органов дыхания по числу случаев болезни на 3 уровня: Р₀₋₂₅ (низкий), Р₂₆₋₇₅ (средний) и Р₇₆₋₁₀₀ (высокий). У детей в возрасте 2-3 лет центильными интервалами низкого уровня заболеваемости служила частота заболеваний в пределах 0-2 случаев в год, среднего уровня заболеваемости – 3-4 случая болезни в год и критериями высокого уровня заболеваемости - 5 и более случаев острой патологии органов дыхания в год. У детей в возрасте 3-6 лет низкий уровень заболеваемости острой патологией органов дыхания определялся при 0-1 случаев болезни в год, средний уровень – 2-3, и высокий уровень заболеваемости регистрировали при 4 и более случаев острой патологии органов дыхания в течение года. У детей в возрасте 7-10 лет низкий уровень заболеваемости острой патологией органов дыхания определялся при 0-1 случае болезни в год, средний уровень – 1-2, и высокий уровень заболеваемости при 3 и более случаев острой патологии органов дыхания в течение года.

Все наблюдаемые дети в зависимости от способа профилактики, лечения и реабилитации были разделены на основные и контрольные группы.

Виды и объем проведенных исследований, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий отражает таблица 2.5.

Таблица 2.5

**Виды и объем клинико-лабораторного и инструментального
исследования детей, профилактических, лечебных
и реабилитационных мероприятий**

Обследования	Группы детей			
	Дети с высоким уровнем заболеваемости	Дети со средним уровнем заболеваемости	Дети с низким уровнем заболеваемости	Всего
Анкетирование родителей (опросник родительского отношения Я. А. Варги, В. В. Столина, анкета состояния здоровья ребенка, анкета эффективности оздоровительных программ в ДОУ)	793	1265	268	2326
Общеклиническое исследование	793	1265	268	2326
Исследование психологического статуса: методика А. М. Прихожан, Р.Теммла-М.Дорки-В.Амена, тест Люшера);	397	648	137	1182
проективная методика «Рисунок семьи»	257	419	85	761
Бактериологическое исследование носоглотки	274	397	86	757
Иммуноферментное исследование на хламидии “ХламиБест” (IgM, IgG)	157	254	53	464
Иммунологические исследования: Системная иммунограмма Метод радиальной иммунодиффузии по G. Mancini	67	87	21	175
S IgA (слюна)	157	245	53	455
S IgA (назальный секрет)	154	241	52	47
Ig G (слюна)	147	215	49	411
Ig G (назальный секрет)	147	215	49	411
Ig A (слюна)	147	215	49	411
Ig A (назальный секрет)	147	215	49	411

Продолжение таблицы 2.5

Обследования	Группы детей			
	Дети с высоким уровнем заболеваемости	Дети со средним уровнем заболеваемости	Дети с низким уровнем заболеваемости	Всего
Определение неспецифических факторов защиты: активности лизоцима нефелометрическим способом по методу В. Г. Дорофейчук				
Назоцитограмма (А. Я. Осин, Л. А. Матвеева)	405	715	115	1235
Ринометрия и эндоскопический контроль носоглотки	278	272	102	652
Унифицированный арсенитно-цериевый метод исследования йода в моче	36	58	13	107
Методы лечения, профилактики и реабилитации				
Иммуномодулирующая терапия: Полиоксидоний («Иммафарма», Россия) приоритет о выдачи патента: входящий № 020714, № гос. регистрации 2002119788)	32	51	13	96
ИРС-19 («Solvay Pharma», Германия)	104	225	37	366
Ридостин («Диафарм», Россия)	63	102	19	184
Терапия местным антибиотиком фюзафюнжином («Сервье», Франция)	81	124	46	251
Квантовая терапия с помощью аппаратов («Рикта-01», «Узор», «АФЛ-1»)	114	215	62	391
Образовательные программы для родителей	121	258	36	415
Образовательные программы для детей	221	208	29	458

Обследование детей проводилось в клиниках медицинской академии : МУЗ «ДКБ №7», областной клинической больнице №1, ГДКБ №1. Общеклиническое исследование дополнялось изучением психологического статуса.

2.1. Методы психологического исследования

Одним из ранних проявлений психологического дискомфорта считается состояние хронической тревожности (215). Тревожность при этом рассматривается как черта личности, функция которой заключается в обеспечении безопасности ребенка на психологическом уровне. Определенный средний уровень тревожности свойственен всем детям. Однако, если высокая тревожность становится устойчивой (личностная тревожность), то ребенок растет недостаточно приспособленным к жизненным ситуациям, снижается активность в достижении целей.

Для оценки уровня тревожности дошкольников и учащихся 1-2-х классов использовалась методика Р.Теммла-М.Дорки-В.Амена, или "Выбери нужное лицо". Основной задачей данного метода является оценка и исследование тревожности ребенка в типичных для него жизненных ситуациях. Предполагалось, что выбор ребенком того или иного лица будет зависеть от его собственного психологического состояния в момент проведения тестирования, которое в дальнейшем подвергалось количественному и качественному анализу. Индекс тревожности (ИТ) вычисляли с помощью количественного анализа:

$$\text{ИТ} = \frac{\text{Количество эмоционально негативных выборов}}{14} \times 100$$

По индексу тревожности дети были разделены на 3 группы: 1. Высокий уровень тревожности – ИТ по величине больше 50%. 2. Средний уровень тревожности - ИТ в пределах от 20-50%. 3. Низкий уровень тревожности - ИТ располагался в интервале от 0 до 20%. В ходе качественного анали-

за каждый ответ ребенка анализировался отдельно. На основе этого делались выводы относительно эмоционального опыта общения ребенка с окружающими людьми и того следа, который этот опыт оставил в душе ребенка. Особенно высоким проективным значением обладали рисунки (одевание, укладывание в постель в одиночестве, еда в одиночестве). Дети, делающие отрицательный выбор в таких ситуациях имели высокий ИТ.

Для школьников оценка психологического статуса дополнялась диагностикой тревожности по методике А.М.Прихожан (2000). Испытуемому предлагалось 30 вопросов о различных ситуациях в жизни. В ответ на вопрос ребенок выбирал одну из цветных карточек: красную - если ситуация очень неприятна, желтую - если она немного неприятна и синюю - если ситуация не вызывает беспокойства. В результате оценивались три показателя тревожности: учебная, самооценочная и межличностная. Тревожность считалась низкой, если ее значение было меньше 10 баллов. Средний уровень тревоги укладывался в пределах 10-15 баллов. Высокой тревожность считалась, если один из показателей был выше 20 баллов.

Проективную методику «Рисунок семьи» применяли для анализа особенностей внутрисемейных отношений, а также наличия тревожности у ребенка тревожности, связанной с семейной атмосферой. При анализе рисунка учитывали: его размер и расположение относительно листа бумаги; отсутствие в рисунке каких-либо членов семьи (в том числе себя) или включение в рисунок посторонних людей; наличие в различных частях рисунка яркой штриховки, нажима карандаша, стирания и прочих деталей, указывающих на волнение, беспокойство, тревогу; последовательность рисования ребенком членов семьи, а также особенности их изображения, деталей одежды (154, 231). Ответы и комментарии ребенка оформляли протоколами, которые подвергали количественной обработке и качественному анализу.

Цветовой тест М.Люшера применяли с целью диагностики актуального состояния ребенка, а также определения в баллах ситуативной и личностной тревожности (вариант компьютерной обработки теста М.Люшера). Ре-

бенку предлагали набор из восьми цветных карточек и просили выбрать наиболее понравившийся ему цвет. Далее ребенок продолжал выбор из оставшихся цветов до последней карточки. Процедуру выбора повторяли дважды. Цветовой тест отношений (на основе теста М.Люшера) использовали для выяснения общего эмоционального фона в отношениях ребенка с ближайшим школьным и семейным окружением, предлагая подобрать цвета, подходящие, по его мнению, к характеру учителя и каждого из членов его семьи (37).

Ведущим фактором, влияющим на психологическое здоровье ребенка дошкольного и младшего школьного возраста, являются взаимоотношения с родителями. Компоненты родительского отношения к ребенку оценивались с помощью теста Я. А. Варги и В. В. Столина (тест ОРО). Опросник включал 61 вопрос, из которых формировалось 6 шкал, выражающих аспекты родительского отношения. Первый аспект - принятие-отвержение. Принятие-отвержение ребенка выражает эмоционально положительное (принятие) или эмоционально отрицательное (отвержение). За каждый ответ на вопрос, соответствующий данному аспекту, испытуемый получал 1 балл, а за ответ типа "нет" - 0 баллов. Высокие баллы по шкале (24-33) говорят о том, что у данного испытуемого имеется выраженное положительное отношение к ребенку. Взрослый человек в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность. Проводит с ним достаточно много времени. Низкие баллы по этой шкале - от 0 до 8 - говорят о том, что взрослый человек испытывает к ребенку в основном только отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, даже иногда ненависть, не верит в будущее своего ребенка, низко оценивает его способности, при этом иногда третируя его. Аспект "Кооперация" выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны искренней заинтересованности и участия в его делах. Высокие баллы по этой шкале (7-8 баллов) являлись признаком того, что у родителя искреннее отношение к интересам ребенка, высоко оцениваются способности, поощряется инициатива и

самостоятельность. Низкие баллы по этой шкале (1-2 балла) говорили о том, что взрослый по отношению к ребенку ведет себя противоположным образом. Вопросы аспекта "Симбиоз" ориентированы на стремление взрослого к единению с ребенком или, наоборот, к установлению психологической дистанции. Высокие баллы (6-7) позволили сделать вывод о том, что взрослый не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные потребности, ограждать от неприятностей. Низкие баллы (1-2) - признаки значительной психологической дистанции, недостатка заботы о нем. Шкала "Контроль" или "гиперсоциализация" характеризовала, как взрослые контролировали поведение ребенка, насколько они демократичны или авторитарны в отношениях с ним. Высокие баллы (6-7) говорили о том, что взрослый человек слишком авторитарен, при этом от ребенка требовал безоговорочного послушания и ограничивал его строгими дисциплинарными рамками. Родители навязывали во всем свою волю. Низкие баллы (1-2) говорили об отсутствии контроля за действиями ребенка со стороны взрослого, что неблагоприятно для обучения и воспитания детей.

2.2. Лабораторно-инструментальное исследование верхних дыхательных путей

Исследования функционального состояния верхних дыхательных путей включали методы бактериологического и цитологического анализа, гуморальных факторов местного иммунитета (секреторного иммуноглобулина класса А (SIgA), IgA, IgG, факторов неспецифической резистентности (лизоцим).

Методика микробиологического исследования

Экссудат из носоглотки брали стерильным сухим ватным тампоном ротаторными движениями и помещали в стеклянную пробирку. Производили посев на среды (5% кровяной агар, среда Сабуро, желточно-солевой агар, среда Эндо, среда для контроля стерильности), хранившиеся при комнатной

температуре и помещали в термостат при 37°C. Результаты оценивали после 18-24 часовой инкубации. Учитывали количество выросших колоний, выделяли чистые культуры микроорганизмов, проводили их идентификацию и определяли чувствительность к антибиотикам. В носовых ходах здоровых детей обнаруживали дифтероиды, коагулазаотрицательные стафилококки, α -гемолитические стрептококки, нейсерии. При отсутствии клиники находили потенциальные патогены: коагулазаположительные стафилококки, *E. coli*, β -гемолитические стрептококки, протеи. Подобное состояние квалифицировали как «носительство» с возможностью передачи микроорганизма другому лицу. В глотке здоровых детей отмечались значительные вариации в составе микробных цинозов: дифтероиды, α -гемолитический и негемолитический стрептококки, нейсерии, микрококки, энтерококки. В большинстве случаев присутствие умеренно патогенных микроорганизмов недолговременно и не вызывает клинических проявлений заболевания.

Иммуноферментное исследование на хламидии

“ХламиБест”(IgM,IgG)

Использовались иммуноферментные тест-системы для определения антител класса G и M против хламидий – “ХламиБест-Ig G» и “ХламиБест-IgM», разработанные в лаборатории хламидиоза АО «Вектор-Бест»(г. Кольцово). С помощью этих тест-систем проводилось обследование сыворотки и плазмы крови пациентов. Активным компонентом тест-систем служил иммобилизованный на поверхность полистироловых планшет родоспецифический липополисахарид (LPS). Диагностическая иммуноферментная тест-система “ХламиБест *C.trachomatis* - IgG» и “ХламиБест *C.trachomatis* – IgM» представляет собой набор, основным реагентом которого являются очищенные белковые антигены *Chlamydia trachomatis*, сорбированные на поверхности лунок полистиролового планшета. Тест-система предназначена для выявления иммуноглобулинов класса M и класса G к антигенам *Chlamydia trachomatis* в сыворотке (плазме) крови человека и использова-

лась в клинических исследованиях. Результаты исследований оценивали как сомнительные при титре IgM равном 1:100, слабоположительные – 1:200, положительные – 1:400. Положительным результатом для IgG считался титр 1:40. Высокий титр антихламидийных антител, обнаруженный при анализе сыворотки крови пациента, с высокой достоверностью подтверждался клинической симптоматикой. Высокий титр антихламидийных IgM и низкий титр IgG свидетельствовали о ранней стадии процесса.

Цитологические исследования слизи слизистой носа

Назоцитогамма выполнялась в одно и то же время суток (с 8 до 10 часов). Назальный секрет, полученный методом мазков-отпечатков с помощью ватного тупфера, слегка увлажнённого 0,9% раствором хлорида натрия. Цитологические препараты готовили путём равномерного распределения секрета путём вращательных движений по поверхности предметного стекла, предварительно обработанного в смеси Никифорова (этиловый спирт 96° и эфир в соотношении 1:1). Нативные препараты высушивали на воздухе, фиксировали в смеси Никифорова в течение 10 мин и вновь высушивали на воздухе. Окраску препаратов осуществляли по методу Романовского-Гимзе в течение 30 мин. После окраски препараты ополаскивали дистиллированной водой и высушивали на воздухе. Цитологическое исследование окрашенных препаратов проводили с помощью световой микроскопии (окуляр x 10, объектив x 90) под иммерсией.

Цитологический анализ назального секрета предусматривал использование серии методик. С этой целью последовательно определяли общее содержание клеточных элементов в секрете, проводили дифференцированный подсчёт клеточных элементов в относительных показателях, подсчитывали соотношения основных их популяций в общей цитограмме (167). Дифференцированный подсчёт содержания основных популяций клеток в назальном секрете проводили по общепринятым правилам при исследовании 100 клеток и полученные результаты выражали в относительных величинах

(%). В общих цитограммах назального секрета содержались клетки цилиндрического (ЦЭ) и плоского эпителия (ПЭ), эозинофилы (Э), нейтрофилы (Н), лимфоциты (Лф). С целью характеристики адсорбционной способности клеток плоского эпителия подсчитывали индекс адсорбции плоского эпителия (АПЭ). Для количественной процессов фагоцитоза использовался индекс фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) (таблица 2.6).

Таблица 2.6

**Цитологические показатели функциональной морфологии
назального секрета**

№ формулы	Показатель	Расчетная формула	Условные обозначения
1	Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН)	$\text{ФАН} = \frac{n_{ph}}{n_{ph} + n_0}$	n_{ph} – количество фагоцитирующих клеток n_0 – количество нефагоцитирующих клеток
2	Индекс адсорбции плоского эпителия	$\text{АПЭ} = \frac{P_a}{P_0 + P_a} \times 100$	P_a – количество клеток ПЭ с адсорбированной микрофлорой, P_0 – количество неадсорбирующих клеток ПЭ

Исследование местного иммунитета

В качестве показателя оценки состояния местного иммунитета определяли содержание секреторного компонента (SC) иммуноглобулинов класса А (SIgA), иммуноглобулинов класса А и G в назальном секрете, слюне методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по G.Mancini et al. (1965)(167). Для получения материала увлажнённые ватные тампоны вводили в обе половины носа на 10 минут. До этого тампоны находились в стерильных флаконах и непосредственно перед исследованием их заливали 1 мл 0,9% раствора хлорида натрия. После этого флаконы с содержимым центрифугировали со скоростью 2000 об/мин в течение 10 минут и полученный

материал хранили в условиях холода (при температуре - 20°C) . Метод исследования предполагал использование моноспецифической антисыворотки и эталона с известным содержанием антигена (SIgA, IgA, IgG). Тест-антиген и разведения растворов, исследуемых на наличие данных антигенов (SIgA, IgA, IgG) , помещали в лунки, вырезанные рядами в пластинке геля, куда предварительно вносили соответствующую специфическую антисыворотку. Антигены (IgA, IgA, IgG) диффундировали в гель и, соединившись со специфическими антителами формировали кольца преципитации, диаметры которых зависели от концентрации SIgA, IgA, IgG в лунках. Полученные результаты использовали для построения калибровочной кривой, выражающей зависимость диаметров преципитатов от концентрации тест-антигена, и по этой кривой определяли концентрацию SIgA, IgA, IgG в исследуемой биосреде. Результаты исследований содержания SIgA, IgA, IgG выражали в г/л.

Исследование неспецифических факторов защиты

Изучение активности лизоцима в слюне и назальном секрете проводилось нефелометрическим способом по методу В.Г.Дорофейчук, основанный на способности лизоцима растворять взвесь эталонного штамма *Micrococcus lysodenticus*(20). Активность его выражалась в процентах.

Инструментальный контроль

Эндоскопический контроль за носоглоткой осуществляли при помощи эндоскопической видеосистемы Karl Storz.

Риноманометрия проводилась на риноманометре, изготовленном на кафедре оториноларингологии КГМА. При помощи риноманометрии оценивали проходимость носовых ходов.

2.3. Унифицированный арсенитно-цериевый метод исследования

йода в моче

Исследования гигиенистов и эпидемиологов г. Кемерово подтвердили, что Кузбасс, следует считать регионом зубной эндемии легкой степени.

Документирование дефицита йода в организме у 166 детей по уровню

экскреции его с мочой проводилось унифицированным арсенитно-цериевым методом на проточном фотометре «Эппендорф» (410). Принцип метода заключался в том, что различные формы свободного и связанного йода мочи при кипячении в хлорно/перхлорной кислоте превращаются в иодид, который определяется церий-арсенитным методом. Оборудование включало: проточный фотометр, алюминиевый термоблок, систему для деионизированной очистки воды, лабораторные весы, автоматические пипетки, пробирки со шлифами и притертыми пробками, флаконы для реактивов. Реагентами для осуществления метода были (особочистые, свободные от йода): 1. HClO_4 (Хлорная кислота 70-72%, Merck, Nr 519), 2. NaClO_3 (Натрий хлорат, Merck, Nr 6420), 3. NaAsO_2 (натрий мета-арсенит, Sigma Nr S 7400), 4. NaCl (Натрий хлорид, Merck, Nr 6404), 5. H_2SO_4 , 40%, Merck, Nr 9286), 6. CER (IV) sulfatloesung (Раствор церия (IV) сульфата, 0.1 М/л, Merck, Nr 9092), 7. KIO_3 (Калий иодат, Merck, Nr 5053), 8. Вода деионизированная. За нормальное содержание экскреции йода с мочей, согласно рекомендациям ВОЗ, принят уровень больше 10 мкг/дл или 100 мкг/л соответственно. Показатели йодурии от 10 до 5 мкг/л характеризуют легкую степень йода в организме, от 5 до 2 мкг/дл - среднетяжелый и менее 2 мкг/л – тяжелый дефицит йода.

2.4. Методы иммуномодулирующей и местной антибактериальной терапии

Иммуномодулирующая терапия полиоксидонием

Мы использовали разработанный совместно с институтом иммунологии Минздрава России способ консервативного лечения хронического аденоидита, включающий проведение курса лечения 0,3% водным раствором отечественного иммуномодулятора полиоксидония («Иммафарма», Россия) который вводили эндоназально, воздействуя непосредственно на глоточную миндалину (суточная доза назначалась из расчета 0,15 мг на 1 кг массы ре-

бенка в течение 10 суток (приоритет о выдачи патента:входящий № 020714, № гос. регистрации 2002119788).

Иммуномодулирующая терапия индуктором интерферона ридостином («Диафарм», Россия)

Совместно с Сибирским отделением Российской академии медицинских наук, Государственным научным центром вирусологии и биотехнологии «Вектор», Научно-исследовательским конструкторско-технологическим институтом биологически активных веществ «Вектор» мы проводили исследование эффективности мажевой формы индуктора интерферона ридостина («Диафарм», Россия) для профилактики обострений хронического аденоидита и ОРВИ у детей. Препарат назначали интраназально 2 раза в день в течение 7 дней.

Иммуномодулирующая терапия иммунорегуляторным респираторным спреем ИРС -19 («Solvay Pharma», Германия)

ИРС-19 - поликомпонентный комбинированный препарат, одновременно обладающий свойствами вакцины и неспецифического иммуностимулятора, применяли в предэпидемический период у детей часто болеющих ОРВИ на фоне хронического аденоидита по 1 дозе 2 раза в день в течение 4-х недель. В оздоровительной программе образовательного учреждения ИРС-19 использовали в 3-х направлениях: 1) профилактика нарушений адаптации для детей с факторами риска по развитию нарушения адаптации с первого дня поступления в детский сад (2 недели, 3 курса в год). 2) противоэпидемическая и предсезонная профилактика ОРВИ (2 недели, 2 курса в год). 3) реабилитация дошкольников часто болеющих ОРВИ без очагов хронической патологии ЛОР органов (4 недели, 3 курса в год).

***Местный антибактериальный препарат
Биопарокс (фюзафюнжин, Сервье, Франция)***

Топический аэрозольный антибиотик фюзафюнжин назначался в течение 7 дней по 4 дозы 4 раза в день путем воздействия на все глоточное кольцо (назальное введение и ингаляции через рот) с лечебной целью и для профилактики обострений хронического аденоидита детям с высоким уровнем заболеваемости.

2.5. Квантовые методы в программе профилактики острых заболеваний верхних дыхательных путей, адаптации и реабилитации детей в условиях дошкольного образовательного учреждения

Аппараты квантовой терапии. Режим работы

Квантовая терапия успешно используется у детей грудного возраста, а в последние десять лет активно применяется и в области неонатологии. Фундаментальные научные работы обосновали возможность эффективного и безопасного использования данной терапии во все периоды детства (110,144,190). Энергия квантов в диапазоне работы приборов не превышает 1,5 эВ, что меньше минимальной энергии связи любых органических молекул и её недостаточно, чтобы нарушить естественные процессы или разрывать внутренние полимерные связи, что обеспечивает отсутствие риска осложнений, побочных явлений и высший класс лазерной безопасности (72,176).

В программе профилактики и реабилитации респираторной патологии у детей мы применяли современные методы квантовой терапии, позволившие работать с аппаратами многофакторного воздействия.

В работе использовались аппараты квантовой терапии серии «Рикта», «Узор», «АФЛ-1», что дало возможность выявить преимущества каждого в работе с детьми. Рикта - 01(М1) (рис.2.1) магнитно-инфракрасно-лазерный терапевтический аппарат, обеспечивающий одновременное, взаимно усиливающееся, безболезненное, экологически чистое воздействие импульсного инфракрасного лазерного излучения длиной волны 890 нм, пульсирующего

широкополосного инфракрасного излучения, пульсирующего красного света длиной волны 650 нм и постоянного магнитного поля (индукция 40 мТл). Характер воздействия на биоткани и глубина проникновения электромагнитных полей зависят от диапазона частот (длин волн). В ближнем инфракрасном диапазоне лазерного и светодиодного оптических излучений аппарата «Рикта-01» (0,8-0,9 мкм) биоткани имеют коэффициент прозрачности, близкий к максимуму, при этом глубина проникновения может достигать 5-7 см. Использовали терапевтическую дозу излучения $0,5 \text{ Дж/см}^2$ на одну процедуру. По лазерной безопасности аппарат соответствует I классу.

Выбор источника лазерного излучения основан на различиях проникающей способности ГНЛ («АФЛ-1») и ИКЛ («Узор») в биологическую ткань объекта облучения. ИГНЛ проникает в биоткань на глубину до 6-10 мм, ИКЛ - до 4-6 см. Поэтому с помощью ГНЛ мы воздействовали на поверхностные объекты, а ИКЛ - на глубоко располагающиеся объекты облучения. Для характеристики основных физических параметров ИГНЛ рассчитывали плотность потока мощности (ППМ) (Р) в мВт/см^2 , время воздействия (Т) в сек. и мин. и поверхностную плотность энергии (ППЭ) (Е) в Дж/см^2 . Величину ППМ определяли измерителем ППМ лазерного излучения. Значения ППЭ рассчитывали по общепринятой формуле: $\text{ППЭ} = \text{Р} \times \text{Т}$ (Дж/см^2), где: Р - ППМ в мВт/см^2 и Т - время облучения объекта.

Оптимальный режим ГНЛ характеризовался ППМ в диапазоне от 5 до 25 мВт/см^2 , экспозицией облучения на 1 объект от 20 до 120 с и на 1 процедуру - 2,5-16,0 мин, ППЭ на 1 объект - от 0,30 до $6,0 \text{ Дж/см}^2$ и на 1 процедуру - $0,06-18,9 \text{ Дж/см}^2$. На слизистые оболочки верхних дыхательных путей воздействовали ИГНЛ 30-60 секунд, на рефлексогенную зону 30-60 секунд.

Разработка режимов ИКЛИ осуществлялась на основе физических параметров импульсного лазерного излучения и в зависимости от возраста детей. Использовали мощность импульсов 1,2 Вт (положения "min"), частоту следования импульсов 1500 Гц и экспозицию облучения 20-30-60 сек на 1 объект. Для характеристики основных физических параметров ИКЛИ рассчитывали дозу энергии (Е) в Дж по формуле:



Рис. 2.1. Аппарат квантовой терапии «РИКТА-01»

$$E = W_{\text{имп}} \times F_{\text{имп}} \times t_{\text{имп}}, \text{ где}$$

$W_{\text{имп}}$ - мощность импульса (1,2 Вт);

$F_{\text{имп}}$ - частота следования импульсов (1500 Гц);

$t_{\text{имп}}$ - длительность импульса, равная в среднем 250 нс ($0,25 \times 10^{-6}$ сек).

В данном случае энергетическая доза составляет: $E = 0,45 \times 10^{-3}$ Дж.

Плотность энергии на поверхности облучения (ППЭ) рассчитывали по формуле:

$$\text{ППЭ} = E \times T \text{ (Дж/см}^2\text{)}, \text{ где}$$

E - доза энергии (Дж);

T - время облучения объекта (сек).

Оптимальный ИКЛИ - режим при экстракорпоральном воздействии характеризовался E в пределах $(0,09-1,35) \times 10^{-3}$ Дж, T -30-120 с на 1 объект и 2,5-16,0 мин на 1 процедуру, суммарной ППЭ 0,014-0,92 Дж/см² на 1 процедуру. Все физические параметры НИЛИ зависели от возраста детей. С увеличением возраста детей повышались величины ППМ, E , ППЭ, T .

Квантовые методы в условиях образовательных учреждений включались в оздоровительные программы по трем направлениям: профилактика нарушений адаптации; противозидемическая и предсезонная профилактика ОРВИ у детей с высоким уровнем заболеваемости; квантовая терапия часто болеющих детей.

Профилактика нарушений адаптации

Квантовую профилактику всем детям начинали с первого дня поступления в образовательное учреждение. Методика зависела от наличия или отсутствия факторов риска по развитию нарушений адаптации. Детям, часто и длительно болеющих ОРВИ еще до начала поступления в дошкольное учреждение, имевшим сочетанную фоновую патологию (анемию, пренатальную энцефалопатию, синдром дисбиоза кишечника) протокол квантового воздействия составлялся индивидуально для каждого ребенка с учетом

используемого аппарата. Последовательность действий при использовании аппарата «Рикта-01» состояла в следующем: 1. Световод №2. Воздействие на слизистую носа. Частота - 50 Гц, время - по 1 минуте, симметрично. 2. Световод № 2. Облучение мезофарингеальной области, частота - 50 Гц, время 1 минута. Неинвазивное облучение крови в области локтевых сосудов, справа и слева. Частота - 5 Гц, по 5 минут. Число сеансов на курс – 7.

Мощность излучения аппарата «РИКТА-01» устанавливалась в зависимости от возраста (таблица 2.7).

Таблица 2.7

**Мощность излучения аппарата «РИКТА-01» в зависимости
от возраста**

Возраст детей	Мощность И К и лазерного излучения в %
до 3 лет	25
от 3 до 7-10 лет	50
от 7-10 до 12-14 лет	75
старше 14 лет	100

Дозирование комбинированного магнито-инфракрасно-лазерного (МИЛ) (В.И. Корепанов, 1994). воздействия проводили по суммированию опорных значений, выведенных на каждый режим работы излучателя в импульсном режиме (таблица 2.8).

Таблица 2.8

Дозы лазерного излучения по МИЛ-терапии

Частота следования импульсов	ЭКСПОЗИЦИЯ				
	30 секунд	1 минута	2 минуты	5 минут	10 минут
5 Гц	0,8 мДж	1,6 мДж	3,2 мДж	8,0 мДж	16,0 мДж
50 Гц	8,0 мДж	16,0 мДж	32,0 мДж	80,0 мДж	160,0 мДж
1000 Гц	0,16 Дж	0,32 Дж	0,64 Дж	1,6 Дж	3,2 Дж
5000 Гц	0,18 Дж	1,6 Дж	3,2 Дж	8,0 Дж	16,0 Дж

При отпуске лазеропроцедур аппаратом “Узор” использовали 2 способа воздействия ИКЛИ - контактно-сфокусированным или дистанционно-расфокусированным способом. С помощью насадки рассеивателя расфокусированным лучом ИКЛИ воздействовали на слизистую оболочку носа и зева (мощность импульсов 2 Вт, частота повторения импульсов 1500 Гц, экспозиция 8-16 секунд), с помощью зеркально-металлической насадки рассеянным лучом освещали площадь 2-3 см² над поверхностью проекции вилочковой железы в яремной области (мощность импульсов 25 мВт, частота импульсов 80 Гц, экспозиция 16-32 секунды). Экспозиция облучения изменялась в зависимости от возраста детей: 8 секунд - до 3-х лет, 16 секунд - 3-7 лет; а на область вилочковой железы: 16 секунд детям до 3-х лет, 32 секунды - с 3 до 7 лет. Общее время на 1 процедуру - 40 секунд детям до 3-х лет, 80 секунд - с 3 до 7 лет, всего 5 процедур.

Детям, не имевших факторов риска по нарушению адаптации программа включала меньше сеансов и зон воздействия. При использовании аппарата «Рикта-01» последовательность воздействия была следующей: 1. Световод №2. Воздействие на слизистую оболочку носа. Частота – 5Гц, время – по 1 минуте, симметрично. 2. Световод №2. Облучение мезофарингеальной области, частота – 5 Гц, время - 1 минута. Число сеансов на курс – 5.

При выполнении лазеропрофилактики ИКЛИ на аппарате «Узор» облучали слизистую оболочку через наружные отверстия носовых ходов с обеих сторон и слизистую оболочку зева (мощность импульсов 2 Вт, частота повторения импульсов 1500 Гц, экспозиция 8-16 секунд, число сеансов на курс-5).

Противоэпидемическая и предсезонная профилактика острых респираторных заболеваний

Основными показаниями для лазерной профилактики заболеваний органов дыхания служили повторные острые заболевания органов дыхания в периоде реконвалесценции (вторичная лазеропрофилактика). Лазеропрофилактика использовалась в случае эпидемического неблагополучия по ОРЗ в ДООУ (противоэпидемическая лазеропрофилактика), в неблагоприятный се-

зон года (октябрь, ноябрь, декабрь), сопровождающийся наиболее высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания (предсезонная лазеропрофилактика). Курс лазерной профилактики состоял из 4-8 процедур, выполняемых ежедневно. Детям с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на курс отпускали 4 процедуры, детям со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания - 6 процедур и детям с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания - 8 процедур.

Протокол ведения детей с использованием аппарата «Рикта-01»: Световод №2. Воздействие на слизистую оболочку носа. Частота - 50 Гц, время - по 1 минуте, симметрично. Световод №2. Облучение мезофарингеальной области, частота - 50 Гц, время 1 минута Терминал без световода устанавливался на проекцию миндалин. Частота - 5 Гц, по 2 минуты, симметрично. Далее при помощи световода №3 проводили облучение БАТ: V 2, Gi 20, E2, Gi 19, E9, V10, VG(T) 14. Частота - 5 Гц, по 1 минуте. Продолжительность курса 5 дней.

С учетом основных физических параметров ИКЛИ на аппарате «Узор» (194) было выделено 3 возрастных режима профилактики острых заболеваний дыхательной системы у детей ДООУ. Режим 1 для детей в возрасте 2-3 лет характеризовался суммарной ППЭ, равной $0,063-0,067 \text{ Дж/см}^2$, и общей экспозицией облучения, равной 2 мин 20 сек-2 мин 30 сек. Режим 2 ИКЛИ-профилактики мы рекомендуем детям в возрасте 3-5 лет, который характеризовался суммарной ППЭ в пределах $0,088-0,094 \text{ Дж/см}^2$ и суммарной экспозицией - 3 мин 16 сек - 3 мин 30 сек. Режим 3 ИКЛИ-профилактики применялся у детей в возрасте 5-7 лет (суммарная ППЭ, достигающая $0,126-0,135 \text{ Дж/см}^2$, и общая экспозиция облучения, составляющая 4 мин 40 сек - 5 мин. Слизистые оболочки верхних дыхательных путей освещали дистанционно-расфокусированным способом через наружные отверстия носовой полости и открытую полость рта, а биологически активные точки - контактно-сфокусированным способом (V2, Gi 20, E 2, Gi 19, E 9, V 10, VG (T) 14 (таблица 2.9).

Таблица 2.9

Основные физические параметры ИКЛИ для профилактики ОРВИ
(из расчета на 1 лазеропроцедуру)

Объекты воздействия и их количество	Возрастная группа детей								
	2-3 года			3-5 лет			5-7 лет		
	Е, Дж	Т, сек	ППЭ, Дж/см ²	Е, Дж	Т, сек	ППЭ, Дж/см ²	Е, Дж	Т, сек	ППЭ, Дж/см ²
1.Слизистая оболочка носа симметрично	$1,35 \cdot 10^{-3}$	10	0,0135	$1,35 \cdot 10^{-3}$	14	0,0189	$1,35 \cdot 10^{-3}$	20	0,0270
2 Слизистая оболочка зева	$4,95 \cdot 10^{-3}$	10	0,0495	$4,95 \cdot 10^{-3}$	14	0,0693	$4,95 \cdot 10^{-3}$	20	0,099
3 БАТ, 7-8	$5,40 \cdot 10^{-3}$	10	0,0540	$5,40 \cdot 10^{-3}$	20	0,0756	$5,40 \cdot 10^{-3}$	20	0,108
Всего:		140-	0,063-		196-	0,088-		280-	0,126-
		150	0,067		210	0,094		300	0,135

Квантовая терапия детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита

Разработанная нами методика лечения детей с высоким уровнем заболеваемости на фоне патологии лимфаденоидного кольца учитывала принцип единства всей лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками как в целом, так и локально в области структур лимфаденоидного кольца (рис.2.2). Несостоятельность мукозального иммунитета слизистых верхних дыхательных путей при хроническом аденоидите в сочетании с гиперплазией аденоидных вегетаций II степени предполагает необходимость активизировать структуры лимфо-глоточного кольца.

Контактное чрезкожное облучение проекции небных миндалин (переднейшейный тонзиллярный узел), заднешейных лимфатических узлов (являющихся регионарными для полости носа, околоносовых пазух, аденоидных вегетаций, среднего уха), проекции гайморовых пазух проводили с частотой импульсов 5 Гц, экспозиция – по одной минуте на каждую зону. Слизистую оболочку полости носа освещали при помощи световодной насадки, не вводя световод непосредственно в полость носа. Направление луча лазера вдоль общего носового хода к углу глаза обеспечивало равномерное облучение слизистой оболочки нижнего, среднего, верхнего и общего носового хода. Эндоназальное облучение проводилось с частотой 50 Гц, импульсной мощностью 4 Вт, со временем экспозиции по 30-60 секунд. *Цель эндоназального воздействия* МИЛ-терапии состояла в стимуляции активности местных (клеточных и гуморальных) факторов защиты верхних дыхательных путей. Непосредственно на небные миндалины излучение с помощью световода направляли со временем экспозиции по 60 секунд, частотой 50 Гц, импульсной мощностью 4 Вт. Перед лечением проводили оценку состояния лимфатических узлов, критериями возможности воздействия на них лазерным излучением считали (144): увеличение размеров не более 2,0-2,5 см, безболезненность при пальпации, подвижность в подкожной клетчатке, отсутствие флюктуации. Если наблюдалась иная картина, лечение допуска-

лось после предварительного осмотра гематологом и (или) онкологом.

Паравертебральную зону на уровне С3-С4 освещали для реализации принципа сегментарного вегетативного рефлекса и улучшения микроциркуляции, метаболизма клеток и тканей пораженных органов. Паравертебральные точки облучали симметрично путем вертикального сканирования проекции задних корешков спинного мозга на соответствующем уровне сегментарно-метамерных связей (С3-С4) с частотой 50 Гц, по 1 минуте, У детей с упорным течением хронического аденоидита проводили облучение области надпочечников симметрично (с частотой 50 Гц по 1 минуте и 5 Гц по 1 минуте за одну процедуру) и области вилочковой железы (50 Гц, время от 15 до 30 секунд). Проекция тимуса, или вилочковой железы, подвергалась лазерному облучению в области яремной ямки контактным способом. Основная цель воздействия НИЛИ на область тимуса заключалась в фотобиоактивации центрального органа иммунитета и процессов иммуногенеза, в достижении иммуномодулирующего эффекта под контролем показателей иммунограммы (190).

Протокол ведения детей с использованием аппарата «Рикта-01»:

1. Световод №2. Эндоназальное облучение. Частота –50 Гц, по 1 минуте, симметрично.
2. Световод №2. Непосредственное облучение слизистых миндалин. Частота 50 Гц, по 1 минуте, симметрично.
3. Проекция миндалин (переднешейный тонзиллярный узел). Частота 5 Гц, по 1 минуте, симметрично.
4. Проекция гайморовых пазух. Частота 5 Гц, время по 1 минуте, симметрично.
5. Проекция заднешейных лимфатических узлов. Частота 5 Гц, по 1 минуте, симметрично.
6. Паравертебральная область (С3-С4). Частота 50 Гц, по 1 минуте на каждую зону.
7. При транзиторном иммунодефицитном состоянии. Проекция тимуса. Частота 5 Гц, время от 30 секунд до 1 минуты.

8. При транзиторном иммунодефицитном состоянии. Проекция надпочечников. Частота 50 Гц по 1 минуте и 5 Гц по 1 минуте за одну процедуру, симметрично. Продолжительность курса 6 дней для детей до 3-х лет, 8 – с 3 до 7 лет и до 10 сеансов у детей старше 7 лет.

Общая экспозиция – 10–14 минут за один сеанс лечения. Длительность курса 8-10 процедур с повторением через 6 месяцев.

При проведении лазеротерапии ГНЛ хронического аденоидита вначале освещались слизистые оболочки носа (рис.2.2, объект 1) через наружные отверстия носовых ходов дистанционно-расфокусированным способом, не вводя световод непосредственно в полость носа. Направление луча лазера красного спектра вдоль общего носового хода к углу глаза обеспечивало равномерное облучение слизистой оболочки нижнего, среднего, верхнего и общего носового хода. Эндоназальное облучение проводилось ГНЛ при ППМ 3-5 мВт/см², со временем экспозиции по 30-60 секунд и суммарной ППЭ 0,09-0,60 Дж/см² (таблица 2.10). Слизистые оболочки небных миндалин облучались ГНЛ дистанционно-расфокусированным способом со временем экспозиции по 30-60 секунд ППМ 3-5 мВт/см², ППЭ 0,045-0,30 Дж/см², паравerteбральную зону (рис.2.2, объект №5) - на уровне С3-С4 при ППМ 15 мВт/см², по 20-60 секунд и суммарной ППЭ 0,40-3,6 Дж/см².

На проекцию небных миндалин (рис.2.2, объект №3) проводилось дополнительное контактное чрезкожное воздействие глубоко проникающего инфракрасного излучения (тонзиллярный переднешейный лимфатический узел) с частотой 80 Гц, экспозиций облучения по 30-60 секунд на 1 объект, Е 0,27-1,35х10⁻³ Дж, суммарной ППЭ 0,04-0,08/0,32-0,65 Дж/см².

Контактное облучение регионарных заднешейных лимфатических узлов (рис.2.2, объект №5) ИКЛИ проводилось в следующем режиме: частота излучения 80 Гц, Е 0,27-1,35х10⁻³ Дж, время 30-60 секунд на 1 объект и суммарной ППЭ 0,016-0,032 Дж/см². ИКЛИ воздействовали на симметричные участки проекции гайморовых пазух (рис.2.2, объект №4) контактным способом в режиме: Е 0,27-1,35х10⁻³ Дж, время 30-60 секунд, ППЭ 0,04-0,32 Дж/см², частота следования импульсов 80Гц.

Таблица 2.10

**Сочетанная ИГНЛ-ИКЛИ-терапия часто болеющих детей с хроническим аденоидитом,
аденоидными вегетациями II степени в возрасте от 2-х до 15 лет.**

Объект воздействия	Режим ИГНЛ (из расчета на 1 процедуру)					
	ППМ мВт/см ²	t,сек.			ППЭ Дж/см ²	
		до 3 лет	3-7 лет	7-15 лет		
Слизистая оболочка носа, симметрично	3-5	30	45	60	0,09-0,60	
Непосредственное облучение слизистой небных миндалин, симметрично	3-5	30	45	60	0,045-0,30	
Проекция тимуса	10-25	30	45	60	0,15-1,50	
Паравертебральная рефлексогенная зона, симметрично (при транзиторном ИДС) (С3-С4)	10-15	20	45	60	0,40-3,6	
Объекты воздействия и их количество	Режим ИКЛИ					
	Е Дж(х10 ⁻³)	Время, сек			ППЭ, Дж/см ²	Частота излу- чения, Гц
		до 3 лет	3-7 лет	7-15 лет		
Проекция небных миндалин, симметрично	0,27-1,35	30	45	60	0,04-0,32	80
Проекция гайморовых пазух, симметрично	0,27-1,35	30	45	60	0,04-0,32	80
Задне-шейных лимф. узлов, симметрично	0,27-1,35	30	45	60	0,016-0,032	80
Проекция надпочечников, симметрично (при транзиторном иммунодефицитном состоянии)	0,27-1,35	30	45	60	0,04-0,32	80
Всего		490 8'16''	765 12'75''	960 16'		

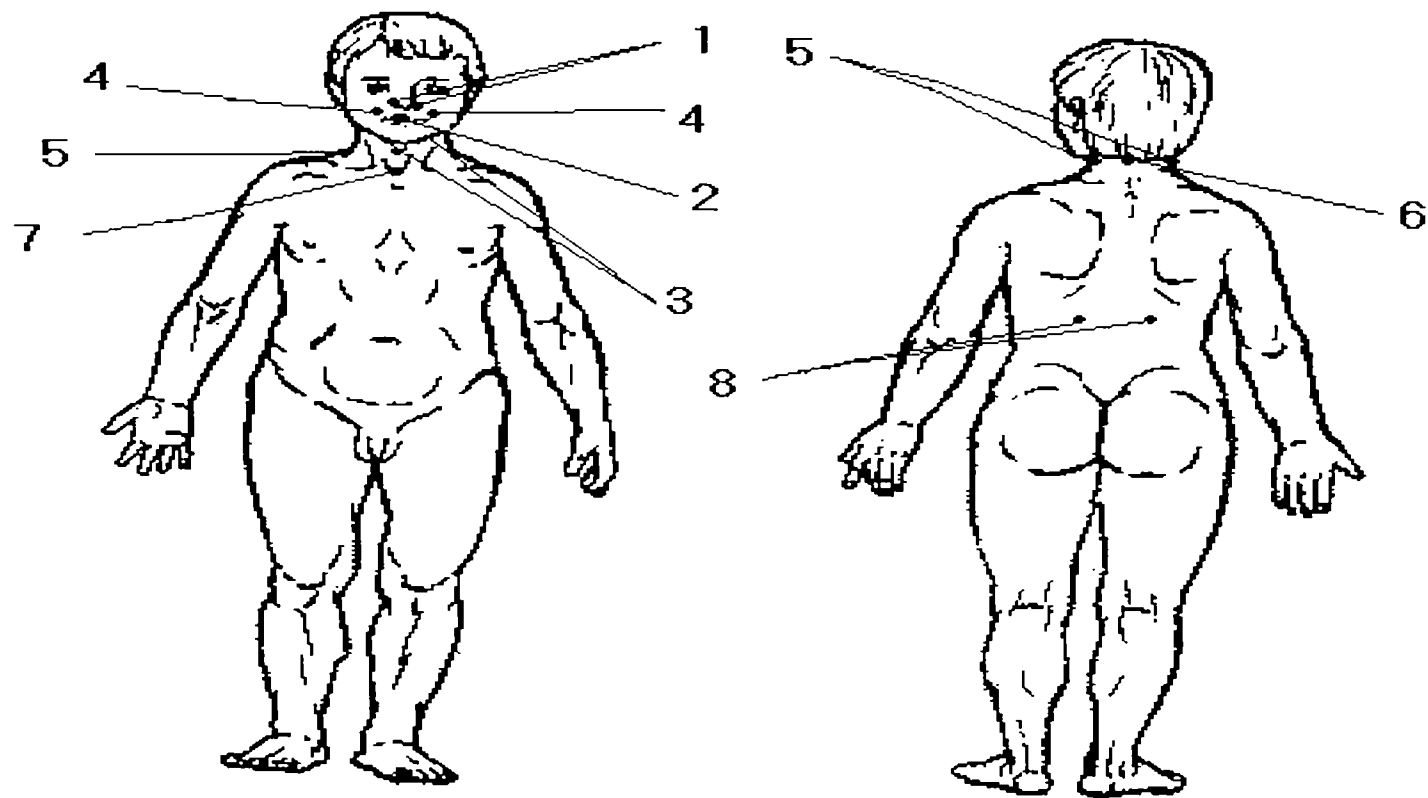


Рис.2.2 Квантовая терапия детей с хроническим аденоидитом

У детей с упорным течением хронического аденоидита проводили облучение области надпочечников ИКЛ при $E\ 0,27-1,35 \times 10^{-3}$ Дж, $T\ 30-60$ секунд, ППЭ $0,04-0,32$ Дж/см² с частотой следования импульсов 80 Гц (рис.2.2, объект 8). Проекция тимуса или вилочковой железы подвергалась гелий-неоновому лазерному облучению с ППМ $10-25$ мВт/см², $30-60$ секунд, ППЭ $0,15-1,50$ Дж /см² (рис.2.2, объект7). Таким образом, общая экспозиция - 8-16 минут за один сеанс лечения. Длительность курса 8-10 процедур с повторением через 6 месяцев.

2.6. Образовательные программы для детей и взрослых (родителей, педагогов, воспитателей)

Образовательные программы для взрослых и детей составлялись нами с учетом рекомендаций К.Кволс (1999) по формированию социоадаптивного поведения подрастающего поколения в современном обществе, развития гражданской позиции на основе уважения к государственным традициям, создания гармоничной системы социальных взаимоотношений, профилактики правонарушений, восстановления нравственности поведения. Нами разработаны разделы программы, отдельно для взрослых и детей, направленные на формирование саногенного мышления, представления о здоровье как о важнейшем условии успешной самореализации, навыков здорового образа жизни и адекватного иррационального отношения к сохранению собственного здоровья. Успешность образовательных программ во многом зависела от параллельного обучения детей и взрослых членов семьи, педагогов и воспитателей. Работу по образовательным программам мы начинали с обучения взрослых людей. Приобретенные знания по сохранению ответственности каждого за здоровье, навыки сотрудничества с ребенком служили им поддержкой в реализации детской программы.

Образовательная программа для взрослых

Программа предусматривала обучение родителей принципам формирования потребностей здорового образа жизни, предупреждения и коррекции состояния высокой тревожности у детей (5 занятий по 3 часа). Образовательный процесс обеспечивался учебной литературой (рабочая тетрадь, методические рекомендации), где в сжатой форме излагались основные положения программы и давались практические рекомендации по её реализации. Каждое занятие являлось законченным и посвящалось определенной теме:

1. Формирование саногенного мышления, стереотипов, направленных на сохранение здоровья у родителей и их детей, особенности детей в зависимости от порядка рождения. Типы родительских отношений. Возрастная динамика формирования ребенка как личности. Умение управлять стрессом.
2. Формы и методы работы по снятию тревожности у детей. Пути повышения чувства собственного достоинства у детей. Авторитарные и демократические типы воспитания. Влияние слов и поступков на систему личностных приоритетов ребенка. Исключение гиперопеки детей со стороны родителей.
3. Формирование навыков закаливания, ухода за лимфоглоточным кольцом. Ошибочные цели детей (привлечение внимания, борьба за власть, месть, уклонение) и методы их коррекции.
4. Естественные и логические последовательности в сотрудничестве с детьми. Обучение навыкам продуктивного общения между взрослым и ребенком. Выход из конфликтов.
5. Создание семейной команды. Развитие творческих способностей ориентации на взаимопонимание и взаимоуважение в общении между взрослыми и детьми. Заключение соглашений о дисциплине. Организация семейного собрания.

Цель программы – помочь родителям освоить принципы доступного и адекватного оздоровления ребенка с учетом возраста, перевести общение между взрослыми и детьми из воспитательной формы в сотрудничество, по-

казать, в чем скрываются истинные причины особенностей детского поведения, научиться управлять своим эмоциональным состоянием и понимать эмоциональное состояние ребенка. Одним из направлений сотрудничества с ребенком являлось формирование саногенного мышления, навыков избегать ситуации, которые ведут к напряженности, возникновению устойчивой тревожности, проводилось обучение формам и методам работы по снятию эмоционального напряжения и нахождению оптимальных способов эффективного взаимодействия с ребенком для стабилизации его психологического состояния. Результатом обучения являлось формирование у детей стереотипа, направленного на сохранение здоровья.

Образовательная программа для детей (от 7 до 10 лет)
(30 часов)

Образовательные программы для детей осуществлялись ежедневно в течение трех часов по 10 различным темам, нацеленным на формирование самостоятельности детей, умение принимать решения и брать на себя ответственность, в том числе за свое состояние здоровья, обучение навыкам самоконтроля и принципам саногенного мышления.. Обучение в рамках названной программы проводилось во время пребывания в специально организуемом детском лагере в каникулярное время. Продолжительность обучения составляла 10 дней. Каждое занятие являлось законченным и посвящалось определенной теме:

1. Обучение навыкам самоконтроля, умению управлять стрессом, преодолевать эмоциональное напряжение. Развитие навыков общения в разновозрастном социуме на основе стремления понять другого, наладить сотрудничество. Друзья и дружба (2 занятия).

2. Обучение здоровому образу жизни, профилактика алкоголизма и «наркомании». Пути повышения самооценки и самоуважения детей. Школа, решение школьных конфликтов (2 занятия).

3. Формирование саногенного мышления. Профилактика психосоматических заболеваний (хронической гастропатологии, вегето-сосудистой

дистонии, заболеваний легочной системы).

4. Система воспитания адекватного отношения к собственному здоровью, формирование практических навыков его сохранения. Ошибочные цели и исправление ошибок. Умение сотрудничать в детской команде. Обучение здоровому образу жизни, навыкам закаливания (2 занятия).

5. Здоровье как ответственность ребенка. Овладение навыками саморегуляции, элементами аутогенной тренировки. Создание семейной команды. Празднование себя (2 занятия).

Программа обучения включала популярные беседы по навыкам общения, основам рациональной психологической самоорганизации тренингов, на которых формировались навыки рациональной адаптации к микросоциальным условиям и умения адекватно реагировать на неблагоприятные ситуации. Дети учились разрешать возникающие конфликты, находить разумные компромиссы. Значительное место занимало формирование саногенного мышления. При обучении детей умению формулировать цели и добиваться их реализации, у них формировалось представление о здоровье как о важнейшем условии успешной самореализации. Дети обучались навыкам здорового образа жизни, приемам преодоления группового влияния, неблагоприятно сказывающегося на состоянии здоровья. По принципу обратной связи после завершения детской программы родители получали информацию об особенностях поведения детей, о состоянии здоровья и уровне тревожности ребенка, а также рекомендации индивидуального маршрута здоровья.

2.7. Статистические методы анализа

Прогнозирование риска развития гипертрофии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита у детей

С целью определения индивидуального риска развития гипертрофии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита у детей мы применили один из методов распознавания образов наибольшего правдоподобия, ко-

торый принадлежит к числу немногих простых способов, основанных на предположении о независимости факторов. (294) Оценку факторов риска проводили по методике Е.Н.Шигана (1973). При этом сначала выбирали наиболее существенные факторы для распознавания. Затем по каждому из них рассчитывали так называемые нормированные интенсивные показатели (НИП). В качестве нормирующего показателя принимался процент патологии хронического аденоидита у часто и длительно болеющих ОРВИ детей во всей выборке (группе обследованных). НИП для каждого фактора риска определяли отношением процента патологии у лиц с наличием конкретного фактора к общему нормирующему показателю, указанному выше. После того как рассчитаны НИП по всем факторам риска, создавалась оценочная таблица, состоящая из факторов и их градаций и соответствующих им НИП. Из-за неравнозначности действия конкретного фактора риска на частоту патологии для учета "вклада" каждого из них определяли его "весовой" индекс (К). Последний равен отношению максимального и минимального НИП конкретного фактора (его градаций). Далее определяется прогностический коэффициент $R = K \times \text{НИП}$, который и характеризует вклад конкретного фактора риска в развитие патологии.

Таким образом, риск патологии (группа риска) рассчитывали как отношение всех прогностических коэффициентов R к суммарному K :

$$R = (K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП}) : K$$

Группы риска определяли в границах между минимальным и максимальным риском.

Оценка оздоровительной программы в условиях дошкольного образовательного учреждения

Экспертная оценка оздоровительной программы проводилась с помощью результативного метода, предлагаемого ВОЗ для контроля за качеством оздоровительной работы (172). В качестве характеристик использовались

показатели заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями за год (общее число случаев ОРВИ у ребенка, в том числе осложненных бронхитом, синуситами, отитом, средняя продолжительность одного случая). Критериями эффективности комплекса и его мероприятий являлся индекс эффективности (ИЭ), определяемый отношением заболеваемости детей в контрольной (на 100) и оздоровительной группе (на 100).

$$\text{ИЭ} = P1 : P2, \text{ где}$$

P1-показатель заболеваемости (на 100) в контрольной группе;

P2-показатель заболеваемости (на 100) в оздоровительной группе.

Индекс эффективности является количественной мерой выраженности отличий в заболеваемости контрольной и оздоровительной групп.

Оценка результатов наблюдения проводилась сопоставлением динамики и интенсивности эпидемического процесса. Главные характеристики: заболеваемость, то есть количество случаев заболевания гриппом и ОРЗ за период наблюдения в контрольной и оздоровительной группах:

$P = (\text{количество случаев} \times 100) : \text{число наблюдаемых детей}$, где

P - показатель заболеваемости (%);

- частота случаев осложненных заболеваний;

- частота тяжелых и легких случаев заболеваний.

Средняя продолжительность заболевания, в том числе осложненных форм:

суммарная продолжительность в днях

количество случаев заболеваний

Эффективность программы документировалась динамикой уровня местных факторов защиты, неспецифической резистентности слизистой верхних дыхательных путей (S Ig A, лизоцим назального секрета), микробиоценоза носоглотки.

*Метод корреляционного анализа и статистической обработки
результатов*

Для выявления взаимосвязей содержания различных клеточных популяций в назальном секрете и местным иммунитетом, факторов неспецифической резистентности слизистых верхних дыхательных путей, а также взаимосвязей местного иммунитета и родительским отношением к ребенку у обследованных детей был применён метод корреляционного анализа. Оценка силы и направленности связей при прямолинейной зависимости производилась по величине коэффициента корреляции (r). Полная связь определялась при $r = + 1,0$ или $- 1,0$. Связь считали сильной при $r = 0,7-1,0$, средней - $r = 0,3-0,7$ и слабой - при $r < 0,3$. Кроме того, прямая положительная зависимость между признаками устанавливалась при положительных значениях коэффициента корреляции и обратная отрицательная зависимость - при отрицательных его значениях.

Полученные результаты исследований обработаны на ПК типа IBM Duron 750 с использованием пакета программ Microsoft Excel - анализ данных (описательная статистика). В процессе статистической обработки использовали метод определения достоверности различий. Для статистической обработки материалов использовались следующие методы: простая статистика (вычисление средних значений, стандартных отклонений и ошибок средних), корреляционный анализ Спирлена. Используемые методы статистического анализа полученных результатов позволяли предельно объективизировать изучаемую информацию и служили адекватным средством для достижения цели и задач настоящего исследования.

ГЛАВА III. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ «ОРГАНИЗОВАННЫХ» ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Годы социально-экономических преобразований в сочетании с нарастающей агрессией окружающей среды, особенно в крупных промышленных городах, негативно сказались на состоянии здоровья детей (198). Когорту наиболее часто болеющих детей составляют «организованные» дети – воспитанники дошкольно-школьных образовательных учреждений (21,58).

3.1. Заболеваемость детей дошкольного и младшего школьного возраста по обращаемости

Данные, характеризующие заболеваемость по обращаемости «организованных» детей в возрасте 2-10 лет, приведены в таблице 3.1. За год до начала профилактических и реабилитационных мероприятий заболеваемость составила в среднем $2667,67 \pm 0,03$ случаев и $18307,8 \pm 0,06$ дней нетрудоспособности родителей на 1000 детей. Уровень заболеваемости формировался преимущественно за счет ОРВИ, составляющих 80,1% всех случаев обращений за медицинской помощью, и 75,86% от общего числа дней временной нетрудоспособности родителей (рис.3.1) Среди других причин обращения наиболее распространенными были острые пневмонии (2,37% случаев и $1282,8 \pm 0,02$ дней нетрудоспособности родителей), острые бронхиты (4,5% случаев и $1202,92 \pm 0,02$ дней), обострения хронического аденоидита (10,0% всех случаев и $1366,3 \pm 0,02\%$ дней временной нетрудоспособности родителей). Остальные причины существенно не влияли на уровень заболеваемости. Возрастно-половая характеристика заболеваемости по обращаемости не выявила различия в зависимости от пола ребенка (таблица 3.2). Максимальное число переболевших детей наблюдалось в возрасте 3-4 года. Достоверное снижение заболеваемости происходило к 7 годам ($P < 0,001$) и далее была одинаковой, в среднем 1,2 случая на одного ребенка

Таблица 3.1

Структура заболеваемости по обращаемости у обследованных детей до начала профилактических и реабилитационных мероприятий

Структура заболеваемости	Число случаев заболеваний			Число дней временной нетрудоспособности родителей		
	Абс.	%	На 1000 детей $M \pm m$	Абс.	%	На 1000 детей $M \pm m$
ОРВИ	4969	80,1	2136,3 $\pm$ 0,02	32304	75,86	13888,2 $\pm$ 0,05
Хронический аденоидит, обострение	621	10,0	268,7 $\pm$ 9,19	3178	7,46	1366,3 $\pm$ 0,02
Острый бронхит	279	4,5	119,95 $\pm$ 6,74	2798	6,57	1202,92 $\pm$ 0,02
Фолликулярная ангина	42	1,2	18,06 $\pm$ 2,76	317	0,74	136,29 $\pm$ 7,11
Лакунарная ангина	34	0,5	14,62 $\pm$ 2,49	284	0,67	121,94 $\pm$ 6,78
Острый средний отит	32	0,5	13,76 $\pm$ 2,42	174	0,40	74,81 $\pm$ 5,45
Пневмония	144	2,3	12,47 $\pm$ 2,3	2984	7,0	1282,87 $\pm$ 0,02
Хронический гастрит, обострение	27	0,4	11,61 $\pm$ 2,22	159	0,37	68,36 $\pm$ 5,23
Дискинезия желчевыведительных путей	33	0,4	14,2 $\pm$ 2,5	124	0,29	53,3 $\pm$ 4,65
Хронический описторхоз желчевыведительных путей	7	0,1	3,01 $\pm$ 1,14	114	0,26	49,0 $\pm$ 4,48
Острый конъюнктивит	5	0,08	2,15 $\pm$ 0,96	21	0,05	9,03 $\pm$ 1,96
Прочие заболевания	12	0,19	5,16 $\pm$ 1,49	127	0,30	54,6 $\pm$ 4,7
Всего	6205	100	2667,67 $\pm$ 0,03	42584	100	18307,8 $\pm$ 0,06

Структура заболеваемости по
обращаемости (%)

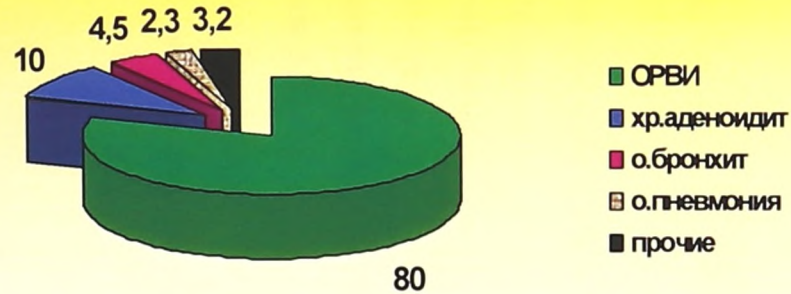


Рис. 3.1 Основные виды заболеваемости по обращаемости у обследованных детей (%)

Центильное распределение детей по уровню
заболеваемости острой патологией органов
дыхания (%)

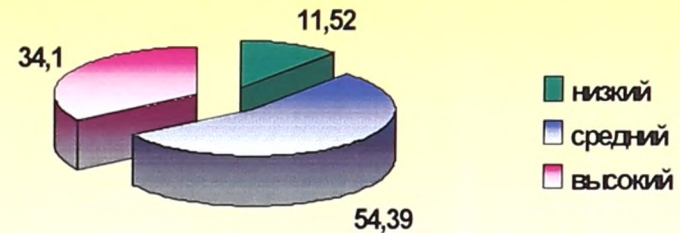


Рис.3.2 Уровень заболеваемости острой патологией органов дыхания у детей (центильный метод) (%)

Таблица 3.2

Уровень заболеваемости по обращаемости у детей в зависимости от возраста

Возраст (лет)	Уровень заболеваемости (на 1000 детей)		
	Всего (M±m)	Мальчики (M±m)	Девочки (M±m)
2	2061,32±0,1	2085,71±0,1	2037,38±0,1
3	2459,72±0,1	2459,72±0,2	2519,23±0,2
4	2508,88±0,1	2458,82±0,2	2559,52±0,2
5	2165,71±0,1	2146,07±0,2	2136±0,2
6	2102,86±0,1	2078,65±0,2	2127,91±0,2
7	1282,16±0,06***	1281,16±0,09***	1260,12±0,09***
8	1222,22±0,06***	1214,69±0,08***	1229,88±0,08***
9	1219,65±0,06***	1223,19±0,08***	1200,0±0,08***
10	1225,15±0,06***	1205,71±0,08***	1245,51±0,08***
Итого	1650,47±0,02	1646,40±0,04	1654,58±0,04

Примечание: Достоверность различия в уровнях заболеваемости у детей дошкольного и школьного возраста: *** - $P < 0,001$.

против 2,0-2,5 случаев в возрасте 3-4 лет. Таким образом, на средний показатель заболеваемости по обращаемости большее влияние оказал уровень здоровья дошкольников.

Учитывая преобладающее значение в структуре заболеваемости по обращаемости острой патологии органов дыхания, в дальнейшем состояние здоровья детей мы изучали в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией респираторного тракта.

Индивидуальная оценка уровня заболеваемости патологией органов дыхания показала (таблица 3.3), что низкий уровень заболеваемости в интервале P_{0-25} определялся у 11,52%, средний P_{26-75} – у 54,39%, высокий уровень заболеваемости - в интервале P_{76-100} – у 34,09% детей (рис.3.2).

Таблица 3.3

Возрастное центильное распределение детей по уровню заболеваемости острой патологией органов дыхания

Уровень заболеваемо- сти	Количество обследованных детей							
	2-3 года		4-6 лет		7-10 лет		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Низкий Р ₀₋₂₅	54	12,77	67	12,91	147	10,62	268	1,52
Средний Р ₂₅₋₇₅	228	53,9	285	54,91	752	54,34	1265	54,39
Высокий Р ₇₅₋₁₀₀	141	33,33	167	32,18	485	35,04	793	34,09
Итого	423	100	519	100	1384	100	2326	100

Заболеваемость острой патологией органов дыхания характеризовалась различной ее структурой. В группе детей с низким уровнем заболеваемости из 225 случаев заболеваний за год наблюдения выявлен 223 случая ОРВИ (98,22%), 2 случая острого бронхита.

У детей со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания зарегистрировано 2358 случаев заболеваний за год, из них: 1995 случаев ОРВИ (84,61%), 115 - острого бронхита (4,88%), 128 - обострения хронического аденоидита (5,43%), 21 - фолликулярной ангины (0,89%), 19 - лакунарной ангины (0,81%), 17 - острого среднего отита (0,72%), 15 - пневмонии (0,64%), 48 – другие заболевания (2,04%).

В группе обследованных детей с высоким уровнем заболеваемости за год зарегистрировано 3622 случаев заболеваний: из них: 2731 случаев ОРВИ (75,4%), 493 - обострения хронического аденоидита (14,73%), 162 - острого бронхита (4,47%), 21 - фолликулярной ангины (0,57%), 15 - лакунарной ангины (0,41%), 15 - острого среднего отита (0,41%), 129 - пневмонии (3,56%), 16 - обострения хронического гастрита (0,48%), 19 - дискинезии желчевыведительных путей (0,71%), 7 - обострения хронического холецистита (0,31%), 7- хронического описторхоза желчевыведительных путей (0,31%), 5 -острого конъюнктивита (0,22%), 12 случаев других заболеваний

(0,53%).

