

Вавилова Вера Петровна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ У
ДЕТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ**

Специальность 14.00.09 – Педиатрия

**Автореферат диссертации
на соискание ученой степени доктора
медицинских наук**

Екатеринбург-2003

Работа выполнена в Кемеровской государственной медицинской академии

Научные консультанты:

- доктор медицинских наук, профессор
Н.К.Перевощикова
- доктор медицинских наук, профессор
Т.И.Гарашенко

Официальные оппоненты:

- доктор медицинских наук, профессор
С.М.Гавалов
- доктор медицинских наук, профессор
Н.Е.Санникова
- доктор медицинских наук, профессор
Т.В.Матковская

Ведущая организация: Московская государственная медицинская академия имени И.М.Сеченова

Защита диссертации состоится «__» _____ 2003 года в ____ час на засе-

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 (Баранов А.А., Намазова Л.С., 2003). Проблема формирования здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста остается весьма актуальной, именно на эти возрастные периоды приходится пик острой заболеваемости. (Маркова Т.П., Чувилов Д.П., 2002; Daele J., Zicot AF, 2000). Одним из приоритетных направлений в педиатрии является охрана здоровья детей, посещающих образовательные учреждения, респираторная заболеваемость в которых не имеет тенденции к снижению (Дашевская Н.Д., Чередниченко А.М., 2001; Таточенко В.К., 2002). 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 (Березина Н.О., 2001; Матвеева Н.О., 2001).

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 (Агаджанова С.Н., 1995; Перевощикова Н.К., Давыдов Б.И., 1999; Березенцева Е.В., Краснов В.М., 2001; Cullough A, 2001). Нерешенными остаются вопросы эффективности неспецифических методов профилактики, направленных на повышение резистентности детского организма (Марченко Т.К. и соавт., 1999; Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомилский, 2000; И.Е. Сквиря и соавт. 2000; Т.П. Маркова и соавт., 2000; Rigby AS, 1999) к повторным респираторным заболеваниям, в основе которых лежит многофакторность, что диктует

необходимость изыскания новых подходов в оздоровлении часто болеющих детей. (Тузанкина И.А., Синявская О.А., 1993; Л.Ф. Казначеева Л.Ф., 1994; Мандров С.И., 1998; Таточенко В.К., 2001; Kilic SS., 2000; Akikusa JO, Kempas AS.,2001).

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 (Доскин В.А., Голубева Л.Г., 2002; Дашевская Н.Д., 1998; Матвеева Н.А. и др., 2001). 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 (Доронова Т.Н. и соавт., 2002). 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 (Усанова Е.П. и соавт., 2003; Kornfalt R.,2000). К сожалению, работа по сохранению и укреплению здоровья детей проводится не в полной мере, что связано с отсутствием взаимодействия учреждений образования и здравоохранения (Первошкова Н.К., 1997; Жданова Л.А., 2003). Современная семья в большей мере, чем прежде, нуждается в помощи (медицинской, педагогической, социальной) (Gaag A. et. al, 1998; Oka S. Ueda R., 1998; Ткачева В.П., 2000; Корепанова М.В., 2001; Марковская М.В., 2000). 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 со-

трудничество 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 охраны здоровья населения 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 фюзафюнжина.

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 аденонозальной 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 заболеваемости 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 Красноярск (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 2002-2005 гг.» (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 Федераль-

ного управления «Медбиоэкстрем» 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 инфекционных 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 совре-

менной 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.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 343 страницах машинописного текста, содержит 18 рисунков, 5 фотографий, 57 таблиц. Диссертация состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 415 источников (302 - отечественных и 113 - зарубежных).

Организация, объем и методы исследования.

В течение 7 лет под нашим наблюдением находилось 2326 детей дошкольного (1942) и младшего школьного (1384) возраста областного центра Кузбасса – г. Кемерово с развитой угольной, химической и металлургической промышленностью. Мальчиков было 1168, девочек 1158. Обследование детей проводилось в клиниках медицинской академии : МУЗ «ДКБ №7», областной клинической больнице №1, ГДКБ №1. Все наблюдаемые дети в зависимости от способа профилактики, лечения и реабилитации разделены на основные и контрольные группы, которые 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. Основные группы состояли из детей, прошедших обучение по образовательным программам (156 человек), младших школьников, родители которых учились по образовательным программам (150 человек), и детей, прошедших обучение параллельно с родителями (152 человека). В контрольной группе (150 человек) школьники и их родители не учились по образовательным программам. В основных группах проводились профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия: иммуномодулирующая терапия (полиоксидоний с лечебной (40 человек) и профилактической целью (56 человек),

ридостин – 184 человека, ИРС-19 с лечебной (155 человек) и профилактической целью (206 человек), терапия местным антибактериальным средством фюза-фюнжином с лечебной (108 человек) и профилактической целью (143 человека). Детям контрольных групп (275 детей) профилактические вмешательства ограничивались витаминотерапией, при развитии ОРВИ назначалась симптоматическое лечение. Квантовые методы в основных группах профилактики острых заболеваний дыхательной системы проводились с использованием ИГНЛ-профилактики - 147 человек), ИКЛИ-профилактики - 151 человек, МИЛ-профилактики -156 человек, имитация лазерной профилактики (с подсветкой простой лампочкой-138 человек). В контрольной группе детей (126 человек) квантовой профилактики не применялось. Проведенные исследования, профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия начинались с анкетирования родителей (опросник родительского отношения Я.А.Варги, В.В.Столина), анкет состояния здоровья ребенка, общеклинического исследования с определением группы здоровья (С.М. Громбах,1981) и повторного анкетирования с оценкой эффективности оздоровительных программ в ДОУ. Общеклиническое исследование дополнялось изучением психологического статуса. Для оценки уровня тревожности дошкольников и учащихся 1-2-х классов использовалась методика Р.Теммла-М.Дорки-В.Амена. Для школьников оценка психологического статуса дополнялась диагностикой тревожности по методике А.М.Прихожан (1987), позволяющей оценить структурные показатели тревожности: учебную, самооценочную и межличностную. Проективную методику «Рисунок семьи» применяли для анализа особенностей внутрисемейных отношений, а также наличия тревожности у ребенка, связанной с семейной атмосферой. 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). Цветовой тест отношений (на основе теста М.Люшера) использовали для выяснения общего эмоционального фона в отношениях ребенка с ближайшим школьным и семейным окружением.

Мы проследили динамику изменений детско-родительских отношений с дошкольного возраста до окончания начальной школы. Компоненты родительского отношения к ребенку оценивались с помощью теста Я.А.Варги и В.В.Столина (тест ОРО).

Исследования функционального состояния верхних дыхательных путей включали методы бактериологического исследования, цитологического анализа, гуморальных факторов местного иммунитета - секреторного иммуноглобулина класса А (S IgA), Ig A, Ig G, факторов неспецифической резистентности - лизоцим.

