

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
НОВОСИБИРСКИЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

УДК 616.2-036.11-053.2-084-039.71

ГОРШКОВА

Надежда Федоровна

"СЕМЕЙНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ"

14.00.09 - педиатрия

Д и с с е р т а ц и я
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор С.М.Гавалов

Новосибирск - 1986

О Г Л А В Л Е Н И Е

стр.

В В Е Д Е Н И Е	6
Г Л А В А I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
I.1. Определение понятия часто болеющие дети	15
I.2. Распространенность часто болеющих детей	18
I.3. Этиологические и патогенетические аспекты рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей	19
I.4. Клиническая структура часто болеющих респираторной патологией детей	38
I.5. Диспансеризация и реабилитация часто бо- леющих респираторной патологией детей	43
Г Л А В А 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1. Характеристика обследуемых групп	48
2.2. Методы исследования больных	55
2.3. Основные принципы семейной диспансериза- ции и реабилитации часто болеющих детей	66
2.3.1. Организационная структура службы семейной диспансеризации и реабилитации часто бо- леющих детей	67
2.3.2. Программа семейной диспансеризации и реа- билитации часто болеющих детей	71
2.3.3. Лечебно-профилактические принципы оздоров- ления семей часто болеющих детей	73
Г Л А В А 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
3.1. Медико-биологические и социально-гигиени- ческие аспекты часто болеющих детей	86

3.2. Роль наследственных факторов в генезе рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей	94
3.3. Клиническая характеристика часто болеющих детей	102
3.3.1. Клиника рецидивирующего обструктивного бронхита	110
3.3.2. Клиника рецидивирующего необструктивного бронхита	119
3.3.3. Клиника хронических заболеваний ЛОР-органов	124
3.4. Роль семейной хронической очаговой инфекции в генезе рецидивов респираторных заболеваний у часто болеющих детей . . .	129
3.4.1. Хронические очаги инфекции в семьях часто болеющих детей	129
3.4.2. Цитологическая картина содержимого лакун миндалин	140
3.5. Взаимосвязь нарушений функции носового дыхания, хронических заболеваний ЛОР-органов и аномалий развития челюстей у часто болеющих детей	156
3.6. Иммуноглобулины сыворотки крови основных классов в семьях часто болеющих детей	160
3.6.1. Показатели иммуноглобулинов у часто болеющих детей	161
3.6.2. Характеристика иммуноглобулинов у родителей часто болеющих детей	167
3.6.3. Семейный анализ иммуноглобулинов . . .	170

3.6.4. Динамика показателей сывороточных иммуноглобулинов основных классов в семьях часто болеющих детей в процессе реабилитации	174
3.7. Функциональная активность нейтрофильных лейкоцитов по данным НСТ-теста в семьях часто болеющих детей	181
3.8. Эффективность семейной реабилитации . . .	189
3.8.1. Медицинская эффективность	190
3.8.2. Социальная эффективность	193
3.8.3. Экономическая эффективность	194
3.9. Вычислительное прогнозирование рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста	200
Г Л А В А 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	209
В Ы В О Д Ы	222
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	224
ПРИЛОЖЕНИЕ	268

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

Ig A	- иммуноглобулины класса A
Ig M	- иммуноглобулины класса M
Ig G	- иммуноглобулины класса G
I	- информативность
ДК	- диагностический коэффициент
ОРВИ	- острая респираторная вирусная инфекция

В В Е Д Е Н И Е

Актуальность проблемы. В декабре 1980 года Госкомитетом СССР по науке и технике, Госпланом СССР и Академией наук СССР была утверждена Государственная программа научных исследований "Разработать эффективные методы профилактики и лечения заболеваний матери и ребенка на 1981-1985 гг.", вошедшая в число важнейших научно-технических проблем основных направлений экономического и социального развития страны.

Вопросы укрепления здоровья женщин и детей, дальнейшего снижения заболеваемости и детской смертности, совершенствования службы охраны материнства и детства, форм и методов работы детских поликлиник и больниц нашли свое отражение в решениях XXV съезда Коммунистической партии Советского Союза, в новой редакции Программы КПСС.

В широком ряду стоящих перед медиками сложных задач изучение заболеваний органов дыхания у детей, разработка методов их профилактики, диагностики и лечения имеет ведущее значение. Несмотря на постоянное улучшение организации пульмонологической помощи детям, в том числе диспансерного наблюдения и этапного лечения в детской поликлинике, стационаре, специализированном санатории, проведение профилактической работы, широкое применение различных лекарственных препаратов респираторная патология занимает первое место в структуре детской заболеваемости (Веселов Н.Г., Дрьев В.К., 1980). Респираторные заболевания составляют 60-65% всей зарегистрированной патологии, причем наивысший уровень заболеваемости характерен для детей младшей возрастной группы - от 0 до 4 лет (Игнатьева Р.К.,

Максимова Т.М., 1980; Маматкулов Б., 1982 и др.).

У одних детей респираторные заболевания носят эпизодический характер и не влияют существенно на здоровье и дальнейшее развитие ребенка, а у других – имеют склонность к рецидивам и повторяются неоднократно в течение года. Это так называемые часто болеющие дети, удельный вес которых колеблется от 3,98% до 12,1%, причем 90,5% из них составляют дети от 1 до 5 лет (Гавалов С.М., 1984). Установлено, что контингент часто болеющих детей обуславливает 45-55% заболеваемости детского населения (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И., 1984).

Эти дети составляют особую проблему, и в первую очередь для участковых педиатров, из-за низкой эффективности обычно проводимых (антибактериальная, гипосенсибилизирующая, витамин- и симптоматическая терапия) лечебных мероприятий. Повторные заболевания ведут к тому, что дети часто и длительное время не посещают детские комбинаты и школу, что ставит перед родителями и педагогами трудную задачу их обучения и воспитания. Частая заболеваемость неблагоприятно отражается на физическом и нервно-психическом развитии ребенка, а многообразие механизмов, приводящих к болезни, выдвигает перед врачами следующую проблему – индивидуального лечения этих детей. Изучение часто болеющих детей важно не только с медицинской, но и с социально-экономической точки зрения в плане трудоустройства, связанных с уходом за этими детьми (Альбицкий В.Ю., 1982; Альбицкий В.Ю. и соавт., 1983) и влияния на прогностический трудовой потенциал общества (Борохов Д.З., Друбич И.Ф., 1980). В связи с временной нетрудоспособностью матерей, связанной с уходом за больными ОРВИ и гриппом детьми, экономические потери дости-

гают значительных величин, так по городу Ленинграду в 1968-1971 годах экономические потери колебались от 10 до 16 млн. рублей (Лукьянов Ю.В., 1974).

Часто болеющие дети - далеко не однородная группа. Объединяет этих детей наличие в анамнезе частых (от 4-6 и более раз в год) ОРВИ, острых бронхитов, пневмоний, заболеваний ЛОР-органов.

На кафедре педиатрии № 1 НГМИ, руководимой профессором С.М.Гаваловым, на протяжении многих лет изучаются различные аспекты проблемы часто болеющих детей. В работах С.М.Гавалова (1976, 1983, 1984), Л.Ф.Казначеевой (1982, 1983), Л.Н.Скучалиной (1983), Л.П.Смирновой (1984), А.Е.Демченко (1984), В.А.Калиненко (1984) показано, что повторные заболевания у них обуславливаются мультифакторными патофизиологическими механизмами, среди которых ведущими являются: генетические и фенотипические факторы развития, неблагоприятные био-медицинские и социально-гигиенические условия жизни ребенка, особенно в раннем периоде, предрасположенность к аллергическим заболеваниям и отклонения в иммунологическом гомеостазе, повышение возбудимости сенсорных рецепторов бронхов (гиперреактивность бронхомоторного тонуса), гормональный дисбаланс гипотизарно-надпочечниковой и тиреоидной систем и некоторые другие.

Из исследований, проводимых другими авторами особо можно выделить разработки по реабилитации часто болеющих детей в яслях-садах промышленных предприятий, сделанные в Горьковском научно-исследовательском педиатрическом институте (Альбицкий В.Ю., 1982, 1984; Альбицкий В.Ю. и соавт., 1983; Баранов А.А. и соавт., 1983, 1984, 1985; Огнева М.Л., Альбицкий

кий В.Ю., 1983).

Тем не менее, на сегодняшний день контингент часто болеющих детей требует дальнейшего изучения, так как не в полной мере вскрыты патогенетические основы этих состояний, недостаточно изучена клиническая структура, требуют дальнейшей разработки реабилитационные мероприятия.

Об этом говорилось на состоявшемся в г. Горьком в 1985 году Объединенном пленуме научного совета по педиатрии АМН СССР и президиума правления всесоюзного научного медицинского общества детских врачей, одно из заседаний которого было посвящено проблеме "Оздоровление часто болеющих детей".

Все сказанное подчеркивает актуальность исследования, посвященного изучению механизмов предрасположения к повторным респираторным заболеваниям у часто болеющих детей и поиску оптимальных путей их реабилитации.

Постулирующей концепцией для обсуждения данного вопроса нами была выбрана общая теория систем, под которой подразумевается учет всей совокупности взаимосвязанных факторов и процессов взаимодействия между ними. Общая теория систем позволяет рассматривать ребенка в определенном контексте - семейном и социальном и дает возможность изучения модели хронизации бронхолегочных заболеваний у детей в семьях с определенным биологическими, психологическими и социальными особенностями. В этих целях мы изучали состояние здоровья в семьях и пытались его улучшить путем одновременно лечения всех членов семьи с отклонениями в здоровье.

Наш метод мы называли семейной диспансеризацией и реабилитацией часто болеющих детей. Подобный подход в доступной литературе нам не встретился.

Цель исследования - разработка дифференцированной программы семейной диспансеризации и реабилитации детей, часто болеющих респираторной патологией в поликлинических условиях.

Основные задачи:

1. Определить удельный вес часто болеющих детей среди детского контингента, обслуживаемого одним из педиатрических отделений 4-й поликлиники г.Новосибирска, являющейся базой нашей кафедры и уточнить клиническую структуру заболеваемости в данной группе.
2. Выявить частоту хронической очаговой инфекции дыхательных путей и ротовой полости в семьях часто болеющих детей и возможную роль их в генезе рецидивов респираторных заболеваний у детей.
3. Изучить ведущие медико-биологические и социально-гигиенические аспекты, обуславливающие формирование респираторного синдрома у часто болеющих детей.
4. Создать службу семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей на основе детской поликлиники.
5. Разработать и осуществить программу семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей с применением дифференцированного подхода к лечению в рамках данной программы.
6. Оценить медицинскую и социальную эффективность семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей.
7. Разработать прогностические критерии повторных респираторных заболеваний у детей раннего возраста.

За основной показатель эффективности семейной диспансеризации и реабилитации мы взяли динамику состояния здоровья больных. *индекс?*

Научная новизна проведенных исследований заключается в

том, что впервые разработан метод семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей, предложена программа их оздоровления.

Впервые проведено обследование не только самих часто болеющих детей, но также всех членов семьи с применением социально-гигиенических и клинико-лабораторных методов исследования.

Показана роль семейной хронической очаговой инфекции в генезе рецидивов респираторных заболеваний у детей.

Выявлен большой удельный вес дисиммуноглобулинемии как у часто болеющих детей, так и у их родителей, в ряде случаев носящих семейный характер.

Показана структура заболеваемости в группе часто болеющих детей.

На основании полученных результатов создана диагностическая таблица прогнозирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста.

Практическая ценность проведенных исследований. Знание клинической структуры часто болеющих детей позволит дифференцированно подходить к терапии данного контингента больных.

Понимание роли семейной хронической очаговой инфекции в генезе рецидивов респираторных заболеваний у детей должно нацеливать педиатров на проведение единовременной санации хронических очагов у всех членов семьи, что повысит эффективность проводимых реабилитационных мероприятий и снизит заболеваемость в группе часто болеющих детей.

Выявление дисиммуноглобулинемий у часто болеющих детей поможет уточнить показания к назначению адаптогенов и биостимуляторов, к проведению профилактических прививок, решить воп-

рос о целесообразности посещения детского дошкольного учреждения.

Применение диагностической таблицы прогнозирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста в практике участкового педиатра даст возможность своевременно формировать группы риска по частым респираторным заболеваниям, планировать и осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению возникновения частых респираторных заболеваний у этих детей, эффективно проводить подготовку к посещению ими детского сада-яслей.

Показана возможность успешного осуществления программы семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей в поликлинических условиях без вовлечения дополнительных штатов и материальных средств.

Установлена высокая эффективность предложенного метода семейной диспансеризации и реабилитации по сравнению с реабилитацией часто болеющих детей по общепринятым схемам.

Реализация работы заключается во внедрении с 1982 года метода семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей в 4-й поликлинике г.Новосибирска, в создании на ее базе службы семейной диспансеризации и реабилитации, картотеки семей часто болеющих детей, состоящих на диспансерном учете и списков часто болеющих детей, нуждающихся в реабилитации. Кроме того, полученные данные используются в лекциях для практических врачей г.Новосибирска и Новосибирской области, в лекциях и на практических занятиях студентов. Оформлены методическое пособие и стенд для студентов и врачей.

Апробация работы включает в себя распространение опыта семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей

среди поликлинических учреждений г.Новосибирска и Новосибирской области. Так, результаты исследования доложены на врачебной конференции в поликлинике ЦРБ г.Искитима Новосибирской области (октябрь, 1983); на врачебной конференции в 4-й поликлинике г.Новосибирска (апрель, 1983); на заседаниях Общества детских врачей г.Новосибирска (апрель 1983 г., апрель 1984 г.); на заседании Общества оториноларингологов г.Новосибирска (сентябрь, 1984); на семинаре главных врачей профилакториев г.Новосибирска (декабрь, 1985); на врачебной конференции во 2-й поликлинике г.Новосибирска (январь, 1986); на врачебной конференции в 8-й поликлинике г.Новосибирска (март, 1986).

Кроме того, результаты исследования доложены на 44-й итоговой конференции молодых ученых, посвященной 80-летию П съезда РСДРП (Новосибирск, 1983); на заседании Проблемной комиссии 37/04 "Охрана здоровья матери и ребенка" СО АМН СССР (Новосибирск, февраль, 1985); на Итоговой конференции молодых ученых НГМИ, посвященной 50-летию института (Новосибирск, апрель, 1985); на XII Республиканском съезде педиатров ЭССР (Таллин, май, 1985); на Пленуме Проблемной комиссии "Физиология и патология дыхания" /37.13/ (Улан-Уде, май, 1985); на Объединенном пленуме научного совета по педиатрии АМН СССР и президиума правления всесоюзного научного медицинского общества детских врачей (Горький, июль, 1985); на Республиканской научно-практической конференции "Новые методы диагностики и реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких" (Барнаул, сентябрь, 1985); на Всесоюзной конференции "Актуальные проблемы пульмонологии детского возраста" (Москва, ноябрь, 1985).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 17 печатных

работ, 8 из них - в центральной печати.

Объем и структура диссертации.

Работа изложена на 267 страницах машинописного текста, содержит 19 рисунков, 41 таблицу. Состоит из введения, обзора литературы, главы по материалам и методам исследования, разделов результатов исследования, обсуждения результатов, выводов, библиографического указателя литературы, содержащего 252 отечественных и 99 иностранных источников. Работа выполнена на кафедре педиатрии № 1 (зав.кафедрой д.м.н., профессор С.М.Гавалов).

На защиту выносятся следующие основные положения.

1. Гетерогенность часто болеющих детей - индивидуализация диагноза и лечения.

2. В основе рецидивирующего респираторного синдрома лежат разнообразные механизмы, среди которых важное место занимают хронические очаги инфекции преимущественно рото- и носоглотки как у детей, так и у их родителей, наследственная предрасположенность или генетические факторы риска, отклонения в иммунологической реактивности организма.

3. Семейная диспансеризация и реабилитация как новый тип медицинского обслуживания, обеспечивающий профилактику рецидивов респираторных заболеваний у детей и взрослых.

4. Семейная диспансеризация и реабилитация эффективнее общепринятых методов оздоровления часто болеющих детей.

Г Л А В А I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

I.I. Определение понятия "часто болеющие дети"

Понятие "часто болеющие дети" следует рассматривать с двух позиций: с определения, каких детей мы можем считать часто болеющими и с выяснения клинической структуры данного контингента.

Что касается определения часто болеющих в целом, то в поисках его можно выделить три направления (цитировано по Отдельновой К.А., 1969). Первое направление - формально-статистическое - было дано в инструкции ЦУОСтраха 1931 года. Длительными - часто болеющими предлагалось считать всякого застрахованного, болевшего в течение года 6-7 раз или 60 и более дней. Второе направление, игнорирующее число случаев заболеваний и дней нетрудоспособности, учитывало характер заболеваний и социальную характеристику больного и было предложено в инструкции Института по изучению и экспертизе трудоспособности Мособлздравотдела 1932 года. Длительно - часто болеющие это те лица, которые дают частые срывы в работе, снижают производительность труда и часто обращаются за врачебной помощью. Третье направление предусматривало объединить количественный и качественный признаки в определении длительно - часто болеющих и учитывать как число заболеваний, так и их характер.

И все же в педиатрии применялся чаще количественный подход. Так, K. Kubát et al. (1972) предлагали считать часто болеющими детей, у которых за первые 6 лет жизни было от 13 и более острых инфекций дыхательных путей. В.П.Виноградов

(1971), Р.В.Тонкова-Ямпольская, Е.Шмидт-Кольмер, А.Атанасова-Вунова (1980), В.В.Иванова и соавт. (1982), Л.В.Веремкович (1983), О.В.Гринина, Т.В.Важнова (1984), Л.М.Казакова и соавт. (1984), З.С.Макарова (1984), И.Л.Огнева и соавт. (1986) подразумевали под часто болеющими детей, у которых было 4 и более случаев острых респираторных или обострений хронических заболеваний ЛОР-органов в течение года. Х.Х.Тимани (1983) рекомендовали брать под особо тщательное диспансерное наблюдение детей, болеющих более 5 раз в год с продолжительностью отдельных случаев болезни более 14 дней. К.М.Сергеева, Е.И.Ганичева, Е.А.Сиротенко (1979), В.В.Ботвиньева (1981) считали часто болеющими детей, в анамнезе которых имелись указания на 7-12 ОРВИ в год; если ребенок болел до 5 раз в год, его считали болеющим редко.

Н. Doesel (1974), изучая рецидивирующий бронхотический синдром у детей, в качестве критерия его определения объединил количественный признак (острые респираторные инфекции 3 раза в год и чаще, но не менее чем по 14 дней ...) и характеристику заболевания (... или при постоянной симптоматике в течение 3-х месяцев).

Л.Г.Лекарев и соавт. (1977) рассматривали данный контингент детей с позиции частоты, возрастной градации и длительности течения заболевания. По их мнению, часто болеющими были дети до 2-х лет, болевшие на протяжении года 4 и более раз и дети от 2-х до 7 лет, болевшие 3 раза и более. Длительно болеющими - дети, у которых хотя бы одно из перенесенных заболеваний продолжалось 25 и более дней.

А.А.Баранов и соавт. (1984) на большом репрезентативном статистическом материале обосновали и рассчитали следующие по-

возрастные критерии для определения групп часто болеющих детей: 0-1 год - 4 и более острых заболеваний в год; 1-3 года - 6 и более; 3-4 года - 5 и более; 4-5 лет - 4 и более; 6 лет и старше - 3 и более острых заболеваний в год.

Примером объединения количественного и качественного признаков в определении часто болеющих детей могут быть "Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах" МЗ СССР от 17/IV-1982 г. (Дорожнова К.П., 1983). Данные рекомендации учитывают 4 критерия: наличие или отсутствие хронических заболеваний, функциональное состояние органов и систем, резистентность и реактивность организма, уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития. На основании этих критериев все дети подразделяются на 5 групп здоровья. Дети с частыми (4 и более раз в году) острыми заболеваниями, а также с имеющимися функциональными и некоторыми морфологическими отклонениями и сниженной сопротивляемостью к острым и хроническим заболеваниям (аллергическая предрасположенность с кожными проявлениями экссудативного диатеза, отягощенный акушерский анамнез, неблагоприятный семейный анамнез, рахит, гипотрофия, гипертрофия аденоидов I-II степени и небных миндалин II степени, тимомегалия, кариес, аномалии прикуса, выраж туберкулиновых проб и др.), но без хронической патологии относятся ко II группе здоровья, а при ее наличии, в зависимости от степени компенсации и функциональных возможностей организма, к III, IV и даже V-й группам.

Таким образом, в литературе четко усматриваются принципы, положенные в основу формулирования определения "часто болеющие дети".

1.2. Распространенность часто болеющих детей

Контингент часто болеющих детей довольно многочисленный. Л.Г.Лекарев и соавт. (1977) указывали, что часто и длительно болеющие дети составляют 26,9% от общего числа детей дошкольного возраста. По данным Л.В.Веремкович (1983) количество их в 3-летнем возрасте равнялось 45%, а к 7 годам оно снижалось до 20%. В.Ю.Альбицкий и соавт. (1983) установили, что на долю часто болеющих детей дошкольного возраста приходится 56,9% от числа всех зарегистрированных случаев заболеваний.

О.В.Гринина и Т.В.Важнова (1984) провели социально-гигиеническое изучение детей в молодых семьях и показали, что на первом году жизни у 57,1% детей отмечалось от 4 до 6 и у 15,3% - от 7 и более - эпизодов острых заболеваний. На 2-м году группа часто болеющих детей составляла 38,1%, на 3-м - 61,9%, на 4-м - 52,1% и на 5-м году жизни - 44,8%. Таким образом, к 5-му году каждый 10-й ребенок переносит более 6 острых заболеваний. З.С.Макарова (1984) изучала особенности состояния здоровья детей раннего возраста и получила следующие данные: на 1-м году жизни часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей было $29,17 \pm 1,75\%$; на 2-м году - $73,66 \pm 1,7\%$, на 3-м году - $49,11 \pm 1,93\%$ ($P = 0,01$).

А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, И.И.Пуртов (1984) установили, что контингент часто болеющих детей, составляя в зависимости от возраста 1/4-1/7 детского населения, обуславливает 45-55% всей его заболеваемости, что такие подтверждают исследования Л.В.Дружининой (1984), И.П.Грековой и Н.В.Орловой (1985), а количество заболеваний у них больше, чем у эпизодически болеющих детей в 2-2,5 раза. Удельный вес часто болеющих по данным С.М.Гавалова (1984) колебался от 3,98% до 12,1%, причем 90,5%

из них были в возрасте от 1 до 5 лет.

1.3. Этиологические и патогенетические аспекты рецидивирующего респираторного синдрома часто болеющих детей

До настоящего времени, несмотря на значительное число работ, посвященных проблеме повторных заболеваний респираторного тракта у детей, не раскрыты все звенья их патогенеза (Гавалов С.М. и соавт., 1984).

Изучение этиологических и патогенетических механизмов формирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей требует многофакторных исследований (Гавалов С.М., 1983, 1984; Ветров В.П., Большакова Г.С., Таперова Л.Н., 1984), которые должны включать (цитировано по Гавалову С.М., 1984): выявление генетической предрасположенности к бронхолегочной патологии; изучение пренатальных и постнатальных условий развития плода и ребенка; социально-гигиенические аспекты (квартирно-бытовые условия, состав семьи и состояние здоровья всех членов семьи, наличие в семье курильщиков, проживание в районе загрязнения атмосферы промышленными выбросами); характер первичной патологии бронхолегочной системы и возраст, в котором она появилась; иммунологический статус ребенка и членов семьи; состояние реактивности бронхоторного тонуса; выявление хронических очагов инфекции как у самих детей, так и у членов семьи; аллергический фон; изучение гормональных механизмов и некоторые другие.

Изучив возможное влияние вышеперечисленных факторов на состояние здоровья ребенка, С.М.Гавалов с сотрудниками (1984) смогли выделить два вида изначальных патогенетических меха-

низмов рецидивирующих респираторных заболеваний: 1) определяющие - семейная предрасположенность или генетический фактор риска, фенотипический фактор риска, иммунодефицитные состояния, преимущественно приобретенные; 2) пусковые - инфекция (вирусы, вирусно-бактериальные ассоциации); аллергия, семейная хроническая очаговая инфекция, социально-гигиенические факторы, мелкие инородные тела бронхов.