Частота ОРВИ, острого бронхита, пневмоний, обострений хронического аденоидита в группах детей с разным уровнем заболеваемости различалась достоверно ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

Отмечены принципиальные различия характера заболеваемости в группах детей с разной её частотой. У детей с низким уровнем заболеваемости отмечены преимущественно ОРВИ. Группа детей с высокой заболеваемостью имела в структуре заболевания с наиболее серьезным прогнозом, чаще регистрировались пневмонии, случаи обострения хронического аденоидита. Из 144 случаев пневмонии, зарегистрированных у всех детей в течение года, 129 (89,58%) диагностировались у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания. Обращаемость по поводу патологии других органов и систем увеличивалась параллельно уровню заболеваемости острой патологией органов дыхания.

Таким образом, анализ заболеваемости по обращаемости у обследованных детей позволял сделать вывод, что адекватным направлением работы по снижению заболеваемости у детей промышленного центра – реабилитационные мероприятия, направленные на профилактику острой патологии дыхательных путей.

3.2. Клиническая характеристика детей в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания

В таблице 3.4. представлены данные анамнеза и социального статуса детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания. Установлено, что заболеваемость респираторной патологией не зависит от какой по счету беременности родился ребенок ($p > 0,05$). Патологическое течение беременности у матери достоверно чаще встречалось у детей с высоким уровнем заболеваний ($p < 0,001$). Длительность грудного вскармливания находилась в обратной зависимости от уровня заболеваемости детей ($P < 0,001$). Кратность острой патологии органов дыхания в период новорожденности и грудного возраста пропорциональна

Таблица 3.4

Данные анамнеза и анкетирования родителей в зависимости от уровня заболеваемости их детей острой патологией органов дыхания

Предшествующие факторы	Всего n=2326		Низкий n=268		Средний n=1265		Высокий n=793		Достоверность различий		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	P 1-2	P 1-3	P 2-3
Родился от I беременности	1209	52,0±1,04	152	56,7±3,03	635	50,2±1,41	422	53,2±1,77	P>0,05	P>0,05	P>0,05
Родился в результате I родов	1339	57,6±1,03	171	63,8±1,35	708	56,0±1,39	460	58,0±1,75	P<0,001	P<0,01	P>0,05
Неблагоприятный акушерский анамнез у матери	967	41,6±1,02	104	38,8±1,37	506	40,0±1,38	357	28,2±1,59	P>0,05	P<0,001	P<0,001
Отягощенный генеалогический анамнез по ХНЗЛ и повторными острыми заболеваниями органов дыхания	311	13,4±0,71	27	10,1±1,84	126	10,0±0,84	158	19,9±1,42	P>0,05	P<0,001	P<0,001
Заболеваемость гриппом или ОРВИ во время беременности	518	22,3±0,86	27	10,1±1,84	253	20,0±1,12	238	30,0±1,63	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Раннее искусственное и смешанное вскармливание	877	37,7±1,00	21	7,8±1,64	380	30,0±1,29	476	60,0±1,74	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Острые заболевания органов дыхания в периоде новорожденности	251	10,8±0,64	3	1,1±0,65	113	8,9±0,80	135	17,0±1,33	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Острые заболевания органов дыхания в периоде грудного возраста (3 и более раз)	681	29,3±0,94	-	-	126	10,0±0,84	555	70,0±1,63	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Госпитализация по поводу заболеваний органов дыхания на 1 году жизни	25	1,0±0,21	-	-	253	20,0±1,12	278	35±1,69	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Предшествующая "фооновая" патология раннего возраста (рахит, анемия, дистрофия и др.)	539	23,2±0,88	27	10,1±1,84	290	22,9±1,18	222	28,0±1,59	P<0,001	P<0,001	P>0,05

Продолжение таблицы 3.4

Предшествующие факторы	Всего n=2326		Низкий n=268		Средний n=1265		Высокий n=793		Достоверность различий		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	P 1-2	P 1-3	P 2-3
Аллергические реакции	345	14,8±0,74	13	4,9±1,32	158	12,5±0,93	174	22,0±1,47	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Несоблюдение режима дня	672	28,9±0,94	54	20,1±2,45	380	30,0±1,29	238	30,0±1,63	P<0,001	P<0,001	P>0,05
Нерациональное физическое воспитание	1457	62,6±1,00	134	50,0±3,05	784	62,0±1,34	539	68,0±1,65	P<0,001	P<0,001	P<0,01
Отсутствие подготовки ребенка к поступлению к ДОУ	869	37,4±1,00	54	20,1±2,45	442	34,9±1,34	373	47,0±1,77	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Отсутствие оздоровительных мероприятий в летний сезон	856	36,8±0,99	56	20,9±2,49	380	30,9±1,29	420	53,0±1,77	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Неблагоприятные жилищно-бытовые условия	323	13,9±0,71	21	7,8±1,64	129	10,2±0,85	179	22,6±1,49	P>0,05	P<0,001	P<0,001
Неполная семья	879	37,8±1,00	23	8,6±1,71	423	33,4±1,33	347	43,8±1,76	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Фактор пассивного курения	1075	46,2±1,03	48	17,9±2,34	607	48,0±1,40	420	53,0±1,77	P<0,001	P<0,001	P<0,05
Отягощенный аллергологический анамнез	485	20,9±0,84	32	11,9±0,17	215	17,0±1,06	238	30,0±1,63	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Заболевание родителей:											
ЛОР-органов	792	34,0±0,98	21	7,8±1,64	327	25,8±1,23	444	56,0±1,76	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Частые "простудные"	306	13,2±0,7	8	3,0±1,04	76	6,0±0,67	222	28,0±1,59	P<0,05	P<0,001	P<0,001
Уровень дохода < \$15	85	3,7±0,39	11	4,1±1,21	31	2,5±0,44	43	5,0±0,77	P>0,05	P>0,05	P<0,01
Уровень дохода \$15-\$44	770	33,1±0,98	57	21,3±2,50	575	45,5±1,40	138	17,4±1,35	P<0,001	P>0,05	P<0,001
Уровень дохода \$45-\$74	727	31,3±0,96	134	50,0±3,05	457	36,1±1,35	136	17,2±0,36	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Уровень дохода \$75-\$94	375	16,1±0,76	41	15,3±2,19	127	10,0±0,84	207	26,1±1,56	P<0,05	P<0,001	P<0,001
Уровень дохода >\$94	369	15,9±0,76	25	9,6±1,79	75	5,9±0,66	269	33,9±1,68	P>0,05	P<0,001	P<0,001

P 1-2 – достоверность различий между детьми с низким и средним уровнями заболеваний

P 1-3 - достоверность различий между детьми с низким и высоким уровнями заболеваний

P 2-3- достоверность различий между детьми с низким и средним уровнями заболеваний

уровню заболеваемости респираторного тракта в более старшем возрасте ($P < 0,001$). Во всех группах детей отмечался отягощенный аллергологический анамнез, однако достоверно чаще встречался у детей со средним и высоким уровнями заболеваний ($p < 0,01$). Фоновая патология одинаково часто встречалась у детей со средним и высоким уровнем заболеваний ($p > 0,05$). Неадекватное физическое воспитание детей, несоблюдение ими режима дня выявлялось у всех детей, но достоверно чаще в группе с высоким уровнем заболеваний ($p < 0,001$). Около 50% детей не были подготовлены к поступлению в ДООУ, не имели возможности получить оздоровительные мероприятия в летний сезон ($p < 0,001$). Каждая четвертая семья, имеющая ребенка с высоким уровнем острой патологии органов дыхания, проживала в неудовлетворительных условиях ($P < 0,001$). В 3-4 раза чаще заболевали дети в неполных семьях ($P < 0,001$). Увеличение числа острых заболеваний респираторного тракта у детей соответствовало достоверному росту фактора пассивного курения ($P < 0,05$, $P < 0,001$). Наличие хронических заболеваний органов дыхания, частых простудных заболеваний достоверно чаще встречалась у родителей детей с высоким уровнем острой патологии органов дыхания ($P < 0,05$, $P < 0,001$).

Распределение детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания по группам здоровья (таблица 3.5) показало, что дети с низкой заболеваемостью относились к I (42,9%) и II (57,1%) группе здоровья. Подавляющее большинство детей со средним уровнем заболеваемости (71,8%) имели функциональные нарушения, тогда как у большинства детей (2/3) с высоким уровнем заболеваемости регистрировалась хроническая патология (III гр. – 72,6%).

Взаимосвязь уровня доходов и заболеваемости острой респираторной патологией носила достаточно сложный характер. Дети из семей с наиболее низким доходом (<\$15 на человека) одинаково часто встречались в группе с низким и высоким уровнем заболеваемости ($P > 0,05$). Дети из семей с наиболее высоким уровнем доходов достоверно чаще выявлялись среди паци-

ентов с высоким уровнем заболеваемости ($P < 0,001$). Уровень доходов \$15-\$44 чаще встречался в семьях детей со средним уровнем заболеваемости ($P < 0,001$).

ОРВИ у детей с низким уровнем заболеваемости (268 детей) во всех случаях развивалось на фоне полного соматического благополучия. У 47,39% детей отмечался контакт с детьми больными ОРВИ, у 7,09% - наличие переохлаждения, в остальных случаях заболевание развивалось без видимой причины. 90,95% случаев ОРВИ регистрировалось в осенне-зимне-весенний период. Средняя продолжительность ОРВИ у детей с низким уровнем заболеваемости составляла $4,85 \pm 0,31$ дня, средняя продолжительность лихорадочного периода - $2,35 \pm 0,85$ дня, средняя продолжительность катаральных явлений - $5,35 \pm 0,43$ дня. У всех детей этой группы ОРВИ начиналось с катаральных явлений, на второй день после начала заболевания температура повышалась от $37,0^\circ$ до $38,7^\circ$. У 8,96% детей этой группы ОРВИ протекало без повышения температуры. После купирования острых воспалительных явлений у 26,49% сохранялся астено-вегетативный синдром: общая слабость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, увеличение частоты сердечных сокращений в среднем на $8,75 \pm 0,79$ ударов в минуту. Средняя продолжительность этих жалоб составляла $12,35 \pm 0,85$ дня. Осложнений ОРВИ у этой группы детей не наблюдалось. Реинфицирование после возобновления посещения детских дошкольных и общеобразовательных учреждений отмечено у 6,34% детей.

ОРВИ у 36,5% детей со средним уровнем заболеваемости развивалась на фоне контакта с детьми, страдающими острыми респираторными вирусными инфекциями, 37,79% детей заболели после переохлаждения, остальные - без видимой причины, 54,15% детей заболели в эпидемический период, остальные - вне повышения заболеваемости ОРВИ и гриппом. Средняя продолжительность ОРВИ составила $7,73 \pm 0,43$ дня, средняя продолжительность лихорадочного периода - $4,85 \pm 0,31$, средняя продолжительность катаральных явлений - $7,38 \pm 0,53$ дня. Заболевание начиналось

Таблица 3.5

**Возрастное распределение по группам здоровья детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией
органов дыхания**

Группы здоровья	Возраст детей (лет)																							
	2-3						4-6						7-10						Всего					
	абс			%			абс			%			абс			%			абс			%		
	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Низкий уровень заболеваемости $P_{0,25}$																								
I	15	13	28	5,6± 1,5	4,9± 1,3	10,4± 1,9	16	18	34	6,0± 1,5	6,7± 1,5	12,7± 2,0	27	26	53	10,1± 1,8	9,7± 1,8	19,8± 2,4	58	57	115	21,6± 2,5	21,3± 2,5	42,9± 3,0
II	14	12	26	5,2± 1,4	4,5± 1,3	9,7± 1,8	17	16	33	6,3± 1,5	6,0± 1,5	12,3± 2,0	48	46	94	17,9± 2,3	17,2± 2,3	35,1± 2,9	79	74	153	29,5± 2,9	27,6± 2,7	57,1± 3,0
Итого	29	25	54	10,8± 1,9	9,3± 1,8	20,1± 2,4	33	34	67	12,3± 2,0	12,7± 2,0	25,0± 2,6	75	72	147	28,0± 2,7	26,9± 2,8	54,9± 3,0	137	131	268	51,1± 3,1	48,9± 3,1	100,0
Средний уровень заболеваемости $P_{25,75}$																								
II	98	95	193	7,7± 0,7	7,5± 0,7	15,3± 1,0*	109	108	217	8,6± 0,8	8,5± 0,8	17,2± 1,1*	251	247	498	19,8± 1,1***	19,5± 1,1	39,4± 1,4	458	450	908	36,2± 1,4*	35,6± 1,4*	71,8± 1,1***
III	17	18	35	1,3± 0,3	1,4± 0,3	2,8± 0,5	35	33	68	2,8± 0,5	2,6± 0,5	5,4± 0,6	128	126	254	10,1± 0,8	10,0± 0,8	20,1± 1,1	180	177	357	14,2± 1,0	14,0± 1,0	28,2± 1,3
Итого	115	113	228	9,1± 0,8	8,9± 0,8	18,0± 1,2	144	141	285	11,4± 0,9	11,1± 0,9	22,5± 1,2	379	373	752	30,0± 1,3	29,5± 1,3	59,4± 1,4	638	627	1265	50,4± 1,4	49,6± 1,4	100,0
Высокий уровень заболеваемости $P_{75,100}$																								
II	23	22	45	2,9± 0,6***	2,8± 0,6***	5,7± 0,8***	25	24	49	3,2± 0,6***	3,0± 0,6***	6,2± 0,9***	59	64	123	7,4± 0,9***	8,1± 1,0***	15,5± 1,3***	107	110	217	13,5± 1,2***	13,9± 1,2***	27,4± 1,6***
III	49	47	96	6,2± 0,9***	5,9± 0,8***	12,1± 1,2***	61	57	118	7,7± 0,9***	7,2± 0,9***	14,9± ...	183	179	362	23,1± 1,5***	22,6± 1,5***	45,6± 1,8***	293	283	576	36,9± 1,7***	35,7± 1,7***	72,6± 1,6***
Итого	72	69	141	9,1± 1,0	8,7± 1,0	17,8± 1,4	86	81	167	10,8± 1,1	10,2± 1,1	21,1± 1,4	242	243	485	30,5± 1,6	30,6± 1,6	61,2± 1,7	400	393	793	50,4± 1,8	49,6± 1,8	100,0
Всего	216	207	423	9,3± 0,6	8,9± 0,6	18,2± 0,8	263	256	519	11,3± 0,7	11,0± 0,7	22,3± 0,9	696	688	1384	29,9± 0,9	29,6± 0,9	59,5± 1,0	1175	1151	2326	50,5± 1,0	49,5± 1,0	100,0

Примечание: достоверность различия у детей с разным уровнем заболеваемости по группе здоровья II: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$

Достоверность различия у детей с разным уровнем заболеваемости по группе здоровья III: • - $P < 0,05$; •• - $P < 0,01$; ••• - $P < 0,001$.

у 44, 43% детей с катаральными явлениями, на второй–третий день после развития которых температура повышалась до $39,5^{\circ}$, у 12,33% детей ОРВИ протекало без повышения температуры. У 43,24% детей заболевание начиналось с повышения температуры до $38,5^{\circ}$ – $39,7^{\circ}$. На второй–третий день после начала заболевания развивались катаральные явления. После купирования острых воспалительных явлений у 28,85% сохранялись явления астено-вегетативного синдрома: увеличение частоты сердечных сокращений в среднем на $12,57 \pm 0,89$ ударов в минуту. Средняя продолжительность жалоб составляла $18,75 \pm 0,35$ дня. У 9,9% детей после перенесенных ОРВИ и купирования острой воспалительной интоксикации сохранялась клиническая картина обострения хронического аденоидита. В 5,7% случаев у детей данной группы после перенесенных ОРВИ развивались явления острого бронхита, в 0,75% случаев ОРВИ осложнялись острой пневмонией.

В группе детей с высоким уровнем заболеваемости в 57,67% случаев ОРВИ развивались после переохлаждения, в 31,9% - после контакта с больными детьми, в 5,86% случаев ОРВИ развивалась после эмоционального стресса или психотравмирующей ситуации, у остальных детей - без видимой причины, 15,7% случаев приходились на летние месяцы (июнь, август). Средняя продолжительность ОРВИ составила $9,45 \pm 0,8$ дней. В 46,96% случаев ОРВИ начинались с повышения температуры до $38,5^{\circ}$ – $40,1^{\circ}$, катаральные явления развивались на 2-4 день после повышения температуры. У 1/3 детей заболевание начиналось с катаральных явлений, интоксикация и повышение температуры до $37,5^{\circ}$ – $39,3^{\circ}$ отмечались на второй-третий день после начала заболевания. В остальных случаях с первого дня заболевания имели место как катаральные явления, так и воспалительная интоксикация и повышение температуры до $37,7^{\circ}$ – $38,9^{\circ}$. В 1,68% случаев ОРВИ в группе детей с высоким уровнем заболеваемости повышения температуры не отмечено. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила $5,75 \pm 0,29$ дня, средняя продолжительность катаральных явлений – $8,98 \pm 0,78$ дня. После разрешения катаральных явлений в 80,52% случаев имел место

астено-вегетативный синдром. Сохранялись жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, плаксивость, яркий красный дермографизм, увеличение частоты сердечных сокращений на $11,53 \pm 1,23$ удара. Средняя продолжительность астено-вегетативного синдрома составила $19,55 \pm 1,75$ дней. На фоне перенесенной ОРВИ в 29,45% случаев обострялся хронический аденоидит, в 6,53% случаев развивались острые синуситы, в 2,95% случаев - хронический синусит. В 6,05% случаев ОРВИ осложнялись бронхитом, в 4,82% - пневмонией, в 0,56% случаев – острым средним отитом. У 27,49% обследованных детей с высоким уровнем заболеваемости имели место случаи реинфицирования в первые 2-3 дня после возобновления посещения школьных коллективов.

Таким образом, по мере увеличения кратности острой патологии органов дыхания достоверно нарастала тяжесть ОРВИ, длительность и выраженность клинических проявлений ($P < 0,001$), число осложнений ($P < 0,001$), частота последующего реинфицирования ($P < 0,001$).

Оба случая острого бронхита, зарегистрированного в группе детей с низким уровнем заболеваемости, развились после переохлаждения и протекали без выраженных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Заболевания начинались с явлений умеренно выраженной воспалительной интоксикации и повышения температуры до $37,7^{\circ} - 37,8^{\circ}$. На третий день после начала заболевания отмечено жесткое дыхание, начиная с пятого дня выслушивались сухие хрипы. Субфебрильная температура сохранялась в течение 7 и 9 дней. Все 115 случаев острого бронхита у детей со средним уровнем заболеваемости начинались как осложнения острых респираторных инфекций. Средняя продолжительность воспалительной интоксикации составила $9,51 \pm 0,81$ дня. В 91,3% случаев острого бронхита имело место жесткое дыхание, определяющееся в течение $8,51 \pm 0,75$ дня, сухие жужжащие хрипы выслушивались в 39,13% случаев острого бронхита, этот симптом регистрировался в течение $7,35 \pm 0,71$ дня.

59,26% случаев острого бронхита, зарегистрированных в группе детей с высоким уровнем заболеваемости развились как осложнение ОРВИ, из них 27,78% случаев острого бронхита развились после переохлаждения. В остальных случаях острый бронхит развился без видимой причины. Во всех случаях острого бронхита у детей этой группы имел место кашель и явления воспалительной интоксикации. Средняя продолжительность периода сухого кашля $2,39 \pm 0,35$ дня, средняя продолжительность продуктивного кашля $10,58 \pm 0,95$ дня. Температура повышалась до $37,5^{\circ} - 38,6^{\circ}$. Средняя продолжительность периода повышенной температуры $10,25 \pm 0,91$ дня. У 96,2% случаев заболеваний острым бронхитом отмечено жесткое дыхание, у 79,01% случаев отмечены сухие хрипы, в 19,14% случаев отмечены влажные хрипы. Клинические симптомы поражения дыхательных путей имели место в среднем в течение $12,78 \pm 0,85$ дня. В 78,4% случаев острого бронхита среди детей с высоким уровнем заболеваемости после перенесенного заболевания сохранялись явления астено-вегетативного синдрома продолжительностью $14,75 \pm 1,17$ дня (общая слабость, плаксивость, увеличение частоты сердечных сокращений на $9,35 \pm 0,56$ ударов).

Ведущими патологиями у детей были гипертрофия носоглоточной миндалины и хронический аденоидит.

У детей с низким уровнем заболеваемости гипертрофии носоглоточной миндалины выявлено не было. У 12,33% детей со средним уровнем заболеваемости отмечены гипертрофии носоглоточной миндалины различной степени выраженности (таблица 3.6). Средняя продолжительность обострения хронического аденоидита у них составила $12,57 \pm 0,84$ дня. В 31,3% случаев обострения хронического аденоидита имели место гнойные выделения из носа, в 53,75% - слизистые выделения из носа, у 86,21% - затрудненное дыхание через нос.

Таблица 3.6

Гипертрофия глоточной миндалины у детей в зависимости от уровня заболеваемости

Степень гипертрофии глоточной миндалины	Уровень заболеваемости							
	низкий		средний		высокий		всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	-	-	85	6,72	173	21,82	258	11,09
II	-	-	71	5,61	167	21,06	238	18,81
III	-	-	-	-	45	5,67	45	1,93
Всего	-	-	156	12,33	385	48,55	541	23,26

В группе детей с высоким уровнем заболеваемости гипертрофия носоглоточной миндалины различной степени отмечена в 48,54%. Гипертрофия небных миндалин отмечена у 15,51% детей этой группы. Гнойные выделения из носа имели место в 60,23% случаев обострения хронического аденоидита у детей этой группы, слизистые выделения – в 27,41%. Затрудненное дыхание через нос отмечено в 90,97% случаев хронического аденоидита у детей этой группы. Средняя продолжительность обострения хронического аденоидита составила $15,75 \pm 0,91$ дня. Болели эти дети в течение всего года, в том числе и в летние месяцы, что вероятно обусловлено прежде всего снижением резистентности слизистой верхних дыхательных путей.

3.3. Особенности местного иммунитета и неспецифических факторов защиты у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Оценка иммунологического состояния детей в зависимости от частоты заболеваемости позволила выявить некоторые отличительные черты.

Сравнительный анализ цитологических показателей назального секрета был проведен у детей 2-10 лет в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания и возраста (таблицы 3.7, 3.8, 3.9).

При сравнении цитологических показателей детей в возрасте 2-3 лет с низким и средним уровнями заболеваемости были получены достоверные различия. Назоцитограмма детей с низким уровнем острой патологии органов дыхания характеризовалась оптимальным содержанием цилиндрического эпителия (41,5%). Низкая колонизация слизистой верхних дыхательных путей кокковой флорой (АПЭ – 3,8%) обеспечивается хорошей фагоцитирующей активностью нейтрофилов (ФАН-0,04). Содержание иммуноглобулинов основных классов и активность лизоцима в носо- и ротоглоточном секрете обеспечивали высокую защитную функцию слизистой верхних дыхательных путей.

В группе детей со средним и высоким уровнями заболеваемости в назоцитограмме прогрессивно уменьшалось количество ЦЭ ($P < 0,05$), повышалось содержание нейтрофилов ($P < 0,01$; $0,001$) и увеличивалась обсемененность слизистой верхних дыхательных путей кокковой флорой ($P < 0,001$). В группе детей со средним и высоким уровнями заболеваемости отмечалось падение концентрации SIgA ($P < 0,05$; $P < 0,001$) и ферментативной активности лизоцима в слюне и назальном секрете ($P < 0,05$; $P < 0,001$). Количество IgG в секретах повышалось достоверно у детей с высоким уровнем заболеваемости ($P < 0,05$). Анализ цитограммы назального секрета у детей 4-6 лет показал, что у дошкольников с низким уровнем заболеваемости 1/3 клеток была представлена цилиндрическим эпителием, половина - плоским эпителием, 17,12% составляли нейтрофилы с высокой функциональной активностью (0,09). У детей с высоким уровнем заболеваемости система клеточной защиты верхних дыхательных путей имела определенные особенности: общие цитограммы содержали преимущественно клетки плоского эпителия и нейтрофилы с повышенной обсемененностью слизистых кокковой флорой ($p < 0,01$), однако регистрировалось выраженное угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов, что указывает на несостоятельность неспецифических факторов защиты. В группах детей со средним и высоким уровнями за-

Таблица 3.7

Характеристика факторов защиты назального и ротоглоточного секрета у детей в возрасте 2-3 лет в зависимости от уровня заболеваемости ($M \pm m$)

Показатели	Группы обследованных детей					
	Уровень заболеваемости			Достоверность различий		
	Низкий уровень, Р 0-25 (n=105)	Средний уровень, Р 25-75 (n=102)	Высокий уровень, Р 75-100 (n=176)	Р 1-2	Р 1-3	Р 2-3
Общая цитограмма, %						
ЦЭ	41,3±2,12	35,12±2,15	29,50±1,21	<0,05	<0,01	<0,05
ПЭ	38,18±3,12	39,95±3,20	34,75±3,12	>0,01	>0,01	>0,01
Н	18,20±1,39	22,32±1,13	29,53±1,72	<0,05	<0,001	<0,01
Э	1,52±0,15	2,61±0,28	3,10±0,32	>0,05	<0,001	>0,01
Л	0,80±0,15	2,00±0,22	2,12±0,10	<0,001	<0,001	>0,05
ФАН	0,04±0,01	0,02±0,009	0,01±0,008	>0,05	<0,05	>0,01
АПЭ	3,80±0,32	6,6±0,38	9,20±0,62	<0,001	<0,001	<0,001
S Ig A назального секрета, г/л	0,21±0,01	0,18±0,01	0,15±0,009	<0,05	<0,001	<0,01
Ig A назального секрета, г/л	0,16±0,008	0,15±0,01	0,13±0,007	>0,05	<0,01	>0,05
Ig G назального секрета, г/л	0,03±0,001	0,04±0,001	0,06±0,001	>0,05	<0,05	>0,05
S Ig A слюны, г/л	0,19±0,01	0,15±0,005	0,13±0,005	<0,01	<0,001	<0,01
Ig A слюны, г/л	0,15±0,01	0,14±0,01	0,12±0,006	>0,05	<0,05	>0,05
Ig G слюны, г/л	0,03±0,003	0,04±0,004	0,05±0,003	>0,05	<0,05	>0,05
Лизоцим назального секрета, г/л	66,34±2,52	59,19±1,91	52,15±1,82	<0,05	<0,001	<0,01
Лизоцим слюны, г/л	62,65±2,14	55,53±2,05	49,58±1,74	<0,05	<0,001	<0,05

Таблица 3.8

Характеристика факторов защиты назального и ротоглоточного секрета у детей в возрасте 4-6 лет в зависимости от уровня заболеваемости ($M \pm m$) ($M \pm m$)

Показатели	Группы обследованных детей					
	Уровень заболеваемости			Достоверность различий		
	Низкий уровень, Р 0-25 (п=105)	Средний уровень, Р 25-75 (п=102)	Высокий уровень, Р 75-100 (п=176)	Р 1-2	Р 1-3	Р 2-3
Общая цитограмма, %						
ЦЭ	30,50±2,10	30,51±2,91	19,10±2,14	>0,05	<0,001	<0,001
ПЭ	50,56±3,25	43,29±4,21	36,17±3,16	>0,05	<0,01	>0,05
Н	17,12±1,24	22,36±1,62	32,07±2,81	<0,01	<0,001	<0,01
Э	1,07±0,25	2,52±0,25	4,51±0,42	<0,001	<0,001	<0,001
Л	0,82±0,15	1,32±0,25	1,82±0,25	>0,05	<0,001	>0,01
ФАН	0,09±0,01	0,05±0,01	0,02±0,004	<0,01	<0,001	<0,01
АПЭ	4,10±0,32	8,72±0,51	12,62±1,20	<0,001	<0,001	<0,01
S Ig A назального секрета, г/л	0,22±0,01	0,19±0,009	0,17±0,01	<0,05	<0,01	>0,05
Ig A назального секрета, г/л	0,19±0,01	0,16±0,01	0,14±0,007	<0,05	<0,001	>0,05
Ig G назального секрета, г/л	0,03±0,001	0,04±0,002	0,06±0,001	>0,05	<0,05	<0,01
S Ig A слюны, г/л	0,20±0,005	0,18±0,008	0,14±0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Ig A слюны, г/л	0,15±0,01	0,14±0,009	0,09±0,005	<0,05	<0,001	<0,001
Ig G слюны, г/л	0,03±0,005	0,04±0,005	0,05±0,007	>0,001	<0,05	>0,05
Лизоцим назального секрета, г/л	65,20±2,52	58,90±1,73	52,92±2,21	<0,05	<0,001	<0,05
Лизоцим слюны, г/л	61,65±2,40	54,32±2,11	49,12±1,36	<0,05	<0,001	<0,05

Таблица 3.9

Характеристика факторов защиты назального и ротоглоточного секрета у детей в возрасте 7-10 лет в зависимости от уровня заболеваемости ($M \pm m$) ($M \pm m$)

Показатели	Группы обследованных детей					
	Уровень заболеваемости			Достоверность различий		
	Низкий уровень, P_{0-25} (n=105)	Средний уровень, P_{25-75} (n=102)	Высокий уровень, P_{75-100} (n=176)	P_{1-2}	P_{1-3}	P_{2-3}
Общая цитограмма, %						
ЦЭ	31,22±1,50	26,28±1,21	16,52±1,45	<0,05	<0,001	<0,001
ПЭ	49,35±2,23	50,05±3,20	46,48±2,52	>0,05	>0,05	>0,05
Н	16,57±1,11	21,32±1,56	28,25±1,71	<0,05	<0,001	<0,01
Э	1,03±0,12	1,15±0,15	3,23±0,12	>0,05	<0,001	<0,01
Л	1,83±0,22	1,20±0,13	1,52±0,21	<0,05	>0,05	>0,05
ФАН	0,06±0,008	0,04±0,005	0,01±0,005	<0,05	<0,001	<0,01
АПЭ	2,60±0,92	6,95±1,23	15,50±2,30	<0,01	<0,001	<0,001
S Ig A назального секрета, г/л	0,23±0,01	0,20±0,01	0,17±0,01	<0,05	<0,001	<0,05
Ig A назального секрета, г/л	0,18±0,01	0,17±0,008	0,14±0,009	>0,05	<0,05	<0,05
Ig G назального секрета, г/л	0,03±0,001	0,04±0,002	0,05±0,001	<0,001	<0,001	<0,001
S Ig A слюны, г/л	0,22±0,008	0,19±0,01	0,16±0,01	<0,01	<0,001	<0,05
Ig A слюны, г/л	0,15±0,01	0,14±0,01	0,09±0,005	>0,05	<0,001	<0,001
Ig G слюны, г/л	0,04±0,005	0,03±0,005	0,06±0,005	>0,05	<0,01	<0,001
Лизоцим назального секрета, г/л	62,26±2,15	56,17±1,35	44,32±1,11	<0,01	<0,001	<0,001
Лизоцим слюны, г/л	60,17±2,15	52,13±2,19	42,15±2,25	<0,05	<0,001	<0,01

болеваемости регистрировалось резкое падение в секретах SIgA ($P<0,05$; $P<0,01$), IgA ($P<0,05$; $P<0,01$), активности мурамидазы ($P<0,05$; $P<0,01$) и повышение синтеза IgG.

В наноцитограммах детей 7-10 лет с низким уровнем заболеваемости преобладал цилиндрический эпителий по сравнению с группами детей со средним и высоким уровнями заболеваемости ($p<0,001$), что, безусловно, благоприятно сказывалось на состоянии мукоцилиарного клиренса слизистых верхних дыхательных путей (Рис.3.3). Неспецифические факторы защиты представлены у данной группы детей достаточным количеством нейтрофилов с высокой функциональной их активностью по сравнению с детьми со средней и высокой уровнями заболеваемости ($p<0,05$, $p<0,001$). У детей с высоким уровнем заболеваемости в наноцитограммах отмечалась выраженная обсемененность слизистых верхних дыхательных путей кокковой флорой ($p<0,01$, $p<0,001$) и нарастала аллергизация слизистой носа по сравнению с детьми со средним и низким уровнем заболеваемости ($p<0,01$, $p<0,001$). У школьников 7-10 лет концентрация иммуноглобулинов (рис.3.4) и активность лизоцима в секретах при низком уровне заболеваемости соответствовали возрастной динамике развития местных и неспецифических факторов защиты слизистых (167). Неспецифические и специфические факторы защиты слизистой верхних дыхательных путей у детей с высоким уровнем заболеваемости повторяли тенденции детей младших возрастных групп: снижены SIg A ($P<0,05$; $P<0,01$), IgA ($P<0,05$), активность лизоцима ($P<0,05$; $P<0,01$) и достоверное повышение IgG ($P<0,01$; $P<0,001$) по сравнению с детьми с низким уровнем заболеваемости. Таким образом, повышение уровня острой заболеваемости у детей сопровождалось угнетением неспецифических факторов защиты. Низкая резервная возможность гуморальной вена слизистой оболочки на фоне повышенного инфекционного индекса свидетельствовала о незрелости иммунной системы данных детей (поздно гартующие дети). Постоянный контакт «организованных» детей

Характеристика цитологических показателей
детей в зависимости от уровня
заболеваемости

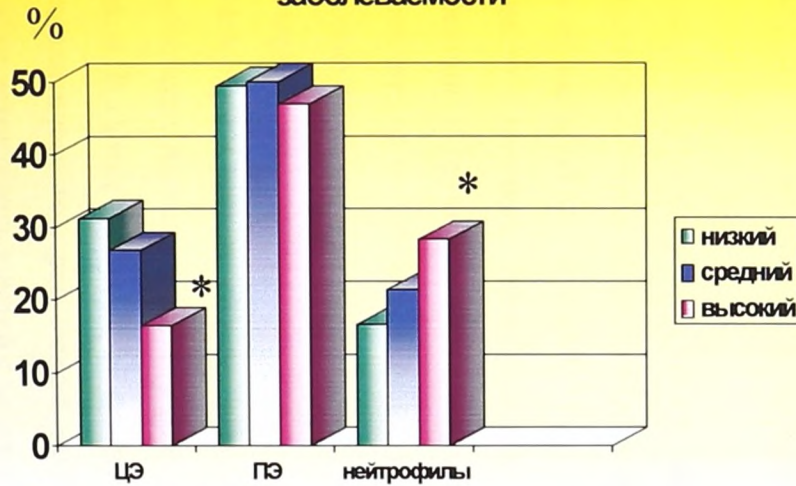


Рис.3.3 Показатели назоцитогаммы у детей в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания (%)

Характеристика местного иммунитета у
детей в зависимости от уровня
заболеваемости

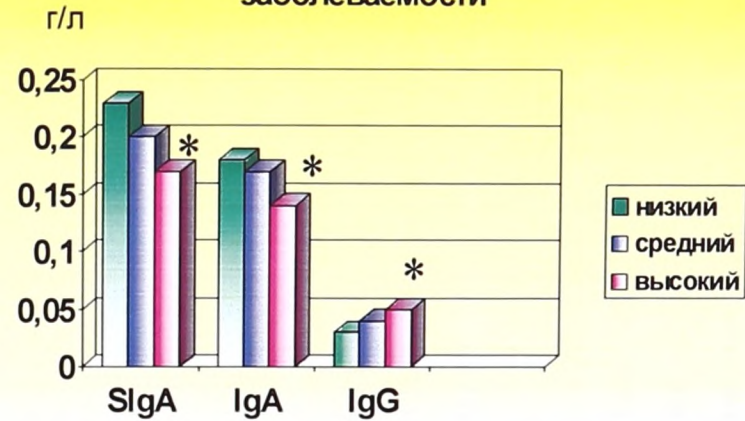


Рис.3.4 Концентрация иммуноглобулинов в секретах при разных уровнях заболеваемости острой патологией органов дыхания у детей (г/л)

внутри коллектива, обеспечивающий возможности заражения, взаимозависимость микробного биоценоза слизистой носоглотки и местных факторов защиты побудили нас изучить состояние микробной флоры у детей дошкольного и школьного возраста в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания.

3.4. Микробиоциноз полости носа и глотки у «организованных» детей г. Кемерово с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Состояние микробиоциноза полости носа и глотки у детей представлены в таблице 3.10. При низком уровне заболеваемости патогенная микрофлора не выделялась. Преобладающей флорой в полости носа у детей с низким и средним уровнями заболеваемости являлся *Staphylococcus aureus*, причем с возрастом процент высеваемости его увеличился, что, вероятно, связано с расширением круга общения детей, когда микроорганизм передается от носителя другому лицу. Значительное количество стафилококка в полости носа объясняется тем, что данный микроорганизм, являясь факультативным анаэробом, именно там находит подходящие условия для существования.

Из глотки у детей со средним уровнем заболеваемости в значительном количестве высевался β -гемолитический стрептококк. Несмотря на то, что у этих детей он не вызывал заболеваний, существует опасность его передачи от носителя часто болеющим детям, у которых он может способствовать развитию инфекции. В группе детей с низким и средним уровнями заболеваемости высевались из глотки высевались α -гемолитический стрептококк и нейсерии, которые по данным различных источников информации относят к нормальной микрофлоре глотки.

Из полости носа у всех детей с высоким уровнем заболеваемости высевался *Staphylococcus Aureus* от 29,56% у детей 2-3 лет до 55,77% у младших школьников. В глотке у этих детей содержалось значительное количество α - и β -гемолитического стрептококка, грибы рода *Candida* - *Candida albicans*, которые не встречались у детей с низким уровнем заболеваемости.

Преобладающей флорой носоглотки у детей г. Кемерово с низким и высоким уровнями заболеваемости являлся золотистый стафилококк, что соответствует данным М.Р. Богомильского (2000), согласно которым у большинства дошкольников г. Москвы высевался из глотки золотистый стафилококк. В Новосибирске преимущественным микроорганизмом, высеваемым из отделяемого носоглоточной миндалины оказался также *Staphylococcus Aureus* (67,6%) (129). Патогенная флора у детей г. Кемерово была представлена β -гемолитическим стрептококком от $12,50 \pm 2,49\%$ в 2-3 года до $28,34 \pm 2,57$ в 4-6 лет и $35,47 \pm 3,36\%$ в 7-10 лет (рис.3.5,3.6). Грибы рода *Candida* выделены из глотки лишь у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания. Мы согласны с мнением исследователей о том, что *Candida albicans* выделяют чаще у больных с хронической патологией глотки (32,62). У детей с высоким уровнем заболеваемости микробные ассоциации были представлены: в 20% случаев сочетанием четырех микроорганизмов (*Staphylococcus Aureus*, α -, β -гемолитический стрептококк, нейсерии), 40,65% - трёх микроорганизмов (*Staphylococcus Aureus*, α - и β -гемолитический стрептококк), в 20% случаев - двух микроорганизмов (*Staphylococcus Aureus* и α -гемолитический стрептококк).

Таким образом, клинико-анамнестические различия, особенности микробиоценоза и местных факторов защиты слизистой верхних дыхательных путей детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания диктуют необходимость дифференцированного подхода к вопросам профилактического лечения и реабилитации «организованных» детей.

3.5. Хламидийная инфекция у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

Одной из особенностей заболеваемости детей является широкое распространение хламидиоза. Проведено изучение распространенности и особенностей течения хламидийной инфекции у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

**β-гемолитический стрептококк
носоглотки у детей в зависимости от
уровня заболеваемости**

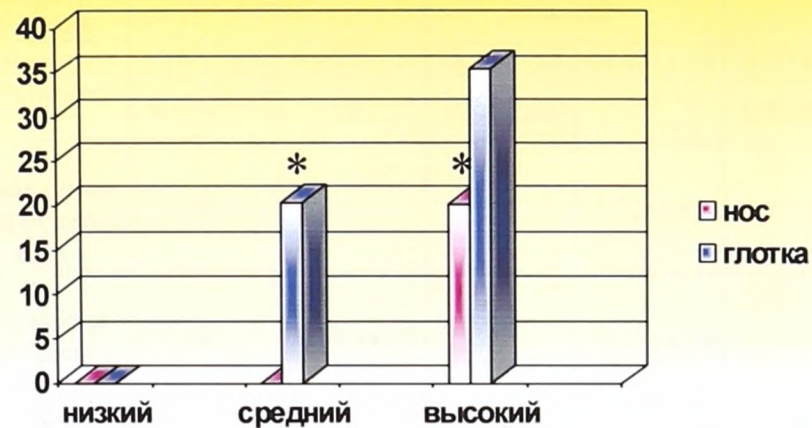


Рис.3.5 β -гемолитического стрептококк носо- и ротоглотки у детей в зависимости от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания (%) (* - $p<0,001$)

**β-гемолитический стрептококк у детей в
зависимости от возраста при высоком
уровне заболеваемости**

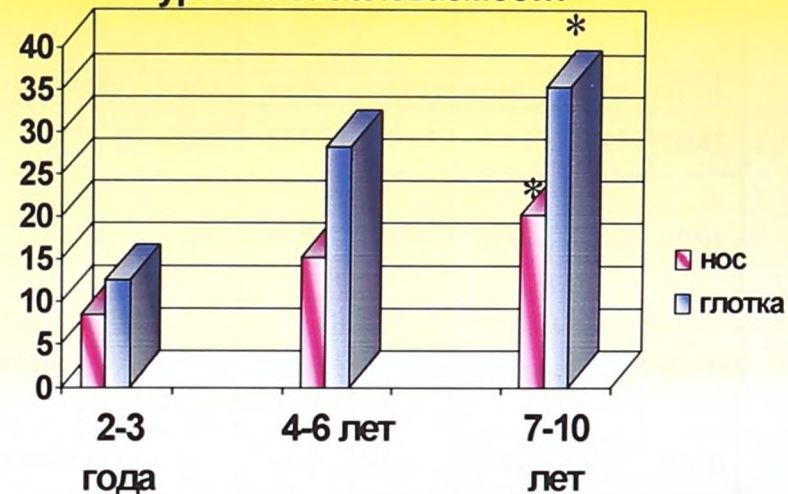


Рис.3.6. β -гемолитический стрептококк носо- и ротоглотки у детей в зависимости от возраста и уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания (%) (* - $p<0,001$)

Таблица 3.10

**Сравнительная характеристика микробного пейзажа носоглотки у детей в зависимости от уровня
заболеваемости ($M \pm m$)**

Микроорга- низмы 10 ⁵	Группы обследованных детей											
	Уровень заболеваемости						Достоверность различий					
	Низкий (P_1)		Средний (P_2)		Высокий (P_3)		P 1-2		P 1-3		P 2-3	
	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка
Возраст 2-3 года	N=105		N=102		N=176							
Staph. Aureus	10,47±2,99	8,57±2,73	18,63±3,85	16,67±3,69	29,55±3,44	23,29±3,19	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,05	>0,05
Staph.Epiderm idis	8,57±2,73	0	9,80±2,94	0	9,09±2,17	0	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05
β- гемолитиче- ский стрепто- кокк	0	0	0	3,92±1,92	8,52±2,10	12,50±2,49	>0,05	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
α- гемолитиче- ский стрепто- кокк	0	22,86±4,10	0	36,27±4,76	0	47,16±3,76	>0,05	<0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Candida albicans	0	0	0	0	0	8,28±2,08	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Nesseria	2,86±1,63	10,47±2,99	3,92±1,91	11,76±3,19	3,41±1,37	14,30±2,63	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Возраст 4-6	N=103		N=107		N=307							
Staph. Aureus	23,30±4,17	18,45±3,82	33,64±4,57	16,82±3,62	36,16±2,74	22,15±2,37	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Staph.Epiderm idis	12,62±3,27	0	13,08±3,26	0	13,03±1,92	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
β- гемолитиче- ский стрепто- кокк	0	0	0	15,89±3,53	15,31±2,05	28,34±2,57	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01

Продолжение таблицы 3.10

Микроорга- низмы 10s	Группы обследованных детей											
	Уровень заболеваемости						Достоверность различий					
	Низкий (P ₁)		Средний (P ₂)		Высокий (P ₃)		P 1-2		P 1-3		P 2-3	
	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка	нос	глотка
Возраст 4-6	N=103		N=107		N=307							
α- гемолитиче- ский стрепто- кокк	0	26,21±4,33	0	41,12±4,76	7,17±1,47	54,07±2,84	>0,05	<0,05	<0,01	<0,001	<0,01	<0,05
Candida albicans	0	0	0	0	0	28,01±2,56	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Nesseria	2,91±1,66	12,62±3,27	4,67±2,04	24,3±4,15	3,26±1,01	13,31±2,06	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Возраст 7-10	N=110		N=113		N=203							
Staph. Aureus	38,18±4,63	12,73±3,18	61,06±4,59	28,32±4,29	55,18±3,49	43,35±3,48	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05	<0,01
Staph.Epiderm idis	15,45±3,45	0	16,81±3,52	0	16,26±2,59	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
β- гемолити- ческий стрептококк	0	0	0	20,35±3,78	20,20±2,82	35,47±3,36	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
α- гемолитиче- ский стрепто- кокк	0	4,55±1,99	0	17,7±3,6	0	21,18±2,87	>0,05	<0,05	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05
Candida albicans	0	0	0	0	0	36,45±3,38	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Nesseria	2,73±1,55	14,55±3,36	8,85±2,67	38,05±4,57	7,94±2,68	20,20±2,82	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01

Нами проанализированы данные динамического наблюдения за 464 детьми в возрасте от 2 до 11 лет, обследованных в лаборатории генетической консультации ОКБ №1 г. Кемерово на наличие хламидийной инфекции. Из 464 детей хламидиоз диагностирован у 116 человек. У всех пациентов с хламидиозом отмечены явления поражения респираторного тракта. Данные клинического обследования приведены в таблице № 3.11.

Таблице 3.11.

**Клинические и лабораторные данные у детей с заболеваниями
респираторного тракта**

Симптомы и результаты обследования	Основная группа (n=116)		Контрольная группа (n=100)	
	Абс.	%	Абс.	%
Гипертрофия глоточной миндалины II степени	69	59,48	40	40,0
Затрудненное носовое дыхание	78	67,24	36	36,0
Генерализованная лимфаденопатия	78	67,24	10	10,0
Лейкоцитоз	74	63,79	4	4,0
Ускоренное СОЭ	72	62,06	18	18,0
Снижение лизоцима в назальном секрете	102	87,93	35	35,0
Снижение SIgA в назальном секрете	100	86,20	34	34,0

У детей, инфицированных хламидиями (I группа – 116 человек), клинические симптомы и лабораторные данные существенно отличались от обследования пациентов без лабораторных признаков активного хламидиоза (II контрольная группа – 100 человек). У детей I группы достоверно чаще выявлялась гипертрофия носоглоточной миндалины II степени (59,48%), тогда как во второй группе эту патологию имели 40,0% детей. Частым симптомом аденоидита было затрудненное носовое дыхание, которое регистрировалось у 2/3 детей I группы, что в 2 раза превышало количество детей с

данным симптомом во II группе. У 67,24% человек, страдающих хламидиозом отмечена генерализованная лимфаденопатия. У детей II группы этот симптом встречался лишь у каждого десятого ребенка. Существенные различия определялись при лабораторном обследовании наблюдавшихся детей: ускоренная СОЭ выявлена более чем у половины детей основной и у 1/5 детей контрольной группы. Лейкоцитоз диагностирован у 63,79% инфицированных хламидиями, и только у 4% обследованных без признаков хламидиоза. У детей I группы содержание лизоцима, SIgA в назальном секрете снижено в 2 раза по сравнению с детьми контрольной группы. У инфицированных хламидиями выявлена высокая степень корреляции между возрастом и величиной среднего титра IgG –антител к хламидиям. Диагностические титры специфических антител к хламидиям достоверно чаще регистрировались у пациентов в возрасте 2-3 года, у детей младше 6 лет средний титр IgG антител оказался выше, чем у младших школьников (соответственно 1:61 и 1:41). Изучение амбулаторных карт позволило установить, что у детей, страдающих хламидиозом, достоверно чаще диагностировались ОРВИ (в среднем 7 случаев за последний год, а в контрольной группе 3,8 случаев в год). При этом в подавляющем большинстве ОРВИ имело длительное, свыше 10 дней, течение и нередко осложнялось средним отитом, синуситом, обструктивным бронхитом, пневмонией. Всем детям из I группы назначалась антибактериальная терапия 3-5 раз за последний год до проведенного обследования, с использованием бета-лактамов (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины I-II генерации). Макролиды назначались лишь 15% больным (эритромицин, макропен), продолжительность их курсового применения не превышала 7 дней.

Таким образом, большинству инфицированных хламидиями не проводилась этиотропная терапия. Результаты проведенного исследования указывали на высокую распространенность хламидийной инфекции среди детей от 2 до 11 лет, причем чаще хламидиозом страдали дети первых трех лет жизни. Наиболее высокие титры IgG антител к хламидиям отмечены у детей

до 6 лет. У детей, страдающих хламидиозом отмечено менее благоприятное течение заболеваний верхних дыхательных путей с тенденцией к хронизации, характерны ускоренная СОЭ и лейкоцитоз. Все это диктует необходимость широкого проведения обследования на наличие хламидиоза в первую очередь детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания, с хронической ЛОР-патологией протекающей с осложнениями и длительно.

3.6. Прогнозирование риска развития гипертрофии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита у детей

Для составления индивидуальной программы профилактики и реабилитации нами был использован метод прогнозирования риска развития гипертрофии носоглоточной миндалины и аденоидита у детей.

На первом этапе наблюдаемые дети распределялись на две группы: I группа - 100 детей с хроническим аденоидитом на фоне гиперплазии носоглоточной миндалины II степени, II группа - 100 здоровых детей. Рассчитывалась вероятность появления той или иной группы факторов в обеих сравниваемых группах (таблица 3.12). На втором этапе определялись коэффициенты отношения правдоподобия (К), которые рассчитывались по всем факторам риска развития аденоидов. Эти коэффициенты отношения правдоподобия говорили о том, насколько вероятно развитие аденоидов по сравнению с вероятностью их отсутствия.

На III этапе после определения коэффициентов отношения правдоподобия по факторам риска развития аденоидов, была создана оценочная таблица для индивидуального прогнозирования (таблица 3.13). Для определения комплексной оценки риска развития аденоидов в каждом отдельном случае перемножались соответствующие коэффициенты отношения правдоподобия. Вероятность развития аденоидов соответствовала 3 интервалам:

Группа благоприятного прогноза от $-3,55$ до $-0,98$

Группа повышенного внимания от $-0,97$ до $1,59$

Группа неблагоприятного прогноза от 1,60 до 4,16

Учитывая, что факторы неравнозначно влияют на вероятность развития аденоидов у детей, необходимо оценить “вес” каждого фактора, для чего применялся метод нормированных интенсивных показателей (НИП). В качестве нормирующего показателя принимался процент аденоидов во всей группе обследуемых. НИП для каждого фактора риска определяли отношением процента патологии у лиц с наличием конкретного фактора к общему нормирующему показателю, указанному выше. После расчета НИП по всем факторам, отобранным для комплексной оценки, была создана таблица, состоящая из факторов и их градаций и соответствующих им НИП (таблица 3.14).

Для определения комплексной оценки перемножали соответствующие НИП и таким образом определяли в каждом конкретном случае возможность развития аденоидов.

Степень риска развития гипертрофии аденоидной ткани и аденоидита учитывалась при составлении индивидуальных оздоровительных программ.

Таблица 3.12

Расчет основных параметров по риску развития гипертрофии носоглоточной миндалины

Параметры		Дети с хр. аденоидами		Здоровые		Ко.п.	LgKo.п	ВИФ	НИП
		Абс.	P1	Абс.	P2	P1:P2		Ко.п.max/Ко.п.min	
Возраст	2-3	36	0,36	38	0,38	0,95	-0,02	4,08	0,74
	4-6	42	0,42	55	0,55	0,76	-0,12		0,97
	7-10	22	0,22	7	0,07	3,1	0,49		0,29
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Вскармливание	Искусственное	59	0,59	52	0,52	1,13	0,05	1,33	1,11
	Естественное	41	0,41	48	0,48	0,85	-0,07		0,89
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Анемия	Да	63	0,63	42	0,42	1,5	0,18	2,34	1,05
	Нет	37	0,37	58	0,58	0,64	-0,19		0,95
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Заболеваемость ОРВИ >4 раз в год	Да	86	0,86	18	0,18	4,78	0,68	28,12	1,04
	Нет	14	0,14	82	0,82	0,17	-0,77		0,96
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Насморк более 2 недель	Да	89	0,89	21	0,21	4,2	0,62	30	1,10
	Нет	11	0,11	79	0,79	0,14	-0,85		0,90
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0

Продолжение таблицы 3.12

Параметры		Дети с хр. аденоидами		Здоровые		Ко.п.	LgКо.п	ВИФ	НИП
		Абс.	P1	Абс.	P2	P1:P2		Ко.п.max/Ко.п.min	
Отягощ. наследст. по заболеванию лимфоглоточного кольца	Да	37	0,37	8	0,08	4,63	0,67	6,8	0,45
	Нет	63	0,63	92	0,92	0,68	-0,17		1,55
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Неблагоп. аллергол. фон	Да	68	0,68	36	0,36	1,33	0,12	1,64	1,04
	Нет	32	0,32	64	0,64	0,81	-0,09		0,96
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Нейтрофилы в назоцитограммах,%	Более 19%	49	0,49	22	0,22	2,23	0,35	3,43	0,71
	N 18-19%	51	0,51	78	0,78	0,65	-0,19		1,29
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
Лизоцим назального секрета,%	Менее 66	19	0,19	75	0,75	0,25	-0,6	12,96	0,94
	N 66-74%	81	0,81	25	0,25	3,24	0,5		1,06
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0
SigA назального секрета г/л	Менее 18	20	0,20	78	0,78	0,26	-0,6	14	0,98
	N 18-23	80	0,80	22	0,22	3,64	0,6		1,02
Всего		100	1,0	100	1,0				2,0

Таблица 3.14

Таблица для комплексной индивидуальной оценки риска развития аденоидов по 9 факторам

[illegible]

Таблица 3.15

Таблица для комплексной оценки риска развития аденоидов по 9 факторам

№1	lg Ко.п.	№2	lg Ко.п.	№3	lg Ко.п.	№4	lg Ко.п.	№5	lg Ко.п.	№6	lg Ко.п.	№7	lg Ко.п.	№8	lg Ко.п.	№9	lg Ко.п.	№10	lg Ко.п.
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10
1-3,5	-0,02	А	0,05	да	0,18	да	0,68	да	0,62	да	0,67	Да	0,12	да	0,35	N	-0,6	N	-0,6
4-6,5	-0,12		В	-0,79	нет	-0,19	нет	-0,77	нет	-0,85	-0,17	Нет	-0,09	нет	-0,19	<N	0,5	<N	0,6
7-9	0,49																		

Пояснение к таблице № 3.12; 3.13; 3.14

№1-возраст

№2-вид вскармливания (А-искусственное, В-естественное)

№3-анемия

№4- заболеваемость ОРВИ > 4 раз в год

№5-длительный насморк

№6-отягощённая наследственность по патологии лимфоглоточного кольца

№7-неблагоприятный аллергологический фон пациента

№8- повышение нейтрофилов в назоцитограммах (n=18-19%)

№9-лизоцим (n=66-74%) №10-SIgA (n= 0,18-0,22г/л)

ГЛАВА IV. ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕЙ, СТРУКТУРНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ТИПА РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

4.1. Состояние общей и структурной тревожности у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Тревога появляется в ожидании трудно прогнозируемого и угрожающего неприятными последствиями события, и представляет собой предчувствие опасности, состояние беспокойства (95). Ситуативная тревожность при сохраняющемся стрессогенном воздействии становится устойчивой чертой личности. Нами изучены характер и выраженность общей и локальной тревоги у детей с разными уровнями заболеваемости острой патологией органов дыхания. Высокий уровень тревожности зарегистрирован уже у детей 5-6-летнего возраста, когда школьный фактор ещё не имел значения (таблица 4.1).

У большинства детей дошкольного возраста с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания уровень личностной тревожности был выше 50 баллов ($p < 0,001$). Установлена тенденция увеличения числа высокотревожных детей к 6 годам (от $54,69 \pm 6,2\%$ до $64,62 \pm 5,9\%$).

Среди детей школьного возраста изучена зависимость отдельных параметров ситуационной тревожности от уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания (таблицы 4.2; 4.3; 4.4).

Большинство младших школьников с низким уровнем заболеваемости эмоционально благополучны. В группе детей со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания каждый третий ребенок становился высокотревожным. На фоне высокого уровня заболеваемости повышалась психологическая дезадаптированность ребенка, выраженность которой увеличивалась с возрастом. Так, к 9-10 годам отмечалось достоверное увеличение числа детей с учебной ($p < 0,05$), самооценочной ($p < 0,05$), межличностной ($p < 0,05$) тревогой.

Таблица 4.1

Уровень тревожности у детей дошкольного возраста (по методике Теммла-Дорки) с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Уровень тревожности в баллах		Уровень заболеваемости					
		Низкая (P ₁)		Средняя (P ₂)		Высокая (P ₃)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
5 лет	Высокий (>50)	9	18,0±5,4	22	36,07±6,1	35	54,69±6,2
	Средний (20-50)	41	82,0±5,4	39	63,93±6,1	28	43,75±6,2
	Низкий (<20)	0		0		1	1,56±1,5
	Итого	50		61		64	
	P ₁ -P ₂	P<0,001		P<0,001		P>0,05	
	P ₂ -P ₃	-		-		P<0,001	
	P ₁ -P ₃	-		-		P<0,001	
6 лет	Высокий (>50)	8	15,10±4,9*	21	36,84±6,4*	42	64,62±5,9*
	Средний (20-50)	45	84,90±4,9*	36	63,18±6,4*	20	30,77±5,7*
	Низкий (<20)	0		0		3	4,61±2,6
	Итого	53		57		65	
	P ₁ -P ₂	P<0,001		P<0,001		P<0,001	
	P ₂ -P ₃	-		-		P<0,001	
	P ₁ -P ₃	-		-		P<0,001	
Всего		103		118		129	

Примечание: достоверность различия уровней тревожности в разных возрастных группах детей: * - P>0,05; ** - P<0,05; P₁-P₂-достоверность различий между низким и средним уровнями заболеваемости; P₁-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями заболеваемости; P₂-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями заболеваемости.

Таблица 4.2

Уровень тревожности по шкале А.М. Прихожан у детей 7-10 лет с низким уровнем заболеваемости

Возраст	Уровень тревожно- сти	Вид тревожности							
		Учебная		Самооценочная		Межличностная		Суммарный показатель	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
N=162									
7 лет	Высокий (P ₁)	3	9,68±5,3	1	3,23±3,1	2	6,45±4,4	2	6.45±4,4
	Средний (P ₂)	28	90.32±5.3	30	96.77±3,1	28	90,32±5.3	28	90.32±5.3
	Низкий (P ₃)	-		-		1	3,23±3,1	1	3,23±3.1
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		-		-		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		-		-		P>0,05		P>0,05
N=37									
8 лет	Высокий (P ₁)	3	8,11±4,5*	2	5,41±3,6*	3	8,11±4,5*	2	5,41±3.6*
	Средний (P ₂)	34	91,89±4,5*	34	91,89±4,5*	33	89,19±5,1*	34	91.89±4.5*
	Низкий (P ₃)	-		1	2,70±2,6	1	2,70±2,6*	1	2,70±2,6*
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		-		-		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		-		-		P>0,05		P>0,05
N=38									
9 лет	Высокий (P ₁)	1	2,63±2,7*	2	5,26±3,5*	2	5,26±3,5*	1	2,63±2,8*
	Средний (P ₂)	36	94,74±3,6*	35	92,11±4,4*	35	92,11±4,4*	36	94,74±3,6*
	Низкий (P ₃)	1	2.63±2,7	1	2.63±2,7	1	2,63±2,7*	1	2,63±2,7*
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		P>0,05		P>0,05		P>0,05		P>0,05
N=41									
10 лет	Высокий (P ₁)	3	7,32±4,1*	3	7,32±4,1*	3	7,32±4,1*	3	7,32±4,1*
	Средний (P ₂)	38	92,68±4,1*	37	90,24±4,6*	37	90,24±4,6*	37	90,24±4,6*
	Низкий (P ₃)	-		1	2,44±2,4*	1	2,44±2,4*	1	2,44±2,4*
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		-		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		-		P>0,05		P>0,05		P>0,05

Примечание: Достоверность различия в разных возрастных группах детей: * P>0,05; ** P<0,05; P₁-P₂ достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; P₁-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности P₂-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности.

Таблица 4.3

Уровень тревожности по шкале А.М. Прихожан у детей 7-10 лет со средним уровнем заболеваемости

Возраст	Уровень тревожно-сти	Вид тревожности							
		Учебная		Самооценочная		Межличностная		Суммарный по-казатель	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
N=152									
7 лет	Высокий (P ₁)	58	38,16±3,9	56	36,84±3,9	54	35,53±3,9	55	36,18±3,9
	Средний (P ₂)	93	61,18±4,0	94	61,84±3,9	96	63,15±3,9	95	62,50±3,9
	Низкий (P ₃)	1	0,66±0,7	2	1,32±0,9	2	1,32±0,9	2	1,32±0,9
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
N=184									
8 лет	Высокий (P ₁)	65	35,33±3,5*	63	34,24±3,5*	63	34,24±3,5*	65	35,33±3,5*
	Средний (P ₂)	116	63,04±3,6*	117	63,59±3,6*	118	64,13±3,5*	116	63,04±3,6*
	Низкий (P ₃)	3	1,63±0,9*	4	2,17±1,0*	3	1,63±0,9*	3	1,63±0,9*
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
N=192									
9 лет	Высокий (P ₁)	67	34,89±3,4*	65	33,85±3,4*	64	33,33±3,4*	74	38,54±3,5*
	Средний (P ₂)	122	63,54±3,5*	123	64,06±3,5*	125	65,11±3,4*	115	59,90±3,5*
	Низкий (P ₃)	3	1,56±0,9*	4	2,08±1,0*	3	1,56±0,9*	3	1,56±0,9*
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
N=224									
10 лет	Высокий (P ₁)	71	31,69±3,1*	73	32,59±3,1*	72	32,14±3,1*	71	31,6±93,1*
	Средний (P ₂)	151	67,41±3,1*	147	65,63±3,2*	149	66,52±3,2*	150	66,96±3,1*
	Низкий (P ₃)	2	0,89±0,6*	4	1,78±0,9*	3	1,34±0,8*	3	1,34±0,8*
	P ₁ -P ₂		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001

Примечание: Достоверность различия в разных возрастных группах детей: * P>0,05; ** P<0,05; P₁-P₂ достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; P₁-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности P₂-P₃ достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности.

Таблица 4.4

Уровень тревожности по шкале А.М. Прихожан у детей 7-10 лет с высоким уровнем заболеваемости

Возраст	Уровень тревожности	Вид тревожности							
		Учебная		Самооценочная		Межличностная		Суммарный показатель	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
N=162									
7 лет	Высокий (P ₁)	74	45,67±3,9	75	46,29±3,9	77	47,53±3,9	76	46,91±3,9
	Средний (P ₂)	85	52,47±3,9	84	51,85±3,9	83	51,24±3,9	84	51,85±3,9
	Низкий (P ₃)	3	1,86±1,1	3	1,86±1,1	2	1,23±0,9	2	1,23±0,9
	P ₁ -P ₂		P>0,05		P>0,05		P>0,05		P>0,05
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
8 лет	N=130								
	Высокий (P ₁)	67	51,54±4,4*	69	53,08±4,4*	71	54,62±4,4*	70	53,85±4,4*
	Средний (P ₂)	62	47,69±4,4*	60	46,15±4,4*	55	42,30±4,3*	57	43,85±4,4*
	Низкий (P ₃)	1	0,77±0,8*	1	0,77±0,8*	4	3,08±1,5*	3	2,30±1,2*
	P ₁ -P ₂		P>0,05		P>0,05		P>0,05		P>0,05
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001	
9 лет	N=116								
	Высокий (P ₁)	65	56,03±4,4*	74	63,79±4,5**	75	64,66±4,4* *	74	63,79±4,5**
	Средний (P ₂)	49	42,24±4,6*	40	34,48±4,4**	38	32,75±4,4* *	40	34,48±4,4**
	Низкий (P ₃)	2	1,72±1,2*	2	1,72±1,2*	3	2,59±1,3*	2	1,72±1,2*
	P ₁ -P ₂		P<0,05		P<0,001		P<0,001		P<0,001
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001	
10 лет	N=77								
	Высокий (P ₁)	47	61,04±5,7* *	49	63,64±5,5**	48	62,34±5,5* *	48	62,34±5,5**
	Средний (P ₂)	28	36,36±5,5**	26	33,77±5,4**	26	33,77±5,4**	27	35,06±5,4**
	Низкий (P ₃)	2	2,60±1,8*	2	2,60±1,8*	3	3,89±2,2*	2	2,60±1,8*
	P ₁ -P ₂		P<0,01		P<0,001		P<0,001		P<0,01
	P ₂ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001
P ₁ -P ₃		P<0,001		P<0,001		P<0,001		P<0,001	

Примечание: Достоверность различия в разных возрастных группах детей: * P>0,05; ** P<0,05; P₁-P₂ достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; P₁-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности P₂-P₃ достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности.

Динамика состояния тревожности на фоне разного уровня заболеваемости свидетельствовала о том, что уровень заболеваемости является отражением психологического статуса ребенка. Наиболее высокий эмоциональный комфорт отмечался на фоне низкой заболеваемости.

4.2. Уровень соматической патологии у детей в зависимости от вида структурной тревожности

Стрессорное воздействие, испытываемое детьми при поступлении в образовательное учреждение, оказывает повреждающее действие прежде всего на эмоциональную сферу и вегетативную нервную систему, активация которой приводит к дисфункции многих органов и систем. Своевременное выявление функциональных нарушений и коррекция их позволяет предупредить формирование хронических психосоматических заболеваний в подростковом возрасте. Среди эмоциональных причин развития психосоматических заболеваний ведущая роль отводится тревожности.

С целью дифференцированного изучения взаимоотношений между психикой и телом мы проанализировали уровень соматической патологии у 769 учащихся начальных классов в зависимости от вида локальной тревоги.