Использовались иммуоферментные тест-системы для определения антител класса G и M против хламидий – “ХламиБест-IgG» и “ХламиБест-IgM», разработанные в лаборатории хламидиоза АО «Вектор-Бест»(г. Кольцово). С помощью этих тест-систем проводилось обследование сыворотки и плазмы крови пациентов.

Цитологический анализ назального секрета предусматривал использование серии методик цитологического исследования. 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. При каждом исследовании подсчёт того или иного показателя проводили на 100 клеток (А.Я.Осин,1986; Л.А.Матвеева,1986).

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 характеристики процессов фагоцитоза использовался индекс фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН). В качестве показателя оценки состояния местного иммунитета исследовали 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). Материалом для исследования служили промывные воды носа, слюна. По показаниям изучался иммунный статус с определением Т-лимфоцитов по М. Tondal (1972), В-лимфоцитов по В. F. Mendes (1973), уровня сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM по Манчини (1965). Исследование неспецифических факторов защиты слизистой верхних дыхательных путей с определением активности лизоцима в слюне и назальном секрете проводилось нефелометрическим способом по методу В. Г. Дорофейчук (1968), основанный на способности лизоцима растворять взвесь эталонного штамма *Micrococcus lysodenticus*.

Документирование дефицита йода в организме у детей по уровню экскреции его с мочой проводилось унифицированным арсенитно-цериевым методом на проточном фотометре «Эппендорф» (Wawschinek85).

Эндоскопический контроль за носоглоткой осуществляли при помощи эндоскопической видеосистемы Karl Storz. Риноманометрия проводилась на риноманометре, изготовленном на кафедре оториноларингологии КГМА.

Экспертная оценка оздоровительной программы проводилась с помощью результативного метода, предлагаемого ВОЗ для контроля за качеством оздоровительной работы (В. С. Коваленко и др., 1997). В качестве характеристик заболеваемости использовались показатели заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями за год (общее число случаев ОРВИ у ребенка, в том числе осложненных бронхитом, синуситами, отитом и средняя продолжительность одного случая). Критерием эффективности комплекса и его мероприятий являлись индекс эффективности (ИЭ), определяемый отношением заболеваемости детей в контрольной (на 100) и оздоровительной группе (на 100), а также динамика уровня местных факторов защиты неспецифической резистентности слизистой верхних дыхательных путей (S IgA, лизоцим назального секрета) и микробиоценоза носоглотки. Индекс эффективности является количественной мерой выраженности отличий в заболеваемости незащищаемых и защищаемых детей.

С целью определения индивидуального риска развития гипертрофии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита у детей мы применили один из методов распознавания образов наибольшего правдоподобия, который принадлежит к числу немногих простых способов, основанных на предположении о независимости факторов. Оценку факторов риска проводили по методике Е.Н.Шигана [1973]. Определяется прогностический коэффициент $R = K \times \text{НИП}$, который и характеризует вклад конкретного фактора риска в развитие патологии. Риск патологии (группа риска) рассчитывается как отношение всех прогностических коэффициентов R к суммарному K : $R : K = (K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП}) : K$; Группы риска определяются в границах между минимальным и максимальным риском.

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).

Полученные результаты исследований обработаны на ПК типа IBM Duron 750 с использованием пакета программ Microsoft Excel - вычисление средних значений, стандартных отклонений и ошибок средних, достоверность различий, корреляционный анализ.

Результаты исследований и их обсуждение

1. Состояние здоровья «организованных детей» дошкольного и младшего школьного возраста. Средний уровень заболеваемости по обращаемости до начала профилактических и реабилитационных мероприятий составлял $2667,67 \pm 0,03$ случаев и $18307,8 \pm 0,06$ дней нетрудоспособности родителей на 1000 детей и формировался в первую очередь 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 у детей в 3-4 года с достоверным снижением их по обращаемости

к 7 годам ($P < 0,001$). Учитывая преобладающее значение в структуре заболеваемости по обращаемости острой патологии органов дыхания, мы разделили детей на группы в зависимости от уровня заболеваемости респираторного тракта.

Индивидуальная оценка уровня заболеваемости патологии органов дыхания с помощью центильного метода (А.Я.Осин, 1988)) 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} (34,05%). В группе детей с низким уровнем заболеваемости последняя была представлена в основном ОРВИ (99,22%), протекавшими 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%), Ангины фолликулярные и лакунарные составляли 1,70%. В группе детей с высоким уровнем заболеваемости наряду с тенденцией к снижению ОРВИ увеличивались случаи обострения хронического аденоидита (14,37%), пневмонии (3,56%). Патология ЛОР-органов была представлена хроническим аденоидитом и гипертрофией носоглоточной миндалины. 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. 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. По мере увеличения кратности острой патологии органов дыхания у детей достоверно нарастала тяжесть ОРВИ, длительность и выраженность клинических проявлений ($p < 0,001$), частота осложнений ($p < 0,01$).

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 ($P < 0,001$). В половине случаев дети со средним и высоким уровнем заболеваемости подвергались

фактору «пассивного курения». В группе детей с высоким уровнем острых заболеваний органов дыхания чаще встречались неадекватность физического воспитания, несоблюдение режимных моментов ($P<0,001$). Дети из семей с наиболее высоким уровнем доходов семьи достоверно чаще выявлялись среди пациентов с высоким уровнем заболеваемости ($P<0,001$). Комплексная оценка здоровья (табл. №1) показала, что дети с низким уровнем заболеваемости относились к I ($42,9\pm3,0\%$) и II ($57,1\pm3,0$) группам здоровья. Подавляющее большинство детей со средним уровнем заболеваемости имели функциональные нарушения ($71,8\pm1,1\%$), тогда как у 2/3 детей с высоким уровнем заболеваемости регистрировалась хроническая патология (III группа – $72,6\pm1,6\%$).

Таблица №1

**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	%
	все-го	всего	все-го	всего	все-го	всего	всего	всего
Низкий уровень заболеваемости P_{0-25}								
I	28	$10,4\pm1,9$	34	$12,7\pm2,0$	53	$19,8\pm2,4$	115	$42,9\pm3,0$
II	26	$9,7\pm1,8$	33	$12,3\pm2,0$	94	$35,1\pm2,9$	153	$57,1\pm3,0$
Итого	54	$20,1\pm2,4$	67	$25,0\pm2,6$	147	$54,9\pm3,0$	268	$100,0$
Средний уровень заболеваемости P_{26-75}								
II	193	$15,3\pm1,0^*$	217	$17,2\pm1,1^*$	498	$39,4\pm1,4$	908	$71,8\pm1,1^{***}$
III	35	$2,8\pm0,5$	68	$5,4\pm0,6$	254	$20,1\pm1,1$	357	$28,2\pm1,3$
Итого	228	$18,0\pm1,2$	285	$22,5\pm1,2$	752	$59,4\pm1,4$	1265	$100,0$
Высокий уровень заболеваемости P_{76-100}								
II	45	$5,7\pm0,8^{***}$	49	$6,2\pm0,9^{***}$	123	$15,5\pm1,3^{**}$	217	$27,4\pm1,6^{***}$
III	96	$12,1\pm1,2^{***}$	118	$14,9\pm1,2^{***}$	362	$45,6\pm1,8^{**}$	576	$72,6\pm1,6^{***}$
Итого	141	$17,8\pm1,4$	167	$21,1\pm1,4$	485	$61,2\pm1,7$	793	$100,0$
Всего	423	$18,2\pm0,8$	519	$22,3\pm0,9$	1384	$59,5\pm1,0$	2326	$100,0$