Изучению механизмов наследования рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний, относящихся к полигенно исследуемым заболеваниям, посвящены исследования З.Н. Марикозой (1972), И.Н. Усова и Т.Н. Войтович (1979), О.А. Синявской (1980), И.Н. Усова (1981), В.П. Ветрова, Г.С. Большаковой и Л.Н. Таперовой (1984), В.М. Куруц и соавт. (1984), О.Г. Родцевич и Т.П. Суковатых (1984), Т.Н. Суковатых и О.Г. Родцевич (1984), Н. Doesel (1974).

Показано, что наследуется чаще не само заболевание, а предрасположенность к бронхолегочной или аллергической патологии (Адо А.Д. и Жуковский И.А., 1969). М.П. Матвеев и А.В. Чебуркин (1981) отмечали, что клиническая реализация процесса при наличии уготованной генетической предрасположенности возможна только после воздействия факторов внешней среды.

В работах А.Г. Лихачева (1969), Л.П. Долгушиной (1976), А.А. Эббовой (1976), Л.Н. Шинкаренко (1977), А.Г. Шамовой (1983), П.Д. Кац и соавт. (1985), D. Ricny, I. Holikova (1970),

N.J. Max Kjellman (1977) была показана связь аллергических заболеваний у детей с таковыми у их родителей. По наблюдениям Л.Н. Барышиковой и соавт. (1980), у детей первых трех лет жизни частота аллергических заболеваний в группе с отягощенной наследственностью была в 10 раз выше, чем в груп-

пе с благоприятной наследственностью. Было замечено также, что у матерей с аллергическими заболеваниями дети чаще страдали аллергией по сравнению с детьми, у которых этими заболеваниями страдали отцы (Сперанский Г.Н. и Соколова Т.С., 1969; Зр-бова А.А., 1976).

Если говорить о здоровье матери в целом, то оно является важным социально-биологическим фактором, под воздействием которого формируется здоровье плода и ребенка (Ветров В.П., Большакова Г.С., Таперова Л.Н., 1984). Результаты клинических и экспериментальных исследований, проведенных Н.Л.Гармашевой и Н.Н.Константиновой (1978), А.П.Кирыщенковым (1978), И.Н.Усовым и Т.Н.Войтович (1979), К.Н.Дорожниковой (1983), свидетельствовали о том, что при тяжелых заболеваниях матери и осложнениях беременности в первую очередь нарушались условия питания и газообмена плода, обусловленные нарушением маточно-плацентарного кровообращения и патологическими изменениями в плаценте. Исследованиями Е.Ч.Новиковой и В.И.Бодяжиной (1975), Е.В.Короткой (1978), Л.И.Антоновой, Н.П.Левиной и Л.Ф.Киселевой (1984), С.К.Ткаченко (1986) и др., было установлено, что вирусная инфекция, и в первую очередь грипп, ОРВИ, перенесенная женщиной во время беременности, может способствовать развитию различной патологии у матери, плода и новорожденного, существенно нарушать клинико-иммунологические соотношения у новорожденных, приводить нередко к развитию внутриутробного инфекционного процесса. Пренатальная патология, по данным О.Г.Родцевич и Т.Н.Суковатых (1984), L. Salt et al. (1974), наблюдалась достоверно чаще у детей с бронхиальной астмой, чем у здоровых; причем 20% детей с перинатальными факторами риска заболели бронхиальной астмой до 1 года, а 80% в воз-

расте до 6 лет.

Из других пре- и постнатальных факторов, влияющих на частоту болезней органов дыхания у детей, можно выделить недоношенность (Веселов Н.Г., Юрьев В.К., 1980 и др.), тяжелый идиопатический респираторный дистресс-синдром (Kemper J., 1978), низкую массу тела при рождении (Артемов В.Г., Кондрахина О.К., Замотин Б.А., 1985 и др.), рахит (Kobielowa Z. et al., 1973 и др.), железодефицитную анемию (Казакова Л.М. и соавт., 1984), фактор вскармливания и некоторые другие. Что касается вскармливания, то по данным одних авторов дети находящиеся на естественном вскармливании, болели значительно реже детей на искусственном вскармливании (Шляховая Э.В., 1969; Чуйко А.П., 1972; Kubát K. et al., 1974; Cunningham A.S., 1977, 1979), по мнению других - заболеваемость не зависела от вида вскармливания (Frank A.L. et al., 1982).

Для понимания механизмов возникновения рецидивирующего респираторного синдрома у детей необходимо учитывать иммунологический гомеостаз и, в частности, нарушения общего и местного (в бронхолегочном аппарате) иммунитета (Михеева Г.А. и соавт., 1975; Ботвиньева В.В., Извольская З.А., Шкаренкова Л.В., 1976; Чухловина М.Г., 1977; Михайлова З.М., 1983, 1985; Imperato S. et al., 1971; Rieger C.H.L., 1979 и др.), которые могут быть как генетически детерминированными, так и иметь приобретенный характер (Сереева Е.В., Михеева Г.А., 1976; Гавалов С.М., 1984; Петров Р.В., Аствацатрян В.А., Кцоян Л.А., 1984; Ивановская Т.Е., 1985; Michel P.-B. et al., 1973; Schmid F., 1974; Tacke A. et al., 1978).

D. Levitt, M.D. Cooper (1981) исследовали иммуноглобулины сыворотки крови у большого числа человек и выявили

селективный иммунодефицит IgA у 0,1-0,2% популяции, связав его с тем, что IgA наиболее поздно появляются в процессе онтогенеза. D. Cernak et al. (1981) установили селективный дефицит IgA у 0,37% популяции. И те, и другие обращали внимание на тот факт, что у большинства людей, особенно детей, дефицит

IgA сочетался с повторными заболеваниями органов дыхания. Большое значение IgA в формировании защитных механизмов органов дыхания придавали I. Michalicková e.a. (1983).

В.В.Ботвиньева (1981, 1985), З.М.Михайлова (1983) занимались вопросом установления связи частых респираторно-вирусных заболеваний с особенностями иммунитета у детей и выявили лишь некоторое запаздывание восстановления уровня IgA у детей, болеющих 7 и более раз в год. Они предположили, что такой транзиторный дефицит IgA является благоприятным фоном для развития следующего вирусного заболевания. При этом иммунодефицит носит вторичный характер, тогда как на долю первичного дефекта иммунитета приходится только 3,5%.

I. Lajos et al. (1979) обследовали 158 детей с частыми респираторными заболеваниями и 156 - с бронхиальной астмой и определили у 30% из них снижение IgA на 12% и в 1/4 случаев - на 25%.

На частоту селективного дефицита IgA при бронхиальной астме обращали внимание M. Arndt (1976), I. Nevihostényi et al. (1979); при астматическом бронхите - I. Beregszászi e (1974), М.Клинканова, И.Джамеджиев (1976); при рецидивирующем бронхите у детей раннего возраста - Р.В.Петров, В.А.Аствацатрян, Л.А.Кцюян (1984), Z. Erdős (1976); при хронической бронхопатии и хронической неспецифической пневмонии - Д.В.Белокриницкий, Г.П.Марисенко, С.А.Палихович (1969),

P. Osvath et al. (1971), G. Mellio (1973); при аллергических заболеваниях - Т.В.Фокина и соавт. (1975), D. Chmielewska, I. Gutkowska (1978).

S. Lahni et al. (1982), обследовав 21 ребенка с селективным дефицитом $I\Delta$, у 11 выявили хронические инфекционные заболевания дыхательных путей, у 8 - кариес, у 5 - бронхиальную астму, у 4 - экзему, у 3 - синусит, а повторив обследование через несколько лет, отметили у 1/3 этих детей повышение содержания $I\Delta$, у 2/3 - отсутствие такового повышения.

"Маркером" иммунодефицитных состояний являются не только заболевания бронхолегочной системы, но и хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов (Михайлова З.М., 1983). Селективный дефицит $I\Delta$ при хроническом тонзиллите и аденоидите находили C. Nezekof et al (1974), H. Baki et al (1977), E. Караханян et al. (1982).

Рядом авторов, наоборот, не было зафиксировано снижения иммуноглобулинов при рецидивирующих респираторных заболеваниях (Лисяна Т.О., Казмирчук В.Е., 1974; Артамонов Р.Г., Михеева Г.А., Шкаренкова Л.В., 1978; Король О.И., Мовчан Н.С., 1984; Nijedla Z. et al. , 1973; Székely E. et al 1977; Gravina E. et al 1980; Beard L.J. et al., 1981). Л.П.Далецкая и Л.В.Беленькая (1978) определяли пониженное содержание $I\Delta$ и $I\Delta$ у часто болеющих детей только в весенне-осенний период, тогда как в остальное время года оно было нормальным.

Нами также были встречены единичные семейные исследования иммуноглобулинов сыворотки крови, в которых предпринималась попытка проследить характер наследования иммунного дефицита.

Так, I. Dobronyi et al. (1973) у матери двух часто болеющих детей с дефицитом $I\Delta$ отметили такое же низкое содер-

вание IgA в сыворотке крови и сделали заключение о семейном характере иммунодефицита. А.Ю.Елецкий (1981), П.Д.Кац и соавт. (1985), О.Н.Сафронова, Ю.Г.Резниченко (1986), J. Jerrard et al. (1974) изучали иммуноглобулины сыворотки крови в семьях детей с аллергическими заболеваниями и бронхиальной астмой, с отягощенным по аллергии семейным анамнезом.

Естественная резистентность организма во многом зависит также от бактерицидной активности фагоцитирующих клеток крови и тканей. Полинуклеары и макрофаги играют первостепенную роль в формировании механизмов противомикробной защиты, в патогенезе инфекционно-воспалительных процессов (Маянский Д.Н., 1980; Quie P.D. , 1972; Doesel H. , 1974).

Оценка показателей фагоцитоза с помощью НСТ-теста может быть использована в пульмонологии в целях дифференциальной диагностики острых бактериальных и вирусных инфекций (Пикуза О.И. и соавт., 1980; Скоробогатова О.В., Самсыгина Г.А., 1980; Humbert T.R. et al, 1971; Magliulo E. et al. , 1975; Masi M. et al. , 1975), анализа эффективности их лечения (Царегородцев А.Д., 1980), диагностики аллергических и инфекционно-аллергических процессов (Kaufman H., Suffa R., 1974).

Снижение фагоцитарной активности наблюдается в начальном периоде респираторных инфекций, что может способствовать присоединению бактериальных осложнений (Лихопоев В.П., 1974; Зыбцев В.П., 1975; Извольская З.А., Ботвиньева В.В., 1976). Нарушение фагоцитарной и бактерицидной функции гранулоцитов может способствовать неблагоприятному исходу бактериальных инфекций нижних дыхательных путей (Нестерова И.В., 1980; Hellum K.B., Solberg G.O. , 1977).

Работ, посвященных изучению фагоцитарной способности нейтрофилов крови у часто болеющих детей, единицы. Н. Bak¹ et al. (1977) у часто болеющих детей с хроническими аденоидитами и тонзиллитами, R.A.Rivero Jimenez (1983) у детей с повторными пневмониями В.В.Ботвиньева (1981), L.J.Beard et al. (1981), L.Nakansson et al. (1980) у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями, В.А.Мазинг, Л.А.Меленина, М.А.Данилова (1984) у детей с рецидивирующим бронхитом определяли снижение фагоцитарной активности нейтрофилов по сравнению с контрольной группой здоровых детей.

После определявших изначальных патогенетических механизмов рецидивирующих респираторных заболеваний на втором месте стоят пусковые факторы, одним из которых считается инфекционное начало и возраст, в котором появились первые эпизоды инфекции.

Рядом исследований подтверждена роль острых вирусных или бактериальных инфекций в развитии последующих эпизодов респираторных заболеваний у часто болеющих детей. В.Ариаудова-Тодорова et al. (1970), Z. Erdös (1976), A. Tacke et al. (1978) отмечали влияние ОРВИ, перенесенных ребенком в раннем возрасте, особенно до 1 года, на частоту и тяжесть бронхолегочных заболеваний у него в более старшем возрасте. В работе Б.Маматкулова (1982) приведено наблюдение, что у детей, часто болеющих на 1-м году жизни ОРВИ, на 2-м году риск заболеть бронхолегочной патологией выше в 1,65 раз по сравнению с неболевшими детьми.

Наибольшее значение в патогенезе рецидивов респираторных заболеваний придается острому бронхиту (Zamar R. et al., 1969). Colley J. et al. (1973), K. Mc Intosh et al. (1973) счита-

ли, что приблизительно у 50% детей после острого бронхолита в дальнейшем развиваются типичные приступы бронхиальной астмы.

R.L. Henry et al. (1983) в катамнезе 55 детей, перенесших бронхолит в грудном возрасте, у 72% из них 2 года спустя отмечали периодически свистящее дыхание, у 13% - частые ОРВИ. J.C. Rooney, H.E. Williams (1971) в катамнезе 62 аналогичных больных спустя 2-7 лет наблюдали у 56% приступы кашля и у 43% - одышку. Е.С.Кетиладзе и соавт. (1984) в процессе диспансеризации 150 детей с RS-вирусным заболеванием в прошлом показали, что у 31,8% из них бронхообструктивный процесс повторялся, у 15,3% - развился астматический бронхит, у 10% произошла трансформация заболевания в бронхиальную астму.

Роль аллергической настроенности в формировании рецидивирующего течения обструктивных форм RS-вирусной инфекции была доказана Р.В.Вартанян и соавт. (1984), И.М.Стрельцовым, В.А.Рыбиным, Н.М.Куренской (1985).

Определенное значение имеет возраст, когда заболел ребенок. В данном вопросе авторы единодушно рекомендовали особенно тщательно наблюдать детей в возрасте до 7 лет в связи с самым высоким уровнем заболеваемости, после 7 лет заболеваемость заметно снижается (Жарикова З.Н., 1972; Игнатьева Р.К., Максимова Т.М., 1980; Маматкулов Б., 1982; Веремкович Л.В., 1983; Hlouskova Z., Houstek I., 1973; Fülöp T., 1974; Erdöz Z., 1976; Taske A. et al., 1978).

Интересное наблюдение опубликовала M. Bouchalova (1983), в котором показала, что если у ребенка до 1 года уровень заболеваемости был: а) низким; б) средним; в) высоким, то в этих группах заболеваемость оставалась одинаковой на протяжении всего периода детства до 12 лет.

Была замечена разница в показателях заболеваемости у девочек и мальчиков, и по мнению большинства исследователей, достоверно чаще болеют мальчики, чем девочки, особенно в возрасте до 3-х лет (Маматкулов Б., 1982; Kubat K. et al., 1970; Vidonyi D., 1979).

В медицине утвердилось однозначное представление, подтвержденное результатами многочисленных исследований, о наличии этиологической и патогенетической связи между очагами хронической инфекции в носоглотке и возникновением бронхолегочных заболеваний у детей (Гаджимирзаев Г.А., 1970; Константинова Н.П., 1971; Некрасова Э.Г., 1972; Арутюнян Г.А., 1973; Пырля В.П., 1973; Doesel H., 1974; Szczypłowski K. et al., 1974; Поборникова Ст. et al., 1979 и др.).

На связь рецидивирующих бронхитов и пневмоний с патологией ЛОР-органов указывала Ю.Ф.Домбровская (1960). В результате многолетних наблюдений А.К.Светлова (1967, 1970, 1978) смогла дифференцировать и выделить из числа детей раннего возраста с затяжными и рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями наиболее многочисленную (70%) группу детей с рано развившейся гипертрофией лимфаденоидной ткани и показать у них непосредственную связь изменений в ЛОР-органах с бронхолегочной патологией, что позволило ей объединить подобные заболевания в группу аденосинусобронхитов, аденосинусопневмоний. Подобного мнения придерживались М.В.Колтунов (1969), З.Н.Жарикова (1972), D. Dal-ladone (1970).

Роль хронических синуситов, ринофарингитов, аденоидитов и хронического тонзиллита в генезе хронических пневмоний в частности (1968) и бронхолегочных заболеваний в целом (1984, 1985) неоднократно подчеркивал С.М.Гавалов, поставив хроническую оча-

говую инфекцию на одно из первых мест в ряду ведущих патофизиологических механизмов формирования повторных и хронических бронхолегочных заболеваний.

Р.Г.Артамонов, Р.А.Добровольская (1978), К.Ф.Ширяева, А.В.Богданова (1982), L.Čapová et al. (1974), Н.Прьевчев и соавт. (1976) указывали на высокую частоту заболеваний ЛОР-органов у детей с рецидивирующим бронхитом.

M.Khiati et al. (1982) наблюдали обструктивный синдром, спровоцированный гипертрофированной лимфоидной тканью верхних дыхательных путей.

А.И.Гингольд и соавт. (1970), K.Sroczyński et al. (1971), В.Р. Iaffe (1974), Н.Прьевчев, Н.Улевинов (1980) пришли к заключению, что у детей до 2-х лет с гипертрофией и воспалением глоточной миндалины часто наблюдались рецидивирующие бронхиты и пневмонии, рецидивирующий отит, ринит, хронический тонзиллит и субфебрилитет и считали, что при таком сочетании обязательна аденотомия.

Известно, что хронический тонзиллит является источником не только постоянного инфицирования и сенсибилизации организма, но и патологической импульсации (Буков В.А., Фельбербаум Р.А., 1980).

С.М.Гавалов и Л.Ф.Казначеева (1985) предполагали, что "тонзиллогенный" нейродистрофический процесс, развивающийся по типу цепной реакции, не может не затронуть в той или иной степени бронхолегочной системы и не сказаться на ее функции. При этом в патогенезе метатонзиллярных отклонений бронхолегочной системы они выделяли следующие звенья: 1) изменение иммунологической реактивности как самих миндалин, так и защитных механизмов в целом; 2) нарушение барьерных функций слизистых обо-

лочек и лимфоидных образований на пути внедрения возбудителя, отсюда непосредственное действие инфекционно-токсических факторов, всасывающихся из первичного очага, и аллергические механизмы - микробная сенсибилизация; 3) нервно-рефлекторные взаимоотношения между небными миндалинами и легкими. Авторы, кроме того, изучили взаимосвязь хронической очаговой инфекции носоглотки и гиперчувствительности бронхов и выявили преобладание среди больных с очагами хронической инфекции "гиперчувствительных" детей, что свидетельствует о важной роли очагов хронической инфекции в генезе нарушений регуляции тонуса бронхов. При наличии "гиперчувствительности" сенсорных рецепторов слизистой бронхов детей с хроническим тонзиллитом, аденоидитом и т.д. даже незначительные по силе раздражения (охлаждение, перегревание, пассивное курение, вирусная инфекция и т.д.) могут способствовать неадекватно бурным вегетоневропатическим реакциям, сдвигу функционального характера; создается готовность к частым бронхолегочным заболеваниям. Последние могут изменить динамическое равновесие в регуляции бронхомоторного тонуса - создается, таким образом, порочный круг.

При хронических заболеваниях ЛОР-органов, особенно при аденоидных вегетациях и синуситах, может нарушаться функция носового дыхания. Длительное вынужденное ротовое дыхание может привести к возникновению воспалительных процессов в бронхах и среднем ухе, фарингитов, ларингитов и др. (Буков В.А., Фельбербаум Р.А., 1980).

Аденоидные вегетации, кроме того, по мере своего роста изменяют строение лицевого скелета, приводят к стойким изменениям строения зубочелюстного аппарата. Происходящие при этом деформации также приводят к формированию ротового типа дыха-

ния (Коликов С.И., 1969). Зубочелюстные деформации являются одной из причин того, что после аденотомии сохраняется дыхание через рот и рецидивы респираторных заболеваний, что расценивается врачами, как сомнительное значение оперативного лечения хронических очагов инфекции ЛОР-органов у детей.

Кроме воспалительных процессов в носоглотке на течение основного заболевания в бронхолегочной системе отрицательное влияние могут оказывать воспалительные процессы в полости рта (простой и осложненный кариес, острый или хронический периодонтит и др.) /Тюрин Н.А., 1974/. А.В.Гринина (1973) в своем исследовании показала, что при кариесе может снижаться иммунологическая реактивность организма.

Связь бронхолегочной патологии с загрязнением атмосферного воздуха подтверждена многочисленными исследованиями (Гавалов С.М., 1968; Демирчян В.А., 1973; Кирищенко А.П., 1978; Гришкин И.Г., 1980; Намильджанов А.Х., 1980; Гавалов С.М. и соавт., 1983; Куруц В.М. и соавт., 1984; Barnea M. et al. , 1976; Erdös Z. , 1976 и др.).

Резкому повышению частоты бронхолегочных заболеваний, утяжелению течения болезней, а также их затяжному и хроническому характеру способствует табачный дым, что в настоящее время доказано (Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н., 1978; Гавалов С.М. и соавт., 1983, 1984, 1985; Ветров В.П., Большакова Г.С., Таперова Л.Н., 1984; Зосимов А.Н., Старожинская Г.А., 1985; Hlousova Z., Houstek I. , 1973; Colley J. , 1976; Bland M. et al. , 1978; Rantahallio P., 1978 и др.).

С.М.Гавалов и соавт. (1985) по данным клинико-эпидемиологического обследования 6800 семей установили, что в 3876 (57%)

из них дети подвергались воздействию табачного дыма; более детальный анализ показал, что из 3870 детей - пассивных курильщиков часто болеющих - 2031 (52,5%), а здоровых - 1839 (47,5%), тогда как среди 3179 детей, в семьях которых не курят, здоровых 2305 (72,5%), а часто болеющих 874 (27,5%).

Кроме вышеперечисленных социально-гигиенических факторов в формировании рецидивирующего респираторного синдрома у детей имеет значение посещение ребенком детского сада-яслей. А.В. Оноприенко (1973), Д.Е. Елешева и соавт. (1980), R. Nowak (1974), K. Strangert (1976) и другие исследователи показали, что организованные дети болеют значительно чаще неорганизованных. Данный факт связывают с неблагоприятным течением периода адаптации к дошкольному учреждению (Кобзева Л.Ф., 1975; Гриднева Г.В., 1976; Тонкова-Ямпольская Р.В., Шмидт-Кольмер Е., Атанасова-Вунова А., 1980; Баркая А.И., 1981; Солицев А.А., 1985), с дефектами профилактической работы на педиатрическом участке поликлиники (Лекарев Л.Г. и соавт., 1977), с непрерывными более тесными контактами детей друг с другом в группе и возникновением локальных вспышек острых респираторно-вирусных инфекций, с постоянным наличием в группе вирусоносителей (Попова Л.А., 1981) и некоторыми другими моментами.

Одним из важнейших аспектов изучения влияния социально-гигиенической среды на состояние здоровья детей является исследование условий развития и воспитания ребенка в семье (Архипова Г.П., Белиева Г.Г., 1977). В семье ребенка можно усмотреть естественную небольшую общественную группу, являющуюся для ребенка основной общественной средой (Dunovsky I., 1980).

Число работ, посвященных изучению семейных аспектов заболеваемости, нам встретилось мало. При этом авторов интересова-

ли в основном эпидемиологические доказательства взаимосвязи заболеваний дыхательных путей у взрослых и детей и возможность пассажа возбудителя внутри семьи (Aiello L.F., Luby I.P., 1974; Colley J., 1976; Azimi P.H., Koranyi K., 1977; Burrows B. et al., 1977; Kaplan E.L. et al., 1979; Nelson D.B. et al., 1980).

Социально-гигиеническое изучение длительно и часто болеющих детей и их семей рекомендовала проводить К.А.Отдельнова (1966, 1969).

Взаимоотношения в семье, имеющей ребенка-астматика, и связь между различными событиями в семье (перемена места жительства, развод, конфликты и т.д.) и заболеваемость детей анализировали Geiger A.K. (1974), A.L. Beutrais et al. (1982).

Значению семейного фактора в распространении ангины и хронического тонзиллита у детей посвящено исследование М.А.Гугасьянц (1966).

Р.И.Каланча (1977) изучал состояние здоровья детей в зависимости от того, болели их родители или нет. Состояние здоровья родителей анализировалось по данным обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения и методом опроса. В зависимости от количества острых заболеваний в течение года и наличия или отсутствия хронических заболеваний у родителей и детей все семьи были разделены на малоболеющие, среднеболеющие и многоболеющие. Было показано, что в семьях, где родители больны, уровень заболеваемости детей первого года жизни в 1,6 раза выше, чем, где родители здоровы, причем наибольшая взаимосвязь со здоровьем матери, чем с другими членами семьи.

Г.Н.Шкурик (1972) показал, что малоболеющих семей было

21,6%, среднеболевших - 48,8%, многоболевших - 29,6%. Удельный вес семей, где все члены или обращались, или имели заболевание, но не обращались за помощью в поликлинику - 60,4%. Наиболее часто в семьях регистрировали болезни органов дыхания (80%), ЛОР-органов (32,7%), из них - ангины (56,8%).