Структурный анализ заболеваемости в зависимости от эмоционального напряжения, связанного с учебным процессом (таблица 4.5), выявил достоверные различия между детьми с различным уровнем тревоги. Исследование у этих детей учебной тревожности по методу А.М.Прихожан показало преобладание у эмоционально напряженных детей функциональных кардиопатий ($p<0,05$), нарушений осанки ($p<0,01$), диффузного нетоксического зоба ($p<0,05$), атопического дерматита ($p<0,05$). Значительная разница прослеживалась при сравнительном изучении заболеваемости высокотревожных мальчиков и девочек. В группе мальчиков с высоким уровнем учебной тревоги значительно чаще встречались патология ЛОР-органов ($p<0,01$). Преобладающей патологией высокотревожных девочек был диффузный

Таблица 4.5

Соматическая патология у младших школьников в зависимости от уровня учебной тревожности (%)

Нозологические формы	Уровень тревожности										
	высокий			средний			P ₁ -P ₂	низкий			P ₂ -P ₃
	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего		мальчики	девочки	всего	
	Практически здоровые										
	N=1	N=2	N=3	N=27	N=24	N=51		N=4	N=3	N=7	
	1,0±0,99	1,9±1,3	1,5±0,8	10,3±1,9	14,7±2,3	10,4±1,4		12,1±5,7	8,8±4,8	10,4±3,7	
	Дети с соматической патологией, в т.ч.										
N=100	N=103	N=203	N=261	N=231	N=492		N=33	N=34	N=67		
Функ. кардиопатия	51,0±4,9	50,5±4,9	50,7±3,5	33,7±2,9**	47,6±3,3**	40,2±2,2	P<0,05	30,3±8,0	8,8±4,9***	19,4±4,8	P<0,001
Нарушение осанки	42,0±4,9	38,8±4,8	40,4±3,4	31,0±2,8	30,3±3,0	30,7±2,1	P<0,05	15,2±6,2*	47,1±8,6**	31,3±5,7	P>0,05
Сколиоз	3,0±1,7	8,7±2,8	5,9±1,7	5,0±1,3	5,2±1,5	5,1±1,0	P>0,05	15,2±6,2	-	7,5±3,2	P<0,05
Карисес, гингивит	42,0±4,9 30,7±3,4	61,2±4,8* 27,9±3,2	51,7±3,5 29,3±2,3	51,7±4,6 19,1±2,9	52,8±3,3 49,7±3,7	52,2±2,3 28,9±3,4	P>0,05 P>0,05	33,3±8,2 -	58,8±8,4* -	46,3±6,1 -	P>0,05
Аномалия прикуса	3,0±1,7	17,4±3,7**	10,3±2,1	10,0±1,9*	11,7±2,1	10,8±1,4	P>0,05	9,1±5,0	23,5±7,3	16,4±4,5	P>0,05
ЛОР- патология	62,0±4,8	41,7±4,9**	51,7±3,5	47,9±3,0*	50,6±3,3	49,2±2,3	P>0,05	60,6±8,5	23,5±7,3***	41,8±6,0	P>0,05
Гастродуоденит	23,0±4,2	28,2±4,4	25,6±2,6	19,9±2,5	20,3±2,6	20,1±1,8	P>0,05	15,2±6,2	14,7±6,1	14,9±4,4	P>0,05
Дискинезия желчевыводящих путей	21,0±4,1	42,7±4,9**	32,0±3,3	31,0±2,9*	35,1±3,1	32,9±2,1	P>0,05	36,4±8,4	26,5±7,6	31,3±5,7	P>0,05
Гиповитаминоз	15,0±3,4	9,7±2,9	12,3±2,3	14,9±2,2	10,0±2,0	12,6±1,5	P>0,05	27,3±7,8	14,7±6,1	20,9±5,0	P>0,05
Диф. нетоксический зоб	18,0±3,8	29,1±4,5	23,6±2,9	10,7±1,9	10,4±2,0** *	10,6±1,4	P<0,001	15,2±6,2	29,4±7,8**	22,4±5,1	P<0,05
Хр. пиелонефрит	3,0±1,7	7,8±2,6	5,4±1,6	3,1±1,1	7,8±1,8	5,3±1,0	P>0,05	-	-	-	

Продолжение таблицы 4.5

Нозологические формы	Уровень тревожности										
	высокий			средний			P ₁ -P ₂	низкий			P ₂ -P ₃
	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего		мальчики	девочки	всего	
	Практически здоровые										
	N=1	N=2	N=3	N=27	N=24	N=51		N=4	N=3	N=7	
	1,0±0,99	1,9±1,3	1,5±0,8	10,3±1,9	14,7±2,3	10,4±1,4		12,1±5,7	8,8±4,8	10,4±3,7	
	Дети с соматической патологией, в т.ч.										
	N=100	N=103	N=203	N=261	N=231	N=492		N=33	N=34	N=67	
Фимоз, крипторхизм	6,0±2,4	-	3,0±1,2	7,7±1,7	-	4,7±0,9	P>0,05	15,2±6,2	-	7,5±3,2	P>0,05
Паховая, пупочная грыжи	-	9,7±2,9	4,7±1,5	5,7±1,4	3,5±1,2*	4,7±1,0	P>0,05	3,0±3,0	-	1,5±1,5	P<0,01
Субнанизм	9,0±2,9	9,7±2,9	9,4±2,0	11,9±3,5	15,2±2,4	13,4±1,5	P>0,05	15,2±6,2	-	7,5±3,2	P>0,05
Высокорослость	9,0±2,9	4,9±2,1	6,9±1,8	1,1±0,6	1,3±0,7	1,2±0,5	P<0,01	3,0±3,0	11,8±5,5	7,5±3,2	P<0,05
Избыточное питание	6,0±2,4	19,4±3,9•	12,8±2,3	7,3±1,6	12,1±2,1	9,6±1,3	P>0,05	15,2±6,2	23,5±7,3	19,4±4,8	P<0,05
Патология ЦНС	20,0±4,0	17,5±3,7	18,7±2,7	11,9±2,6	21,2±2,7••	16,3±1,7	P>0,05	27,3±7,8	-	13,4±5,6	P>0,05
Железодефицитная анемия	3,±1,7	9,7±2,9	6,4±1,7	3,1±1,1	1,3±0,7**	2,2±0,7	P<0,05	3,0±3,0	-	1,5±1,5	P<0,001
Атопический дерматит	18,0±3,8	11,7±3,2	14,8±2,5	8,8±1,8*	8,7±1,9	8,7±1,3	P<0,01	-	-	-	
Туб. инфициров.	24,0±4,3	27,2±4,4	25,6±3,1	31,0±1,9	28,1±3,0	29,6±1,0	P>0,05	60,6±8,5**	23,5±7,8••	41,8±6,0	P<0,05

Примечание: P₁-P₂ - достоверность различий между высоким и средним уровнем тревожности P₂-P₃ - достоверность различий между низким и средним уровнем тревожности; * - достоверность различия между детьми одного пола; • - достоверность различия между мальчиками и девочками

нетоксический зуб ($p < 0,01$). Личностные переживания девочек, связанные с фактором учебы, отражались дисфункциями желчевыводящих путей в большей степени, чем у мальчиков ($p < 0,01$). У детей с низким уровнем учебной тревожности реже встречалась функциональная кардиопатия, но чаще избыточное питание ($p < 0,001$), тубинфицированность ($p < 0,001$), железодефицитная анемия ($p < 0,001$), высокорослость ($p < 0,001$).

У детей с высокой самооценочной тревожностью по сравнению с эмоционально благополучными детьми достоверно чаще встречались функциональная кардиопатия, нарушение осанки, сколиоз, кариес, хронический пиелонефрит, субнанизм, патология ЦНС, атопический дерматит ($p < 0,001$) (таблица 4.6). Выявлены половые различия: более частая встречаемость у мальчиков функциональной кардиопатии ($p < 0,001$), патологии ЛОР-органов ($p < 0,001$), гингивита ($p < 0,05$), атопического дерматита ($p < 0,01$), эмоционально напряженные девочки чаще имели функциональную патологию желчевыводящих путей ($0,01$) и диффузный нетоксический зуб ($p < 0,05$). В когорте эмоционально благополучных по самооценочной тревоге девочек достоверно чаще по сравнению с мальчиками встречались патология зубов и околозубных тканей ($p < 0,001$), избыточного питания ($p < 0,05$). Неадекватно спокойные дети, являющиеся группой риска по возникновению в дальнейшем высокого уровня тревоги, представлены одинаковыми группами. Среди детей с низкой тревожностью, преобладающей была функциональная кардиопатия ($p < 0,05$), железодефицитная анемия.

Таблица 4.7 отражает соматическую заболеваемость у младших школьников в зависимости от уровня тревоги, вызываемой взаимоотношениями ребенка с окружающими. Преобладающими в группе детей с высокой межличностной тревогой были патология ЛОР-органов ($p < 0,001$), функциональная кардиопатия ($p < 0,001$), нарушения физического развития (избыточное питание, высокорослость), субнанизм ($p < 0,001$). Обращало внимание высокое число тубинфицированных мальчиков

Таблица 4.6

Соматическая патология у младших школьников в зависимости от уровня тревоги самооценки (%)

Нозологические формы	Уровень тревожности в баллах										
	Высокий N=187			Средний N=603			P ₁ -P ₂	Низкий N=33			P ₂ -P ₃
	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего		мальчики	девочки	всего	
	Практически здоровые										
	N=1	N=2	N=3	N=22	N=28	N=50		N=4	N=4	N=8	
	1,1±1,1	2,1±1,5	1,6±0,9	7,8±1,6	10,3±1,8	9,0±1,2		22,2±2,8	57,2±18,7	32±9,3	
	Дети с соматической патологией, в т.ч.										
N=90	N=94	N=184	N=283	N=270	N=553		N=18	N=7	N=25		
Функ.кардиопатия	66,7±5,0	42,6±5,1***	54,3±3,7	31,8±2,8•	47,8±3,0***	39,6±2,1	P<0,01	66,7±11,2	42,8±18,8	60±9,8	P<0,05
Нарушение осанки	47,8±5,3	37,2±4,9	42,4±3,6	30,0±2,7••	12,2±2,0*** •••	21,3±1,7	P<0,001	44,4±11,7	28,6±17,0	40±9,8	P>0,05
Сколиоз	11,1±3,3	-	6,0±1,8	3,5±1,1•	4,4±1,2	3,9±0,8	P<0,05	-	-	-	
Кариес, гингивит	50,0±5,3 46,7±5,3	41,5±5,1 23,4±4,4	45,6±3,7 35,8±3,5	44,9±3,0 15,5±2,1	70,4±2,8*** 44,4±3,0•••	57,3±2,1 29,6±1,9	P<0,05 P>0,05	55,6±11,7 33,3±1,1	42,8±18,7 -	52±10,0 33,3±1,1	P>0,05
Аномалия прикуса	11,1±3,3	5,3±2,3	8,2±2,0	6,0±1,4	20,0±2,4***•••	12,8±1,4	P>0,05	5,5±5,3	-	4,0±3,9	
ЛОР- патология	63,3±5,1	38,3±5,0** *	50,5±3,7	44,9±3,0••	48,9±3,0	46,8±2,1	P>0,05	61,1±11,5	51,7±18,7	60±9,8	P>0,05
Гастродуоденит	15,5±3,8	23,4±4,4*	19,4±2,9	24,0±2,5	17,8±2,3	20,9±1,7	P>0,05	22,2±2,8	14,3±13,2	20±8,0	P>0,05
Дискинезия желчевыводящих путей	22,2±4,4	42,5±5,1**	32,6±3,5	31,8±2,8	34,4±2,9	39,1±2,0	P>0,05	33,3±1,1	28,6±17,0	32±9,3	P>0,05
Гиповитаминоз	22,2±4,4	5,3±2,3**	13,6±2,5	14,1±2,1	15,2±2,2••	14,6±1,5	P>0,05	16,7±8,8	-	16,7±8,8	P>0,05
Диф. неток.зоб	11,1±3,3	25,5±4,5*	18,5±2,9	14,8±2,1	12,9±2,0•	13,9±1,5	P>0,05	11,1±7,4	28,6±17,0	16±7,3	P>0,05
Хр. пиелонефрит	11,1±3,3	-	5,4±1,7	-	8,9±0,8	4,3±0,9	P<0,01	5,6±5,4	-	4,0±3,9	

Продолжение таблицы 4.6

Нозологические формы	Уровень тревожности в баллах										
	Высокий N=187			Средний N=603			P ₁ -P ₂	Низкий N=33			P ₂ -P ₃
	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего		мальчики	дсвочки	всего	
	Практически здоровые										
	N=1	N=2	N=3	N=22	N=28	N=50		N=4	N=4	N=8	
	1,1±1,1	2,1±1,5	1,6±0,9	7,8±1,6	10,3±1,8	9,0±1,2		22,2±2,8	57,2±18,7	32±9,3	
	Дети с соматической патологией, в т.ч.										
N=90	N=94	N=184	N=283	N=270	N=553		N=18	N=7	N=25		
Фимоз, крипторхизм	3,3±1,9	-	1,6±0,9	8,5±1,7•	-	4,3±0,9	P>0,05	-	-	-	
Паховая, пупочная грыжи	7,8±2,8	2,1±1,5	4,9±1,6	2,8±0,9	5,6±1,4	4,2±0,9	P>0,05	-	-	-	
Субнанизм	11,1±3,3	5,3±2,3	8,2±2,0	14,1±2,1	14,8±2,2••	14,5±1,5	P<0,05	11,1±7,4	-	8,0±5,4	P>0,05
Высокорослость	1,1±1,09	3,2±1,8	2,2±1,1	2,8±0,9	3,3±1,1	3,1±0,7	P>0,05	11,1±7,4	14,3±13,8	12±6,5	P>0,05
Избыточное питание	22,2±4,4	8,5±2,9*	15,2±2,6	2,5±0,9•••	17,8±2,3***•	9,9±4,1	P>0,05	11,1±7,4	28,6±17,0	16±7,3	P>0,05
Патология ЦНС	25,6±4,6	13,8±3,6*	19,6±2,9	14,1±2,1	22,2±2,5*	18,0±1,7	P<0,001	16,7±8,8	14,3±13,2	15,5±7,3	P<0,001
Железодефицитная анемия	3,3±1,9	2,1±1,5	2,7±1,2	2,5±0,9	3,3±1,1	2,9±0,7	P>0,05	55,6±11,7•••	-	40,0±9,8	P<0,001
Атоп. дерматит	18,9±4,1	6,4±2,5*	12,5±2,4	3,2±1,0•••	5,6±1,4	4,3±0,9	P<0,01	11,1±7,4	14,3±13,2	12±6,5	P>0,05
Туб. инфицир.	38,9±5,1	30,8±4,8	34,8±3,5	30,7±2,7	24,4±2,6	27,7±1,9	P>0,05	33,3±1,1	28,6±17,0	32±9,3	P>0,05

Примечание: P₁-P₂ - достоверность различий между высоким и средним уровнями тревожности P₂-P₃ - достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; - - достоверность различия между детьми одного пола; * - достоверность различия между мальчиками и девочками

Таблица 4.7

Состояние здоровья детей с разным уровнем межличностной тревожности (%)

Нозологические формы	Уровень тревожности в баллах										
	высокий			средний			P ₁ -P ₂	низкий			P ₂ -P ₃
	мальчи- ки	девочки	всего	мальчики	девочки	всего		мальчики	девочки	всего	
	Практически здоровые										
	1,1±0,8	0,5±0,5	0,26±0,26	13,8±2,5	13,8±2,6	13,8±1,8		50,02±20,4	80,0±17,9	63,3±20,1	
	Дети с соматической патологией, в т.ч.										
	N=189	N=193	N=382	N=188	N=181	N=369		N=6	N=5	N=11	
Функ.кардиопа- тия	49,7±3,6	46,6±3,6	48,2±2,6	36,7±3,5•	31,5±3,5••	32,4±2,4	P<0,001	-	-	-	
Нарушен. осанки	47,1±5,3	34,7±3,4*	40,8±2,5	30,9±3,4•	41,9±3,7*	36,3±2,5	P<0,001	-	-	-	
Сколиоз	3,2±1,3	5,2±1,6	4,2±1,0	5,3±1,6	7,2±1,9	6,2±1,3	P<0,001	-	-	-	
Кариесес, гингивит	47,6±3,6	48,7±3,6	48,2±2,6	49,5±3,6	77,3±3,1*** •••	63,1±2,5	P<0,001	50,0±20,4	40,0±21,9	45,6±15,0	P<0,05
Аномал. при- куса	11,6±2,3	10,4±2,2	11,0±1,6	11,7±2,3	22,1±3,1*••	16,8±1,9	P<0,001	16,7±15,2	20,0±17,9	18,2±11,6	P<0,001
ЛОР- патоло- гия	57,7±3,6	55,9±3,6	56,8±2,5	46,8±3,6	49,7±3,7	48,2±2,6	P<0,001	50,0±20,4	40,0±21,9	45,6±15,0	P>0,05
Гастродуоде- нит	29,6±3,3	16,6±2,3**	23,0±2,2	15,4±2,6••	27,6±3,3*•	21,4±2,2	P<0,001	-	-	-	
Дискинезия жел- чевыводящих путей	31,2±3,4	29,0±3,3	30,1±2,3	25,5±3,2	50,8±3,7*** •••	37,9±2,5	P<0,01	16,7±15,2	20,0±17,9	18,2±11,6	P>0,05
Гиповитами- ноз	20,1±2,9	13,9±2,5	17,0±1,9	10,6±2,2••	12,2±2,4	11,4±1,7	P<0,001	-	-	-	
Диф. неток.зоб	14,3±2,5	24,4±3,1*	19,4±2,0	12,8±2,4	27,6±3,3***	20,0±2,1	P<0,001	-	-	-	

Продолжение таблицы 4.7

Нозологические формы	Уровень тревожности в баллах										
	высокий			средний			P ₁ -P ₂	низкий			P ₂ -P ₃
	мальчи- ки	дсвочки	всего	мальчики	девочки	всего		мальчики	девочки	всего	
	Практически здоровые										
	1,1±0,8	0,5±0,5	0,26±0,26	13,8±2,5	13,8±2,6	13,8±1,8		50,02±20,4	80,0±17,9	63,3±20,1	
	Дети с соматической патологией, в т.ч.										
	N=189	N=193	N=382	N=188	N=181	N=369		N=6	N=5	N=11	
Хр. пиелонеф- рит	3,2±1,3	1,6±0,9	2,4±0,8	2,1±1,0	8,3±2,1*•	5,1±1,1	P<0,001	-	-	-	
Фимоз, крипторхизм	5,3±1,6	-	2,6±0,8	11,2±2,3•	-	5,7±1,2	P>0,05	-	-	-	
Паховая, пу- почная грыжи	3,7±1,4	5,7±1,7	4,7±1,1	4,3±1,5	0,6±0,6	2,4±0,8	P>0,05	-	-	-	
Субнанизм	7,4±1,9	12,4±2,4	10,0±1,5	14,9±2,6•	11,0±2,3	13,0±1,8	P<0,001	-	-	-	
Высокорос- лость	3,7±1,4	5,2±1,6	4,5±1,1	3,7±1,4	-	1,9±0,7	P<0,001	-	-	-	
Избыточнос питание	12,7±2,4	13,9±2,5	13,4±1,7	15,9±2,7	23,7±3,2•	9,5±1,5	P<0,001	-	-	-	
Патология ЦНС	22,2±3,8	17,1±2,7	19,6±2,0	12,8±2,4•	17,7±2,8	18,2±2,0	P<0,001	-	-	-	
Железодифи- цитная анемия	7,9±2,0	1,6±0,9**	4,7±1,2	-	1,7±1,0	0,8±0,5	P<0,001	-	-	-	
Атоп. дерма- тит	12,2±2,4	3,1±1,2**	7,6±1,4	6,4±1,8	6,6±1,8	6,5±1,3		16,7±15,2	-	9,1±8,7	
Туб. инфицир.	42,3±3,6	20,7±2,9** *	31,4±2,4	25,0±3,2••	33,1±3,5•	28,9±2,4	P<0,001	-	-	-	

Примечание: P₁-P₂ - достоверность различий между высоким и средним уровнями тревожности; P₂-P₃ - достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; • - достоверность различия между детьми одного пола; * - достоверность различия между мальчиками и девочками.

($p < 0,01$) по сравнению с девочками. Среди младших школьников, не испытывающих психологической нагрузки межличностными отношениями отмечалось достоверное преобладание у девочек кариеса, дискинезий желчевыводящих путей, гастродуоденита ($p < 0,05$), заболеваний зубов и околозубных тканей ($p < 0,001$). Таким образом, взаимоотношения детей со сверстниками, учителями, родителями могут служить осью стресса, способствующего развитию психосоматических заболеваний и у детей с удовлетворительным эмоциональным фоном.

С целью выявления ведущих факторов эмоционального напряжения при соматических отклонениях у младших школьников нами выделены отдельные виды патологии, встречающейся наиболее часто. На первом месте по уровню заболеваемости у эмоционально напряженных детей стояла ЛОР-патология. Достоверное преобладание ЛОР-патологии у высокотревожных детей выявлено в зависимости от вида межличностной тревоги ($p < 0,001$). Одной из наиболее частых причин болевого абдоминального синдрома у младших школьников являлись дискинезии желчевыводящих путей, что объясняется как неудовлетворительной организацией школьного питания, так и функциональными нарушениями со стороны нервной системы.

Одинаковая направленность эмоционального напряжения при функциональных кардиопатиях и дискинезиях желчевыводящих путей можно объяснить участием вегетативных механизмов. Тревога, вызываемая внутриличностными проблемами, низким принятием себя, переживаниями в отношении учебы была ведущей в группе детей с аллергическими заболеваниями, как у мальчиков, так и у девочек. Анализ зависимости отклонений физического развития в зависимости от параметров структурной тревожности показал, что наиболее стрессогенным фактором для самооценки мальчиков являлся избыток веса, и в меньшей степени – низкорослость. Внутриличностных проблем не было у мальчиков с высоким ростом. Отклонения

физического развития у девочек в большей степени отражались на отношении к учебе, прежде всего при избыточном весе.

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований с учетом представления, что любое заболевание возникает при взаимодействии физических и психосоциальных факторов (108), позволило выявить ряд заболеваний, при которых детская тревожность проявляется соматическими симптомами. Сравнительный анализ заболеваемости младших школьников с высоким уровнем структурной тревожности и эмоционально благополучных детей выявил у первой группы детей достоверно более высокий уровень функциональных отклонений сердечно-сосудистой системы. Для мальчиков помимо патологии сердечно-сосудистой системы более характерной была патология ЛОР-органов, гиповитаминоз; девочкам, переживавшим состояние тревоги, более свойственны дискинезии желчевыводящих путей, патология щитовидной железы и заболевания зубо-челюстной системы. При ЛОР-заболеваниях для мальчиков одинаковой степени важности были учебные ситуации и принятие себя, для девочек ведущей осью стресса являлись межличностные отношения. Атопический дерматит у обоих полов был связан с личностным конфликтом, учебным фактором, низкой самооценкой. Каждому параметру структурной тревожности соответствовал определенный вид соматической патологии. Значимость учебной тревоги была отмечена у девочек при функциональных отклонениях со стороны сердечно-сосудистой, желчевыделительной системы и избыточном весе. Межличностные отношения нарушались у девочек при наличии ЛОР-заболеваний и нарушениях роста.

Следовательно, необходимая составляющая проведения профилактических и реабилитационных мероприятий у детей – коррекция высокой тревожности, что делает необходимым изучение факторов, формирующих уровень тревожности детского населения. Узловой момент формирования психологического состояния ребенка – взаимоотношения с родителями. Поэто-

му очевидна необходимость изучения влияния типов родительского отношения на состояние тревожности детей и оценка других аспектов взаимосвязи родительских отношений и уровня заболеваемости детей.

4.3. Взаимосвязь уровня тревожности и типа родительских отношений

Наша гипотеза включала предположение о взаимосвязи патогенных типов родительского отношения и высокого уровня тревожности у детей. (таблицы №№ 4.8; 4.9; 4.10). Уровень всех видов локальной тревоги наиболее высок был при наличии отвержения детей ($p < 0,001$). Неприятие своего ребенка, излишняя критика детей с акцентом на достижение успехов обеспечивала высокий уровень учебной тревоги - у $74,8 \pm 2,7\%$ ($p < 0,001$), тревоги самооценки - $71,0 \pm 2,4\%$ ($p < 0,001$) и межличностной у $66,8 \pm 2,9\%$ детей ($p < 0,001$). При отвергающем типе взаимодействия со школьниками у высокотрехотных детей достоверно чаще страдает самооценка у мальчиков ($p < 0,01$), а у девочек чаще встречается учебная тревожность.

Следующий патологический тип родительского отношения - гиперсоциализация. Авторитарная позиция родителей приводила к жестким требованиям в поведении, учебных результатах. Подавление воли ребенка вызывало его беспокойство, волнение, делая замкнутым и безинициативным. Авторитарная гиперсоциализация встречалась у детей с высокой тревожностью: учебной - $61,9 \pm 3,5\%$, трудностях при установлении межличностных взаимоотношений - $60,9 \pm 3,4\%$, тревоги самооценки - $57,8 \pm 3,3$. Высокотрехотными становились дети при отсутствии контроля за ребенком ($p < 0,001$). Притязания родителей к успехам в учебе школьников достоверно увеличивали количество высокотрехотных девочек ($p < 0,05$). Авторитарное доминирование родителей больше подавляло самооценку у высокотрехотных мальчиков ($p < 0,05$). Сложности установления контакта взрослых с детьми (отсутствие «кооперации») чаще формировали высокую учебную тревожность у девочек ($p < 0,05$).

Таблица 4.8

Аспекты родительского отношения к младшим школьникам в зависимости от уровня учебной тревожности (%)

Типы родительских отношений		Уровень тревожности									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Принятие-отвержение	33-24 принятие	4,7±1,3	5,9±1,5	10,6±3,7	34,9±3,0	22,7±2,6*	57,6±3,1	16,1±2,3	15,7±2,2	31,8±2,9	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,001
	23-8	3,5±1,2	5,8±1,5	9,3±1,8	20,6±2,5	27,2±2,8	47,9±3,1	19,5±2,5	23,3±2,6	42,8±3,1	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05
	7-0 отвержение	0	0	0	10,8±2,1	14,4±2,2	25,2±2,7	31,6±2,9	43,2±3,1**	74,8±2,7							P<0,001	P<0,001	P<0,001
	итого	2,8±0,7	3,9±0,7	6,7±1,0	22,2±1,5	21,4±1,5	43,7±1,8	22,3±1,6	27,3±1,5	49,6±1,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P<0,01	P<0,05
«кооперация»	8-7	5,6±3,0	6,7±1,9	12,4±2,5	28,0±3,4	29,8±3,4	57,9±3,7	14,6±2,6	15,2±2,7	29,8±3,4	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,01	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,001
	6-3	4,4±1,2	5,4±1,8	9,8±1,7	21,4±2,4	29,8±2,7	51,2±2,9	18,3±2,3	21,0±2,4	39,3±2,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P<0,05	P<0,001
	2-0	2,3±0,9	2,0±0,8	5,4±1,3	13,4±2,0	16,4±2,1	29,9±2,7	27,2±2,6	37,6±2,8*	64,8±2,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	итого	3,9±0,7	4,5±0,7	8,8±1,0	20,1±1,5	24,9±1,5	45,0±1,8	21,1±1,5	26,4±1,5	47,5±1,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05
Симбиоз	7-6	4,7±1,3	7,5±1,7	12,3±2,1	25,7±2,7	33,2±3,0	58,9±3,1	14,2±2,1	14,6±2,2	28,9±2,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	5-3	7,3±1,6	6,9±1,6	14,2±2,2	22,7±2,6	22,9±2,6	45,0±3,1	21,5±2,5	19,2±2,4	40,8±3,0	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05
	2-1	5,2±1,4	4,0±1,2	9,2±1,8	15,7±2,3	15,3±2,3	30,9±2,9	28,7±2,8	31,7±2,9	59,8±3,1	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,001
	итого	5,8±0,9	6,2±0,9	11,9±1,2	21,4±1,5	23,6±1,5	45,0±1,8	21,3±1,5	21,8±1,5	43,0±1,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05

Продолжение таблицы 4.8

Типы родительских отношений		Уровень тревожности									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Гиперсоциализация	7-6 под давлением ребенка	1,5± 0,9	3,5± 1,3	5,1± 1,6	13,7± 2,4	19,3± 2,3	39,0± 3,5	25,4± 3,2	36,5± 3,4	61,9± 3,5	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	5-3	5,4± 1,3	6,0± 1,3	11,4± 1,8	26,8± 2,9	27,1± 2,5	53,9± 2,3	16,0± 2,1	18,2± 2,2	34,7± 2,7	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	2-1 подлержка ребенка	12,0± 2,1	15,3± 2,3	27,4± 2,8	7,3± 1,7	7,8± 1,7	14,0± 2,3	25,4± 2,8	32,3± 3,0	57,7± 3,1	P> 0,05	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	итого	6,6± 0,9	8,4± 0,9	15,0± 1,2	17,0± 1,4	18,8± 1,5	35,8± 1,8	21,7± 1,6	27,6± 1,5	49,2± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001
Инфантилизм	8-7	5,8± 1,5	4,7± 1,3	10,5± 1,9	16,7± 2,3	15,1± 2,2	31,8± 2,9	27,1± 2,8	30,6± 2,9	57,8± 3,1	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	6-3	4,8± 1,2	6,5± 1,4	11,2± 1,8	22,8± 2,4	23,1± 2,5	45,3± 2,9	20,7± 2,4	22,1± 2,4	42,9± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05
	2-1	6,7± 1,7	7,6± 1,8	14,3± 2,4	28,6± 3,1	32,4± 3,2	61,0± 3,4	11,4± 2,2	13,3± 2,3	24,8± 3,0	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	итого	5,6± 0,9	6,2± 0,9	11,8± 1,2	22,3± 1,5	23,0± 1,5	45,3± 1,8	20,3± 1,5	22,6± 1,5	42,9± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05

P₁-P₂ - достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; P₁-P₃ - достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности; P₂-P₃ - достоверность различий между средним и высоким уровнями тревожности

Достоверность различий между мальчиками и девочками одного уровня тревоги: *-p<0,05; **-p<0,01

Таблица 4.9

Аспекты родительского отношения к младшим школьникам в зависимости от уровня самооценочной тревожности

Типы родительских отношений		Уровень тревожности									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Принятие-отвержение	33-24 принятие	4,2± 1,3	5,9± 1,5	10,1± 2,0	29,4± 3,0	31,5± 3,0	60,9± 3,2	12,2± 2,1	16,8± 2,4	29,0± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	23-8	4,6± 1,2	5,7± 1,4	10,2± 1,8	19,1± 2,3	21,9± 2,5	41,0± 2,9	24,4± 2,6	24,4± 2,6	48,8± 3,0	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05
	7-0 отвержение				14,9± 2,3	14,0± 2,1	29,0± 2,9	41,1± 3,2	29,9± 2,9**	71,0± 2,9							P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	итого	3,0± 0,7	3,9± 0,7	7,0± 1,0	21,0± 1,5	21,7± 1,5	43,4± 1,8	25,9± 1,6	23,8± 1,5	49,6± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P> 0,05	P< 0,05
«Кооперация»	8-7	6,2± 1,7	7,1± 1,8	13,3± 2,3	26,7± 3,0	38,1± 3,4*	64,8± 3,3	9,5± 2,0	12,4± 2,3	21,9± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,05	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	6-3	3,8± 1,1	3,5± 1,1	7,3± 1,5	28,0± 2,7	22,7± 2,5	50,7± 3,0	21,7± 2,4	20,3± 2,4	42,0± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,05
	2-0	4,2± 1,2	3,8± 1,3	4,5± 1,2	20,3± 2,4	15,4± 2,1	35,7± 2,8	29,0± 2,7	30,8± 2,7	59,8± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P< 0,001	P< 0,001
	итого	4,6± 0,7	4,6± 0,7	7,9± 1,0	24,8± 1,5	24,2± 1,5	49,0± 1,8	21,1± 1,5	22,0± 1,5	43,1± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,05
Симбиоз	7-6	6,3± 1,6	7,1± 1,7	13,4± 2,2	28,9± 2,9	31,0± 3,0	42,6± 3,0	12,6± 2,1	14,2± 2,3	26,8± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P< 0,05	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	5-3	6,8± 1,5	7,9± 1,7	14,7± 2,2	21,9± 2,5	20,8± 2,5	31,8± 2,9	19,6± 2,4	29,1± 2,8*	42,6± 3,0	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P< 0,05	P< 0,05
	2-1	5,4± 1,4	7,0± 1,6	12,4± 2,1	15,5± 2,3	16,3± 2,3	35,0± 3,2	26,7± 2,8	22,9± 2,8	55,8± 3,1	P< 0,01	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P> 0,05	P< 0,001
	итого	6,2± 0,9	7,3± 0,9	13,5± 1,2	21,9± 1,5	22,4± 1,5	44,4± 1,8	20,9± 1,5	22,3± 1,5	42,1± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05

Продолжение таблицы 4.9

Типы родительских отношений		Уровень тревожности									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Гиперсоциализация	7-6 по- давление ре- бенка	3,1± 1,2	4,0± 1,3	7,2± 1,7	16,1± 2,5	18,8± 2,6	35,0± 3,2	35,0± 3,2	22,9± 2,8*	57,8± 3,3	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P< 0,001
	5-3	4,5± 1,2	5,6± 1,3	10,1± 1,8	28,3± 2,0	28,7± 2,5	57,0± 2,9	20,6± 2,4	12,2± 1,9	32,9± 2,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,05	P< 0,001	P< 0,001
	2-1 поддержка ребенка	12,6± 2,9	8,7± 1,4	21,3± 2,6	10,3± 1,9	11,5± 2,0	21,7± 2,6	32,4± 3,9	32,4± 3,9	56,9± 3,1	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	итого	6,8± 0,9	6,2± 0,9	13,0± 1,2	18,8± 1,4	20,1± 1,5	38,8± 1,8	28,7± 1,6	19,4± 1,5	48,2± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P> 0,05	P< 0,001
Инфантилизм	8-7	6,5± 1,6	6,9± 1,6	13,5± 2,2	19,2± 2,5	16,7± 2,4	35,9± 3,1	27,1± 2,8	26,5± 2,8	50,6± 3,2	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P< 0,01	P< 0,001
	6-3	4,6± 1,3	6,7± 1,5	11,3± 1,9	23,0± 2,5	24,7± 3,2	47,7± 3,0	21,6± 2,4	19,4± 2,4	41,0± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05
	2-1	7,3± 1,7	6,8± 1,6	14,1± 2,3	25,6± 2,9	30,3± 3,0	56,0± 3,2	14,5± 2,3	15,4± 2,4	29,9± 3,0	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P> 0,05	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,001
	итого	6,0± 0,9	6,8± 0,9	12,9± 1,2	22,6± 1,5	23,9± 1,5	46,5± 1,8	20,2± 1,5	20,5± 1,5	40,7± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,05

P₁-P₂ достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; P₁-P₃ достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности; P₂-P₃ достоверность различий между средним и высоким уровнями тревожности

Достоверность различий между мальчиками и девочками одного уровня тревоги: *-p<0,05; **-p<0,01

Таблица 4.10

Аспекты родительского отношения к младшим школьникам в зависимости от уровня межличностной тревожности

Типы родительских отношений		Уровень тревожности									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Принятие-отвержение	33-24 принятие	8,3±1,8	10,0±1,9	18,3±2,5	24,2±2,8	26,7±2,0	50,8±3,2	14,2±2,3	16,7±2,4	30,1±3,0	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,01
	23-8	4,9±1,3	3,8±1,2	8,7±1,7	23,6±2,6	22,0±2,6	45,6±3,0	22,0±2,6	23,6±2,6	45,6±3,1	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05
	7-0 отвержение	0	0	0	17,0±2,3	15,8±2,3	32,8±2,9	31,7±2,9	35,1±3,0	66,8±2,9							P<0,01	P<0,001	P<0,001
	итого	4,3±0,7	5,5±0,7	8,8±1,0	21,5±1,5	21,4±1,5	42,9±1,8	22,8±1,6	25,3±1,5	48,2±1,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P<0,05
«Кооперация»	8-7	6,0±1,7	7,5±1,9	13,4±2,4	25,9±3,1	30,8±3,3	56,7±3,5	13,9±2,1	15,9±2,6	29,9±3,2	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,01	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,001
	6-3	4,1±1,2	7,2±1,5	11,4±2,2	26,2±3,1	24,5±3,0	50,7±3,5	20,0±2,3	17,9±2,3	37,9±2,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	2-0	2,8±1,0	3,2±1,8	6,0±1,9	17,7±2,3	15,2±2,1	33,0±2,8	31,6±2,8	29,4±2,7	60,1±2,9	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	итого	4,2±0,7	5,9±0,7	10,1±1,1	23,4±1,5	23,1±1,5	46,5±1,8	22,7±1,5	21,9±1,5	44,9±1,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05
Симбиоз	7-6	7,1±1,9	8,3±2,0	15,5±2,7	28,7±3,4	24,9±3,2	53,6±3,7	14,9±2,8	16,0±2,3	30,9±3,4	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P<0,01	P<0,01	P<0,05	P<0,001
	5-3	5,5±1,3	5,8±1,4	11,3±1,9	21,1±2,4	24,7±2,5	45,7±2,9	23,4±2,5	19,6±2,3	43,0±2,9	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05
	2-1	5,2±1,3	7,2±1,5	12,4±1,9	15,1±2,1	16,6±2,2	31,7±2,7	25,9±2,6	30,0±2,7	55,9±2,9	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,001
	итого	5,6±0,9	7,0±0,9	12,7±1,2	20,6±1,5	21,7±1,5	42,3±1,8	22,3±1,5	22,7±1,5	45,0±1,8	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05

Продолжение таблицы 4.10

Типы родительских отношений		Уровень тревожности									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Гиперсоциализация	7-6 подавление ребенка	4,8± 1,5	5,7± 1,6	10,4± 2,1	13,8± 2,7	14,8± 2,5	28,6± 3,1	31,9± 3,2	29,0± 3,1	60,9± 3,4	P< 0,01	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001
	5-3	4,0± 1,1	4,3± 1,2	8,3± 1,6	28,± 2,6	27,2± 2,6	55,8± 2,9	17,6± 2,9	12,2± 1,9	35,9± 2,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,001	P< 0,001
	2-1 поддержка ребенка	12,4± 2,1	14,7± 2,2	27,1± 2,8	10,3± 1,9	11,5± 2,0	21,9± 2,6	26,3± 2,8	18,3± 2,2*	51,0± 3,2	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P< 0,001
	итого	7,0± 0,9	8,1± 0,9	15,1± 1,2	18,5± 1,4	18,6± 1,5	37,1± 1,8	24,4± 1,6	23,4± 1,5	47,8± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,05	P< 0,001
Инфантилизм	8-7	5,0± 1,3	6,5± 1,5	11,5± 2,0	19,2± 2,4	16,5± 2,3	35,6± 3,0	21,4± 2,6	28,7± 2,8*	52,9± 3,1	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P< 0,01	P< 0,001
	6-3	9,4± 1,7	8,2± 1,7	17,6± 2,3	21,9± 2,5	19,9± 2,4	41,7± 3,0	20,9± 2,4	19,8± 2,4	40,6± 2,9	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05
	2-1	7,6± 1,8	9,0± 1,9	16,6± 2,5	27,4± 3,0	28,3± 3,0	55,6± 3,3	13,5± 2,3	14,3± 2,3	27,8± 3,0	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,05	P> 0,01	P< 0,001	P< 0,01	P< 0,01	P< 0,001
	итого	7,3± 0,9	7,9± 0,9	15,2± 1,2	22,6± 1,5	21,1± 1,5	43,7± 1,8	19,8± 1,5	21,3± 1,5	41,1± 1,8	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P< 0,001	P> 0,05	P> 0,05	P> 0,05

P₁-P₂ достоверность различий между низким и средним уровнями тревожности; P₁-P₃ достоверность различий между низким и высоким уровнями тревожности; P₂-P₃ достоверность различий между средним и высоким уровнями тревожности; достоверность различий между мальчиками и девочками одного уровня тревоги: *-p<0,05; **-p<0,01

Не состоявшиеся «симбиотические» отношения родителей и детей влияли на формирование высокой межличностной тревожности ($p < 0,001$), неприятия себя ребенком ($p < 0,001$), сомнения ученика в успешности обучения ($p < 0,001$).

Таким образом, неблагоприятный тип родительского отношения в значительной степени формировал высокую тревожность. Однако, неблагоприятное влияние патогенного типа родительского отношения на состояние здоровья и как следствие на уровень заболеваемости, не может быть сведено только к влиянию первого на уровень тревожности. Видимо при неблагоприятном типе родительского отношения отмечалось отсутствие саногенного мышления, и как следствие этого, отсутствие мотивации к сохранению здоровья и, следовательно, менее адекватное поведение детей с точки зрения укрепления здоровья. Характер детско-родительских отношений во многом определял отношение семьи к вопросам сохранения и укрепления здоровья ребенка. Построенное с любовью и пониманием сотрудничество родителей с детьми являлось во многом гарантом его психического и физического здоровья. Ребенок - это не пассивный объект для профилактического, лечебного, реабилитационного воздействия, а субъект, от поведения которого в значительной степени зависит эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных вмешательств.

4.4. Характер родительских отношений в группе детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Как видно из таблицы 4.11 у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания имеются достоверные различия в характере отношения к ним родителей. Выявлено значительное влияние патогенных типов родительского отношения на высокий уровень заболеваемости ($p < 0,001$). Так, высокая степень эмоционального отвержения в данной группе детей регистрировалась более чем у половины детей ($p < 0,001$). В характере отвергаемых школьников формировались черты неустойчивости, нега-

тивизма, особенно в отношениях со взрослыми. Этот тип родительского отношения обусловлен рядом осознаваемых и неосознаваемых моментов. Неприятие родителей приводило ребенка к неверию в свои силы, неуверенности в себе, стимулировало развитие негативных эмоциональных состояний. Семья не выступала как сила, компенсирующая и снимающая напряжение вокруг ребенка. Детям приписывались болезненность, слабость, личная не состоятельность. Отношения между родителями и детьми со средним и низким уровнями заболеваемости острой патологией органов дыхания в 1/3 случаев выявило эмоционально положительное отношение к ребенку, в основном принимая его таким какой он есть. У детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания в половине случаев доминирующим типом родительского отношения был авторитарный ($p < 0,001$). Причина авторитарного воспитания заключалась в ориентации родителей на выполнение рекомендаций по «идеальному воспитанию». От ребенка требовалась чрезвычайная дисциплина и исполнительность, он вынужден был постоянно подавлять свои эмоции, сдерживать свои желания. Родители не привыкли прислушиваться к детям, считая свою линию поведения единственно правильной. Данная ситуация вела к агрессии, бурному протесту, иногда к самоагрессии, или наоборот ребенок становился замкнутым, малоэмоциональным. Авторитарная гиперсоциализация у детей со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания регистрировалось у 1/5 родителей, 2/3 - сотрудничали с детьми на демократической основе ($p < 0,001$). В группе детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания преобладал демократический стиль общения ($p < 0,001$). Стремление к сотрудничеству с ребенком («кооперация») максимально выражалась у родителей детей с низким и средним уровнями заболеваемости (51,7%-45%). У 20% родителей не получалась искренней заинтере-

Таблица 4.11

Характер родительских отношений к детям с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания (%)

[illegible]

Продолжение таблицы 4.11

Типы родительских отношений		Уровень заболеваемости									Достоверность различий								
	Оценочная шкала	низкий			средний			высокий			P ₁ -P ₂			P ₁ -P ₃			P ₂ -P ₃		
		м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего	м	д	всего
Гиперсоциализация	7-6 подавление ребенка	9,2±3,5	12,7±3,7	10,9±2,3	22,8±4,9	23,3±3,7	23,0±2,4	50,4±4,2	54,0±3,8	52,4±2,8	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	5-3	88,2±2,7	84,5±4,7	86,4±2,8	74,9±3,4	72,9±3,8	74,0±2,5	44,6±4,2	39,2±3,7	41,6±2,9	P<0,01	P<0,05	P<0,01	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	2-1 поддержка ребенка	2,6±2,0	2,8±1,8	2,7±1,3	2,4±1,2	3,8±1,7	3,0±1,0	5,0±1,8	6,8±1,9	6,0±1,3	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05
Инфантилизм	7-6	21,8±5,3	16,0±4,2	21,8±3,4	23,1±3,4	20,6±3,1	21,7±2,4	31,7±3,6	28,5±3,9	30,2±2,6	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P<0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05
	5-3	73,2±5,3	84,0±5,5	78,2±3,1	76,9±4,0	79,4±3,1	78,3±2,4	68,3±3,6	71,5±2,6	69,8±2,6	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P<0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05
	2-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-									

Примечание: P₁-P₂ достоверность различий между низким и средним уровнями заболеваемости; P₁-P₃ достоверность различий между низким и высоким уровнями заболеваемости; P₂-P₃ достоверность различий между средним и высоким уровнями заболеваемости;

сованности в делах детей с высоким уровнем заболеваемости ($p < 0,001$). Симбиотические отношения, в которых родитель ощущал себя единым целым с ребенком регистрировались одинаково часто (42-46%) у детей с высоким, средним уровнями заболеваемости. Постоянная тревога взрослых за здоровье и благополучие ребенка, ограждение его от жизненных трудностей равномерно встречались во всех группах детей и приводило к тому, что ребенок тревожно воспринимал естественные трудности, ощущал свою беспомощность и испытывал страх перед неизвестностью, с недоверием относился к окружающим. Родители детей с низким и средним уровнем заболеваемости в меньшей степени старались создать «тепличные условия» для детей ($p > 0,05$). Родители детей с высоким уровнями заболеваемости больше беспокоились и жалели детей, тем самым делая их слабее ($p > 0,05$). Эмоциональный симбиоз в сочетании с инфантилизацией ребенка способствовал формированию в дальнейшем у него комплекса неполноценности. Пол ребенка не влиял на характер родительских отношений к детям при любом уровне заболеваемости.

Таким образом, учитывая очевидную взаимосвязь уровня тревожности и типов родительского отношения с заболеваемостью, одним из путей улучшения состояния здоровья детей может стать коррекция уровня тревожности у детей и типов родительского отношения. Последние, как было показано выше, влияют на уровень заболеваемости не только изменяя состояние тревожности детей, а видимо имеют и другие механизмы: активное влияние на становление саногенного мышления ребенка, создание психологического микроклимата семьи, позволяющего ребенку практически сотрудничать с родителями в формировании более адекватного образа жизни. Одним из наиболее реальных путей коррекции неблагоприятных типов родительского отношения и снижения уровня тревожности у детей в реальных макросоциальных условиях могут быть названы образовательные программы для детей и родителей, включающие элементы психологических и поведенческих тренингов.

4.5 Изменение уровня структурной тревожности и состояния здоровья детей на фоне образовательных программ для детей и родителей

Одним из основополагающих факторов в развитии тревожности у детей является наличие отклонений в семейных отношениях (239). С целью выяснения особенностей внутрисемейных отношений, наличия тревожности у ребенка, связанной с семейной атмосферой, нами проанализированы «рисунки семьи» 761 ребенка младшего школьного возраста. Дружеские отношения между родителями и детьми были «видны» у 42, 96% детей (все держались за руки, сидели рядом, делали общее дело). К сожалению, в большинстве случаев выявлены патогенные типы внутрисемейных отношений. В семьях, где было 2-е детей у 34,95% школьников был сформирован «синдром свержения с престола», где брат или сестра были нарисованы больше и значительнее чем, автор рисунка, что говорило о том, что ребёнок часто чувствует себя дома подавленным. У 31,93% детей важность внутрисемейного контакта заменялась гипертрофированной значимостью вещей, 25, 88% детей «отгораживались» от родителей (были в другой комнате, на другой стороне дивана), держались на расстоянии от них. При авторитарном типе воспитания 22,99% детей рисовали себя очень маленькими и незначительными, 11,30% детей использовали темные, мрачные тона во время рисования, в 9,98% случаев ребенок не рисовал себя вместе с семьёй – «забывал про себя», у 7,88% детей отсутствовали в рисунке какие либо члены семьи, 1,31% включали в рисунок посторонних детей.

Таким образом, результаты анализа детско-родительских отношений находят отражение в подсознательных представлениях детей о взаимоотношениях в семье. Большинство семей нуждаются в улучшении психологического микроклимата, как профилактики появления у детей психосоматических расстройств. Образовательный курс для родителей предусматривал переориентацию детского поведения, направленную на сохранение здоро-

вья, это одновременно строгий и добрый подход к нормам поведения, подразумевающий полную ответственность ребенка за свои поступки, в том числе - свое здоровье. Цель такого воспитательного процесса – поощрить становление в ребенке свойственных только ему одному внутренних причин поведения, а не полагаться на внешние обстоятельства и события. Метод предусматривал изучение норм поведения ребенка с учетом возрастных особенностей и состояния здоровья, естественные и логические последствия при нежелательном поведении ребенка; он ни в коей мере не учил наказывать и в конечном итоге усиливал в ребенке чувство собственного достоинства и совершенствовал его коллективные навыки. Рассматривались ситуации, в которых не бывает проигравших как среди родителей, учителей, воспитателей, так и среди детей. На этом курсе родителям, воспитателям, педагогам предлагались пути, которые помогали им добиться положительных перемен в семейной жизни. Образовательный процесс позволял им дать правильную оценку собственного воспитания и тех решений, которые они принимали в детском возрасте, их влияние на родительские способности. Осмыслив это, родители получали возможность сделать более осознанный выбор относительно того, что следует изменить в воспитании того или иного ребенка, учились родительскому умению правильно выслушивать и понимать детские чувства, создавать в семье благоприятную атмосферу поддержки, принимать разумные решения, ответственно подходить к собственным поступкам и проявлять инициативу, разбираться в конфликтах так, чтобы побеждали обе противоборствующие стороны, направлять необузданную энергию детей в правильное русло.

В конечном результате дети чувствовали, что их любят и ценят без всяких условностей, у них появлялось чувство самостоятельности и уверенности в себе. У детей с таким чувством пропадало желание вести себя плохо, и на смену приходило стремление помочь друг другу, поближе узнать своих родителей и друзей, а так же появлялся интерес ко всему проис-

ходящему вокруг. От родителей требовалось только слегка, но в то же время решительно, направлять и помогать своим детям.

При проведении образовательных программ для родителей (415 человек) выяснилось, что особого внимания требовал вопрос эмоционального отношения родителей к детям. Проблемы многих родителей (52,77%), как мы выяснили, в том, что после поступления ребенка в школу они ослабляли эмоциональные контакты с ним, заботились в большей мере о его школьных успехах, в то время, как ребенок ждал принятия себя со стороны родителей без критики и порицания. Как мы выяснили, довольно часто, считая, что ребенок «не оправдывает надежд» родители начинали ругать его, обвиняя в недостаточной успешности (30,84%), что значительно дезадаптировало ребенка. Ребенок с высоким уровнем тревожности не мог эффективно использовать свои учебные возможности, он постоянно беспокоился о результатах и, поэтому, боялся дать неправильный ответ. Эта боязнь усиливалась, если ребенок знал, что за неудачей последует наказание. Анонимное анкетирование показало что 14,93% родителей применяли физическое наказание.

Параллельно обучению родителей реализовывались образовательные программы для детей. Обучение в рамках названной программы проводилось во время пребывания в специально организованной среде (детском лагере), нацеленной на формирование самостоятельности детей, умению принимать решение и брать ответственность, в том числе за своё здоровье, обучению навыкам самоконтроля и принципам саногенного мышления. Образовательная программа для детей была направлена на снижение уровня тревожности и эмоционального напряжения у ребенка (овладение навыками саморегуляции, элементами аутогенной тренировки, адекватная ценностная ориентация ребенка, когда значимый характер носили важные цели – например - овладение знаниями, а не получение высокой оценки любой ценой, сохранение собственного здоровья, а не достижение высоких спортивных результатов во что бы то ни стало. Важен реализм поставленных целей

(слабоуспевающий ребенок должен стремиться учиться лучше, но не к тому, чтобы стать лучшим учеником школы за ближайший учебный год, а ориентироваться на собственный результат и собственные успехи); формирование отношения к собственному здоровью как к иррационально значимой ценности (чтобы ребенку хотелось и он стремился быть здоровым), формирование умений достигать поставленных целей, в том числе и целей по сохранению и улучшению состояния собственного здоровья, пробудить веру у детей в возможность справляться со своими проблемами и трудностями, получить навыки выражения эмоций для профилактики психосоматической патологии (чувства, выраженные словами, теряют свою разрушительную силу.) У детей формировалось адекватное иррациональное отношение к сохранению собственного здоровья, представлению о здоровье как о важнейшем условии успешной самореализации. Дети обучались навыкам здорового образа жизни, приемам преодоления группового влияния, неблагоприятно действующего на состояние здоровья. После завершения обучения по образовательной программе проводилась беседа с родителями детей о психологических особенностях последних. В листах обратной связи дети отмечали изменения, которые они отметили в себе за время обучения. В таблице 4.12 представлены наиболее часто встречаемые ответы детей. Результаты подтвердили, что данная программа формировала важные умения и психологические навыки, повышающие собственную самооценку и являлась профилактикой психосоматических заболеваний.

Специально организованная жизнь и деятельность детей в лагере являлась стабилизирующим фактором для детей, влияющим на снижение уровня тревожности (таблицы 4.13, 4.14, 4.15, 4.16). Достоверное снижение тревожности у детей достигалось развитием коммуникативной культуры, умением общаться в разновозрастном коллективе, находить решение спорных вопросов, уметь легко разбираться в своих чувствах.

Таблица 4.12

Результаты обратной связи детей, прошедших обучение по образовательной программе

Вопросы, предлагаемые детям	Девочки	Мальчики
Произошли ли в тебе какие-то изменения	Да-85%, нет-15% «Я стала добрее, общительней, отзывчивее и веселее.» «Я поняла, что надо любить себя, уметь находить в себе хорошие качества. Мне было трудно это сделать и я раньше над этим не задумывалась.» «Я стала более уверена в себе, теперь меня не страшит никакая ситуация. Стала больше понимать людей, их чувства и желания.» «Научилась любить и переживать чувство разочарования.» «Да, я стала понимать и уважать всех, независимо от возраста.» «Да, я стала более сдержанной. Лучше понимаю себя и людей.» «Я поняла, что не всем людям можно верить. И это хорошо.»	Да-78%; нет-22% «Да, я стал более ответственным»; «Я научился выслушивать, признавать ошибки, понимать и убеждать других»; «стал улыбчивым (плохо быть «букой»)); «Да, я стал другим почти человеком. Я чувствую себя гораздо лучше, чем вначале»; «Стал сдержаннее, заинтересованнее, лучше понимаю себя и других»; «Пока не замечаю» «Да, я стал терпеливее» «Стал более уверен в себе.»; «Научился разговаривать по-другому»
Что было самым полезным в лагере	«Курсовые занятия, общение с ребятами и взрослыми»; «Получение знаний»; «Помогли разобраться во взаимоотношениях с сестрой»; «Познакомилась с новой подругой» «Научились заботиться о здоровье, ходить босиком, не сравнивать себя с другими»	«Работа в команде»; «Физические упражнения «Путь к успеху»; «Отдых, чистый воздух, купание, то, что можно было отдохнуть»; «Познакомился с новым другом»; «Меньше стал беспокоиться об ошибках»; «Меньше стал бояться учителей, родителей»; «Научились отвечать за свое здоровье, больше замечать хорошего»»
Что было самым бесполезным в лагере	«Все шло в пользу», «Разговоры о распорядке дня»; «Комары»; «Резжим»; «Двухчасовое обсуждение минутных проблем»;	«Ругание, дежурство»; «Наведение порядка в комнате».

Продолжение таблицы 4.12

Вопросы, предлагаемые детям	Девочки	Мальчики
Самым приятным	«То, что ко мне здесь хорошо относились»; «Общение, вечерний костер, откровенные разговоры, открытие новых жизненных ценностей»; «Работать в команде, сидеть у костра, смотреть на закат и купаться»; «До отбоя смотреть на звезды, купаться в море, отдых, засыпание под музыку»	«Открытие новых жизненных ценностей»; «Работать в команде, сидеть у костра, смотреть на закат и купаться»; «Общение с инструктором и ассистентом и вообще со всеми» «Дискотеки, отдых, новые знания, общение»; «Делать полезные дела, вкусная еда, когда мы делали подарок»; «Плавание, ручеек», «Я научился понимать себя».
Самым неприятным	«То, что мы уезжали»; «Когда девчонки, с которыми я живу, прочитали мой дневник»; «Когда я порезалась»; «Рано ложиться спать»; «Беспорядок во всем»; «Дежурство»	«Ссоры детей между собой (иногда)»; «Ничего»; «Наши соседи»; «Первый день в лагере, когда мы не могли найти себе друзей»; «Подъем»; «Дежурство»; «Физические упражнения»
Что дала тебе жизнь в лагере	«Я научилась готовить, плавать, не бояться холодной воды»; «Лучше понять себя и других, как сильно я люблю жизнь, которую веду обычно»; «Новых друзей, умение общаться, находить общий язык с людьми»; «Много счастья»; «Я поняла, что мой брат по сравнению с другими – отличный парень»; «Нашла новых друзей, много общалась»; «Я научилась лучше понимать людей, принимать их такими, какие они есть, стало легче общаться»; «Силы, здоровье, многое другое»	«Самостоятельность, новых друзей»; «Тяга к налаживанию отношений в семье с родными»; «Почувствовать себя свободным»; «Понять, как здорово, что у меня есть друзья (мне их очень не хватало)»; «Много знаний и много интересного»; «Тренировка умения выражать свои мысли и понимать других людей»; «Все, что я не могу получить в жизни»; «Учиться на ошибках»; «Лагерь дал мне много сил. Я очень хорошо отдохнул в лагере» «Не надо винить себя за ошибки, а необходимо извлекать уроки из них и начать исправлять их»; «научился считать себя удачливым».

В группе со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания при обучении детей достоверно снижался уровень учебной тревоги ($p < 0,05$) и все виды структурной тревожности при параллельном обучении детей и родителей ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$). Среди детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания все виды локальной тревожности максимально снижались при параллельном прохождении образовательных программ детей и родителей ($p < 0,001$), обучении только родителей ($p < 0,01$) и менее всего - когда образовательные программы проходили одни дети ($p < 0,05$). Труднее поддавалась коррекции при обучении детей межличностная тревога ($p > 0,05$). Благоприятно изменялся суммарный показатель тревожности преимущественно у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания ($p < 0,001$). Таким образом, лучшие результаты отмечены у детей, которые сами прошли обучение и что очень важно - прошли обучение по образовательным программам их родители. У детей со средним уровнем заболеваемости тревожность обусловлена особенностями реакции детей на ситуацию, детско-родительские отношения благоприятны, родители восприимчивы к обучаемым программам. На фоне проведения образовательных программ отмечено уменьшение заболеваемости детей острой патологией органов дыхания (таблица 4.17). В течение года после проведения образовательных программ среди детей и родителей отмечалась тенденция к снижению заболеваемости ОРВИ, острым бронхитом, пневмонией ($p > 0,05$) и достоверное уменьшение случаев обострения хронического аденоидита ($p < 0,05$). Значительно сократилась средняя продолжительность одного случая при всех заболеваниях ($p < 0,001$). Сокращению дней заболеваний способствовало изменение поведения детей и родителей, прошедших образовательные программы. До обучения по образовательным программам 86,68% детей проводили профилактические мероприятия только под давлением родителей, после обучения по

Изменение суммарного показателя тревожности на фоне образовательных программ детей и родителей

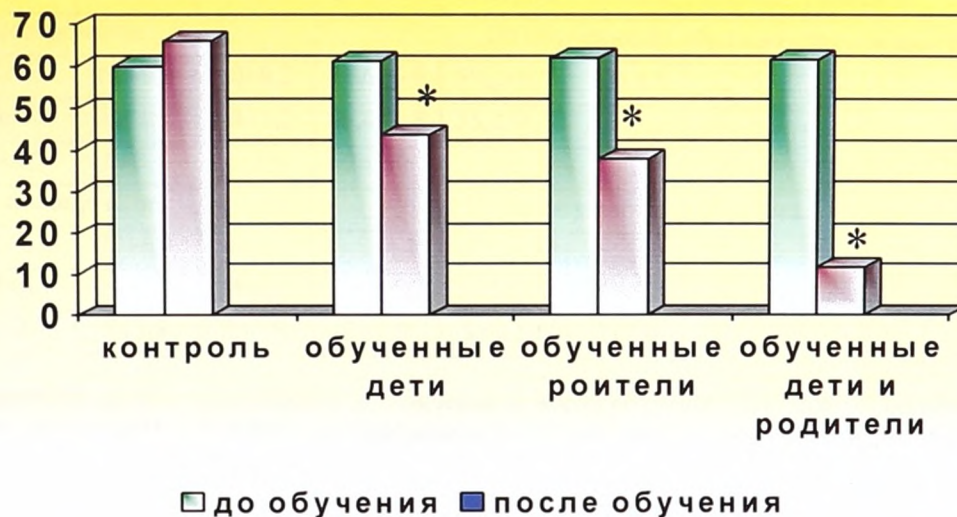


рис.4.1 Изменение суммарного показателя тревожности на фоне образовательных программ у высоко тревожных детей (%)

Таблица 4.13

Изменение уровня учебной тревожности на фоне образовательных программ детей и родителей (%)

Уровень учебной тревожности	Дети и родители не проходили обучение (контрольная группа)			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам			Дети, родители которых прошли обучение по образовательным программам			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам параллельно с родителями		
	Уровень заболеваемости											
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
	Первое исследование			До обучения по образовательным программам								
Высокий	12±4,6	32±6,6	62±6,9	10±4,2	34,6±6,6	59,2±6,7	12±4,6	32±6,6	60±6,9	12±4,6	32±6,6	61,5±6,7***
Средний	84±5,2	64±6,8	32±6,6	88±5,2	63,4±6,8	35,2±6,5	86±5,2	66±6,5	32±6,6	84±5,15	64±6,7	30,8±6,4
Низкий	4±2,7	4±2,7	6±3,4	2±1,9	2±1,9	5,6±3,1	2±1,9	2±1,9	8±3,8	4±2,7	4±2,7	7,7±3,7
	Повторное исследование			После обучения по образовательным программам								
Высокий	12±4,6	32±6,6	72±6,3	4±2,7	13,5±4,7*	40,3±6,8*	6±3,4	24±6,0	30±6,5**	2±1,97	10±4,2**	21,1±5,7***
Средний	84±5,2	64±6,7	20±5,7	94±3,4	84,5±5,2	54,1±7,1	92±3,4	74±5,8	68±5,7**	96±3,6**	88±5,2	73,3±5,8***
Низкий	4±2,7	4±2,7	8±3,8	2±1,9	2±1,9	5,6±3,1	2±1,9	2±1,9	2±1,9	2±1,9	2,0±1,9	5,6±3,1

Примечание: достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения* - $P<0,05$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения** - $P<0,01$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения*** - $P<0,001$.

Таблица 4.14

Изменение уровня самооценочной тревожности на фоне образовательных программ детей и родителей (%)

Уровень самооценочной тревожности	Дети и родители не проходили обучение			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам			Дети, родители которых прошли обучение по образовательным программам			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам параллельно с родителями			
	Уровень заболеваемости												
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	
	Первое исследование			До обучения по образовательным программам									
Высокий	10±4,2	32±6,6	64±6,8	16±5,2	32,7±6,5	63±6,6	10±4,2	34±6,7	62±6,9	10±4,9	32±6,6	63,5±6,8	
Средний	88±5,2	64±6,6	32±6,6	82±5,6	65,3±6,6	31,5±6,3	88±5,2	64±6,6	30±6,5	90±5,3	66±6,7	30,7±6,4	
Низкий	2±1,9	4±2,7	4±2,7	2±1,9	2±1,9	5,5±3,1	2±1,9	2±1,9	8±3,8	-	2±1,9	5,8±3,2	
	Повторное исследование			После обучения по образовательным программам									
Высокий	12±4,6	34±6,7	68±6,6	4±2,7	19,2±5,5	43,9±6,8*	8±3,8	26±6,2	30±6,5**	6±3,4	12±4,6**	23±5,8***	
Средний	86±5,2	64±6,6	28±6,3	94±3,4	78,8±5,6	54,1±7,1*	90±3,4	72±5,8	68±5,7**	94±3,4	86±5,8***	75±5,8***	
Низкий	2±1,9	2±1,9	4±2,7	2±1,9	2±1,9	2±1,9	2±1,9	2±1,9	2±1,9	-	2±1,9	2±1,9	

Примечание: достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения* - $P < 0,05$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения** - $P < 0,01$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения*** - $P < 0,001$.

Таблица 4.15

Изменение уровня межличностной тревожности на фоне образовательных программ детей и родителей (%)

Уровень межличностной тревожности	Дети и родители не проходили обучение			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам			Дети, родители которых прошли обучение по образовательным программам			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам параллельно с родителями		
	Уровень заболеваемости											
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
	Первое исследование			До обучения по образовательным программам								
Высокий	8±3,8	32±6,6	62±6,9	10±4,2	34,6±6,6	61,1±6,6	12±4,6	34±6,7	64±6,8	10±4,2**	34±6,7	61,5±6,7
Средний	90±5,2	66±6,7	34±6,7	88±5,2	63,4±6,5	33,3±6,4	86±5,19	64±6,7	32±6,6	88±5,17	64±6,7	30,8±6,4
Низкий	2±1,9	2±1,9	4±2,7	2±1,9	2±1,9	5,6±3,1	2±1,9	2±1,9	4±2,7	2±1,9	2±1,9	7,7±3,7
	Повторное исследование			После обучения по образовательным программам								
Высокий	12±4,6	38±6,9	66±6,7	4±2,7	23±5,8	50±6,8	6±3,4	26±6,2	32±6,6**	2±1,97	10±4,2**	5,8±3,2***
Средний	88±5,17	60±6,6	30±6,5	96±3,2	75	44,4±6,7	94±3,1	72±5,7	66±6,7***	98±3,2	60±6,9	89,4±5,16***
Низкий	-	2±1,9	4±2,7	-	2±1,9	5,6±3,1	-	2±1,9	2±1,9	-	2±1,9	4,8±2,8

Примечание: достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения* - $P<0,05$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения** - $P<0,01$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения*** - $P<0,001$.