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: • - $P<0,05$; •• - $P<0,01$; ••• - $P<0,001$

Изучение местного иммунитета и неспецифических факторов защиты слизистой у детей с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания показал у детей с низким уровнем заболеваемости достаточный уровень мукоцилиарного клиренса, о чем свидетельствовали оптимальное количество ЦЭ, низкая колонизация слизистой 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 верхних дыхательных путей. В группе детей со средним и высоким уровнем заболеваемости в назоцитогамме прогрессивно и достоверно уменьшалось количество ЦЭ ($P<0,05$), повышалось содержание нейтрофилов ($P<0,01$; $P<0,001$) с угнетением их фагоцитарной активности ($P<0,05$), увеличивалась обсемененность слизистой верхних дыхательных путей кокковой флорой ($P<0,001$), падала концентрация SIgA ($P<0,05$, $P<0,001$) и ферментативная активность 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 ($P<0,05$). Микробиоценоз носа и ротоглотки у детей с низким уровнем 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%), с целью выработки путей профилактики ее нами проведено прогнозирование риска развития гиперплазии носоглоточной миндалины и хронического аденоидита. Коэффициенты отношения правдоподобия, которые рассчитывались по факторам риска развития гиперплазии носоглоточной миндалины (возраст, вид вскармливания, наличие ане-

мин, снижение неспецифической резистентности, в том числе длительный насморк, отягощенная наследственность по патологии лимфо-глочного кольца, неблагоприятный аллергический фон, снижение местного иммунитета, неспецифических факторов защиты, определены у 100 детей с хроническим аденоидитом на фоне гипертрофии носоглоточной миндалины II степени и 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.

2. Зависимость состояния здоровья детей от уровня общей, структурной тревожности и типа родительских отношений. Состояние физического здоровья неразрывно связано с психоэмоциональным состоянием ребенка. Различные стрессогенные ситуации (болезнь, напряженные отношения в семье и детском коллективе, учеба) приводит 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 показало высокий уровень тревожности уже у детей 5-6 летнего возраста, часто болеющих острой патологией органов дыхания, когда школьный фактор еще не имел значение. Большинство детей с низким уровнем заболеваемости эмоционально благополучны. На фоне высокого уровня заболеваемости повышается психологическая дезадаптированность ребенка, выраженность которой увеличивается с возрастом. Так, к 9-10 годам достоверно увеличивается число детей с учебной ($P<0,05$), самооценочной ($P<0,05$) и межличностной тревогой.

Узловым моментом формирования психологического состояния ребенка являются его взаимоотношения с родителями. Взаимосвязь типов родительского отношения и уровня тревожности у детей выявила наиболее высокий уровень всех видов локальной тревоги при наличии отвержения детей ($P<0,001$). Неприятие своего ребенка, эмоциональное отвержение, излишняя критика де-

тей с акцентом на достижение успехов обеспечивали высокий уровень учебной тревоги у $74,8 \pm 2,7\%$ - $71,1 \pm 2,4\%$ ($P < 0,001$) и межличностной у $66,8 \pm 2,9\%$ детей ($P < 0,001$). При отвергающем типе взаимодействия родителей со школьниками у высокотревожных детей достоверно чаще страдает у мальчиков 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 ($P < 0,001$), неприятия себя ребенком ($P < 0,001$), сомнения в успешности обучения ($P < 0,001$). Состояние здоровья детей складывается в результате сложного многогранного взаимодействия макро-, микросоциальных и биологических факторов (рис.1).

Взаимосвязь этих факторов носит сложный характер и практически нам не удалось выявить те из них, влияние которых на состояние здоровья детей носило бы детерминантный характер. Наиболее значимыми, определяющими состояние здоровья ребенка, оказались микросоциальные условия (тип родительских отношений, характер семьи (полная, неполная), существенно менее значимы - макросоциальные причины (уровень дохода семьи). Выявленные особенности течения острых заболеваний респираторной системы в выделенных группах детей, свидетельствуют о том, что данные группы однородны по особенностям реактивности. То есть, можно говорить о том, что совокупность макро- и микросоциальных условий и генетические особенности организма ребенка формируют определенные типы реактивности детского организма, проявляющиеся разным уровнем заболеваемости. Тип родительских отношений формирует психологическое состояние ребенка и в значительной степени - его стремление сотрудничества со взрослым, в том числе в области проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Уровень гигиенической культуры родителей определяет эффективность такого сотрудничества. Совокупное влияние этих факторов характеризует образ жизни семьи,

который в значительной степени влияет на состояние физического развития, факторов местного иммунитета, реакций неспецифической резистентности и микробиоциноза рото- и носоглотки. Адекватность 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 заболеваемостью острой патологией органов дыхания ($r=0,75$), между типом родительских отношений и уровнем тревожности детей ($r=0,85$).

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 ($p<0,001$). Отношения между родителями и детьми со средним и низким уровнем 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 ($p<0,001$). Авторитарная гиперсоциализация у детей со средним уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания регистрировалась 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 уровнем заболеваемости (51,7%-45%). У 20% родителей не получалась искренней заинтересованности 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 уровнем 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 уровнем 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, ключевым фактором, влияющим на состояние здоровья ребенка является тип родительских отношений, от которого зависит реализация большинства других факторов и коррекция типа родительских отношений рассматривается нами как определяющий момент реабилитационного и профилактического вмешательства. К сожалению, 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 пересориентацию 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, умению принимать решение и брать ответственность, в том числе за своё здоровье, обучению навыкам самоконтроля и принципам саногенного мышления. Специально организован-

ная жизнь и деятельность детей в лагере являлась стабилизирующим фактором для детей, влияющим на снижение уровня тревожности (табл. №2). 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 - $p < 0,001$, обучении только родителей - $p < 0,01$, и только детьми - $p < 0,05$. Таким образом, лучшие результаты отмечены в том случае, когда обучались параллельно родители и дети. В течение года после проведения образовательных программ (табл. №3) 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. Таким образом, внедрение образовательных программ эффективно не только для снятия тревожности у детей, но и способствует укреплению их здоровья, что обусловлено комплексностью обучения родителей (в форме групповых и индивидуальных консультаций) и детей (программа детского лагеря).

3. Медикаментозные средства в профилактике и лечении детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне патологии лимфоглоточного кольца. Наличие у подавляющего большинства детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания хронической патологии лимфоглоточного кольца диктовало необходимость оптимизации стратегии ведения данной группы детей. 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.