Объектом исследования Г.П.Архиновой и Г.Г.Беляевой (1977) явились семьи сельских жителей, где также анализировалось состояние здоровья родителей и детей по данным трехгодичной обращаемости и результатам комплексного медицинского осмотра, в результате которых был сделан вывод о прямой связи между состоянием здоровья у членов одной семьи. Было рекомендовано учитывать этот факт при диспансеризации детей педиатрами.

Работ, в которых была бы осуществлена попытка лечения одновременно детей и родителей с целью улучшения их здоровья, нам не встретилось.

Немалая роль в частоте и длительности заболеваний органов дыхания принадлежит аллергии (Hoekelman R.A. , 1974; Erdös Z. , 1976; D'Amato I., D'Ambra L. , 1980). По данным С.М.Гавалова (1984), наибольший удельный вес среди детей первых трех лет жизни приходился на пищевую аллергию (73%), значительное место занимала бытовая аллергия (66%) и несколько ниже был удельный вес бактериальной (53%), с возрастом нарасталась пыльцевая и лекарственная сенсибилизация.

У детей, страдающих аллергическими заболеваниями, существенно снижена способность противовирусного иммунитета, поэтому также дети часто болеют респираторными заболеваниями вирусной природы (Веремкович Л.Е., 1983). В.В.Ботвиньева (1981) при обследовании часто болеющих детей у 59% выявила респираторные и кожные проявления аллергии, тогда как в группе редко болеющих

детей - только у 19%.

А.К.Светлова (1967, 1970), тщательно изучив ранний анамнез детей с частыми заболеваниями ЛОР-органов и бронхолегочной системы, показала, что все эту группу больных объединяла одна особенность - наличие измененной реактивности, протекающей по типу аллергических синдромов. Аналогичные данные получили А.Ф.Зеленский, О.Л.Переладова (1969), И.Н.Усов, Т.Н.Войтович (1979), И.Н.Усов (1981), О.Г.Родцевич, Т.Н.Суковатых (1984), I. Milotova, V. Spicák (1971).

Повышение аллергической реактивности является одним из факторов, предрасполагающих к бронхообструктивному синдрому у детей (Стрельцов И.М., Рыбин В.А., Курепская Н.М., 1985; Gamalero P.C., Vasone R.A., 1975).

Рассматривая роль аллергии в генезе рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей, нельзя не коснуться проблемы лекарственной аллергии, которая развивается у них в ответ на массивную терапию, чаще всего антибактериальную (Володина А.П., Матуш Л.И., 1981). Следствием этого является формирование лекарственной болезни, в клинике которой в 25-30% случаев манифестным бывает респираторный синдром (Гавалов С.М., 1984). Л.Н.Скучалина (1984) провела обследование 107 детей с бронхолегочной патологией и у 17,7% выявила клинико-анамнестические признаки лекарственной аллергии, у 37,8% - "скрытую" или латентную ее форму.

Мелкие инородные тела бронхов являются одним из пусковых механизмов, участвующих в формировании рецидивирующего респираторного синдрома у детей. На это обстоятельство следует обратить особое внимание, так как аспирация инородных тел часто проходит незаметно для родителей и педиатров и приводит к вол-

нообразному течению бронхолегочного заболевания на протяжении нескольких лет, неадекватной терапии и хронизации процесса в легких. Причем частота обнаружения инородного тела в подобных ситуациях достаточно высока и по данным С.М.Гавалова с соавт. (1984), Н.А. Калиненко (1984) составляла 7,63%. О необходимости своевременной диагностики инородных тел дыхательных путей сообщали также Е.В.Климанская и соавт. (1977), М.Г.Чухловина (1981).

После того, как определяющие и пусковые механизмы рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей нами освещены, необходимо акцентировать внимание на том, что в дальнейшем независимо от этих механизмов ведущее значение приобретает нарушение сбалансированного влияния адренергических и холинергических структур на бронхомоторный тонус или гиперреактивность бронхов.

В 1976 г. С.М.Гаваловым было высказано предположение о том, что повторные заболевания бронхолегочной системы после острых пневмоний, бронхитов, СРВИ у части детей могут быть вызваны нарушением сбалансированного влияния адренергических и холинергических структур на бронхомоторный тонус. В гипотезе допускалось, что в условиях измененной чувствительности сенсорных рецепторов слизистой бронхов и гиперреактивности бронхов различные факторы внешней среды, в первую очередь неспецифического характера (температура вдыхаемого воздуха, физическое напряжение, стрессы, очаги хронической инфекции, пассивное курение и т.д.) могут спровоцировать проявление симптомокомплекса, сходного с воспалительной реакцией, что влечет за собой врачебные, диагностические и лечебные ошибки. Это предположение было подтверждено исследованием Л.Ф.Казначеевой (1982), в ко-

тором впервые показана роль гиперчувствительности бронхов в генезе повторных бронхолегочных заболеваний. Подобные исследования проводили D. Emreu et al. (1976, 1979), L.D. Robinson (1977).

Мало изученным аспектом являются гормональные механизмы формирования патологии респираторного тракта. Как показали исследования Л.П.Смирновой (1985), гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая и тиреоидная системы по-разному реагируют при остром, затяжном и хроническом бронхолегочном заболевании, и по мере хронизации процесса (затяжные и повторные пневмонии) имело место снижение функции коры надпочечников, повышение активности щитовидной железы. С.Б.Соловьевым и соавт. (1986) было выявлено наличие выраженных изменений гормонального профиля у больных с острыми и рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями, А.А.Елыкомовым (1969) - у детей с аденоидными вегетациями и хроническим аденоидитом.

Обобщая раздел, обзора литературы, посвященный анализу этиологических и патогенетических аспектов рецидивирующего респираторного синдрома у детей, можно сделать вывод, что работ по этому вопросу достаточно, и касаются они самых различных сторон данной проблемы.

Однако требуют дальнейшего изучения иммунологические механизмы из-за достаточно противоречивых данных, полученных разными исследователями; практически отсутствуют семейные исследования иммунитета у часто болеющих детей.

Большой интерес могут представлять семейные исследования, касающиеся роли хронической очаговой инфекции в генезе рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей. Имеющиеся работы, авторы которых делали попытку изучения се-

мейных аспектов заболеваемости, касаются, главным образом, социально-гигиенического и эпидемиологического анализа в семьях.

Работ, в которых было бы осуществлено непосредственное клиническое обследование членов семьи часто болеющих детей с последующей попыткой лечения одновременно детей и родителей с целью улучшения их здоровья, нам не встретилось.

1.4. Клиническая структура часто болеющих респираторной патологией детей

Что касается клинической структуры часто болеющих респираторной патологией детей, то в изученной литературе нам практически не встретились работы, которые бы специально освещали этот вопрос. Во всех перечисленных выше в обзоре источниках наряду с определением понятия "часто болеющие дети" рядом чаще всего указывалось: "болеющие острыми инфекциями дыхательных путей", "болеющие острыми респираторными или обострениями хронических заболеваний ЛОР-органов", "болеющие ОРВИ", "болеющие острыми заболеваниями".

А.А.Баранов и соавт. (1984) рекомендовали при формировании групп часто болеющих детей учитывать в течение года острые заболевания и все обострения хронических и, наоборот, не учитывать заболевания невоспалительного характера (ожирение, опухоли, анемия и т.д.). Кроме того, они указывали, что на первом месте у часто болеющих респираторной патологией детей всех возрастов стоят ОРЗ, грипп (90-93%) и воспалительные заболевания органов чувств. Указанная патология, по их мнению, исчерпывает всю заболеваемость данного контингента детей.

Н.А.Калиненко (1984), обследовав 653 ребенка из группы часто и длительно болеющих, установила у них рецидивирующие

бронхиты, повторные острые респираторные заболевания. Из них у 1/3 детей, у которых ОРВИ регистрировались почти ежемесячно, автор предположила наличие респираторного аллергоза, что согласуется с мнением А.К.Светловой (1967), С.Ю.Каганова и Г.М.Чистякова (1974), С.М.Гавалова (1976), Т.В.Пашун и соавт. (1978), I.D'Amato, I.D'Ambra (1980). Т.О.Лисяна и В.Е.Казмирчук (1974), обследовав 35 детей из группы часто болеющих до 3-х лет, выявили у большинства рецидивирующий бронхит и повторные пневмонии.

Не вызывает сомнения тот факт, что острая респираторная патология (ОРВИ, грипп, бронхит, пневмония), занимающая первое место по частоте среди других заболеваний детского возраста и описанная многими исследователями (Гавалов С.М., 1980; Домбровская Ю.Ф., 1978; Рачинский С.В. и соавт., 1978; Сергеева К.М., Ганичева Е.И., Сиротенко Е.А., 1979; Полова Л.А., 1981; Таточенко В.К., Рачинский С.В., Споров О.А., 1981; Таточенко В.К., Шурьгин В.К., 1983; Ширяева К.Ф., 1984; Носов С.Д., 1985; Таточенко В.К., 1985 и др.), имеет место в структуре заболеваемости часто болеющих детей.

Многочисленными исследованиями также доказано, что в структуре рецидивирующих респираторных заболеваний у детей значительное место принадлежит хроническим заболеваниям ЛОР-органов с их частыми обострениями (Веремкович Л.В., 1983; Pellant A. et al., 1969; Radiniewicz S. B., 1971; Sroczyński K. et al., 1971; Пръевчев Н., Улевинов Н., 1980).

Изучая литературу, нельзя было также не обратить внимания на большое число работ, посвященных рецидивирующим, затяжным и хроническим заболеваниям органов дыхания у детей (Таточенко В.К. и соавт., 1972; Артамонов Р.Г., 1973; Гриш-

кин И.Г., 1980; Вундерлих П., Таль В., 1983; Рачинский С.В., Середа Е.В., 1983; Каганов С.Ю. и соавт., 1984; Сидельникова Л.В., Нестерова И.В., 1984; Genhrz R.C., 1983).

Причем прослеживалась динамика, как по мере роста диагностического опыта и научных знаний постепенно менялось представление о структуре этих заболеваний.

До 60-х годов бронхолегочные заболевания, протекавшие по типу хронического бронхита и вялотекущей пневмонии с частыми обострениями по классификации, предложенной С.П.Борисовым (1953), выделяли в I стадию хронической неспецифической пневмонии. Но уже тогда С.М.Гавалов (1961) писал, что диспансеризации должны подлежать как больные с выраженными формами хронической пневмонии, так и дети, находящиеся под угрозой хронической пневмонии (часто болеющие пневмонией, острыми катарам верхних дыхательных путей, бронхитами, страдающие экссудативным диатезом, хроническими тонзиллитами). Одновременно в литературе появилось понятие о синусобронхитах и синусопневмопатиях у детей (Светлова А.К. и соавт., 1962; Светлова А.К., 1970, 1978), указывающих на патогенетическую связь бронхолегочных заболеваний и патологии ЛОР-органов. Это позволило выделить в классификации хронических неспецифических пневмоний группу подозрительных по хронической пневмонии детей (Гавалов С.М., 1968), в которую кроме вышеперечисленных угрожаемых состояний вошли также аденосинусопневмопатии, аденосинусобронхиты.

По данным З.Н.Нариковой (1972) в структуре рецидивирующих, затяжных и хронических бронхолегочных заболеваний бронхопневмопатии составляли 75,1%, бронхиальная астма - 9,9%, хроническая неспецифическая пневмония - 15%. В зарубежной

литературе описывали подобную клиническую форму, имеющую связь с патологией носоглотки - синобронхит (Schmid P. . 1972; Doesel H. . 1974; Szczypiodski K. et al 1979).

С внедрением в детскую пульмонологию бронхологических методов исследования термин "хроническая пневмония", объединявший практически все рецидивирующие, затяжные и хронические формы бронхолегочной патологии у детей, в настоящее время применяется лишь в тех случаях заболевания легких, в основе которых лежит пневмосклероз и деформация бронхов (Гавалов С.М., 1974; Домбровская Ю.Ф., 1978; Рачинский С.В., Таточенко В.А., Споров О.А., 1978; Чухловина М.Г., 1981 и др.).

Впервые в отечественной литературе в Проекте классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии у детей (Домбровская Ю.Ф., Студеникин М.Я., Рачинский С.В., 1973 и др.) был введен термин "рецидивирующий бронхит" и закреплен в последующем на пленуме Правления Всесоюзного общества детских врачей и Научного совета по педиатрии при Президиуме АМН СССР в ноябре 1978 года.

На сегодняшний день рецидивирующий бронхит занимает центральное место в группе рецидивирующих бронхолегочных заболеваний и ему посвящено большое число исследований (Артамонов Р.Т., Добровольская Р.А., 1978; Рачинский С.В. и соавт., 1978; Ширяева К.Ф., Богданова А.В., 1982; Рачинский С.В., Середа Е.В., 1983; Каганов С.Ю. и соавт., 1984; Dietzsch H.I., 1974, 1984 и др.).

В первоначальном определении рецидивирующего бронхита неизменным условием являлось повторение его обострений 3-4 раза в год и отсутствие клинических признаков бронхиальной обструкции (Артамонов Р.Т., Добровольская Р.А., 1978; Рачин-

ский С.В., Середа Е.В., 1983).

Вместе с тем К.Ф.Ширяева и А.В.Богданова (1982) отмечали у 10% больных с рецидивирующим бронхитом наличие обструктивных нарушений. С.В.Рачинский и соавт. (1978) наблюдали 150 детей с рецидивирующим бронхитом в анамнезе и у 12,7% из них зарегистрировали трансформацию заболевания в астматический бронхит, у 1,69% - в бронхиальную астму. Т.Г.Лебедева (1977) предлагала различать рецидивирующий бронхит аллергического и неаллергического генеза; С.М.Гавалов и соавт. (1980, 1984), А.Я.Осин и Л.А.Матвеева (1981), Н.В.Воробьева и соавт. (1984) выделяли в качестве клинического варианта рецидивирующего бронхита наряду с необструктивным обструктивный рецидивирующий бронхит.

У детей чаще встречается обструктивный вариант рецидивирующего бронхита, в основе которого могут лежать аллергические и неаллергические механизмы (Гавалов С.М., 1984).

С.В.Рачинский и Е.В.Середа (1983) по этому поводу высказывали точку зрения о трудности диагностики при создавшейся ситуации рецидивирующего и астматического бронхитов и рекомендовали выделение обструктивного рецидивирующего бронхита в качестве клинического варианта рецидивирующего бронхита только на время трансформации последнего в астматический бронхит в качестве определенной фазы его течения.

М.В.Сидельников и соавт. (1979), Т.А.Старохинская, А.Н.Зосимов (1983), А.В.Богданова, В.В.Никитина, В.Я.Минеев (1984), Н.В.Воробьева и соавт. (1984) в связи с этими трудностями разработали критерии диагностики рецидивирующего и астматического бронхитов у детей.

Таким образом, подводя итог изучения литературы по вопросу клинической характеристики часто болеющих детей, можно сделать

вывод, что термин "часто болеющие дети" предусматривает в большинстве своем детей с ОРВИ, гриппом и обострениями хронических заболеваний ЛОР-органов, в то время как термин "затяжные и рецидивирующие бронхолегочные заболевания" - рецидивирующий бронхит и респираторный аллергоз и эти два термина практически не связываются в литературе.

Нам кажется это не совсем верным, так как в основу определения данных терминов положен, прежде всего, количественный признак - частота повторных респираторных заболеваний, и уже потом - качественная характеристика заболевания. На практике как часто болеющие дети, так и дети из группы рецидивирующих бронхолегочных заболеваний имеют самые высокие показатели заболеваемости как в случаях, так и в днях и вместе взятые представляют самую многочисленную группу среди болеющих другими заболеваниями детей.

Не значит ли это, что часто болеющие дети и дети с рецидивирующими респираторными заболеваниями - суть одно и то же?

Для того, чтобы подтвердить данное предположение, необходимо дальнейшее изучение клинической структуры часто болеющих детей.

1.5. Диспансеризация и реабилитация часто болеющих респираторной патологией детей

В настоящее время под диспансеризацией необходимо понимать активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных групп здоровых и больных с целью раннего выявления заболеваний, взятие этих групп населения на учет и динамическое наблюдение, проведение комплексного лечения больных, мероприятий по оздоровлению труда и быта, предупреждению

развития и распространения болезней, по сохранению и укреплению трудоспособности диспансеризируемых (Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д., 1976). Реабилитация – это совокупность медицинских, социально-экономических и иных мероприятий, направленных на максимально быстрое и полноценное восстановление здоровья заболевшего и его эффективный и ранний возврат к обычным условиям жизни, труда, учебы (Тарасов О.Ф., Фонарев М.И., 1980).

Проведение своевременной диспансеризации и реабилитации особенно важно в педиатрии в связи с необходимостью воспитания здорового ребенка, обеспечения оптимального физического и нервно-психического его развития, дальнейшего снижения заболеваемости и смертности детей (Чистяков Г.М. и соавт., 1982; Ширяева К.Ф., 1984). В этом плане проблема диспансерного наблюдения и реабилитации детей с респираторной патологией занимает ведущее место (Альтман Е.М., 1975).

Из общего числа работ по этой тематике наибольшее их количество касается проведения диспансеризации и реабилитации детям с рецидивирующим бронхитом, респираторным аллергозом и хронической пневмонией (Гавалов С.М., 1968; Платонова В.А., 1972; Таль В., 1974; Сигаева И.А., 1980; Кравченко Н.А., 1982; Кравченко Н.А., Сурков В.Д., 1982; Рачинский С.В., Середа Е.В., 1982; Вундерлих Н., Таль В., 1983; Тимани Х.Х., 1983; Сидельникова Л.В., Нестерова И.В., 1984; Erdös Z., 1976; Сарафова Н. et al., 1976; Milano C. et al., 1980; Olivi O. et al., 1982 и др.).

Наряду с общепринятыми организационными мероприятиями, как, например, создание в детской поликлинике пульмонологических кабинетов (Платонова В.А., Матвеева В.П., 1974), авторы

предлагали новые формы: реабилитационное отделение в поликлинике (Килина М.М., Колесникова М.Б., Власова Г.А., 1984), а также дневной стационар (Друдинина Э.И. и соавт., 1985; Kibalenko T. et al., 1979) и терапевтические отделения в детских стационарах (Махмудов О.С. и соавт., 1985).

По проблеме реабилитации часто болеющих респираторной патологией детей, в литературе имеется мало работ, большинство из которых появилось в последние 2-3 года (Ефимова В.А., 1977; Разумцева Г.А. и соавт., 1978; Французов Б.Л. и Васильева А.Б., 1979; Баранов А.А. и соавт., 1980, 1983, 1984, 1986; Огнева М.Л. и Альбицкий В.Ю., 1983; Альбицкий В.Ю., 1984; Макарова З.С., 1984; Баканова Г.М. и соавт., 1985; Грехова И.П., Орлова Н.В., 1985; Приймаги Л.С. и соавт., 1985; Пуртов И.И., 1985; Смирнова Н.М., 1985; Бондаренко Г.П. и соавт., 1986; Гавалов С.М. и соавт., 1986; Огнева М.Л. и соавт., 1986; Солнцев А.А. и соавт., 1986).

Ведущим учреждением, работающим в данном направлении, является Горьковский научно-исследовательский педиатрический институт. Его сотрудниками изданы методические рекомендации по организации оздоровления часто болеющих детей (1982, 1984).

Если проанализировать содержание вышеперечисленных работ, то можно обозначить основные положения, в них содержащиеся.

Прежде всего, все авторы без исключения рекомендовали выделение специальных групп часто болеющих детей. Это давало возможность целенаправленно, комплексно и планомерно проводить противоэпидемические, профилактические и лечебные мероприятия по оздоровлению данного контингента. Ведущая роль по диспансеризации часто болеющих детей принадлежит, по мнению

В.Ю.Альбицкого (1984), Н.В.Иваниковой, В.Н.Пенкина, Г.Я.Клименко (1984), И.П.Грековой и Н.В.Орловой (1985) педиатрическому участку детской поликлиники. Участковый врач должен определить контингент детей, нуждающихся в оздоровлении, основываясь на показателях заболеваемости за предшествующий год: собрать тщательный анамнез жизни ребенка и провести его осмотр. Особое внимание рекомендуется обращать на состояние органов дыхания, ЛОР-органов, наличие аллергии. На основании этих данных врач обязан составить план оздоровления ребенка, включающий осмотры педиатра, узких специалистов; лабораторные и другие диагностические исследования; рекомендации по режиму, питанию, закаливанию; медикаментозную и физиотерапевтическую профилактику и лечение острых и хронических заболеваний.

Другой организационной формой проведения реабилитации часто болеющих детей является их оздоровление в яслях-садах промышленных предприятий (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И., 1984; Приймаги Л.С. и соавт., 1985; Смирнова Н.М., 1985). В основе предложенной формы усматривается забота о здоровье не только конкретного часто болеющего ребенка, но и об улучшении окружающей его микросоциальной среды, в данном случае путем улучшения здоровья других часто болеющих детей, находящихся в одной группе яслей-сада.

Для облегчения проведения реабилитации и обследования часто болеющих детей в различных яслях-садах предложено создание передвижных детских реабилитационных кабинетов на базе поликлиники (Баранова З.П., Маслов А.И., Утевский Б.Л., 1980).

Из числа реабилитационных мероприятий показана эффективность закаливания (Разумцева Г.А. и соавт., 1978), оздоровления в летний период (Огнева М.Л. и Альбицкий В.Ю., 1983), в

том числе на базе санаториев-профилакториев (Баканова Г.М. и соавт., 1985), применения иммуномодулирующих средств - линетола, интерферона, стимуляции активных биологических точек (Макарова З.С., 1984; Огнева М.Л. и соавт., 1986), заместительной иммуноглобулинотерапии (Казмирчук В.Е., 1978).

Таким образом, изучение литературы, посвященной диспансеризации и реабилитации детей с рецидивирующим респираторным синдромом показало, что авторы всех работ ограничивают круг интересов рамками здоровья конкретного больного, в этих же рамках проводят реабилитационные мероприятия.

Вместе с тем, в единичных работах (Камсык Л.Г., 1985; Камсык Л.Г., Алатырцева С.Г., Мартынов В.Л., 1986) обращается внимание на тот факт, что санитарно-просветительная работа с семьей ребенка, нуждающегося в восстановительном лечении в амбулаторно-поликлинических условиях, является составной частью диспансеризации и вторичной профилактики, она направлена на повышение их эффективности, на улучшение состояния здоровья детей.

Исследований, нацеленных на улучшение здоровья часто болеющих детей путем одновременного улучшения здоровья всех членов семьи такого ребенка, или, как мы называли это направление, на семейную диспансеризацию и реабилитацию, нам не встретилось.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика обследуемых групп

На первом этапе исследования перед нами была поставлена задача определить удельный вес часто болеющих детей.

В этих целях нами был проведен анализ 1123 амбулаторных карт (учетная форма 112) детей в возрасте от 2 до 6 лет. Под часто болеющими мы подразумевали детей, в анамнезе которых было 4-6 и более острых респираторных заболеваний (ОРВИ, острых бронхитов, острых пневмоний, ангины) в течение года. Оказалось, что 296 из них (26,3%) были часто болеющими, то есть каждый третий-четвертый ребенок. В возрасте 2-х лет было 86 детей (29,05%); 3-х лет - 89 (30,1%); 4-х лет - 53 (17,9%); 5 лет - 35 (11,8%); 6 лет - 33 (11,15%) ребенка. Из этого числа детей наиболее часто болели дети от 2-х до 4-х лет - 228 человек (77%).

Что касается частоты респираторных заболеваний, то 4 раза в течение года болело 119 детей (41,2%), 5 раз - 85 (28,7%), 6 раз - 58 (19,6%), 7 раз - 22 (7,4%), 8 раз - 8 (2,7%) и по одному ребенку болело от 9 до 12 раз.

На следующем этапе мы взяли под наблюдение две группы семей (табл. I). Основную (I) группу составили 123 семьи часто болеющих детей. В контрольную (II) группу вошло 47 семей редко болеющих детей. Средний состав семей 4-3 человека.

По возрасту часто болеющие и редко болеющие дети были идентичными - от 1 до 9 лет. Среди детей I группы в возрасте от 1 до 2-х лет было 8 человек, до 3-х лет - 43, до 4-х - 37, до 5 лет - 20, до 6 лет - 17, до 7 лет - 15, до 8 лет - 5 и до 9 лет - 5 человек (рис. I).