Таблица 4.16

Изменение суммарного показателя тревожности на фоне образовательных программ детей и родителей (%)

Суммарный по- казатель тревожности	Дети и родители не проходи- ли обучение			Дети, прошедшие обучение по образовательным про- граммам			Дети, родители которых прошли обучение по образо- вательным программам			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам параллельно с родителями			
	Уровень заболеваемости												
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	
	Первое исследование			До обучения по образовательным программам									
Высокий	10±4,2	30±6,5	60±6,9	8±3,8	32,7±6,5	61,1±6,6	10±4,2	32±6,6	62±6,9	12±4,6	36±6,9	61,5±6,7	
Средний	90±3,6	68±6,8	38±6,5	92±3,6	65,3±6,8	31,3±6,4	90±3,6	66±6,7	32±6,9	86±5,19	62±6,9	32,7±6,5	
Низкий	-	2±1,9	2±1,9	-	2±1,9	5,6±3,1	-	2±1,9	6±3,4	2±1,9	2±1,9	5,8±3,2	
	Повторное исследование			После обучения по образовательным программам									
Высокий	12±4,6	36±6,9	66±6,7	4±2,7	21,2±5,6	43,7±6,9*	8±3,8	20±5,7	38±6,9**	4±2,7	8±3,8**	11,6±4,4***	
Средний	88±5,2	62±6,9	32±6,5	96±3,1	76,8±5,5	54,3±6,9	92±3,4	78±5,6	60±6,5	96±3,6	90±3,1**	86,4±5,2**	
Низкий	-	2±1,9	2±1,9	-	2±1,9	2±1,9	-	2±1,9	2±1,9	-	2±1,9	2±1,9	

Примечание: достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения* - $P<0,05$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения** - $P<0,01$; достоверность различий уровня тревожности до обучения и после обучения*** - $P<0,001$.

образовательной программе 59,83% детей активно осуществляли профилактические мероприятия в период повышения заболеваемости гриппом и ОРВИ ($p < 0,01$). При появлении первых симптомов ОРВИ дети контрольной группы не меняли образа жизни, не сообщали об изменении самочувствия родителям, поэтому лечебные мероприятия у 87,77% из них осуществлялись с конца первых-начала вторых суток после начала заболевания. После прохождения образовательных программ 60,92% детей после появления первых симптомов заболевания информировали родителей, проводили туалет лимфоглоточного кольца постоянно, что профилактировало повторные заболевания и осложнения. Лечебные мероприятия у 54,15% детей, прошедших образовательные программы начинались через 1-2 часа после появления первых симптомов заболевания.

Таким образом, внедрение образовательных программ эффективно не только для снятия тревожности у детей, но и способствовало укреплению их здоровья, что было обусловлено комплексностью обучения родителей (в форме групповых и индивидуальных консультаций) и детей (программа детского лагеря). Работа с родителями в форме групповых и индивидуальных консультаций позволяла им не только получить сведения об особенностях эмоционального состояния ребенка, уровне его здоровья, но и рассмотреть совместно причины формирования этого состояния и формы его стабилизации. В современной экономической обстановке для родителей особенно значимы именно социально-экономические проблемы семьи, тогда как психологическая проблематика утрачивает для них свою актуальность, что обуславливает необходимость оказания комплексного обучения и ведения профилактической и коррекционной работы со всеми членами семьи.

В нашем исследовании тип отношения отца и матери к ребёнку совпал, что подтверждалось прямой сильной корреляционной связью (коэффициент корреляции r от 1 до 0,52).

Наиболее интересными результатами нашей работы являлось отмеченная взаимосвязь между типом родительского отношения, состоянием

Изменение заболеваемости острым бронхитом на фоне образовательных программ



Заболеваемость пневмонией на фоне образовательных программ



Рис.4.2 Изменение заболеваемости острыми бронхитами на фоне образовательных программ (заболеваемость на 1000 детей)

Рис.4.3 Изменение заболеваемости пневмонией на фоне образовательных программ (заболеваемость на 1000детей)

Таблица 4.17

Изменение заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне образовательных программ

Нозологические формы	Дети и родители не проходили обучение (контрольная группа)			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам			Дети, родители которых прошли обучение по образовательным программам			Дети, прошедшие обучение по программам параллельно с родителями		
	Первый осмотр	Второй осмотр	Достоверность различий, р	До обучения	После обучения	Достоверность различий, р	До обучения	После обучения	Достоверность различий, р	До обучения	После обучения	Достоверность различий, р
Заболеваемость на 1000 детей												
ОРВИ	2593,3±0,13	2606,7±0,13	P>0,05	2467,9±0,13	1673,1±0,1	P>0,05	2586,7±0,13	1753,3±0,1	P>0,05	2546,1±0,13	1736,8±0,11	P>0,05
Острый бронхит	113,3±25,9	100,0±24,5	P>0,05	83,3±22,2	96,2±23,6	P>0,05	100,0±24,5	126,7±27,2	P>0,05	92,1±23,5	118,4±26,2	P>0,05
Пневмония	60,0±19,4	46,7±17,2	P>0,05	51,3±17,6	25,6±12,6	P>0,05	46,7±17,2	20,0±11,4	P>0,05	39,5±15,8	13,2±9,3	P>0,05
Обострение хронического аденоидита	433,3±40,5	426,7±40,4	P>0,05	403,8±39,3	262,8±35,2	P<0,05	433,3±40,5	280,0±36,7	P<0,05	421,1±40,0	282,9±36,5	P<0,05
Средняя продолжительность одного случая												
ОРВИ	7,2±0,67	7,35±0,71	P>0,05	6,95±0,52	4,75±0,41	P<0,01	7,15±0,61	4,79±0,41	P<0,01	6,85±0,51	4,51±0,41	P<0,01
Острый бронхит	9,85±0,81	9,55±0,91	P>0,05	9,78±0,81	7,12±0,59	P<0,01	10,15±0,89	6,95±0,89	P<0,05	9,95±0,81	7,15±0,67	P<0,01
Пневмония	19,51±1,21	19,95±1,35	P>0,05	20,35±1,75	15,45±0,91	P<0,05	19,15±1,15	15,25±1,95	P>0,05	19,55±0,05	15,57±0,95	P<0,01
Обострение хронического аденоидита	8,52±0,81	8,75±0,85	P>0,05	9,11±0,85	6,71±0,51	P<0,05	8,85±0,65	6,15±0,49	P<0,01	8,78±0,79	6,25±0,51	P<0,01

местного иммунитета и неспецифических факторов защиты слизистых верхних дыхательных путей. Сниженный секреторный иммуноглобулин А у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне гиперплазии глоточный миндалины достоверно коррелировал с авторитарным типом воспитания ($r=-0,5$) и симбиотическим отношением к ребёнку ($r=0,55$). (таблица 4.18).

Таблица 4.18

Корреляция между факторами местного иммунитета, факторами неспецифической резистентности и типом родительского отношения у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

типы родительского отношения	факторы местного иммунитета и неспецифических факторов защиты назального секрета		
	нейтрофилы	S Ig A	лизоцим
отвержение	$r = -0,135$	$r = -0,522$	$r = -0,016$
авторитаризм	$r = +0,568$	$r = -0,490$	$r = -0,281$
кооперация	$r = -0,215$	$r = +0,251$	$r = -0,222$
симбиоз	$r = 0,258$	$r = 0,553$	$r = 0,050$
инфантилизм	$r = 0,067$	$r = -0,062$	$r = -0,202$

Отмечена корреляционная связь большого количества нейтрофилов с авторитарным типом воспитания ($r=0,56$). Таким образом, патогенные типы родительского отношения сопровождались снижением местного иммунитета и неспецифических факторов защиты. В контрольной группе детей была выявлена средней силы корреляционная связь между достаточным уровнем местного иммунитета и принятием ребёнка. Авторитарное отношение к ребёнку, при его эмоциональном отвержении вело к развитию частых стрессов у детей, что делало неизбежным угнетение реакций неспецифической рези-

стентности и местного иммунитета

Практическое значение полученных данных состоит в том, что нами показано существенное влияние характера взаимоотношений между ребёнком и родителями на состояние здоровья ребёнка. Это позволило рекомендовать оптимизацию внутрисемейных отношений, как одного из направлений профилактики развития гиперплазии глоточной миндалины и хронического аденоидита.

После обучения детей и родителей по описанным выше образовательным программам, как следует из таблицы 4.19, отмечены благоприятные изменения показателей местного иммунитета, реакций неспецифической резистентности и показателей назоцитогаммы. Наиболее выраженные изменения регистрировались у детей, проходивших обучение параллельно с родителями. Положительные изменения показателей местного иммунитета и реакций неспецифической резистентности могут быть объяснены уменьшением выраженности негативного влияния эмоциональных стрессов у младших школьников. Повышение степени адекватности поведения школьников, формирование сотрудничества детей и родителей, в том числе в области улучшения состояния здоровья детей, благоприятно изменяло течение острых заболеваний органов дыхания в организованном коллективе.

Таблица 4.19

Изменение показателей местного гуморального иммунитета, реакций неспецифической резистентности, назоцитогаммы на фоне образовательных программ для детей и родителей.

Нозологические формы	Дети и родители не проходили обучение (контрольная группа)			Дети, прошедшие обучение по образовательным программам			Дети, родители которых прошли обучение по образовательным программам			Дети, прошедшие обучение по программам параллельно с родителями		
	Первый осмотр	Второй осмотр	Достоверность различий, р	До обучения	После обучения	Достоверность различий, р	До обучения	После обучения	Достоверность различий, р	До обучения	После обучения	Достоверность различий, р
SIgA назального секрета, г/л	0,19± 0,01	0,18± 0,01	P>0,05	0,18± 0,01	0,22± 0,01	P<0,05	0,18± 0,01	0,25± 0,11	P<0,001	0,19± 0,01	0,25± 0,01	P<0,001
IgA назального секрета, г/л	0,17± 0,02	18± 0,01	P>0,05	0,17± 0,02	0,20± 0,01	P<0,05	0,16± 0,02	0,22± 0,02	P<0,001	0,16± 0,01	0,23± 0,01	P<0,001
Лизоцим назального секрета, %	51,52± 4,91	54,32± 4,92	P>0,05	50,31 2,12	53,75± 3,17	P>0,05	52,15± 3,11	68,11± 2,11	P<0,001	53,12± 2,14	68,17± 2,11	P<0,001
Нейтрофилы, %	25,57± 1,51	23,57± 1,74	P>0,05	26,35± 1,23	23,35± 1,28	P>0,05	23,35± 2,25	20,55± 1,95	P>0,05	26,35± 1,75	18,57± 1,15	P<0,05
Фагоцитирующая активность нейтрофилов	0,04± 0,001	0,05± 0,001	P>0,05	0,05± 0,001	0,06± 0,001	P>0,05	0,05± 0,001	0,11± 0,002	P<0,01	0,05± 0,003	0,12± 0,01	P<0,001

ГЛАВА V. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА

Причиной повторных заболеваний верхних дыхательных путей, рецидивирования и хронизации их зачастую являются поражения глоточной, небных миндалин, придаточных пазух носа. До настоящего времени отсутствует возрастной подход в стратегии лечебных программ по ведению детей с высоким уровнем заболеваемости респираторными заболеваниями на фоне патологии лимфоаденоидного кольца. Опасность оперативных вмешательств в области формирующегося лимфоидного кольца глотки у детей заставляет расширять поиск консервативных методов лечения гиперплазии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита.

Имеющиеся на сегодняшний день работы, посвященные консервативному лечению хронического аденоидита, в большинстве своем не имеют этиопатогенетического обоснования предлагаемых методов терапии. Не изученным представляется применение местных антибактериальных средств у детей в лечении хронического аденоидита. У наблюдаемых нами детей из группы длительно и часто болеющих ОРВИ на фоне хронического аденоидита персистенция хронической бактериальной инфекции была представлена преимущественно β -гемолитическим стрептококком (35,2%) в сочетании с α -гемолитическим стрептококком (39,8%) и *Staph. Aureus* (33,3%), что при местном иммунодефиците слизистой верхних дыхательных путей могло способствовать поддержанию воспалительного процесса в носоглотке. Этим можно объяснить упорный характер течения хронического аденоидита и трудность его лечения. По нашему мнению, первым этапом лечения детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания с обострением хронического аденоидита является элиминация инфекционного возбудителя прежде всего с помощью местной антибакте-

риальной терапии, подготавливающей слизистую верхних дыхательных путей к более эффективному воздействию иммуномодуляторов.

Критерии оценки эффективности антибактериальной и иммуномодулирующей терапии проводились по 4-х бальной шкале: 3 балла – «отличный эффект» - нормализация дыхания через нос, нормализация размеров глоточной миндалины, отсутствие эпизодов аденоидита, обострений хронического тонзиллита. 2 балла – «хороший эффект» – нормализация дыхания через нос, уменьшение размеров глоточной и небных миндалин, отсутствие эпизодов аденоидита и обострения хронического тонзиллита. 1 балл – «удовлетворительный эффект» - улучшение дыхания через нос, уменьшение размеров глоточной и небных миндалин, один эпизод обострения хронического аденоидита, хронического тонзиллита за время наблюдения (3,5 месяца). 0 баллов - «неудовлетворительный эффект» - размеры небных и глоточной миндалин не изменились или увеличились, 2 и более эпизодов аденоидита или обострения хронического тонзиллита в течение 3,5 месяцев.

5.1. Эффективность фюзафюнжина (Биопарокса) в лечении обострений хронического аденоидита у детей

Одним из представителей местной антибактериальной терапии является аэрозольный антибиотик фюзафюнжин (Биопарокс, Сервье, Франция) (29).

Фюзафюнжин - антибиотик с противовоспалительной активностью в отношении стрептококка группы А, пневмококка, стафилококков, некоторых штаммов нейссерий, микоплазм (186,301). Попадая прямо на очаг инфекции при обострении хронического аденоидита, уменьшает развитие патогенной флоры, отек и местную воспалительную реакцию.

В исследование были включены 108 пациентов 3-6 лет (I группа) с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронической носоглоточной инфекции (хронический аденоидит, гиперплазия глоточной миндалины II степени), которым проводилось лечение фюза-

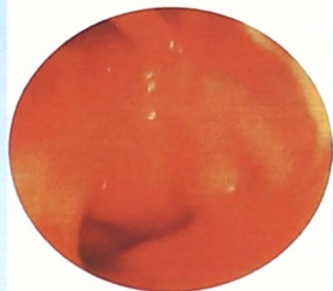
фюнжином с учетом этиологии хронического аденоидита и характера патологического процесса (нейтрофильно-макрофагальный вариант с гнойным экссудатом). Аэрозольный антибиотик назначался в течение 7 дней путем воздействия на все глоточное кольцо (назальное введение и ингаляции через рот). II группу составили 52 дошкольника с хронической носоглоточной инфекцией, которым назначалась симптоматическая терапия (промывание носоглотки, местное применение сосудосуживающих препаратов). В эти группы не вошли дети с гипертрофией глоточной миндалины III степени, поскольку проведение консервативных методов лечения в таких случаях мало эффективно. Для сопоставления ряда показателей местных факторов защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей обследовано 37 детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

Непосредственные результаты лечения оценивались по совокупности клинических, лабораторных и инструментальных результатов исследования. Применение фюзафюнжина принципиально изменяет течение заболеваний носоглоточной области, что подтверждается при эндоскопическом исследовании носоглотки (фото 5.1). На фоне применения фюзафюнжина у больных с хроническим аденоидитом отмечена более благоприятная динамика клинических симптомов заболевания по сравнению с пациентами контрольной группы (рис. 5.1). К концу лечения у детей I группы отмечалось хорошее самочувствие, спадал отек глоточной миндалины, восстанавливалось адекватное носовое дыхание, отсутствовало патологическое отделяемое носоглоточной миндалины, во время ночного сна не отмечалось сопения и храпа (рис.5.1).. Терапия фюзафюнжином (I группа) позволила не только снять признаки аденоидита, но и привела к уменьшению числа детей с гипертрофией миндалины II степени с $75,0 \pm 6,84\%$ до $35,42 \pm 5,22\%$ ($p < 0,001$). Соответственно увеличилось число детей с гипертрофией глоточной миндалины I степени ($p < 0,01$). Симптоматическое лечение аденоидита не эффективно ($p > 0,05$).

Фото 5.1.ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОСОГЛОТКИ

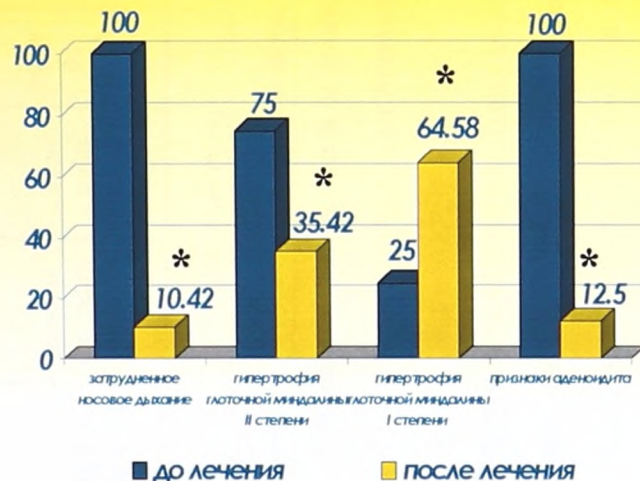


С. 5 лет, Ds:хронический аденоидит,
обострение,гипертрофия¹глочной миндалины II степени



С. 5 лет,Ds:хронический аденоидит вне обострения после
лечения фюзафюнжином²

ЛЕЧЕНИЕ ФЮЗАФЮНЖИНОМ (n=108)



СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (n=52)

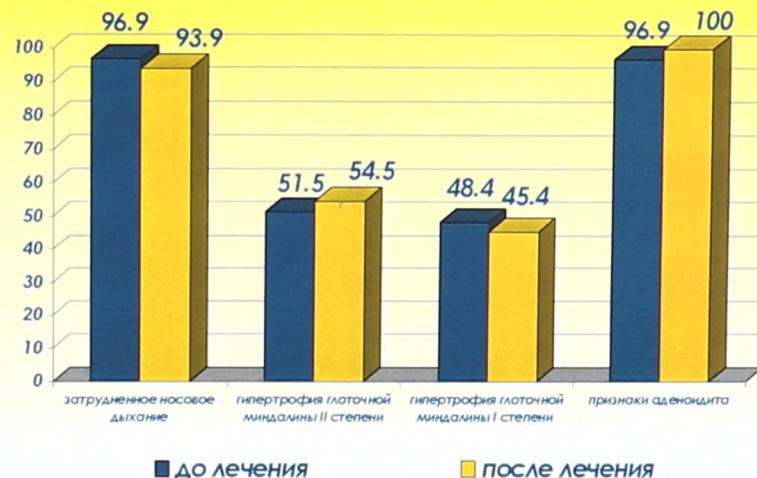


Рис.5.1 Динамика клинической картины хронического аденоидита на фоне фюзафюнжина и симптоматического лечения (*- $p < 0,001$)

Оценка клинической эффективности лечения фюзафюнжином представлена в таблице 5.1.

Таблица 5.1.

Сравнительная клиническая эффективность в зависимости от метода терапии

Конечные результаты лечения	Терапия фюзафюнжином,% детей (n=108)	Симптоматическая терапия,% детей (n=52)
отлично	45,37	--
хорошо	39,81	--
Удовлетворительно	14,82	100,0
Неудовлетворительно	-	
Всего	100,0	100,0

При бактериологическом анализе отделяемого, взятого из носа непосредственно после лечения фюзафюнжином и через месяц, роста патогенной флоры практически не обнаруживалось (рис.5.2).

При бактериологическом анализе отделяемого из глотки после лечения фюзафюнжином роста патогенной флоры не обнаруживалось (табл.5.2).

Таблица 5.2

Микрофлора, высеваемая из глотки детей с хронической носоглоточной инфекцией до и после лечения фюзафюнжином

Группы больных	Терапия фюзафюнжином (n=108)				Симптоматическое лечение (n=52)		Дети с низким уровнем заболеваемости, (n=37) %
	До лечения, %	После лечения, %			До лечения, %	После лечения, %	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3,5 месяца			
Микроорганизмы (105)							

Staph. Aureus	13,9± 3,32	13,0± 3,32	13,9± 3,32	13,9± 3,32	17,2± 5,75	17,2± 5,75	16,2± 6,06
β- гемолитический стрептококк	33,3± 4,53	0** °°°	0***°°°	6,5± 2,37*°°	30,1± 6,99	30,1± 6,99	24,3± 7,05
α- гемолитический стрептококк	27,8± 4,31	3,7±1,8 1*** °°	6,5± 2,37*** °	27,8± 4,31	21,5± 6,26	21,5± 6,26	40,5± 8,07
Candida albicans	6,5± 2,37	0	0	0	8,3±3,09	6,5± 3,32	0

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

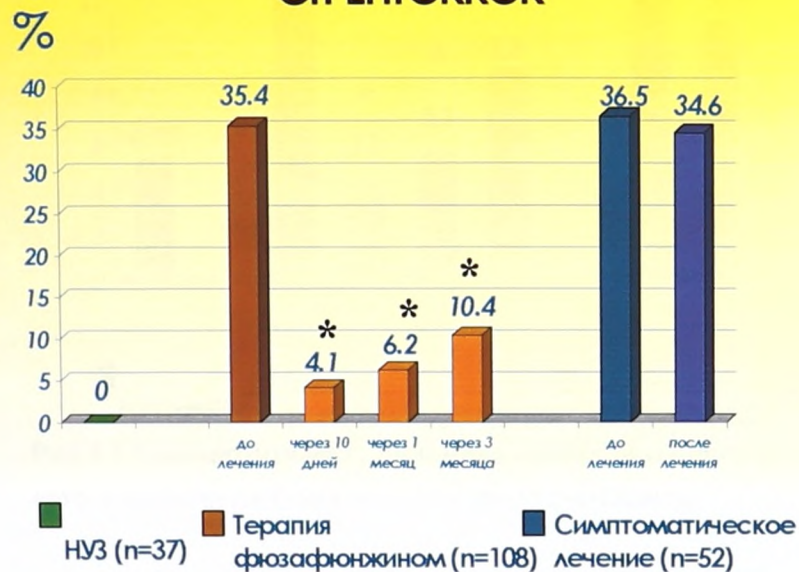
Достоверность различия между показателями до и после лечения:
° - $p < 0,05$; °° - $p < 0,01$. °°° - $p < 0,001$

Таким образом, ткань носоглоточной миндалины с адекватной функциональной активностью восстанавливала микробиоценоз носоглотки, что в нашем исследовании подтверждалось сменой характера микрофлоры с достоверным уменьшением количества патогенной.

У детей, страдающих аденоидитом с гнойным экссудатом, назоцитогаммы сопровождалась значительным изменением клеточного состава (таблица 5.3). У больных была повышена экссудация нейтрофилов на поверхность слизистой оболочки носа, однако зарегистрировано снижение фагоцитарной активности их до $0,01 \pm 0,004$. После местного антибактериального лечения достигалась санация верхних дыхательных путей, на что указывало уменьшение миграции нейтрофилов в носовую полость с $31,4 \pm 3,8\%$ до $17,3 \pm 2,2\% - 23,8 \pm 3,3\%$, сохранявшееся на этом уровне в течение 3-х месяцев. Снижение количества нейтрофилов на слизистой носа сочеталось с повышением фагоцитарной активности их до $0,1 \pm 0,02$.

Параллельно улучшению процессов спонтанного фагоцитоза нейтрофилов отмечалось уменьшение адсорбированной на плоском эпителии кокковой флоры с $12,5 \pm 2,3\%$ до $3,9 \pm 1,3\%$ ($p < 0,01$) (рис 5.3).

β-ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СТРЕПТОКОКК



α-ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СТРЕПТОКОКК

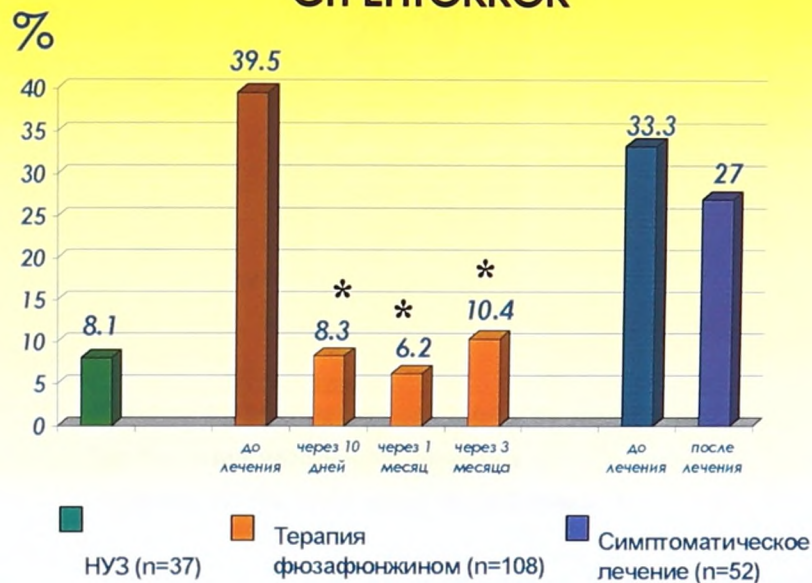


Рис.5.2 Динамика микрофлоры из полости носа у детей с хроническим аденоидитом на фоне лечения(*- $p < 0,001$)

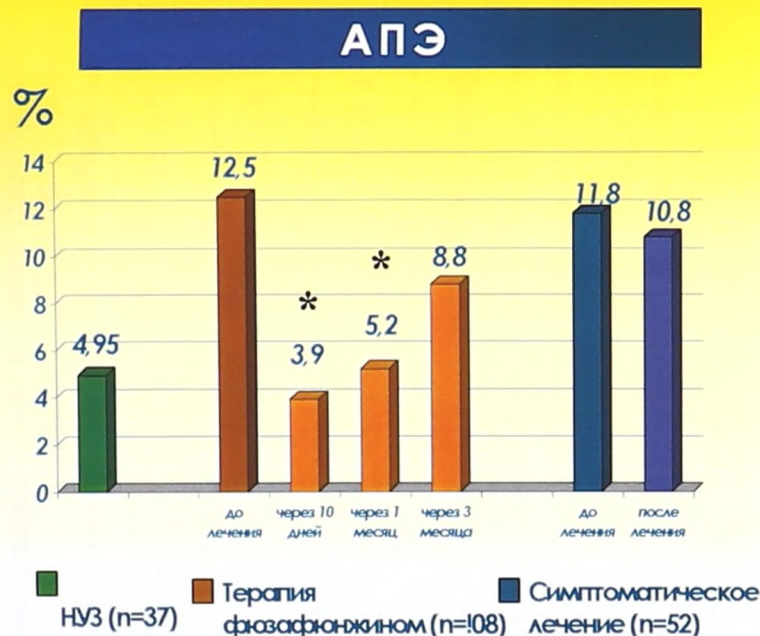


Рис.5.3 Назоцитограмма: динамика адсорбции плоского эпителия на фоне лечения фюзафунжином

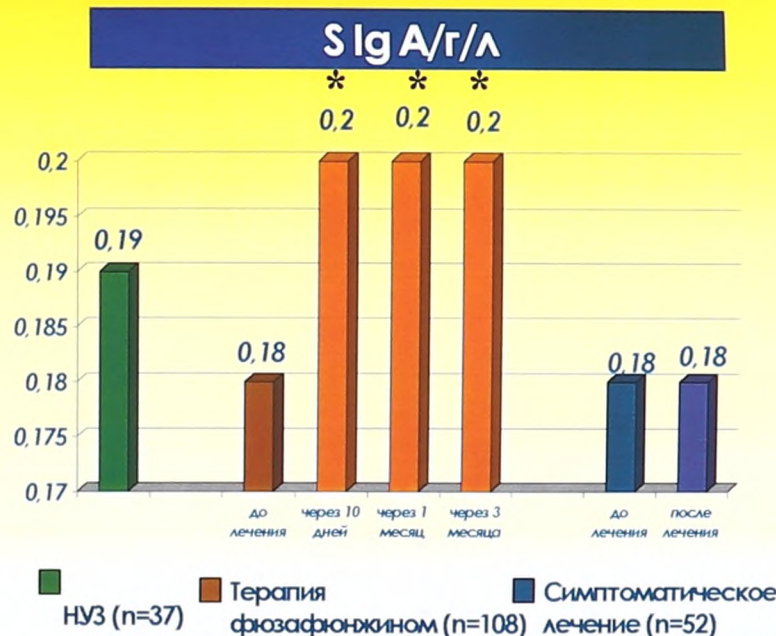


Рис.5.4 S IgA назального секрета у детей с хроническим аденоидитом на фоне лечения фюзафунжином

Купирование признаков воспаления восстанавливало адекватное кровоснабжение и питание аденоидной ткани, чем достигалась нормализация основных физиологических функций лимфоидной ткани носоглотки - защитной и иммунологической (таблица 5.3).

Таблица 5.3

Результаты цитологических исследований слизистой носа, показателей местного иммунитета и неспецифических факторов защиты назального секрета у детей с хроническим аденоидитом после лечения фюзафунжином

Группы больных	Терапия фюзафунжином(n=108)				Симптоматическое лечение (n=52)		Дети с низким уровнем заболеваемости, n=37
	До лечения	После лечения			До лечения	После лечения	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3месяца			
Показатели							
Нейтрофилы,%	31,4± 3,8***	17,3± 2,4***°	21,3± 3,2°°	23,8±2,7	32,4± 3,3***	30,4± 3.8***	16,3± 2.5
Фагоцитирующая активность нейтрофилов	0,01± 0,004**	0,1± 0,02** °°°	0,07± 0,02***°°°	0,03± 0,009	0,03± 0,004	0,02± 0,003**	0,04± 0,01
Адсорбция плоского эпителия	12,5±2,3 **	3,9± 1,3°°°	5,2± 1,3°°°	8,8±3,1	11,8± 2,1**	10,8± 3,1**	4,95± 1,2
Лизоцим,%	52,1± 1,86***	68,7 ± 2,65 °°°	70,1± 2,50 *°°°	69,2± 2,25 °°°	49,2± 1,60 ***	48,1± 1,98***	62,25± 2,45
S Ig A,г/л	0.18± 0,005	0,20± 0,003 *°°°	0,20± 0,002 ***°°°°	0,20± 0,001 ***°°°°	0,18± 0,005	0,18± 0,005	0,19± 0,001
Ig A,г/л	0,15± 0,002***	0,18± 0,002°°°	0,18± 0,002°°°	0,17± 0,002°	0,15± 0,002 ***	0,15± 0,002***	0,18± 0,002
Ig G,г/л	0,06± 0,002***	0,02± 0,002 ***°°°°	0,02± 0,002 ***°°°°	0,03± 0,003°°°	0,04± 0,002 ***	0,04± 0,002***	0,03± 0,002

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: ** - p<0,01; *** - p<0,001

Достоверность различия между показателями до и после лечения:

° - p<0,01. °° - p<0,001

Изменение местного иммунитета и неспецифических факторов защи-

ты слизистых верхних дыхательных путей на фоне проводимого лечения документировано динамикой лизоцима, SIgA. Лечение с применением фюзафюнжина, сопровождалось увеличением уровня лизоцима с $52,1 \pm 1,98\%$ до $68,7 \pm 2,65\%$ ($p < 0,01$) и SIgA с $0,18 \pm 0,005$ г/л до $0,20 \pm 0,003$ г/л ($p < 0,01$) (рис.5.4). В течение 3-х месяцев наблюдения концентрация лизоцима не отличалась от показателя детей с низким уровнем заболеваемости. В ротоглоточном секрете достоверно повышалось количество SIgA, лизоцима, снижался уровень IgG ($p < 0,001$) (таблица 5.4)

Таблица 5.4

Результаты показателей местного иммунитета и неспецифических факторов защиты ротоглоточного секрета у детей с хроническим аденоидитом после лечения фюзафюнжином

Группы больных	Терапия фюзафюнжином(п=108)				Симптоматическое лечение (п=52)		Дети с низким уровнем заболеваемости, п=37
	До лечения	После лечения			До лечения	После лечения	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3месяца			
Показатели							
Лизоцим,%	54,1± 1,98***	66,7 ± 2,65°°°	67,1± 2,50 °°°	63,2± 2,25 °°	49,2± 1,60 ***	48,1± 1,98***	62,25± 2,45
S IgA,г/л	0.18± 0,005	0,20± 0,003 **°°	0.20± 0,002 ****°°°	0,19± 0,001	0,18± 0,005	0,18± 0.005	0,19± 0,001
Ig A,г/л	0,15± 0,002***	0,16± 0,002*	0,16± 0,002*	0,16± 0,002*	0,15± 0,002 ***	0,15± 0,002***	0,18± 0,002
Ig G,г/л	0,06± 0,002***	0,02± 0,002 ***°°°	0,02± 0,002 ****°°°	0,03± 0,003°°°	0,04± 0,002 ***	0,04± 0,002***	0,03± 0,002

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Достоверность различия между показателями до и после лечения:

$\circ\circ$ - $p < 0,01$. $\circ\circ\circ$ - $p < 0,001$

Проспективное наблюдение в течение 3-х месяцев после лечения фюзафюнжином показало стойкий эффект, документируемый уменьшением

числа обострений и сохраняющимся высоким уровнем показателей местного иммунитета и неспецифических факторов защиты - 83,3% детей не давали обострений хронического аденоидита. В то же время у детей I группы после 3-го месяца от начала лечения вновь повышалась обсемененность слизистой носа патогенной флорой, снижалась фагоцитарная активность нейтрофилов, ухудшался микробный пейзаж носоглотки. Данные факты указывали на целесообразность повторного профилактического курса фюзафюнжином детям с хроническими аденоидитами для предупреждения ухудшения состояния лимфоглоточного кольца. На фоне симптоматической терапии у II группы детей показатели местного иммунитета не изменялись.

Предлагаемое нами консервативное лечение детей, страдающих хроническим аденоидитом, с применением топической антибактериальной терапии способствовало выраженному снижению воспалительного процесса в ткани носоглоточной миндалины, нормализации функции носового дыхания, показателей клеточного иммунитета и микробиоциноза носоглотки, что позволяет его рекомендовать для эффективного снятия обострения аденоидита. Предложенный нами органосохраняющий метод лечения тонзиллярной болезни соответствовал современным представлениям о важных функциях лимфаденоидного кольца.

5.1.1. Применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония в практике лечения детей с патологией лимфоглоточного кольца

Глоточная миндалина относится к периферическим органам иммунной системы, обеспечивая слизистые оболочки иммунокомпетентными клетками и контролируя адекватность местного иммунного ответа, известного как мукозальный иммунитет (50,307). Ведущая роль всего лимфатического глоточного кольца в создании иммунного барьера слизистых оболочек верхних дыхательных путей, его регуляции диктует необходимость консервативной тактики лечения хронического аденоидита, особенно в период раннего детства. Аденотомия является инвазивным методом, ведет к имму-

нодепрессии местных факторов защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Важная проблема - наличие иммунологических сдвигов, сопровождающих развитие аденоидитов. Однако даже при хроническом аденоидите глоточная миндалина активно участвует в становлении иммунитета, почему нельзя признать целесообразным хирургический радикализм, существующий в детской практике (129). Разрастание глоточной миндалины напрямую связано с увеличением иммунодефицитов, компенсаторной гипертрофией лимфоидных образований.

У обследованных нами детей, страдающих аденоидитом повышалась экссудация нейтрофилов на поверхность слизистой оболочки носа со снижением функциональной активности их до $0,01 \pm 0,005$ против $0,04 \pm 0,01$ у детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания ($p < 0,01$). С целью воздействия на факторы ранней защиты организма от инфекции - стимуляции бактерицидных свойств нейтрофилов, макрофагов, усиления их способности поглощать *Staph. Aureus* - мы применяли полиоксидоний. Эндоназальное назначение иммуномодулирующей терапии полиоксидонием оправдано с учетом местного иммунодефицита слизистых у детей с хроническим аденоидитом.

Изучение эффективности применения полиоксидония для лечения патологии лимфоглоточного кольца проведено у 40 детей (I группа) 3-6 лет с хронической носоглоточной инфекцией (хронический аденоидит, гиперплазия глоточной миндалины II степени, и сочетание хронического аденоидита и гипертрофии небных миндалин). Все пациенты получали полиоксидоний интраназально в дозе 0,15 мг/кг в сутки ежедневно курсом 10 дней. Мониторинг местных факторов защиты проводился до лечения полиоксидонием (0 день), на 10 день, 30 день, 105 день (3,5 месяца) после окончания приема препарата. II группу составили 43 дошкольника с хронической носоглоточной инфекцией, которым назначалась симптоматическая терапия сосудосуживающими препаратами (раствор нафтизина 0,025%), промывание носоглотки изотоническим раствором натрия хлорида 0,9%). Группы были сопоставимы по полу, возрасту детей, этиологии, характеру воспаления и со-

стоянию местных факторов защиты.

На фоне применения полиоксидония отмечена более благоприятная динамика клинических симптомов заболевания по сравнению с пациентами контрольной группы. Носовое дыхание нормализовалось у всех больных I группы ($4,25 \pm 0,45$ дня), в контрольной группе нормализации носового дыхания не произошло. Катаральные явления на фоне полиоксидония продолжались $5,2 \pm 0,75$ дня, у детей контрольной группы гиперемия слизистой задней стенки глотки и мягкого неба наблюдалась в течение $10,43 \pm 1,1$ дней. Особенностью эффекта препарата было улучшение самочувствия после закапывания в нос полиоксидония с уменьшением головной боли и уменьшением симптомов интоксикации. В первые 2-3 суток нормализация носового дыхания сохранялась в течение 2-3 часов после применения препарата. К четвертому дню лечения свободное дыхание через нос было постоянным. После проведенного лечения в течение месяца у всех пациентов отмечено уменьшение степени гипертрофии глоточной миндалины (таблица 5.5).

Таблица 5.5

Динамика клинической картины на фоне изучавшихся вариантов лечения хронических заболеваний глоточной миндалины

Показатели	Больные с хроническим аденоидитом, (случаи на 100)			
	Лечение полиоксидонием (n=40)		Симптоматическое лечение (n=43)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Затрудненное носовое дыхание	$100,0 \pm 0,001$	$15,0 \pm 5,64^{***}$	$97,7 \pm 2,30$	$51,2 \pm 7,62^{***}$
Гипертрофия глоточной миндалины II степени	$75,0 \pm 6,84$	$40,0 \pm 6,32^{***}$	$51,5 \pm 7,62$	$54,5 \pm 7,59$
Гипертрофия глоточной миндалины I степени	$25,0 \pm 6,85$	$60,0 \pm 6,32^{***}$	$48,5 \pm 7,62$	$45,4 \pm 7,59$
Признаки аденоидита	$80,0 \pm 6,32$	$40,0 \pm 5,64^{***}$	$97,7 \pm 2,30$	$74,4 \pm 6,66^{**}$

Достоверность различия между показателями до и после лечения:

** - $p < 0,01$. *** - $p < 0,001$

В контрольной группе степень гипертрофии глоточной миндалины не изменялась. Острые заболевания на протяжении 3,5 месяцев наблюдения отмечены у 3-х человек (2 случая лакунарной ангины и 1 случай ОРВИ). У детей контрольной группы за время наблюдения зарегистрировано 5 случаев лакунарной ангины, 9 - ОРВИ с обострением хронического аденоидита. На фоне применения полиоксидония не отмечалось осложнений острых заболеваний, в контрольной группе у 3 человек после перенесенного ОРВИ отмечены явления гайморита, отита. Анализ эффективности (таблица 5.6) терапии полиоксидонием показал, что на фоне применения препарата у 40%

Таблица 5.6

**Сравнительная клиническая эффективность в зависимости от
метода терапии**

Конечные результаты лечения	Терапия полиоксидони- ем, % детей (n=40)	Симптоматическая терапия, % детей (n=43)
отлично	40,0	--
хорошо	40,0	--
Удовлетворительно	20,0	100,0
Неудовлетворительно	-	
Всего	100,0	100,0

больных отмечены отличные результаты, у 40% - хорошие, и у 20% - удовлетворительные. На фоне симптоматического лечения купировались явления ринита, но не изменялись размеры глоточной миндалины и показатели местного иммунитета, что позволило оценить результаты во II группе как неудовлетворительные.

Оценка местных факторов защиты представлена согласно выделенным группам. В назоцитограммах детей с хронической носоглоточной инфекцией часть плоского эпителия, адсорбировавшего на себе микрофлору, составляла $11,5 \pm 2,3\%$ от общего числа плоского эпителия, что достоверно превышало аналогичный показатель у детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания $4,95 \pm 1,2\%$ ($p < 0,01$) и подтвержда-

ло значительную микробную обсемененность верхних дыхательных путей. (рис.5.6). У больных была повышена экссудация нейтрофилов на поверхность слизистой оболочки носа до $31,4 \pm 3,8\%$ при $16,3 \pm 2,5\%$ у детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания (рис.5.6). ($p < 0,001$). После местного применения полиоксидония адсорбция плоского эпителия микробной флоры достоверно не отличалась от нормальных значений, что свидетельствовало об уменьшении бактериальной колонизации слизистой верхних дыхательных путей. Полиоксидоний активизировал неспецифические защитные механизмы респираторного тракта, о чем можно судить по нормализации процессов спонтанного фагоцитоза гранулоцитов ($0,09 \pm 0,02$) (рис.5.6). У детей с хронической носоглоточной инфекцией достаточные цифры функциональной активности нейтрофилов сохранялись в течение 3-х месяцев наблюдения. Количество нейтрофилов имело положительное значение в течение 3-х месяцев. В назоцитограммах отмечалось уменьшение количества эозинофилов до нормы. Во II группе детей, получавших сосудосуживающие препараты и промывание носоглотки физиологическим раствором бактериальная колонизация слизистых верхних дыхательных путей не менялась, не происходило нормализации фагоцитирующей активности нейтрофилов.

Изменение местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей на фоне проводимого лечения документировано динамикой лизоцима, SIgA, IgA, IgG (таблица 5.7). Лечение с применением полиоксидония сопровождалось увеличением уровня лизоцима в назальном секрете с $56,9 \pm 1,88\%$ до $69,8 \pm 2,45\%$ ($p < 0,001$) и SIgA с $0,18 \pm 0,005$ г/л до $0,20 \pm 0,003$ г/л ($p < 0,01$). В течение 3,5 месяцев наблюдения концентрация лизоцима не отличалась от показателя детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией

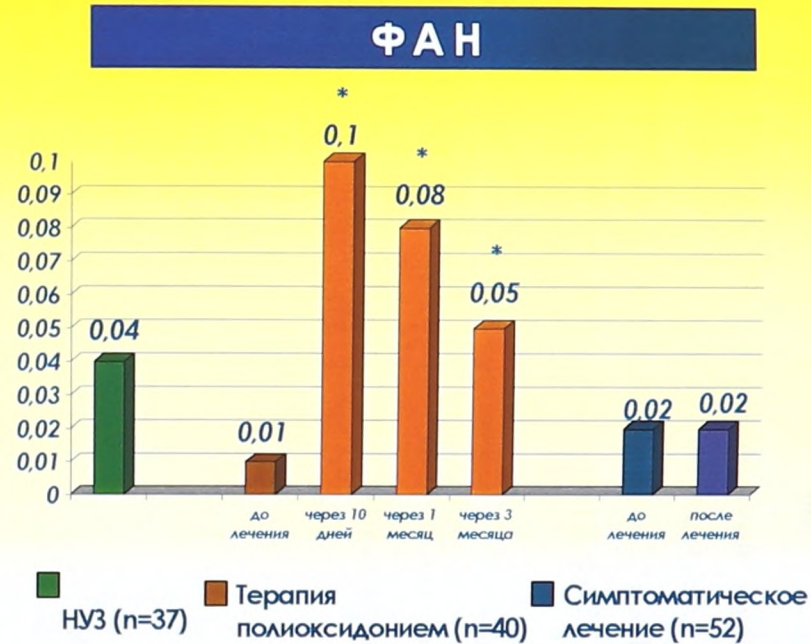


Рис.5.6 Назоцитограмма: экссудация и фагоцитирующая активность нейтрофилов слизистой носа на фоне лечения полиоксидонием

(* - $p < 0,001$)

органов дыхания. Через 10 дней после лечения отмечено достоверное снижение концентрации IgG, сохраняющееся на этих цифрах последующие 3,5 месяца. Содержание IgA через 10 дней достоверно повышалось, и держалось на повышенных цифрах в течение 3,5 месяцев.

Таблица 5.7

Динамика показателей местного иммунитета назального секрета у детей, страдающих хронической патологией лимфоглоточного кольца в зависимости от вариантов лечения

Группы больных	Терапия полиоксидонием(n=40)				Симптоматическое Лечение (n=43)		Дети с низким уровнем заболевае- мости, (n=37)
	До ле- чения	После лечения			До лече- ния	После ле- чения	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3,5 месяца			
Показа- тели							
Лизоцим, %	56,9± 1,88***	69,8 ± 2,45*****	70,2± 2,40*** ooo	69,7± 2,25*** ooo	50,11± 2,10***	49,15± 1,98***	62,25±2.45
SIgA,г/л	0.18± 0,005	0,20± 0,003***oo	0,20± 0,002*** ooo	0,19± 0,001	0,18± 0,005	0,18± 0,005	0,19±0,001
Ig A,г/л	0,15± 0,002 ***	0,18± 0,002°oo	0,17± 0,002°oo	0,16± 0,002°	0,15± 0,002***	0,15± 0,002***	0,18±0,002
Ig G,г/л	0,06± 0,002 ***	0,02± 0,002*** ooo	0,02± 0,002*** ooo	0,03± 0,003°oo	0,04± 0,002***	0,04± 0,002***	0,03± 0,002

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Достоверность различия между показателями до и после лечения:
°° - $p < 0,01$. °oo - $p < 0,001$

На фоне применения препарата происходило достоверное увеличение активности лизоцима в слюне, сохранявшееся на протяжении 3 месяцев. Достоверных изменений концентрации иммуноглобулинов SIgA, IgA, IgG в слюне не отмечено (таблица 5.8).

Во II группе на фоне симптоматического лечения показатели, характеризующие состояние местного иммунитета достоверно не изменялись.

Таблица 5.8

Результаты показателей местного иммунитета и неспецифических факторов защиты ротоглоточного секрета у детей с хроническим аденоидитом после лечения фюзафюнжином

Показатели	Терапия полиоксидонием(п=40)				Симптоматическое лечение (п=43)		Дети с низким уровнем заболеваемости, п=37
	До лечения	После лечения			До лечения	После лечения	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3месяца			
Лизоцим,%	52,1± 1,98***	65,3 ± 2,65°°°	67,0± 2,50 °°°	63.2± 2,25 °°°	49,2± 0,60 ***	48.1± 0,98***	62.25± 0,45
SIgA,г/л	0.18± 0,005	0,19± 0,003	0,18± 0,002	0,18± 0,001	0,18± 0,005	0,18± 0,005	0,19± 0,001
IgA,г/л	0,15± 0,002***	0,16± 0,002*	0,16± 0,002*	0,15± 0,002***	0,15± 0,002 ***	0,15± 0,002***	0,18± 0,002
IgG,г/л	0,06± 0,002***	0,05± 0,002 ***	0,05± 0,002***	0,06± 0,003***	0,04± 0,002 ***	0,04± 0,002***	0,03± 0,002

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Достоверность различия между показателями до и после лечения:
°° - $p < 0,01$. °°° - $p < 0,001$

Изучение микробиоциноза полости носа выявило у детей с хроническими аденоидитами преобладание Staph. Aureus (таблица 5.9).

Значительное количество стафилококка в полости носа у больных и детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания объясняется тем, что данный микроорганизм, являясь факультативным анаэробом, именно здесь находит подходящие условия для существования. У детей с хронической носоглоточной инфекцией из носа в большом количестве (35,0%) высевался β -гемолитический стрептококк, что не являлось бла-

Таблица 5.9

Микрофлора,высеваемая из полости носа у детей с хронической носоглоточной инфекцией до и после лечения полиоксидонием.

Группы больных	Терапия полиоксидонием(п=40)				Симптоматическое Лечение (п=43)		Дети с низким уровнем заболеваемости, (п=37) %
	До лечения, %	После лечения, %			До лечения, %	После лечения, %	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3,5 месяца			
Микроорганизмы (105)							
Staph. Aureus	35± 7,54	20± 6,32	20± 6,32	30± 7,24	34,4± 7,24	33,4± 7,19	32,4± 8,22
Staph.Epiderm i-dis	5± 3,45	15± 5,65	10± 4,74	5±3,45	4,3± 3,09	4,3± 3,09	2,7± 2,66
β-гемолитический стрептококк	35± 7,54 ***	20± 6,32 **	20± 6,32**	20± 6,32**	34,4± 7,24***	34,4± 7,24***	0
α-гемолитический стрептококк	35± 7,54**	10± 4,74°°	10± 4,74°°	15± 5,65°	34,4± 7,24**	34,4± 7,24**	8,1± 4,49

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: **- $p < 0,01$; ***- $p < 0,001$

Достоверность различия между показателями до и после лечения: °- $p < 0,05$; °°- $p < 0,01$.

гополучием и могло способствовать поддержанию воспалительного процесса в носоглотке. У большого процента больных хроническим аденоидитом дошкольников высевался α-гемолитический стрептококк, который относится к нормальной и облигатной микрофлоре носоглотки. В глотке у значительного количества детей с хроническими аденоидитами встречались β-гемолитические и α-гемолитические стрептококки (таблица 5.10).

При бактериологическом анализе отделяемого из глотки после лечения полиоксидонием отмечалась тенденция к уменьшению патогенной флоры ($p > 0,05$). На фоне симптоматического лечения микробный пейзаж носоглотки достоверно не изменялся.

Таблица 5.10

**Микрофлора, высеваемая из глотки у детей с хроническим аденоидитом
до и после лечения полиоксидонием**

Группы больных	Терапия полиоксидонием(n=40)				Симптоматическое лечение (n=43)		Дети с низким уровнем заболеваемости, (n=37) %
	До лечения, %	После лечения, %			До лечения, %	После лечения, %	
		Через 10 дней	Через 1 месяц	Через 3,5 месяца			
Микроорганизмы (105)							
Staph. Aureus	15± 5,65	20± 6,32	15± 5,65	15± 5,65	17,2± 5,75	17,2± 5,75	16,2± 6,06
β-гемо- литический стрептококк	30± 7,25	20± 6,32	20± 6,32	20± 6,32	30,1± 6,99	30,1± 6,99	24,3± 7,05
α-гемо- литический стрептококк	20± 6,32*	5± 3,45 *** °	5± 3,45*** °	20± 6,32*	21,5± 6,26	21,5± 6,26	40,5± 8,07

Достоверность различия с показателями детей с низким уровнем заболеваемости: *- $p < 0,05$; ***- $p < 0,001$

Достоверность различия между показателями до и после лечения:

°- $p < 0,05$;

Таким образом, эндоназальное применение полиоксидония приводило к активации неспецифических факторов защиты слизистых верхних дыхательных путей и улучшило состояние местного гуморального иммунитета. На фоне применения полиоксидония уменьшились размеры гипертрофированной глоточной миндалины, снижалась частота ОРВИ, уменьшалась тяжесть течения их. Благоприятное влияние полиоксидония на течение хронических воспалительных заболеваний носоглотки и состояния лимфоэпителиального кольца сохраняется при назначении препарата на фоне вирусных инфекций. Ни в одном случае применения не отмечено общих либо местных побочных реакций. Предложенный органосохраняющий метод лечения тонзиллярной болезни при помощи иммуномодулятора полиоксидония соответствует современным представлениям о важных функциях лимфаденоидного кольца.

5.1.2. Опыт применения современных иммуномодуляторов для профилактики ОРВИ, обострений хронического аденоидита и гипертрофии глоточной миндалины у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Анализ литературных данных свидетельствует о незначительной амплитуде изменений показателей общего иммунитета у часто болеющих ОРВИ детей и при многих заболеваниях ЛОР-органов, особенно в тех случаях, когда патологический процесс не выходит за пределы слизистых оболочек. Это прежде всего касается различных патологий лимфоидного кольца, при которых изменения уровней сывороточных иммуноглобулинов не имеют диагностической и прогностической ценности, находятся в пределах физиологической нормы и существенно отстают от периода заболевания (205). В то же время показатели местных факторов защиты слизистых верхних дыхательных путей первыми отвечают на воспалительный процесс. Возрастной системный и топический дефицит IgA, может стать условием формирования хронического аденоидита. С учетом местного иммунодефицита слизистых у детей с хронической носоглоточной инфекцией назначение иммуномодулирующей терапии является оправданным (163).

Мы провели сравнительный анализ применения современных иммуномодулирующих препаратов – ридостина, ИРС-19 и полиоксидония у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

Изучение эффективности применения мазевой формы ридостина для профилактики обострений хронического аденоидита и развития ОРВИ у часто болеющих детей проведено на базе дошкольных учреждений г. Кемерово. Всего наблюдалось 184 ребенка - 1 группа в возрасте 3-7 лет длительно и часто болеющих ОРВИ на фоне хронического аденоидита. Контрольная группа была представлена аналогичной группой детей дошкольного возраста, которым проводилась только витаминотерапия. Преимуществом ридостина является широкий спектр биологической активности против многих вирусов (гриппа, парагриппа, аденовирусов, простого и опоясывающего

герпеса, ЦМВ, вируса клещевого энцефалита, хламидий и др.). Действующее начало ридостина - двуспиральная РНК из штаммов дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*, стимулирующая а,в,г – интерфероны, - активизирует Т-клеточный и гумморальный иммунитет, фагоцитоз, создает в организме состояние повышенной устойчивости к инфекциям. Применяли мазь ридостина интраназально 2 раза в день в течение 7 дней.

Применение мази ридостина с профилактической целью позволило снизить частоту заболеваний гриппом и другими ОРВИ в 2,5 раза, а в случае развития этих заболеваний благоприятно влияло на их течение и прогноз. Не отмечалось существенных побочных эффектов при профилактическом применении препарата (в начале лечения возможно кратковременное чихание и ринорея). Профилактически препарат назначали при прогнозируемом или начавшемся повышении заболеваемости ОРВИ у часто болеющих детей 2 раза в день. В случае развития ОРВИ продолжали эндоназальный приём препарата 3 раза в день в течение 5-7 дней, что сокращало сроки заболевания и выздоровления, быстро купировало боли в горле и снижало фебрильную температуру (в течение 12-24 часов), уменьшало отделяемое из носа и нормализовало носовое дыхание к 3 дню, профилактировало развитие осложнений (отитов, синуситов) .

ИРС-19 поликомпонентный комбинированный препарат, одновременно обладающий свойствами вакцины и неспецифического иммуностимулятора, применялся нами в предэпидемический период у 155 часто болеющих ОРВИ дошкольников с хроническим аденоидитом по 1 дозе 2 раза в день в течение 4-х недель (2 группа). Контрольную группу составили 30 детей, не получавших ИРС 19.

Иммуномодулятор полиоксидоний назначали детям, с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита, назоцитогаммы которых сопровождалась повышением экссудации нейтрофилов со снижением функциональной активности их. В исследование были включены 56 часто болеющих ОРВИ пациентов (3 груп-

па) 3-6 лет с хроническим аденоидитом. Все пациенты получали полиоксидоний интраназально в дозе 0,15 мг/кг в сутки ежедневно курсом 10 дней. Контрольную группу составили 43 дошкольника с хронической носоглоточной инфекцией, которым назначалась симптоматическая терапия, включающая сосудосуживающие препараты, промывание носоглотки изотоническим раствором натрия хлорида 0,9%. Назначение полиоксидония сопровождалось уменьшением числа острых заболеваний в 2 раза.

Таблицами 5.11 и 5.12 представлен сравнительный анализ влияния используемых нами иммуномодуляторов на местный иммунитет и неспецифические факторы защиты слизистой верхних дыхательных путей.

Подтвердилось иммуномодулирующее действие ридостина на местный иммунитет: нарастание лизоцима назального секрета ($p < 0,001$), положительная динамика специфического иммунитета системы дыхания – достоверное увеличение содержания SIgA на фоне лечения ($p < 0,001$). Аналогично изменялись показатели лизоцима и SIgA на фоне ИРС-19 ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Однако более длительный эффект в отношении специфического иммунитета отмечался от применения иммуномодулирующего респираторного спрея – содержание SIgA сохранялось на высоком уровне и через 3 месяца после лечения ($p < 0,001$). Использование полиоксидония сопровождалось достоверным увеличением значений фермента мурамидазы ($p < 0,001$) и SIgA ($p < 0,001$). Однако уровень S Ig A на фоне полиоксидония через месяц после лечения был ниже соответствующих показателей при лечении ридостином и ИРС-19. Изучение нозоцитогаммы выявило более выраженное увеличение функциональной активности нейтрофилов при лечении полиоксидонием по сравнению с ридостином и ИРС 19 ($p < 0,01$), причем пролонгированный эффект наблюдался и после 3-х месяцев от начала лечения.

Таким образом, результаты наблюдений за детьми, часто болеющими ОРВИ на фоне хронического аденоидита, в лечении которых применялись современные иммуномодулирующие препараты, показали уменьшение частоты обострений аденоидита и кратности ОРВИ в 2-2,5 раза. Улучшение ме-

стной защиты слизистых верхних дыхательных путей подтверждалось достоверным увеличением содержания лизоцима, SIgA и функциональной активности нейтрофилов. Изучение пролонгированного эффекта препаратов выявило наиболее стойкое повышение специфического иммунитета слизистой верхних дыхательных путей при назначении ИРС 19, являющегося таким образом топическим лекарственным средством. Функциональная активность нейтрофилов максимально и более длительно повышалась при лечении полиоксидонием. Дифференцированное назначение иммуномодуляторов предполагает преимущественное применение индуктора интерферона - ридостина для создания адаптивного противовирусного иммунитета, при вирусно-бактериальной этиологии заболевания – ИРС-19 и полиоксидония. Применение изучаемых препаратов в группе часто болеющих ОРВИ детей с хронической патологией носоглотки целесообразно не только с лечебной, но и профилактической целью.

Пример. Ребёнок В., 6 лет, посещает ДОУ № 36 г. Кемерово (регистрационный номер №27). Диагноз: реконвалесцент после ОРВИ. Хронический аденоидит, гиперплазия носоглоточной миндалины I-II степени. Гиперплазия нёбных миндалин II степени. Дискинезия желчевыводящих путей. Комплексная оценка состояния здоровья: III группа здоровья (низкий уровень физического развития и резистентности, хронический аденоидит, наличие факторов риска)

Анамнез болезни: за последний год ребёнок 4 раза болел ОРВИ, 1 раз острым бронхитом, 3 раза обострение хронического аденоидита. Дважды получал антибактериальную терапию (ампициллин, флемоксина солютаб). Общая продолжительность болезней составила 57 дней, временная утрата нетрудоспособности матери по уходу за ребёнком по больничным листам - 35 дней и по медицинским справкам - 17 дней. Особенности анамнеза жизни - раннее искусственное вскармливание (с 2,5 месяцев). На первом году жизни в 4 месяца впервые перенёс ОРВИ, в 2 года стал посещать дошкольное учреждение, после чего отмечались частые респираторные заболевания до 6-7

Таблица 5.11

**Динамика активности лизоцима и концентрации S Ig A у больных с хроническим аденоидитом
на фоне разных методов лечения**

СРОКИ	Группы	Лизоцим, % (M±m)		SIgA, г/л (M±m)	
		Иммуноterapia n1=184 n2=155 n3=56	Контрольная группа n1=56 n2=30 n3=43	Иммуноterapia n1=184 n2=155 n3=56	Контрольная группа n1=56 n2=30 n3=43
До лечения	1	53,1 ± 1,51***	53,8±1,89***	0,14 ± 0,01**	0,14±0,01**
	2	53,2±1,42***	54,0±1,95***	0,15±0,009**	0,15±0,01**
	3	53,6±1,88***	53,9±2,15***	0,15±0,01**	0,15±0,01**
Через 1 месяц после лечения	1	66,2 ± 1,91 ⁺⁺⁺	53,3±3,15●●●***	0,22 ± 0,01 ^{***++}	0,15±0,01●●●***
	2	66,1 ± 1,97 ⁺⁺⁺	54,1±2,85●●●***	0,23±0,01 ^{***++}	0,15±0,01●●●***
	3	70,2±2,35 ^{+++*}	53,2±1,78●●●***	0,20±0,01 ^{+++^}	0,14±0,01●●●***
Через 3 месяца после лечения	1	63,3 ± 2,55 ⁺⁺⁺	53,7±1,25●●●***	0,20 ± 0,01 ^{+++&}	0,15±0,02●●●***
	2	66,1 ± 2,11 ⁺⁺⁺	53,6±1,10●●●***	0,23±0,02 ^{**+++}	0,14±0,01●●●***
	3	69,6±2,47 ^{+++*}	54,1±1,89●●●***	0,20±0,02 ⁺⁺⁺	0,15±0,01●●●***
Дети с низким уровнем заболе- ваемости, n=37		62,2 ± 2,0		0,19±0,009	

1-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавшая ридостин, 2-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавших ИРС 19, 3-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавших полиоксидоний

Достоверность различий с показателями ЭБД: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Достоверность различия показателей до и после лечения: + - p<0,05; ++ - p<0,01; +++ - p<0,001

Достоверность различий между 1 и 2 группами: # - p<0,05; ## - p<0,01; ###- p<0,001

Достоверность различий между 2 и 3 группами: ^ - p<0,05; ^^ - p<0,01; ^^ - p<0,001

Достоверность различий между 1 и 3 группами: & - p<0,05; && - p<0,01; &&& - p<0,001

Достоверность различий между 1,2,3 группами и контрольной ●- p<0,05; ●●- p<0,01, ●●●- p<0,001.

Таблица 5.12

Результаты цитологических исследований слизистой носа у детей с хроническим аденоидитом после разных методов лечения

СРОКИ	Группы	Нейтрофилы, %		Функциональная активность нейтрофилов	
		Иммунотерапия n1=184 n2=155 n3=56	Контрольная группа n1=56 n2=30 n3=43	Иммунотерапия n1=184 n2=155 n3=56	Контрольная группа n1=56 n2=30 n3=43
До лечения	1	31,1 ± 1,49***	29,3 ± 1,15***	0,01 ± 0,001***	0,02 ± 0,001***
	2	31,1 ± 1,38***	30,6 ± 1,75***	0,01 ± 0,001***	0,02 ± 0,001***
	3	30,8 ± 1,25***	28,3 ± 1,79***	0,02 ± 0,001***	0,02 ± 0,001***
Через 1 месяц после лечения	1	21,5 ± 1,15 ^{+++*}	31,0 ± 1,92●●●***	0,04 ± 0,001 ^{+++&&&}	0,02 ± 0,001●●●***
	2	19,9 ± 1,18 ⁺⁺⁺	30,2 ± 1,89●●●***	0,05 ± 0,001 ^{+++^^^}	0,01 ± 0,001●●●***
	3	18,9 ± 0,95 ^{+++&}	30,2 ± 1,75●●●***	0,11 ± 0,01 ^{+++***}	0,02 ± 0,001●●●***
Через 3 месяца после лечения	1	22,4 ± 1,56 ^{+++*}	30,6 ± 1,55●●●***	0,03 ± 0,001 ^{+++&&&}	0,02 ± 0,001●●●***
	2	24,3 ± 1,23 ^{+++*}	31,4 ± 1,25●●●***	0,03 ± 0,001 ^{+++^^^}	0,03 ± 0,001
	3	19,4 ± 0,98 ^{+++^^}	29,6 ± 1,15●●●***	0,09 ± 0,004 ^{+++***}	0,02 ± 0,001●●●***
Дети с низким уровнем заболеваемости-мости, n=37		16,3 ± 0,91		0,04 ± 0,003	

1-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавшая ридостин, 2-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавших ИРС 19, 3-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавших полиоксидоний

Достоверность различий с показателями ЭБД: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Достоверность различия показателей до и после лечения: + - p<0,05; ++ - p<0,01; +++ - p<0,001

Достоверность различий между 1 и 2 группами: # - p<0,05; ## - p<0,01; ### - p<0,001

Достоверность различий между 2 и 3 группами: ^ - p<0,05; ^^ - p<0,01; ^^ - p<0,001

Достоверность различий между 1 и 3 группами: & - p<0,05; && - p<0,01; &&& - p<0,001

Достоверность различий между 1,2,3 группами и контрольной ● - p<0,05; ●● - p<0,01, ●●● - p<0,001.

раз в год. В 3 года впервые оториноларингологом выявлена гиперплазия носоглоточной миндалины I-II степени. Стал спать с открытым ртом, отмечались длительные насморки (более 2-х недель). Не менее 2 раз в год получал антибактериальную терапию, обнаружен высокий уровень тревожности по Р. Теммлу-М.-Дорки-В.Амену. В семье: мама - 35 лет, язвенная болезнь желудка, часто болеет респираторными заболеваниями. Образование среднее медицинское, материальные и жилищные условия оценивает как удовлетворительные. Высокий уровень тревожности по Тейлору, ведущий тип родительского отношения по опроснику А.Я. Варги и В.В. Столина «авторитарная гиперсоциализация». Папе 37 лет, образование высшее, работает не по специальности, материальные и жилищные условия оценивает как неудовлетворительные. Из ведущих заболеваний - хронический тонзиллит, в дошкольном детстве перенес аденотомию. Средний уровень тревожности по Тейлору, ведущий тип родительского отношения по опроснику А.Я.Варги и В.В. Столина «Симбиоз».