Таблица №2

Изменение заболеваемости острой патологией органов дыхания на фоне образовательных программ

Поэпидемиологические 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

Таблица №3

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

Суммарный показатель 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 образовательных программ								
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 образовательных программ								
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*** - $P < 0,001$.

Местное применение фюзафюндина на область носо- и ротоглотки с профилактической целью по 0,5 мг 4 раза в день 2 семидневных курса в год (78 детей), с лечебной целью (108 детей) по 0,5 мг 4 раза в день в течение 10 дней. Применение фюзафюндина с лечебной целью у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания 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 $6,5 \pm 2,37\%$ из носа ($p < 0,01$) и $30,6 \pm 3,25\%$ до $5,3 \pm 3,45\%$ из глотки ($p < 0,001$). Купирование фюзафюндином признаков воспаления в глоточной миндалине нормализовало иммунологическую функцию её: повышалось количество SIgA 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 ($p < 0,01$). Улучшались неспецифические факторы защиты слизистой верхних дыхательных путей с 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 $0,08 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), достигалась санация верхних дыхательных путей, на что указывало уменьшение миграции нейтрофилов в носовую полость ($p < 0,01$). Проспективное наблюдение в течение 3-х месяцев после лечения фюзафюндином 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. Профилактическое назначение фюзафюндина 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 ро-

тоглотки реже высевался β -гемолитический стрептококк ($p < 0,01$, отмечалась санация в отношении обсемененности *Candida albicans*).

Возрастной системный и топоческий дефицит IgA, 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. Терапия полиоксидонием проводилась профилактически по 0,15 мг / кг эндоназально через день 10 раз 1 курс в год, с лечебной целью – в такой же суточной дозировке 10 дней при наличии обострений патологии лимфоглоточного кольца. Эндоназальное десятидневное применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония, воздействующего прежде всего на факторы ранней защиты от инфекции, 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 (IgA ($p < 0,01$), SIgA ($p < 0,01$) в носо- и ротоглоточном секретах. Эффект от монотерапии полиоксидонием сохранялся в течение 3-х месяцев, с достоверным уменьшением степени гипертрофии носоглоточной миндалины с $75,0 \pm 6,84\%$ детей до $40,0 \pm 6,30\%$ детей. Назначение полиоксидония сопровождалось уменьшением числа острых заболеваний. Так, на протяжении 3-х месяцев наблюдения острые заболевания отмечены у 3-х человек (2 случая лакунарной ангины и 1 случай ОРВИ). У детей в контрольной группе 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-х человек после перенесенного ОРВИ отмечены явления гайморита, отита.

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 от-

мечалось 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 детей 2 раза в день в течение 7 дней. 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-му дню, профилактировало развитие осложнений (отитов, синуситов). Подтверждалось 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 ($p<0,001$; $p<0,001$).

Более длительный эффект в отношении специфического иммунитета отмечался от применения иммуномодулирующего респираторного спрея ИРС-19: содержание SIgA сохранялось на высоком уровне через 3 месяца после лечения ($p<0,001$). Клинически эффект ИРС-19 выражался в снижении числа обострений респираторных инфекций, хронического аденоидита в группе детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания в 2 раза за 3 месяца наблюдения; значительно уменьшалась фармакологическая нагрузка. У детей, получавших ИРС-19, наблюдалось снижение числа обострений на одного человека с $3,5\pm0,2$ до $1,5\pm0,2$ ($p<0,05$). В контрольной группе, не получавших ИРС-19, количество обострений на одного человека не изменялось и составляло $3,0\pm0,2$ на одного человека. Лечение с использованием полиоксидония сопровождалось достоверным увеличением значений фермента мурамидазы ($p<0,001$) и SIgA ($p<0,001$). Однако уровень SIgA на фоне полиоксидония через месяц после лечения был ниже соответствующих показателей при лечении ридостином и ИРС-19. В назоцитограммах выявлялось достоверно 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. Пролонгированный эффект препаратов выявил наиболее стойкое повышение специфического иммунитета слизистой верхних дыхательных путей при назначении ИРС-19, функциональная активность нейтрофилов максимально и более длительно повышалась при лечении полиоксидонием, что обеспечивало его эффективность при вирусно-бактериальной инфекции. Дифференцированное назначение иммуномодуляторов предполагает преимущественное применение индуктора интерферона - ридостина для создания адаптивного противовирусного иммунитета, при вирусно-бактериальной этиологии заболевания – ИРС-19 и полиоксидония.

4. Квантовые методы в программе профилактики острых заболеваний верхних дыхательных путей, адаптации и реабилитации детей в дошкольных учреждениях. В программе профилактики и реабилитации респираторной патологии у детей мы применяли современные методы квантовой терапии, позволившие работать с аппаратами, имеющими многофакторное воздействие. В работе использовались аппараты квантовой терапии серии «Рикта-01(М1) магнитно-инфракрасно-лазерный терапевтический аппарат», «Узор» (инфракрасное лазерное излучение), «АФЛ-1» (гелий неоновое лазерное излучение), что дало возможность выявить преимущества каждого в работе с детьми. На фоне проведения всех вариантов лазерной профилактики регистрировались благоприятные изменения 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. Шестимесячное наблюдение выявило преимущества МИЛ-профилактики. Только после проведения этого профилактического вмешательства через 6 месяцев сохраняются благоприятные изменения местных факторов неспецифической резистентности и местного иммунитета. Анализ заболеваемости на протяжении года после 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 - острой пневмонии ($p<0,05$). Во всех группах детей, где проводилась 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 с МИЛ-профилактикой - 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 изменялись. Проведенные исследования позволяют установить эффективность всех методик лазерной профилактики и свидетельствует о том, что профилактический эффект обусловлен именно физическими особенностями лазерного облучения. При этом, применение МИЛ-профилактики выгодно отличалось от других методик квантовой терапии не только более значительным снижением заболеваемости, но и благоприятным изменением течения ОРВИ, острых бронхитов и пневмоний.