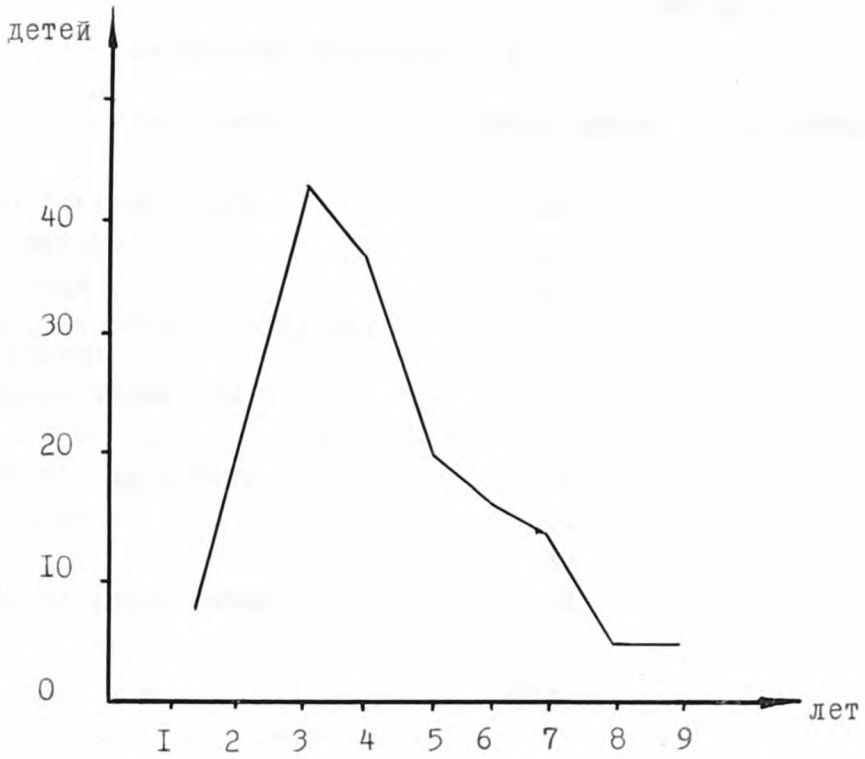


Рис. I. Распределение часто болеющих детей
в зависимости от возраста.

Таблица 1

Контингент обследованных

Группы обследованных	Число людей	Число семей
I. Часто болеющие дети	150	
Их матери	122	
Их отцы	108	123
Их редко болеющие братья и сестры	33	
Другие члены семьи	36	
II. Редко болеющие дети	68	
Их матери	47	47
Их отцы	45	
Другие члены семьи	9	
В с е г о	618	170

В I группе чаще болели мальчики (81 человек), чем девочки (69), тогда как во II группе было 30 мальчиков и 38 девочек ($P < 0,05$). Подавляющее большинство детей обеих групп (94%) посещали ясли, ясли-сады, детские сады и школу.

По частоте острых респираторных заболеваний в течение года дети I группы разделились следующим образом: 4 раза болели 35 из них (23,33%), 5 раз - 31 (21%), 6 раз - 29 (19,33%), 7 раз - 22 (15%), 8 раз - 14 (9,33%), 9 раз - 9 (6%), 10 раз - 3 (2%), 11 раз - 2 (1%), 12 раз - 3 (2%) и 13 раз - 2 ребенка (1%). Дети II группы либо не болели вовсе, либо у них отмечались 1-2, реже - 3 случая респираторных заболеваний в течение года (рис. 2). Сравнительный анализ показателей заболеваемости детей и временной нетрудоспособности их матерей в связи с уходом за ними (табл. 2) показал, что дети I группы

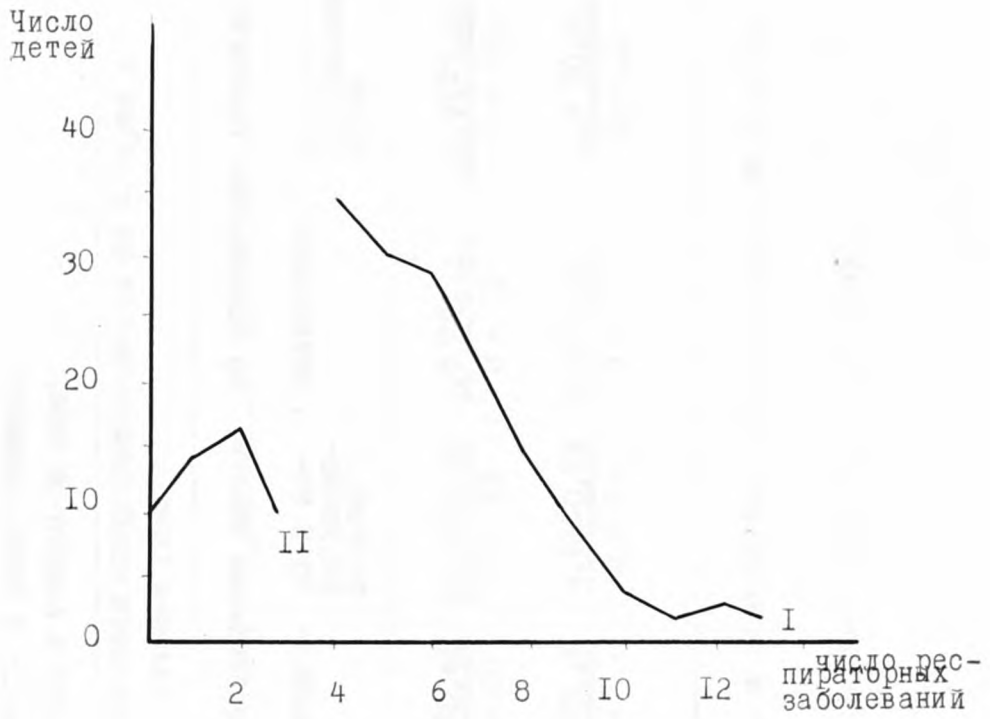


Рис. 2. Число случаев заболеваний в год у редко (II) и часто болеющих (I) детей.

Таблица 2

Некоторые показатели заболеваемости у часто и редко болеющих детей и нетрудоспособности матерей в связи с уходом за ними

Г р у п п ы	п	Показатели заболеваемости детей в течение года		Показатели нетрудоспособности их матерей в течение года			
		Число респираторных заболеваний	дней болезни	по больничным листам		по медицинским справкам	
				Количество	дней нетрудоспособности	Количество	дней нетрудоспособности
I. Часто болеющие дети	150	$\frac{6,47 \pm 0,16}{4 - 13}$	$\frac{79,58 \pm 3,44}{30-242}$	$\frac{4,59 \pm 0,46}{0 - 10}$	$\frac{26,12 \pm 2,59}{0 - 65}$	$\frac{2,92 \pm 0,22}{0 - 10}$	$\frac{17,91 \pm 1,69}{0 - 102}$
II. Редко болеющие дети	68	$\frac{1,59 \pm 0,99}{0 - 3}$	$\frac{14,17 \pm 1,65}{0 - 29}$	$\frac{1,06 \pm 0,14}{0 - 3}$	$\frac{4,88 \pm 0,73}{0 - 18}$	$\frac{0,33 \pm 0,08}{0 - 3}$	$\frac{1,7 \pm 0,51}{0 - 22}$

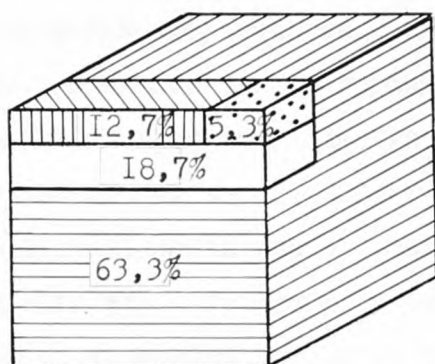
Примечание: а) в числителе: значение $M \pm m$, в знаменателе - крайние значения величин в абсолютных цифрах;

б) различия между сравниваемыми группами достоверны ($P < 0,05$).

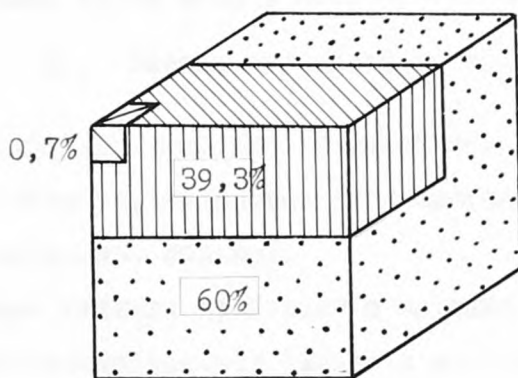
болели в течение года в среднем в 4 раза чаще и в 5, 6 раз дольше, чем дети II группы. Матери часто болеющих детей брали больничные листы по уходу за больным ребенком в 4,3 раза чаще, теряли рабочих дней по ним в 5,3 раз больше, чем матери редко болеющих детей. При анализе нетрудоспособности матерей по справкам различия в этих показателях еще выше: соответственно в 8,8 и 10,5 раз.

Располагая диагнозами участковых педиатров, мы сочли небезынтересным провести сравнительный анализ структуры заболеваемости часто болеющих детей до и после обследования (рис.3). Все 150 детей I группы были подвергнуты тщательному обследованию с применением социально-гигиенического, медико-биологического и клинико-лабораторного методов исследования как в поликлинике (4-я поликлиника), так и в стационаре (пульмонологическое отделение 8-й детской клинической больницы).

Оказалось, что подавляющее большинство детей (95 человек или 63,3%) наблюдались участковыми педиатрами с диагнозом "рецидивирующие ОРВИ", 28 человек (18,7%) состояли на диспансерном учете с остаточными явлениями после перенесенной острой пневмонии или бронхита, 19 (12,7%) - наблюдались одновременно оториноларингологом по поводу хронических заболеваний носоглотки, 8 детям (5,3%) был поставлен диагноз рецидивирующего бронхита. Комплексное обследование позволило установить, что большинство из этих детей страдали рецидивирующим бронхитом (90 человек или 60%), у 59 детей или 39,3% основную клинику заболевания определяли хронические заболевания носоглотки (хронический аденоидит, тонзиллит, синуситы и их сочетания) и органов чувств (хронический отит), у одного ребенка (0,7%) была диагностирована хроническая неспецифичес-



А



Б

Рис. 3. Структура заболеваемости в группе часто болеющих детей до- и после комплексного обследования
А - до обследования; Б - после обследования



- рецидивирующие ОРВИ



- остаточные явления после острой пневмонии, бронхита



- хроническая очаговая инфекция носоглотки



- рецидивирующий бронхит



- хроническая неспецифическая пневмония

кая пневмония.

Сравнительный анализ структуры заболеваемости показал, что участковые педиатры злоупотребляли диагнозом ОРВИ; недостаточно знакомы с клиникой рецидивирующего бронхита; нередко не совсем правильно интерпретировали клинические симптомы, обусловленные хроническими заболеваниями ЛОР-органов, в особенности в тех случаях, когда они сопровождались кашлем с выделением мокроты (кашель и "мокрота" у этих детей, как известно, обуславливается стекающим по задней стенке глотки слизистогнойным секретом); не всегда обоснованно ставили диагноз остаточных явлений после острой пневмонии и острого бронхита.

2.2. Методы исследования больных

В работе были использованы клинические, лабораторные, медико-биологические, социально-гигиенические и статистические методы исследования больных.

Изучение клиники проводили с помощью тщательного анализа показателей заболеваемости (выписка из амбулаторной карты), жалоб, данных анамнеза заболевания, фармакотерапевтического и аллергологического анамнеза (выписка из амбулаторной карты, опрос больного, родителей), клинического осмотра больного (пульмонолог, оториноларинголог, стоматолог, ортодонт и др.).

В постановке диагнозов бронхолегочных заболеваний мы руководствовались классификацией болезней органов дыхания неспецифической этиологии у детей, принятой на пленуме Правления Всесоюзного общества детских врачей и Научного совета по педиатрии при Президиуме АМН СССР в ноябре 1978 года. Оценка состояния ЛОР-органов проводилась на основании Методических рекомендаций по комплексной оценке состояния здоровья детей и

подростков при массовых врачебных осмотрах от 27/IV-1982 года (Дорожнова К.П., 1983).

Методами лабораторного исследования семей явились рутинные общий анализ и биохимическое исследование крови на общий белок и белковые фракции (по показаниям); исследование кала на яйца гельминтов; общий анализ мочи; дуоденальное фракционное зондирование; рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа (по показаниям). Часто болеющим детям проводили пробу Манту с 2 Т.Е., при необходимости - аллергологическое обследование. Наряду с клиническими исследованиями нами были применены иммунологические методы исследования.

В семьях обследуемых групп детей мы определяли иммуноглобулины сыворотки крови классов А, М, G методом радиальной диффузии в геле по Mancini

(Вапцаров И. et al., 1978), а также фагоцитарную активность нейтрофилов с помощью теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) по А.Н.Маянскому и М.Е.Виксману (Виксман М.Е., Маянский А.Н., 1977; Маянский А.Н. и соавт., 1977) в модификации Э.М.Тананко и В.П.Лозового (1981).

НСТ-тест также представляет значительный интерес. С помощью метода можно выявить энзиматические дефекты клеточного иммунитета, ведущие к дисфагоцитозу (Виксман М.Е., Маянский А.Н., 1977). Обычно проводят "спонтанную" пробу, которая фиксирует степень функционального раздражения нейтрофилов. Для получения информации о потенциальных ресурсах и дефектах системы фагоцитоза необходимо проводить "стимулированную" реакцию (Нагоев Б.С., Шубич И.Г., 1981). У здоровых людей не более 5-14% нейтрофилов способны восстанавливать нитросиний тетра-

золий при постановке "спонтанного" НСТ-теста (Войткевич К.А., 1977; Изянский А.Н. и соавт., 1977; Шубич М.Г., Медникова В.Г., 1978), при "стимуляции" нейтрофилов реакция увеличивается до 44,8-56,75% формазан-положительных клеток (Тананко Э.М. и соавт., 1981).

При патологических состояниях происходят характерные изменения фагоцитарной активности нейтрофилов, позволяющие проводить дифференциальную диагностику заболеваний.

Диагностика хронического тонзиллита не вызывает значительных затруднений при соответствующем анамнезе и наличии характерных изменений со стороны небных миндалин. Сложнее обосновать диагноз, когда, несмотря на наличие ангины в анамнезе, миндалины не изменены, а также при безангинной форме хронического тонзиллита. Это побуждало нас к поискам дополнительных методов исследования. Критериями выбора метода были достаточная его информативность, а также доступность, простота и удобство для проведения в поликлинических условиях.

Свой выбор мы остановили на методе мазков-отпечатков с миндалин, предложенном М.П.Покровской

и модифицированном Л.Г.Карповой-Рассохой (1950). Метод дает представление о морфологических изменениях, происходящих в небных миндалинах при патологии (Карпова Л.Г., 1953; Золотова Н.Я., 1959; Качан Л.Н., 1959; Петрова Д.П., 1959; Хечинашвили С.Н., Жордания Т.С., 1959; Анциферова-Сквирская А.А., 1962; Иванова М.В., 1973; Хмельницкая Н.М. и соавт., 1983).

Лабораторные исследования проводили трижды: при взятии на диспансерный учет, после этапа активного лечения и в период ремиссии, спустя 4-6 месяцев от начала реабилитации.

Под медико-биологическими методами исследования мы подразумевали изучение генетической предрасположенности к бронхолегочным и аллергическим заболеваниям, к иммунодефицитным состояниям; изучение пренатальных и постнатальных условий развития, организации медицинской помощи (дефекты лечения на этапе, предшествующем проведению реабилитации часто болеющих детей).

Из социально-гигиенических аспектов мы подробно анализировали квартирно-бытовые условия, состав семьи и состояние здоровья всех ее членов, наличие в семье курильщиков, посещение ребенком организованного коллектива (яслей-сада, школы).

Результатом проведения вышеперечисленных методов исследования являлось заполнение разработанной нами "контрольной карты диспансерного наблюдения семьи часто болеющего ребенка".

Всего автором работы было собственноручно проведено 2894 исследований (табл. 3). Прочие исследования проводились в клинической, биохимической лабораториях и специализированных кабинетах поликлиники № 4.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью методов: определение средней арифметической " $\bar{M}$ ", средней квадратической ошибки средней арифметической " m ", среднего квадратического отклонения " σ ", дисперсии " σ^2 ", критерие достоверности " t " Стьюдента, критерия согласия " χ " Пирсона, дисперсионного анализа однофакторных комплексов по Фишеру, оценки корреляционной связи по коэффициенту корреляции.

Эффективность реабилитационных мероприятий мы рассматривали в 3-х аспектах: медицинском, социальном, экономическом (Лаврова И.Г. и соавт., 1979). Срок, в течение которого проводили анализ показателей эффективности - I год до- и столько же после лечения.

Медицинскую эффективность оценивали результатами непосредственного медицинского воздействия, показателями улучшения здоровья детей и родителей в семьях за период проведения диспансеризации и реабилитации.

Таблица 3

Количество проведенных клинико-лабораторных исследований

Метод исследования	Количество
1. Заполнение "контрольной карты диспансерного наблюдения семьи часто болеющего ребенка"	170
2. Исследование крови на общий анализ	511
3. Определение иммуноглобулинов сыворотки крови классов:	
IgA	493
IgM	493
IgG	493
4. Определение фагоцитарной активности нейтрофилов (НСТ-тест):	
спонтанный	230
стимулированный	230
5. Цитологическое исследование содержимого лакун миндалин (мазки-отпечатки)	234
В с е г о	2694

Результаты через один год после лечения по рекомендациям В.Ф.Алейникова, Н.М.Алейниковой (1978) оценивали как "хорошие", "удовлетворительные" и "неудовлетворительные". У детей с "хорошими" результатами в течение года наряду со значительным улучшением общего самочувствия не было рецидивов заболевания и потери трудоспособности в случаях и днях; при "удовлетворительных" результатах улучшалось общее самочувствие, уменьшались основные проявления болезни, значительно уменьшалось

число дней нетрудоспособности по основному заболеванию. При "неудовлетворительных" результатах состояние больных через год после лечения оставалось прежним или ухудшалось в связи с обострениями, число дней нетрудоспособности не снижалось, а в ряде случаев даже возрастало.

× Социальную эффективность реабилитационных мероприятий оценивали путем вычисления предотвращенного социального ущерба, то есть абсолютного числа повторных респираторных заболеваний, количества дней болезни у детей, потерь рабочих дней родителями на основании больничных листов и справок по уходу за больными детьми, возникновение которых было предупреждено в результате проведения реабилитационных мероприятий.

Экономическую эффективность определяли путем сопоставления затрат, ушедших на организацию реабилитации часто болеющих детей, с полученной "отдачей" ("выгодами") в виде экономически выраженного предотвращенного ущерба народному хозяйству страны.

При расчете предотвращенного экономического ущерба использовали данные по 3-м видам расходов, которые несет государство при лечении больных (Трошин И.М. и соавт., 1984): ×

$$Y = C_1 + C_2 + H$$

где Y - общая сумма расходов (экономического ущерба), в рублях;

C_1 - средства, затраченные на лечение амбулаторных больных, по бюджету здравоохранения, в рублях;

C_2 - средства, затраченные на лечение амбулаторных больных по бюджету социального страхования (выплата пособий по временной нетрудоспособности родителям по уходу за болеющими детьми), в рублях;

H - стоимость недопроизведенной продукции (потери

национального дохода) в связи с невыходом на работу по уходу за болеющими детьми, в рублях.

Расходы по бюджету здравоохранения рассчитывали по формуле:

$$C_1 = (K_1 \cdot \Gamma_1 + K_2 \cdot \Gamma_2) \cdot A_6$$

где

K_1 - средняя стоимость одного посещения к любому специалисту поликлиники (руб.);

Γ_1 - среднее число врачебных посещений за время болезни;

K_2 - средняя стоимость одного клинико-диагностического исследования, в том числе лечебно-физиотерапевтической процедуры;

Γ_2 - среднее число лечебных процедур и клинико-диагностических исследований за время болезни;

A_6 - число больных.

Средняя стоимость и кратность посещений, лечебных процедур и клинико-диагностических исследований была рассчитана на большом репрезентативном статистическом материале Н.А. Кучериним (1978). По его данным $K_1 = 1,26$ руб.; $\Gamma_1 = 4$ раза в течение одного случая болезни; $K_2 = 0,65$ руб.; $\Gamma_2 = 3$ лечебных процедуры или исследования в течение одного случая болезни.

Расходы по бюджету социального страхования рассчитывали по формуле:

$$C_2 = B \cdot P_{рд}$$

где

B - средняя оплата больничного листа одного рабочего в день, руб.;

$P_{рд}$ - число дней нетрудоспособности родителей по больничным листам в связи с уходом за болеющими детьми.

Средняя стоимость оплаты больничного листа в день одного

рабочего по данным ВЦСПС на 1980 г. составляла 6,62 руб. (Трошин И.М. и соавт., 1984).

Стоимость недопроизведенной продукции (потери национального дохода) в связи с невыходом на работу по уходу за болеющими детьми по больничным листам и справкам рассчитывали по формуле:

$$И = В \cdot П_{рд}$$

где

В - средняя выработка одного работающего за день (руб.);

$П_{рд}$ - число дней нетрудоспособности родителей (больничные листы + справки) в связи с уходом за болеющими детьми;

Средняя выработка одного работающего за день (национальный доход) в СССР по данным ВЦСПС на 1980 г. составляла 11,26 руб. (Трошин И.М. и соавт., 1984).

Предотвращенный экономический ущерб рассчитывали по формуле:

$$ПЭУ = У_1 - У_2$$

где

ПЭУ - предотвращенный экономический ущерб;

$У_1$ - общая сумма расходов (экономического ущерба), до проведения реабилитации часто болеющих детей, в рублях;

$У_2$ - общая сумма расходов (экономического ущерба) после проведения реабилитации часто болеющих детей, в рублях.

При определении экономической эффективности использовали следующие понятия: "чистый экономический эффект" (Баранов А.А. и соавт., 1984) и "критерий экономической эффективности" (Лаврова И.Г. и соавт., 1979).

"Чистый" экономический эффект оздоровления часто болеющих детей определяли по формуле:

$$\mathcal{E} = \text{ПЭУ} - \text{У}_3 .$$

где

$\mathcal{E}$ - "чистый" экономический эффект, в рублях;

ПЭУ - предотвращенный экономический ущерб, в рублях;

У_3 - общая сумма расходов, затраченных на организацию службы реабилитации часто болеющих детей по бюджету здравоохранения (стоимость посещений к специалистам, стоимость лечебно-диагностических процедур, стоимость санаторно-курортного лечения).

При подсчете У_3 исходили из того, что в течение первого года наблюдения часто болеющий ребенок посетит поликлинику (консультации специалистов, диспансерное наблюдение) не менее 26 раз, получит около 16 диагностических и 15 лечебных процедур, стоимость которых известна. Стоимость санаторно-курортного лечения одного больного в среднем 120 рублей (Лаврова И.Г. и соавт., 1979), для детей оно осуществляется за счет бюджета здравоохранения.

Члены семьи часто болеющего ребенка в среднем обязаны посетить поликлинику не менее 11 раз в течение первого года наблюдения каждый, получить около 11 диагностических и 15 лечебных процедур.

✓ Критерием экономической эффективности называется соотношение величин предотвращенного экономического ущерба и общей стоимости медицинского обслуживания часто болеющих детей.

× В работе также был использован метод вычислительного прогнозирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста, в основе которого лежит метод последовательного (секвенциального) анализа, разработанный А. Вальдом (1960). Впервые предложен для целей медицинской диагностики

А.А.Генкиным (1962). Результаты дальнейшей разработки самого метода изложены в работах Е.В.Гублера и А.А.Генкина (1969, 1973).

На успешное применение последовательного анализа в диагностике и прогнозировании острых поражений бронхолегочной системы указывают Р.Х.Слипченко, Р.П.Нарциссов, Н.О.Скольская (1978), М.Б.Колесникова (1979), И.П.Усов и Т.Н.Войтович (1979), А.Г.Грачева и Т.Г.Степина (1979), А.Д.Зисельзон, Е.С.Красильникова, И.А.Хусенский (1981).

Диагностический коэффициент рассчитывали по формуле Байеса:

$$ДК = 10 \lg \frac{P_I}{P_2},$$

где

ДК - диагностический коэффициент;

S_1

P - вероятность (частота) наличия симптома; $P_I = \frac{S_1}{n_1}$

(S_1 - частота симптома в данной группе, n_1 - число наблюдений); P_I - частота симптомов в группе часто болеющих детей; P_2 - частота симптомов в группе редко болеющих детей.