До начала дифференцированной терапии хронического аденоидита и образовательных программ с родителями проведено комплексное исследование функционального состояния верхних дыхательных путей. При этом общая назоцитограмма : цилиндрический эпителий- 18% (снижено), плоский эпителий - 37%, нейтрофилы -31% (повышено), эозинофилы-2%(норма); лимфоциты -1% (норма), ФАН- 0,01 (снижена), АПЭ-14% (повышена). Местный иммунитет и неспецифические факторы защиты в назальном секрете: SIgA -0,17г/л (снижен); IgA -0,14 г/л (снижен), IgG - 0,05 (повышен), лизоцим-50% (снижен); в слюне : SIgA -0,13г/л (снижен); IgA - 0,11г/л (снижен), IgG - 0,04 (повышен), лизоцим-30% (снижен). Микробиоценоз носа представлен в 34,7% *Staph. Aureus* и в 17% β -гемолитическим стрептококком, в глотке 50% α - и 27% β -гемолитическим стрептококком, в 7% - *Candida albicans*.

В условиях ДООУ наряду с общепринятыми методами оздоровления ребенку был назначен курс местной антибактериальной терапии фюзафюн-

жином на 10 дней (ингаляции через нос и через рот), затем на 4 недели иммунорегуляторный респираторный спрей ИРС-19 (2 раза в год), магнито-инфракрасно-лазерную терапию по методике лечения хронического аденоидита на 8 дней (2 раза в год). Мама прошла образовательный курс для родителей в течение 15 часов, научилась демократическому сотрудничеству с ребенком, принципам саногенного мышления, навыкам закаливания, уходу за лимфоглоточным кольцом, упражнениям для развития носового дыхания, массажу лица для профилактики ОРВИ.

В течение года после проведения оздоровительных мероприятий у ребенка было зарегистрировано 3 обращения в поликлинику по поводу ОРВИ. Заболевания протекали легче и без осложнений, продолжались 21 день, нормализовалось носовое дыхание, ночью спал с закрытым ртом, определялся средний уровень тревожности по Р. Теммлу-М.-Дорки-В.Амену. При бактериологическом анализе отделяемого из носоглотки у достоверно уменьшается количество патогенной флоры β -гемолитического стрептококка с 17% до 2,5%, в назоцитограмме уменьшалась миграция нейтрофилов на слизистую носа до 19%, увеличилось содержание в назальном секрете SIgA до 0,23г/л, лизоцима до 60 %. У матери и отца выявлены средний уровень тревожности по Тейлору, ведущий тип родительского отношения по опроснику А.Я.Варги и В.В. Столина «Симбиоз». Временная утрата трудоспособности составила 21 день. Заболеваемость снизилась в 2,6 раза в случаях и в 2,7 раза в днях болезни, временная утрата нетрудоспособности матери по больничному листу сократилась в 2,5 раза. Следовательно, в результате комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий достигнут положительный эффект.

ГЛАВА VI. КВАНТОВЫЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Среди новых медицинских технологий одно из основных мест занимают низкоэнергетические лазеры. Заглядывая в XXI век, можно с уверенностью сказать, что такое объединение, как лазер и здоровье – это одно из стратегических направлений развития медицины будущего. В развитии квантовой терапии первенство, без сомнения, принадлежит отечественной медицине, при этом следует отметить фундаментальность исследований и успехи по их реализации в клинической практике (132). В целях создания устойчивой системы управления здоровьем Российским научным Центром восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ для внедрения в Президентские программы «Здоровье Нации», «Дети России». Составлена целевая программа «Новейшие отечественные медицинские технологии –детям и юношеству на 2002-2005гг.» (г.Москва, №ПВН-1, от 11.09.02), предлагающая использование новейших квантовых технологий в профилактике многих соматических заболеваний, совершенствовании адаптации детей и подростков. Отсутствие риска осложнений, побочных явлений, высший класс лазерной безопасности, положительные сдвиги в процессах метаболизма, снижение гипоксии в тканях, улучшение их регенераторных потенций, повышение уровня жизнедеятельности организма, резистентности к неблагоприятным факторам среды, расширяют пределы адаптивных возможностей лазерной биостимуляции.

Одной из наиболее благодарных областей для квантовой терапии является педиатрическая оториноларингология (181). Нами изучена эффективность включения методов квантовой терапии в программу профилактики респираторных заболеваний в ДООУ, реабилитации детей с высоким уровнем

заболеваемости острой патологией органов дыхания, проведена сравнительная оценка методов лазерной терапии с использованием разных источников квантового излучения.

6.1. Квантовая профилактика в дошкольном образовательном учреждении. Сравнительная характеристика эффективности разных видов лазерного излучения

В зависимости от способа квантовой профилактики острых заболеваний органов дыхания дошкольники были разделены на основные и контрольную группы. В основных группах профилактика острых заболеваний дыхательной системы проводилась с использованием ИГНЛ (ИГНЛ-профилактика -147 человек), ИКЛИ (ИКЛИ-профилактика - 151 человек), МИЛТ (МИЛ-профилактика-156 человек), имитация лазерной профилактики (с подсветкой простой лампочкой-138 человек). В контрольной группе детей (126 человек) квантовой профилактики не применялось. Основные и контрольные группы детей ДОУ были идентичными по полу, возрасту, соотношению в группах детей с низким, средним и высоким уровнями заболеваемости острой патологией органов дыхания, долей детей с хронической носоглоточной инфекцией.

Специальные исследования функционального состояния верхних дыхательных путей как в контрольной, так и в основных группах выполнялись в динамике. Терапевтические эффекты квантовой терапии на показатели функционального состояния верхних дыхательных путей у детей в ДОУ представлены в таблицах 6.1,6.2. Исходные цитологические показатели, факторы местного иммунитета и неспецифической защиты детей основных и контрольной групп достоверно отличались от величин, полученных у детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания. . Сравнимые группы детей ДОУ с различными способами профилактики острых заболеваний органов дыхания были идентичными по цитоморфологическому статусу, факторам неспецифической защиты слизистых верхних

дыхательных путей и местного иммунитета. У детей исследуемых групп в отличие от детей с низким уровнем заболеваемости, в общих цитограммах назального секрета определялось достоверное снижение содержания клеток ЦЭ, повышение количества нейтрофилов со снижением их функциональной активности, повышенная обсемененность кокковой флорой. В назальном и ротоглоточном секретах достоверно были снижены активность мурамидазы, уровня иммуноглобулинов класса А, SIgA.

У детей основных групп по окончании квантовой профилактики происходили положительные сдвиги в цитологических факторах защиты слизистой верхних дыхательных путей. У детей в группе ИГНЛ-профилактики при исследовании цитограмм содержание цилиндрического эпителия достоверно повышалось ($p < 0,01$), показатели содержания нейтрофилов снизились ($p < 0,05$), с улучшением их фагоцитирующей активности ($p < 0,001$), что активизировало неспецифические защитные механизмы респираторного тракта. Парциальные цитограммы нейтрофилов, цилиндрического эпителия назального секрета у детей группы ИГНЛ-профилактики и контрольной группы достоверно отличались в большинстве случаев. Местные факторы защиты (SIgA, IgA), активность лизоцима в носо- и ротоглоточном секретах после ИГНЛ-профилактики возрастали и достоверно ($p < 0,01$) превышали показатели в контроле.

Функциональные параметры верхних дыхательных путей после ИК-ЛИ-профилактики достоверно отличались от аналогичных показателей контрольной группы: повышалась фагоцитирующая активность нейтрофилов ($p < 0,05$) с уменьшением обсемененности слизистых кокковой флорой (достоверно уменьшилась адсорбция плоского эпителия ($p < 0,05$), увеличилось количество цилиндрического эпителия. Иммуноглобулины класса А, а также мурамидаза в секретах слизистых верхних дыхательных путей достоверно повышались ($p < 0,01$; $p < 0,001$).

Таблица 6.1

Сравнительная характеристика цитологических показателей у детей в зависимости от вида квантовой профилактики

Виды квантовой профилактики	Общая назоцитограмма (%)					ФАН	АПЭ,%
	ЦЭ	ПЭ	нейтрофилы	эозинофилы	лимфоциты		
Дети с низким уровнем заболеваемости	30,25±2,39	50,28±3,71	17,67±2,11	1,12±0,72	0,86±0,09	0,04±0,005	4,35±0,35
Контрольная группа							
первый осмотр	19,56±1,82	43,95±2,92	31,35±3,10	3,90±0,32	1,20±0,12	0,01±0,005	13,80±1,52
через 10 дней	20,25±2,25	42,23±3,21	30,12±2,85	4,6±0,28	1,0±0,09	0,01±0,005	14,37±1,75
через 1 месяц	19,21±1,93	43,26±2,91	29,56±2,27	3,5±0,29	1,20±0,09	0,01±0,003	13,26±1,29
через 3 месяца	20,12±2,11	42,27±2,93	30,52±2,68	3,0±0,28	1,11±0,08	0,02±0,003	12,62±1,20
через 6 месяцев	20,75±2,31	42,15±3,15	30,25±2,72	2,9±0,27	1,20±0,11	0,01±0,005	13,25±1,31
ИГНЛ-профилактика							
до профилактики	20,13±2,11	44,82±2,80	30,85±2,51	3,20±0,20	1,00±0,09	0,01±0,005	13,80±1,52
через 10 дней	30,50±2,10***...	50,56±3,25	17,12±1,24***...	1,07±0,25	0,82±0,15	0,07±0,01***...	5,10±0,32***...
через 1 месяц	29,21±2,15***...	49,91±3,51	18,23±1,75***...	0,93±0,09	0,91±0,10	0,05±0,02***...	5,10±0,32***...
через 3 месяца	28,25±2,20***...	49,87±3,22	19,36±2,12***...	0,98±0,08	0,86±0,10	0,05±0,005***...	5,12±0,35***...
через 6 месяцев	19,26±1,91	42,38±3,51	31,27±2,9	2,6±0,09	0,95±0,10	0,01±0,005	12,63±1,52

Продолжение таблицы 6.1

Виды квантовой профи- лактики	Общая назоцитограмма (%)					ФАН	АПЭ,%
	ЦЭ	ПЭ	нейтрофилы	эозинофи- лы	лимфоци- ты		
ИКЛИ-профилактика							
до профилактики	19,56±1,82	43,95±2,92	31,35±3,10	3,90±0,32	1,20±0,12	0,02±0,002	14,25±1,32
через 10 дней	31,26±2,98***	48,35±2,26	17,35±2,10***	1,15±0,18	1,12±0,10	0,06±0,002***	5,86±0,82***
через 1 месяц	28,2±2,16***	49,81±3,72	18,76±2,05***	1,15±0,17	1,15±0,12	0,06±0,002***	6,37±0,35*
через 3 месяца	29,83±2,15***	50,10±3,73	18,73±2,11***	1,0±0,10	0,89±0,13	0,05±0,002***	6,92±0,39*
через 6 месяцев	18,76±1,72	42,36±2,91	30,27±3,10	3,2±0,28	1,21±0,10	0,01±0,002	13,21±0,92
МИЛ-профилактика							
до профилактики	19,10±2,14	42,47±3,16	32,07±2,81	4,51±0,42	1,2±0,25	0,02±0,002	12,62±1,20
через 10 дней	31,78±2,75***	52,16±3,27	18,23±1,90***	1,18±0,25	0,89±0,27	0,06±0,003***	6,25±0,86*
через 1 месяц	30,26±2,29***	50,36±3,72	18,39±1,87***	1,36±0,09	1,10±0,15	0,06±0,001***	5,8±0,52***
через 3 месяца	29,16±2,15***	49,71±3,52	17,93±1,96***	1,26±0,10	1,10±0,10	0,06±0,002***	5,2±0,37***
через 6 месяцев	28,27±2,20***	41,89±3,52	28,12±2,32	2,10±0,53	1,20±0,2	0,06±0,002***	5,3±0,38***
Имитация лазерной профилактики							
до профилактики	21,23±1,89	44,32±3,11	29,56±2,27	3,15±0,26	1,20±0,09	0,01±0,003	13,26±1,29
через 10 дней	20,13±2,11	44,82±2,80	30,85±2,51	3,93±0,20	1,00±0,09	0,01±0,005	13,80±1,52
через 1 месяц	19,76±2,11	43,86±2,96	29,32±2,14	2,91±0,36	1,10±0,08	0,02±0,002	12,62±1,23
через 3 месяца	19,25±1,92	44,52±2,87	30,13±2,10	2,92±0,31	1,20±0,08	0,02±0,001	13,97±1,32
через 6 месяцев	20,27±1,97	43,51±2,73	29,12±2,15	3,10±0,32	1,18±0,10	0,01±0,002	13,45±1,37

Примечание: достоверность различия цитологических показателей до и после лечения: * - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001

Достоверность различия между МИЛ-профилактикой и другими видами профилактики: • - P<0,05; •• - P<0,01; ••• - P<0,001

Таблица 6.2

Показатели местного иммунитета и неспецифических факторов защиты у детей в зависимости от вида квантовой профилактики

Виды квантовой профилактики	Показатели местного иммунитета и неспецифических факторов защиты							
	S Ig A назального секрета, г/л	Ig A назального секрета, г/л	Ig G назального секрета, г/л	S Ig A слюны, г/л	Ig A слюны, г/л	Ig G слюны, г/л	Лизоцим назального секрета, %	Лизоцим слюны, %
Дети с низким уровнем заболеваемости	0,20±0,02	0,17±0,02	0,03±0,002	0,20±0,01	0,15±0,01	0,03±0,005	65,26±2,17	62,31±2,32
Контрольная группа								
первый осмотр	0,15±0,01	0,14±0,007	0,06±0,001	0,12±0,01	0,09±0,003	0,05±0,007	52,92±2,21	49,12±1,36
через 10 дней	0,15±0,01	0,14±0,008	0,05±0,001	0,13±0,009	0,09±0,004	0,05±0,004	51,92±2,13	50,17±2,83
через 1 месяц	0,14±0,01	0,13±0,01	0,05±0,001	0,13±0,009	0,10±0,005	0,05±0,004	53,12±0,15	50,73±2,15
через 3 месяца	0,14±0,01	0,14±0,01	0,05±0,001	0,13±0,009	0,10±0,005	0,5±0,004	52,37±2,12	51,22±2,31
через 6 месяцев	0,15±0,01	0,14±0,09	0,05±0,001	0,13±0,009	0,09±0,005'	0,05±0,004	52,12±2,10'	50,12±2,17'
ИГНЛ-профилактика								
до профилактики	0,15±0,01	0,14±0,007	0,05±0,002	0,13±0,01	0,08±0,004	0,05±0,006	53,58±2,50	48,56±1,82
через 10 дней	0,20±0,08*****	0,17±0,01*•	0,04±0,002	0,16±0,008*****	0,14±0,009*****	0,03±0,005***	65,70±2,52*****	61,65±2,40*****
через 1 месяц	0,21±0,02*****	0,17±0,009*•	0,04±0,002	0,17±0,009*****	0,14±0,008*****	0,04±0,005	64,65±2,10*****	60,38±2,15***
через 3 месяца	0,19±0,01*•	0,16±0,009	0,04±0,002	0,17±0,009*****	0,14±0,008*****	0,04±0,005	60,12±2,55*•	62,37±2,76***
через 6 месяцев	0,15±0,01	0,14±0,009	0,05±0,002	0,14±0,009	0,09±0,005'	0,05±0,005	54,17±2,10'	53,25±2,10'

Продолжение таблицы 6.2

Виды квантовой профилактики	Показатели местного иммунитета и неспецифических факторов защиты							
	S Ig A назального секрета, г/л	Ig A назального секрета, г/л	Ig G назального секрета, г/л	S Ig A слюны, г/л	Ig A слюны, г/л	Ig G слюны, г/л	Лизоцим назального секрета, %	Лизоцим слюны, %
ИКЛИ-профилактика								
до профилактики	0,16±0,01	0,13±0,005	0,06±0,001	0,12±0,01	0,09±0,003	0,06±0,003	51,25±2,36	50,32±2,15
через 10 дней	0,19±0,02**	0,16±0,005**	0,05±0,001	0,18±0,009*****	0,12±0,003	0,04±0,003	61,50±1,89***	60,10±2,30**
через 1 месяц	0,20±0,02*	0,17±0,01***	0,03±0,002*** ...	0,17±0,009*****	0,15±0,005*****	0,03±0,003*****	62,58±2,58***	61,7±2,51**
через 3 месяца	0,19±0,01*	0,17±0,01***	0,03±0,002*** ...	0,17±0,01*****	0,14±0,005***	0,03±0,003*****	62,32±2,12***	60,10±2,21**
через 6 месяцев	0,15±0,02	0,14±0,01	0,05±0,002	0,13±0,01	0,09±0,003'	0,05±0,004	52,73±2,37**	50,18±2,12'
МИЛ-профилактика								
до профилактики	0,15±0,01	0,14±0,007	0,06±0,001	0,14±0,01	0,09±0,005	0,05±0,007	52,92±2,21	49,12±1,36
через 10 дней	0,19±0,008**	0,17±0,008	0,03±0,001*** .	0,20±0,009*****	0,15±0,008*****	0,03±0,002**	65,38±2,28*****	64,82±2,37*****
через 1 месяц	0,20±0,01***	0,17±0,01*	0,03±0,001*** .	0,19±0,009*****	0,15±0,008*****	0,03±0,004	64,25±2,15*****	62,73±2,15*****
через 3 месяца	0,20±0,01**	0,17±0,01*	0,03±0,002*** .	0,19±0,009*****	0,15±0,008*****	0,04±0,003	64,93±2,16*** ...	63,52±2,25*** ...
через 6 месяцев	0,016±0,01	0,17±0,01*	0,05±0,001	0,14±0,01	0,15±0,009*****	0,05±0,002	62,37±2,17*****	62,36±2,25*****
Имитация лазерной профилактики								
до профилактики	0,16±0,009	0,14±0,008	0,05±0,001	0,13±0,01	0,10±0,003	0,05±0,005	53,72±1,96	49,72±2,15
через 10 дней	0,15±0,01	0,14±0,007	0,05±0,002	0,13±0,009	0,08±0,004	0,05±0,006	53,58±2,50	48,56±1,82
через 1 месяц	0,16±0,01	0,13±0,01	0,05±0,002	0,14±0,01	0,09±0,005	0,05±0,005	54,61±2,32	48,15±1,93
через 3 месяца	0,16±0,01	0,14±0,02	0,05±0,002	0,13±0,01	0,09±0,005	0,05±0,005	52,78±2,37	48,93±1,86
через 6 месяцев	0,15±0,01	0,14±0,01	0,05±0,002	0,13±0,01	0,09±0,005'	0,05±0,005	52,71±2,21'	49,72±2,10'

Примечание: достоверность различия показателей до и после квантовой профилактики: * - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001

Достоверность различия по сравнению с контрольной группой: • - P<0,05; •• - P<0,01; ••• - P<0,001

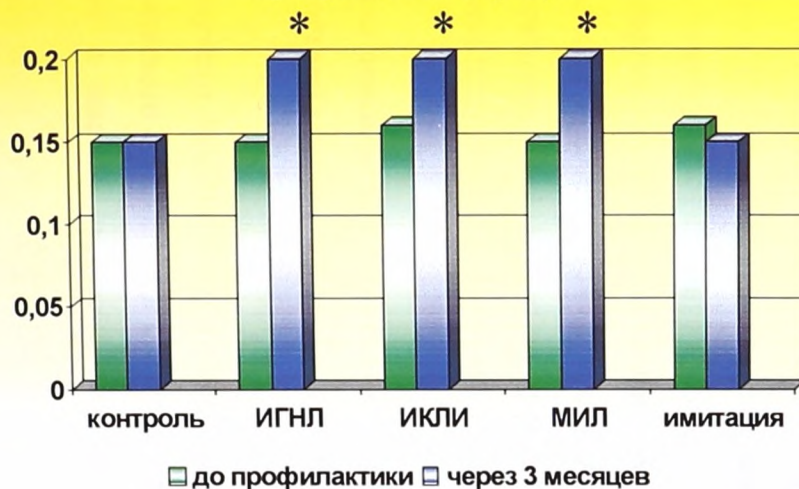
Достоверность различия между МИЛ-профилактикой и другими видами профилактики: ' - P<0,05; '' - P<0,01; ''' - P<0,001

Сочетанное воздействие магнито-инфракрасной-лазерной профилактики приводило к выраженным положительным сдвигам в цитологических показателях назального секрета, а также положительно влияло на становление иммунитета (IgA, SIgA, IgG) и неспецифических защитных механизмов (лизоцим) респираторного тракта. У детей, которым проводилась иммитация профилактики простой подсветкой, а также контрольной группы показатели функционального состояния верхних дыхательных путей, факторы местного иммунитета и неспецифической резистентности достоверно не различались в динамике исследований ($p > 0,05$).

При сравнительном анализе показателей назоцитогамм, специфического звена местной защиты, активности лизоцима в носо- и ротоглоточном секретах у детей основных групп ИГНЛ-, ИКЛИ-, МИЛ-профилактики установлено отсутствие достоверных различий между ними в первые 3 месяца после окончания лазерной профилактики. Однако, через 6 месяцев, изучаемые показатели в группах детей, где лазерная профилактика проводилась ИГНЛ и ИКЛИ, вернулась к величинам, не отличающимся от контрольной группы. Тогда как в группе детей, где проводилась МИЛ-профилактика через 6 месяцев сохранялось достоверное повышение содержания IgA, активности лизоцима назального секрета и слюны ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$), фагоцитирующей активности нейтрофилов ($p < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы.

Таким образом, можно на фоне проведения всех вариантов лазерной терапии отмечались благоприятные изменения показателей назоцитогаммы, местных реакций неспецифической резистентности и показателей местного иммунитета. Эффективность всех вариантов лазерной терапии по данным обследования детей в первые 3 месяца не различались. Шестимесячное наблюдение выявило преимущества МИЛ-профилактики.

SlgA у детей в зависимости от квантовой профилактики (г/л)



IgA у детей в зависимости от вида квантовой профилактики (г/л)



Рис.6.1 Показатели местного иммунитета слизистой носа

через 3 и 6 месяцев после разных видов квантовой профилактики (*- $p < 0,05$)

Эффективность квантовой профилактики оценивали по показателям заболеваемости острой патологией органов дыхания и посещаемости детьми ДООУ. Изучаемые показатели оценивали в течение 1 года после проведенной профилактики (таблица 6.3). В результате исследований по изучению эффективности квантовой профилактики были отмечены положительные результаты действия лазерного излучения на состояние здоровья детей. Анализ заболеваемости на протяжении года после квантовой профилактики показал достоверное снижение случаев ОРВИ ($p < 0,001$), хронического аденоидита ($p < 0,05$; $p < 0,01$), а в группе детей, где проводилась МИЛ-профилактика отмечено снижение случаев острой пневмонии ($p < 0,05$). Во всех группах детей, где проведена квантовая профилактика, отмечено достоверное снижение средней продолжительности одного случая ОРВИ ($p < 0,01$), острого бронхита ($p < 0,05$; $p < 0,01$), хронического аденоидита ($p < 0,05$; $p < 0,01$), а в группе детей, где проводилась МИЛ-профилактика отмечено снижение средней продолжительности острой пневмонии ($p < 0,05$). Уровень заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями, острыми бронхитами и пневмониями у детей в контрольной группе и группе, где проводилась имитация квантовой терапии, не изменялся. Проведенные исследования позволили установить эффективность всех методик лазерной профилактики и свидетельствовали о том, что профилактический эффект обусловлен именно физическими особенностями лазерного облучения, а не просто световым воздействием на слизистую оболочку верхних дыхательных путей. При этом, применение МИЛ-профилактики выгодно отличалось от других методик квантовой терапии.

6.2. Квантовая реабилитация детей с высоким и средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита

Нами изучено влияние магнито-инфракрасной лазерной терапии на течение хронического аденоидита и степень гипертрофии глоточной миндалины у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией

Таблица 6.3

Изменение заболеваемости острой патологии органов дыхания на фоне программ квантовой профилактики

Нозологические формы	ИГНЛ-профилактика n=147		ИКЛИ-профилактика, n=151		МИЛ-профилактика, n=156		Имитация лазерной профилактики (подсветка), n=138		Контрольная группа n=140	
	До профилактики	После профилактики	До профилактики	После профилактики	До профилактики	После профилактики	До профилактики	После профилактики	В начале наблюдения	В конце наблюдения
Заболеваемость на 1000 детей										
ОРВИ	282,3±0,1	179,6±0,1***	263,6±0,1	172,2±0,1***	258,3±0,1	147,4±0,09***	280,4±0,1	284,8±0,1***	277,9±0,1	279,3±0,1
Острый бронхит	10,2±2,5	5,4±1,9	9,3±2,4	5,3±1,8	9,6±2,4	4,5±1,7	10,9±2,7	9,4±2,5	9,3±2,5	10,0±2,5
Пневмония	5,4±1,9	2,7±1,3	4,0±1,6	2,0±1,1	3,8±1,5	1,3±0,9*	5,1±1,9	4,3±1,7	5,0±1,8	5,7±2,0
Обострение хр. аденоидита	43,5±4,0	29,3±3,8**	41,7±4,0	27,8±3,6**	41,7±3,9	26,3±3,5***	47,1±4,2	46,4±4,2	45,0±4,2	44,3±4,2
Средняя продолжительность одного случая (дни)										
ОРВИ	7,35±0,71	4,73±0,48***	6,95±0,52	4,79±0,41***	6,85±0,51	4,51±0,41***	6,95±0,52	6,85±0,51	4,51±0,41	7,35±0,71
Острый бронхит	9,55±0,91	7,12±0,59**	9,78±0,81	5,75±0,87***	10,15±0,89	6,95±0,89**	9,78±0,81	9,95±0,81	7,15±0,67	9,55±0,91*
Пневмония	21,95±0,85	18,35±0,91	21,25±1,75	18,12±0,85	20,97±0,78	15,12±0,71***	22,15±1,04	20,35±0,87	19,87±0,78	19,95±1,35
Обострение хр. аденоидита	8,75±0,85	6,12±0,43***	9,11±0,85	6,25±0,51***	8,78±0,79	6,2±0,51***	8,52±0,81	8,78±0,79	6,25±0,51	8,75±0,85

Примечание: Достоверность различия «до профилактики» и «после профилактики»: * - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001

Достоверность различия между контрольной группой и различными видами профилактики: • - P<0,05; •• - P<0,01; ••• - P<0,001;

Достоверность различия между МИЛ-профилактикой и другими видами профилактики: ` - P<0,05; `` - P<0,01; ``` - P<0,001;

органов дыхания.

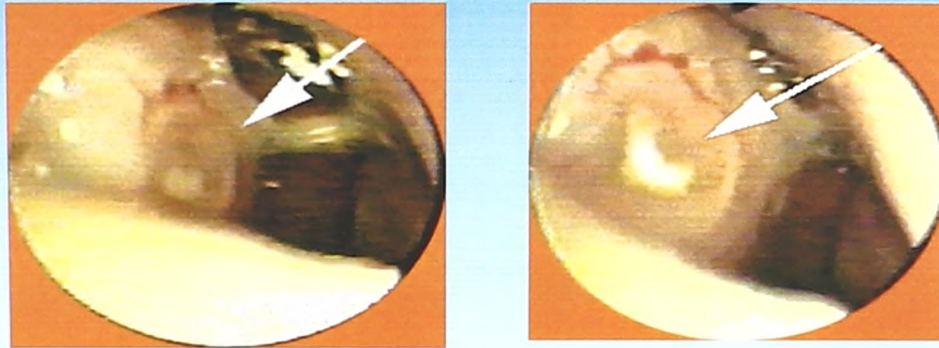
Под наблюдением находились 372 ребенка в возрасте 3-10 лет. Дети были разделены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту. В 1-й группе (220 детей с гипертрофией глоточной миндалины II степени, осложненной хроническим аденоидитом в стадии клинической ремиссии) основным методом реабилитации была квантовая терапия. 2-ю группу составили 100 часто болеющих ОРВИ детей, которым была проведена аденотомия. В 3-ю группу (контрольную) вошли 52 ребенка, часто болеющих ОРВИ на фоне хронического аденоидита, не получавших квантовой терапии. Местные факторы защиты слизистой оболочки верхних дыхательных путей оценивались в сравнении с соответствующими параметрами детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания (30 человек). Все пациенты наблюдались в течение 1 года.

Магнитно-инфракрасная лазерная терапия (МИЛ-терапия) проводилась по разработанной нами методике на аппарате РИКТА-01(М-1).

В 1-й группе в большинстве наблюдений положительная динамика отмечалась после 4-6 сеансов МИЛ-терапии: улучшение общего состояния и самочувствия, снижение утомляемости, нормализация сна. Непосредственно после лечения (таблица 6.4) хороший результат отмечался в 95% наблюдений и характеризовался практическим исчезновением симптомов аденоидита с уменьшением размера глоточной миндалины до I степени у 65% пациентов, полным восстановлением носового дыхания, нормализацией риноскопической картины, снижением частоты ОРВИ с 4-8 до 2-3 раз в год. Эндоскопический контроль подтвердил уменьшение размеров не только глоточной миндалины, но и небных миндалин (фото 6.1).

МИЛ-терапия была неэффективной в 5% наблюдений у детей с респираторным хламидиозом.

**ДИНАМИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИЛ-ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С
ХРОНИЧЕСКОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**



**ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ (гнойные пробки) С ХРОНИЧЕСКИМ
АДЕНОИДИТОМ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ**

Фото 6.1 Эндоскопический контроль за эффективностью квантовой терапии (небные миндалины до начала МИЛ-терапии)

**ДИНАМИКА ПОСЛЕ 10 СЕАНСОВ МИЛ-ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА 5
ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ
АДЕНОИДИТОМ**

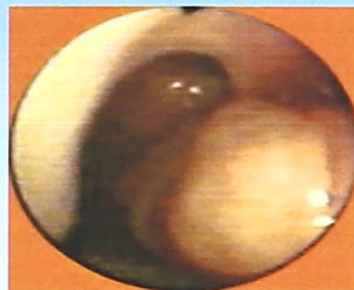
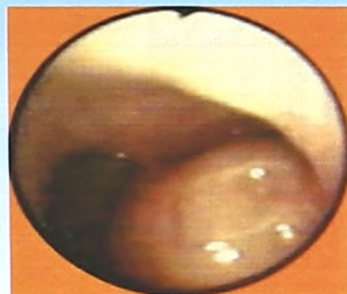


Фото 6.2 Эндоскопический контроль за эффективностью квантовой терапии (небные миндалины после 10 сеансов МИЛ-терапии)

Таблица 6.4

**Состояние глоточного кольца и клинические показатели после
квантовой терапии у детей с хроническим аденоидитом**

Показатели	Эффективность реабилитации (%)		
		МИЛ- терапия, n=220	Симптомати- ческое лече- ние, n=52
Уменьшение признаков аденоидита		95± 1,46	4,9± 2,99
Динамика размеров глоточной миндалины	без изменения	35±3,21	100±0,001
	уменьшение со 2 до 1 ст	65±3,21	-
Нормализация носового дыхания	без изменения	5± 1,46	94,2±3,65
	улучшилось	35 ±3,21	5,8±3,24
	значительно улучшилось	60 ±3,30	-
Динамика состояния небных миндалин	нормализация цвета	90 ±1,68	-
	уменьшение размеров	28,18±3,03	3,6±2,58
	уменьшение признаков воспаления	18,63±2,62	5,8±3,24
Размеры регионарных лимфатических узлов	без изменения	47,27±3,36	96,1±2,68
	уменьшились	52,73 ±3,37	-
	увеличились	-	4,9±2,99

Проспективное наблюдение за часто болеющими детьми с хроническим аденоидитом, получавшими в качестве реабилитации квантовую терапию, подтвердило её эффективное влияние на становление иммунитета респираторного тракта. Динамика активности местного иммунитета и факторов неспецифической резистентности слизистой оболочки верхних дыхательных путей представлена в таблицах 6.5 и 6.6.

МИЛ-терапия активизировала неспецифические защитные механизмы респираторного тракта, о чем можно судить по нормализации процессов спонтанного фагоцитоза гранулоцитов до 0,08±0,001.

Таблица 6.5

Динамика активности лизоцима в назальном секрете у больных с хроническим аденоидитом на фоне разных методов лечения ($M \pm m$)

СРОКИ	Группа	Активность лизоцима	P1	P2	P3	P
До начала наблюдения	1(n=220)	54,9 ± 1,73	-	>0,05	>0,05	<0,05
	2(n=100)	53,2±1,59	>0,05	-	>0,05	<0,01
	3(n=52)	52,6±1,1	>0,05	>0,05	-	<0,01
Через 10 дней после начала наблюдения	1(n=220)	67,4 ± 2,2	-	<0,001	<0,001	>0,05
	2(n=100)	51,2±1,23	<0,05	-	>0,05	<0,01
	3(n=52)	53,6±1,5	<0,001	<0,05	-	<0,01
Через 1 месяц после начала наблюдения	1(n=220)	65,3 ± 2,8	-	<0,01	<0,01	>0,05
	2(n=100)	53,1 ± 1,70	<0,01	-	>0,05	<0,01
	3(n=52)	54,7±1,7	<0,01	<0,05	-	<0,05
Через 3 месяца после начала наблюдения	1(n=220)	63,3 ± 2,05	-	<0,001	<0,01	>0,05
	2(n=100)	53,5±1,80	<0,01	-	>0,05	<0,01
	3(n=52)	55,3±1,6	<0,01	>0,05	-	<0,05
Показатели детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания		62,2 ± 2,0				

1-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавшая МИЛ-терапию

2-группа ЧБД, перенесших аденотомию

3- группа ЧБД с хроническим аденоидитом с симптоматическим лечением

P1-достоверность различий с показателем, установленным для 1 группы

P2-достоверность различий с показателем, установленным для 2 группы

P3-достоверность различий с показателем, установленным для 3 группы

P-достоверность различий с величиной показателя, установленной для детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Констатировано стабильное нарастание лизоцима назального секрета с первых дней от начала лечения. Оптимальные цифры его содержания сохранялись в течение 4 месяцев, после чего количество мурамидазы вновь достигало уровня исходно низкой активности. Содержание секреторного иммуноглобулина А отразило общую закономерность: низкий уровень до начала МИЛ-терапии, нарастание на фоне и после реабилитации, повторное уменьшение через четыре месяца после курса.

Таблица 6.6

Динамика концентрации S Ig A (г/л) в назальном секрете у больных с хроническим аденоидитом на фоне разных методов лечения ($M \pm m$)

СРОКИ	Группа	Концентрация S Ig A	P1	P2	P3	P
До начала наблюдения	1(n=220)	$0,14 \pm 0,01$	-	$>0,05$	$>0,05$	$<0,01$
	2(n=100)	$0,15 \pm 0,01$	$>0,05$	-	$>0,05$	$<0,01$
	3(n=52)	$0,14 \pm 0,01$	$>0,05$	$>0,05$	-	$<0,01$
Через 10 дней после начала наблюдения	1(n=220)	$0,21 \pm 0,01$	-	$<0,001$	$<0,001$	$>0,05$
	2(n=100)	$0,14 \pm 0,01$	$<0,001$	-	$>0,05$	$<0,01$
	3(n=52)	$0,15 \pm 0,009$	$<0,001$	$>0,05$	-	$<0,01$
Через 1 месяц после начала наблюдения	1(n=220)	$0,21 \pm 0,01$	-	$<0,001$	$<0,01$	$>0,05$
	2(n=100)	$0,13 \pm 0,01$	$<0,001$	-	$<0,001$	$<0,001$
	3(n=52)	$0,15 \pm 0,02$	$<0,001$	$<0,001$	-	$<0,001$
Через 3 месяца после начала наблюдения	1(n=220)	$0,20 \pm 0,02$	-	$<0,01$	$<0,01$	$>0,05$
	2(n=100)	$0,14 \pm 0,01$	$<0,01$	-	$>0,05$	$<0,01$
	3(n=52)	$0,15 \pm 0,01$	$<0,01$	$>0,05$	-	$<0,01$
Показатели детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания		$0,19 \pm 0,009$				

1-группа ЧБД с хроническим аденоидитом, получавшая МИЛ-терапию

2-группа ЧБД, перенесших аденотомию

3- группа ЧБД с хроническим аденоидитом с симптоматическим лечением

P1-достоверность различий с показателем, установленным для 1 группы

P2-достоверность различий с показателем, установленным для 2 группы

P3-достоверность различий с показателем, установленным для 3 группы

P-достоверность различий с величиной показателя, установленной для детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

Таким образом, высокий уровень специфического звена местной защиты верхних дыхательных путей в результате квантовой терапии способствовал уменьшению признаков воспаления глоточной миндалины, уменьшению в 2,5 раза респираторных заболеваний и обострений хронического аденоидита у детей в первые 4 месяца после курса лечения. С учетом того,

что МИЛ-терапия дает клинко-иммунологическую стабилизацию сроком до 4 месяцев, проводились повторные курсы квантовой терапии через 4 месяца.

В группе детей, перенесших аденотомию (2 группа), хороший результат был отмечен у 32% больных, удовлетворительный - у 51%, неудовлетворительный - у 17%. В назоцитограммах после аденотомии сохранялись низкие показатели фагоцитоза нейтрофилов, повышенная обсемененность слизистой оболочки полости носа кокковой флорой. Сохранялись признаки местной иммунной депрессии слизистых оболочек верхних дыхательных путей со снижением секреторного иммуноглобулина А. В 3-й группе на фоне симптоматической терапии сохранялись признаки аденоидита, показатели местного иммунитета не изменялись.

Оценка отдаленных результатов МИЛ-терапии через год показала в 1-й группе детей хорошие и удовлетворительные результаты в 85% случаев, и только в 15% наблюдался рецидив аденоидита.

Хорошие результаты от проведенного лечения во 2-й группе сохранились у 34%, в 18% случаев вновь появились признаки хронического аденоидита. Анкетирование родителей детей 2-й группы показало, что в первые 3 месяца после аденотомии достоверно увеличивалось число детей с отрицательными эмоциями (чувство страха, тревоги, отрицательное отношение к посещению медицинских учреждений, осмотру врача любого профиля). Хирургический метод лечения вызвал психическую травму у 6,6% детей с развитием энуреза, логоневроза. У 18 детей (18%) с лимфатическим типом конституции, отягощенным анамнезом жизни и аллергоанамнезом рецидив аденоидных вегетаций отмечался через 6-12 месяцев. В 3 группе заболеваемость детей и состояние глоточной миндалины существенно не изменялась.

Таким образом, квантовая терапия, обладающая мембраностабилизирующим эффектом, оказала непосредственное положительное влияние на локальные факторы, улучшая процессы санирования и репарации слизистых оболочек респираторного тракта, что позволяет купировать или уменьшить

проявления хронического аденоидита, а также снизить кратность заболеваний и облегчить их течение. После аденотомии у большинства детей отмечалось улучшение носового дыхания, но не изменялось состояние местного иммунитета и реакции неспецифической резистентности слизистой оболочки респираторного тракта. На фоне симптоматического лечения достоверной динамики состояния детей не отмечено. Существенно, что после аденотомии имеются рецидивы хронического аденоидита и аденоидных вегетаций, отмечаются побочные эффекты в форме невротизации ребенка. Следовательно, МИЛ-терапия может быть рекомендована для включения в сезонные профилактические и реабилитационные курсы для больных с хроническими заболеваниями лимфоглоточного кольца, особенно для группы детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания. Рациональное использование и терапевтический эффект современных возможностей МИЛ-терапии в реабилитации детей с хроническим аденоидитом дает основание в большинстве случаев отказаться от аденотомии. Учитывая, что после аденотомии сохраняется возможность рецидивирования хронического аденоидита и аденоидных вегетаций, а также проявляются признаки местной иммуносупрессии и ухудшается состояние неспецифической резистентности слизистой оболочки верхних дыхательных путей, целесообразно в пред- и послеоперационном периоде проводить курсы МИЛ-терапии.

ГЛАВА VII. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Высокая заболеваемость детей дошкольного возраста и отсутствие тенденций к ее снижению обуславливает необходимость изыскания новых форм оздоровления детей и повышения требований к оздоровительным программам, осуществляемым в образовательном учреждении.

Дети, посещающие дошкольные учреждения, относятся к группе высокого риска заражения, так как для них характерна социальная активность и тесный контакт внутри коллектива, большая вероятность инфицирования массивными дозами респираторных вирусов. Среди этого контингента детей возможность неблагоприятных последствий респираторных вирусных инфекций чаще регистрируются у детей раннего возраста и детей, часто и длительно болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне хронической и рецидивирующей патологии органов дыхания. Наиболее распространенной формой работы является организация оздоровительных групп часто болеющих детей. Средства и методы решения проблемы разрабатываются различными ведомствами, научными школами, отдельными специалистами, трактующими подходы к одной и той же проблеме, иногда с прямо противоположных позиций. Однако снижения числа детей, часто болеющих "простудными" заболеваниями, не отмечается. Все эти моменты заставляют искать новые клинико-организационные решения.

Работу над программой оздоровительных мероприятий в ДОУ мы начинали с реализации наших представлений о наблюдении за наиболее сложной группой, обеспечивающей высокую заболеваемость острой патологией органов дыхания – детей с хронической патологией лимфоглоточного кольца. Патологические изменения в глоточной миндалине могут быть различными, поэтому и тактика лечения в каждом конкретном случае должна быть индивидуальной. Нами отработан междисциплинарный подход к

дифференцированному в зависимости от этиологии и характера патологического процесса лечению и реабилитации детей с хроническим аденоидитом. С этой целью была создана комиссия, включающая сотрудников кафедры педиатрии и оториноларингологии. В составлении индивидуальной программы ведения ребенка участвовали аллерголог, иммунолог, физиотерапевт, психолог.

7.1. Дифференцированное ведение детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне патологии лимфоглоточного кольца

Нами разработана схема дифференцированной терапии детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита. Наблюдался 201 ребенок с хронической носоглоточной инфекцией 3-7 лет в течение 6 месяцев. У 76 детей (37,81%) диагностирована гипертрофия глоточной миндалины I степени, у 125 детей (62,18%)—II степени. Дети были разбиты на три основные группы.

I группа -98 детей, которым проводилось дифференцированное лечение с учетом этиологии хронического аденоидита и характера патологического процесса. По нашим данным детям, страдающим аденоидитом с гнойным экссудатом (нейтрофильно-макрофагальный вариант) в первую очередь показана местная антибактериальная терапия аэрозольным антибиотиком фюзафюнжином на 7 дней. Фюзафюнжин уменьшал развитие патогенной флоры и снижал отек и местную воспалительную реакцию. При длительном кашле из-за постназального затека с глоточной миндалины назначалась мукорегулирующая терапия (флуифорт, эrespал). На следующем этапе с учетом местного иммунодефицита слизистых верхних дыхательных путей включалась иммуномодулирующая терапия бактериальным лизатом ИРС-19. Одновременно начиналась квантовая терапия аппаратом “Рикта” и прием антиоксидантов. Единство иммунной системы слизистых предполагает назначение биопрепаратов. Иную схему лечения мы рекомендовали при хроническом аденоидите на фоне аллергического ринита. Дети получали

местно антигистаминные препараты или стабилизаторы мембран тучных клеток, по показаниям - местные глюкокортикоидные препараты. Мукорегулирующая, иммуномодулирующая, квантовая терапия и биопрепараты назначались аналогично предыдущей схеме. Лечение хронического аденоидита на фоне внутриклеточных инфекций (хламидии, микоплазмы) заключалось в сочетанном применении местного антибиотика фюзафюнжина и макролидов с последующим подключением интерфероногенов. Терапия детей I группы продолжалась от 1 до 1,5 месяцев.

II группа - 68 больных, которым назначалась монотерапия одним из препаратов (фюзафюнжин, ИРС-19, ровамицин, ридостин) без уточнения этиологии хронического воспаления лимфоглоточного кольца (недифференцированное лечение); продолжительность терапии от 7 до 14 дней. III группу составили 35 детей, которым назначалась симптоматическая терапия (промывание носоглотки, местное применение сосудосуживающих препаратов).

На фоне лечения во всех группах не наблюдалось каких-либо осложнений или ухудшения состояния детей. Динамику изменений клиники аденоидита в зависимости от характера проводимой терапии отражает таблица 7.1.

Дифференцированная терапия (I группа) позволила не только снять признаки аденоидита, но и привела к уменьшению числа детей с гипертрофией миндалины II степени (с 72,45% до 19,39%, $p < 0,001$). Это улучшило субъективные ощущения ребенка в связи с нормализацией носового дыхания. Естественно увеличилось число детей с гипертрофией глоточной миндалины I степени ($p < 0,01$). Лечение детей II группы привело к восстановлению носового дыхания, однако размеры глоточной миндалины не изменились ($p > 0,05$). Симптоматическое лечение аденоидита не было эффективным (III группа).

Таблица 7.1

Динамика клинической картины на фоне изучавшихся вариантов лечения хронических заболеваний глоточной миндалины

Показатели	Больные с хроническим аденоидитом, %					
	Дифференцированная терапия (n=98), I группа		Недифференцированная терапия (n=68), II группа		Симптоматическое лечение (n=35), III группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Затрудненное носовое дыхание, %	97,93	41,84*	97,01	50,75*	96,97	93,94
Гипертрофия глоточной миндалины II степени	72,45	19,39**	51,48	48,52	51,51	54,55
Гипертрофия глоточной миндалины I степени	27,55	80,61**	48,52	51,88	48,49	45,45
Признаки аденоидита	98,98	25,92**	98,51	47,76*	96,97	100

Достоверность различий:

* - $p < 0,01$;

** - $p < 0,001$.

Изменение местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей на фоне проводимого лечения документировано динамикой лизоцима, S IgA, функциональной активностью нейтрофилов (таблица 7.2). На фоне дифференцированной терапии в I группе детей повышение уровня лизоцима и SIgA было более выраженным, однако достоверной разницы его с показателями детей II группы не отмечалось. Лечение с применением монотерапии фюзафунжином, системных антибиотиков, ИРС-19 сопровождалось увеличением уровня лизоцима с $48,59 \pm 1,12\%$ до $61,22 \pm 1,01\%$ ($p < 0,01$) и SIgA с $0,164 \pm 0,01$ г/л до $0,197 \pm 0,01$ г/л ($p < 0,01$). Активизация неспецифических факторов защиты респираторного тракта на фоне проводимой терапии у больных I и II групп подтверждалась нормализацией процессов спонтанного фагоцитоза с $0,01 \pm 0,005$ до $0,08 \pm 0,04$ и уменьшением бактериальной обсемененности слизистой носа. Если до лечения при бактериологическом исследовании у детей выделялся β -гемолитический стрептококк в диагностическом титре, то после лечения определялись нейсерии, зеленающий стрептококк, являющиеся представителями нормального микробного пейзажа носоглотки. Проспективное наблюдение показало более стойкий эффект при дифференцированном ведении больных I группы (6 месяцев), документируемый уменьшением числа обострений и сохраняющимся высоким уровнем показателей местного иммунитета. В тоже время у детей II группы концентрация лизоцима вернулась к исходному уровню через 2 месяца и длительность ремиссии регистрировалась не более 3 месяцев. На фоне симптоматической терапии показатели местного иммунитета не изменялись.

Таким образом, современные высокоэффективные средства этиотропной и патогенетической терапии хронической патологии глоточной миндалины позволили достигнуть клинко-иммунологического эффекта консервативным путем. Этапное, дифференцированное в зависимости от этиологии аденоидита и характера патологического процесса применение местного

Таблица 7.2

Динамика показателей местного иммунитета у детей, страдающих хронической патологией лимфоглоточного кольца в зависимости от вариантов лечения

Показатели	Дифференцированная терапия (n=98), I группа		Недифференцированная терапия (n=67) II группа		Симптоматическое лечение (n=33) III группа		Эпизодически болеющие дети (n=37)
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Лизоцим, %	49,25±1,15	63,15±1,19	48,59±1,12	61,22±1,01	50,11±1,12	49,15±1,08	62,25±2,15
Достоверность различий с группой детей с низким уровнем заболеваемости (p)	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	-
Достоверность изменения показателя на фоне лечения (p)	<0,01		<0,01		>0,05		-
S Ig A, г/л	0,163±0,01	0,2±0,015	0,164±0,01	0,197±0,01	0,162±0,015	0,163±0,012	0,195±0,01
Достоверность различий с группой детей с низким уровнем заболеваемости (p)	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	-
Достоверность изменения показателя на фоне лечения (p)	<0,001		<0,01		>0,05		-

антибактериального средства - фюзафюнжина, системных антибиотиков, местных иммуномодулирующих средств в сочетании с квантовой терапией обеспечивало стойкий клинический эффект с уменьшением степени гипертрофии глоточной миндалины до I степени, являющейся вариантом нормы. Применение предложенных нами схем лечения существенно ускоряло сроки реализации благоприятного влияния современной терапии на течение хронических воспалительных заболеваний глоточной миндалины. Динамика местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей на фоне лечения показала целесообразность повторного применения предложенных нами схем дифференцированного лечения хронического аденоидита, значительно улучшающих результаты консервативной терапии. Органосохраняющий дифференцированный метод этапного лечения тонзиллярной болезни соответствует современным представлениям о важных функциях лимфаденоидного кольца.

Лечение хронического аденоидита процесс ответственный и длительный с последовательными этапами лечения и реабилитации в специализированном кабинете детских поликлиник, затем в ДООУ. Индивидуальный план ведения ребенка с патологией лимфоглоточного кольца включался в общую программу оздоровительных мероприятий непосредственно в детском комбинате.

7.2. Современные возможности программы оздоровления детей в условиях дошкольных образовательных учреждений

Особенностью предложенной нами оздоровительной программы в организованном детском коллективе являлась её медико-психолого-педагогическая направленность. Положительных результатов достигали в случае равной заинтересованности медицинских работников, педагогов-воспитателей, психологов и родителей в здоровье детей. Особенностью программы являлось целенаправленное круглогодичное оздоровление детей непосредственно в детском саду. Только последовательная и комплексная вос-

становительная терапия при четком выполнении всех рекомендаций в течение 2-3 лет приводила к заметному уменьшению частоты острых респираторных заболеваний у детей и сохранению их здоровья.

Цель программы - на основе совершенствования медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка и сотрудничества с родителями профилактировать возникновение респираторной патологии у дошкольников, облегчать процесс адаптации вновь поступивших в ДООУ детей, уменьшать возможность формирования психосоматических заболеваний.

Задачи программы: 1. Профилактировать возникновение респираторной патологии у дошкольников в предэпидемический и предсезонный периоды года (улучшение состояния местного иммунитета всех слизистых оболочек организма; укрепление общего иммунитета; санация очагов хронической инфекции; уменьшение риска инфицирования ОРВИ). 2. Проводить реабилитацию группы детей часто и длительно болеющих имеющих хроническую носоглоточную инфекцию (хронический аденоидит, аденоиды I-II степени, хронический ринит, хронический тонзиллит) для уменьшения обострения заболеваний. 3. Снижать уровень психоэмоционального напряжения и тревожности у детей. 4. Повышать психологическую грамотность родителей для устранения гиперопеки над ребенком, уменьшения уровня притязаний к дошкольнику, установления сотрудничества между родителями и ребенком. 5. Формировать жизненные приоритеты здоровья у детей, воспитывать мотивации на здоровый образ жизни. 6. Обучать детей методам, средствам и способам достижения здоровья. 7. Улучшать работы по культурологическому восприятию, связанному с организацией досуга и популяризацией вопросов здоровья. 8. Пропагандистская работа по здоровому образу жизни в семье.

Оздоровительная программа включала разделы питания, закаливания, физического воспитания, профилактики патологии ЛОР-органов, обеспечение экологической безопасности, повышение неспецифической резистентности организма, нормализацию психологического микроклимата в ДООУ и семье, консультирование ребенка, родителей, персонала.

7.2.1. Профилактика дефицита йода у детей в дошкольном образовательном учреждении

Дефицит йода - это, прежде всего, проблема интеллектуального потенциала нации, ибо без йода не функционирует самый важный орган адаптации – щитовидная железа.

Для профилактики йод-дефицитных заболеваний у дошкольников мы рекомендовали принимать отечественный препарат - йотрин, который имеет оригинальный состав, содержащий морскую капусту, которая позволяет включить в препарат органическое соединение йода, что улучшает аккумуляцию этого элемента и травы (тмин, красный корень, крапива, шиповник и пшеничные отруби). Йотрин улучшает функциональное состояние клеток, характеристики клеточных мембран, восстанавливает окислительно-восстановительные процессы (295). Йотрин производится НПФ «Экар» (г.Новосибирск) и рекомендуется для профилактики йод-дефицитных заболеваний Институтом питания РАМН.

Кузбасс относится к регионам с природно-обусловленным дефицитом йода в воздухе, воде, почве. Нами проведено документирование дефицита йода в организме 107 практически здоровых детей 6-7 лет, посещающих ДОУ по уровню экскреции его с мочой и изучена эффективность препарата йотрин в программе коррекции йод-дефицита. Исследование содержания йода в моче показало, что йод-дефицитное состояние регистрировалось у большинства детей (77,57%) (таблица 7.3).

Таблица 7.3

Распределение детей, в зависимости от показателей йодурии

№№ п/п	Обследованные дети	Количество детей	% от общего кол-ва детей
1.	Дети с нормальными показателями йода	24	22,43
2.	Дети с йод-дефицитом	83	77,57
	Всего	107	100

Медиана экскреции йода составила 5,88 мкг%. Среди обследованных

детей данного возраста преобладала йодурия в интервале от 2 до 5 мкг%, что соответствовало средней степени тяжести йод-дефицита – 43 человек (40,18%). У 15 детей (14,01%) экскреция йода с мочой составила менее 2 мкг%, что наблюдалось при тяжелой степени йод-дефицитного состояния, легкий йод-дефицит - у 25 человек (23,36 %). После курса йотрина (длительность применения препарата 1 месяц, дозировка 25 мкг 1 раз в день) была проведена контрольная йодурия. Данные об изменениях концентрации йода в моче после применения йотрина приведены в таблице 7.4.

Повторное обследование выявило достоверное повышение йода в моче до нормальных цифр у 83 из 107 обследованных детей (77,57%), йод-дефицит средней степени тяжести отмечался у 9-ти детей (8,42%), йод-дефицит легкой степени сохранялся у 15 детей (14,01%). Медиана экскреции йода увеличилось 5,88 мкг% до 13,48 мкг%.

Таким образом, на фоне коррекции йод-дефицита препаратом йотрин медиана экскреции йода с мочой увеличилась в 2,3 раза. Прием йотрина не сопровождался побочными реакциями и хорошо переносился детьми. Данные литературы и полученные нами результаты позволяют рекомендовать

Таблица 7.4

**Динамика йод-дефицита у дошкольников на фоне приема препарата
«Йотрин»**

№ п/п	Периоды	Дети с йод-дефицитом легкой степени		Дети с йод-дефицитом средней степени		Дети с йод-дефицитом тяжелой степени		Кол-во детей с йод-дефицитом		Кол-во детей с норм. уровнем йода	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	До коррекции йод-дефицита	25	23,36	43	40,18	15	14,01	83	77,57	24	22,43
2	После коррекции йод-дефицита	15	14,01	9	8,42	0	0	24	22,43	83	77,57

препарат для профилактики йод-дефицита детям дошкольного возраста непосредственно в детском учреждении. Мы рекомендовали профилактический курс у дошкольников на 3-4 недели, с перерывами в 3-6 месяцев по 1 драже (25 микрограмм) 1 раз в день (не менее 2 раз в год).

7.3. Перспективы местной антибактериальной терапии в программе профилактики ОРВИ и обострений хронического аденоидита у детей дошкольных образовательных учреждений

Частые повторные ОРВИ являются пусковым механизмом хронизации воспалительных процессов, поэтому одним из перспективных направлений является разработка методов профилактики ОРВИ у часто и длительно болеющих детей. Часто болеющие дети характеризуются персистенцией инфекции в различных отделах респираторного тракта. При этом подтверждение инфицирования *Streptococcus β-haemolyticus* является показанием к назначению антибактериальной терапии (402). В настоящее время персистенция β-гемолитического стрептококка А в лакунах миндалин после повторных курсов обычными природными пенициллинами достигает 60%. Это явление может быть связано с тем, что в носоглотке, гортаноглотке, в глубине лакун миндалин часто присутствуют *H. Influenzae*, *Staph. aureus*, *M. catarrhalis*, продуцирующие в 44-100% бета-лактомазы, что делает терапию природными пенициллинами менее эффективной и побуждает искать новые классы современных препаратов. Однако во всем мире, несмотря на активную разработку антибиотиков, отмечается рост резистентности основных возбудителей верхних дыхательных путей (63).

У 1/3 обследованных нами детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания из полости носа и ротоглотки высеивался β-гемолитический стрептококк. Данные бактериологического исследования послужили основанием включения в разработанную нами программу профилактики ОРВИ и обострений хронического аденоидита местной антибактериальной терапии.

Изучение эффективности предлагаемой программы проведено на базе дошкольных учреждений г. Кемерово в 1999-2001 гг. Мы наблюдали 279 детей (130 мальчиков и 149 девочек) в возрасте 3-7 лет с хронической носоглоточной инфекцией (хронический аденоидит, гиперплазия глоточной миндалины II степени, гиперплазия небных миндалин и сочетание этих патологий). Исследуемые были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу, возрасту. В I группе (71 человек) реабилитационные и профилактические мероприятия после подтверждения характера бактериальной обсемененности носоглотки включали применение фюзафюнжина - аэрозольный антибиотик назначался в течение 7 дней путем воздействия на все глоточное кольцо (назальное введение и ингаляции через рот) 2 раза в год; уход за лимфоглоточным кольцом путем полоскания горла водой и втягивания воды носом 3 раза в день с целью снижения антигенной нагрузки на верхние дыхательные пути проводили постоянно в течение года. Для рефлекторной тренировки слизистой носоглотки практиковалось хождение босиком и обливание ног большим количеством воды с температурой 8°-10°С. Назначалась витаминотерапия. Для восстановления биоциноза кишечника проводились курсы приема биопрепаратов. Детей II группы (73 ребенка) учили уходу за лимфоглоточным кольцом, босохождению, интенсивному закаливанию стоп, проводилась коррекция дисбиоза кишечника. В III группе (72 дошкольника) при заболевании ребенком ОРВИ назначался фюзафюнжин на 5-7 дней. В IV - контрольной группе (63 ребенка) - проводилась только витаминотерапия. Продолжительность наблюдения на фоне профилактического вмешательства - 1 год. Заболеваемость за год, предшествующий началу наблюдения, составила $5448 \pm 294,71$ случая на 1000 детей, средняя продолжительность временной нетрудоспособности родителей - $40,95 \pm 2,15$ дня. На фоне профилактического вмешательства заболеваемость в среднем снизилась до $2662 \pm 125,97$ случаев на 1000 детей ($p < 0,05$), средняя продолжительность временной нетрудоспособности родителей по уходу до $26,76 \pm 2,32$ дней ($p < 0,01$).

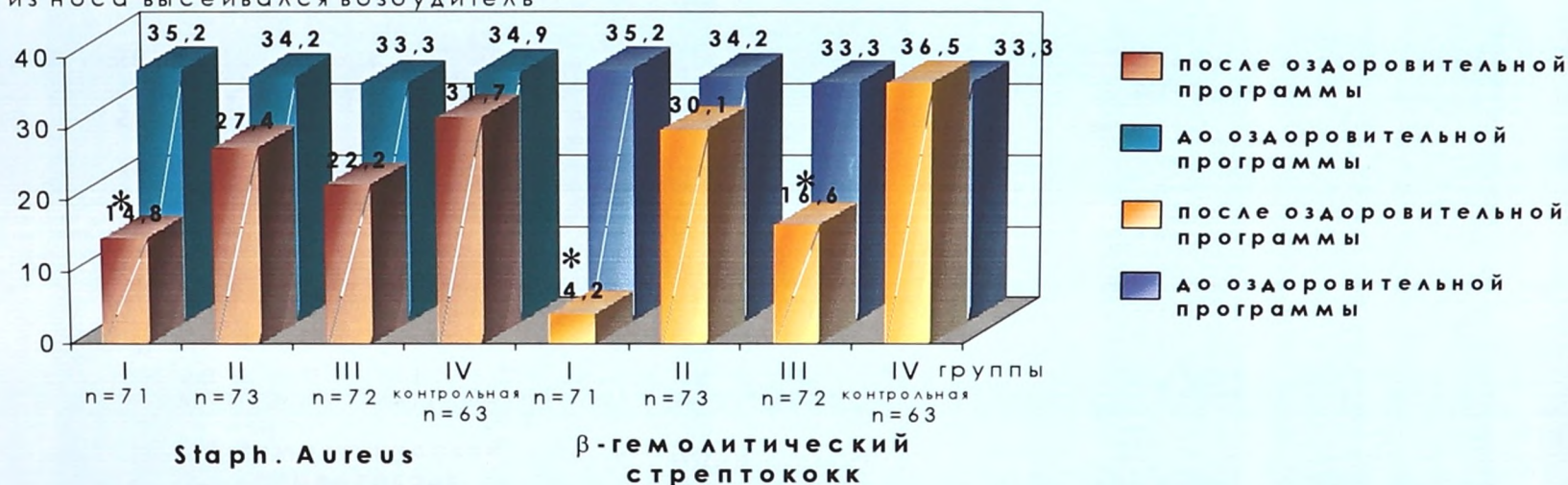
Заболеваемость детей в группах наблюдения и продолжительность временной нетрудоспособности родителей на фоне различных профилактических вмешательств достоверно различалась. Заболеваемость в I группе составила $1159,38 \pm 51,02$ случая на 1000, во II – $1557,75 \pm 109,10$, в III – $2237,18 \pm 196,07$, в IV – $5357,38 \pm 608,72$ ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Среднее время нетрудоспособности родителей составило в I группе $18,23 \pm 1,15$ дня, во II – $28,38 \pm 1,52$, в III – $22,68 \pm 1,24$, в IV – $39,17 \pm 1,98$ дней ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Важным моментом, характеризующим эффективность программы, являлось снижение частоты осложненных форм ОРВИ у часто болеющих детей и уменьшение системной антибактериальной нагрузки. Не принимали антибиотики в течение года дети I группы в $76,05 \pm 5,06\%$, тогда как в IV контрольной группе лишь $41,27 \pm 6,20\%$ детей не требовали системной антибиотикотерапии.

На фоне ухода за лимфоглоточным кольцом, интенсивного закаливания, приема биопрепаратов, сочетающихся с профилактическим применением фюзафюнжина (I группа) показатели микробного биоценоза носоглотки принципиально изменялись (рис.7.1, 7.2) значительно уменьшался процент детей инфицированных β -гемолитическим стрептококком, *Staph. Aureus*, после оздоровительных мероприятий не выявлялось *Candida albicans* (таблица 7.5).

У детей III группы уменьшалась частота высева из носоглотки и ротоглотки β - и α -гемолитического стрептококка, снижалась частота высеваемости из носоглотки *Staph. Aureus*, из ротоглотки – *Candida albicans*. Состояние микробного пейзажа рото- и носоглотки у детей II и IV групп достоверно не изменялось. В I и III группах прослеживались аналогичные тенденции изменения микробного пейзажа, но на фоне профилактического применения фюзафюнжина в сочетании с уходом за лимфоглоточным кольцом и интенсивным закаливанием благоприятная динамика микробиоценоза верхних дыхательных путей была более выражена: из носо- и ротоглотки реже высеивался β -гемолитический стрептококк, отмечалась санация в отношении обсемененности *Candida albicans*. Таким образом, фюзафюнжин – эффективное средство улучшения состояния микробного пейзажа верхних дыхательных путей, причем наиболее эффективно профилактическое назначение препарата.

МИКРОФЛОРА, ВЫСЕВАЕМАЯ ИЗ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОСЛЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ($M \pm m$).

% детей, у которых
из носа высевался возбудитель



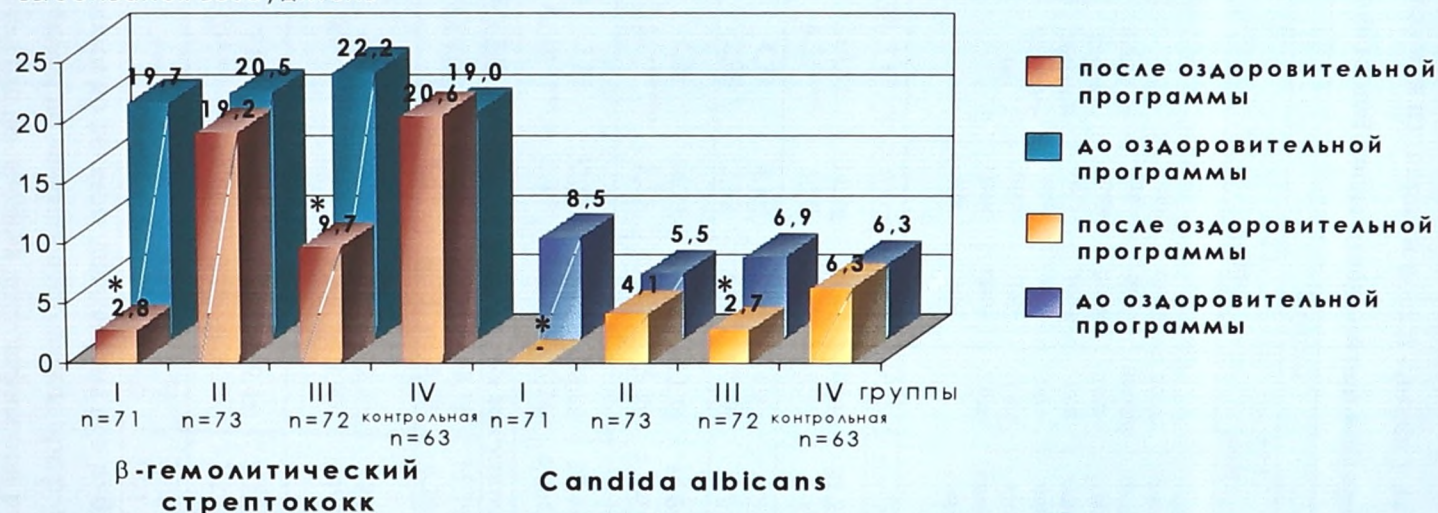
* Различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

** Различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,05$.

Рис.7.1 Динамика микробиоциноза носоглотки у детей до и после оздоровительных программ (*- $p < 0,001$)

МИКРОФЛОРА, ВЫСЕВАЕМАЯ ИЗ РОТОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОСЛЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ($M \pm m$).