Нами изучено влияние магнито-инфракрасной лазерной терапии на течение хронического аденоидита и степени гипертрофии глоточной миндалины у детей с высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания. Магнито-инфракрасная лазерная терапия (МИЛ-терапия) проводилась по разработанной нами методике на аппарате РИКТА-01(М-1). Разработанная нами методика лечения детей с высоким уровнем заболеваемости на фоне патологии лимфаденоидного кольца учитывала принцип единства всей лимфатической ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками как в целом, так и локально в области структур лимфаденоидного кольца. Общая экспозиция – 10–14 минут за один сеанс лечения. Протокол ведения детей с использованием аппарата «Рикта-01» включал эндоназальное облучение с частотой – 50 Гц, по 1 минуте, непосредственное облучение слизистых миндалин (частота 50 Гц, по 1 минуте), проекция миндалин (передней тонзиллярный узел), проекция гайморовых пазух, проекция заднешейных лимфатических узлов (частота 5 Гц, по 1

минуте), паравerteбральная область (С3-С4). Частота 50 Гц, по 1 минуте на каждую зону. 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 с повторением через 6 месяцев. В большинстве наблюдений положительная динамика отмечалась после 4-6 сеансов МИЛ-терапии: улучшение общего состояния и самочувствия, снижение утомляемости, нормализация сна. Непосредственно после лечения хороший результат отмечался в 95% наблюдений, характеризовавшийся 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. В 5% наблюдений МИЛ-терапия была неэффективной. Отсутствие эффекта характеризовалось сохранением у детей этой группы отмечавшихся ранее симптомов хронического аденоидита, при дополнительном обследовании у этих детей был диагностирован респираторный хламидиоз. Констатируется стабильное нарастание лизоцима назального секрета с первых дней от начала лечения. Оптимальные цифры его содержания сохранялись в течение 3-4 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. Высокий уровень специфического звена местной защиты верхних дыхательных путей в результате квантовой терапии способствует с высокой степенью вероятности уменьшению признаков воспаления глоточной миндалины, уменьшению в 2,5 раза респираторных заболеваний и обострений хронического аденоидита у детей в первые 3-4 месяца после курса лечения. Оценка отдаленных результатов МИЛ-терапии через год показала хорошие и удовлетворительные результаты в 85% случаев, и только в 15% наблюдался рецидив аденоидита.

5. Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения. 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. Патологические изменения в глоточной миндалине могут быть различными, поэтому и тактика лечения в каждом конкретном случае должна была индивидуальной. К сожалению, до настоящего времени отсутствует возрастной подход в стратегии лечебных программ по ведению детей с патологией лимфаденоидного кольца. Нами отработан междисциплинарный подход к дифференцированному в зависимости от этиологии и характера патологического процесса лечению и реабилитации детей с хроническим аденоидитом (табл. №4). С этой целью была создана комиссия, включающая сотрудников кафедры педиатрии и оториноларингологии. В составлении индивидуальной программы ведения ребенка участвовали аллерголог, иммунолог, физиотерапевт, психолог. У детей, страдающих хроническим аденоидитом с гнойным экссудатом (нейтрофильно-макрофагальный вариант), в первую очередь показана местная антибактериальная терапия аэрозольным антибиотиком фюзафунжином на 7 дней, мукоурегирующие препараты. Следующим этапом с учетом местного иммунодефицита слизистых верхних дыхательных путей назначалась иммуномодулирующая терапия бактериальным лизатом ИРС-19. Одновременно начиналась квантовая терапия аппаратом “Рикта” и прием антиоксидантов. Единство иммунной системы слизистых предполагает назначение биопрепаратов. Иная схема лечения рекомендуется при хроническом аденоидите на фоне аллергического ринита. Дети получали местно антигистаминные препараты или стабилизаторы мембран тучных клеток, по показаниям местные глюкокортикоидные препараты. Мукоурегирующая, иммуномодулирующая, квантовая терапия и биопрепараты назначались аналогично предыдущей схеме. Лечение хронического аденоидита на фоне внутриклеточных инфекций (хламидии, микоплазмы) заключалось в сочетанном применении местного антибиотика Биопарокса, действующего в том числе на микоплазму, и макролидов. На втором этапе подключались интерферогены.

Таблица №4

Схема дифференцированной терапии хронического аденоидита у детей

Методы лечения	Хронический аденоидит		
	с гнойным экссудатом	на фоне аллергического ринита	на фоне внутриклеточных инфекций (хламидий, микоплазмы)
Промывание носоглотки	Октенисепт (1:6), малавит – 6 дней	Физиологический раствор, Аква Марис, Салин, Физиомер – 6 дней и более	Октенисепт (1:6), малавит – 6 дней и более
Антибактериальная терапия	Местно фузафулжин (нос, небные миндалины) – 7 дней	-----	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, виброцил или (и) интал, ломусол, кромоглин фликсоназа, назонекс не более 2 – 3 недели	-----
Мукорегулирующая терапия	Синупрет, карбоцистеин (мултикопронт, флауифорт), ринофлуимуил	Флуифорт, эреспал	Синупрет, карбоцистеин (мултикопронт, флауифорт), ринофлуимуил
Иммуномодулирующая терапия	Местная иммуномодулирующая терапия (нос, небные миндалины): ИРС-19 (2 раза в день 4 недели), имудон. 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), имудон	интерферогены: виферон в свечах 2 недели (до 3 лет – 150 тыс. МЕ 2 раза в день, от 3 до 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 Левит	До 10 сеансов через 7-8 дней от начала лечения Левит	До 10 сеансов через 7-8 дней от начала лечения Левит
Биопрепараты 4 курса в год	Эндоназально – наринг 10 дней (после очищения слизистой носа от гноя); внутрь (бифидумбактерин чередуя с наринг) по 3 недели	Эндоназально – наринг 10 дней (после очищения слизистой носа от гноя); внутрь (бифидумбактерин чередуя с наринг) по 3 недели	Эндоназально – наринг 10 дней (после очищения слизистой носа от гноя); внутрь (бифидумбактерин чередуя с наринг) по 3 недели

Терапия детей I группы продолжалась от 1 до 1,5 месяцев. Дифференцированная терапия позволила не только снять признаки аденоидита, но и привела к уменьшению числа детей с гипертрофией миндалины II степени с 72,45% до 19,39% ($p < 0,001$), что улучшило субъективные ощущения ребенка в связи с нормализацией носового дыхания. Проспективное наблюдение в течение 6 месяцев показало стойкий эффект при дифференцированном ведении больных, документируемый уменьшением числа обострений и сохраняющимся высоким уровнем показателей местного иммунитета. Применение предложенных нами схем лечения существенно ускоряло сроки реализации благоприятного влияния современной терапии на течение хронических воспалительных заболеваний глоточной миндалины. Последние обстоятельства свидетельствуют об экономической целесообразности предложенного нами подхода к консервативному лечению заболеваний лимфоглоточного кольца. Предложенный нами органосохраняющий дифференцированный метод этапного лечения тонзиллярной болезни соответствует современным представлениям о важных функциях лимфаденоидного кольца.