Для вычисления информативности (I) использовали меру Кульбака: а) для диапазона (I_d) -

$$I_d = ДК \left(\frac{P_I}{P_2} \right) \cdot \frac{1}{2} (P_I - P_2)$$

б) для всего признака (I)

$$I = \sum I_d$$

Вычисление I необходимо для проведения окончательного отбора признаков. Минимальная I для включения признака в таблицу = 0,5. Признаки с величиной $I < 0,5$ в таблицу не включали.

Все признаки распределяются в порядке убывания их I , что обусловлено стремлением к сокращению диагностической процедуры.

Диапазоны каждого признака имеют ДК с положительным (свидетельствует в пользу предрасположения к повторным респираторным заболеваниям) или отрицательным (в пользу отсутствия предрасположения к повторным респираторным заболеваниям) знаками.

При вынесении прогноза накопление информации идет путем алгебраического сложения ДК. Как только сумма ДК будет больше или равна прогностического порога (ПП) со знаком (+), с выбранным уровнем надежности выносится решение о наличии предрасположения к повторным респираторным заболеваниям. При условии, если сумма ДК будет равна или больше ПП со знаком (-), то дается отрицательный ответ. Если при заполнении таблицы использована вся информация о ребенке и его семье и ни один из порогов не достигнут, то выносится решение: "Имеющейся информации недостаточно для принятия решения (неопределенный ответ)", что требует дальнейшего наблюдения за ребенком для сбора дополнительной информации, которая позволит набрать нужную сумму ДК.

За ПП мы брали табличные данные (Гублер Е.В., Генкин А.А., 1973). Достижение ПП " ± 20 " соответствует 99% правильного прогнозирования; достижение ПП " ± 13 " - соответственно 95%.

Преимущество последовательного анализа в том, что при достижении необходимого ПП можно прекратить диагностическую процедуру на любом этапе и с высокой степенью достоверности вынести решение о прогнозе у обследуемого.

✕ Кроме того, была составлена программа "Прогнозирование рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста" на языке БЕИСИД для микроЭВМ типа "Электроника -

ДЗ-28". Внешним носителем информации явилась магнитофонная кассета типа "МК-60-1". К

Программа составлена на кафедре педагогики и оптимизации учебного процесса Новосибирского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института (зав.кафедрой - профессор В.Д.Новиков) и кафедре вычислительной техники и математики Новосибирского института инженеров водного транспорта (зав.кафедрой - доцент С.Н.Рудин). Диагностическая таблица прогнозирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста и составленная на ее основе программа для микроЭВМ "Электроника - ДЗ-28" может быть использована в практическом здравоохранении для своевременного выделения детей в группу риска по частым респираторным заболеваниям и проведения соответствующих оздоровительных мероприятий.

2.3. Основные принципы семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей

Для осуществления семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей в 1982 году была создана специальная служба на базе поликлиники № 4 Октябрьского района г.Новосибирска.

Поликлиника № 4 - крупное лечебно-профилактическое учреждение, имеющее педиатрическое и терапевтическое отделения и все необходимые вспомогательные лечебно-диагностические подразделения. Рассчитана на 600 посещений в сутки, работает в 2 смены; имеет 89 штатных врачебных единиц. На территории, обслуживаемой поликлиникой, проживает более 14000 детей в возрасте до 14 лет, имеется 19 педиатрических участков. Организация службы семейной диспансеризации и реабилитации была

осуществлена силами кафедры педиатрии № I при всесторонней помощи и поддержке со стороны руководства поликлиники.

2.3.1. Организационная структура службы семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей

Организационная структура службы представлена на рисунке 4.

Основным функциональным подразделением службы являлся диспансерный кабинет по семейной реабилитации. Были определены его основные задачи:

1. Организация и проведение специализированных лечебных и консультативных приемов часто болеющих детей.

2. Отбор контингента больных, нуждающихся в семейной диспансеризации и реабилитации.

3. Осуществление диспансеризации отобранного контингента семей часто болеющих детей с использованием индивидуального комплекса клиничко-лабораторных, медико-биологических и социально-гигиенических исследований и реабилитационных мероприятий.

4. Организационно-методическая работа по координации деятельности всех подразделений поликлинической службы семейной реабилитации и контроль за соблюдением преемственности между ними.

5. Профилактическая работа в семьях часто болеющих детей.

6. Повышение квалификации участковых врачей-педиатров по проблеме часто болеющих детей.

7. Участие в работе реабилитационной комиссии поликлиники.

8. Оценка медицинской, социальной и экономической эффективности семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей.

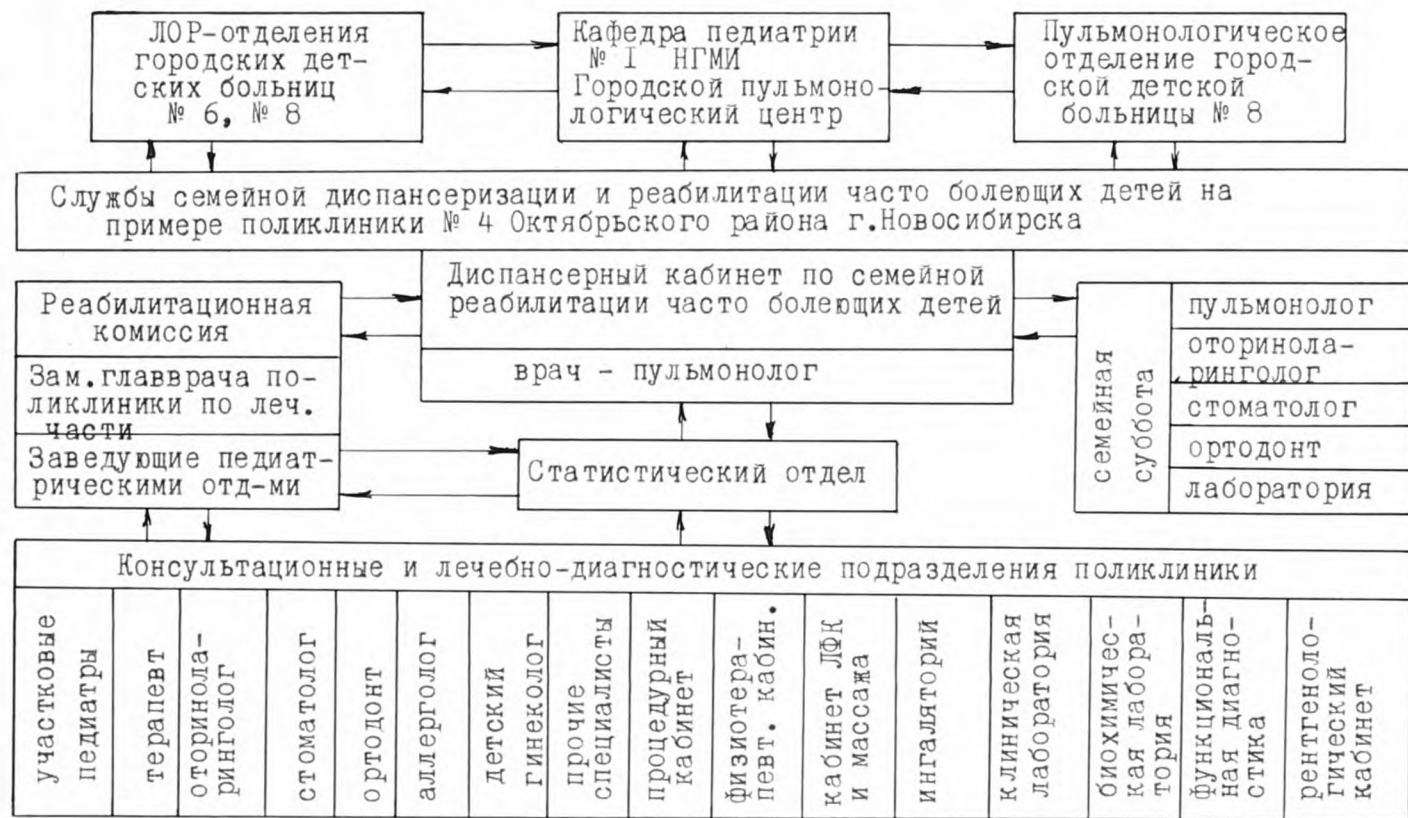


Рис. 4. Организационная структура службы семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей

9. Решение вопроса о снятии с диспансерного учета (совместно с реабилитационной комиссией).

Всю работу в диспансерном кабинете проводила аспирант кафедры педиатрии № I Горюкова Н.Ф. (врач-пульмонолог)^{1/}.

Основными рабочими документами в диспансерном кабинете были: а) контрольная карта диспансерного наблюдения семьи часто болеющего ребенка (разработана на кафедре педиатрии № I); б) журнал лечебно-консультативных приемов; в) картотека семей часто болеющих детей, состоящих на диспансерном учете в кабинете; г) история развития ребенка (учетная форма 112), куда записывали заключение о состоянии его здоровья и индивидуальный план оздоровления.

Таким образом, диспансерный кабинет по семейной реабилитации часто болеющих детей являлся ведущим звеном, осуществляющим основную лечебно-консультативную, организационно-методическую, координационную и профилактическую работу.

Принцип преемственности между различными подразделениями службы семейной реабилитации наиболее полно соблюдался благодаря статистическому отделу. Из диспансерного кабинета сведения о семье часто болеющего ребенка, взятой на диспансерный учет, передавались в статотдел поликлиники и заносились в учетную форму 30. Штатный медстатист поликлиники осуществлял контроль за соблюдением сроков диспансерных осмотров. В начале каждого месяца на педиатрические участки из статотдела поступали сведения о детях, подлежащих диспансерному осмотру. Задачей участковых врачей было вызвать

^{1/}Здесь и в последующем врач-пульмонолог диспансерного кабинета по семейной реабилитации часто болеющих детей будет именоваться "пульмонолог".

семья часто болеющего ребенка на прием в диспансерный кабинет по семейной реабилитации.

В конце каждого месяца из диспансерного кабинета поступали сведения в статотдел о выполнении плана диспансерного осмотра в истекшем месяце. При необходимости поддерживался непосредственный контакт с участковой службой.

Кроме диспансерного кабинета основными лечебно-консультативными звеньями являлись оториноларингологический и стоматологический кабинеты, без которых осуществление семейной реабилитации было бы невозможным.

По показаниям проводилось обследование и лечение в аллергологическом, детском гинекологическом, ортодонтическом, кардиологическом и других кабинетах.

Комплекс амбулаторного лечения семей выполнялся в специализированных лечебных кабинетах поликлиники (физиотерапевтическом, лечебной физкультуры и массажа, ингалятории, процедурном, кислородного коктейля).

Объем необходимых клинико-лабораторных, биохимических и инструментальных исследований проводился в соответствующих лабораториях поликлиники.

Особо хотелось бы подчеркнуть, что для большего удобства родителям были организованы семейные субботы; в эти дни семьи приглашались для обследования и лечения в поликлинику.

Контроль за работой службы семейной реабилитации осуществляла реабилитационная пульмонологическая комиссия, на заседаниях которой периодически заслушивались отчеты о проводимой работе.

Реабилитационная пульмонологическая комиссия была создана ранее при поликлинике в связи с реабилитацией детей-реконвалесцентов острой пневмонии. Состав и задачи пульмонологической комиссии были определены (Гавалов С.М., 1980) и утверждены приказом главного врача поликлиники.

В связи с организацией семейной диспансеризации и реабилитации данная комиссия взяла на себя дополнительную функцию контроля за ходом семейной реабилитации и оценки ее эффективности.

В случаях, когда ребенку было необходимо проведение обследования и лечения в условиях стационара, его госпитализировали в пульмонологическое отделение 8 детской клинической больницы или в оториноларингологические отделения города.

Что касается родителей часто болеющих детей, то, если вопрос их лечения стоял шире, чем санация хронических очагов инфекции носоглотки и ротовой полости, их консультировали и лечили терапевты по месту жительства или пульмонолог-терапевт 4-й поликлиники, по показаниям - другие специалисты поликлиники.

Общее научно-методическое руководство службой семейной реабилитации осуществлял городской детский пульмонологический центр во главе с профессором С.М.Гаваловым.

2.3.2. Программа семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей

В программе семейной диспансеризации и реабилитации нами выделены четыре этапа, на каждом из которых проводили определенный объем диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

На отборочно-диагностическом

(I) этапе основной задачей было создание групп семейной реабилитации и постановка клинического диагноза.

На этапе активной реабилитации (II) проводили лечение часто болеющих детей и членов семей, нуждающихся в нем. Лечение было направлено на ликвидацию (коррекцию) патологических изменений и включало один или несколько курсов лечения основного заболевания, проведение единовременной санации хронических очагов инфекции носоглотки и ротовой полости членам семьи, воздействие на неблагоприятный сопутствующий фон (аллергическую предрасположенность, иммунологические нарушения и др.).

На этапе поддерживающей реабилитации (III) закрепляли эффект от II этапа путем проведения, главным образом, профилактических и реже - лечебных мероприятий в семьях часто болеющих детей.

Этапы II и III повторяются в течение года два, реже - три раза, сменяя друг друга.

На последнем (IV) этапе проводили анализ результатов семейной реабилитации и решали вопросы: а) о снятии с диспансерного учета в кабинете семейной реабилитации; б) переводе под наблюдение к соответствующим специалистам (оториноларинголог, пульмонолог, аллерголог и др.) детей, у которых был достигнут положительный эффект в результате проведенных мероприятий, но по основному заболеванию они нуждались в многолетнем наблюдении специалистов; в) о продолжении семейной реабилитации в случаях, когда эффекта от лечения не было получено.

Обычно семейная реабилитация осуществлялась в течение одного и реже - двух, трех лет. Этого срока было достаточно для получения положительного эффекта.

Объем мероприятий на этапах семейной диспансеризации и реабилитации представлен в таблице 4.

2.3.3. Лечебно-профилактические принципы оздоровления семей часто болеющих детей

Объем лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению часто болеющих детей и членов их семей зависел от варианта течения основного заболевания, его периода (обострение, ремиссия), сопутствующего фона, результатов лабораторного обследования, а также от возможностей службы семейной реабилитации.

Учитывая многообразие клинических проявлений заболевания у часто болеющих детей, сочетание нескольких заболеваний у одного и того же больного, при написании этого раздела мы не ставили перед собой задачу подробно освещать терапию каждого заболевания. Были выделены основные методы лечения и профилактики, которые мы применяли в семейной реабилитации, и описано, в каких ситуациях они показаны.

Антибактериальная терапия применялась нами только по строгим показаниям и как можно реже. Причиной тому было неоднократное лечение антибиотиками и сульфаниламидами в прошлом, до взятия на диспансерный учет, большое число аллергических заболеваний среди часто болеющих детей. Показаниями для назначения антибактериальных препаратов были рецидивирующий необструктивный бронхит, хроническая пневмония, хронический тонзиллит в период обострения.

Бронхоспазмолитики назначали детям с рецидивирующим обструктивным бронхитом на период обострения заболевания, а также после него с целью устранения гиперчувствительности бронхомоторного тонуса, желательно под контролем

Таблица 4

Программа семейной диспансеризации и реабилитации
часто болеющих детей

Стоящие задачи	Методы осуществления этапа	Кто участвует	Методы контроля	Примечания
1	2	3	4	5
I. Отборочно-диагностический этап				
1. Отбор контингента, нуждающегося в реабилитации.	1. Определение частоты заболеваемости детей за предшествующие годы путем анализа истории развития ребенка (ф. 112) и опроса родителей.	1. Участковый педиатр или пульмонолог	-	1. Продолжительность этапа - один месяц.
2. Проведение комплексного обследования в семьях часто болеющих детей	2. Сбор целенаправленного анамнеза, включающего: а) анамнез жизни ребенка; б) анамнез заболевания; в) составление родословия; г) социальная и бытовая характеристика семьи; д) аллергологический анамнез; е) фармакотерапевтический анамнез; ж) сведения о состоянии здоровья каждого члена семьи.	2. Пульмонолог		2. Частота осмотров - индивидуально.
	3. Заполнение контрольной карты диспансер-	1. Пульмонолог		3. Выявление часто болеющих детей проводится участковым врачом, составляются списки часто болеющих детей по педиатрическим участкам, которые передаются в диспансерный кабинет по реабилитации. После анализа заболеваемости ребенка дети приглашаются в диспансерный кабинет для первичного осмотра. Контролирует работу реабилитационная комиссия.
				4. Обследование проводится в амбулаторных, а при необходимости - в стационарных условиях.

1	2	3	4	5
ного наблюдения семьи часто болеющего ребенка. 4. Лечебно-консультативные осмотры семьи: а) обязательная консультация специалистов;		1. Пульмонолог 2. Оториноларинголог 3. Стоматолог 4. Ортодонт	Клинический осмотр Сториноларинскопия Осмотр полости рта и оценка функции носового дыхания	5. При наличии во время осмотров у ребенка острого респираторного заболевания проводится необходимый перечень лечебных мероприятий любым из специалистов по показаниям, чаще всего - участковым педиатром, пульмонологом и оториноларингологом. 6. Необходимо наиболее полное обследование с целью правильной диагностики. 7. Контрольная карта диспансерного наблюдения семьи хранится в диспансерном кабинете по семейной реабилитации. Результаты осмотров семьи специалистами отражаются в истории развития ребенка. (Ф. 112). Составляется индивидуальный план диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий семьи часто болеющего ребенка.
б) консультация специалистов по показаниям:		1. Терапевт 2. Детский гинеколог 3. Аллерголог 4. Кардиоревматолог 5. Фтизиатр 6. Другие - по показаниям	Клинический осмотр	8. Определение группы здоровья проводится в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ СССР от 22/IV-82 г. (Дорожнова К.П., 1983).
5. Лабораторные и другие методы обследования семьи: а) обязательные методы обследования;		1. Клиническая лаборатория	Общий анализ крови Общий анализ мочи	

1	2	3	4	5
			Кал на яйца глист Дуоденальное фрак- ционное зондиро- вание	
	2. Биохимичес- кая лабор- атория		Общий белок и бел- ковые фракции сы- воротки крови	
	3. Иммуноло- гическая лабо- ратория		Иммуноглобулины сыворотки крови основных классов. НСТ-тест	
	4. Оторино- ларинго- лог		Мазок-отпечаток с миндалин	
	5. Рентгено- лог		Рентгенография органов грудной клетки. Рентгенография придаточных пазух носа.	
	6. Фтизиатр		Реакция Манту с 2 Т.Е.	
б) дополнительные методы исследования по показаниям:	1. Врач- функциона- лист		Спирография Ацетилхолиновый тест	
	2. Аллерголог		Электрокардио- графия Аллергологичес- кое обследование	
	3. Бронхолог		Бронхологическое обследование	
	4. Бактерио- логическая лабо- ратория		Кал на дисбак- териоз	

1	2	3	4	5
II. Этап активной реабилитации				
1. Единовременная санация хронических очагов инфекции	1. Консервативное или оперативное лечение хронических очагов инфекции носоглотки	Оториноларинголог	1. Оториноларингоскопия 2. Мазки-отпечатки с миндалин 3. Общий анализ крови 4. Рентгенография придаточных пазух носа.	1. Продолжительность этапа от двух недель до месяца. 2. Осмотр специалистов, осуществляющих лечение, индивидуально, но не реже одного раза в 2 недели. 3. Непременное условие для эффективной реабилитации часто болеющих детей - целенаправленное круглогодичное оздоровление, поэтому целесообразно повторять II этап 2 раза в год: в осеннее (сентябрь-октябрь) и весеннее (март-апрель) время. По показаниям (неблагоприятная эпидемиологическая обстановка и др.) можно назначить дополнительный курс лечения зимой (декабрь-февраль). 4. Методом выбора санации хронических очагов инфекции является консервативный метод лечения. При отсутствии клинического эффекта от 2-3 курсов консервативного лечения показано оперативное лечение. 5. Этап активной реабилитации может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.
2. Лечение рецидивирующего бронхита в зависимости от его формы и периода заболевания (обострение, ремиссия)	2. Санация кариозных зубов 1. В период обострения: а) режим; б) диетотерапия; в) медикаментозная терапия: - бронхоспазмолитическая, - гипосенсибилизирующая, - антибактериальная, - симптоматическая и др.; г) фитотерапия; д) физиотерапия; е) массаж, постуральный дренаж.	Стоматолог Пульмонолог Физиотерапевт Врач ЛФК Диагностические подразделения	Осмотр полости рта Клинический осмотр Эуфилиновая проба проф. С. И. Гавалова. Исследование крови (общий анализ, общий белок и его фракции, иммуноглобулины сыворотки основных классов, НСТ-тест). Рентгенография органов грудной клетки. Функциональное исследование легких.	

1	2	3	4	5
	2. В период ремиссии (противорецидивное лечение): а) режим; б) диетотерапия; в) фитотерапия; г) ЛФК, массаж; д) адаптогены и биостимуляторы; е) закаливающие мероприятия.	Пульмонолог Физиотерапевт Врач ЛФК Диагностические подразделения.	Бронхологическое обследование по показаниям. Прочие методы исследования по показаниям. 1. Клинический осмотр 2. Исследование крови (общий анализ, общий белок и его фракции, иммуноглобулины сыворотки основных классов, ИСТ-тест). 3. Функциональное исследование легких.	6. Назначение адаптогенов и биостимуляторов производится строго по показаниям в зависимости от исходного фона в соответствии с рекомендуемой схемой (Гавалов С.М., 1980). 7. Детально методы лечения представлены в разделе "лечебно-профилактические принципы оздоровления часто болеющих детей и членов их семьи". 8. Ожидаемый эффект - улучшение общего состояния больного, данных клинического и параклинического обследования.
3. Лечение фоновых состояний: а) аллергия	1. Гипоаллергенная диета 2. Неспецифическая гипосенсибилизация 3. Специфическая гипосенсибилизация 4. Антигистаминные препараты 5. Адаптогены и биостимуляторы 6. Фитотерапия и др.	Аллерголог	1. Клинический осмотр 2. Пищевой дневник 3. Аллергообследование 4. Общий анализ крови 5. Кал на яйца глист 6. Функциональная диагностика легких (ацетилхолиновый тест) 7. Дуоденальное фракционное зондирование.	

1	2	3	4	5
б) дисгаммаглобулинемия, дисиммуноглобулинемия, лейкопения, нейтропения, лимфопения, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов;	1. Адаптогены и биостимуляторы 2. Препараты иммуноглобулинов 3. Физиолечение	Участковый педиатр Пульмонолог	1. Общий анализ крови 2. Общий белок и белковые фракции сыворотки крови 3. НСТ-тест 4. Иммуноглобулины сыворотки крови основных классов.	
в) гельминтозы;	1. Курс антигельминтной терапии	Участковый педиатр Гельминтолог	1. Исследования кала и дуоденального содержимого на гельминты	
г) выраж туберкулиновых проб;	1. Выполнение рекомендаций фтизиатра 2. Посещение санаторной группы детского сада.	Фтизиатр	1. Реакция Манту с 2 Т.Е. 2. Термометрия 3. Рентгенография органов грудной клетки 4. Общий анализ крови	
д) нарушение функции носового дыхания и аномалии развития челюстей;	1. Выполнение рекомендаций ортодонта	Ортодонт	1. Клинический осмотр	
е) дисбактериоз;	1. Биопрепараты 2. Ферментативные препараты 3. Витаминотерапия	Участковый педиатр	1. Кал на дисбактериоз	

1	2	3	4	5
л) борьба с пассивным курением	1. Разъяснительная работа в семьях	Участковый педиатр Пульмонолог		

III. Реабилитационные мероприятия на этапе поддерживающей реабилитации

1) Закрепление эффекта после этапа активной реабилитации. 2. Борьба с вредными привычками родителей	1. Продолжение соблюдения рекомендованной диеты и режима. 2. Продолжение приема адаптогенов и биостимуляторов по показаниям в соответствии с выбранной схемой. 3. Продолжение приема сборов трав, рекомендованных пульмонологом, аллергологом. 4. Физиотерапевтическое лечение по показаниям 5. Активные закаливающие мероприятия 6. Лечебная физкультура и массаж 7. Санаторно-курортное лечение.	Участковый педиатр Пульмонолог Прочие специалисты по необходимости и в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения.	1. Общее состояние больного 2. Результаты клинического осмотра 3. Анализ показателей заболеваемости за время наблюдения. 4. В период стойкой ремиссии - параклинические показатели: - общий анализ крови, - ИСТ-тест, - иммуноглобулины сыворотки крови - мазки-отпечатки с миндалин.	1. Продолжительность этапа - от 3-х до 6 месяцев. 2. Пульмонолог или участковый педиатр осматривают ребенка 1 раз в месяц в течение первых 3 месяцев после первого курса активных реабилитационных мероприятий. При получении положительных результатов (снижение показателей заболеваемости) в последующем - 1 раз в 3 месяца зимой и 1 раз в 6 месяцев - летом. 3. ЛОР, стоматолог, ортодонт - по показаниям в соответствии с индивидуальным планом, но не реже 1 раза в 6 месяцев. 4. При отсутствии положительной динамики от реабилитационных мероприятий необходимо
--	--	---	--	--

1	2	3	4	5
				повторение этапа активной реабилитации по схеме. 5.Смещающийся эффект - стабильное улучшение общего состояния, клинико-лабораторных показателей, снижение показателей заболеваемости.