% детей, у которых из ротоглотки
высеивался возбудитель



* Различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

** Различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,05$.

Рис.7.2 Динамика микробиоциноза ротоглотки у детей до и после оздоровительных программ(*- $p < 0,001$)

Таблица 7.5

Микрофлора, высеваемая из полости носа и глотки у детей с хронической носоглоточной инфекцией после оздоровительной программы ($M \pm m$)

Микроорганизмы (10 ₅)	Группы							
	I n=71		II n=73		III n=72		IV контрольная n=63	
	до оздоровительной программы	после оздоровительной программы	до оздоровительной программы	после оздоровительной программы	до оздоровительной программы	после оздоровительной программы	до оздоровительной программы	за время проведения оздоровительной программы
% детей, у которых из носа высеивался возбудитель								
Staph. Aureus	35,2± 5,67	14,8± 4,21***	34,2± 5,55	27,4± 5,22	33,3± 5,55	22,2± 4,90	34,9± 6,0	31,7± 5,86
Staph.Epidermi-dis	5,6± 2,73	4,2± 2,38	4,1± 2,32	5,5± 2,67	4,2± 2,36	4,2± 2,36	4,8± 2,69	7,9± 3,40
β-гемолитический стрептококк	35,2± 5,67	4,2± 2,36*** ^{ooo}	34,2± 5,55	30,1± 5,37	33,3± 5,55	16,6± 4,39**	33,3± 5,94	36,5± 6,07
α-гемолитический стрептококк	39,4± 5,80	15,5± 4,30*** ^{ooo}	32,8± 5,49	30,1± 5,37	38,8± 5,74	19,4± 4,66**	38,1± 5,12	33,3± 5,94
% детей, у которых из глотки высеивался возбудитель								
Staph. Aureus	19,7± 4,72	15,5±4,30	16,4± 4,33	16,4± 4,33	18,1± 4,53	15,3± 4,24	15,8± 4,6	17,5± 4,79
β-гемолитический стрептококк	19,7± 4,72	2,8± 1,96*** ^{ooo}	20,5± 4,72	19,2± 4,61	22,2± 4,90	9,7± 3,49*	19,0± 4,94	20,6± 5,10
α-гемолитический стрептококк	21,1± 4,84	7,0± 3,03*** ^{ooo}	20,5± 4,72	15,1± 4,19	19,4± 4,66	8,3± 3,25	20,6± 5,10	20,6± 5,1
Candida albicans	8,5± 3,30	-***	5,5± 2,67	4,1± 2,32	6,9± 3,0	2,7± 1,91	6,3± 3,06	6,3± 3,06

* - различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

** - различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,01$.

*** - различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,001$.

° - различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,05$.

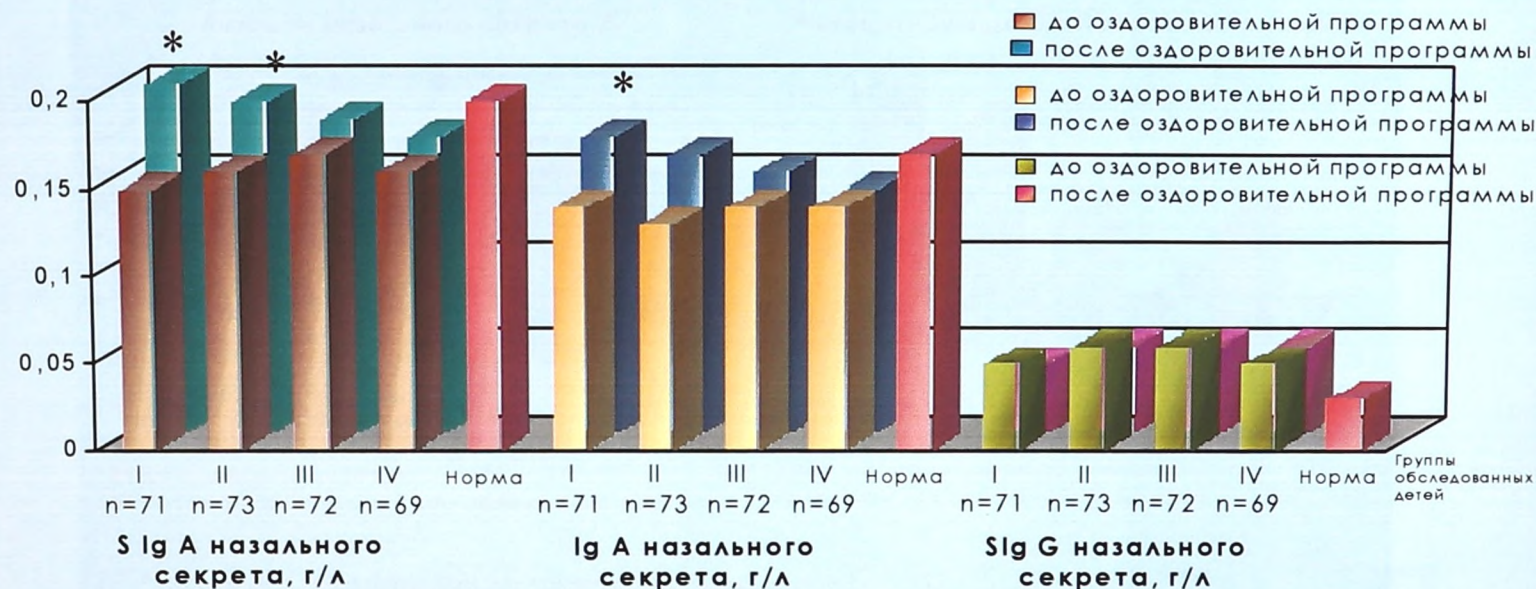
°° - различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,01$.

°°° - различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,001$.

Несомненно, что частые ОРВИ у детей дошкольного возраста отражают измененную иммунологическую реактивность, в основе которой лежат многочисленные механизмы. После проведения оздоровительной программы (таблица 7.6) изменялись показатели клеточной защиты и местного иммунитета верхних дыхательных путей. Количество нейтрофильных лейкоцитов в наноцитограмме достоверно снижалось на фоне профилактического и эпизодического применения фюзафюнжина и не изменялось у детей II и IV групп. Фагоцитирующая активность нейтрофилов, концентрация SIgA, IgA, активность лизоцима в назальном секрете и слюне повышались в I, II группах (рис. 7.3; 7.4). Названные показатели достоверно не изменялись у детей III и IV групп. Концентрация IgG снижалась у детей первых трех групп. У детей IV группы изучавшиеся показатели реакций неспецифической резистентности и местного иммунитета достоверно не изменялись.

Таким образом, проводимые профилактические программы благоприятно влияли на состояние местного иммунитета и реакций неспецифической резистентности. Уход за лимфоглоточным кольцом, интенсивное закаливание и использование фюзафюнжина как профилактически, так и для лечения ОРВИ и обострений хронического аденоидита удачно дополнили друг друга. На фоне интенсивного закаливания и ухода за лимфоглоточным кольцом улучшалось состояние показателей реакций неспецифической резистентности и местного иммунитета, а на фоне использования фюзафюнжина нормализовывалось содержание нейтрофильных лейкоцитов в наноцитограмме, микробный состав носоглотки. Наиболее выражен эффект оздоровительной программы при одновременном профилактическом применении фюзафюнжина, интенсивного закаливания и ухода за носоглоткой с коррекцией дисбактериоза кишечника.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ($M \pm m$)

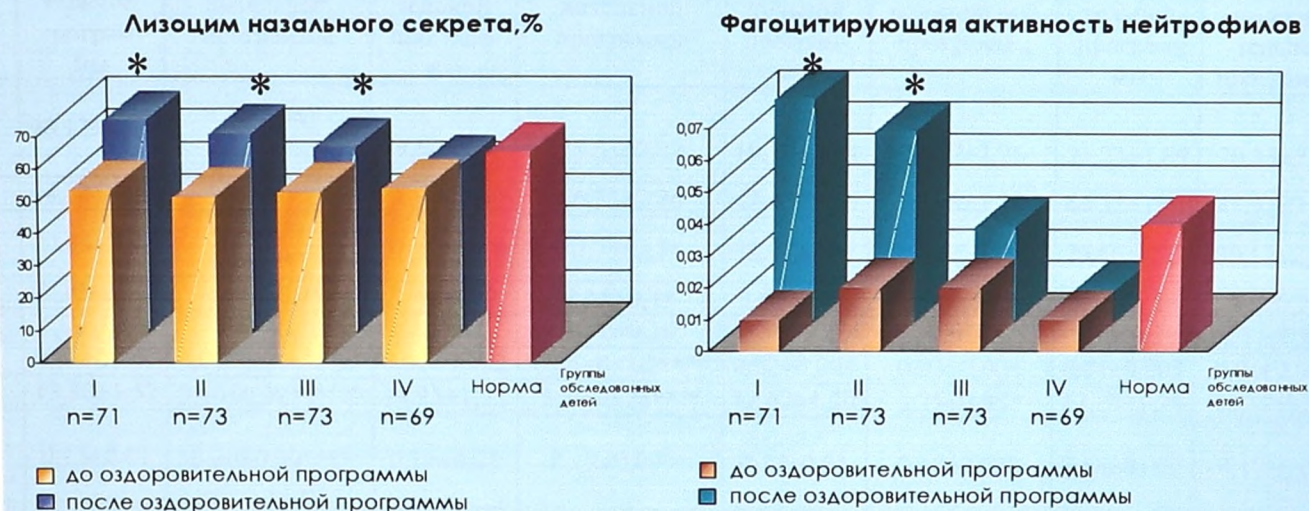


* Различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

** Различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,05$.

Рис.7.3 Динамика местного иммунитета слизистой носа у детей до и после профилактических программ (*- $p < 0,001$)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ($M \pm m$)



* Различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

** Различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,05$.

Рис.7.4 Динамика неспецифических факторов защиты слизистой носа у детей до и после профилактических программ(*- $p < 0,01$)

Таблица 7.6

Сравнительная характеристика цитологических показателей, местного иммунитета и неспецифических факторов защиты назального секрета у детей в зависимости от профилактических программ ($M \pm m$)

Показатели	Группы обследованных детей								норма
	I группа n=71		II группа, n=73		III группа, n=73		IV группа, n=69		
	до оздо- рови- тельной програм- мы	после оздору- вительной программы	до оздо- рови- тельной програм- мы	после оздору- вительной программы	до оздо- рови- тельной програм- мы	после оздо- ровительной программы	до оздо- рови- тельной програм- мы	за время проведения оздорови- тельной программы	
Общая цито- грамма, % ЦЭ	20,13±2,11	30,50± 2,10*** ^{ooo}	19,56±1,82	25,63±2,27	19,10±2,14	23,17±2,26	21,23±1,89	20,25±2,25	30,25±2,39
ПЭ	44,82±2,80	50,56±3,25	43,95±2,92	46,35±2,26	42,47±3,16	52,16±3,27	44,32±3,11	43,92±2,13	50,28±3,71
Н	30,85±2,51	17,12± 1,24*** ^{ooo}	31,35±3,10	25,75±2,36	32,07±2,81	22,35±2,17** ^o	29,56±2,27	30,12±2,85	17,67±2,11
Э	3,20±0,20	1,07±0,25	3,90±0,32	1,15±0,18	4,51±0,42	2,18±0,25	3,15±0,26	4,6±0,28	1,12±0,72
Л	1,00±0,09	0,82±0,15	1,20±0,12	1,12±0,10	1,82±0,25	0,89±0,27	1,20±0,09	1,11±0,08	0,86±0,09
ФАН	0,01±0,005	0,07±0,01*** ^{ooo}	0,02±0,002	0,06±0,002** ^{oo}	0,02±0,004	0,03±0,004	0,01±0,003	0,01±0,002	0,04±0,005
АПЭ,%	13,80±1,52	5,10±0,32*** ^{ooo}	14,25±1,32	5,86±0,28** ^{oo}	12,62±1,20	6,25±0,86*	13,26±1,29	14,37±1,75	4,35±0,35
S Ig A на- зального секрета, г/л	0,15±0,01	0,20±0,09** ^{oo}	0,16±0,01	0,19±0,009*	0,17±0,01	0,18±0,008	0,16±0,009	0,17±0,01	0,20±0,02
Ig A назаль- ного секрета, г/л	0,14±0,007	0,17±0,01* ^o	0,13±0,005	0,16±0,005	0,14±0,007	0,15±0,005	0,14±0,008	0,14±0,008	0,17±0,02
Ig G назаль- ного секрета, г/л	0,05±0,002	0,04±0,002	0,06±0,001	0,05±0,001	0,06±0,001	0,05±0,001	0,05±0,001	0,05±0,001	0,03±0,002

Продолжение таблицы 7.6

Показатели	Группы обследованных детей								
	I группа n=71		II группа, n=73		III группа, n=73		IV группа, n=69		норма
	до оздоровительной программы	после оздоровительной программы	до оздоровительной программы	после оздоровительной программы	до оздоровительной программы	после оздоровительной программы	до оздоровительной программы	за время проведения оздоровительной программы	
S Ig A слюны, г/л	0,13±0,01	0,16±0,008*°	0,12±0,01	0,16±0,009***°	0,14±0,01	0,15±0,009	0,13±0,01	0,13±0,009	0,20±0,01
Ig A слюны, г/л	0,08±0,004	0,14±0,009***°°°	0,09±0,003	0,12±0,003*°	0,09±0,005	0,11±0,004	0,10±0,003	0,09±0,004	0,15±0,01
Ig G слюны, г/л	0,05±0,006	0,03±0,005	0,06±0,003	0,04±0,003	0,05±0,007	0,04±0,002	0,05±0,005	0,05±0,004	0,03±0,005
Лизоцим назального секрета, %	53,58±2,50	65,70±2,52***°°°	51,25±2,36	61,50±1,89***°°	52,92±2,21	57,32±1,93*°°	53,72±1,96	51,92±2,13	65,26±2,17
Лизоцим слюны, %	48,56±1,82	61,65±2,40***°°°	50,32±2,15	60,10±2,30***°°°	49,12±1,36	54,82±1,87*	49,72±2,15	50,17±2,83	62,31±2,32

* - различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

** - различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,01$.

*** - различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,001$.

° - различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,05$.

°° - различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,01$.

°°° - различия с показателями контрольной группы достоверны при $p < 0,001$.

7.3.1. Коррекция местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей

Одним из перспективных направлений повышения местного иммунитета является разработка методов специфической иммунизации против наиболее распространенных возбудителей острых респираторных заболеваний. У обследованных нами детей с низким уровнем острой патологии органов дыхания имелся риск нарушения местных факторов защиты слизистых верхних дыхательных путей, а с высоким – декомпенсация местной резистентности, что послужило основанием включения в разработанную нами программу микробного иммунокорректора ИРС-19, поликомпонентного комбинированного препарата, одновременно обладающего свойствами вакцины и неспецифического иммуностимулятора.

Изучение эффективности предлагаемой программы с включением иммунорегуляторного респираторного спрея для профилактики развития ОРВИ и реабилитации детей со средним и высоким уровнем острой патологии органов дыхания проведено на базе дошкольных учреждений г. Кемерово. Исследуемые были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу, возрасту, соотношению в группах детей с низким, средним и высоким уровнями заболеваемости острой патологией органов дыхания, долей детей с хронической носоглоточной инфекцией. Для оценки оздоровительной программы использовались показатели заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями за текущий год (общее число случаев ОРВИ у ребенка, в том числе осложненных бронхитом, синуситами, отитом и средняя продолжительность одного случая).

В I группе реабилитационные и профилактические мероприятия ограничивались применением топического бактериального лизата ИРС-19 (103 ребенка). Детей II группы (89 дошкольников) учили уходу за лимфоглоточным кольцом путем полоскания горла водопроводной водой и втягивания воды носом 2 раза в день с целью снижения антигенной нагрузки на верхние дыхательные пути. Для рефлекторной тренировки слизистой носоглотки

практиковалось хождение босиком и обливание ног большим количеством воды с температурой 8°-10°С. Назначалась витаминотерапия. Для восстановления биоциноза кишечника и опосредованно слизистой верхних дыхательных путей проводились курсы приема биопрепаратов. В III группе (108 детей) сочеталось применение препарата ИРС-19 по приведенной выше схеме и лечебно-профилактические мероприятия, описанные для детей II группы. В IV - контрольной группе (83 ребенка) проводилась только витаминотерапия.

При оценке эффективности оздоровительного комплекса отмечалось существенное уменьшение заболеваемости и количеств осложнений у дошкольников. До начала профилактических и реабилитационных мероприятий показатель общей заболеваемости респираторными инфекциями составлял в среднем 254%, средняя продолжительность одного случая заболевания ОРВИ, гриппом определялась $13,5 \pm 0,89$ днями. Общая оценка заболеваемости респираторными инфекциями, как маркера степени адаптации ребенка к изменению внешней среды, после проведения оздоровительной программы составила 174%, средняя продолжительность одного случая заболевания ОРВИ, гриппом $-8,8 \pm 0,7$ дня. Частота осложнений после ОРВИ, гриппа составляла $21,3 \pm 2,1\%$ до оздоровления, после проведения оздоровительных мероприятий – $11,4 \pm 1,6\%$. Средняя продолжительность одного случая осложненного заболевания до оздоровления составляла $23,4 \pm 1,2$ дня, после оздоровления – $14,3 \pm 0,9$ дня. Различия показателей до начала и после оздоровительного комплекса статистически достоверны ($p < 0,05$; $p < 0,001$), однако изменения этих показателей у детей сравниваемых групп существенно различаются, что отражает таблица 7.7.

Таблица 7.7

Эффективность оздоровительной программы в зависимости от вида проводимых мероприятий в ДОУ

Показатели	Группы			
	I (n=103)	II (n=89)	III (n=108)	IV (n=83)
Заболеваемость респираторными инфекциями, %				
до оздоровления	259	261	272	239
P1	-	>0,05	>0,05	>0,05
P2	>0,05	-	>0,05	>0,05
P3	>0,05	>0,05	-	>0,05
P4	>0,05	>0,05	>0,05	-
после оздоровительных мероприятий	128	159	102	306
P*1	-	<0,05	<0,05	<0,001
P*2	<0,05	-	<0,05	<0,001
P*3	<0,05	<0,05	-	<0,001
P*4	<0,001	<0,001	<0,001	-
P	<0,01	<0,01	<0,001	>0,001
Средняя длительность случая ОРВИ (дней)				
до оздоровления	12,8±0,8	13,2±0,9	13,8±0,9	14,1±0,9
P1	-	>0,05	>0,05	>0,05
P2	>0,05	-	>0,05	>0,05
P3	>0,05	>0,05	-	>0,05
P4	>0,05	>0,05	>0,05	-
после оздоровления	7,1±0,6	9,1±0,7	5,4±0,5	13,8±0,7
P*1	-	<0,05	<0,05	<0,01
P*2	<0,05	-	<0,01	<0,001
P*3	<0,05	<0,01	-	<0,001
P*4	<0,01	<0,01	<0,001	-
P	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05

Продолжение таблицы 7.7

Показатели	Группы			
	I (n=103)	II (n=89)	III n=108)	IV (n=83)
Частота осложнений после ОРВИ,%				
до оздоровительных мероприятий	20,5±4,0	21,7± 4,4	23,5± 1,9	20,1± 2,2
P1	-	>0,05	>0,05	>0,05
P2	>0,05	-	>0,05	>0,05
P3	>0,05	>0,05	-	>0,05
P4	>0,05	>0,05	>0,05	-
после оздоровительных мероприятий	10,1±3,0	13,3±1,1	8,4±3,6	16,8±4,1
P*1	-	>0,05	>0,05	>0,05
P*2	>0,05	-	>0,05	>0,05
P*3	>0,05	>0,05	-	>0,05
P*4	>0,05	>0,05	>0,05	-
P	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Средняя продолжительность одного осложненного случая ОРВИ,(дней)				
до оздоровительных мероприятий	22,5±1,1	23,1± 1,0	25,5± 1,2	21,6± 1,1
P1	-	>0,05	>0,05	>0,05
P2	>0,05	-	>0,05	>0,05
P3	>0,05	>0,05	-	>0,05
P4	>0,05	>0,05	>0,05	-
после оздоровительных мероприятий	12,2±0,7	14,8±0,8	10,2±0,6	21,6±0,8
P*1	-	<0,05	<0,05	<0,001
P*2	<0,05	-	<0,001	<0,001
P*3	<0,05	<0,001	-	<0,001
P*4	<0,001	<0,001	<0,001	-
P	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05

P_{1,2,3,4} – достоверность различия с величиной описываемого в таблице показателя установленной для детей I,II,III,IV групп до начала оздоровительных мероприятий;

P*_{1,2,3,4} - достоверность различия с величиной описываемого в таблице показателя установленной для детей I,II,III,IV групп после оздоровительных мероприятий ;

P - достоверность изменения описываемого в таблице показателя у детей данной группы после оздоровительных мероприятий.

До начала проведения оздоровительной программы показатели общей заболеваемости респираторными инфекциями, средней продолжительности одного случая ОРВИ, гриппа, частоты осложнений, средней продолжительности одного осложненного случая в сравниваемых группах достоверно не различались. Эффективность оздоровительного комплекса определялась уменьшением в I, II, III группах общей заболеваемости респираторными заболеваниями, средней продолжительности одного случая ОРВИ и гриппа (осложненного и неосложненного). Особенно важно достоверное уменьшение числа осложненных форм ОРВИ в I и III группах. В IV контрольной группе констатирован рост заболеваемости ОРВИ и гриппом, частота осложнений и средняя продолжительность одного неосложненного и осложненного случая не изменялась. Наиболее благоприятная динамика отмечалась у детей III группы, где регистрировались наименьшие значения показателей заболеваемости, частоты осложнений, средней продолжительности неосложненного и осложненного случая ОРВИ и гриппа. У детей I группы благоприятные изменения этих показателей менее выражены чем в III. На фоне интенсивного закаливания, полоскания носоглотки без применения топического бактериального лизата (II группа) параметры, характеризующие эффективность оздоровления улучшились в динамике, однако не достигали показателей детей I и III групп. На фоне проведенного реабилитационного и профилактического вмешательства достоверно изменялось состояние изучаемых факторов неспецифической резистентности и показателей местного иммунитета. Средняя активность лизоцима в назальном секрете до проведения оздоровительных мероприятий составляла $52,9 \pm 2,6\%$, после реабилитационного и профилактического вмешательства - $68,7 \pm 2,4\%$ ($p < 0,001$), среднее содержание SIgA увеличилось от $0,16 \pm 0,01$ г/л до $0,23 \pm 0,02$ г/л ($p < 0,001$). Причем достоверное повышение активности лизоцима отмечено у детей I, II и III групп, а концентрация SIgA достоверно повышалась только у детей I и III групп. Исследование биоценоза носоглотки показало уменьшение содержания микробной ассоциации Staph. Aureus, α -

и β -гемолитических стрептококков с $35,8 \pm 2,5\%$ у дошкольников до $17,5 \pm 1,9\%$ после проведенных мероприятий ($p < 0,001$). Причем изменения биоценоза носоглотки носили одинаковый характер в I–III группах.

Объективные изменения физического здоровья детей коррелировали с положительной оценкой родителями динамики респираторной заболеваемости детей по сравнению с прошлым годом.

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о возможности эффективной профилактики ОРВИ и гриппа у детей как с низким, так и высоким уровнем острой патологии органов дыхания в условиях дошкольных образовательных учреждений. Наиболее выражен эффект оздоровительной программы при одновременном применении ИРС-19, интенсивного закаливания и ухода за носоглоткой с коррекцией дисбактериоза кишечника, что позволило рассматривать эти оздоровительные мероприятия как перспективную программу, при проведении которой индекс эффективности (ИЭ) равен 3. Индекс эффективности оздоровительного комплекса при изолированном применении местного иммуномодулятора ИРС-19 также был достаточно высоким (ИЭ=2,4), тогда как без него, только при систематическом закаливании, обучению уходу за органами лимфоглоточного кольца, коррекции дисбактериоза кишечника (II группа) – 1,9. Важным преимуществом применения ИРС-19 являлось его простота, из-за которой в ряде случаев родители предпочитали изолированное применение ИРС-19 проведению систематического закаливания и уходу за органами лимфоглоточного кольца. Приведенные данные позволили считать применение топической иммунизации бактериальным лизатом ИРС – 19 перспективным направлением профилактики гриппа и ОРВИ у детей в условиях дошкольных образовательных учреждений. Учитывая благоприятное изменение микробиоценоза носоглотки у большинства наблюдавшихся детей, можно прогнозировать благоприятное изменение состояния здоровья всего детского коллектива, при систематическом лечебном и профилактическом применении ИРС-19 у части посещающих дошкольные образовательные учреждения детей.

Разработанная нами оздоровительная программа в организованном детском коллективе отражала единство и преемственность врачей, педагогов, психологов и родителей (таблица 7.8).

Таблица 7.8

Оздоровительная программа дошкольного образовательного учреждения

Стандартные профилактические мероприятия		Индивидуальные профилактические мероприятия
Диета		
	1. Стандартная диета, соответствующая нормативным требованиям 2. Пищевые добавки: а) отруби (в обед добавление в пищу 2 ч.л. отрубей на одного ребенка курсом 7 дней один раз в месяц); б) пророщенная пшеница Коррекция обмена витаминов-прием: с 1 по 15 число каждого месяца по 5 кр. гомеопатического средства «Витамин»; с 16 по 30 число каждого месяца - «Ревит» по 1 др. ежедневно (октябрь-январь); витамин С в марте-30 дней	3. Индивидуальный набор диет (при заболеваниях ЖКТ, гипоаллергических)
Закаливание		
	4. Плантарный массаж стоп 5. Босохождение по методике Саркисова-Серазини 6. Водное закаливание: обширное умывание; наступание в воду (t=+8-+12)	7. Индивидуальная программа закаливания
Физкультура		
	8. Тренирующие общеразвивающие занятия (а-в зале, б-в группе, в-на улице) 9. Целенаправленные гимнастические комплексы: а) глазная; б) профилактика плоскостопия; в) профилактика нарушения осанки	10. Лечебная физкультура по индивидуальным показаниям
Профилактика йод-дефицитных состояний		
	11. Йотрин 25мкг в течение месяца 2 раза в год (октябрь, март) или на завтрак давать 1 ч. л. консервированной морской капусты ежедневно – январь-апрель	
Обеспечение экологической безопасности		
	12. Гигиенические мероприятия по обеспечению безопасности среды (фильтры-очистители для воды) 13. Выведение токсинов и тяжелых металлов из организма - включение в пищу: а) запаренного яблока; б) отрубей 14. Защита организма от повреждения экологическими токсинами (экологический гомеопатический комплекс: перед завтраком 1 гр. «ОКО» + 1 гр. «Реприз» (ежедневно вместе под язык, через 6 месяцев «Реприз» исключить)	

Стандартные профилактические мероприятия	Индивидуальные профилактические мероприятия
Повышение неспецифической резистентности организма	
15. Фитотерапия: а) фиточай; б) отвар шиповника 16. Гомеопатия: профилактические гомеопатические средства («Кальгид» по 2 гранулы в один прием утром октябрь-декабрь (до 5 лет- «Кальгид-Д») или («Анас барбария» в гранулах с ма- зью «Кориза» эндоназально) 17. Медикаментозные средства (поливитаминные препараты). 18. Адаптогены (н-ка элеутерококка, топинамбур) 19. Профилактика ЛОР-заболеваний - полоскание полости рта и носоглотки: а) физиологическим раствором 10 дней; б) слабым раствором морской соли 10 дней; в) зеленым чаем 10 дней; г) чесночно-водные капли (5 дней) 20. Предэпидемическая и предсезонная профилактика гриппа: - ридостин в течение 10 дней (декабрь, март); - наринэ эндоназально 10 дней (ноябрь, февраль); - ИРС-19 эндоназально 14 дней (октябрь); - физио- и рефлексотерапия: а) УФО общее; квантовая профилактика (5 дней, октябрь). б) дорожки массажные; в) оздоровительный массаж; г) ионизация воздуха (люстра Чижевского); д) аэрозольтерапия (ингаляции); е) массаж биологически активных точек по Уманской в те- чение всего года	21. Медикаментоз- ная терапия (реаб- илитация детей с х- ронической носогло- точной инфекцией): а) местный антисеп- тик для слизистых оболочек: - октенисепт: зака- пывать в нос (1:6) 1 неделя; - иодиол в нос и полоскание. б) местная иммуно- коррекция: ИРС-19 в нос 1 дозу два раза в день 1 мес. 22. Индивидуальная физиотерапия после перенесенного ост- рого заболевания, реабилитация при хронических забо- леваниях: лазероте- рапия, лечебный массаж.
Коррекция дисбиocenоза кишечника	
23. Профилактические курсы биопрепаратов 2 раза в год: а) Нарине – 1 мес.; б) концентрат бифидумбактерина 1 мес.	24. Медикаментозная коррекция детей с патологией ЖКТ: а) биопрепараты (че- редовать курсы с лакто- и бифидум- бактериями по 3-4 недели не менее 4 раз в год): - лактобактерин, - «Нарине», - концентрат бифи- думбактерина (не ме- нее 4-х курсов в год). Гомеопатическая те- рапия – «Реприз» 6 мес. Лечебное питание: бифидокефир

Стандартные профилактические мероприятия	Индивидуальные профилактические мероприятия
Нормализация функции центральной нервной системы	
25. а) соблюдение режима дня; б) музыкотерапия (тихая спокойная классическая музыка); в) формирование саногенного мышления (формирование позитивных мыслей); г) овладение приемами релаксации, элементами аутогенной тренировки.	26. Нормализация функции ЦНС детям с перинатальной патологией ЦНС: а) фитотерапия – отвары седативных трав; б) занятия с логопедом; в) овладение приемами релаксации; г) лечебный массаж
Нормализация психологического микроклимата в группе	
27. 1. Поднятие самооценки ребенка в группе; 2. Обучение ребенка умению договариваться, решать конфликты.	28. Психологическая коррекция (психолог)
Консультирование ребенка, родителей, персонала	
29. Консультации родителей: а) по навыкам закаливания; б) рациональным слоям одежды; в) исключению гиперопеки; г) путям повышения самооценки ребенка Обучение персонала по передачи самостоятельности детям, исключению гиперопеки	30. Индивидуальные консультации для ребенка и родителей по адаптации ребенка к детскому коллективу

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Одно из важнейших направлений развития современной цивилизации – гуманизация отношения к детскому населению. Улучшение состояния здоровья детей рассматривается, как важнейшая составляющая социального прогресса. Но несмотря на постоянное внимание общества, увеличивающееся количество научных исследований, кардинального улучшения состояния здоровья детского населения в экономически развитых странах мира не отмечено. В России в течение последних 10 лет имеют место негативные изменения состояния здоровья детей, регистрируется увеличение смертности лиц младше 18 лет. Отмеченная ситуация заставляет критически отнестись к существующим рекомендациям, на которых базируется организация профилактической, лечебной и реабилитационной помощи детям. Единственно адекватным решением в вопросах сохранения и укрепления здоровья организованных детей признан межведомственный подход. Тесное сотрудничество в Кузбассе департаментов охраны здоровья населения и народного образования способствовало созданию единого реабилитационного пространства, руководимого областным психолого-медико-педагогическим центром с представительством в городах и районах области. Нами была поставлена цель разработки в рамках единого реабилитационного пространства современных здоровьесберегающих технологий для детей образовательных учреждений.

Под нашим наблюдением находилось 2326 детей дошкольного (1942) и младшего школьного (1384) возраста областного центра Кузбасса – г. Кемерово, характеризуемого развитой угольной, химической и металлургической промышленностью. Мальчиков было 1168, девочек 1158 человек. Средний уровень заболеваемости по обращаемости в поликлиники и другие ЛПУ города до начала профилактических и реабилитационных мероприятий составлял $2667,67 \pm 0,03$ случаев и $18307,8 \pm 0,06$ дней нетрудоспособности родителей на 1000 детского населения. Заболеваемость формировалась

преимущественно за счет ОРВИ (80,1%), хронического аденоидита (10,0%), острого бронхита (4,5%), острой пневмонии (2,3%).

Максимальное число обращений по поводу острых случаев заболеваний наблюдалось в 3-4 года с достоверным снижением их к 7 годам жизни ($P < 0,001$). В дальнейшей работе мы классифицировали детей в зависимости от острой патологии органов дыхания.

Индивидуальная оценка уровня заболеваемости острой патологии органов дыхания с помощью центильного метода (191,192) позволила выделить группу детей с низким уровнем заболеваемости в интервале P_{0-25} (11,52%), средним – P_{26-75} (54,39%) и высоким P_{76-100} (34,09%). В группе детей с низким уровнем заболеваемости последняя была представлена в основном ОРВИ (99,22%), протекавших без осложнений. У детей со средним уровнем заболеваемости помимо ОРВИ (84,60%) регистрировалось обострение хронического аденоидита (5,67%), острый бронхит (4,87%), пневмонии (0,63%). В группе детей с высоким уровнем заболеваемости наряду с тенденцией к снижению ОРВИ увеличивались случаи обострения хронического аденоидита (14,37%), пневмонии (3,56%).

По мере увеличения кратности острой патологии органов дыхания достоверно нарастала тяжесть, длительность и выраженность клинических проявлений ($p < 0,001$) и частота осложнений ОРВИ ($p < 0,01$).

В анамнезе детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания достоверно чаще встречались патологическое течение беременности у матери ($P < 0,001$), раннее искусственное вскармливание ($P < 0,001$), большая кратность острой патологии органов дыхания в периоде новорожденности и грудного возраста ($P < 0,001$), аллергические реакции ($P < 0,001$), неадекватность физического воспитания и несоблюдение режима дня ($P < 0,001$). В половине случаев дети со средним и высоким уровнем заболеваемости подвергались фактору «пассивного курения». Среди пациентов с высоким уровнем заболеваемости достоверно чаще выявлялись дети из семей с наиболее высоким уровнем доходов ($P < 0,001$).

Комплексная оценка здоровья показала, что дети с низким уровнем заболеваемости относились к I ($42,9 \pm 3,0\%$) и II ($57,1 \pm 3,0$) группам здоровья. Подавляющее большинство детей со средним уровнем заболеваемости имели функциональные нарушения ($71,8 \pm 1,1\%$), тогда как у 2/3 детей с высоким уровнем заболеваемости регистрировалась хроническая патология (III группа здоровья – $72,6 \pm 1,6\%$).

Изучение местного иммунитета и неспецифических факторов защиты у наблюдавшихся нами детей подтвердило неоднородность полученных результатов. У детей с низким уровнем заболеваемости отмечено оптимальное количество цилиндрического эпителия, низкая колонизация верхних дыхательных путей кокковой флорой, хорошая фагоцитирующая активность нейтрофилов. Содержание в секретах (носа- и ротоглотки) иммуноглобулинов основных классов и активность лизоцима обеспечивали высокую защитную функцию слизистой оболочки верхних дыхательных путей. В группе детей со средним и высоким уровнем заболеваемости назоцитограмма характеризовалась прогрессивным и достоверным уменьшением количества цилиндрического эпителия ($P < 0,05$), повышением содержания нейтрофилов ($P < 0,01$; $P < 0,001$) с угнетением их фагоцитарной активности ($P < 0,05$), увеличением обсемененности слизистой верхних дыхательных путей кокковой флорой ($P < 0,001$), падением концентрации SIgA ($P < 0,05$, $P < 0,001$) и ферментативной активности лизоцима ($P < 0,05$, $P < 0,001$). О тенденции к хронизации воспалительного процесса в носоглотке свидетельствовало достоверное повышение в секретах у детей с высоким уровнем заболеваемости IgG ($P < 0,05$).

Микробиоциноз носа и ротоглотки при низком уровне заболеваемости острой патологией органов дыхания представлен преимущественно сапрофитной флорой. У 15% детей со средним уровнем заболеваемости наряду с сапрофитной флорой выявлялся β -гемолитический стрептококк, обсемененность которым слизистой верхних дыхательных путей детей с высоким уровнем заболеваемости возрастала до 35%. У детей с высоким уровнем

заболеваемости выделялись грибы рода *Candida albicans* преимущественно у больных с хронической патологией носоглотки.

Учитывая высокий процент патологии носоглоточной миндалины у детей с высоким уровнем заболеваемости (48,55%), нами разработан алгоритм прогнозирования риска развития гиперплазии её и хронического аденоидита.

Коэффициенты отношения правдоподобия, которые рассчитывались по факторам риска развития гиперплазии носоглоточной миндалины (возраст, вид вскармливания, наличие анемии, снижение неспецифической резистентности, в том числе длительный насморк, отягощенная наследственность по патологии лимфо-глоточного кольца, неблагоприятный аллергический фон, снижение местного иммунитета) определены у 100 детей с хроническим аденоидитом на фоне гипертрофии носоглоточной миндалины II степени и у 100 здоровых детей. Для индивидуального прогнозирования развития патологии носоглоточной миндалины в каждом конкретном случае выделены диапазоны трех интервалов: группа благоприятного прогноза – от -3,55 до -0,98; группа повышенного внимания от -0,97 до 1,59; группа неблагоприятного прогноза от 1,60 до 4,16.

Состояние физического здоровья неразрывно связано с психоэмоциональным состоянием ребенка. Различные стрессогенные ситуации (болезнь, напряженные отношения в семье и детском коллективе, учеба) приводят к ситуативной тревожности, которая со временем может быть устойчивой чертой личности.

Изучение характера и выраженности общей и локальной тревожности у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания зарегистрировало высокий уровень тревожности уже у детей 5-6 летнего возраста, часто болеющих острой патологией органов дыхания, когда школьный фактор еще не имел значения. Большинство детей с низким уровнем заболеваемости были эмоционально благополучны. На фоне высокого уровня заболеваемости повышалась психотическая дезадаптированность ре-

бенка, выраженность которой нарастала с возрастом. Так, к 9-10 годам достоверно увеличивалась число детей с учебной ($P<0,05$), самооценочной ($P<0,05$) и межличностной тревогой. У детей с высоким уровнем учебной тревоги преобладали функциональные кардиопатии ($P<0,05$), нарушение осанки ($P<0,01$), диффузный нетоксический зоб ($P<0,05$), атопический дерматит ($P<0,05$). У мальчиков с высоким уровнем учебной тревоги значительно чаще встречалась патология ЛОР-органов ($P<0,01$), девочек - диффузный нетоксический зоб ($P<0,01$). Личностные переживания девочек, связанных с учебой проявлялись дисфункциями желчевыводящих путей в большей степени, чем у мальчиков ($P<0,001$).

Достоверное преобладание ЛОР-патологии, сколиоза у высокотреховых детей выявлено при межличностной тревоге ($P<0,001$). Тревога, вызываемая внутриличностными проблемами, низким принятием себя, переживанием в отношении учебы была ведущей у детей с аллергическими заболеваниями. Неадекватно спокойные дети (низкий уровень тревожности), являющиеся в дальнейшем группой высокого риска по развитию высокой тревоги были представлены в основном мальчиками. Анализ зависимости отклонений физического развития от параметров структурной тревожности показал, что наиболее стрессогенными факторами для самооценки мальчиков являлся избыток веса ($P<0,05$) и - низкорослость.

Узловым моментом формирования психологического состояния ребенка являются его взаимоотношения с родителями. Взаимосвязь типов родительского отношения и уровня тревожности у детей выявил наиболее высокий уровень всех видов локальной тревоги при наличии отвержения детей ($p<0,001$). Неприятие своего ребенка, эмоциональное отвержение, излишняя критика с акцентом на достижение успехов обеспечивали высокий уровень учебной у $74,8\pm 2,7\%$ ($p<0,001$) и межличностной тревоги у $66,8\pm 2,9\%$ детей ($P<0,001$). При отвергающем типе взаимодействия родителей со школьниками у мальчиков достоверно чаще страдает самооценка ($P<0,001$), а у девочек чаще встречается учебная тревожность ($P<0,01$). Авторитарная позиция

родителей с жесткими требованиями к поведению и достижению учебных результатов приводила к подавлению воли ребенка, вызывая его беспокойство, волнение, делая замкнутым и безинициативным ($P<0,001$). Не состоявшиеся «симбиотические» отношения родителей и детей влияли на формирование межличностной тревожности ($P<0,001$), неприятие себя ($P<0,001$), сомнение в успешности обучения ($P<0,001$).

Характер детско-родительских отношений во многом определяет отношение семьи к вопросу сохранения и укрепления здоровья ребенка. Состояние здоровья детей складывается в результате сложного многогранного взаимодействия макро-, микросоциальных и биологических факторов (рис.1). Наиболее значимыми, определяющими состояние здоровья ребенка, оказались микросоциальные условия (тип родительских отношений, характер семьи (полная, неполная), и менее значимы -макросоциальные причины (уровень дохода семьи). Можно говорить о том, что совокупность макро- и микросоциальных условий и генетические особенности организма ребенка формируют определенные типы реактивности детского организма, проявляемой уровнем заболеваемости. Тип родительских отношений формирует психологическое состояние ребенка и в значительной степени - его стремление к сотрудничеству со взрослыми, в том числе в области профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Уровень гигиенической культуры родителей определяет эффективность такого сотрудничества. Совокупное влияние этих факторов может характеризует образ жизни семьи, который в значительной степени влияет на состояние физического развития, факторов местного иммунитета, реакций неспецифической резистентности и микробиоциноза рото- и носоглотки.

Необходимость предложенной схемы подтверждают данные корреляционного анализа. Выявлена высокая степень корреляции между патогенными типами родительских отношений и уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания ($r=0,89$), уровнем тревожности и заболеваемо

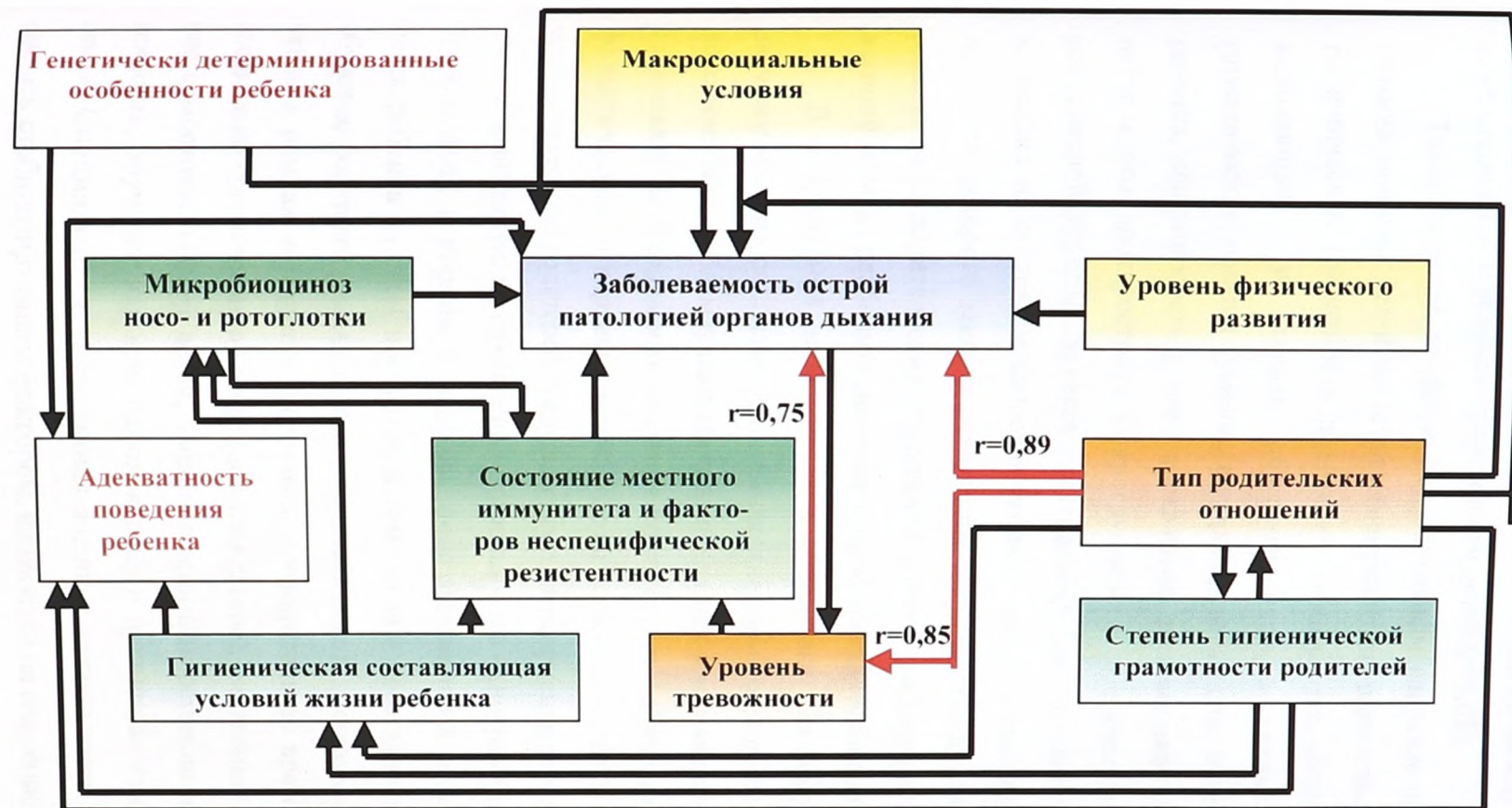


Рис. 1. Взаимосвязь факторов, определяющих уровень заболеваемости детского населения острой патологией органов дыхания (при отсутствии лечебно-профилактического вмешательства)

стью острой патологией органов дыхания ($r=0,75$), между типом родительских отношений и уровнем тревожности детей ($r=0,85$).

Таким образом, наиболее перспективным направлением коррекции состояния здоровья детей является изменение типа родительских отношений и гигиеническая грамотность родителей, понимаемая достаточно широко и включающая не только общегигиенические знания, но и психогигиенические навыки (умение скорректировать психологическое состояние ребенка, сформировать у него адекватную систему значимых ценностей и научить его противостоять микрогрупповому конформизму, если влияние референтной группы является негативным). Так как ключевым фактором, влияющих на состояние здоровья ребенка является тип родительских отношений, от которого зависит реализация большинства других факторов, коррекцию типа родительских отношений следует рассматривать как определяющий момент реабилитационного и профилактического вмешательства.

В современной экономической обстановке для родителей особенно значимы именно социально-экономические проблемы семьи, тогда как психологическая проблематика утрачивает для них свою актуальность, что обуславливает необходимость оказания комплексного обучения и ведения профилактической и коррекционной работы со всеми членами семьи. Образовательный курс для родителей предусматривал переориентацию детского поведения, направленную на сохранение здоровья - это одновременно строгий и добрый подход к нормам поведения, подразумевающий полную ответственность ребенка за свои поступки, в том числе - свое здоровье. Параллельно обучению родителей реализовывались образовательные программы для детей. Обучение в рамках названной программы проводилось во время пребывания в специально организованной среде (детском лагере), нацеленной на формирование самостоятельности детей, умение принимать решение и брать ответственность, обучение навыкам самоконтроля и принципам саногенного мышления. Специально организованная жизнь и деятельность детей в лагере явилась стабилизирующим фактором, влияющим на снижение уровня тревож-

ности. В группе детей со средним и высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания все виды локальной тревожности максимально снижались при параллельном прохождении образовательных программ родителями и детьми - $p < 0,001$ по сравнению с обучением только родителей либо только детей. В течение года после проведения образовательных программ среди детей и родителей отмечалась тенденция к снижению заболеваемости детей ОРВИ, острым бронхитом, пневмонией ($p > 0,05$) и достоверное уменьшение случаев обострения хронического аденоидита ($p < 0,05$). Значительно сократилась средняя продолжительность одного случая при всех заболеваниях ($p < 0,001$). Сокращению дней заболеваний способствовало изменение поведения детей и родителей, прошедших образовательные программы. Таким образом, внедрение образовательных программ эффективно не только для снятия тревожности у детей, но и способствует укреплению их здоровья, что обусловлено одновременным обучением родителей (в форме групповых и индивидуальных консультаций) и детей (программа детского лагеря).

Наличие у подавляющего большинства детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания хронической патологии лимфоглоточного кольца диктовало необходимость оптимизации стратегии ведения их.

Первым этапом лечения детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания с обострением хронического аденоидита являлась элиминация инфекционного возбудителя прежде всего с помощью местной антибактериальной терапии, подготавливающей слизистую верхних дыхательных путей к более эффективному воздействию иммуномодуляторов. Применение фюзафюнжина с лечебной целью снизило число обострений хронического аденоидита у 83,3%, привело к уменьшению числа детей с гипертрофией глоточной миндалины II степени с $75,0 \pm 4,16\%$ до лечения до $36,1 \pm 4,62\%$ после лечения ($p < 0,01$). При бактериологическом анализе отделяемого из носоглотки у детей достоверно уменьшилось количество патогенной флоры β -гемолитического стрептококка с $35,2 \pm 4,59\%$ до $6,5 \pm 2,37\%$

($p < 0,01$). Купирование фюзафюнжином признаков воспаления в глоточной миндалине нормализовало иммунологическую функцию её: количество SIgA повышалось с $0,18 \pm 0,005$ г/л до $0,20 \pm 0,003$ г/л ($p < 0,01$), IgA с $0,15 \pm 0,002$ г/л до $0,18 \pm 0,002$ г/л ($p < 0,01$). Неспецифические факторы защиты слизистой верхних дыхательных путей характеризовались увеличением уровня лизоцима с $52,1 \pm 0,98\%$ до $68,7 \pm 0,65\%$ ($p < 0,01$), фагоцитарной активности нейтрофилов с $0,01 \pm 0,004$ до $0,08 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Уменьшение миграции нейтрофилов в носовую полость указывало на санацию верхних дыхательных путей ($p < 0,01$). Положительный эффект сохранялся в течение 3-х месяцев. Профилактическое назначение фюзафюнжина у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоидита с подтвержденным инфицированием носоглотки β -гемолитическим стрептококком, приводило к снижению частоты осложненных форм ОРВИ ($p < 0,05$), уменьшению системной антибактериальной нагрузки ($76,05 \pm 5,06\%$ детей не принимали антибиотики в течение года), из носа и ротоглотки реже высевался β -гемолитический стрептококк ($p < 0,01$, отмечалась санация в отношении обсемененности *Candida albicans*).

Возрастной системный и топический дефицит Ig A, может стать условием формирования хронического тонзиллита и хронического аденоидита. С учетом местного иммунодефицита слизистых у детей с хронической носоглоточной инфекцией назначение иммуномодулирующей терапии является оправданным. Применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония эндоназально у детей с высоким уровнем заболеваемости органов дыхания стимулировало бактерицидные свойства нейтрофилов слизистой верхних дыхательных путей ($p < 0,001$), уменьшало миграцию фагоцитов в носовую полость ($p < 0,01$), увеличивало уровень лизоцима с $56,9 \pm 0,88\%$ до $69,8 \pm 0,45\%$ ($p < 0,01$), нормализовало показатели местного иммунитета (Ig A ($p < 0,01$), SIgA ($p < 0,01$) в носо- и ротоглоточном секретах. Эффект от монотерапии полиоксидонием сохранялся в течение 3-х месяцев, с достоверным уменьшени-

ем числа детей с гипертрофией носоглоточной миндалины II степени с $75,0 \pm 6,84\%$ до $40,0 \pm 6,30\%$.

Применение мази ридостина эндоназально с профилактической целью позволило снизить частоту заболеваний гриппом и другими ОРВИ в 2,5 раза, а в случае развития этих заболеваний благоприятно влияло на их течение и прогноз. Подтверждалось иммуномодулирующее действие ридостина на местный иммунитет: нарастание лизоцима назального секрета ($p < 0,001$), положительная динамика специфического иммунитета системы дыхания – достоверное увеличение содержания S IgA на фоне лечения ($p < 0,001$). Аналогично изменялись показатели лизоцима и S IgA на фоне ИРС-19 ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Применение иммуномодулирующего респираторного спрея отличалось более длительным эффектом в отношении специфического иммунитета – содержание S IgA сохранялось на высоком уровне через 3 месяца после лечения ($p < 0,001$). Использование полиоксидония сопровождалось достоверным увеличением значений фермента мурамидазы ($p < 0,001$) и S IgA ($p < 0,001$). Однако уровень S IgA на фоне полиоксидония через месяц после лечения был ниже соответствующих показателей, отмечаемых при лечении ридостином и ИРС-19. При лечении полиоксидонием в назоцитограммах выявлялось достоверно более выраженное увеличение функциональной активности нейтрофилов по сравнению с ридостином и ИРС-19 ($p < 0,01$), причем пролонгированный эффект наблюдался и после 3-х месяцев. Максимальное и более длительное повышение функциональной активности нейтрофилов при лечении полиоксидонием обеспечивало его эффективность при вирусно-бактериальной инфекции.

В программе профилактики и реабилитации респираторной патологии у детей мы применяли современные методы квантовой терапии, позволившие работать с аппаратами, имеющие многофакторное воздействие (гелий-неонового, инфракрасного, магнито-инфракрасного лазерного источников излучения), что дало возможность выявить преимущества каждого. На фоне проведения всех вариантов лазерной профилактики регистрировалось благо-

приятное изменение показателей назоцитогаммы ($p < 0,05$; $p < 0,01$), местных реакций неспецифической резистентности ($p < 0,05$; $p < 0,01$) и показателей местного иммунитета ($p < 0,05$; $p < 0,001$). Эффективность всех вариантов лазерной терапии по данным обследования детей в первые 3 месяца была одинаковой. Динамическое наблюдение выявило преимущества МИЛ-профилактики, при которой благоприятные изменения местных факторов неспецифической резистентности и местного иммунитета сохранялись на протяжении 6 месяцев. Анализ заболеваемости на протяжении года после всех видов квантовой профилактики показал достоверное снижение кратности ОРВИ ($p < 0,001$), хронического аденоидита ($p < 0,05$; $p < 0,01$), а в группе детей, где проводилась МИЛ-профилактика, и острой пневмонии ($p < 0,05$). Во всех группах детей отмечено достоверное снижение средней продолжительности одного случая ОРВИ ($p < 0,01$), острого бронхита ($p < 0,05$; $p < 0,01$), хронического аденоидита ($p < 0,05$; $p < 0,01$), а в группе детей с МИЛ-профилактикой - снижение средней продолжительности острой пневмонии ($p < 0,05$). Проведенные исследования подтверждают эффективность всех методик лазерной профилактики и преимущества магнито-инфракрасного лазерного излучения.

До настоящего времени отсутствует возрастной подход в стратегии лечебных программ по ведению детей с патологией лимфаденоидного кольца. Патологические изменения в глоточной миндалине могут быть различными, поэтому и тактика лечения в каждом конкретном случае должна быть индивидуальной. Нами отработан междисциплинарный подход к дифференцированному в зависимости от этиологии и характера патологического процесса лечению и реабилитации детей с хроническим аденоидитом. С этой целью была создана комиссия, включающая сотрудников кафедры педиатрии и оториноларингологии (рис.2). В составлении индивидуальной программы ведения ребенка участвовали аллерголог, иммунолог, физиотерапевт, психолог.

Междисциплинарная комиссия по ведению детей

с хроническим аденоидитом
педиатр оториноларинголог аллерголог
иммунолог физиотерапевт психолог

Индивидуальные лечебные программы

консервативный метод
дифференцированное
ведение на фоне
➤ **гнойного ринита,**
➤ **аллергического ринита,**
➤ **внутриклеточных**
инфекций

оперативный метод
➤ **подготовка к аденотомии**
➤ **аденотомия**
➤ **послеоперационная**
реабилитация

Рис.2 Междисциплинарный подход к дифференцированному ведению детей с хроническим аденоидитом

Этапное, дифференцированное в зависимости от этиологии аденоидита и характера патологического процесса (табл.№1) применение местного антибактериального средства фюзафюнжина, системных антибиотиков, местных иммуномодулирующих средств в сочетании с квантовой терапией обеспечивали стойкий клинический эффект, заключающийся в уменьшении числа детей с гипертрофией глоточной миндалины II степени с 72,45% до 19,39% ($p < 0,01$). Применение предложенных нами схем лечения существенно ускоряло сроки реализации благоприятного влияния современной консервативной терапии на течение хронических воспалительных заболеваний глоточной миндалины. Предложенный нами органосохраняющий дифференцированный метод этапного лечения тонзиллярной болезни соответствует представлениям о важных функциях лимфаденоидного кольца.

Работу над программой оздоровительных мероприятий в ДООУ мы начинали с реализации наших представлений о ведении наиболее сложной группы, обеспечивающей высокую заболеваемость острой патологией органов дыхания – детей с хронической патологией лимфоглоточного кольца.

У детей - жителей г.Кемерово с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронической носоглоточной инфекции имелаась декомпенсация местной резистентности слизистых верхних дыхательных путей, из полости носа в 55,2% высевался *Staph. Aureus*, β -гемолитический стрептококк (20,2%), что не являлось благополучием и могло способствовать поддержанию воспалительного процесса в носоглотке. В глотке у этих детей содержалось значительное количество α - (21,2%) и β - (35,5%) гемолитического стрептококка. Данные бактериологического исследования послужили основанием включения в разработанную нами программу профилактики ОРВИ и обострений хронического аденоидита местной антибактериальной терапии фюзафюнжином. Проводимые оздоровительные мероприятия благоприятно влияли на состояние местного иммунитета и реакций неспецифической резистентности, причем уход за лимфоглоточным кольцом, интенсивное закаливание и использование фюзафюнжина как

Таблица 1

Схема дифференцированной терапии хронического аденоидита у детей

Методы лечения	Хронический аденоидит		
	С гнойным экссудатом	На фоне аллергического ринита	На фоне внутриклеточных инфекций (хламидии, микоплазмы)
Промывание носоглотки	Октенисепт (1:6), малавит – 6 дней	Физиологический раствор-6 дней и более	Октенисепт (1:6), малавит
Антибактериальная терапия	Местно биопарокс (нос, небные миндалины)-7 дней,затем	-----	Местно Биопарокс (нос, небные миндалины)-7 дней, затем макролиды-ровамицин по 14 дней 2 курса с интервалом в 2 недели;
Местные антигистаминные препараты или стабилизаторы мембран тучных клеток; По показаниям местные глюкокортикоидные препараты	-----	аллергодил, гистимет, виброцил или интал, ломузол, кромоглин, кромосол фликсоназа, ринокорт, бекламед не более 2-3 недель	-----
Мукорегулирующая терапия	флуифорт, эреспал	флуифорт, эреспал	флуифорт, эреспал

Продолжение таблицы 1

Методы лечения	Хронический аденоидит		
	С гнойным экссудатом	На фоне аллергического ринита	На фоне внутриклеточных инфекций (хламидии, микоплазмы)
Иммуномодулирующая терапия	Местная иммуномодулирующая терапия(нос, небные миндалины): ИРС-19 (2 раза в день - 4 недели). По показаниям : Тимоген эндоназально до 8-10 дней (под контролем иммунограммы)	Местная иммуномодулирующая терапия(нос, небные миндалины): ИРС-19 (2 раза в день - 4 недели)	Интерферонотерапия: виферон в свечах 2 недели (до 3 лет - 150тыс. МЕ 2 раза в день, 3-14 лет - 500 тыс. МЕ 2 раза в день); индукторы интерферона: ридостин эндоназально 7 дней, затем в/м № 3 через день
Квантовая терапия вместе с антиоксидантами	до 10 сеансов через 7-8 дней от начала лечения Аевит	до 10 сеансов через 7-8 дней от начала лечения Аевит	до 10 сеансов через 7-8 дней от начала лечения Аевит
Биопрепараты 4 курса в год	Эндоназально- наринэ 10 дней (после очищения слизистой носа от гноя); Внутрь (бифидумбактерин чередуя с наринэ) по 3 недели	Эндоназально- наринэ 10 дней (после очищения слизистой носа от гноя); Внутрь (бифидумбактерин чередуя с наринэ) по 3 недели	Эндоназально- наринэ 10 дней (после очищения слизистой носа от гноя); Внутрь (бифидумбактерин чередуя с наринэ) по 3 недели

профилактически, так и для лечения ОРВИ и обострений хронического аденоидита удачно дополнили друг друга: на фоне интенсивного закаливания и ухода за лимфоглоточным кольцом улучшалось состояние показателей реакций неспецифической резистентности и местного иммунитета, а на фоне использования фюзафюнжина нормализовывались содержание нейтрофильных лейкоцитов в назоцитограмме, микробный состав носоглотки. Наиболее выражен эффект оздоровительной программы при одновременном профилактическом применении фюзафюнжина, интенсивного закаливания и ухода за носоглоткой с коррекцией дисбактериоза кишечника ($p < 0,01$). Учитывая благоприятное изменение микробиоциноза у большинства наблюдавшихся нами детей с высоким уровнем заболеваемости, получавших фюзафюнжин, можно прогнозировать позитивное изменение состояния здоровья всего детского коллектива.

Для повышения местного иммунитета слизистой верхних дыхательных путей мы использовали поликомпонентный комбинированный препарат, одновременно обладающий свойствами вакцины и неспецифического иммуностимулятора – ИРС-19. Наиболее выражен эффект оздоровительной программы при одновременном применении ИРС-19, интенсивного закаливания и ухода за носоглоткой с коррекцией дисбактериоза кишечника, что позволяло рассматривать эти оздоровительные мероприятия как перспективную программу, при проведении которой индекс эффективности (ИЭ) равен 3. Индекс эффективности оздоровительного комплекса при изолированном применении местного иммуномодулятора ИРС-19 также был достаточно высоким (ИЭ=2,4), тогда как без него, только при систематическом закаливании, обучении уходу за органами лимфоглоточного кольца, коррекции дисбактериоза кишечника – 1,9.

Нами представлена детская оздоровительная программа, составленная в соответствии с современным уровнем знаний, отражающая единство и преемственность врачей, педагогов, психологов и родителей. Предложен алгоритм (рис.3), дающий возможность учитывать индивидуальный темп

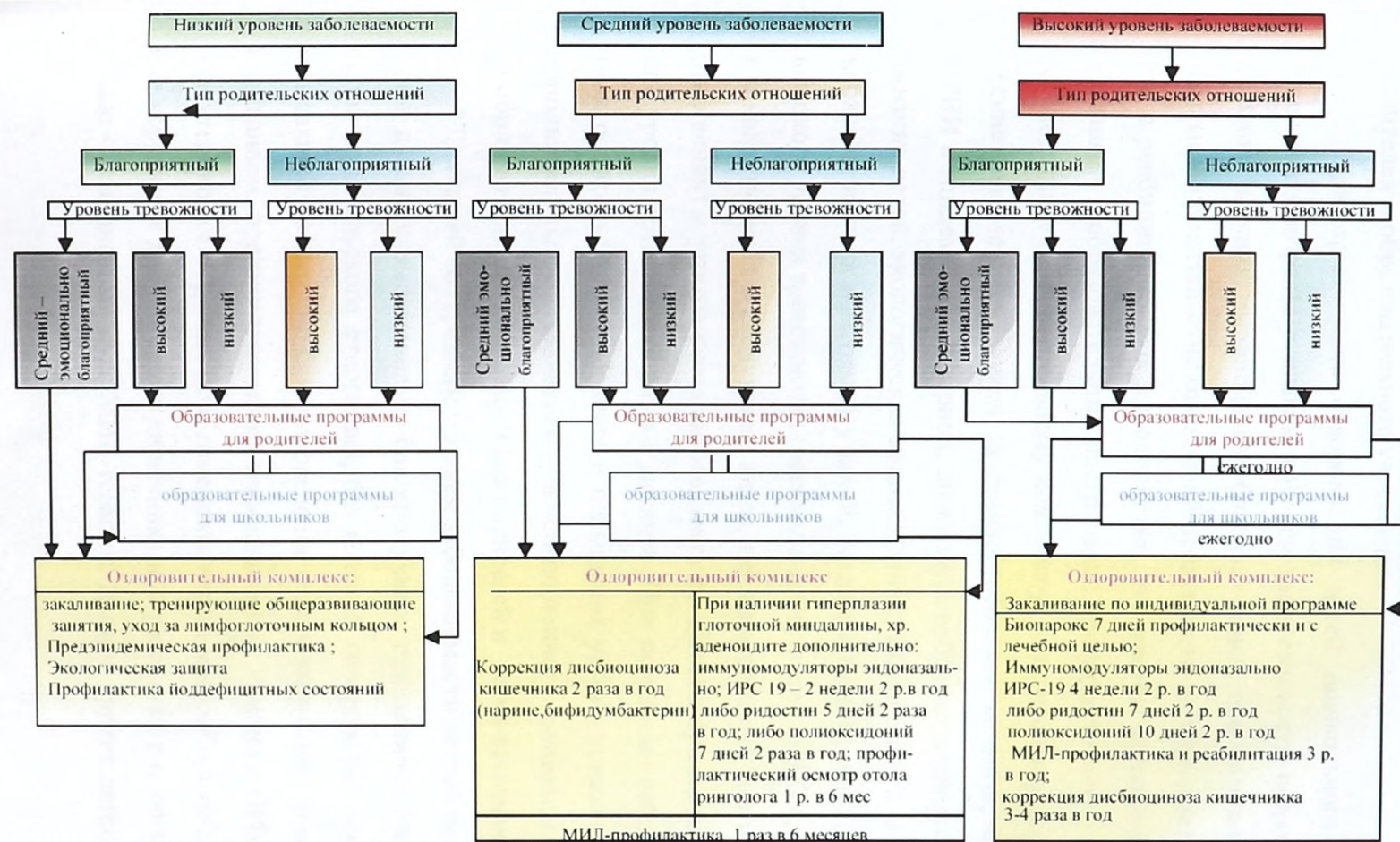


Рис 3. Алгоритм дифференцированного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий детям с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

развития ребенка позволяет регулировать нагрузку при проведении различных медицинских и оздоровительных процедур, помогает взаимодействию родителей и образовательного учреждения.