Особенностью нашей оздоровительной программы в организованном детском коллективе являлось её медико-психолого-педагогическая направленность. Часто болеющие дети характеризовались персистенцией инфекции в различных отделах респираторного тракта. По данным ВОЗ подтверждение инфицирования *Streptococcus β-haemolyticus* является показанием к назначению антибактериальной терапии. Данные бактериологического исследования, характеризующиеся у детей с хронической носоглоточной инфекцией высоким уровнем высеваемости β-гемолитического стрептококка, послужили основанием включения в разработанную нами программу профилактики ОРВИ и обострений хронического аденоидита местной антибактериальной терапии фюзафюнжином. Проводимые профилактические программы благоприятно влияли на состояние местного иммунитета и реакций неспецифической резистентности, причем уход за лимфоглоточным кольцом, интенсивное закаливание и использование фюзафюнжина как профилактически, так и для лечения ОРВИ и

обострений хронического аденоидита удачно дополняли друг друга: на фоне интенсивного закаливания и ухода за лимфоглочным кольцом улучшалось состояние показателей реакций неспецифической резистентности и местного иммунитета, а на фоне использования фюзафюнжина нормализовывались содержание нейтрофильных лейкоцитов в нозоцитогамме, микробный состав носоглотки. Наиболее выражен эффект оздоровительной программы при одновременном профилактическом применении фюзафюнжина, интенсивном закаливании и уходом за носоглоткой с коррекцией дисбактериоза кишечника ($p<0,01$), что достоверно снизило заболеваемость до $1159,38\pm51,02$ случая на 1000 и среднее время нетрудоспособности родителей до $18,23\pm1,15$ дня по сравнению с $5357,38\pm608,72$ случаев на 1000 ($p<0,01$), и $39,17\pm1,98$ дней нетрудоспособности родителей в контрольной группе ($p<0,01$). Важным моментом, характеризующим эффективность программы, являлось снижение частоты осложненных форм ОРВИ у часто болеющих детей и уменьшение системной антибактериальной нагрузки. Дети не принимали антибиотики в течение года на фоне топического антибиотика в $76,05\pm5,06\%$, тогда как в контрольной группе лишь $41,27\pm6,20\%$ детей не требовали системной антибиотикотерапии. Учитывая благоприятное изменение микробиоциноза у большинства наблюдавшихся нами детей с высоким уровнем заболеваемости, получавших фюзафюнжин, можно прогнозировать позитивное изменение состояния здоровья всего детского коллектива.

Наиболее выражен эффект оздоровительной программы при одновременном применении ИРС-19, поликомпонентного комбинированного препарата, одновременно обладающего свойствами вакцины и неспецифического иммуностимулятора, 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) равнялся 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

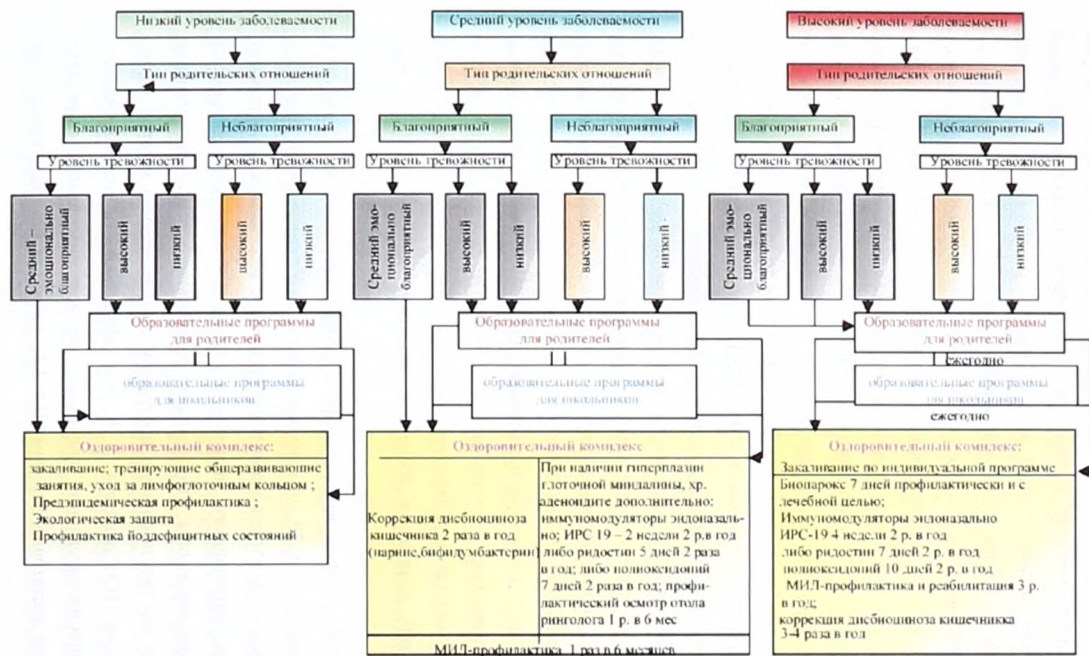


Рис 2. Алгоритм дифференцированного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий детям с разным уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания

систематическом закаливании, обучении уходу за органами лимфоглоточного кольца, коррекции дисбактериоза кишечника – 1,9.

Представленный алгоритм организации оздоровления детей в образовательных учреждениях, дает возможность учитывать индивидуальный темп развития ребенка, позволяет регулировать нагрузку при проведении различных медицинских и оздоровительных процедур, помогает взаимодействию родителей и образовательного учреждения (рис.2). Наиболее благоприятными являются ситуации у детей с низким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания, в которых практически не возникает необходимости в реабилитационных мероприятиях, и с учетом демократического воспитания – в образовательных программах. Профилактические вмешательства сводятся к общим гигиеническим рекомендациям, уходу за лимфоглоточным кольцом, профилактике ОРВИ в эпидемический период, также целесообразно систематическое закаливание детей, экологическая защита. Оздоровительные мероприятия усложняются у детей со средним и высоким уровнем заболеваемости острой патологией органов дыхания.

Разработанная нами схема дифференцированного подхода в зависимости от разного уровня заболеваемости острой патологией системы дыхания, состояния лимфоглоточного кольца, показателей микробиоциноза и местного иммунитета слизистой рото- и носоглотки, типа родительского отношения повышает эффективность профилактических и реабилитационных мероприятий в детских образовательных учреждениях.

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 аденоидита 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 эндоназально 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 процесса 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 работ, опубликованных по теме диссертации