IV. Анализ эффективности семейной реабилитации и снятие с диспансерного учета по частым респираторным заболеваниям

1.Оценка эффективности семейной реабилитации. 2.Решение вопроса о снятии с диспансерного учета или необходимости продолжения диспансерного наблюдения.	1.Определение показателей заболеваемости за 1 год до и 1 год после лечения путем анализа истории развития ребенка (ф.112). 2.Оценка состояния здоровья больного методом опроса, клинического осмотра и при необходимости - анализа параклинических данных.	Участковый педиатр Пульмонолог Диагностическая служба (по показаниям). Члены реабилитационной пульмонологической комиссии.	1.Анализ показателей заболеваемости часто болеющего ребенка до и после реабилитационных мероприятий. 2.Динамика клинико-лабораторных показателей и общего состояния больного.	1.При уменьшении случаев заболеваний реже 4 раз в год семья снимается с диспансерного учета в группе часто болеющих. Рекомендуется наблюдение участкового педиатра по возрасту и продолжение закаливания и здорового образа жизни. 2.Детей с хроническими заболеваниями носоглотки, рецидивирующим бронхитом и аллергиями передают под наблюдение соответствующих специалистов. 3.При отсутствии положительного эффекта необходимо продолжить семейную диспансеризацию и реабилитацию в течение последующих 1-2-х и более лет с повторением II, III этапов.
---	---	---	--	---

спирографии и ацетилхолинового теста. Бронхоспазмолитики также назначали этим детям во время эпизода ОРВИ для профилактики бронхобструктивного синдрома коротким курсом на 5-7 дней.

Антигистаминные препараты назначали в тех же ситуациях, что и бронхоспазмолитики, а также детям с хроническими заболеваниями носоглотки в период обострения, курса противорецидивного лечения и подготовки к оперативному лечению, и детям с кожными проявлениями аллергии.

Адаптогены и биостимуляторы использовали достаточно широко, но не эмпирически, как это принято чаще всего, а с учетом механизмов действия того или иного препарата и исходных параметров в состоянии больного. Их мы назначали при всех заболеваниях в период обострения (в этих случаях показано вводить адаптогены после снятия гипертермии и симптомов интоксикации), после выздоровления, во время профилактического курса лечения хронических заболеваний ЛОР-органов. Адаптогены показаны также по возвращении детей в ясли-сад после болезни, в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки по ОРВИ (Воротный И.Ф., Гринеза В.И., 1979) и адаптации к дошкольному учреждению (Виноградов В.П., 1971; Лукова Н.П., 1974; Баркан А.И., 1978; Тонкова-Ямпольская Р.В., Голубева Л.Г., Мишкис А.И., 1979). В работе мы применили схему поэтапного включения адаптогенов и биостимуляторов в зависимости от исходных параметров (Гавалов С.М., 1980).

Фитотерапия назначалась по показаниям и с учетом заболевания. Детям с бронхолегочной патологией настои, отвары трав рекомендовали в период обострения и после него (Гавалов С.М., 1980), детям с аллергическим диатезом - чаще в стадии начинающейся ремиссии после проведенного патогенетичес-

кого лечения, или в плане противорецидивной терапии (Синявская О.А., 1980), взрослым и детям с хроническим тонзиллитом на всех этапах санлирующего лечения (Иванова М.В., 1973; Лихачев А.Г., 1984).

Физиолечение применялось практически всем детям и взрослым, но с учетом механизма его действия на патологический процесс. В реабилитации были использованы схемы, рекомендованные различными авторами (Иванова М.В., 1973; Рачинский С.В. и соавт., 1978; Гавлов С.М., 1980; Синявская О.А., 1980; Чухловина М.Г., 1981; Лихачев А.Г., 1984).

Санлирующие мероприятия были использованы в лечении взрослых и детей с хроническими очагами инфекции носоглотки и ротовой полости. В терапии хронических тонзиллитов и аденоидитов предпочтение отдавали консервативным методам (Анциферова-Сквирская А.А., 1962; Большакова Т.Н., 1966; Светлова А.К., 1970; Иванова М.В., 1973; Франгузов Б.Л., Васильева А.Б., 1979; Лихачев А.Г., 1984; Маккаев Х.М., 1984). На лечение носоглотки дети и родители приходили к оториноларингологу в удобное для них время. В течение года взрослые и дети получали от 2-х до 4-х курсов лечения, преимущественно в осенние (сентябрь-октябрь) и весенние (март-апрель) месяцы года, по показаниям - зимой в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии (частые обострения хронического тонзиллита, аденоидита, рецидивирующего бронхита) являлось показанием для оперативного вмешательства.

Обязательной была санация полости рта. По показаниям проводилось ортодонтическое лечение, направленное на коррекцию нарушений строения зубочелюстного аппарата и нормализацию но-

сового дыхания.

З а к а л и в а н и е в с о ч е т а н и и с
м а с с а ж е м и г и м н а с т и к о й назначали индивиду-
дуально в зависимости от возраста, состояния здоровья и типа
нервной деятельности ребенка, как правило на этапе поддержи-
вающей реабилитации, в соответствии с существующими методичес-
кими рекомендациями (Разумцева Г.А. и соавт., 1978; Баранов
А.А. и соавт., 1984). Эти мероприятия проводили систематичес-
ки, с постепенным увеличением дозы закаливающего фактора, в
условиях поликлиники или дома после предварительного инструк-
тажа родителей.

К о р р е к ц и я р е ж и м а д н я и п и т а -
н и я являлась обязательной для всех детей и проводилась с
учетом имеющегося заболевания, его остроты и типа нервной
деятельности ребенка.

Наиболее часто рекомендовали щадящий режим дня с увели-
чением продолжительности сна и времени пребывания на свежем
воздухе; гипоаллергенную диету с исключением или ограничением
отдельных продуктов, к которым имелась повышенная чувстви-
тельность.

Среди прочих методов реабилитации реже применяли неспе-
цифическую и специфическую гипосенсибилизацию, противоглист-
ную терапию, противотуберкулезные препараты, иммунотерапию,
кислородные коктейли, биопрепараты для лечения дисбактериоза.

Вопрос о проведении вакцинации часто болеющих детей ре-
шали строго индивидуально в соответствии с имеющимися методи-
ческими рекомендациями (Лакоткина Е.А. и соавт., 1984).

По возможности осуществляли санаторно-курортное лечение
часто болеющих детей и реже - одновременно детей и их родите-

лей в санаториях местной зоны и других.

Важное место в реабилитации занимала санитарно-просветительная работа: борьба с пассивным курением, за здоровый образ жизни, проведение закаливания и занятия спортом (утренняя гимнастика, бег, лыжный спорт, плавание). Были подготовлены наглядные пособия для родителей в виде стендов "Советы врача-пульмонолога", "Семейная реабилитация часто болеющих детей" и листовок с различными рекомендациями по диететике, приготовлению травяных сборов и их приему, проведению вибрационного массажа и постурального дренажа, закаливающих мероприятий и ряд других.

Таким образом, реабилитация часто болеющих детей представляла собой программу, включающую в себя широкий комплекс разнообразных лечебно-профилактических мероприятий, касающихся как самого ребенка, так и членов его семьи. Последнее является примером нового подхода к оздоровлению контингента часто болеющих детей.

Г Л А В А 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Медико-биологические и социально-гигиенические аспекты часто болеющих детей

Изучение патофизиологических механизмов формирования респираторного синдрома у часто болеющих детей требует многофакторных исследований (Гавалов С.М., 1984). Для раннего распознавания патологии и разработки стратегии профилактики респираторных заболеваний необходимо учитывать определяющие и пусковые медико-биологические и социально-гигиенические факторы. Среди медико-биологических факторов имеют значение такие, как генетическая предрасположенность к бронхолегочной патологии, изучение пренатальных и постнатальных условий развития плода и ребенка, иммунологический статус ребенка и членов семьи, дефекты организации медицинской помощи, в частности, дефекты лечения и некоторые другие. Из социально-гигиенических аспектов — квартирно-бытовые условия, состав семьи и состояние здоровья всех её членов, наличие в семье курильщиков, посещение ребенком организованного коллектива (яслей-садов, школы) и другие.

Из перечисленных моментов мы подробно изучали анамнез матерей периода беременности и родов, перинатальную и постнатальную патологию плода и ребенка, квартирно-бытовые условия, пассивное курение и адаптацию к детскому дошкольному учреждению, организацию лечебной помощи часто болеющим детям на педиатрическом участке. Анализ прочих факторов риска представлен в соответствующих разделах.

Изучение анамнеза матерей периода беременности и родов показало (табл. 5), что матери часто болеющих детей (I группа)

Таблица 5

Течение беременности и родов у матерей часто и редко болеющих детей

Группы детей	Патология беременности и родов у матери						Сроки рождения детей					
	Токсикоз		Острые и обострения хронических заболеваний		Осложненное течение родов		Недоношенных		В срок		Переносенных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I (n=131)	71 ^{жж}	54,2	40 ^{жж}	30,5	44 ^ж	33,6	20 ^{жж}	15,3	104 ^{жж}	79,4	7 ^ж	5,3
II (n= 48)	8 ^{жж}	16,7	7 ^{жж}	14,6	12 ^ж	25	1 ^{жж}	2,1	46 ^{жж}	95,8	1 ^{жж}	2,1

Примечание: ж - наличие связи между рассматриваемыми явлениями подтвердить не удалось, различия несущественны, случайны ($P > 0,05$);

жж - различия в показателях I и II групп существенны ($P < 0,05$) по методу "хи-квадрат" Пирсона.

во время беременности страдали токсикозом в 3,5 раза, болели острыми респираторными заболеваниями или переносили обострение хронического заболевания в 2,5 раза чаще, чем матери редко болеющих детей (II группа) / $P < 0,05$ /.

В I группе по сравнению с контролем в 7 раз выше процент детей, рожденных преждевременно ($P < 0,05$); в 2 раза чаще отмечалось пережидание во время беременности и рождение ребенка с признаками переносимости ($P > 0,05$).

У 33,6% матерей часто болеющих детей роды протекали неблагоприятно и были осложнены слабостью родовой деятельности, ранним отхождением околоплодных вод и длительным безводным периодом, быстрым рождением ребенка, внутриутробной гипоксией плода и асфиксией различной степени тяжести и т.д. Во II группе подобные осложнения в родах наблюдались у 25% матерей ($P > 0,05$).

Явления внутриутробной гипотрофии отмечались у 16 из 125 часто болеющих детей (12,8%), причем у 12 из них - II-III степени; 9 человек (7,2%) родились с весом, превышающим 4000 грамм. Во II группе данные отклонения встречались в 2 раза реже: 2 ребенка из 50 (6,4%) родились с явлениями внутриутробной гипотрофии I степени, 1 (3,2%) - с весом более 4000 грамм. ($P > 0,05$).

В постнатальном периоде у детей I группы по сравнению со II группой (табл. 6) несколько чаще диагностировали анемию и рахит ($P > 0,5$); почти в 2 раза чаще - дистрофию типа гипотрофии или паратрофии ($P < 0,05$), в 6 раз чаще - тимомегалию ($P < 0,05$); чаще, но уже в меньшей степени, отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза (73% и 54%, $P < 0,05$). В 2,9 раза чаще у детей I группы были различные неврологичес-

Таблица 6

Сравнительная характеристика раннего анамнеза у часто и редко болеющих детей

Группы	Вид вскармливания				Перенесенные заболевания до года												Медотвод от профилактических прививок			
	Грудное	Раннее смешанное или искусственное	Анемия	Дистрофия				Рахит	Тимо-мегалия	Экссудативно-катаральный диатез		Неврологические нарушения								
				Гипотрофия		Паратрофия														
				абс.	%	абс.	%							абс.	%	абс.			%	абс.
I (n=130)	56*	43	74*	57	37*	28,5	27*	20,8	13*	10	39*	30	16**	12	95**	73	38***	29	69***	53
							40** (30,8%)													
II (n=50)	23*	46	27*	54	11**	22	6*	12	2*	4	13*	26	1**	2	27**	54	5***	10	13***	26
							8** (16%)													

Примечание: * - наличие связи между рассматриваемыми явлениями подтвердить не удалось, различия не существенны, случайны ($P > 0,05$ и $> 0,5$);

** - различия в показателях в сравниваемых группах весьма существенны ($P < 0,05$);

*** - ($P < 0,001$) по методу "хи-квадрат" Пирсона.

кие нарушения вследствие перенесенной внутриутробной гипоксии и внутричерепной родовой травмы ($P < 0,001$), по поводу чего они состояли на диспансерном учете у невропатолога в течение первого года жизни. В 2 раза больший процент детей I группы ($P < 0,001$) имел медицинские отводы от профилактических прививок до года по разным причинам: неврологические нарушения, экссудативно-катаральный диатез, недоношенность, острые респираторные заболевания и другие.

Следует отметить, что у 68 (52,3%) часто болеющих детей перечисленные заболевания проявлялись в различных сочетаниях, и у ребенка можно было одновременно выявить рахит, анемию, дистрофию и др. Среди детей II группы подобная картина наблюдалась у 10 из 50 обследованных (20%), $P < 0,05$.

При изучении влияния раннего смешанного или искусственного вскармливания на бронхолегочную заболеваемость детей в сравниваемых группах в нашем исследовании не было получено достоверно различных результатов ($P > 0,5$).

Интересные результаты были получены при анализе заболеваемости детей респираторной патологией на первом году жизни. Так, в I группе из 128 детей ни разу не болели до одного года только 11 (8,6%) человек, 66 (52%) - болели от 1 до 3 раз, 51 (40%) - более 4 раз. Во II группе из 48 детей не болел ни разу уже 21 ребенок (44%) и только 3 (6,2%) - болели 4 раза, $P < 0,001$ (рис. 5).

Пневмонию до года перенес 31 (20,6%) ребенок I группы и 6 (12%) детей II группы ($P > 0,05$).

Общепризнанным является мнение, что с началом посещения детского учреждения дети начинают болеть чаще, и что именно в этом зачастую кроется вся причина повторных бронхолегочных

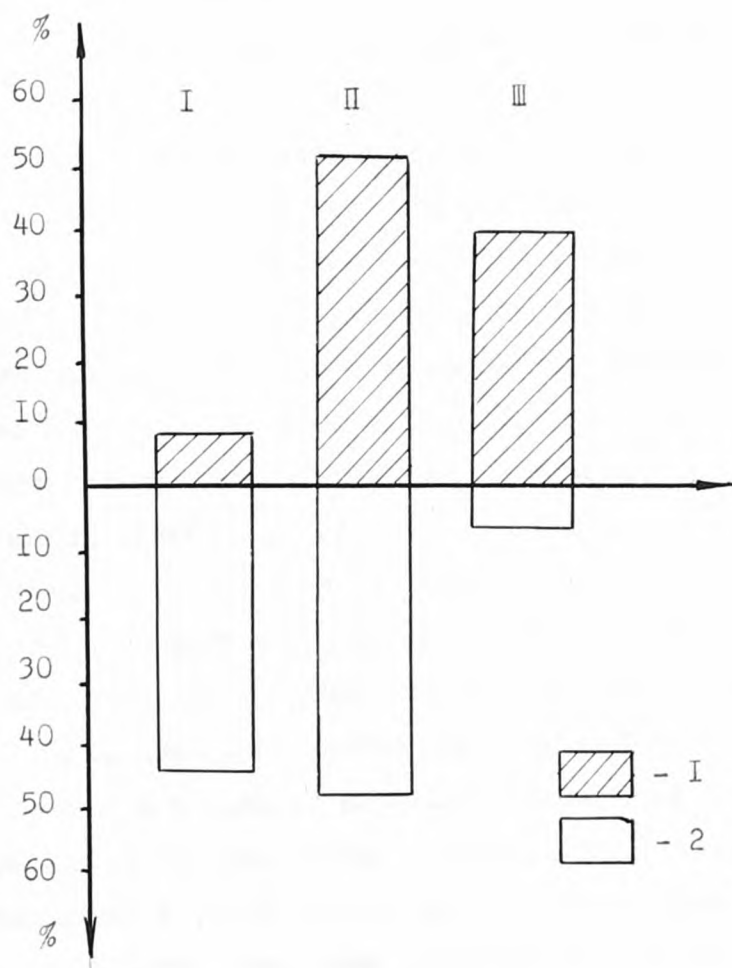


Рис. 5. Количество часто и редко болеющих детей (в %), не болевших ни разу (I), перенесших от I-го до 3-х (II), от 4-х и более (III) острых респираторных заболеваний на первом году жизни
 I - часто болеющие дети;
 2 - редко болеющие дети.

заболеваний (Тонкова-Ямпольская Р.В., Шмидт-Кольмер Е., Атанасова-Вунова А., 1980; Попова Л.А., 1981; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. и соавт., 1984).

Согласно нашим данным, дети с началом посещения детского учреждения болели действительно чаще, но если в I группе это было отмечено у 65% детей, то во II группе — только у 32% детей, $P < 0,001$. В целом, при анализе историй развития (ф.112) и опросе родителей часто болеющих детей, посещающих ясли-сад, оказывалось, что повторные респираторные заболевания были у них еще до оформления в детское учреждение, и дети продолжали часто болеть с приходом в организованный детский коллектив. Дети, не болевшие до сада-яслей, как правило, легко миновали период адаптации и в последующем болели также редко.

Мы проанализировали квартирно-бытовые условия в семьях сравниваемых групп детей. Их оценка проводилась по обеспеченности жилой площадью в среднем на одного члена семьи и наличию санитарно-гигиенических удобств (Лисицин Ю.П., 1975).

Оказалось, что в I и II группах было приблизительно одинаковое количество семей с хорошими жилищными условиями: 37 семей или 30% и 11 семей или 23,4%, $P > 0,5$.

Несколько меньшее число семей I группы — 61 или 49,6%, чем семей II группы, 30 или 63,8%, проживало в удовлетворительных условиях, $P > 0,5$.

Семей с плохими жилищными условиями в I группе было 25 или 20,3% и во II группе — 6 или 12,76%, $P > 0,5$.

Мы также коснулись вопроса частоты курения в семьях сравниваемых групп: пассивными курильщиками было 114 (76%) детей I группы и 30 (44%) детей II группы, $P < 0,05$.

Учитывая, что уровень лечебной помощи также является не-

маловажным фактором, влияющим на показатели заболеваемости, мы решили проанализировать часть амбулаторных карт (ф.112) детей I группы и оценить проводимую педиатрами до взятия на диспансерный учет терапию. Было подвергнуто анализу 53 амбулаторные карты.

Оказалось, что 47 детям (88,7%) ежегодно необоснованно (типичное течение ОРВИ) назначали антибиотики: 32 из них (68,1%) от одного до трех и 15 (31,9%) - от 4-х до 7 курсов по 5-7-10 дней каждый. Еще чаще - у 49 детей (92,4%) - в лечении почти при каждой ОРВИ встречались сульфаниламиды; 24 детям (45,3%) антибиотики и сульфаниламиды в подобных ситуациях назначались одновременно.

Практически каждому ребенку при ОРВИ рекомендовали жаропонижающие препараты. Необоснованно широко в лечении ОРВИ применялись антигистаминные средства: каждый ребенок ежегодно получал 1-2 курса, главным образом, димедрола, 29 детям (54,7%) антигистаминные препараты прописывали 3-4-5 раз в год; а одному ребенку - 28 раз за 5 лет.

Широко при ОРВИ применяли банки и горчичники на грудную клетку - у 51 ребенка (96,2%) в амбулаторной карте встречалось это назначение.

Такая терапия ОРВИ, а также широкое применение глюконата кальция, отхаркивающих средств, витамина С и реже - ингаляций, капель в нос, наиболее типична. Значительно реже назначали другие симптоматические средств, физиотерапию. Адаптогены и биостимуляторы не имеют популярности у участковых врачей и рекомендуются пока еще редко: только в 14 случаях (26,4%) в назначениях встретились дибазол, элеутерококк, пентоксил, алоэ.

Таким образом, в тактике лечения часто болеющих детей

отмечается недопустимый шаблонный подход со стороны участковых педиатров, что связано с отсутствием четких рекомендаций по реабилитации данной группы. Этим можно объяснить низкую эффективность лечения часто болеющих детей на участке.

3.2. Роль наследственных факторов в генезе рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей

В нашем исследовании мы тщательно изучали (с помощью опроса и клинико-лабораторного обследования) состояние здоровья (рецидивирующие респираторные и хронические бронхолегочные, аллергические заболевания) родственников детей I и II групп.

Прежде всего, нам показалось небезынтересным проанализировать состояние здоровья родителей часто и редко болеющих детей в детстве и проследить его динамику к моменту проводимого обследования (табл. 7).

Оказалось, что матери детей I группы в 2,4 раза, а отцы - в 2,7 раз чаще указывали на рецидивирующие респираторные заболевания ($P < 0,001$), соответственно в 2 раза и в 4 раза - на кожные проявления аллергии ($P > 0,05$) у них в детском возрасте, чем матери и отцы детей II группы.

С возрастом родители детей I группы продолжали часто болеть респираторной патологией, в то время, как во II группе детей число часто болеющих матерей уменьшалось в 2 раза, отцов - в 1,5 раза по сравнению с детскими годами. Матери и отцы детей I группы значительно чаще ($P < 0,001$) на момент обследования жаловались на рецидивирующие респираторные заболевания у них, чем родители детей II группы. Причем, уровень заболеваемости в I группе детей был в 1,4 раза выше среди матерей,

Таблица 7

Частота бронхолегочных и аллергических заболеваний у родителей обследуемых
группы детей в разные годы жизни

Группы детей	Родители	Порядковый номер	Состояние здоровья в детском возрасте				Состояние здоровья на момент обследования					
			Рецидивирующие респираторные заболевания		Кожные проявления аллергии		Рецидивирующие респираторные заболевания		Хронические бронхолегочные заболевания		Кожные проявления аллергии	
			Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%
			Число обследованных		Число обследованных		Число обследованных		Число обследованных		Число обследованных	
I	Матери	1	$\frac{71}{118}$	60,2	$\frac{16}{118}$	13,6	$\frac{75}{120}$	62,5	$\frac{8}{120}$	6,7	$\frac{28}{118}$	23,7
	$P_{1,3}$		< 0,001		> 0,05		< 0,001		> 0,05		> 0,05	
	Отцы	2	$\frac{50}{99}$	50,5	$\frac{8}{99}$	8,1	$\frac{44}{104}$	42,3	$\frac{7}{104}$	6,7	$\frac{15}{104}$	14,4
	$P_{2,4}$		< 0,001		> 0,05		< 0,001		-		> 0,05	
	$P_{1,2}$		> 0,05		> 0,05		< 0,001		-		< 0,05	
	Матери	3	$\frac{12}{47}$	25,5	$\frac{3}{47}$	6,4	$\frac{6}{47}$	12,8	$\frac{1}{47}$	2,1	$\frac{7}{47}$	14,9
	$P_{3,4}$		> 0,05		> 0,05		> 0,5		-		> 0,05	
	Отцы	4	$\frac{8}{45}$	17,8	$\frac{1}{45}$	2,22	$\frac{5}{45}$	11,1	$\frac{0}{0}$	0	$\frac{4}{45}$	8,9

чем среди отцов ($P < 0,001$); родители детей II группы болели практически одинаково.

Хроническими бронхолегочными заболеваниями матери и отцы детей I группы страдали с одинаковой частотой; во II группе таких матерей было в 3,2 раза меньше, чем в I группе ($P > 0,05$); среди отцов хронических бронхолегочных заболеваний не было вовсе.

Число аллергических проявлений со стороны кожных покровов в виде экземы, крапивницы, отека Квинке, отдельных высыпаний на пищевые, лекарственные и бытовые аллергены у родителей обеих групп детей с возрастом увеличивалось почти в 2 и более раз по сравнению с детскими годами, причем в I группе они значительно чаще ($P < 0,05$) отмечались у матерей, чем у отцов.