При организации оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания, эмоционально благополучных, при наличии благоприятных типов родительских отношений практически не возникает необходимости в реабилитационных мероприятиях, и с учетом демократического воспитания – в образовательных программах; профилактические вмешательства сводятся к оздоровительному комплексу, включающему общие гигиенические рекомендации, уход за лимфоглоточным кольцом, профилактику ОРВИ в эпидемический период, также целесообразно систематическое закаливание детей, экологическая защита. Однако надо помнить о возможности неблагоприятных изменений у детей, когда появляется риск формирования высокого уровня тревожности (переход в другую группу ДОО, начало учебы в школе, переход в следующий класс, неблагоприятный тип родительского отношения) и угрозы роста заболеваемости. Целесообразно диагностирование уровня тревожности раз в 6 месяцев. При появлении неблагоприятного типа родительского отношения и повышения уровня тревожности у детей дополнительным направлением реабилитационного вмешательства являются образовательные программы для родителей и детей-школьников.

Для детей со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания, эмоционально благополучных, при наличии благоприятных типов родительского отношения, без явлений гипертрофии носоглоточной миндалины достаточно было проведение оздоровительного комплекса с закаливанием, предэпидемической профилактикой гриппа и ОРВИ (настойка эллеутерококка, эндонозально гомеопатическая мазь «Кориза»), подключение коррекции дисбиоза кишечника и 2 раза в год с профилактической целью - семидневный курс МИЛ-терапии. Данной группе детей рекомендо-

вано проводить прогнозирование вероятности гипертрофии носоглоточной миндалины.

Профилактическим и реабилитационным мероприятиям в группе детей со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне гипертрофии носоглоточной миндалины, с высоким уровнем тревожности, при наличии неблагоприятных типов родительского отношения должно предшествовать обучение родителей и детей по специальной образовательной программе. В индивидуальную программу оздоровительного комплекса включался какой либо иммуномодулятор эндоназально профилактически 2 раза в год и при лечении ОРВИ (полиоксидоний в возрастных дозировках профилактически в течение 5 дней, при лечении ОРВИ – 7 дней или ридостин в течение 7 дней, либо ИРС-19 - 2 недели), коррекция дисбиocenоза кишечника 1 раз в 6 месяцев, МИЛ-терапия гипертрофии глоточной миндалины до нормализации размеров (повторные курсы 1 раз в 6 месяцев).

У детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания вопрос о проведении закаливания решается индивидуально, обязательно обучение родителей и детей по специальной образовательной программе. Профилактически, а также при лечении гриппа и ОРВИ этим детям показан местный антибиотик фюзафюнжин, лечение дисбактериоза кишечника не реже 1 раза в 3 месяца, эндоназальное применение препарата полиоксидония или ридостина в возрастных дозировках до 7-10 дней, а также ИРС-19 по пролангированной схеме 4 недели. Целесообразна МИЛ-терапия по поводу гипертрофии глоточной миндалины не реже 1 раза в 4 месяца. Тестирование тревожности - 1 раз в 3 месяца и в ситуациях, опасных для возникновения стресса (переход в другой детский коллектив, изменение состава семьи, начало обучения в школе).

Предлагаемая схема дифференцированного подхода к профилактике и реабилитации детей с учетом уровня заболеваемости острой патологией системы дыхания в зависимости от состояния лимфоглоточного кольца, тре-

возможности детей, типа родительских отношений позволяет регулировать нагрузку при проведении медицинских и оздоровительных мероприятий, помогает взаимодействию родителей и образовательного учреждения.

Выводы

1. Заболеваемость детей дошкольного и младшего школьного возраста по обращаемости в поликлиники г. Кемерово составила 2667,67 случаев на 1000 детского населения. У абсолютного большинства больных диагностирована острая патология респираторного тракта. Заболеваемость детей с низким уровнем острой патологии верхних дыхательных путей формируется за счет ОРВИ (99,22%), у детей с высоким уровнем заболеваемости увеличиваются случаи обострения хронического аденоидита (14,37%), острого бронхита (4,47), пневмонии (3,56%).

2. Большинство детей с низким уровнем респираторной заболеваемости эмоционально благополучны. На фоне высокого уровня заболеваемости острой патологией органов дыхания повышается психологическая дезадаптированность ребенка. Патогенные типы родительского отношения коррелируют с уровнем тревоги ($r=0,85$) и заболеваемости детей острой патологией органов дыхания ($r=0,89$). Высокий уровень всех видов локальной тревоги регистрируется при наличии отвержения детей ($p<0,001$) и авторитарной гиперсоциализации родителей ($p<0,001$).

3. Местный иммунитет и неспецифические факторы защиты по мере увеличения частоты острых заболеваний органов дыхания характеризуются прогрессивным угнетением фагоцитарной активности нейтрофилов ($p<0,01$), падением концентрации IgA ($p<0,01$), S IgA ($p<0,01$), активности лизоцима ($p<0,001$) и повышением Ig G ($p<0,05$) в носо- и ротоглоточном секретах.

4. Микробиоциноз слизистой носа и ротоглотки у детей г. Кемерово с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания представлен сапрофитной флорой, у 15% детей со средним уровнем заболеваемости персистирует β -гемолитический стрептококк, обсемененность которым слизистой верхних дыхательных путей у детей с высоким уровнем заболеваемости возрастает до 35%.

5. Назначение фюзафюнжина у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне хронического аденоиди-

та приводит к уменьшению системной антибактериальной нагрузки, снижению частоты осложненных форм ОРВИ ($p < 0,05$), уменьшению гипертрофии носоглоточной миндалины ($p < 0,05$).

6. Применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония эндовазально у детей с высоким уровнем заболеваемости органов дыхания стимулирует бактерицидные свойства нейтрофилов слизистой верхних дыхательных путей ($p < 0,001$), нормализует показатели местного иммунитета. Эффект от монотерапии полиоксидонием сохраняется в течение 3-х месяцев, с достоверным уменьшением степени гипертрофии носоглоточной миндалины.

7. Дифференцированное назначение иммуномодуляторов предполагает преимущественное применение для создания адаптивного противовирусного иммунитета индуктора интерферона – ридостина ($p < 0,01$), при вирусно-бактериальной этиологии воспалительного процесса в носоглотке – ИРС-19 ($p < 0,01$) и полиоксидония ($p < 0,01$).

8. Применение вариантов квантовой терапии (гелий-неонового, инфракрасного, магнито-инфракрасного лазерного излучения) с целью профилактики и реабилитации детей способствовало коррекции местных факторов защиты, реакций неспецифической резистентности слизистой верхних дыхательных путей, уменьшению размеров гипертрофированного лимфоглоточного кольца, снижению острой заболеваемости респираторного тракта. Пролонгированный эффект был более выражен при использовании магнито-инфракрасного лазерного излучения (в течение 6 месяцев).

9. Образовательные программы для родителей и детей благоприятно изменяют тип детско-родительских отношений, снижают уровень общей и структурной тревожности детей ($p < 0,05$), повышают медицинскую грамотность и как следствие – уменьшение острой заболеваемости дыхательных путей ($p < 0,01$).

10. Междисциплинарный подход органосохраняющего, дифференцированного в зависимости от этиологии и характера патологического процес-

са лечения и реабилитации детей с хроническим аденоидитом соответствует современным представлениям о важных функциях лимфоглоточного кольца.

11. Реализация оздоровительной программы в учреждениях образования с межведомственным медико-психолого-педагогическим взаимодействием, позитивно изменяет состояние здоровья всего детского коллектива: снижается заболеваемость и число осложненных случаев ОРВИ, пневмониями, уменьшается частота обострений хронического аденоидита.

Практические рекомендации

1. Разработана межведомственная программа дифференцированного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий детям с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания, оформленная методическим пособием «Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения, Кемерово.- 2001».

2. Областному департаменту охраны здоровья населения предложено проводить в детских учреждениях индивидуального прогнозирования риска развития хронической патологии лимфоглоточного кольца у детей учреждений образования.

3. Рекомендовано реабилитационные и профилактические мероприятия у детей дошкольного и младшего школьного возраста с высоким уровнем общей и структурной тревожности, воспитывающихся в условиях неблагоприятных типов родительских отношений, начинать с образовательных программ для родителей и детей (школьников), согласно методическим рекомендациям «Как поддерживать ребенка», (2000)

4. Внедрен метод дифференцированного ведения детей с хроническим аденоидитом в зависимости от этиологии патологического процесса на основе междисциплинарного подхода.

5. Комплекс мероприятий по профилактике острых заболеваний органов дыхания и реабилитации у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания в ДООУ рекомендуется дополнить патогенетически обоснованным и безопасным низкоэнергетическим лазерным излучением, представленным в методическом пособии «Современные квантовые методы в системе профилактики, реабилитации и адаптации детей образовательных учреждений» (1999).

6. Разработан метод эндоназального применения отечественного иммуномодулятора полиоксидония для реабилитации и профилактики у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

7. Иммунореабилитацию у детей необходимо проводить дифференцированно: для создания противовирусного иммунитета преимущественно ридостин, при вирусно-бактериальной инфекции – ИРС-19, полиоксидоний.

Список литературы:

1. Агаджанова, С.Н. Система оздоровления детей с патологией ЛОР-органов в условиях детского дошкольного учреждения: Дис. ... канд. мед. наук./ С.Н. Агаджанова. - СПб., 1995. -168 с.
2. Акжигитов, Р.Г. Современные тенденции в понимании и лечении тревожных состояний./ Р.Г. Акжигитов. // Российский мед. журн. – 2002. - № 1. - С.43-45
3. Алгоритм применения вакцин и иммуномодуляторов бактериального происхождения у детей с аллергическими заболеваниями. / Т.Б. Сенцова, И.И. Балаболкин, В.А. Булгакова и др.// IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.- М.,2002. - С. 404
4. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. / Ю.А. Александровский. - М.: Медицина, 1993. – 400 с.
5. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование.- Изд. 2-е-М.: 1999.-208 с.
6. Аллергический ринит у детей: Пособие для врачей. - М., 2002. - 80с.
7. Альбицкий, В.Ю., Баранов, А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. - Саратов,1986.
8. Алферова Т.С.,Котлярова Г.В.,Гаптов В.Б. Жить, чтобы выжить, и выжить,чтобы жить.М.:2000, 247с.
9. Анализ внутрисемейных отношений при бронхиальной астме у детей. / Т.В. Заболотских, Д.Ч. Баранзаева, С.Н. Яцышина и др. // Материалы IX съезда педиатров России.- М., 2001. - С. 213
10. Андамова, О.В., Рымша М.А., Педдер, В.В. Применение низкочастотного ультразвука и озонированных растворов в лечении лимфаденоидного кольца глотки. / О.В. Андамова, М.А. Рымша, В.В. Педдер // Новые технологии в оториноларингологии: Сб. науч. работ, посвященный 60-летию кафедры ЛОР-болезней КрасГМА.- Красноярск,

2002.- С.136-138.

11. Антропов, Ю.Ф. Патология дыхательной системы при психосоматических нарушениях у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов // Педиатрия. – 2000. - № 6. -С.11-15.

12. Антропов, Ю.Ф., Шевченко, Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. - М., 2000.- 320 с.

13. Арефьева, Н.А. Иммунологические аспекты рецидивирующих ринитов. / Н.А. Арефьева // Рос. ринология.-1996.- №2-3.- С.10-11.

14. Арефьева, Н.А., Медведев, Ю.А. Иммунологические аспекты оториноларингологии. / Н.А. Арефьева, Ю.А. Медведев // Новости оториноларингологии и логопатологии.-1997.- №4.- С.3-10

15. Архангельская, И.И., Быкова, В.П. Комплексное лечение острых синуситов у детей с аденоидами. / И.И. Архангельская, В.П. Быкова //Материалы XVI съезда оториноларингологов Российской Федерации. - Сочи, 2001. – С. 511-512.

16. Астахов, В.М. Тревожность у детей. / В.М. Астахов. - М., 2001. – 160 с.

17. Бабенкова, Е.А. Особенности функционального развития 6-7-летних детей с разным уровнем состояния здоровья: Материалы конгресса педиатров России. Здоровый ребёнок. / Е.А. Бабенкова. - М.,1999. - С. 55

18. Баевский, Р.М., Иванов, Г.Г., Рябыкина, Г.В. Современное состояние исследований по variability сердечного ритма в России. / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Г.В. Рябыкина // Вестн. аритмологии. –1999. - № 14. - С.71-75

19. Байбеков, И.М., Мавлян-Хаджаев, Р.Ш. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на процессы фагоцитоза // Новые достижения лазерной медицины: Материалы международной конф./ Под ред. О.К. Скобелкина, Г.И. Цыгановой. / И.М. Байбеков, Р.Ш. Мавлян-Хаджаев. - М.-СПб., 1993.- С.238-239.

20. Баранов, А.А., Дорофейчук, В.Г. Лизоцим: теория и практика. / А.А. Баранов, В.Г. Дорофейчук. - М.-Нижний Новгород, 1999.- 127с
21. Баранов, А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты. / А.А. Баранов // Здравоохранение РФ. –1999. -№ . - С. 40-43.
22. Баранов, А.А., Лапин, Ю.Е. Законодательное обеспечение охраны здоровья детей. / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин //Материалы IX съезда педиатров России.- М., 2001.
23. Баранов, А.А., Намазова, Л.С. Отделения стационарозамещающих технологий в педиатрии. / А.А. Баранов, Л.С. Намазова // Материалы IX съезда педиатров России.- М., 2001.
24. Баранов, А.А. Организационные принципы охраны здоровья детей и подростков в новых условиях. / А.А. Баранов // Материалы VIII съезда педиатров России.- М., 1998.
25. Баранов, А.А., Щеплягина, Л.А., Сухарева, Л.М. Федеральная целевая программа "Здоровый ребенок". / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, Л.М. Сухарева // Рос. педиатрический журн. –2000. - № 8. - С.5-9.
26. Бассин, Ф.В. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. / Ф.В. Бассин. - М.,1972. - С.45-57.
27. Березенцева, Е. В., Краснов, В. М. Современные подходы к оздоровлению часто болеющих детей. / Е.В. Березенцева, В.М. Краснов // IX съезд педиатров России. - М., 2001. - С. 75.
28. Березина, Н.О. Современные технологии оздоровления детей в условиях дошкольных образовательных учреждений. / Н.О. Березина // Материалы IX съезда педиатров России.-М., 2001.- С.75
29. Биопарокс в лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. / Г.Л. Балясинская, Ю.М. Овчинников, В.М. Свистушкин и др. // Актуальные вопросы отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. - М., 2001.-С. 257-263.
30. Биопарокс в терапии острого ринофарингита: влияние на

показатели местного иммунитета./ С.Я. Рязанцев, А.В. Полевщиков, Н.А. Хлебникова и др. // Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии: Сб. ст. Всерос. конф.- Белокуриха, 2002.- С.199-206.

31. Богомильский, М.Р., Гаращенко, Т.И. Аллергические риниты и современные методы их медикаментозной терапии в детском возрасте. / М.Р. Богомильский, Г.И. Гаращенко// Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.- 1999. - №3.- С.17-22.

32. Богомильский, М.Р., Гаращенко, Т.И., Маркова, Т.П. Бактериальный иммунокорректор бронхо-мунал "II" в профилактике патологии лор-органов в группе часто болеющих детей (результаты многоцентрового клиничко-иммунологического исследования). / М.Р. Богомильский, Т.И. Гаращенко, Т.П. Маркова //Актуальные вопросы отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней лор-органов.- М., 2001.- 430 с.

33. Богомильский, М.Р. Клиничко-иммунологическое обоснование применения топического бактериального иммунокоррeктора IRS-19 для профилактики заболеваний верхних дыхательных путей у детей. / М.Р. Богомильский. // Детский доктор. - 2000. - № 1.

34. Борзов, Е.В. Влияние аденоотомии на уровень тревожности детей дошкольного возраста. / Е.В. Борзов // Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии: Сб. ст. Всерос. конф.- Белокуриха, 2002.- С.30-33.

35. Борзов, Е.В., Кутин, В.А., Кузнецова, Е.В. Неврологические нарушения у детей с патологией носоглоточной миндалины. / Е.В. Борзов, В.А. Кутин, Е.В. Кузнецова // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ - Сочи, 2001. - С. 346-347.

36. Брандтзэг, П. Иммунобиология и иммуноморфология слизистой оболочки верхних дыхательных путей. / П. Брандтзэг // Рос. ринология.- 1996.- №2-3.- С.12-13.

37. Брель, Е.Ю. Социально-психологические факторы формирования тревожности у младших школьников и пути ее профилактики и коррекции. / Е.Ю. Брель.-Кемерово,1999.-112 с.
38. Бройтшам, В., Христиан, П., Рад, М. Психосоматическая медицина. / В. Бройтшам, П. Христиан, М. Рад / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.Б. Бруенко, В.Г. Остроглазова.-М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
39. Брызгунов, И.П., Касатикова, Е.В. Непоседливый ребенок или всё о гиперактивных детях./ И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова.- М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. - 96 с.
40. Брызгунов, И.П. К вопросу о систематике психосоматических (соматоформных) расстройств у детей и подростков. / И.П. Брызгунов // Педиатрия. - 2002. - № 4.- С.96
41. Брызгунов, И.П., Михайлов А.Н. Профилактика и лечение психосоматических функциональных заболеваний у детей с позиций педиатра и психолога. / И.П. Брызгунов, А.Н. Михайлов // Педиатрия. –1999. -№ 4. - С.106-107.
42. Брызгунов, И.П. Стационарозамещающие технологии при психосоматических функциональных заболеваниях у детей и подростков. / И.П. Брызгунов // Материалы IX съезда педиатров России.- М.,2001.- С.95
43. Буйлин, В.А. Низкоинтенсивная лазерная терапия в отоларингологии: Информ.-метод. сб./ В.А. Буйлин; Под ред. О.К. Скобелкина.- М., 1996.-С.96.
44. Быкова, В.П., Иванов, А.А., Пакина, В.Р. Морфофункциональная характеристика небных и глоточной миндалин и аденоидами. / В.П. Быкова, А.А. Иванов, В.Р. Пакина// Арх. патологии. -1996.- №6.- С.16-21.
45. Быкова, В.П. Иммуноморфология аллергического ринита (клеточно-молекулярный аспект)./ В.П. Быкова // Вестн. оториноларингологии. - 2002. - №4.- С.59-62.
46. Быкова, В.П. Лимфоэпителиальные органы в системе местного иммунитета слизистых оболочек./ В.П. Быкова //Арх. патологии.-1995.-

Вып. №1.- С.11-16.

47. Быкова, В.П. Отчет о работе Международного симпозиума по проблеме “Миндалины и аденоиды”. / В.П. Быкова. // Вестн. отоларингологии.-2001. - №1. -С.62-63.

48. Быкова, В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей. / В.П. Быкова // Рос. ринология.-1993.- №3.- С.40-47.

49. Быкова, В.П. Современные аспекты проблемы тонзиллярной болезни. / В.П. Быкова // Рос. ринология.-1996.- №2-3.- С.13-15.

50. Быкова, В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. / В.П. Быкова // Рос. ринология.-1999.- №1.- С.5-9.

51. Вавилова, В.П., Перевощикова Н.К., Грабовщинер, А.Я. Обоснование дифференцированного подхода к иммунореабилитации детей с хронической патологией лимфоузлов: Материалы IX съезда педиатров России. / В.П. Вавилова, Н.К. Перевощикова, А.Я. Грабовщинер. - М., 2001. - С447-448.

52. Вавилова В.П.,Перевощикова Н.К.,Гладышева Н.Г.,Ткаченко О.П.Как поддерживать ребенка?//Методич. рекоменд., Кемерово,2000,52с.

53. Вавилова, В.П., Перевощикова, Н.К. Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения: Метод. пособие. // В.П. Вавилова, Н.К. Перевощикова. - Кемерово, 2001.-132с.

54. Вавилова, В.П., Перевощикова, Н.К., Трусов, С.В. Современные квантовые методы в системе профилактики, реабилитации и адаптации детей образовательных учреждений: Метод. пособие для врачей. / В.П. Вавилова, Н.К. Перевощикова, С.В. Трусов. - М.,1999.- 33с.

55. Васильева, М.Ф. Основы лазеротерапии (особенности лазеротерапии в детском возрасте). Курс лекций IV. / М.Ф. Васильева. -М., 1996.- С.44.

56. Вельтищев, Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей. Иммунная недостаточность. Иммунодиатезы. / Ю.Е. Вельтищев. -М., 1998.- 80с.

57. Веселов, Н.Г., Агаджанова, С.Н. Влияние некоторых социально-гигиенических факторов на формирование ЛОР-патологии у дошкольников. / Н.Г.Веселов, С.Н. Агаджанова // Здоровоохр. Рос.Федерации.-1996.- №4.- С.35-37

58. Виноградов, А.Ф., Лукацкий, М.А., Роненсон, О.Д. Вегетативная и психосоматическая адаптация школьников. / А.Ф. Виноградов, М.А. Лукацкий, О.Д. Роненсон / /Материалы IX съезда педиатров России.-М., 2001.- С.118-119.

59. Волкова, Г. М. Семейная консультация как медицинское учреждение нового типа. / Г.М. Волкова // IX съезд педиатров России.- М., 2001.- С. 125.

60. Гавалов, С.М. Часто и длительно болеющие дети. / С.М. Гавалов.- Новосибирск,1993.-283 с.

61. Гаджимирзаев Г.А. Ринобронхопульмональный синдром. / Г.А. Гаджимирзаев. - Махачкала,1998.-154 с.

62. Гаращенко, Т.И., Богомильский, М.Р. Бактериальные иммунокорректоры в профилактике заболеваний ЛОР-органов у часто болеющих детей. / Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомильский // VII Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.- М., 2000.- С.209.

63. Гаращенко,Т.И., Богомильский, М.Р., Маркова, Т.П. Бактериальные иммунокорректоры в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и уха у часто болеющих детей. / Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомильский, Т.П. Маркова // Педиатрия. -Consilium medicum- Приложение. - 2002. - №1. - С.7-14.

64. Гаращенко, Т.И. Результаты многоцентрового исследования по применению препарата ИРС 19 в профилактике лор-заболеваний у часто болеющих детей. Сб. науч. трудов. / Т.И. Гаращенко // Актуальные вопросы

отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. - М., 2001.- С.195-201.

65. Гаращенко, Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии. / Т.И. Гаращенко // Рос. ринология. –1999.- №1.- С.68-71

66. Гелий-неоновый лазер в лечении аллергического ринита у детей. / Д.В. Жильнтков, О.Н. Тарасова, Г.В. Плаксина и др. // 12 национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2002.- С. 250.

67. Гербер, В.Х. Аденоидные разрастания у детей раннего возраста – очаг инфекции и сенсибилизации организма./ В.Х. Гербер // Материалы межобластной конференции оториноларингологов Сибири и выездной сессии МНИИ уха, горла и носа. -М., 1970.- С. 130-132.

68. Гербер, В.Х., Демченко, Н.П., Ижбянова, Е.М. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.-1990.- №3.- С.18-21.

69. Гербер, В.Х. Рецидивирующие аденоидные разрастания у детей. / В.Х. Гербер // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. -1967.- №1.- С.11-14.

70. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? - Издание 3-е, М.: 2000.-240 с.

71. Гомотоксикологические и гомеопатические препараты в комплексном лечении патологии носоглотки, дисфункции слуховой трубы и некоторых заболеваний уха, сопряженных с ней. / Т.И. Гаращенко, Л.И. Ильенко, Т.Н. Смирнова и др. // Новости оториноларингологии и логопатологии.-1998.- №2 (14).- С.47-50.

72. Грабовщинер, А.Я. Квантовая медицина. / А.Я. Грабовщинер // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии. - М.,1999.- С.16-18.

73. Грицинская В.Л. Динамика развития детей дошкольного возраста Красноярск. / В.Л. Грицинская // Гигиена и санитария. –2002. - № 3. - С.48-49.

74. Громбах, С.М. Актуальные вопросы изучения состояния здоровья

детей и подростков. / С.М. Громбах // Проблемы охраны здоровья детей дошкольного возраста: Тез. докл. Всесоюз. конф. / Под ред. Г.Н. Сердюковской.-М.,1981.- С.9-19.

75. Данкэн, Б. Здоровье детей США. / Б. Данкэн// Рос. вести перинатологии и педиатрии. –1997. - № 2. - С.65-66.

76. Дашевская, Н.Д. Оценка состояния здоровья детей дошкольного возраста и их адаптация к школе: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. / Н.Д. Дашевская. -Екатеринбург,1998.-19с.

77. Дашевская, Н.Д., Чередниченко, А.М. Состояние здоровья детей дошкольного возраста перед поступлением в школу. / Н.Д. Дашевская, А.М. Чередниченко А.М. //Материалы IX съезда педиатров России. - М., 2001.- С.176-177.

78. Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. М.:Издательская группа «Прогресс», 1995.-336 с.

79. Диагностика и лечение аллергического ринита и его влияние на астму: Руководство для врачей и медицинских сестер. /Под ред. А.В. Емельянова. - М., 2001.- с. 24

80. Доман Г., Доман Д., Хаги Б. Как сделать ребенка физически совершенным./ Г. Доман, Д. Доман, Б. Хаги.- М.: Аквариум, 2000.-332 с.

81. Доронова, Т.Н. Взаимодействие дошкольного учреждения с родителями. / Т.Н. Доронова Т.Н. - М., 2002.-110 с.

82. Доскин, В.А., Голубева, Л.Г. Растем здоровыми: Пособие для воспитателей, родителей и инструкторов физкультуры. / В.А. Доскин, Л.Г. Голубева.- М.: Просвещение, 2002. - 109 с.

83. Доскин, В.А., Лещенко, М.В., Комиссарова, И.А. Метаболическая профилактика частой заболеваемости у детей раннего возраста с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы / В.А. Доскин, М.В. Лещенко, И.А. Комиссарова //IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.-М., 2002.- С.138

84. Драгомирецкий, В.Д., Бажора, Ю.И., Тычинский, А.Д.

Клиническая характеристика и комплексное лечение больных хроническим аденоидитом. / В.Д. Драгомирецкий, Ю.И. Бажора, А.Д. Тычинский // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - №4. – С. 42-44.

85. Древицкая, О.О. Клиника и психотерапия психогенных расстройств у детей при оперативном лечении хронического тонзиллита и аденоидных вегетаций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук./ О.О. Древицкая . - Харьков, 1992.-19с.

86. Дроздова, М.В., Полевщиков, А.В., Рязанцев, С.В. Пути развития гуморальных иммунных реакций слизистых оболочек у детей с различной патологией ЛОР-органов. / М.В. Дроздова, А.В. Полевщиков, С.В. Рязанцев //Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С. 371-374.

87. Дружинина, Л.Б. Ранняя диагностика и дифференциация клинических форм хронического тонзиллита и аденоидита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Л.Б. Дружинина. - Иркутск, 1997.-143с.

88. Ельков, И.В., Хабаров, А.А. Изучение проникновения морфоциклина в кровь и слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи. / И.В. Ельков, А.А. Хабаров // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991.- №3.- С.9-11

89. Еремеева, В.Д., Хризман, Т.П. Мальчики и девочки - два разных мира: Нейропсихологи - учителям, воспитателям, родителям, школьным психологам. / В.Д. Еремеева, Т.П. Хризман. - М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1998.

90. Ефимов, О. И Основные элементы алгоритма реабилитации в условиях детского реабилитационного центра. / О.И. Ефимов // Материалы IX съезда педиатров России.- М., 2001.- С.208

91. Ефимов, Ю.А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей: Дис. канд. мед. наук. / О.И. Ефимов. - М., 1994.

92. Жданова, Л.А., Русова, Т.В., Андреев, А.Г. Концепция организации профилактической помощи детям. / Л.А. Жданова, Т.В. Русова, А.Г.

Андреев // Пятый конгресс педиатров России.- М., 1999.

93. Заваденко, Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. / Н.Н. Заваденко. - М.: Издательский дом «Школа-Пресс 1», 2001. - 128 с.

94. Залученова, Е.А. Соотношение самооценки и уровня тревожности и его влияние на личностные особенности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. / Е.А. Залученова. -М., 1995.

95. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков. / А.И. Захаров. – СПб.: Союз, 1998. –246 с.

96. Защита прав и достоинства маленького ребенка: Координация усилий семьи и детского сада: Пособие для работников дошкольных образовательных учреждений. / Т.Н. Доронова, Л.Г. Голубева, Жичкина А.Е. и др.- М.: Просвещение, 2002.

97. Здоровье детей России. / Под ред. А.А. Баранова. - М., 1999.- 273 с.

98. Значение хламидийной инфекции в развитии хронических воспалительных заболеваний глотки. / В.И. Линьков, Г.П. Цурикова, И.В. Нуралова и др. // XV съезд отоларингологии России. - СПб., 1995.- С.167-171.

99. Ивойлов, А.Ю. Рецидивирующие аденоиды и аденоидиты у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А.Ю. Ивойлов. -М., 1989.- 38 с.

100. Из детства - в отрочество: Программа для родителей и воспитателей по формированию здоровья и развитию детей 4-7 лет. / Т.Н. Доронова, Л.Г. Голубева, Н.А. Гордова и др.- М.: Просвещение, 2002.

101. Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. / В.Е. Илларионов. -М.: Изд-во «Респект» Объединения ИНОТЕХ – Прогресс, 1992.-123с.

102. Ильенко, Л.И. Проблема нарушений адаптации в единой системе «мать-новорожденный» и их коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / Л.И.Ильенко. -М., 1997.

103. Ильенко, Л.И., Сергиенко, В.И. Гомотоксикология как вариант эффективной медицины. / Л.И. Ильенко, В.И. Сергиенко // Применение

гомеопатии в современной медицине: Тез. докл.- М.,1996.- С.48-49.

104. Иммунные реакции слизистых оболочек: современное состояние проблемы. / С.Я. Рязанцев, А.В. Полевщиков, М.В. Дроздова и др. // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С. 407-410.

105. Иммунный статус школьников начальных классов при различных условиях обучения. / С.Б. Павлов, А.А. Сидоренко, И.С. Кратенко и др.) // Гигиена и санитария. –2000. - № 6. - С. 41-43.

106. Иммунореабилитация при хроническом аденоидите у детей. / В.С. Дергачев, А.С. Хабаров, А.П. Колесников и др. // Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии: Сб. ст. Всерос. конф.- Белокураха, 2002.- С.101-104

107. Исаев, Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. / Д.Н. Исаев. - Л.: Медицина, 1984. –192 с.

108. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. / Д.Н. Исаев. - СПб.: Изд-во “Питер”, 2000. – 512 с.

109. Использование Полиоксидония в комплексной терапии у детей, страдающих рецидивирующим обструктивным бронхитом. // Отечественный иммуномодулятор «Полиоксидоний»: механизм действия и клиническое применение.- М., 2000.- С. 68-70.

110. Ицкович, А.И., Пономаренко, Т.Н., Осин, А.Я. Лазерной терапия в неонатологии. / А.И. Ицкович, Т.Н. Пономаренко, А.Я. Осин. - Владивосток, 1999.-221 с.

111. Иченко, В.Б., Кокорина, В.Э., Таранова, С.В. Консервативная терапия хронического аденоидита. / В.Б. Иченко, В.Э. Кокорина, С.В. Таранова // Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии: Сб. ст. Всерос. конф.- Белокураха, 2002.- С.121-123.

112. Казначеева, Л.Ф. Значение комплекса семейных факторов риска в формировании рецидивирующих и хронических заболеваний органов дыхания у детей (принципы семейной диспансеризации и реабилитации):

Дис. ... канд. мед. наук. / Л.Ф. Казначеева. -Новосибирск,1994.-358 с.

113. Калашникова, Т.П., Корюкина, И.П., Кравцов, Ю.И. Неврологические и нейропсихологические проявления школьной дезадаптации. / Т.П. Калашникова, И.П. Корюкина, Ю.И. Кравцов // Рос. педиатрический журн. – 2001. - № 1. - С.13-15.

114. Карпов, В.П., Енин, И.П., Карпова, Е.Е. Состояние среднего уха у детей до и после аденотомии./В.П.Карпов, И.П.Енин, Е.Е.Карпова // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. / Л.М. Ковалева. – Сочи, 2001. – С. 85-87.

115. Каувенберг П., Клейс С., Кувелье К. М-клетки и лимфоэпителиальные контакты в глоточной миндалине. / П. Каувенберг, С. Клейс, К. Кувелье // Рос. ринология.-1996.- №2-3.- С.16-17.

116. Кволс К. Переориентация поведения детей. С.-П. .1999-220 с.

117. Клементьева, М.С. Экспериментально-клинические исследования влияния лазера на течение ангины и хронического тонзиллита. / М.С. Клементьева // Материалы к региональной научной практической конференции по актуальным вопросам оториноларингологии.- М., 1982.- С.139-140.

118. Климов, Э.В. Характеристика эффективности иммунотерапии у часто болеющих детей с осложненным течением респираторных инфекций. / М.С. Клементьева.// 12 национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2002. - С. 200.

119. Клиническая эффективность новой лекарственной формы полиоксидония-ректальные свечи при инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта./ В.Д. Прокопенко, Н.В. Морисенкова, Л.В. Бычкова и др. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.-М., 2002. -С.365.

120. Ключева Н.В..Касаткина Ю.В. Учим детей общению. Ярославль: Академия развития , 1997.-240 с.

121. Ковалева, Л.М. Микоплазмы при заболеваниях ЛОР-органов у детей. // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. / Л.М. Ковалева. – Сочи, 2001. – С. 377-379.

122. Ковалева, Л.М., Хмельницкая, Н.М., Мальцева, Г.С. Клиника,

диагностика и лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей и взрослых. / Л.М. Ковалева, Н.М. Хмельницкая, Г.С. Мальцева // Тезисы научно-практической конференции оториноларингологов. нечерноземной зоны РСФСР и выездной сессии МНИИ ЛОР.-М., 1982.- С.105-106.

123. Ковалевский, В.А. Внутренняя картина болезни у часто болеющих старших дошкольников. / В.А. Ковалевский //Педиатрия. - №1. - 1998. - С.102-103.

124. Коджаева, М.Х., Подзолкова, Н.М., Кулаков, А.В. Полиоксидоний в комплексной терапии рецидивирующих инфекций урогенитального тракта. / М.Х. Коджаева, Н.М. Подзолкова, А.В. Кулаков //Новые данные о механизме действия и клиническом применении иммуномодулятора полиоксидония.- М., 2002.- С.105-114.

125. Козлов, В.И. Актуальные проблемы применения низкоинтенсивного лазерного излучения в медицине. / В.И. Козлов // Клиническое и экспериментальное применение новых лазерных технологий: Материалы Междунар. конгр. / Под ред. О.К. Скобелкина, А.А. Мартино.- М., 1997.-С.189-190.

126. Козлов, В.И., Буйлин, В.И. Лазеротерапия. / В.И. Козлов, В.И. Буйлин. - М.: Центр «АСТР», 1993.-149с.

127. Козлов, В.И. Развитие лазерной медицины в России. / В.И. Козлов // Лазер и здоровье «97»: Тез. 1-го Междунар. конгр. - М., 1997.- С.93-95.

128. Консервативное лечение хронического аденоида у детей с помощью ИНГЛ / В.Н. Лазеров, А.Ю. Ивойлов, Т.Я. Ивойлова и др. // Актуальные вопросы лазерной медицины: Тез. докл. I Всероссийской конф.- М., 1991.-С.125.

129. Консервативное лечение хронического аденоидита препаратами растительного происхождения. / П.А. Кочетков, В.С. Дергачев, И.В. Штыренко и др. // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи,

2001. - С. 383-388.

130. Константинова, Н.П. Роль заболеваний верхних дыхательных путей и миндалин в патогенезе некоторых поражений бронхов и легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Н.П. Константинова. -М., 1971.-30с.

131. Корепанова, М.В. Теория и практика становления и развития образа Я дошкольника. / М.В. Корепанова.- Волгоград:Перемена, 2001.

132. Корепанов, В.И. Лазерная терапия в педиатрии. / В.И. Корепанов. - М.,1997.-34 с.

133. Корепанов, В.И. Мил-терапия для общесоматической стимуляции. / В.И. Корепанов // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии.- М.,1997.- С.50-51.

134. Корепанов, В.И. Техника полизональной лазерной терапии: Практическое руководство. / В.И. Корепанов. -М.: РМАПО МЗ РФ, 1998.- 77с.

135. Коровина, Н.А., Заклатников, А.П. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации. / Н.А. Коровина, А.П. Заклатников. - М., 2001.- 44с.

136. Коровина, Н.А., Овсянникова, Е.М. Возможности местной антибактериальной терапии при респираторной инфекции у детей. / Н.А. Коровина, Е.М. Овсянникова // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - Т.1, №1.- С.22-26.

137. Костинов, М.П. Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья. / М.П. Костинов. - М., Медицина, 1996.

138. Костинов, М.П. Иммунокоррекция в педиатрии. / М.П. Костинов. - М.,2001. - 237с.

139. Кошавцев, А.Г. Психосоматические нарушения пищевого поведения у детей первого года жизни: Дис. ... канд. мед. наук. / А.Г. Кошавцев. - М., 1996. -150 с.

140. Красилова, Е.В., Башкина ,О.А., Бойко, А.В. Сравнительная характеристика стафилококкового носительства у здоровых и часто и

длительно болеющих детей. / Е.В. Красилова, О.А. Башкина, А.В. Бойко // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.- М.,2002.-С.233

141. Крюков, В.И. Низкоэнергетические лазеры в интенсивной терапии. / В.И. Крюков // Рос. мед. журн. -1998.- №4.- С.51-54.

142. Кряжева, Н.Л. Мир детских эмоций. Дети 5-7 лет. / Н.Л. Кряжева.-Ярославль: Академия развития: Академия Холдинг,2001.-160 с.

143. Курочкин,А.А., Аникин, В.В., Соболева, Н.П. Эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении ринокардиального синдрома у детей с хроническим аденоидитом. / А.А. Курочкин, В.В. Аникин, Н.П. Соболева // Лазерная медицина.-1997.-Т.1., вып.2.-С.15-18.

144. Кусельман, А.И., Черданцев, А.П., Кудряшов, С.И. Квантовая терапия в педиатрии: Метод. пособие для врачей. / А.И. Кусельман, А.П. Черданцев, С.И. Кудряшов. – М.,2001.- 84 с.

145. Левис Ш.,Левис Ш.К.Ребенок и стресс. - СПб: Питер Пресс,1996.- 208 с..

146. Лаврентьева, В.М., Лозовец, О.В., Менчикова, В.Р. Опыт работы с системой аспон-д в городской детской поликлинике. / В.М. Лаврентьева, О.В. Лозовец, В.Р. Менчикова // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.- М.,2002. - С.255.

147. Лазеротерапия при бронхолегочных заболеваниях у детей в поликлинике. / А.В. Долгих, Е.С. Цуканова, А.С. Борисов и др. //1 2 национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2002.- С.171.

148. Ланцов, А.А., Шустова, Т.И., Самотокин, М.Б. Влияние вегетативной нервной системы на гиперпластические изменения глоточной миндалины у детей. / А.А. Ланцов, Т.И. Шустова, М.Б. Самотокин // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С.388-390.

149. Латышева, Т.В., Романова, О.В. Полиоксидоний в комплексной терапии больных с тяжелой формой бронхиальной астмы. / Т.В. Латышева, О.В. Романова //Новые данные о механизме действия и клиническом

применении иммуномодулятора полиоксидония. - М., 2002. - С. 69-71.

150. Латышева, Т.В., Сетдикова, Н.Х. Иммуномодуляторы в комплексной терапии иммунокомпрометированных больных. / Т.В. Латышева, Н.Х. Сетдикова // Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии. - М., 2002. - Т.1. - С.199-216.

151. Лекции по педиатрии. Патология новорожденных и детей раннего возраста. / Под. ред. В.Ф. Дёмина. - М., 2001. - 268 с.

152. Литвин Г.Д. // Физическая медицина. - 1994.- Т.4. - №2.- С.41-42.

153. Лихачева Е.В., Литвин Г.Д. // Проблемы лазерной медицины: Материалы IV Международного конгресса. - М.-Видное, 1997.- С.197-198.

154. Лосева, В.К., Луньков, А.И. Рассмотрим проблему : диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам. / В.К. Лосева, А.И. Луньков. -М.:А.П.О.,1995.- Вып.3.- 48 с.

155. Макарова, З.С., Доскин, В.А., Горбенко, П.П. Галотерапия в комплексной реабилитации детей с повторными острыми респираторными заболеваниями. / З.С. Макарова, В.А. Доскин, П.П. Горбенко //Российский вестн. перинатологии и педиатрии.-1994.-Т.40, №3.- С.38-40.

156. Макарова, З.С. Значение степени отягощенности наследственности в оценке состояния здоровья детей раннего возраста. / З.С. Макарова // Здравоохранение Рос.Федерации.-1992.- №1.- С.8-9.

157. Маккаев, Х.М., Заброва, Н.В. Новый подход к консервативному лечению аденоидита у детей. / Х.М. Маккаев, Н.В. Заброва // Рос. мед. журн.-1998.- №1.-С.37-39.

158. Маккаев, Х.М. Распространенность, особенности клинических проявлений и осложнения хронических заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей. / Х.М. Маккаев // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2002. - №1.- С. 28-30.

159. Маккаев, Х.М. Тактика сочетанного консервативного лечения хронических воспалительных заболеваний лимфоидных органов носоглотки у детей (хронического тонзиллита и аденоидита). / Х.М. Маккаев //Рос.

вестн. перинатологии и педиатрии.-2002. - №5.- С.39-43.

160. Мандров, С.И. Циркадная системная деятельность организма дошкольников и младших школьников (возрастные закономерности, их особенности при респираторной патологии, диагностика, прогнозирование, профилактика и коррекция нарушений): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / Мандров С.И. -Иваново,1998.- 47с.

161. Маркова, Т.П., Гаращенко, Т.И., Чувиров, Д.Г. Состояние иммунитета у детей с хроническими риносинуситами. / Т.П. Маркова, Т.И. Гаращенко, Д.Г. Чувиров // Рос. ринология. -1999.- №1.- С.84.

162. Маркова, Т.П., Чувиров, Д.Г., Гаращенко, Т.И. Механизм действия и эффективность ИРС-19 в группе длительно и часто болеющих детей. / Т.П. Маркова, Д.Г. Чувиров, Т.И. Гаращенко // VII Российский Национальный Конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.- М.,2000.- С. 217.

163. Маркова, Т.П., Чувиров, Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. / Т.П. Маркова, Д.Г. Чувиров // Русский мед. журн. - 2002.- Т. 10, №3.- С.125-127.

164. Маркова, Т.П., Чувиров, Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе длительно и часто болеющих детей. / Т.П. Маркова. Д.Г. Чувиров // Иммунокоррекция в педиатрии. / Под ред. М.В. Костинова. - М., 2001. - С. 91-99.

165. Марковская, И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. / И.М. Марковская. -СПб.: Речь, 2000. - 150 с.

166. Масычева, В.И., Сысоева, Г.М., Даниленко, Е.Д. Индукторы интерферона – потенциальные средства для лечения гриппа и ОРВИ./ В.И. Масычева, Г.М. Сысоева, Е.Д. Даниленко // Сборник научных трудов сотрудников НИКТИ БАВ. - Бердск,1999.- С.166

167. Матвеева, Л.А. Местная защита респираторного тракта у детей. / Л.А. Матвеева. - Томск,1993. - 276 с.

168. Медико-психологическая служба в специализированном

дошкольном учреждении :задачи и проблемы . / С.С. Карпова, А.И. Волков, О.А. Кузнецова и др. // Материалы конгресса педиатров России. Здоровый ребёнок.- М., 1999. - С.232

169. Медицинская эффективность системы интерактивного лечения детей старшего возраста и подростков./ Н.В. Полунина, Е.И. Нестеренко, Б. Маматкулов и др.// IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.-М.,2002.- С. 357.

170. Менцель К., Тонкова-Ямпольская Р.В. Психосоматические проблемы в педиатрии. / К. Менцель, Р.В. Тонкова-Ямпольская // Рос. педиатрический журн. –1998. - № 5. - С. 63-65.

171. Мерков, А.М., Поляков, Л.Е. Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков –Ленинград.,1974.-284 с.

172. Методические подходы к созданию экологической оздоровительной программы для детей: Метод. рекомендации. / В.С. Коваленко, К.А. Похис, К.М. Сергеева и др. - СПб.,1997.-134 с.

173. Мешкова, Р.Я., Ковапчук, П.В., Коновалова, ММ. Клиника, диагностика, лечениенизации службы клинической иммунологии. / Р.Я. Мешкова, П.В. Ковапчук, М.М. Коновалова. - Смоленск, 1995. - С. 159-160.

174. Митин, Ю.В., Дядченко, О.П., Гладуш, Ю.И. Консервативное лечение хронического аденоида у детей раннего возраста. / Ю.В. Митин, О.П. Дядченко, Ю.И. Гладуш // Материалы зональной научно-практической конференции отоларингологов и выездной научной сессии МНИИ уха, горла и носа. - Иркутск.-М., 1987.-Ч. 1- С.186-187.

175. Мокроносова, М.А., Тарасова, Г.Д. Отдаленные результаты аденотомии у детей с аллергическим ринитом./ М.А. Мокроносова, Г.Д. Тарасова // Ринология. -1999.- №1.- С.92.

176. Молекулярно-генетический механизм эффекта лазерной биостимуляции./ А.Н. Лобанов, А.Н. Малов, С.Н. Малов и др. // Проблемы лазерной медицины: Материалы IV Междунар. конгр. / Под ред. О.К.Скобелкина, А.А.Мартино. -М.- Видное, 1997.-С.274-275.

177. Морозова, И.М., Малахов, А.Б. Отдаленные результаты оздоровительной программы в начальной школе. / И.М. Морозова, А.Б. Малахов // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.- М., 2002.- С.303
178. Мосолов, С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. / С.Н. Мосолов. - СПб., 1995.-565 с.
179. Мусина, Б.К. Патогенетические основы врачебной тактики оздоровления часто болеющих детей, посещающих дошкольные учреждения: Дис. ...канд. мед. наук. / Б.К. Мусина.-М.,1998.-168с.
180. Нартова – Бочавер, С.К., Кислица, Г.К., Потапова, А.В.140 вопросов семейному психологу. / С.К. Нартова – Бочавер, Г.К. Кислица, А.В. Потапова.-М.: Генезис, 2002.- 348 с.
181. Наседкин, А.Н., Зенгер, В.Г. Лазеры в оториноларингологии. / А.Н. Наседкин, В.Г. Зенгер В.Г. - М., 2000. - 140 с.
182. Нестерова, К.И., Нестеров, И.А. Возрастные и региональные особенности микробного ландшафта слизистой носа и глотки. / К.И. Нестерова, И.А. Нестеров // Материалы XVI съезда отоларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С.627-630.
183. Низкоинтенсивное магнитолазерное воздействие как фактор стимуляции фагоцитоза. / Р.Ш. Мавлян-Ходжаев, Н.Т. Саидов, Г.И. Аллаярова и др.// Актуальные вопросы лазерной медицины и операционной эндоскопии: Материалы 3-й Междунар. конф. / Под ред. О.К. Скобелкина, А.А. Мартино. -М. - Видное, 1994.- С.446-446.
184. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику. / В.В. Николаева. -М.,1987.
185. Обоснование применения квантовой терапии в педиатрической отоларингологии. / В.П. Вавилова, Н.К. Перевощикова, О.В. Скоморина, Г.П. Торочкина // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии. -М.,1999. - С.87-89.
186. Овчинников, Ю.М., Левин, А.М., Фитилев, С.Б. Местная

антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний. / Ю.М. Овчинников, А.М. Левин, С.Б. Фитилев //Лечащий врач.- 2000.- №4. - С.74-75.

187. Опыт оценки состояния здоровья детей в дошкольных учреждениях./ В.Н. Лучанинова, А.Я. Осин, Н.Д. Ланкова и др. //Здравоохран. Рос. Федерации.-1988. - №3.- С.32-33

188. Организационные, профилактические и лечебные принципы оздоровления часто болеющих детей: Метод. рекомендации. / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, И.П. Грехова И.П. и др. - М.,1986.-29 с.

189. Организация наблюдения и оздоровления детей групп риска в дошкольных учреждениях и в детских поликлиниках: Метод. рекомендации. / Л.В. Дружинина, Л.К. Грачев, Т.Я. Черток и др. - М.,1984.- 23 с.

190. Осин, А.Я., Ицкович, А.И., Гельцер, Б.И. Лазерная терапия в пульмонологии. / А.Я. Осин, А.И. Ицкович, Б.И. Гельцер. - Владивосток, 1999.-221с.

191. Осин, А.Я. Методика анализа эффективности диспансеризации детей по показателям здоровья. / А.Я. Осин // Сов. здравоохранение. - 1988. - №10.-С.30-33

192. Осин, А.Я. Оценка показателей здоровья детей в условиях всеобщей диспансеризации населения. / А.Я. Осин А.Я // Здравоохран. Белоруссии.-1988. - №7.-С.32-33.

193. Осин, А.Я. Проблемы лазерной терапии в пульмонологии детского возраста. / А.Я.Осин // Лазер и здоровье «99»: Тез. Междунар. конгр. - М., 1999.-С. 367.

194. Осин, А.Я. Функциональное состояние верхних дыхательных путей и лазерная профилактика острых заболеваний органов дыхания у детей в дошкольных учреждениях: Дис. ... канд. мед. наук. / А.Я.Осин.- Владивосток, 1997.- 265 с.

195. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: Научно-практическая программа /Руководитель программы

А.А. Баранов.- М., 2002. -74 с.

196. Партенадзе, А.Н. Возможности применения и эффективность низкоинтенсивной лазеротерапии при перинатальных болезнях новорожденных детей: Автореф. дис...д-ра . мед. наук. / А.Н. Партенадзе. - М.,1998.-36 с.

197. Пашков, Б.А. Спектральные характеристики электромагнитных полей аппарата милта и биотканей. / Б.А. Пашков // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии. - М., 1999.- С.18-23.

198. Перевощикова, Н.К., Давыдов, Б.И. Организация лечебно-диагностической и реабилитационной помощи детям в учреждениях дошкольного и общего образования. / Н.К. Перевощикова, Б.И. Давыдов. - Кемерово,1999.- 94с.

199. Перевощикова, Н.К. Уровень здоровья детей и подростков крупного промышленного города. Система реабилитации: Дис. ... д-ра мед. наук. / Н.К. Перевощикова. -М., 1968.-348 с.

200. Печора, К.Л. Некоторые проблемы воспитания в семье детей раннего и дошкольного возраста. / К.Л. Печора // Рос. педиатрический журн. -1999. - № 1. -С.38-40.

201. Пинегин, Б.В., Некрасов, А.В., Хаитов, Р.М. Новые данные о клинических аспектах применения иммуномодулятора полиоксидония. / Б.В. Пинегин, А.В. Некрасов, Р.М. Хаитов // Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии. - М., 2002. - Т .1. - С.127-133.

202. Пинегин, Б.В. Отечественный иммуномодулятор «Полиоксидоний»: механизм действия и клиническое применение. / Б.В. Пинегин. - М., 2000.-94с.

203. Пискунов, С.З., Завьялов, Ф.Н., Ерофеева, Л.Н Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц. / С.З. Пискунов, Ф.Н. Завьялов, Л.Н. Ерофеева // Рос. ринология.-1995.-

№3-4. - С.60-62.

204. Повышение компенсаторных возможностей у детей подросткового возраста из зон экологического неблагополучия путем применения низкоинтенсивного лазерного излучения./ В.Н. Шестакова, Г.Д. Севастьянов, Т.Г. Авдеева Т.Г и др.// Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии.- М., 1998.- С.55-57.

205. Полевщиков, А.В., Рязанцев, С.В. Пути развития гуморальных иммунных реакций слизистых оболочек при различных патологиях ЛОР-органов. / А.В. Полевщиков, С.В. Рязанцев //Медицинская иммунология .- 2000.-Т. 2, №2. - С.190.

206. Полиоксидоний в комплексной терапии пищевой аллергии с сопутствующим дисбактериозом кишечника у детей./ В.Б. Алейникова, Г.И. Цывкина, Д.Ж. Грищенко, А.В. Некрасов и др. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.- М., 2002.- С.15.

207. Полиоксидоний: современные представления о механизме действия. / Р.В. Петров, Р.М. Хаитов, А.В. Некрасов и др. //Аллергология и иммунология. –2000.-Т.1, №2.- С.17.

208. Попова, Е.Д. Изменение лимфоидной системы при микоплазмоз: Автореф. дис. ... канд.мед. наук. / Е.Д. Попова. -Л.,1985.- 20с.

209. Практическая пульмонология детского возраста:Справочник /Под ред. В.К. Таточенко. – М.,2002.-268с.

210. Преображенский, И.Ф., Гальдман, И.И. Экссудативный средний отит. / И.Ф. Преображенский, И.И. Гальдман. - М.: Медицина, 1987.

211. Применение гомеотоксикологических и гомеопатических препаратов в комплексном лечении патологии носоглотки, дисфункции слуховой трубы и некоторых заболеваний уха, сопряженных с ней. / Л.И. Ильенко, Т.И. Гаращенко, Т.Н. Смирнова, Г.Ф. Авдеева и др. // Биологическая медицина. - 1997. - №1. - С.30-33.

212. Применение жидкого концентрата бифидо- и лактобактерий часто болеющим детям./ М.В. Дудкина, С.В. Дудкин, Е.И. Жданова и др. //

Материалы IX съезда педиатров России.-М.,2001.-С.195.

213. Применение полиоксидония в комплексной терапии ревматоидного артрита. / Т.И. Гришина, В.Н. Ларина, В.С. Суслова и др. // Новые данные о механизме действия и клиническом применении иммуномодулятора полиоксидония. - М., 2002.- С.54-69.

214. Применение препарата ИРС-19 для лечения острых гайморитов и профилактики сезонной заболеваемости у детей./ И.Е. Сквиря, Е.Ю. Радциг, О.А. Стребкова и др. // VII Российский Национальный конгресс "Человек и лекарство": Тез. докл.- М.,2000.- С. 151.

215. Прихожан, А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика./ А.М. Прихожан. – М., Московский психолого-социальный ин-т, 2000. – 304 с.

216. Проблема общего и местного консервативного лечения острого и хронического гайморита. / С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов, И.В. Ельков и др. // Рос. ринология.-1994.- №1.- С.5-14.

217. Проблемы низкоинтенсивной лазерной терапии у новорожденных детей. / А.И. Ицкович, Н.П. Блохина, Т.Н. Пономаренко и др. // «Лазер и здоровье-99»: Тез. Междунар. конгр. - М., 1999.- С.300-301.

218. Программа ранней коррекции отклонений в развитии недоношенных детей. / Т.Д. Дидманидзе, М.И. Баканов, Е.Н. Бомбардинова и др.//IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл. - М., 2002. - С.133

219. Протасевич. Г.С., Ковалык, А.П., Глух Е.В. Отдаленные осложнения аденотомии. / Г.С. Протасевич, А.П. Ковалык, Е.В. Глух //Вестн. оториноларингологии. - 2002. - №1.- С.53-55.

220. Протасевич, Г.С., Савчук, Г.Г., Гавура, И.А. Осложнения аденотомии. / Г.С. Протасевич, Г.Г. Савчук, И.А. Гавура // Вестн. оториноларингологии.- 1989.- №5.- С.75-79.

221. Противовирусный и иммуномоделирующий эффекты индуктора интерферона ридостина у детей с хроническим вирусассоциированным

гломерулонефритом./ Е.Ю. Талаева, В.В. Малиновская, В.В. Длин и др. // IV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез.докл.- М.,1997. -С.226.

222. Псахис, Г.Б. Лазерная терапия детей, страдающих хроническими аденоидитами и синуситами: Дис. ... канд. мед. наук. / Г.Б. Псахис. – Красноярск, 1989.-183 с.

223. Псахис, Б.И. Материалы к клинике и лечению хронического аденоидита: Дис. ... д-ра мед. наук. / Б.И. Псахис. - М., 1968.-238с.

224. Псахис, Б.И., Мельников, Л.П. К развитию послеоперационных рецидивов аденоидов. / Б.И. Псахис, Л.П. Мельников // Вопросы экспериментальной и клинической медицины. - Красноярск, 1972.- С.55-57.

225. Псахис, Б.И., Мельников, Л.П. О морфологических предпосылках послеоперационных рецидивов аденоидов. / Б.И. Псахис, Л.П. Мельников // Вестн. оториноларингологии.-1973.- №3.- С.72-74.

226. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. - Екатеринбург, 2000. –116 с.

227. Пуртов, И.И. Пути оптимизации здоровья детей в раннем и дошкольном возрасте: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. / Пуртов, И.И. - М.,1994.

228. Раттер, М. Помощь трудным детям. / М. Раттер. - М.: Прогресс, 1987.

229. Рациональный подход к лечению аденоидных вегетаций и хронического аденоидита у детей. / В.В. Шиленкова, Г.И. Марков, С.А. Маслов и др. // Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии: Сб. ст. Всерос. конф.- Белокуриха, 2002.- С.270-277.

230. Рифтин, А.Д. Модель распознавания функционального состояния организма на основе математического анализа сердечного ритма. / А.Д. Рифтин // Физиология человека. –1990. -№ 3. - С.165-172.

231. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. / Е.И.Рогов. -М., 1995.-529с.

232. Ромасенко, Л.В. Междисциплинарные проблемы диагностики и терапии психосоматических расстройств. / Л.В. Ромасенко // Рос. психиатрический журн. –1999. - № 2. - С.54-57.

233. Рохен Лютьен-Дреколль. Анатомический атлас. - М., 1998.- 151с.

234. Руководство по аллергологии и клинической иммунологии. / В.Н. Федосеева, Г.В. Порядин, Л.В. Ковальчук и др. - Львов, 1997. С. 59-62.

235. Рымша, М.А. Бальнеотерапия хронического воспаления лимфоидного кольца глотки. / М.А. Рымша// Новые технологии в оториноларингологии: Сб. науч. работ, посвященный 60-летию кафедры ЛОР-болезней КрасГМА.-Красноярск, 2002.- С.167-168.

236. Савенкова, М.С., Скирда, Т.А., Афанасьева, А.А. Лечение респираторного хламидиоза у детей. / М.С. Савенкова, Т.А. Скирда, А.А. Афанасьева // VII Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.- М.,2000.- С. 221.

237. Санталова, Ф.Н. Гомеопатические средства в практике педиатрии. / Ф.Н. Санталова. – СПб., 1995.- 64с.

238. Сапин, М.Р., Никитюк, Д.Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит. / М.Р. Сапин, Д.Б. Никитюк. - М., 2000.-184 с.

239. Сатир В. Психотерапия семьи. - «Ювента» СПб.,1999.- 281 с.

240. Середавина, Н.Ю., Мирошниченко, А.П. Оценка эффективности действия гомеопатических лекарственных средств в комплексном лечении хронического неспецифического аденоидита. / Н.Ю. Середавина, А.П. Мирошниченко // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С. 410-413.

241. Сивенкова, Е.П., Асмоловский, В.М., Жеренкова, Л.В. Аденоотомия как один из факторов профилактики ОРВИ и отитов у детей дошкольного возраста. / Е.П. Сивенкова, В.М. Асмоловский, Л.В.

Жеренкова // Материалы региональной научно-практической конференции отоларингологов и расширенного пленума РНОЛО. – М. - Иркутск, 1990. - С.189-190.

242. Сквир, И.Е., Радциг, Е.Ю., Гаращенко, Т.И. Природные препараты в профилактике сезонной заболеваемости у часто болеющих детей. / И.Е. Сквир, Е.И. Радциг, Т.И. Гаращенко // VII Российский Национальный Конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл.- М., 2000. - С. 151.

243. Скурихина, Е.В., Осин, В.А., Никольская, В.Э. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения (нили) в пульмонологии при неотложных состояниях у детей. / Е.В. Скурихина, В.А. Осин, В.Э. Никольская - // 12 национальный конгресс по болезням органов дыхания.- М., 2002. - С.181.

244. Славина, А.С. Трудные дети. / А.С. Славина, А.С. - М.- Воронеж, 1998. – 205 с.

245. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомеокинеза. / М.С. Плужников, А.Г. Шантуров, Г.В. Лавренова и др. -СПб., 1995.-104с.

246. Смирнова, Т.Н. Оценка эффективности применения метода гомеопатии в условиях детской поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Т.Н. Смирнова. -М., 1997.-137с.

247. Смуглевич, А.Б., Сыркин, А.Л., Козырев, В.Н. // Неврология и психиатрия. - 1999. - №4.-С.4-16

248. Современные методы лечения острого ринита у детей. / А.С. Юнусов, Г.Д. Тарасова, Ф.Ф. Пекли и др. //10 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - СПб., 2000. - С. 911.

249. Современные методы оздоровления детей, воспитывающихся в ДДУ/ Т.К. Марченко, С.Д. Поляков, И.Е. Смирнов и др.// Материалы конгресса педиатров России. Здоровый ребёнок. –М., 1999.

250. Соколова, Е.Д., Манукина, Н.М. Психологические аспекты соматических заболеваний. / Е.Д. Соколова, Н.М. Манукина //

Психологический журн. – 2000. – № 1. - С.143-144.

251. Соловьев, В.Д., Бектемиров, Т.А. Интерфероны в теории и практике медицины. / В.Д. Соловьев, Т.А. Бектемиров.- М.: Медицина, 1981.

252. Состояние здоровья школьников за 30 лет (1966-1997)/ Л.Н. Уланова, Е.К. Сычева, Т.В. Ермолаева и др.) // Рос. педиатрический журн. – 2000. - № 1. - С. 9-11.

253. Состояние иммунного статуса у часто болеющих детей./ А.В. Симонова, В.Н. Байкова, С.С. Аришнова и др. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.-М.,2002. - С.415.

254. Состояние клеточного и гуморального звена иммунитета и неспецифическая резистентность организма под воздействием гелий-неонового лазера в эксперименте на животных и клинике / С.М. Шергин, И.Н.Бесседнова, Н.Ф.Тимченко и др. // Современные методы контроля лазерного облучения крови и оценки эффективности лазерной терапии: Тез. докл. науч.- практ. конф. –Новосибирск, 1990.-С.47-48.

255. Состояние среднего уха у детей до и после аденотомии. / В.П. Карпов, И.П. Енин, Е.Е. Карпова и др.// Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С. 85-86.

256. Спичак, Т.В., Катосова, Л.К., Бобылев, В.А. Проблемы диагностики и лечения респираторного хламидиоза у детей. / Т.В. Спичак, Л.К. Катосова, В.А. Бобылев // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - №3. - С.77-81.

257. Сравнение эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения λ -0,89 мкм и λ -0,63 мкм при лечении заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца. / И.В. Лесков, А.Н. Наседкин, И.С. Маневич и др. // Пульмонология. 9 национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сборник-резюме.- М., 1999.- С.248.

258. Суринов, Б.П., Карпова, Н.А., Исаева, В.Г. Иммуномодулирующие эффекты низкоинтенсивного лазерного излучения. /

Б.П. Суринов, Н.А. Карпова, В.Г. Исаева // Низкоинтенсивные лазеры в медицине (механизм действия, клиническое применение): Материалы Всесоюзного симпозиума.- Обнинск, 1991.- Ч.1.- С.107-109.

259. Сутулина, И.М. Прогнозирование противoinфекционной резистентности детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Сутулина И.М. - Томск, 1992. - 22 с.

260. Тарасова, Г.Д. Клинические особенности детей с хроническим экссудативным средним отитом. / Г.Д. Тарасова // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. - Сочи, 2001. - С. 157-159.

261. Тарасова, Г.Д., Мокроносова, М.А. Клинико-лабораторные показания к аденотомии. / Г.Д. Тарасова, М.А. Мокроносова // Тез. доклад. 3-й традиц. конф. российского общества ринологов. - Рос. ринология .- 1999.- №1.- С.92.

262. Тарасова, Г.Д. Секретолитик синупрет при воспалении дыхательных путей в детском возрасте. / Г.Д. Тарасова // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ - Сочи, 2001. - С. 689-692.

263. Таточенко, В.К., Каганов, Б.С. Реконвалесценты, часто болеющие и лица с бронхолегочной патологией. / В.К. Таточенко, Б.С. Каганов // Вакцинопрофилактика при нарушении здоровья. - М., 2000.- С. 222-238.

264. Таточенко, В.К., Озерецковский, Н.А. Вакцинопрофилактика. / В.К. Таточенко, Н.А. Озерецковский. - М., 2001.

265. Таточенко, В.К. Педиатру на каждый день: Справочник по лекарственному лечению. / В.К. Таточенко. - М., 2002. -252 с.

266. Ташкер, М.А. Об остром воспалении остатков III миндалин у взрослых. / М.А. Ташкер // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1968.- №4.- С.87-91.

267. Ташева, А.И., Гриднева, С.В. А я не боюсь. Профилактика страха медицинских процедур у детей./ А.И. Ташева, С.В. Гриднева.- М.: Генезис, 2002.-80 с.

268. Ткачева, В. Гармонизация внутрисемейных отношений: папа, мама, я-дружная семья. Практикум по формированию адекватных внутрисемейных отношений. / В. Ткачева.- М, 2000. - 160 с.

269. Трофименко, С.Л., Румбешт, Л.М., Химичева, Е.В. К этиологии и лечению аденоидитов: XV съезд отоларингологов России. / С.Л. Трофименко, Л.М. Румбешт, Е.В. Химичева. - СПб., 1995. - С.47-51.

270. Трусов, С.В. Профилактика заболевания с помощью мил-терапии. / С.В. Трусов // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии. –М., 1997.- С.56-58.

271. Тузанкина И.А. Клинико-иммунологические подходы к формированию групп часто и длительно болеющих детей и эффективность иммуномодулирующей терапии в комплексе группо-специфических реабилитационных мероприятий: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. / И.А. Тузанкина. - Екатеринбург,1992. - 19с.

272. Тузанкина, И.А., Синявская, О.А. Часто болеющие дети. / И.А. Тузанкина, О.А. Синявская. -Екатеринбург,1993.-191с.