1. Оценка местного иммунитета у детей как критерий диагностики сопротивляемости к инфекциям // Актуальные вопросы клинической иммунологии. - Кемерово, 1996. - С. 58. (соавт. Перовщикова Н.К., Торочкина Г.П.)
2. Результаты психо-диагностического обследования детей и подростков летнего лагеря (с включением образовательных программ) // Педагогический вестник. - Кемерово, 2000. - Вып. №13. - С. 46-49. (соавт. Перовщикова Н.К., Ткаченко О.П., Кузнецов Ю.Н., Гладышева Н.Г.)
3. Особенности клеточного состава местного иммунитета у школьников с хронической носоглоточной инфекцией // Материалы 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. - Новосибирск, 1996. - №1266 (Перовщикова Н.К., Давыдов Б.И.)
4. Клинико-микробиологические особенности дисбактериоза у детей дошкольного возраста // 200-летие вакцинации инфекционных болезней человека. - Омск, 1996 (соавт. Перовщикова Н.К., Добряк Т.А., Басманова Е.Д., Скоморина О.В.)
5. Состояние первой линии защиты у детей с хронической носоглоточной инфекцией г. Кемерово // Актуальные вопросы клинической иммунологии, СПИДа и иммунодефицит-ассоциированных заболеваний. - Кемерово, 1997. - С. 70-71. (соавт. Перовщикова Н.К., Торочкина Г.П., Скоморина О.В., Добряк Т.А.)
6. Изменение заболеваемости у дошкольников на фоне программы реабилитации // Материалы 7-го Национального конгресса по заболеваниям органов дыхания. - М., 1997. - №491 (соавт. Перовщикова Н.К., Торочкина Г.П., Штро Л.П., Скоморина О.В., Анфиногенова О.Б.)
7. Профилактика и реабилитация детей в условиях ДДУ // Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний. - М., 1997. - С.26-27. (соавт. Перовщикова Н.К., Торочкина Г.П., Скоморина О.В., Анфиногенова О.Б., Добряк Т.А.)
8. Пути улучшения медицинского обслуживания школьников // Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний. - М., 1997. - С.34-36. (соавт. Н.К. Перовщикова, О.В. Скоморина, Г.П. Торочкина, О.Б. Анфиногенова)
9. Эффективность лазеротерапии в программе профилактики простудных заболеваний и адаптации детей к ДДУ // Сборник трудов 4-ой Всероссийской научно-практической конференции по МИЛ-терапии. - М., 1997. (соавт. Перовщикова Н.К., Торочкина Г.П., Скоморина О.В.)
10. Лазеротерапия как метод консервативного лечения часто болеющих детей с аденоидными вегетациями // Сборник трудов 4-ой Всероссийской научно-практической конференции по МИЛ-терапии. - М., 1997. -53-56. (соавт. Перовщикова Н.К., Торочкина Г.П., Скоморина О.В.)
11. Применение препаратов микробных иммунокорректоров в программе реабилитации дошкольников. // Проблемы медицины и биологии. - Кемерово, 1998. - С. 64. (соавт. Брежнев Е. М., Торочкина Г.П.)
12. Изучение уровня йодурии у детей младшего школьного возраста // 3-й Конгресс педиатров России. - М., 1998. Экологические и гигиенические проблемы педиатрии, С.59. (соавт.О.Б. Анфиногенова, Н.К. Перовщикова, Г.П. Торочкина)

13. Программа адаптации к детскому учреждению с целью снижения простудной заболеваемости у дошкольников // 8-ой Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 1998. - С. 355.. (соавт. Перовошикова Н.К., Торочкина Г.П.)
14. Эффективность лазеротерапии в программе профилактики простудных заболеваний и адаптации детей к дошкольному учреждению // 4-я Всероссийская научно-практическая конференция по квантовой терапии: Сб. ст. - М., 1998. - С. 54-55. (соавт. Перовошикова Н.К., Торочкина Г.П., Скоморова О.В.)
15. Обоснование внедрения современной квантовой терапии в системе профилактики и адаптации детей образовательных учреждений // Актуальные проблемы неинфекционных заболеваний. - М., 1999. - С. 63. (соавт. Перовошикова Н.К.)
16. Обоснование внедрения программы первичной профилактики психосоматических расстройств в общеобразовательных учреждениях // Актуальные проблемы неинфекционных заболеваний. - М., 1999. - С. 64. (соавт. Перовошикова Н.К., Гребенкина Т.Ю., Гладышева Н.Г.)
17. Перспективы применения индуктора интерферона ридостина в дошкольных учреждениях // Проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. - Кемерово, 1999. - Ч. II. - С. 29 (соавт. Горькова Т.В., Рудакова Т.В., Торочкина Г.П.)
18. Оценка здоровья первоклассников с клинико-психологических позиций // Проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. - Кемерово, 1999. - Ч. II. - С. 29. (соавт. Гладышева Н.Г., Савкина С.А.)
19. Применение йотрина с целью профилактики йододефицитного состояния у детей дошкольного возраста // Проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. - Кемерово, 1999. - С. 29. (соавт. Горькова Т.В.)
20. Перспективы применения квантовой терапии в реабилитации детей с хронической носоглоточной инфекцией // 9-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 1999. - С. 151. (соавт. Огиренко А.П., Медведкова Н.Д., Перовошикова Н.К., Харлашов А.Т.)
21. Индуктор интерферона – ридостин в иммунопрофилактике гриппа у детей // 9-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 1999. - С. 151. (соавт. Перовошикова Н.К., Горькова Т.В., Рудакова Т.В.)
22. Применение лекарственных трав в профилактике респираторных заболеваний детей дошкольных учреждений // Место фитотерапии в современной медицине: Материалы науч. конф. - Черноголовка, 1999. - С. 7-9. (соавт. Перовошикова Н.К.)
23. Опыт применения и перспективы использования бактериального лизата ИРС-19 в педиатрической практике // VI Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. - М., 1999. - С. 214. (соавт. Перовошикова Н.К.)
24. Стратегия иммунореабилитации детей с хронической патологией лимфоузлов // 10-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - СПб., 2000. - С. 111. (соавт. Перовошикова Н.К., Добряк Т.А., Казанская Т.В.)
25. Перспективы магнитолазерной терапии как варианта здоровьесберегающих технологий при лечении заболеваний лимфоузлов глоточного кольца у детей // Лазерная медицина. - 2000. - С. 26-29 (соавт. Грабовщинер А.А., Перовошикова Н.К.)

26. Пути оптимизации применения квантовой терапии в медицинском сопровождении дошкольников // Лазерная медицина. - 2000. - С. 39. (соавт. Грабовщинер А.Я., Перовощикова Н.К.)
27. Сочетание квантовой терапии с местными иммунокорректорами как оптимальный вариант в системе реабилитации детей с хронической носоглоточной инфекцией // Аллергология и иммунология. - 2000. - Т. 1. - №2. - С. 98. (соавт. Грабовщинер А.Я., Перовощикова Н.К.)
28. Квантовая терапия как вариант здоровьесберегающих технологий в медицинском сопровождении дошкольников // 6-я Всероссийская научно-практическая конференция по квантовой терапии. - М., 2000. - С. 155-159. (соавт. Перовощикова Н.К., Грабовщинер А.Я.)
29. Перспективы применения индуктора интерферона ридостина у детей с гиперплазией лимфаденоидного кольца // Проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. - Кемерово, 2000. - Ч. I. - С. 23. (соавт. Казанская Т.В., Рудакова Т.В.)
30. Причины развития аденоидных вегетаций, аденоидиты и рецидивирующие аденоидиты у детей // Проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. - Кемерово, 2000. - Ч. I. - С. 24. (соавт. Казанская Т.В., Рудакова Т.В., Григорьев Н.Г.)
31. Патогенные типы родительского отношения и уровень тревожности детей дошкольного возраста, как один из факторов этиологии психосоматических расстройств // Проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. - Кемерово, 2000. - Ч. I. - С. 27 (соавт. Гладышева Н.Г., Ткаченко О.П., Гребенкина Т.Ю.)
32. Реабилитация учащихся в условиях общеобразовательных школ // Материалы IX съезда педиатров России. - М., 2001. - С. 447-448. (соавт. Басманова Е.Д., Давыдов Б.И., Яворовская Т.В.)
33. Роль образовательных программ детского лагеря в профилактике психосоматических заболеваний // Материалы IX Съезда педиатров России. - М., 2001. - С. 103-104. (соавт. Ткаченко О.П., Перовощикова Н.К.)
34. Обоснование дифференцированного подхода к иммунореабилитации детей с хронической патологией лимфо-глотоного кольца // Материалы IX съезда педиатров России. - М., 2001. - С. 103 (соавт. Грабовщинер А.Я., Перовощикова Н.К.)
35. Magnetic infrared laser therapy in differentiated management of the children with lymphadenoid ring pathology // 8 th International Congress of the European Laser Association. - Moscow, 2001. - P.109. (Perevoschikova N.K., Grabovschiner A.Ya.)
36. Роль индуктора интерферона ридостина в ведении детей с патологией лимфо-глотоного кольца // VIII Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. - М., 2001. - С. 240. (соавт. Перовощикова Н.К., Казанская Т.В., Рудакова Т.В.)
37. Комплексный подход в дифференцированном ведении детей с патологией лимфо-глотоного кольца // 11 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2001. - С. 179. (соавт. Ризо А.А., Перовощикова Н.К., Павленко С.А. и др.)
38. Острые респираторные заболевания у школьников // 11 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2001. - С. 181. (соавт. Перовощикова Н.К., Басманова Е.Д., Лозинг З.И. и др.)
39. Modern tecnologifs of magnetic laser therapy in pediatric otolaryngology. //The 1st International symposium. - Bled, Slovenia. - 2001. - P. 159-161. (Perevoschchikova N.K., Pavlenco S. A., Garashenco T.I.)