Мы учитывали отягощенную наследственность не только на основании оценки здоровья родителей обследуемых групп детей, но, составляя родословие, проследили состояние здоровья других ближайших и отдаленных родственников, как правило, в III поколениях. Исходя из этих данных, отягощенная наследственность по бронхолегочным (хроническая пневмония, хронический бронхит, туберкулез, онкологические заболевания легких) и аллергическим (бронхиальная астма, крапивница, экзема, вазомоторный ринит и др.) заболеваниями была у 81 из 131 (61,8%) ребенка I группы и 16 из 47 (34%) детей II группы ($P < 0,001$).

У вышеназванных часто болеющих детей мы проанализировали также линии наследования. Оказалось, что у 40 детей (30,5%) наследственность была отягощена по линии матери, у 15 (11,45%) — по линии отца, у 26 (19,85%) — по линии матери и отца одновременно.

Мы попытались выяснить, нет ли зависимости между линией

наследования и показателями заболеваемости в течение года у часто болеющих детей и при этом не получили статистически достоверных различий ($P > 0,5$) /табл. 8/. Однако, дети с отягощенной наследственностью болели несколько чаще, у них было наибольшее число дней нетрудоспособности и самое продолжительное течение каждого случая заболевания по сравнению с детьми, наследственность которых не отягощена.

Мы также изучили распределение аллергических и респираторных заболеваний среди часто болеющих детей в зависимости от линии наследования (рис. 6). У детей с отягощенной наследственностью по линии матери или по линии отца мы значительно чаще диагностировали кожные проявления аллергии ($P < 0,001$) по сравнению с детьми, наследственность которых была отягощена со стороны одновременно обоих родителей или вовсе не была отягощена. В то же время, у детей с наследственностью, отягощенной со стороны обоих родителей, чаще встречался бронхообструктивный синдром по сравнению с детьми, наследственность которых была отягощена по линии матери или по линии отца ($P < 0,001$), а у последних – чаще по сравнению с детьми с неотягощенной наследственностью ($P < 0,001$). В структуре заболеваемости у детей с неотягощенной наследственностью увеличивалась доля необструктивного варианта рецидивирующего бронхита и хронических заболеваний ЛОР-органов. В целом, удельный вес рецидивирующего бронхита (его обструктивного и необструктивного вариантов) больше у детей с отягощенной наследственностью (55 случаев) по сравнению с детьми, наследственность которых не отягощена (27 случаев) / $P < 0,001$ /.

Приводим пример родословной из наших наблюдений:

Алеша Л., 5,5 лет. Диагноз: рецидивирующий респираторный ал-

Таблица 8

Показатели заболеваемости у часто болеющих детей в зависимости
от линии наследования

Линия наследования	п	Показатели заболеваемости детей в течение года		
		Число респираторных заболеваний	Число дней болезни	Продолжительность каждого случая заболевания
Наследственность отягощена со стороны матери	40	$6,46 \pm 0,26$ 4 - II	$83,2 \pm 6,47$ 30 - 182	$13,03 \pm 1,01$ 6,0 - 36,0
Наследственность отягощена со стороны отца	15	$7,71 \pm 0,79$ 4 - 13	$83,0 \pm 11,32$ 32 - 147	$12,0 \pm 0,6$ 7,0 - 27,0
Наследственность отягощена со стороны матери и отца	26	$6,56 \pm 0,46$ 4 - 13	$87,3 \pm 9,65$ 31 - 242	$13,49 \pm 1,31$ 6,0 - 34,0
Наследственность не отягощена	50	$6,27 \pm 0,24$ 4 - 12	$76,1 \pm 4,79$ 32 - 162	$10,46 \pm 0,84$ 7,0 - 18,0

Примечание: а) достоверных различий между сравниваемыми величинами не выявлено ($P > 0,5$);

б) в числителе дроби - $M \pm m$; в знаменателе - крайние значения величин в абсолютных цифрах.

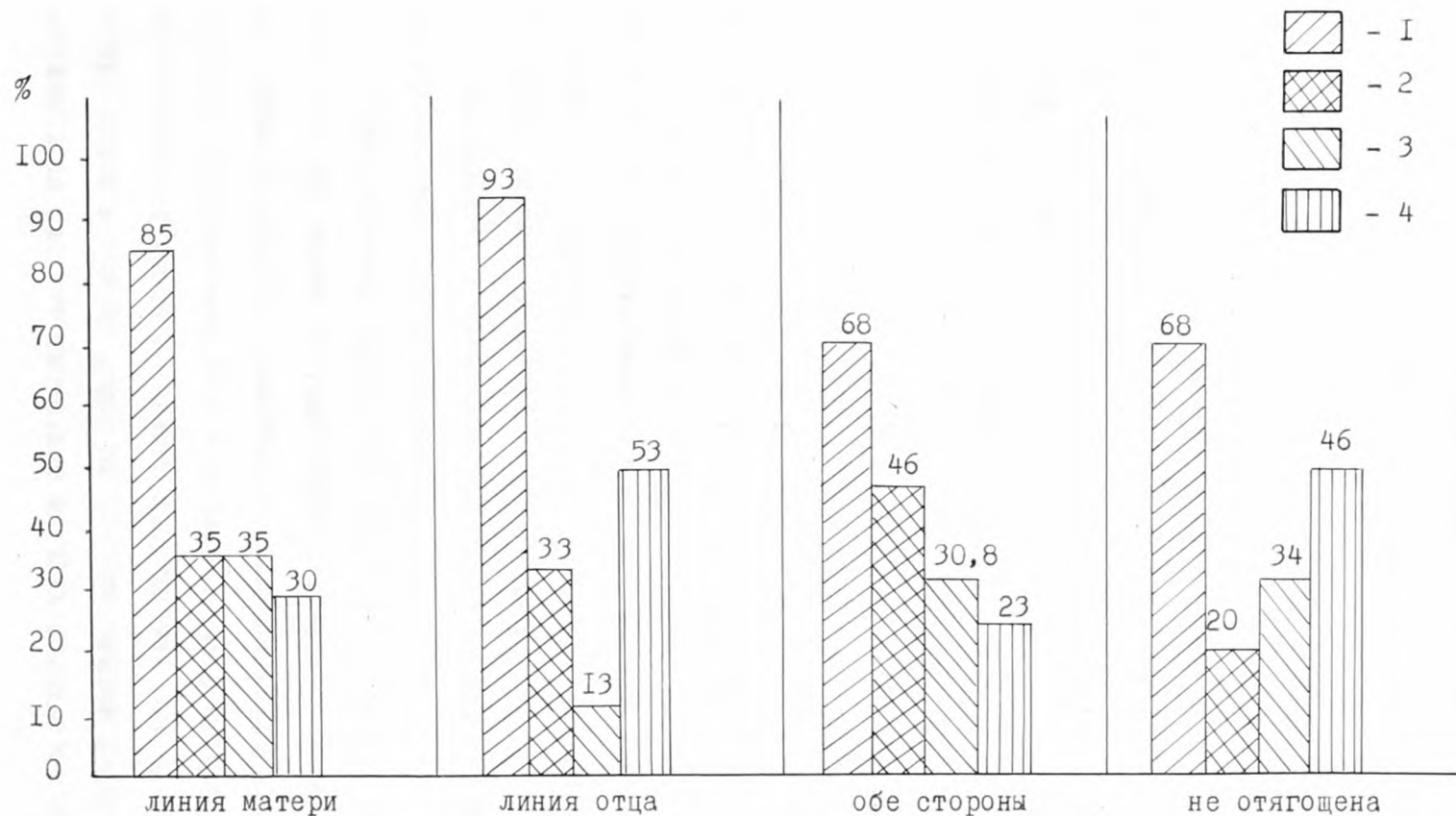


Рис.6. Распределение аллергических и респираторных заболеваний среди часто болеющих детей в зависимости от линии наследования (%).

I – аллергический диатез; 2 – обструктивный бронхит; 3 – необструктивный бронхит; 4 – хронические заболевания ЛОР-органов.

лергоз (астматический бронхит). Аллергический дерматит. Пищевая и лекарственная сенсибилизация. Аденоидные вегетации II степени, хронический аденоидит. Кариес. Истинная диастема (рис.7).

Легенда:

Дедушка пробанда со стороны матери умер в 76 лет от аденомы простаты; бабушка - в 66 лет от лимфогранулематоза.

Дедушка пробанда со стороны отца умер в 63 года от инфаркта миокарда вследствие ИБС; бабушка - в 70 лет от осложнения сахарного диабета - гангрены. Дяди со стороны матери страдали хронической пневмонией, у одного - в сочетании с бронхиальной астмой. У двух двоюродных сестер и брата (детей дяди с хронической пневмонией) в анамнезе частые бронхиты и пневмонии, сведения об окончательном диагнозе у них отсутствуют. Мать пробанда считает себя здоровой. У отца пробанда - хроническая пневмония, его родные братья здоровы и имеют здоровых детей. Два родных брата пробанда умерли на 2-е сутки после рождения в 36 недель от болезни гиалиновых мембран. Старший брат - 16 лет страдает астматическим бронхитом, ревматизмом, постинфекционным миокардитом. Последние годы болеет крайне редко. О других родственниках сведений недостаточно.

Заключение: в семье имеется предрасположение к хроническим бронхолегочным заболеваниям.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно заключить, что для часто болеющих детей характерно наличие отягощенного наследственного анамнеза, и наследственным факторам принадлежит существенная роль в формировании рецидивирующего респираторного синдрома у данного контингента детей. Поэтому при отборе детей в группу риска по рецидивирующим респираторным заболеваниям следует тщательно изучать наследственный анамнез.

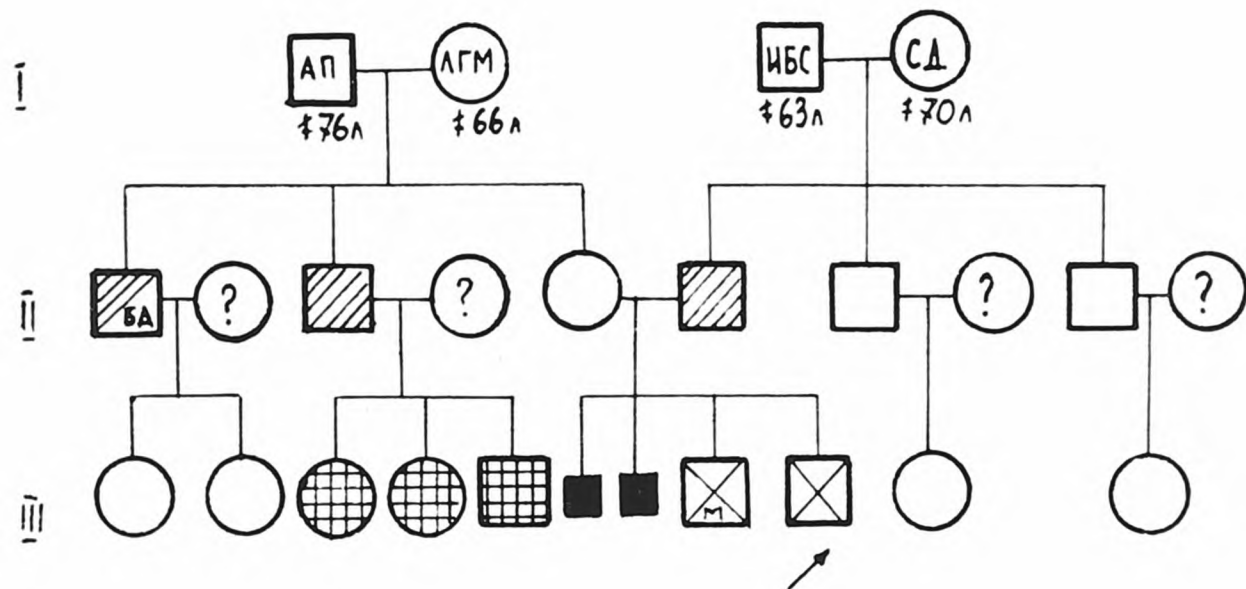


Рис. 7. Родословие семьи Алеши Л.

- | | |
|---|---------------------------|
| <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> - хроническая пневмония | ЛГМ - лимфогранулематоз |
| <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background: radial-gradient(circle, black 1px, transparent 1px); background-size: 4px 4px;"></div> - рецидивирующие бронхиты, повторные пневмонии в анамнезе | ИБС - ишемическая болезнь |
| <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background-color: black;"></div> - болезнь гиалиновых мембран | БА - бронхиальная астма |
| <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background: repeating-linear-gradient(-45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> - респираторный аллергоз (астматический бронхит) | ? - сведения недостаточно |
| АП - аденома простаты | М - миокардит |

СД - сахарный диабет

3.3. Клиническая характеристика часто болеющих детей

По ходу проведения комплексного клинического обследования часто болеющих детей мы тщательно изучили наиболее характерные жалобы и клинические проявления заболевания у них и сравнили полученные результаты с контрольной группой. Эти результаты представлены в таблице 9.

Основным проявлением респираторного заболевания в I группе являлся кашель (90,7%). Он имел самый разнообразный характер: от сухого, отдельными кашлевыми толчками в начале заболевания, постепенно сменявшегося на влажный, что встречалось чаще, до мучительного приступообразного, спастического. Часто кашель длительно, в течение 3-4-х и более недель сохранялся после исчезновения других клинических проявлений (64,7%), что очень беспокоило родителей и на что они обязательно указывали в своих жалобах. Кашель отмечался чаще по утрам, после подъема ребенка с постели или после незначительного охлаждения, физической нагрузки, перехода из теплого помещения на улицу и наоборот. Кашель чаще всего служил поводом для настойчивого обращения родителей к педиатру с целью проведения более углубленного обследования.

На втором по частоте месте были проявления в виде катаральных изменений в зеве (80%) и ринит (76%). Причем гиперемия, отечность и рыхлость зева, зачастую на фоне гипертрофированных миндалин и увеличенных регионарных лимфоузлов, отмечалась не только в острый период заболевания, но и длительно сохранялась после "выздоровления", на что указывали родителям участковые врачи при выписке ребенка в ясли-сад, медицинский персонал дошкольного учреждения, и что являлось одним из пер-

Таблица 9

Сравнительная характеристика основных жалоб и
клинических проявлений заболевания у часто и редко болеющих
д е т е й

№№ п/п	Жалобы, симптомы	И х ч а с т о т а			
		I группа (n=150)		II группа (n=68)	
		абс.	%	абс.	%
1.	Начало заболевания:				
	острое	76	51%	44	65%
	постепенное	74	49%	24	35%
2.	Повышение температуры:				
	наблюдалось всегда	115	76,7%	51	75%
	наблюдалось в отдель- ных случаях	21	14%	14	20,6%
	не наблюдалось	14	9,3%	3	4,4%
2.1.	Характерна температура:				
	фебрильная	102	75,0	48	73,8
	субфебрильная	34	25,0	17	26,2
	до суток	39	28,7%	34	52,3%
	более суток	97	71,3%	31	47,7%
2.2.	Длительный субфебрилитет	39	26,0	0	0
3.	Р и н и т	114	76,0	51	75,0
4.	Катаральные явления в зеве	120	80,0	54	79,4
5.	К а ш е л ь	136	90,7**	37	54,4**
6.	Бронхообструктивный синдром	46	30,7	0	0
7.	Длительные остаточные явле- ния после заболевания	97	64,7	0	0

Примечание: * - наличие связи между рассматриваемыми явлениями подтвердить не удалось, различия несущественны, случайны ($P > 0,05$ и $> 0,5$);

** - получено достоверное различие ($P < 0,001$) в показателях между I и II группами по методу "хи-квадрат" Пирсона.

вых признаков для родителей, что ребенок может заболеть вновь. Ринит носил самый разнообразный характер: от скудных серозных выделений до гнойных обильных; у большинства детей он не купировался к моменту выписки в ясли-сад после очередного заболевания, а длительно, от 1 до 3-х недель и более, сохранялся.

Таким образом, 64% часто болеющих детей после перенесенного очередного эпизода респираторного заболевания продолжали посещать ясли-сад с остаточными явлениями и, как правило, не получали при этом никакого восстановительного лечения.

У 30,7% детей I группы в клинической картине четко определялся бронхообструктивный синдром в виде приступообразного, мучительного кашля, одышки с удлиненным выдохом, "дистанционных" хрипов и соответствующей перкуторной и аускультативной картиной в легких.

Часто болеющие дети, кроме вышеперечисленного, страдали плохим аппетитом, нарушением поведения (повышенная раздражительность, расторможенность или, наоборот, утомляемость, вялость).

Во II группе детей острое респираторное заболевание сопровождалось кашлем в 1,5 раза реже по сравнению с I группой ($P < 0,001$); бронхообструктивного синдрома, остаточных явлений после выздоровления, длительного субфебрилитета не отмечалось вовсе.

У 99 (66%) часто болеющих детей большинство рецидивов респираторных заболеваний приходилось на холодное время года, у 51 (34%) - сезонных колебаний уровня заболеваемости не было выявлено, дети одинаково часто болели зимой и летом. Для редко болеющих детей характерна сезонность с повышением заболеваемости в осенне-зимний период.

Несмотря на кажущуюся схожесть жалоб и некоторых клинических проявлений респираторных заболеваний у часто болеющих детей, тщательное клинико-лабораторное обследование позволило внести коррекцию в первоначальную структуру заболеваемости и выделить в I группе следующие клинические подгруппы: I-я составили 46 детей (30,7%) с рецидивирующим обструктивным бронхитом; 2-я - 44 ребенка (29,3%) с рецидивирующим необструктивным бронхитом; 3-я - 59 детей (39,3%), у которых ведущую клинику заболевания определяли хронические заболевания носоглотки (хронический аденоидит, тонзиллит, синусит и их сочетания) и органов чувств (хронический отит). У одного ребенка (0,7%) была диагностирована хроническая неспецифическая пневмония и из-за единичного наблюдения мы не станем подвергать обсуждению данную нозологическую форму, хотя очевидно, что о ней следует помнить при обследовании часто болеющих детей.

В постановке диагнозов бронхолегочных заболеваний мы руководствовались классификацией болезней органов дыхания неспецифической этиологии у детей, принятой на пленуме Правления Всесоюзного общества детских врачей и Научного совета по педиатрии при Президиуме АМН СССР в ноябре 1978 г.

Оценка состояния ЛОР-органов проводилась на основании Методических рекомендаций по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах /от 27/IV-1982 г./ (Дорожнова К.П., 1983).

Была выявлена определенная закономерность в формировании того или иного клинического варианта заболевания у часто болеющих детей в зависимости от возраста: рецидивирующий обструктивный бронхит чаще диагностировали у детей с первого года жизни и заболеваемость уменьшалась после 4-х лет; реци-

дивизирующий необструктивный бронхит чаще выявлялся у 2-х - 5-летних детей; хронические заболевания ЛОР-органов определяли клиническую картину у детей старше 3-х лет (рисунок 8).

Мы проанализировали показатели заболеваемости в сравниваемых подгруппах (табл. 10) и получили, что у детей 1-й и 2-й подгрупп было самое большое число дней болезни в течение года ($88,4 \pm 6,6$ и $85,1 \pm 5,3$) по сравнению с 3-й подгруппой ($71,8 \pm 4,3$), $P > 0,5$. Средняя продолжительность каждого случая заболевания была наибольшей в 1-й ($14,2 \pm 1,0$) и наименьшей в 3-й ($11,5 \pm 0,45$) подгруппах, $P < 0,05$.

В описанных клинических подгруппах изучали также некоторые медико-социальные параметры (табл. 11). Оказалось, что аллергические заболевания, а также пассивное курение и плохие квартирно-бытовые условия значительно чаще встречались у детей 1-й подгруппы, чем 2-й и 3-й ($P < 0,001$); несколько чаще ($P > 0,05$) у этих детей выявлялась наследственная предрасположенность к бронхолегочным и аллергическим заболеваниям.

Хронические заболевания ЛОР-органов у детей 1-й подгруппы также диагностировали чаще, чем у детей 2-й подгруппы ($P < 0,001$), в то время как кариес, наоборот, встречался несколько чаще у детей 3-й и 2-й подгрупп ($P > 0,05$), что могло быть связано с возрастом, в котором вероятнее всего проявлялся тот или иной клинический вариант течения заболевания у часто болеющих детей.

Рецидивирующий необструктивный бронхит и хроническая патология ЛОР-органов (заболевания инфекционно-воспалительной этиологии) почти в 2 раза чаще были в неполных семьях, где матери одни воспитывали детей. Рецидивирующий обструктивный бронхит, который может быть аллергического и неаллергического ге-

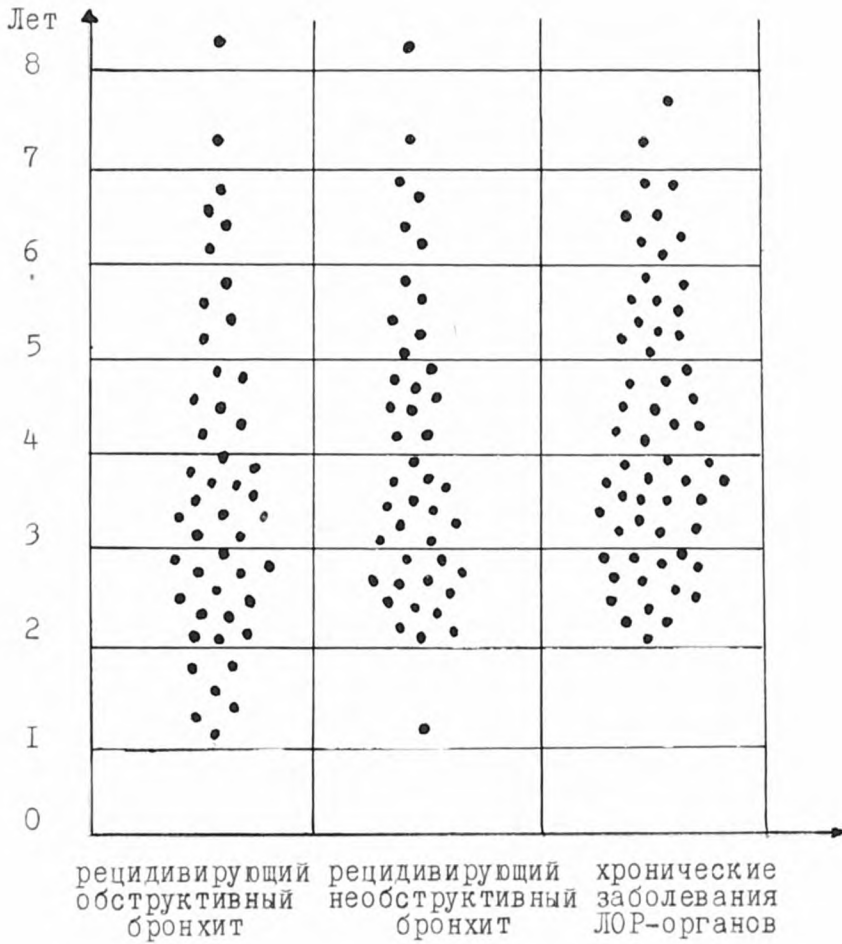


Рис. 8. Распределение больных с рецидивирующим бронхитом и хроническими заболеваниями ЛОР-органов в зависимости от возраста.

Таблица 10

Показатели заболеваемости у часто болеющих детей в зависимости от клинического варианта течения болезни

№ подгруппы	Показатели заболеваемости детей в течение года		
	Число респираторных заболеваний	Число дней болезни	Продолжительность каждого случая заболевания
1 - я	$6,45 \pm 0,28^*$ 4 - 13	$88,4 \pm 6,6^*$ 33 - 242	$14,2 \pm 1,0^{**}$ 6 - 36
2 - я	$6,69 \pm 0,27^*$ 4 - 13	$85,1 \pm 5,3^*$ 30 - 162	$12,8 \pm 0,7^*$ 6 - 19
3 - я	$6,24 \pm 0,27^*$ 4 - 13	$71,8 \pm 4,3^*$ 31 - 151	$11,5 \pm 0,45^{**}$ 6 - 22

Примечание: 1. В числителе дроби значение $\bar{x} \pm m$, в знаменателе - крайние значения величин в абсолютных цифрах;

2. * - обозначает, что достоверных различий в сравниваемых группах выявить не удалось ($P > 0,5$);

** - выявлены достоверные различия ($P < 0,05$).

Таблица II

Некоторые медико-социальные параметры при различных клинических вариантах течения заболевания у часто болеющих детей

Медико-социальные параметры	Клинические подгруппы					
	I - я		2 - я		3 - я	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронические заболевания ЛОР-органов	41 ^{жж}	89,1	30 ^{жж}	68,2	59	100
К а р и е с	11 ^ж	23,9	13 ^ж	29,5	22 ^ж	37,3
Аллергические заболевания	40 ^{жж}	87,0	32 ^{жж}	72,7	43 ^{жж}	72,9
Наследственная предрасположенность к респираторным и аллергическим заболеваниям	30 ^ж	65,2	24 ^ж	54,5	32 ^ж	54,2
Пассивное курение	40 ^{жж}	87,0	32 ^{жж}	72,7	41 ^{жж}	69,5
Неполная семья	3 ^ж	6,5	5 ^ж	11,4	7 ^ж	11,9
Плохие квартирно-бытовые условия	12 ^{жж}	26,0	5 ^{жж}	11,4	7 ^{жж}	11,9

Примечание:

^ж - между сравниваемыми величинами существенных различий выявить не удалось ($P > 0,05$);

^{жж} - выявлены существенные различия ($P < 0,001$).