273. Тютюнников, С.В., Олейник, С.И., Кондакова, Н.В. Полиоксидоний в лечении тяжелой пневмонии. / С.В. Тютюнников, С.И. Олейник, Н.В. Кондакова // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.- М., 2002.- С.465.

274. Факторы, влияющие на заболеваемость дошкольников г. Орска. / Л.Г. Коньшина, А.М. Варажин, В.Н. Шершнева и др. // Гигиена и санитария. –2002. - № 2. - С. 52-54.

275. Формирование здорового образа жизни детей,посещающих дошкольные образовательные учреждения. / Н.А. Матвеева, И.Ш. Якубова, Ю.Г. Кузьмичев и др. // Материалы IX съезда педиатров России.- М., 2001.- С.384.

276. Фошина, Е.П., Слатникова, О.В. Состояние общего и местного гуморального иммунитета у больных с хроническими ринитами. / Е.П. Фошина, О.В. Слатникова // 10 национальный конгресс по болезням органов

дыхания. - СПб., 2000.

277. Харьянова, М.Е. Влияние попиоксидонип и миелопида на формирование поствак-цинапного иммунитета у часто и длительно болеющих детей. //Автореф. дисс. М, 2000.

278. Химичева, Е.В. Значение аденоидитов в клиническом течении синуситов: Дис. ... канд. мед. наук./ Е.В. Харьянова. - М., 1998.- 117 с.

279. Хлыстова, З.С. Становление системы иммуногенеза плода человека. / З.С. Хлыстова. -М., 1987.

280. Хмельницкая, Н.М. // Арх. патологии. -1990.- №5.- С.36-40.

281. Ходарев, С.В., Поддубная, Т.М., Симаева, А.Р. Подходы к диагностике и коррекции тревожных расстройств у детей. / С.В. Ходарев, Т.М. Поддубная, А.Р. Симаева // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - №4. - С. 92-94.

282. Хозиев, В.Б. Практикум по психологии формирования продуктивной деятельности дошкольников и младших школьников. / В.Б. Хозиев.-М.: Академия, 2002.- 267 с.

283. Хорни, К. Собрание сочинений: В 3-х томах. / К. Хорни. - М., 1997.

284. Циглин, А.А., Филиппова, Л.Ф., Каценко, Т.М. Иммунокоррекция ринитов в сочетании с хроническим с аденоидитом. / А.А. Циглин, Л.Ф. Филиппова, Т.М. Каценко // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: Материалы Всерос. симпозиума.- СПб., 1994.- С.45-46

285. Цыбалова, Л.М., Киселев, О.И. Влияние препарата агри на развитие осложнений и тяжелых форм гриппа и других ОРВИ. / Л.М. Цыбалова, О.И. Киселев // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл. -М., 2002. - С.491.

286. Цывкина, Г.И., Луценко, Г.А. Применение Полиоксидония в комплексной терапии атопического дерматита и дисбиоза кишечника. / Г.И. Цывкина, Г.А. Луценко // Отечественный иммуномодулятор

«Полиоксидоний»: механизм действия и клиническое применение. - М., 2000.- С. 40-41.

287. Часто болеющие дети и бальнеотерапия. / С.В. Волкова, А.В. Гонтмахер, О.Г. Прилепская и др. // 12 национальный конгресс по болезням органов дыхания.-М., 2002.- С.199.

288. Чаукина, В.А., Рымша, М.А. Аденоиды и аллергический ринит: анализ отдаленного периода в аденотомии. / В.А. Чаукина, М.А. Рымша // Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии: Сб. ст. Всерос. конф.- Белокураха, 2002.- С.249-250.

289. Черданцев, А.П. Изменения иммунного и гормонального статуса при острых бронхитах у детей и их магнито-инфракрасно-лазерная терапия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А.П. Черданцев. – Самара, 1997.-21с.

290. Черток, Т.Н., Нибш, Г. Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста. / Т.Н. Черток, Г. Нибш. - М.: Медицина, 1987.-256 с.

291. Чувиров, Г.Н. Применение полиоксидония у больных с рецидивирующей герпетической инфекцией. / Г.Н. Чувиров // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.-М., 2002- С.505.

292. Шварцман, Я.С., Хазенсон, Л.Б. Местный иммунитет. / Г.Н. Чувиров. - М., 1978.

293. Шеврыгин, Б.В. Детская амбулаторная оториноларингология. – М.: Медицина, 1991.

294. Шиган, Е.Н. Применение современных математических методов и вычислительной техники для изучения здоровья населения. / Е.Н. Шиган. - М., 1973.

295. Щеплягина, Л.А. Фактор риска и формирование здоровья детей. / Л.А. Щеплягина // Рос. педиатрический журн. –2002. - № 2. - С.4-7.

296. Щербак, Н.М. Опыт применения комплекса оздоровительных мероприятий в ДДУ. / Н.М. Щербак // Материалы конгресса педиатров России. Здоровый ребёнок. - М., 1999.

297. Эффективность иммунофармакотерапии детей с аллергическими заболеваниями и частыми ОРЗ./ И.И. Балаболкин, В.А. Булгакова, Т.Б. Сенцова и др. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.-М.,2002. - С.39.

298. Эффективность немедикаментозного метода оздоровления в детских коллективах. / Е.Г. Рыжова, А.Б. Малахов, И.М. Морозова и др. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»:Тез. докл.-М.,2002.-С.386.

299. Эффективность Полиоксидония у детей разных возрастных групп при бронхиальной астме и инфекционно-воспалительных заболеваниях.// Отечественный иммуномодулятор «Полиоксидоний»: механизм действия и клиническое применение. - М.,2000.- С.70-73

300. Эффективность реализации программы «Здоровый ребёнок» В детских дошкольных учреждениях./ Н.А. Бурсикова, В.Ш. Лаврентьева, Н.В. Дмитриева и др.// Материалы конгресса педиатров России. Здоровый ребёнок. – М., 1999.

301. Яблонева, В.Н., Гаращенко, Т.И. Топическая антибактериальная терапия при лечении острых риносинуситов у детей препаратом биопарокс./ В.Н. Яблонева, Т.И. Гаращенко // Актуальные вопросы отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов: Сб. науч. трудов. - М., 2001.-С.195-201.

302. Ягольникова О.В., Гаращенко Т.И. Препарат ИРС-19 в профилактике заболеваний ЛОР-органов у детей. / О.В. Ягольникова, Т.И. Гаращенко //VII Российский национальный Конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. - М., 2000. - С. 226.

303. Akikusa JO., Kemps AS. Clinical correlates of response to pneumococcal immunization.// Paediatr. Child Health.- 2001. - Т. 37(4). - Р. 382.

304. Bedi M., Babbar R., Chakrabarty A.S. Comparative study of autonomic nervous system activity in malnourished and normal children in India // Ann Trop Paediatr.- 1999.- Jun;19(2). - P. 185-9.

305. Belanti J. A. Recurent respiratory tract infections in paediatric patients. *Drugs*, 1997; 54 (Suppl 1): 1-4.
306. Berdeaux C., Hervie C., Smajda C., Marquis P. Parental quality of life and recurrent ENT infections in their children: development of a questionnaire. // *Rhinitis Survey Group. Qual life Res.* - 1998. - 7(6). - P. 501-51
307. Bernstein J.M. Mucosal immunology of the upper respiratory tract. // *Respiration.* - 1992. - Vol.59, Suppl.3. - P.3-13.
308. Biou D., Benoist J..F, Nguyen-Thi C. Cerebrospinal fluid protein concentrations in children: age-related values in patients without disorders of the central nervous system // *Clin Chem.* - 2000. - Mar;46(3). - P.399-403.
309. Bolton P.A., Dyson M., Yung S.R. The effect of polarised light on the release of growth factors from the U-937 macrophage-like cell line. // *Laser Therapy.* - 1992. - Vol.4 - P.33-42.
310. Brandzaeg P. Immunocompetent cells of the upper airway: functions in normal and diseased mucosal. // *Eur. Arch. Otolaryngol.* - 1995. - Vol.252, Suppl. - P.8-21.
311. Brandtzaeg P. // *Immunology of the Lung and Upper Respiratory Tract.* / Ed. S. Bienenstock. - New York, 1984.
312. Brook I., Yocum P., Frazier E.N., Foote P.A. Microbiology of the transition from acute to chronic maxillary sinusitis. // *Journ. Med. Microbiol.* - 1996. - Vol.45, №5. - P.372-375
313. Buckley DA, Keane FM, Munn SE. Recalcitrant viral warts treated by diphenylprone immunotherapy. // *Br J Dermatol.* - 1999. - V.14. - P.292-96.
314. Burger D. Cell contact-mediated signaling of monocytes by stimulated T cells: a major pathway for cytokine induction. // *Eur cytokine Netw.* - 2000. - V.11/ - P. 346-53.
315. Burtin P. Etude prospective des nourrissons en creche. Lyon: Universite Claude Bernard, 1991/
316. Butcher E.C. // *Experimental and Clinical Photoimmunology.* / Eds. S.A. Daynes, J.D. Spikes. - Boca Raton, 1983. - Vol.1. - P.196.

317. Carter YH, Bannon MJ. Mothers' attitudes to and experience of pre-school child health services: a comparative study in two districts in the west. // Midlands. Public Health. - 1997. - Jan;111(1). - P.23-8

318. Cheetham M., Young S., Dyson M. 820nm irradiation of the healthy growth plate. // Lasers in Surgery and Medicine.-1991.-Suppl.3.-P.12.

319. Correlative ultrastructural and biomechanical changes induced in regenerating tendons exposed to laser photostimulation. / C.S.Enwemeka, O.Rodriguez, N.G.Gall et al. // Lasers in Surgery and Medicine.-1990.-Suppl.2.-P.12.

320. Crepeau J., Patriquin H.B., Poliquin J.F., Tetreault L. Radiographic evaluation of the symptom-producing adenoid. // Otolaryng. Head and Neck Surg.-1982.-Vol.90.-№5.-P.548-554.

321. Daele J., Zicot AF. Humoral immunodeficiency in recurrent upper respiratory tract infections. Some basic, clinical and therapeutic features.// Acta Otorhinolaryngol. Belg.- 2000. - V. 54(3). - P. 373

322. Does low-intensity Helium-Neon laser irradiation alter sensory nerve action potentials or distal latencies? / J.R.Basford, J.R.Daude, H.O.Hallman et al.//Lasers in Surgery and Medicine.-1990.-№10.-P.35-39.

323. Effect of laser pulse repetition rate upon peripheral blood flow in human volunteer. / D.M.Martin, G.D.Baxter, J.M.Allen et al. // Lasers Surgery Medicine.-1991.-Suppl.3.-P.83.

324. Effects of low level laser irradiation on thermal nociception-induced amine dynamics changes in rat brain regions. / R. Amemiya, H. Hasegawa, H. Takeda et al. // Laser Therapy.-1990.-Vol.2.-P.45

325. Fattal-German M, Le Roy Ladurie F, Gerrina J et al. Modulation of ICAM-1 expression in human alveolar macrophages in vitro. // Eur Respir J.- 1996. - V.9.- P.463-71.

326. Filippini G., Farinotti M., Ferrarini M. Active and passive smoking during pregnancy and risk of central nervous system tumours in children // Paediatr Perinat Epidemiol.- 2000. - Jan;14(1). - P. 78-84.

327. Foster L.G. Nervous habits and stereotyped behaviors in preschool children // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.- 1998.- Jul;37(7). - P. 711-7.
328. Fritz G.K., Fritsch S., Hagino O. // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.- 1997.- Vol.36. - №10.- P.1329-1334.
329. Fukuda K., Matsune Sh., Ushikai M. A study on the relationship between adenoid vegetation and rhinosinusitis. // Amer. J. Otolaryngol.-1989.- Vol.10.- №3.- P.214-216.
330. Gallagher K.T., Shaham B., Reiff A. Primary angitis of the central nervous system in children: 5 cases // J Rheumatol.- 2001. - Mar; 28(3). - P. 616-23.
331. Gaag A, McCartan P, McDade A, Reid D. An audit tool for health visitors and SLTs working with the pre-school population. // Int J Lang Commun Disord. - 1998. - V.33, Suppl. - P.37-41/
332. Gaudecker B. Muller-Hermelink H.K. // Cell Tissue Res.- 1982.- Vol. 224.- P.579-600.
333. Gaudecher B. Pfingsten U., Muller-Hermelink H.K. // Cell Tissue Res.-1984.- Vol.328.- P.135-143
334. German-Fattal M. Fusafungine. An antimicrobial agent for local treatment of respiratory tract infections. // Clin Drug Invest. - 1996. - V.12. - P.308-17.
335. German-Fattal M. Fusafungine. An antimicrobial with Anti-Inflammatory Properties in respiratory tract infection. // Clin Drug Invest. - 2001. - V.21. - P.653-760.
336. Glogowska M, Campbell R. Investigating parental views of involvement in pre-school speech and language therapy. // Int J Lang Commun Disord. - 2000.- Jul-Sep. - V.35(3). - P.391-405.
337. Glosset P., Wallaert B., Grambes O. et al. Fusafungine inhibits the production of anion superoxide and cytokines by human alveolar macrophages (abstract). // Eur Respir J. - 1996. - V.9(23). - P.2860.

338. Gordon K.E., Dooley J.M., Camfield P.R. Treatment of febrile seizures: the influence of treatment efficacy and side-effect profile on value to parents // *Pediatrics*. - 2001. - Nov;108 (5). - P. 1080-8.
339. Gotze B, Kiese-Himmel C, Hasselhorn M. Haptic perception and language development assessment in kindergarten and pre-school children. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2001 Oct;50(8):640-8
340. Grazit E., Mizrahi Y., Orgad S. et al. // *Voz Sang*.-1979.-Vol37.-P.193-200.
341. Gross A.J., Jelkmann W. Helium-Neon laser irradiation inhibits the growth of kidney epithelial cells in culture. // *Lasers in Surgery and Medicine*.-1990.-Vol.10.-P.40-44.
342. Haker E., Lundeberg T. Laser treatment applied to acupuncture points in lateral humeral epicondylalgia. A double blind study. // *Pain*.-1990.-Vol.43.-P.243-248.
343. He-Ne laser treatment transforms fibroblasts into myofibroblasts. / N. Pourreau-Schneider, A. Ahmed, M.Soudry et al. // *Am. J. Pathol*.-1990.-Vol.137.-P.171-178.
344. Hengge UR, Bennighoff B, Ruzicka, Goos M. Topical immunomodulators- progress towards treating inflammation, infection and cancer.// *The Lancet infectious Diseases*. - 2001. - Vol. - P. 189-198.
345. Hill M. 1931-Localisation of Ig E in adenoids and tonsils: an immunoperoxidase study.//*Arch. Otolaryngol*.-Vol.105.-P.695-697.
346. Hlavacek V. 1956-Symptoms and signs of acute maxillary sinusitis.-O.R.L. // *Barel*. 1.-Vol.38.-№5.-P.298-308.
347. Hong J.N., Kim T.H., Lim S.D. Clinical trial of low reactive level laser therapy in outpatients with post herpetic neuralgia. // *Laser Therapy*.-1990.-Vol.2.-P.167-170.
348. Hoshino Y, Kapikian A.Z. Rotavirus serotypes: classification and importance in epidemiology, immunity, and vaccine development // *J Health Popul Nutr*. - 2000. - Vol. 18 (1). - P.5-14.

349. Hu M.C. // Cold Spring Harbor Symp. Quant. Biol.-1992.- Vol.57. - P.291-308.
350. Johnston F, Stansfield J.Expressive pragmatic skills in pre-school children with and without Down's syndrome: parental perceptions. // J Intellect Disabil Res.- 1997.- Feb;41 (Pt 1). - P.19-29.
351. John T.J., Samuel R.Herd immunity and herd effect: new insights and definitions //Eur J Epidemiol.- 2000.-Vol.16 (7). - P.601-6.
352. Julios M.H. // Immunol. Today.-1982.-Vol.3.-P.295-299.
353. Kelly H.A., Siebert D., Hammond R. The age-specific prevalence of human parvovirus immunity in Victoria, Australia compared with other parts of the world // Epidemiol Infect. - 2000. - Vol. 124 (3). - P. 449-57.
354. Kilgour C, Fleming V An action research inquiry into a health visitor parenting programme for parents of pre-school children with behaviour problems. //J Adv Nurs. - 2000.- Sep;32(3. - P. 682-8.
355. Kilic SS., Tezcan I., Sara/0., MetinA., ErsoyF. Transient hypogammaglobulinemia of infancy: clinical and immunological features of 40 new cases. // Pediatr. Int.- 2000. - V. 42(6). - P. 647.
356. Kornfalt R.Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. //Acta Paediatr. Suppl. - 2000. - V.89(434). - P.2-7.
357. Korsrud F.R., Brandtzaeg P. // Clin. exp. Immunol.-1980.-Vol.39.- P.361-370.
358. Kristensson-Hallstrom I. Strategies for feeling secure influence parents' participation in care // J Clin Nur. - 1999. - Sep; 8(5). - P. 586-92.
359. Lahti SM, Hausen HW, Vaskilampi T.The perceptions of users about barriers to the use of free systematic oral care among Finnish pre-school children-a qualitative study. //Acta Odontol Scand.- 1999.- Jun;57(3).- P.139-43/
360. Letokhov V.S. Laser light interaction with biomatter and biomedical applications. // Лазер и здоровье «97»: Тез. 1-го Междунар. конгр. (11-16 ноября 1997г.). Кипр, Лимассол; Россия, Москва; Фирма «Техника», 1997.- С.213-219.

361. Lipford GB, Sparwasser T. Hematopoietic remodeling triggered by CpG, DNA. //Curr Top Microbiol Immunol.- 2000.-V. 247. - P.119-29.
362. Lo EC, Holmgren CJ.Provision of Atraumatic Restorative Treatment (ART) restorations to Chinese pre-school children--a 30-month evaluation. //Int J Paediatr Dent.- 2001.- Jan;11(1). - P.3-10
363. Mackin M.L. Respiratory infection in children. //Postgrad Med.- 1992.-V. 2. - P. 235-50.
364. Maeda T., Ohshiro T. Diode laser restores normal condition to bradykinin-altered rat neural cells: a controlled in vivo study. // Lasers in Surgery and Medicine.-1990.-Suppl.2.-P.13.
365. Masihi KN. Immunomodulatory agents for prophylaxis and therapy of infections. //Int J Antimicrob Agents.- 2000.-V. 14.- P. 181-91.
366. Matilla P.S.,Tahkokalio O.,Tarkkanen J.Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations.Arch otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:37-44.
367. McCullough A.Viability and effectiveness of teletherapy for pre-school children with special needs. // Int J Lang Commun Disord .- 2001.-36 Suppl. - P. 321-6.
368. McDermott M.R., Befeus A.D., Bienenstock J. // Int. Rev. exp. Pathol.-1982.-Vol.23.-P.47-112.
369. McKibben L.S., Downie R. Treatment of postherpetic pain using a 904 nm low energy infrared laser. // Laser Therapy.-1990.-Vol.2.-P.20.
370. Meistup-Larsen H.H., Meistup-Larsen V., Andersen V.-The in vito response of lymphocyt from adenoid vegetatuins and tonsils ro PPD.//Acta path. microbiol. scand. Seet. CC. Immunology.-1980.-№1.-P.23-29
371. Moldoveanu Z, Love-Homan L, Huang WQ, Krieg AM,Cpg DNA, a novel immune enhancer for systemic and mucosal immunization with influenza virus. //Vaccine.- 1998. - V.16.- P. 1216-24.
372. Naerde A, Tambs K, Mathiesen KS, Dalgard OS, Samuelsen SO.Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children:

effect of chronic strain related to children and child care-taking. //J Affect Disord. - 2000.- V.58(3).-P.181-99.

373. Nafstad P., Hagen J.A., Oie L. Day care centers and respiratory health. //Pediatrics.- 1999.- V.103 (4 Pt 1). - P.753-8.

374. Nendley J.O. Epidermiology, pathogenesis and cold. //Semin Pediatr infect Dis. -1998. - V.9.- P. 50-55.

375. Nieuwenhuis P., Veldman J.E. // Oto-Immunology. / Eds. J.E. Veldman, B.F.McGabe-Amsterdam.-1987.-P.1-8.

376. Nourshargh S., Williams T.J. Evidence that a receptor-operated event on the neutrophil mediated neutrophil accumulation in vivo. // Journal of Immunology.-1990.-Vol.145.-P.2633-2638.

377. Nowak D., Prozynski M., Pietras T. Effect of bacterial extract IRS 19 on H2O2 the concentration and myeloperoxidase activation in intranasal liquid in patients with chronic bronchitis. //Arch Immunol Ther Experin.-1997. -V. 45.- P.67-71.

378. Ogawa H. // Kansenchogaku Zasshi.-1991, Feb.-65(2).-P.248-256.

379. Oka S, Ueda R. Stress, emotional support and coping behavior of mothers with disabled pre-school children--mothers at outpatient department. //J Med Dent Sci.- 1998.- Sep;45(3).-P.185-93.

380. Olariu B. Amigdalele si spararea imunitara a organismului. // Oto-Rhino-Laryng.-1983.-Vol.28.-№1.-P.49-54

381. Paradise I.L. Tonsillectomy and adenotomy. In: C.D. Bluestone et.al. Pediatric otolaryngology. //3-th ed. Philadelphia: Saunders.- 1996.-P.1054-1065.

382. Pillsbury H.C., Kveton J.F., Sasaki C.T., Frazier W. Quantitative bacteriology in adenoid tissue. // Arch. Otolaryngol. Head&Neck Surg.-1981.- Vol.89.-№3.-P.355-363

383. Pipy B. Effects of fusafungine in vivo on the production of oxygen free radicals by peritoneal macrophages in mice: a study of the mechanism of

action. //Study report PHA-5315-006-FRA.Paris:Institut de Recherches Internationales.- Servier,1999.

384. Pless M, Carlsson M, Sundelin C, Persson K.Pre-school children with developmental co-ordination disorder: self-perceived competence and group motor skill intervention. //Acta Paediatr.- 2001.-V.90(5).- P.532-813.

385. Potemkin LA.Biomedical support and quantum medicine of top achievement sport (toward Longevity and Top Achievement in sport without Doping).-The 1 International Simposium.-2001.Bled,Slovenia.-P.209-210.

386. Prescott S.L., Holt P.G., Jenmalm M. Effects of maternal allergen-specific IgG in cord blood on early postnatal development of allergen-specific T-cell immunity // Allergy. - 2000. - Vol. 55(5). - P.470-5.

387. Rapis E. The Medicine of the 21 centuries and the quantum mechanics.- The 1 International Simposium.-2001.Bled,Slovenia.-P.65-66.

388. Rigby AS, Sanderson C, Desforges MF, Lindsay G, Hall DM.The infant index: a new outcome measure for pre-school children's services. //J Public Health Med.- 1999.- V.21(2).-P.172-8.

389. Rossato LM, Angelo M.Using tools for pain perception assessment in hospitalized pre-school children undergoing painful procedures.// Rev Esc Enferm USP.- 1999.- V.33(3).-P.236-49.

390. Russo-Marie F.,Peltier A.,Polla B.Linflammation.-Paris:John Libbey Eurotext,1998.

391. Sato Y., Wake K., Watanabe I. // Arch. Histol. Cytol.-1990.-Vol.53.- №1.-P.41-54.

392. Smeyers P. Headaches in childhood: association with sleep disorders and psychological implications // Rev Neurol. - 1999. - Feb;28, Suppl 2. -S.150-5.

393. Sodja I., Bruj J., Svecova M. Herd immunity and the role of Chlamydia pneumoniae in the etiology of respiratory diseases in the Czech Republic // Epidemiol Mikrobiol Imunol. - 1998. - Feb. 47 (1). - P.27-31.

394. Sonuga-Barke EJ, Thompson M, Stevenson J, Viney D. Patterns of behaviour problems among pre-school children. // *Psychol Med.* - 1997. - V.27(4). - P.909-18.
395. Sordat B., Moser R., Gerber H. // *Adv. exp. Med. Biol.* - 1969. - Vol.5-P.73-82.
396. Stewart F, Williams L. Pre-school assessment project comparing assessment in the clinic or home. // *Int J Lang Commun Disord.* - 1998. - V.33, Suppl.-P.520-3.
397. Stores G., Wiggs L., Campling G. Sleep disorders and their relationship to psychological disturbance in children with epilepsy // *Child Care Health Dev.* - 1998. - Jan; 24(1). P. 5-19.
398. Surjan L. // *Acta oto-laryngol (Stockh.)*. - 1987. - Vol.103. - P.369-379
399. Tarlow M.J. Macrolids in the management of streptococcal tonsillitis. // *Pediatr inf dis.* - 1997. - V.16,4. - P.444-448.
400. Terada K., Tanaka H., Kawano S. Specific cellular immunity in immunocompetent children with herpes zoster // *Acta Paediatr.* - 1998. - Vol. 87 (6). - P.692-4.
401. The effect of gallium arsenide laser irradiation and partial hepatectomy on murine skin wound healing & lipoprotein composition. / N. Zarovie, B. Saltzer, M. Hrzenjak et al. // *Period Biology.* - 1991. - Vol.93. - P.359-361
402. The Merck Manual of diagnosis and therapy. - Rahway N. Y., 1998.
403. Tinkelman D. G., Falliers C.J., Naspitz C. K. Childhood asthma: Pathophysiology and Treatment. / Ed. Marcel Dekker, NY Basell Inc. - 1987. - P.23-35.
404. Toniioka S., Myoshi K., Talata K. et al. Clinical study of chronic tonsillitis with IgA-nephropathy treated by tonsillectomy. // *Acta otolaryngol.* - 1996. - V.523. - P.75-177.
405. Tseng H.W., Liu C.C., Wang S.M. Complications of varicella in children: emphasis on skin and central nervous system disorders // *J Microbiol Immunol Infect.* - 2000. - Dec; 33(4). - P.248-52.

406. Turnbull JD, Heaslip S, McLeod HA. Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. // *Int J Obes Relat Metab Disord.* - 2000. - V. 24(12). - P. 1705-6.

407. Verhagen C.E., de Boer T, Smits H.H. Residual type 1 immunity in patients genetically deficient for interleukin 12 receptor beta1 (IL-12Rbeta1): evidence for an IL-12Rbeta1-independent pathway of IL-12 responsiveness in human T cells // *J Exp Med.* - 2000. - Vol. 21, 192 (4). P. 517-28.

408. Virgala J., Brandeburova O., Sopoko V. Polymicrobiol infections in recurrent tonsillitis and adenoiditis in children. // *Ceskoslov. Pediat.* - 1993. - Vol. 48. - № 11. - P. 675-677.

409. Wagner CR, Nettelbladt U, Sahlen B, Nilholm C. Conversation versus narration in pre-school children with language impairment. // *Int J Lang Commun Disord.* - 2000. - V. 35(1). - P. 83-93.

410. Wawschinek O. *Berichte der OGKC* 8, 1985, 13-15.

411. Yamanaka N., Kimura T., Kawaguchi T. // *Immunobiology in otolaryngology. Progress of a decade.* / Eds. G. Mogi, J.E. Veldman, H. Kawachi. - Amsterdam. - New York. - 1994. - P. 543-550.

412. Young S.R., Dyson M., Bolton P. Effect of light on calcium uptake in macrophages. // *Laser Therapy.* - 1990. - Vol. 2. - P. 53-57

413. Zhao H., Li L., Liu X. Cellular immunity and epidemiologic analysis of pediatric patients with *Mycoplasma pneumonia* // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* - 1999. - Vol. 20 (1). - P. 47-9.

414. Zimprich H. *Kinderpsychosomatik-Stuttgart; Thieme*, 1984. - 185 s.

415. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

метода эндонозального применения отечественного иммуномодулятора полиоксидония у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом.

Метод эндонозального применения отечественного иммуномодулятора полиоксидония у детей с хроническим аденоидитом разработан доцентом кафедры поликлинической педиатрии Кемеровской государственной медицинской академии, кандидатом медицинских наук Вавиловой Верой Петровной. У часто болеющих детей с хроническим аденоидитом эндонозально применяется полиоксидоний в течение 10 дней, суточная доза 3 мг.

Проспективное наблюдение подтвердило эффективность воздействия полиоксидония на показатели местного иммунитета, нормализацию «микробного пейзажа» носоглотки, уменьшение гипертрофии глоточной миндалины.

Разработанная методика используется в процессе преподавания на кафедре клинической иммунологии и аллергологии ГОУ Института повышения квалификации Федерального управления «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ на цикле повышения квалификации «Клиническая иммунология и аллергология» на занятиях по теме «Длительно и часто болеющие дети; возможности иммунокоррекции. Возрастная динамика иммунологических показателей».

Доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии, к.м.н.



Т.П.Маркова

Подпись Т.П.Марковой заверяю:



АКТ О ВНЕДРЕНИИ МЕТОДИКИ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ АППАРАТОМ «РИКТА» (МАГНИТО - ИНФРАКРАСНАЯ ТЕРАПИЯ).

В практическую деятельность ЛОР - отделения 30 детской городской поликлиники ЗАО г. Москвы была внедрена методика лечения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом с использованием аппарата «Рикта» (магнито-инфракрасная терапия).

Материалы и методы. Для оценки эффективности использования аппарата «Рикта» были набраны две группы детей, сопоставимые по количественному, возрастному, половому составу и одинаково иммуноскомпрометированные. Все дети страдали хроническим аденоидитом, имели аденоидные вегетации (до 2 степени включительно), относились к группе часто болеющих детей.

Дети основной группы (50 человек) на фоне стандартной терапии хронического аденоидита (носовые души, промывание носоглотки, дыхательная гимнастика) получали курс терапии на аппарате «Рикта» по схеме, предложенной к.м.н. В.П.Вавиловой.

Дети контрольной группы (50 человек) получали только стандартную терапию (носовые души, промывание носоглотки, дыхательная гимнастика).

Результаты. На фоне применения терапии на аппарате «Рикта» у детей основной группы отмечено:

- снижение числа простудных заболеваний (по сравнению с аналогичным календарным периодом предшествующего года),
- снижение длительности и степени тяжести развившихся простудных заболеваний,
- улучшение риноскопической и фарингоскопической картины, эндоскопической картины полости носа, носоглотки.

По данным клинического осмотра, опроса родителей, сравнения заболеваемости с предшествующими годами эффективность методы оценена следующим образом:

Отлично- 80%

Хорошо – 15%

Удовлетворительно –5%

Неудовлетворительно- 0%.

Побочных эффектов на фоне лечения на аппарате «Рикта» выявлено не было.

Заключение. Предложенный метод может быть рекомендован как метод лечения хронического аденоидита у часто болеющих детей, а также использоваться для профилактики обострений хронического аденоидита у детей данной группы.

Зав. ЛОР-отделением 30 ДГП ЗАО г. Москвы
к.м.н.

Радциг Е.Ю.

Главный врач 30 ДГП ЗАО г. Москвы

Нутрихин В.Н.



АКТ
ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФАДЕНОИДНОГО КОЛЬЦА ПРИ
ПОМОЩИ МАГНИТО-ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО
ИЗЛУЧЕНИЯ АППАРАТОМ «МИЛТА-01», ПРОВОДИМОГО
ДОЦЕНТОМ КАФЕДРЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ
БАВИЛОВОЙ ВЕРЫ ПЕТРОВНЫ В 1998-2000г.г. В СИБИРСКОМ
ЦЕНТРЕ ЛАЗЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ Г.НОВОСИБИРСКА.

Комиссия, в составе председателя, руководителя Сибирского центра лазерной медицины, руководителя Сибирского отделения академии лазерных наук РФ, действительного члена академии лазерных наук РФ и медико-технических наук РФ, доктора медицинских наук, главного врача специализированной легочно-хирургической больницы №1 г.Новосибирска Огиренко А.П., и членов врача-эндоскописта Васильева Н.Е., ЛОР-врача, лазеротерапевта Медведковой Н.Д. при проверке результатов методики лечения детей с хроническим аденоидитом, гиперплазией глоточной миндалины 2 степени с применением квантовой терапии установила следующие результаты реабилитации:

из пролеченных 115 детей с хроническим аденоидитом, гиперплазией глоточной миндалины 2 степени у 90% детей отмечено обратное развитие гипертрофированной глоточной миндалины до 1 степени, исчезновение признаков воспаления её. У 10% детей с сочетанной патологией хронического аденоидита и хронического гайморита, хронического аденоидита и рецидивирующего отита улучшения не наблюдалось.

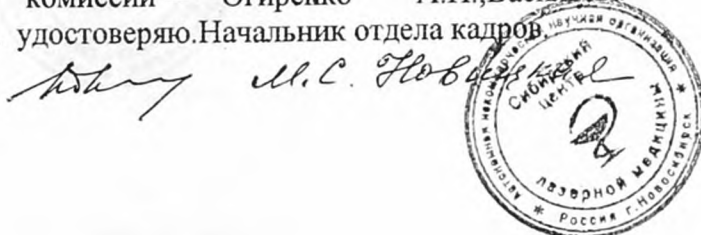
Председатель:

Руководитель Сибирского центра лазерной медицины, руководитель Сибирского отделения академии лазерных наук РФ, действительный член академии лазерных наук РФ и медикотехнических наук РФ, доктор медицинских наук, главный врач специализированной легочно-хирургической больницы №1 г.Новосибирска

Члены комиссии:

Подписи членов комиссии Огиренко А.П., Васильев Н.Е., Медведкова Н.Д.

Н.Е., Медведковой Н.Д. удостоверяю. Начальник отдела кадров



Акт внедрения

методики

дифференцированного ведения часто болеющих детей с

хроническим аденоидитом

Метод дифференцированного ведения часто болеющих детей с хроническим аденоидитом разработан доцентом кафедры поликлинической педиатрии Кемеровской государственной медицинской академии, кандидатом медицинских наук Вавиловой Верой Петровной.

Проспективное наблюдение подтвердило эффективность предлагаемых программ для часто и длительно болеющих детей с хронической носоглоточной инфекцией. Разработанная методика используется в ГДБ №6 поликлинике №1 при совместном ведении детей с хроническим аденоидитом оториноларингологом и педиатром. Данный метод позволяет осуществлять органосохраняющую тактику ведения данной группы пациентов и значительно уменьшить процент часто и длительно болеющих детей с гипертрофией носоглоточной миндалины и хроническим аденоидитом.

Зав. 6 ГДБ поликлиники №1

Гончарик М.Г.

Зав. педиатрическим

Нагуманова Н.С.

21 ноября 2002г.



6 ГДБ поликлиники №1

**Акт о внедрении методики магнито-инфракрасной лазерной терапии
у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом, острым синуситом и другими
осложнениями течения ОРВИ аппаратом «Рикта».**

В детское оториноларингологическое отделение Детской клинической Морозовской больницы №1 города Москвы была внедрена методика лечения часто болеющих детей ОРВИ с различными осложнениями с использованием аппарата «Рикта» (магнито-инфракрасная терапия)

Материалы и методы

Для оценки эффективности использования аппарата «Рикта» были набраны две группы детей, сопоставимые по количественному, возрастному, половому составу и одинаково иммунокомпромитированною. Все дети относились к группе часто болеющих респираторными инфекциями, имели осложненное течение ОРВИ (хронический аденоидит) с аденоидными вегетациями до II степени включительно, острый синусит, острый средний отит, паратонзиллярный абсцесс, дети в послеоперационном периоде (адено-, тонзиллотомия).

Дети основной группы, 76 человек, в возрасте от 3-х до 15-ти лет, на фоне стандартной терапии основных заболеваний (24 ребенка – острый синусит, 16 – обострения хронического аденоидита, 12 детей – острый средний отит, 10 детей – паратонзиллярный абсцесс, 14 детей – после операционных вмешательств) получили курс квантовой терапии на аппарате «Рикта», предложенный доц.кафедры поликлинической педиатрии КГМА, к.м.н. В.П.Вавиловой.

Дети контрольной группы (50 человек) получали только стандартную терапию в соответствии с видом осложнения течения ОРВИ.

Результаты

- ✓ Улучшение регенерации, достоверно более быстрое заживление послеоперационной раны.
- ✓ Уменьшение числа повторных случаев отитов, синуситов в течение года.
- ✓ Улучшение риноскопической и фарингоскопической картины, эндоскопической картины полости носа, носоглотки.
- ✓ Снижение числа простудных заболеваний (по сравнению с аналогичным календарным периодом предшествующего года).
- ✓ Снижение длительности и степени тяжести развившихся простудных заболеваний.

По данным клинического осмотра, опроса родителей, сравнения заболеваемости с предшествующим годом эффективность метода оценена следующим образом:

Отлично – 72,7%

Хорошо – 19,5%

Удовлетворительно – 6,5%

Неудовлетворительно – 1,3%

Побочных эффектов на фоне лечения на аппарате «Рикта» выявлено не было.

Закключение: Предложенный метод может быть рекомендован как метод лечения осложнения течения ОРВИ у группы детей часто и длительно болеющих респираторными инфекциями, а также использоваться для профилактики рецидивирования осложненных форм течения респираторных заболеваний.

**Зав.детским отделением оториноларингологии
Детской клинической Морозовской больницы №1 г.Москвы**

В.Ф.Китайгородская

**Главный врач
Детской клинической Морозовской больницы №1 г.Москвы**



М.А.Корнюшин

Карта исследования больных, страдающих хроническим аденоидитом.

Фамилия Имя _____

Возраст _____ дата рождения _____

Адрес _____ телефон _____

Диагноз: основной _____

сопутствующий _____

Жалобы:	До лечения	После лечения
Утомляемость		
Затруднённое носовое дыхание		
Спит с открытым ртом		
Выделения из носа		

Особенности роста и развития ребёнка.

Беременность, её течение _____

Роды _____

Масса (доношенный, недоношенный) _____

Заболевания в период новорожденности: внутричерепная родовая травма, асфиксия, сепсис, уродства, ГБН, ОРЗ, в/у инфекция _____

Вид вскармливания: естественное _____

смешанное _____

искусственное _____

Заболевание раннего возраста: гипотрофия, паротрофия, анемия, рахит, лимфатико-гипопластический диатез _____

Перенесённые инфекционные заболевания: корь, коклюш, краснуха, ветряная оспа, скарлатина, ВГА, дизентерия, эпидем. паротит, псевдотуберкулёз _____

Ангина: с какого возраста _____

частота обострений _____

Проф. прививки _____

Физическое развитие _____

Нервно-психическое развитие _____

Речевое развитие _____

Лабораторные данные:

[illegible]

Назоци- тограм- ма	Эозино- филы	нейтро- филы	Эпите- лий цилинд- риче- ский	Эпите- лий плоский	лизосим	Секрет. Ig A	Секрет. IgG	АПЭ	Ig A	Ig M	Ig G

ЭКГ _____

КИГ _____

Схема получаемой терапии хронического аденоидита.

Методы лечения	С гнойным экссудатом	На фоне аллергического ринита	На фоне внутриклеточных инфекций (хламидии, микоплазма)
Промывание носоглотки	Октенисепт (1:6), малавит- 6 дней	Физиологический р-р – 6 дней и более	Октенисепт (1:6), малавит
АБТ	Местно биопарокс (нос, небные миндалины) – 7 дн.		Макролиды- рогамицин по 14 дней, 2 курса с интервалом 2 недели; местно биопарокс- 7 дней
Местные антигистаминные преп. Стабилизаторы мембран туч. кл. глюкокортикоиды		Аллергодил, гистимет, виброцил Интал, ломузол, кромоглин Фликсоназа, ринокорт, бекламед не более 2-3 нед.	
Мукорегулирующая терапия	Флуифорт, мукопронт	Флуифорт, мукопронт	Флуифорт, мукопронт
Иммуномодулирующая терапия	Местно: ИРС-19(2р в д 4 нед.) По показаниям: тимогенэндоnaz. 7-8 дн.	Местно: ИРС-19 (2р в д 4 нед.)	Интерферонотены: виферон в свечах 2 нед.(до 3-х лет- 150 тыс ME 2 р в д., 3-14 лет-500 тыс. ME 2 р в д.) Индукторы интерферона: ридостин эндоназально 7 дн., далее в/м №3
Квантовая терапия	10 сеансов + аевит	10 сеансов + аевит	10 сеансов + аевит
Биопрепараты 4 курса в год	В нос- наринэ 10 дн.(после очищения слизистой от гноя) Внутрь бифидумбактерин чередуя с наринэ по 3 нед.	В нос- наринэ 10 дн.(после очищения слизистой от гноя) Внутрь бифидумбактерин чередуя с наринэ по 3 нед.	В нос- наринэ 10 дн.(после очищения слизистой от гноя) Внутрь бифидумбактерин чередуя с наринэ по 3 нед.

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА

Фамилия, имя, отчество _____
 Возраст, дата рождения _____ Адрес _____
 Дата осмотра _____ Детское учреждение _____
 Группа, класс _____

Пол	ПКСВ выдоха	ПТМ		Спиромет.		Динамометрия		ОГК			Экс. гр. кл.	Л	П	О
		ВД.	ВЫД.	ВД.	ВЫД.	пр.	лев.	сп.	ВД.	ВЫД.				

Рост	ДН	АД	Пульс	Dsp.	Dcr.	Dtr.	Dext.	Ма	Р	Ах	Ме	L	V

Лоб:

Общее состояние: а) удовлетворительное; б) средней тяжести

телосложение:

тип конструкции _____
 физическое развитие _____
 половое развитие _____
 гигиена _____

Кожные покровы: чистые, фолликулит, сыпь петехиальная, папулезная, пятнистая

кровоподтеки, стрии и др. изменения _____

нормальной влажности, сухие, влажные, избыточная потливость _____

дермографизм красный, белый, розовый, волдырный _____

Подкожный слой: развит умеренно, избыток, недостаток, равномерно

Периферические лимфоузлы, размеры, консистенция: челюстные

шейные _____ затылочные _____

околоушные _____ кубитальные _____

паховые _____

единичные, группами, болезненны, безболезненны _____

не пальпируются _____

Костно-мышечная система: сколиоз, сутулость, кифоз, лордоз, крыловидные лопатки,

опущенные плечи (справа, слева) _____

плоскостопие _____

грыжевые выпячивания _____

Органы дыхания: носовое дыхание: свободное, затруднено; отделяемое: нет, серозное, серозно-

гнойное, гнойное (из носовых ходов, по задней стенке глотки), перегородка _____

придаточные пазухи - болезненность _____

в легких дыхание везикулярное, жесткое, хрипы _____

Сердечно-сосудистая система: границы _____

тоны сердца: громкие, ритмичные, приглушенные _____

аритмия дыхательная, экстрасистолия, пароксизмальная и др. _____

шум и его локализация, связь с тонами:

систолический _____

диастолический _____

грубый _____

мягкий _____

щелчок открытия митрального клапана _____

9. Органы пищеварения: язык _____

слизистые рта _____

зубы _____

прикус _____

живот _____

печень _____

селезенка _____

пальпация кишечника _____

стул _____

10. Мочеполовая система: почки (не) пальпируются _____

уролог _____

симптом Пастернацкого (+) (-) _____

11. Органы зрения _____

12. ЛОР-органы: миндалины до I, II, III степени _____

аденоиды I, II, III степени, нет _____

слух _____

13. Эндокринолог _____

14. Общее заключение _____

15. Группа здоровья: I, II, III, IV. _____

16. Рекомендации: _____

17. Дополнительные исследования _____

18. План реабилитации _____

КЛАСС:

ЛИСТ:

ФИО: _____
 ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____
 ВОЗРАСТ: _____

Для оценки состояния здоровья вашего ребенка, ответьте на следующие вопросы:

- | | | | | |
|------|-----|---|----|-----|
| I. | 1. | Бывали ли головные боли (беспричинные, при волнении, после физической нагрузки, после детского сада, школы) | ДА | НЕТ |
| | 2. | Бывали ли спячки | ДА | НЕТ |
| | 3. | Бывает ли слабость, утомляемость после занятий (в школе, детском саду, дома) | ДА | НЕТ |
| | 4. | Бывали ли нарушения сна (длительное засыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам) | ДА | НЕТ |
| | 5. | Отмечается ли при волнении повышенная потливость или появление красных пятен | ДА | НЕТ |
| | 6. | Бывали ли головокружения, неустойчивость при перемене положения тела | ДА | НЕТ |
| | 7. | Бывали ли обмороки | ДА | НЕТ |
| II. | 8. | Бывают ли боли, неприятные ощущения в области сердца | ДА | НЕТ |
| | 9. | Отмечалось ли когда-либо повышение давления | ДА | НЕТ |
| III. | 10. | Бывает ли часто насморк | ДА | НЕТ |
| | 11. | Бывает ли часто кашель | ДА | НЕТ |
| | 12. | Бывает ли часто потеря голоса | ДА | НЕТ |
| IV. | 13. | Бывали ли боли в животе | ДА | НЕТ |
| | 14. | Бывали ли боли в животе после приема пищи | ДА | НЕТ |
| | 15. | Бывали ли боли в животе до еды | ДА | НЕТ |
| | 16. | Бывали ли тошнота, отрыжка, изжога | ДА | НЕТ |
| | 17. | Бывали ли нарушения стула | ДА | НЕТ |
| | 18. | Была ли дизентерия | ДА | НЕТ |
| | 19. | Была ли болезнь Боткина | ДА | НЕТ |
| V. | 20. | Бывали ли когда-нибудь боли при мочеиспускании | ДА | НЕТ |
| | 21. | Бывали ли боли в моче | ДА | НЕТ |
| VI. | 22. | Бывали ли реакции на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства, (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) | ДА | НЕТ |
| | 23. | Бывали ли реакции на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) | ДА | НЕТ |
| | 24. | Имелись ли проявления экссудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема) | ДА | НЕТ |

ЗАБОЛЕВАНИЯ РОДСТВЕННИКОВ:

МАМА _____
 ПАПА _____
 БРАТ/ВРАТ _____
 ДЕДУШКА _____

/Перечисляются все заболевания, а не только хронические/

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:

Тошнота, тошнота, отеки, особенности аппетита, артериальное давление, гемоглобин, угроза прерывания, лечение во время беременности

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ:

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ:

ПЕРИОД ДО РОДА:

Активность кормления грудью _____
 Прибавка в весе _____
 Вес к году _____
 Когда стал держать головку _____
 Ползать _____, Сидеть _____, Ходить _____, Стоять _____
 Профилактика рахита _____, Профилактика анемии _____
 Перенесенные заболевания _____
 Осмотр невропатологом _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ:

с 1 года до 2-х _____
 с 2-х до 3-х _____
 с 3-х до 6 лет _____
 в школьном возрасте _____

Состоит ли или состоит на диспансерном учете и какое лечение получает

ЗАНИМАЕТСЯ:

в музыкальной школе _____
 художественной школе _____
 спортом _____
 физкультурой _____
 другие кружки _____

Освобожден ли от занятий физкультурой и на какой срок ?

Питается ли в школе, нравится ли, если не питается в школе, и почему ?

Завтракает ли дома ?

Характер питания дома /предпочитает бутерброды, хлеб или горячую пищу/

ХАРАКТЕР РЕБЕНКА:

внимательность _____
 раздражительность _____
 устает ли после школы ? _____
 общительность _____

какие игры предпочитает /спокойные или активные/ ?

предыдущие привычки /курение и т.д./ ?

много ли гуляет на улице ?

где и как отдыхает на каникулах ?

какие предметы любит в школе ?

АНКЕТА
для родителей, участников детского лагеря
«МИР МОЕЙ МЕЧТЫ»

1. Имя, фамилия ребенка _____

2. Дата рождения _____

3. Родители:

Мама (Фамилия, имя, отчество) _____

возраст _____

дом.адрес _____

дом.телефон _____

раб.телефон _____

Папа (Фамилия, имя, отчество) _____

возраст _____

дом.адрес _____

дом.телефон _____

раб.телефон _____

4. Сколько в вашей семье детей? Какого возраста? _____

5. Состоит ли ваш ребенок на диспансерном учете? _____

Принимает ли ваш ребенок в настоящее время медикаментозное лечение, какое? _____

Есть ли у вашего ребенка непереносимость лекарств, пищевых продуктов, реакция на укусы насекомых, цветочную пыльцу и др. _____

6. Что бы вы хотели, чтобы мы знали о вашем ребенке? _____

С условиями пребывания в Лагере «Мир Моей Мечты» ознакомлен и согласен

(подпись)

(дата)

АНКЕТА
участника детского лагеря
«МИР МОЕЙ МЕЧТЫ»

1. Имя, фамилия, возраст _____

2. Как ты хочешь, чтобы тебя называли в Лагере? _____

3. С кем ты живешь? _____

Кратко опиши их. _____

4. Что ты ожидаешь от Лагеря? _____

5. Что ты хочешь изменить

дома _____

в школе _____

с друзьями _____

6. Кратко опишите какие-нибудь события, произошедшие с вами до 8 лет

АДМИНИСТРАЦИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
КУЗБАССКАЯ ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА
КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ СОВЕТ ВСЕРОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА ИЗОБРЕТАТЕЛЕЙ И РАЦИОНАЛИЗАТОРОВ

ДИПЛОМ

II степени

Лауреату конкурса
«Иновация и
изобретение года - 2002»

Вавиловой Вере Петровне

за инновацию «Методика лечения
хронического аденоидита у детей»





МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА - ЯРМАРКА

ДИПЛОМ

DIPLOMA

**II СТЕПЕНИ
НАГРАЖДАЕТСЯ**

**КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ**

(г. Кемерово)

за лучший экспонат,
представленный на Международной выставке-ярмарке
«МЕДИНТЕКС»

Название экспоната:

*методическое пособие «Современные технологии в программе
профилактики, реабилитации и адаптации детей
дошкольного образовательного учреждения»*

Заместитель Губернатора
Кемеровской области

К.С. Курилов

Генеральный директор
ЗАО «Экспо-Сибирь»

С.Г. Гржецкий

г. Кемерово
22.02.2002 г.



Ф И П С

14 ОКТ 2002

Форма № 91 ИЗ, ПО-2001

ОТДЕЛ № 20

☐ (74)

650065, г. Кемерово,
ул. Ленина, 164-37
Б.П. Вавилову

На № - от -

(21) Наш № 2002119439/14(020407)

При переписке просим ссылаться на номер заявки и
сообщить дату получения данной корреспонденции

УВЕДОМЛЕНИЕ

о положительном результате формальной экспертизы

Формальная экспертиза по данной заявке завершена.

- ☒ 1. Приоритет 17.07.2002 (дата) установлен в соответствии с пунктом 1 статьи 19 Патентного закона Российской Федерации от 23.09.1992, введенного в действие 14.10.1992 (далее - Закон).
- ☐ 2. Ваша просьба об установлении приоритета по дате, указанной в заявлении о выдаче патента, будет рассмотрена в процессе экспертизы заявки по существу.
- ☒ 3. Экспертиза заявки по существу будет проведена при поступлении соответствующего ходатайства, которое может быть подано в течение трех лет с даты поступления заявки на изобретение в Патентное ведомство (п. 7 ст. 21 Закона). с документом об уплате пошлины в установленном размере.
- ☐ 4. Дополнительные материалы (Ваш исх. №) от) в части, изменяющей сущность заявленного изобретения (промышленного образца), на основании пункта 2 статьи 21 (п. 2 ст. 24) Закона не могут быть приняты во внимание при рассмотрении заявки.
- ☐ 5. Формальная экспертиза проведена в отношении пункта (ов) формулы в соответствии с размером уплаченной пошлины.

Экспертиза заявки по существу в последующем может быть осуществлена в отношении изобретений, содержащихся в пункте (ах) формулы, в отношении которого(ых) проведена формальная экспертиза.

- ☐ 6. Ходатайство о проведении экспертизы заявки по существу поступило (указать дату)
- ☐ Результаты его рассмотрения будут сообщены Вам дополнительно.
- ☐ Для его рассмотрения Вам необходимо представить документ, подтверждающий уплату пошлины в установленном размере (заполняется в случае подачи ходатайства заявителем).
- ☐ 7. Ходатайство о предоставлении льготы по уплате пошлины: ☐ удовлетворено ☐ не удовлетворено
- ☐ 8. Ходатайство о досрочной публикации сведений о заявке поступило и будет учтено.

(см. на обороте)

04/-

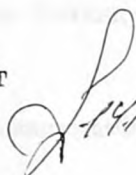
200306

ПОЯСНЕНИЯ И ДОВОДЫ ЭКСПЕРТИЗЫ

Для устранения недостатков в оформлении документов заявки Вам следует в двухмесячный срок с даты получения настоящего уведомления представить:

- ☐ текст описания, формулу изобретения и реферат, напечатанные шрифтом черного цвета через два интервала с высотой заглавных букв не менее 2,1 мм согласно требованиям п. 6.5 Правил составления, подачи и рассмотрения заявки на выдачу патента на изобретение от 17.04.1998, введенных в действие 16.10.1998 с изменениями, внесенными приказом Роспатента от 08.07.1999 №133 (Правила составления, подачи и рассмотрения заявки на выдачу патента на промышленный образец от 17.04.1998, введенных в действие 23.10.1998) (далее - Правила).
- ☐ описание изобретения, формулу изобретения, реферат и чертежи на листах, имеющих поля в соответствии с требованиями п. 6.3 Правил.

Государственный патентный эксперт
отдела формальной экспертизы

 14.10.2002 Б.С.Акимова
240 34 92

13 НОЯ 2002



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ПРОМЫШЛЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Бережковская наб., 30, корп. 1, Москва, Г-59, ГСП-5, 123995
Телефон 240 60 15. Телекс 114818 ПДЧ. Факс 243 33 37

☐ (74)

650065, г. Кемерово,
пр. Ленина 164-37,
В.П. Вавиловой

На № -- от

(21) Наш № 2002119788/I4(0207I4)

При переписке просим ссылаться на номер заявки и
сообщить дату получения данной корреспонденции

УВЕДОМЛЕНИЕ

о положительном результате формальной экспертизы

Формальная экспертиза по данной заявке завершена.

- ☒ 1. Приоритет 22.07.2002 (дата) установлен в соответствии с пунктом 1 статьи 19 Патентного закона Российской Федерации от 23.09.1992, введенного в действие 14.10.1992 (далее - Закон).
- ☐ 2. Ваша просьба об установлении приоритета по дате, указанной в заявлении о выдаче патента, будет рассмотрена в процессе экспертизы заявки по существу.
- ☐ 3. Экспертиза заявки по существу будет проведена при поступлении соответствующего ходатайства, которое может быть подано в течение трех лет с даты поступления заявки на изобретение в Патентное ведомство (п. 7 ст. 21 Закона). при условии уплаты пошлины в установленном размере.
- ☐ 4. Дополнительные материалы (Ваш исх. №) в части, изменяющей сущность заявленного изобретения (промышленного образца), на основании пункта 2 статьи 21 (п. 2 ст. 24) Закона не могут быть приняты во внимание при рассмотрении заявки.
- ☒ 5. Формальная экспертиза проведена в отношении 2 пункта (ов) формулы в соответствии с размером уплаченной пошлины.

Экспертиза заявки по существу в последующем может быть осуществлена в отношении изобретений, содержащихся в пункте (ах) формулы, в отношении которого(ых) проведена формальная экспертиза.

- ☐ 6. Ходатайство о проведении экспертизы заявки по существу поступило (указать дату)
- ☐ Результаты его рассмотрения будут сообщены Вам дополнительно.
- ☐ Для его рассмотрения Вам необходимо представить документ, подтверждающий уплату пошлины в установленном размере (заполняется в случае подачи ходатайства заявителем).
- ☐ 7. Ходатайство о предоставлении льготы по уплате пошлины: ☐ удовлетворено ☐ не удовлетворено
- ☐ 8. Ходатайство о досрочной публикации сведений о заявке поступило и будет учтено.

Главный государственный патентный
эксперт отдела формальной экспертизы

Е.П. Мурзина

(см. на обороте)

2/-

ДПМ-17.10.2002

200227

Информация о дальнейшем делопроизводстве - по телефону 240-61-38

ПОЯСНЕНИЯ И ДОВОДЫ ЭКСПЕРТИЗЫ

Для устранения недостатков в оформлении документов заявки Вам следует в двухмесячный срок с даты получения настоящего уведомления представить:

- ☐ текст описания, формулу изобретения и реферат, напечатанные шрифтом черного цвета через два интервала с высотой заглавных букв не менее 2,1 мм согласно требованиям п. 6.5 Правил составления, подачи и рассмотрения заявки на выдачу патента на изобретение от 17.04.1998, введенных в действие 16.10.1998 с изменениями, внесенными приказом Роспатента от 08.07.1999 №133 (Правила составления, подачи и рассмотрения заявки на выдачу патента на промышленный образец от 17.04.1998, введенных в действие 23.10.1998) (далее - Правила).
- ☐ описание изобретения, формулу изобретения, реферат и чертежи на листах, имеющих поля в соответствии с требованиями п. 6.3 Правил.

ПОЛУЧЕНО

(22) Дата поступления

ФИПС

01.07.2002

Дата перевода международной заявки на национальную фазу

Приоритет

2002119439



Входящий №

020407

☐ (86)

регистрационный номер международной заявки и дата международной подачи, установленные получающим ведомством (регистрационный номер и дата подачи евразийской заявки)

(87)

номер и дата международной публикации международной заявки (дата публикации евразийской заявки)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выдаче патента Российской Федерации на изобретение

В Российское агентство
по патентам и товарным знакам
121858, Москва, Бережковская наб. 30
Федеральный институт промышленной собственности

Представляя указанные ниже документы, прошу (просим) выдать
патент Российской Федерации на имя
заявителей

(71) Заявитель(и):

Вавилова Вера Петровна

Павленко Сергей Александрович

Код организации
по ОКПО
(если он установлен)

Код страны по стандарту
ВОИС ST.3
(если он установлен)
11

(указывается полное имя или наименование и местожительство или местонахождение
Данные о местожительстве авторов-заявителей приводятся в графе с кодом 97)

- ☐ Прошу (просим) установить приоритет изобретения по дате:
☐ подачи первой(ых) заявки(ок) в стране-участнице Парижской конвенции (п. 2 ст. 19 Закона)
☐ поступления более ранней заявки в Патентное ведомство в соответствии с п. 4 ст. 19 Закона
☐ поступления первоначальной заявки в Патентное ведомство в соответствии с п. 5 ст. 19 Закона
☐ поступления дополнительных материалов к более ранней заявке (п. 3 ст. 19 Закона)
☐ (Заполняется только при испрашивании приоритета более раннего, чем дата поступления заявки в Патентное ведомство)

☐ № первой, более ранней,
первоначальной заявки

☐ Дата испрашиваемого приоритета

(33) Код страны подачи по ST.3 (при
испрашивании конвенционного приоритета)

1.
2.
3.

(54) Название изобретения

Способ лечения хронического аденоидита у детей

(98) Адрес для переписки (полный почтовый адрес, имя или наименование адресата)

650065, г. Кемерово, пр. Ленина, 164-37, Вавилова В.П.

Телефон: 51-83-16

Телекс:

Факс:

(74) Патентный поверенный (полное имя, регистрационный номер, местонахождение)

Телефон:

Телекс:

Факс:

☐ Доверенность ☐ копия доверенности прилагается

Перечень прилагаемых документов:	Кол-во л. в 1 экз.	Кол-во экз.	Основание для возникновения права на подачу заявки и получение патента (без представления документа)
☒ описание изобретения	8	3	☒ заявитель является работодателем и соблюдает условия п. 2 ст. 8 Закона ☐ переуступка права работодателем иному лицу ☐ переуступка права автором или его правопреемником иному лицу ☐ право наследования
☒ формула изобретения (кол-во независимых пунктов <u>1</u>)	2	3	
☐ чертеж(и) и иные материалы		3	
☒ реферат	2	3	
☒ документ об уплате пошлины:	1	1	
☒ за подачу заявки			
☐ за проведение экспертизы			
☐ документ, подтверждающий наличие оснований для:			
☐ освобождения от уплаты пошлины			
☐ уменьшения размера пошлины			
☐ копия(и) первой(ых) заявки(ок) (при испрашивании конвенционного приоритета)			
☐ перевод заявки на русский язык			
☐ доверенность, удостоверяющая полномочия патентного поверенного			
☐ другой документ (указать)			
(72) Автор(ы) (указывается полное имя)	(97) Полный почтовый адрес местожительства, включая наименование страны и ее код по стандарту ВОИС ST.3, если он установлен		Подпись(и) автора(ов), переуступившего(и) право на получение патента; дата
Вавилова Вера Петровна	650065, г. Кемерово, пр. Ленина, д. 164, кв. 37 (11)		
Павленко Сергей Александрович	650070, г. Кемерово, пр. Молодежный, д. 11-б, кв. 90 (11)		
Я (мы) _____ (полное имя) _____ про			
(просим) не упоминать меня (нас) как автора(ов) при публикации сведений о заявке, о выдаче патента			
Подпись(и) автора(ов):			
Правопреемник автора, переуступивший право на получение патента (полное имя и наименование, местожительство или местонахождение, подпись, дата):			
Подпись Заявители: <i>В.П. Вавилова 12.07.02.</i> В.П. Вавилова <i>С.А. Павленко 12.07.02.</i> С.А. Павленко			
подпись(и) заявителя(ей) или патентного поверенного, лица, на чье имя испрашивается патент; дата подписи(ей) (при подписании от имени юридического лица подпись руководителя удостоверяется печатью)			

ПОЛУЧЕНО

Заполняется
НИИГПЭ

(22) Дата поступления ФИПС 01.04.2002	Дата перевода международной заявки на национальную фазу	2002119788 
	Приоритет	Входящий № 020714
☐ (86) регистрационный номер международной заявки и дата международной подачи, установленные получающим ведомством ☐ (87) регистрационный номер и дата подачи евразийской заявки номер и дата международной публикации международной заявки (дата публикации серийной заявки)		

- 6 АВГ 2002

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче патента Российской Федерации
на изобретение**

В Комитет Российской Федерации
По патентам и товарным знакам
121858 Москва, Бережковская наб., 30/1
ФИПС

Представляя указанные ниже документы, прошу
(просим) выдать патент Российской Федерации на имя
заявителей

(71) Заявитель (и):
Вавилова Вера Петровна
Пинегин Борис Владимирович
Некрасов Аркадий Васильевич

Код организации
по ОКПО
(если он установлен)

Код страны по
стандарту ВОИС-ST.3
(если он установлен)

(указывается полное имя или наименование заявителя(ей) и его(их) местожительство или местонахождение. Данные о местожительстве авторов-заявителей приводятся в графе с кодом 97)

- ☐ Прошу (просим) Установить приоритет изобретения дате по :
- ☐ подачи первой (ых) заявки (ок) в стране -участнице Парижской конвенции (п.2 ст. 19 Закона).
- ☐ поступления более ранней заявки в Патентное ведомство в соответствии с п. 4 ст. 19 Закона
- ☐ поступления первоначальной заявки в Патентное ведомство в соответствии с п. 5 ст. 19 Закона
- ☐ поступление дополнительных материалов к более ранней заявке (п. 3 ст. 19 Закона)
- (заполняется только при испрашивании приоритета более раннего, чем дата поступления заявки в Патентное ведомство)

☐ № первой, более ранней, первоначальной, заявки	☐ Дата испрашиваемого приоритета	(33) Код страны по СТ. 3 (при испрашивании конвенционного приоритета)
1.		
2.		
3.		

(54) Название изобретения
Способ консервативного лечения хронического аденоидита

(98) Адрес для переписки (полный почтовый адрес, имя или наименование адресата)
650065, г. Кемерово, пр.Ленина, 164-37. Вавилова В.П.

Телефон: 518316

Телекс:

Факс:

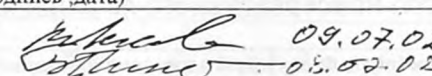
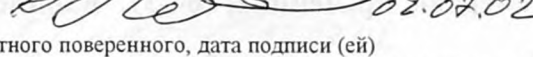
(74) Патентный поверенный (полное имя, регистрационный номер)

Нужно отметить знаком, Заявление с рефератом, представленным НИИГПЭ, является уведомлением о поступлении заявки.

Телефон:

Телекс:

Факс:

Перечень прилагаемых документов:		Кол-во в 1 экз.	Кол-во экз.	Основания для возникновения права патент (без представления документа)
☒ описание изобретения		8	3	
☒ формула изобретения (кол-во независимых пунктов 1)		1	3	
☐ чертеж (и) и иные материалы				
☒ реферат		1	3	
☒ документы об уплате пошлины ☒ за подачу заявки ☐ за проведение экспертизы		1	1	☐ заявитель является работодателем и соблюдены условия п. ст. 8 Закона
☐ документ, подтверждающий наличие оснований для : ☐ освобождение от уплаты пошлины ☐ уменьшение размера пошлины				☐ переуступка права работодателем иному лицу
☐ копия (и) первой (ых) заявки (ок) (при испрашивании конвенционного приоритета)				☐ переуступка права автором или его правопреемником иному лицу
☐ перевод заявки на русский язык				☐ право наследования
☐ доверенность, удостоверяющая полномочия патентного поверенного				
☐ другой документ (указать)				
(72) Автор (ы)	(97) А Адрес местожительства (для иностранцев код страны по стандарту ВОИС СТ.3, если он установлен)			☐ подпись автора переуступившего заявит. право на получение патента; дата
Вавилова Вера Петровна	650065, г.Кемерово, пр.Ленина 164-37 (11)			
Пинегин Борис Владимирович	115477, г.Москва, ул. Кантимировская, 29/1-160 (11)			
Некрасов Аркадий Васильевич	121351, г.Москва, ул.Кунцевская, 24/1-420 (11)			
Я (мы) _____ прошу (просим) не упоминать меня (нас) как автора (ов) при публикации сведений о заявке, о выдаче патента Подпись (и) автора (ов): _____				
Правопреемник автора, переуступивший заявителю право на получение патента (полное имя или наименование, место жительства или местонахождение, подпись, дата) _____				
Подпись _____				
Заявители:  09.07.02  08.02.02  02.07.02				
подпись (и) заявителя (ей) или патентного поверенного, дата подписи (ей) (при подписании от имени юридического лица подпись руководителя удостоверяется печатью)				
/Вавилова В.П./ /Пинегин Б.В./ /Некрасов А.В./				