40. Современные квантовые методы в системе профилактики, реабилитации и адаптации детей образовательных учреждений: Метод. рекомендации для врачей, студентов. - М., 1999. - 34 с. (соавт. Перовошикова Н.К., Трусов С.В.)
41. Как поддерживать ребенка: Метод. пособие. - Кемерово, 2000. - 49 с. (соавт. Перовошикова Н.К., Ткаченко О.П., Гладышева Н.Г.)
42. Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения: Метод. пособие. - Кемерово, 2001. - 131 с. (соавт. Перовошикова Н.К.)
43. Метод системного подхода к медико-психолого-педагогическому сопровождению ребенка в дошкольном учреждении // Педагогический вестник. - 2000. - Вып. 9. - С. 155-156. (соавт. Перовошикова Н.К., Ткаченко О.П.)
44. Результаты психо-диагностического обследования детей и подростков летнего лагеря (с включением образовательных программ) // Педагогический вестник. - 2000. - Вып. 13. - С. 46-49. (соавт. Перовошикова Н.К., Ткаченко О.П., Гладышева Н.Г.)
45. Эффективность биопарокса в лечении хронического аденоидита у детей // IX Российский Национальный Конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. - М., 2002. - С. 215. (соавт. Перовошикова Н.К., Гарашенко Т.И.)
46. Перспективы применения отечественного иммуномодулятора полиоксидония у детей с патологией лимфоглоточного кольца // IX Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. - М., 2002. - С. 215. (соавт. Перовошикова Н.К., Пинегин Б.В.)
47. Микробиоциоз носоглотки детей г. Кемерово // 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2002. - С. 198. (соавт. Перовошикова Н.К., Попова А.Л., Нечаева И.А. и др.)
48. Возможности профилактики гиперплазии глоточной миндалины у часто болеющих детей // 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2002. - С. 198. (соавт. Перовошикова Н.К., Нечаева И.А., Ризо А.А. и др.)
49. Преимущества межведомственного подхода к ведению детей с патологией лимфоглоточного кольца // Всероссийская конференция «Лимфо-эпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии»: Сб. ст. - С. 173-179 (соавт. Павленко С.А., Перовошикова Н.К., А.А. Ризо)
50. Применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония в практике лечения детей с патологией лимфоглоточного кольца // Новые данные о механизме действия и клиническом применении иммуномодулятора полиоксидония: (для врачей всех специальностей). - М., 2002. - Вып. 2. - С. 114-125. (соавт. Павленко С.А., Перовошикова Н.К., Ризо А.А. и др.)
51. Особенности микробиоциоза носоглотки у детей г. Кемерово // Материалы 3 конгресса молодых ученых и специалистов «Науки о человеке». - Томск, 2002. (соавт. Попова А.Л., Нечаева И.А.)
52. Клинические аспекты применения иммуномодулятора полиоксидония: Метод. пособие для врачей. - М., 2002. - 24 с. (соавт. Б.В. Пинегин, Н.И. Ильина, Т.В. Латышева и др.)
53. Современный подход к дифференцированному ведению часто болеющих детей с патологией лимфоглоточного кольца // Педиатрия. - 2002. - №5. - С. 64-68. (Гарашенко Т.И., Перовошикова Н.К., Павленко С.А. и др.)

54. Фюзафюнжин (Биопарокс) в лечении обострений хронического аденоидита у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - Т. 1. - №6. - С. 38-43. (соавт. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Перевошикова Н.К.)
55. Опыт применения современных иммуномодуляторов для профилактики обострений хронического аденоидита и развития гипертрофии глоточной миндалины у часто болеющих детей // Вестн. оториноларингологии. - 2003. - №3.
56. Применение отечественного иммуномодулятора полиоксидония в практике лечения детей с патологией лимфоглottочного кольца // Иммунология. - 2003. - №1. - С.43-46.
57. Перспективы местной антибактериальной терапии в программе профилактики обострений хронического аденоидита у детей дошкольных образовательных учреждений // Педиатрия. - 2003. - № 4. - С. 64-68.
58. Современные возможности программы оздоровления детей в условиях детских дошкольных учреждений // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2002. - № 6. - С. 52-55. (соавт. Перевошикова Н.К., Гаращенко Т.И., Ризо А.А., Нечаева И.А.)
59. Перспективы применения индуктора интерферона ридостина и топического бактериального иммунокорректора ИРС 19 у часто и длительно болеющих ОРВИ детей с патологией лимфоглottочного кольца / УДК[(616-022.6+616.328-002):615.3]-053.2 Кемеровск. Гос. Мед. академия, Кемерово, 2002, 12с, 25.12.02. № 2257.
60. Тревожность первоклассников как один из факторов риска формирования психосоматических расстройств // Сибирский медицинский журн. - 2003. - №1. - С.43-46. (соавт. Перевошикова Н.К., Гладышева Н.Г.)
61. Современные технологии в программе реабилитации патологии лимфоглottочного кольца у часто болеющих респираторными заболеваниями детей. // Вестн. оториноларингологии. - 2003. - №4.
62. Квантовая терапия в комплексном лечении часто болеющих детей с хроническим аденоидитом // соавт. Гаращенко Т.И., Перевошикова Н.К., Богомилский М.Р., Грабовщинер А.А. Москва, 2003.- 147 с.

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 |