В нашем исследовании сравнительная характеристика основных клинических симптомов, сопровождающих период рецидивов обструктивного бронхита, необструктивного бронхита и хронических заболеваний ЛОР-органов представлена в таблице 12.

3.3.1. Клиника рецидивирующего обструктивного бронхита

Наибольший интерес своей многоплановостью и прогнозом представляла I-я подгруппа (46 детей).

Тщательное клинико-лабораторное, включающее аллергологическое обследование и наблюдение в динамике позволило 25 детям поставить диагноз рецидивирующего респираторного аллергоза (астматического бронхита), который у 3-х детей спустя один год трансформировался в бронхиальную астму; 21 ребенку был поставлен диагноз рецидивирующего обструктивного бронхита неаллергического генеза.

Для детей I-й подгруппы по сравнению со 2-й и 3-й подгруппами в клинике были характерны следующие общие симптомы.

Начало заболевания было острым у 29 (63%) и постепенным у 17 (37%) детей, $P > 0,05$; повышение температуры во время каждого рецидива наблюдалось у 24 (52,2%) детей, в то время, как у 12 (26,1%) детей она повышалась не всегда и у 10 (21,7%) — не наблюдалась вовсе ($P < 0,001$). У подавляющего большинства детей (86,1%) во время рецидива температура повышалась до фебрильных цифр ($P < 0,001$), но держалась не более 1-3 суток ($P < 0,001$). Наиболее доминирующим симптомом заболевания являлся кашель: как правило, сухой, особенно вначале заболевания, мучительный, приступообразный, чаще отмечался ночью, легко провоцировался физической нагрузкой, эмоциональными и метеоро-

Таблица 12

Сравнительная характеристика основных клинических проявлений при различных вариантах течения заболевания у часто болеющих детей

№ п/п	Симптомы	Клинические подгруппы					
		I - я		2 - я		3 - я	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Начало заболевания:						
	острое	29*	63,0	20*	45,4	27*	45,8
	постепенное	17 **	37,0	24**	54,5	32**	54,2
2.	Повышение температуры:						
	наблюдалось всегда	24**	52,2	42**	95,4	48**	81,3
	наблюдалось в отдельных случаях	12**	26,1	0	0	9**	15,2
	не наблюдалось	10**	21,7	2**	4,5	2**	3,4
2.1.	При наличии характерна температура:						
	субфебрильная	5**	13,9	16**	38,1	12**	21,0
	фебрильная	31**	86,1	26**	61,9	45**	79,0
	до суток	15**	41,7	18**	43,0	6**	10,5
	более суток	21**	58,3	24**	57,0	51**	89,4
2.2.	Длительный субфебрилитет	14**	30,4	3**	6,8	21**	35,5
3.	Р и н и т	29**	67,4	44**	100	41**	69,5
4.	Катаральные явления в зеве	24**	52,2	41**	93,2	54**	91,5
5.	К а ш е л ь	46**	100	44**	100	45**	76,3
6.	Бронхообструктивный синдром	46	100	0	0	0	0
7.	Длительные остаточные явления после заболевания	21**	58,3	34**	77,3	41**	69,5

Примечание: * - различия не достоверны ($P > 0,05$);

** - выявлены существенные различия ($P < 0,001$).

рологических факторами, пищевыми погрешностями. Для бронхо-обструктивного синдрома типичны дистанционные хрипы ("хрипота в груди"), экспираторная одышка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры грудной клетки, мозаичный характер перкуторного звука над легкими, обилие катаральных изменений в легких, когда над всей их поверхностью выслушивались свистящие сухие и разнокалиберные влажные хрипы.

Продолжительность рецидива была различной - от нескольких дней до 1,5-2-х недель, реже - дольше. Но у 21 (58,3%) ребенка после рецидива длительно сохранялась повышенная кашлевая готовность, астенический синдром, у 14 (30,4%) - отмечался длительный субфебрилитет ($P < 0,001$), который мы связывали с тем, что у подавляющего большинства детей I-й подгруппы - 41 человек (89,1%) - основному заболеванию сопутствовали хронические заболевания ЛОР-органов.

Жалобы в межрецидивном периоде сводились чаще всего к сохраняющемуся кашлю, общей слабости, недомоганию, быстрой утомляемости.

В качестве клинического примера приводим выписку из контрольной карты диспансерного больного, наблюдавшегося в кабинете по семейной реабилитации часто болеющих детей с 1981 по 1984 гг.

Ребенок Юра С., 2 г. 10 мес.

Родители обратились по поводу частых респираторных заболеваний в IX.1981 г. Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом I половины. Матери 37 лет, отцу - 41 год. Роды в срок, самопроизвольные, без осложнений. Вес 2850, длина 50 см. Искусственное вскармливание с рождения. До года анемия, гипотрофия I ст., рахит, тимомегалия, проявления экс-

судативно-катарального диатеза на пищевые продукты (цитрусовые, мед, сладкое, курица и др.). Простудными заболеваниями до 2-х лет болел 3-4 раза в год, в возрасте 1,5 лет впервые перенес "ОРЗ с астматоидным компонентом" (диагноз участкового педиатра). Когда ребенку было 2 года, мальчик начал посещать детские ясли и стал ежемесячно болеть. Каждое заболевание протекало на фоне высокой температуры, которая держалась до 2-3-х суток; катаральных явлений со стороны зева и носа, кашля - сухого, приступообразного, ночного; затрудненного дыхания с удлиненным выдохом, участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. Мальчику постоянно ставили диагноз ОРЗ с астматоидным компонентом, однократно - острый бронхит. К моменту обращения за 9 месяцев перенес 6 "ОРЗ" и бронхит (90 дней болезни). В лечении обычным являлось назначение сульфаниламидов, эритромицина, пенициллина, оксациллина, глуконата кальция, димедрола, банок и горчичников, отхаркивающих и других симптоматических средств. Заболевание длилось до 1-2 недель и заканчивалось, как правило, выздоровлением. Но сохранялась повышенная утомляемость, раздражительность, потливость, сниженный аппетит.

Семья ребенка состояла из 3-х человек. Мать часто болела ОРВИ, ангинами, зубы нуждались в санации, не обследовалась и не лечилась. Отец военнослужащий, болел редко, тонзилляктомия в детстве, регулярно проходил диспансеризацию. Зубы нуждались в санации. Наследственный анамнез отягощен: у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма, аллергия на домашнюю пыль; у дедушки - хронический фарингит, многолетний кашель неясной этиологии (не обследован); у родной тети со стороны матери - приступы удушья на запахи, домашнюю пыль; двоюродная сестра часто болела бронхитами, "лошными крупами". Бытовые условия

семьи хорошие, курящих нет.

В момент осмотра жалобы на частый сухой, приступообразный, преимущественно ночной кашель, затрудненное дыхание, умеренные слизистые выделения из носовых ходов. Болен 5-е сутки, в первый день заболевания отмечалась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$. Ребенок был осмотрен участковым педиатром, диагноз - острый бронхит. Получал сульфадиметоксин, димедрол, аскорбиновую кислоту, микстуру от кашля, банки на грудную клетку. На фоне проводимой терапии улучшения не отмечалось. Как часто болеющий, был направлен участковым педиатром в диспансерный кабинет по семейной реабилитации.

Мальчик в удовлетворительном состоянии, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает внимание затрудненное носовое дыхание с умеренным слизистым отделяемым из носовых ходов, аденоидный тип лица; сухость кожных покровов, на щеках, за ушами - участки шелушения, гиперемии, расчесов; периодически во время осмотра кашель, умеренные признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу: затрудненный выдох, напряжение вспомогательной мускулатуры и втяжение податливых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими над всей поверхностью "мозаичный" звук, аускультативно - ослабленное дыхание, обилие сухих свистящих и разнокалиберных влажных хрипов с обеих сторон.

Ребенок и его родители были обследованы, результаты обследования представлены в таблице 13.

На основании проведенного клинико-лабораторного обследования ребенку был поставлен диагноз: Рецидивирующий дермореспираторный аллергоз (аллергический риносинусит, астматический бронхит, аллергический дерматит), смешанная форма. Сопутствую-

Таблица 13

Результаты обследования семьи С.

Методы обследования	Пробанд	Родители	
		мать	отец
1	2	3	4
Общий анализ крови	Эр.- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв-120 г/л, Л - $6,3 \cdot 10^9$ /л, Б-0%, Э-18%, п-1%, с-35%, л-43%, м-3%, СОЭ-12 мм/час	Эр.- $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв-142 г/л, Л-8,3, 10^9 /л, Б-0%, э-0%, п-1%, с-51%, л-45%, м-3%, СОЭ-3 мм/час	Эр.- $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, Нв-132 г/л, Л - $6,6 \cdot 10^9$ /л, Б-0%, э-1%, п-0%, с-67%, л-29%, м-3%, СОЭ -5 мм/час
Биохимический анализ крови	Общий белок-77,5 г/л, альбумины 57,5%, глобулины: α_1 -8,6%, α_2 -6,9%, β -11,5%, γ -15,5%	-	-
Иммуноглобулины сыворотки крови	IgA - 9,25 г/л, IgM - 2,2 г/л, IgG - 7,0 г/л	IgA - 1,8 г/л, IgM - 0,85 г/л, IgG - 9,4 г/л	IgA - 2,3 г/л, IgM - 1,5 г/л, IgG - 5,2 г/л
резюме	дефицит IgA	норма	↓ IgG
НСТ - тест:			
спонтанный	12%	14%	11%
стимулированный	33%	48%	37%
резюме	стимулированный повышен	стимулированный повышен	стимулированный повышен
мазок-отпечаток с миндалин			
сегментояд. нейтроф.	26%	56%	тонзиллэктомия в детстве
лимфоидные клетки	20%	6%	
плазм. клетки	1%	0%	
эпителий	53%	37%	

1	2	3	4
микрофлора резюме:	смеш. ++ в пределах нормы	смеш. ++ признаки воспалитель- ных изменений в мин- далинах	
Рентгенография органов грудной клетки	умеренный гиперпневма- тоз с обеих сторон, уси- ление сосудистого рисун- ка без очагово-инфиль- тративных изменений в легких	-	-
Рентгенография прида- точных пазух носа	значительное затемне- ние обеих гайморовых пазух	-	-
Осмотр оториноларин- голога	двусторонний острый гайморит. Хронический аденоидит, обострение. Гипертрофия аденоидов II ст., показано опе- ративное лечение	хронический компенси- рованный тонзиллит, вне обострения	здоров
Осмотр стоматолога	Кариес, нуждается в санации	кариес, нуждается в санации	кариес, нуждается в санации
Осмотр ортодонта	Прикус бипрогнатичес- кий. Макрогlossия. Истинная диастема I I I Нарушение функции носового дыхания	прикус в пределах нормы. Истинная диастема I I I	прикус в пределах нормы

1	2	3	4
Эуфилиновая проба В.М. Гавалова	положительная	-	-
Аллергообследование	куриное яйцо ++ обдениха ++ пальца подсолнечника ++ кукуруза + кишечная палочка + гемолитический стафилококк +	-	-
Реакция Манту с 2 т.ед.	папула 5 мм. Поствакцинальная аллергия	-	-

щий диагноз: хронический аденоидит, гипертрофия аденоидов II степени; кариес; аномалия развития челюстей и нарушение функции носового дыхания, дисиммуноглобулинемия (дефицит IgA).

Объем реабилитационных мероприятий мальчику включал: диету-гипосенсибилизирующую, бронхоспазмолитическую терапию, физиолечение, санацию носоглотки (аденотомия) и зубов, коррекцию нарушения аномалии развития челюстей и нарушения функции носового дыхания, адаптогены по комбинированной схеме для детей с хроническими очагами инфекции, аллергическими заболеваниями и иммунологическими нарушениями, симптоматическую терапию. В межрецидивном периоде ребенок прошел курс санаторно-курортного лечения в санатории Мочище, закалывавших процедур. Одновременно была проведена санация хронических очагов инфекции у родителей мальчика.

В проведении семейной диспансеризации и реабилитации принимали участие пульмонолог, оториноларинголог, стоматолог, ортодонт, аллерголог, физиотерапевт, диагностические подразделения поликлиники. Семейная реабилитация нашла у родителей полное понимание и одобрение, все рекомендации по режиму, диете и лечению выполнялись. В результате на первом году наблюдения заболеваемость ребенка снизилась: отмечалось 1 обострение основного заболевания и 2 ОРВИ, 30 дней нетрудоспособности; на втором году болел 2 раза ОРВИ, 16 дней нетрудоспособности. Улучшилось самочувствие родителей, особенно матери. В последующем мальчика передали под наблюдение участкового врача в группу респираторного аллергоза.

3.3.2. Клиника рецидивирующего необструктивного б р о н х и т а

Для детей 2-й подгруппы (44 ребенка) с рецидивирующим необструктивным бронхитом, в отличие от I-й, чаще было характерно постепенное начало заболевания (24 человека или 54,5%), чем острое (20 детей или 45,4%), $P > 0,05$. Температурная реакция во время рецидива заболевания отмечалась у подавляющего большинства детей (42 человека или 95,4%), $P < 0,001$, и только у двух детей (4,5%) заболевание протекало вовсе без температуры ($P < 0,001$). Реже (26 детей или 61,9%) по сравнению с I-й и 3-й подгруппами температура поднималась до фебрильных цифр ($P < 0,001$); держалась она обычно недолго, от нескольких часов до 3-х дней.

Начало рецидива протекало, как обычное ОРВИ: у всех детей был ринит ($P < 0,001$), у подавляющего большинства (41 ребенок или 93,2%), $P < 0,001$ - катаральные изменения в зеве; кашель возникал не сразу, а через 2-3 дня, но являлся обязательным симптомом (100%). Вначале он был сухим, болезненным, а затем становился влажным, равномерным в течение суток, но все-таки сильнее утром.

Перкуторная картина в легких не показательна, обычно определялся легочной звук. Аускультативно отмечали жесткое дыхание, рассеянные низкие и высокие сухие хрипы, средние и крупнопузырчатые непостоянные влажные хрипы на вдохе.

Длительность обострения до 2,5 недель, но после исчезновения основных симптомов (катаральных изменений в носоглотке и легких) еще долго - 3-4 недели и более - у большинства (34 или 77,3%, $P < 0,001$) детей в легких сохранялось жесткое дыха-

ние, кашель - редкий, отдельными кашлевыми толчками, чаще по утрам, со скудным отделением мокроты или без таковой. Общее состояние детей в период после обострения существенно не страдало, длительный субфебрилитет также не характерен и отмечался лишь у 6,8% ($P < 0,001$).

В периоде между рецидивами над легкими патологических изменений не находили, сохранялся редкий кашель по утрам, часто у детей возникали ОРВИ.

В качестве клинического примера приводим выписку из индивидуальной карты диспансерного больного, наблюдавшегося в кабинете по семейной реабилитации часто болеющих детей.

Больной Слава П., 3 года. Направлен участковым врачом на консультацию и решение вопроса о взятии на диспансерный учет в группу часто болеющих детей 24/II-1982 г.

Жалобы: на постоянный кашель в течение полутора месяцев, чаще по утрам, влажный, мокрота отходила плохо в небольшом количестве, желтоватого цвета. Кашель сохранялся после перенесенного 1,5 месяца назад острого бронхита. Температура стойко нормальная. Данное заболевание началось 4/I-82 г., остро, с подъема температуры до 39° , сохранявшейся 3 суток, нормализовавшейся после назначения антибиотика (пенициллин в/мышечно). Участковым врачом были выслушаны в легких влажные хрипы, на 4 день болезни сделана рентгенография органов грудной клетки (диффузное равномерное усиление легочного рисунка, расширение корней легких) и общий анализ крови (лейкоциты $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$, э-1%, п-1%, с-63%, л-32%, м-3%, СОЭ-11 мм/час). Диагноз: острый бронхит. Лечение: пенициллин в/мышечно 7 дней, раствор хлористого кальция 10% внутрь, микстура от кашля, банки в чередовании с горчичниками на грудную клетку. По поводу данного

заболевания лечился амбулаторно до 23/II-85 г. (7,5 недель!).

Из анамнеза: до I года 4 месяцев практически не болел. После перемены климата (переезд с запада СССР) и одновременно начала посещения яслей стал часто, почти ежемесячно, болеть ОРЗ, особенностью которых было преобладание кашля (отдельными толчками, без приступов) над остальными симптомами. Кашель длительно сохранялся после болезни. Одышки не было ни разу. Спустя полгода от начала частых заболеваний появились острые бронхиты. К моменту осмотра за последний год перенес 4 острых бронхита, 2 ОРВИ (всего 145 дней болезни). Аллергологический анамнез у ребенка неотягощен.

Его мать часто болела ОРВИ, 2-3 раза в год у нее были гнойные ангины; отмечались периодические боли в сердце, не обследовалась. Состояла на учете у ортодонта по поводу хронического пародонтоза, зубы нуждались в санации. У отца - гнойные ангины 2-3 раза в год, не обследован, зубы санированы, экзема (работа была связана с профвредностями, работал на химическом заводе). Прочие родственники - здоровы. Жили в комнате на подселении, с печным отоплением, темной, сырой, курил отец.

Во время осмотра обращала внимание сухость, бледность кожи, параорбитальная "синева", пониженное питание у ребенка. Миндалины увеличены до II степени, гладкие. Гиперемия передних дужек, задней стенки глотки. Увеличение лимфоузлов по всем группам до II размера, подвижные, безболезненные. Носовое дыхание свободное. В легких перкуторно звук легочной, аускультативно - жесткое дыхание, хрипов нет.

Было проведено комплексное обследование ребенка и его родителей, результаты представлены в таблице 14.

Таблица 14

Результаты обследования семьи П.

Методы обследования	Пробанд	Родители	
		м а т ь	о т е ц
1	2	3	4
Общий анализ крови	Эр. - $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 115 г/л, Л - $5,2 \cdot 10^9$ /л, Б-0%, э-3%, п-2%, с-46%, л-41%, м-8%, СОЭ - 2 мм/час	Эр. - $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, Л - $5,4 \cdot 10^9$ /л, Б-0%, э-1%, п-2%, с-45%, л-42%, м-10%, СОЭ - 3 мм/час	Эр. - $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 140 г/л, Л - $5,7 \cdot 10^9$ /л, Б-0%, э-1%, п-1%, с-65%, л-32%, м-1%, СОЭ - 5 мм/час
Иммуноглобулины сыворотки:	IgA - 0,57 г/л IgM - 1,7 г/л IgG - 1,3 г/л	2,34 г/л 0,85 г/л 8,2 г/л	2,6 г/л 0,85 г/л 8,7 г/л
резюме	дефицит IgG	норма	норма
НСТ-тест:			
спонтанный	4%	4%	4%
стимулированный	13%	32%	19%
резюме	стимулированный снижен	норма	стимулированный снижен
Мазок-отпечаток с миндалин:			
сегментояд. нейтроф.	42%	1%	17%
лимфоидн. клетки	8%	1%	2%
плазматич. клетки	0%	0%	0%
моноциты	2%	0%	1%
эпителий	48%	98%	80%

I	2	3	4
микрофлора резюме	кокковая ++ признаки воспалитель- ных изменений в мин- далинах	кокковая + - признаки значитель- ных воспалительных изменений в минда- линах	признаки значительных воспалительных измене- ний в миндалинах
Реакция Манту с 2 Т.Е.	отрицательная	-	-
Осмотр оториноларин- голога	гипертрофия аденоид- ов I-II степени, ги- пертрофия миндалин II степени, показано консервативное ле- чение	хронический деком- пенсированный тонзиллит	хронический компенси- рованный тонзиллит
Осмотр стоматолога	зубы здоровы	кариес. Зубы нуждаются в сана- ции	зубы здоровы
Осмотр ортодонта	прикус сформирован правильно	хронический пародонтоз	прикус сформирован правильно

На основании проведенного клинико-лабораторного обследования ребенку был поставлен диагноз рецидивирующего бронхита. Сопутствующие заболевания: гипертрофия аденоидов I-II степени, гипертрофия миндалин II степени, дисиммуноглобулинемия (дефицит IgG).

За время диспансерного наблюдения ребенку были проведены следующие реабилитационные мероприятия: антибактериальное, физиотерапевтическое, симптоматическое лечение, адаптогены по комбинированной схеме для детей с дисиммуноглобулинемиями и хроническими заболеваниями ЛОР-органов, инъекции донорского иммуноглобулина, консервативное лечение аденоидных вегетаций, ЛФК, массаж, закаливающие процедуры. Одновременно родителям была проведена санация хронических очагов инфекции (консервативное лечение).

В осуществлении диспансеризации и реабилитации принимали участие пульмонолог, оториноларинголог, ортодонт, физиотерапевт, врач ЛФК, массажист, диагностические подразделения поликлиники.

На первом году наблюдения мальчик хотя редко, но продолжал болеть: 2 обострения рецидивирующего бронхита, I ОРВИ, абсцедирующий фурункул левого бедра (52 дня болезни).

На втором году наблюдения болел однократно ОРВИ (5 дней болезни). Со слов родителей, улучшилось их собственное самочувствие, реже стали обострения хронического тонзиллита.

3.3.3. Клиника хронических заболеваний ЛОР-органов

В 3-й подгруппе (59 детей) с хроническими заболеваниями ЛОР-органов рецидивы начинались постепенно, исподволь у 32 (54,2%) детей, $P > 0,05$. Температурная реакция, как и во

2-й подгруппе, отмечалась у подавляющего большинства (48 или 81,3%) человек, $P < 0,001$. Несколько реже, чем в 1-й подгруппе (86,1%), но чаще, чем во 2-й подгруппе (61,9%), у детей 3-й подгруппы (79%) температура повышалась до фебрильных цифр ($P < 0,001$). Характерно было то, что у 89,4% детей 3-й подгруппы температура сохранялась длительно, до нескольких суток, в то время как у детей 1-й и 2-й подгрупп данный симптом отмечался соответственно у 58,3% и 57% детей ($P < 0,001$).

Основным симптомом, наиболее характерным для больных хроническим тонзиллитом, были катаральные изменения в зеве: гиперемия краев небных дужек, их валикообразное утолщение, отечность, гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Миндалины чаще большие, гипертрофированные, поверхность их разрыхлена; наиболее частым признаком хронического тонзиллита являлось наличие липкого казеозного или в виде пробок гнойного содержимого в лакунах миндалин, которое имело неприятный запах. Довольно часто были увеличены регионарные подчелюстные и верхне-боковые шейные лимфоузлы. Отмечалось чувство неловкости или инородного тела в гортле, болезненность при глотании, сухость, покалывание.

Ринит отмечался у 41 (69,5%) ребенка, был характерен для больных аденоидитами, носил упорный характер. Отделяемое чаще было слизистым в начале заболевания с последующим переходом в слизисто-гнойное. Затекание этого отделяемого в гортань вызвало упорный рефлекторный кашель, особенно по ночам. Поэтому симптом кашля иногда дезориентировал педиатров и направлял их усилия на поиски патологии в нижележащих дыхательных путях, что приводило к неправильной лечебной тактике.

Если у ребенка имело место сочетанное хроническое заболевание носоглотки (хронический тонзиллит и аденоидит), то общее

состояние ребенка страдало еще в большей степени, в клинической картине присутствовали симптомы со стороны носа и глотки одновременно.

Рецидив заболевания длился обычно одну-три недели. После выписки у 41 (69,5%) ребенка очень долго сохранялись застойные изменения в зеве, насморк, быстрая утомляемость, вялость, головная боль, пониженный аппетит, неприятный запах изо рта, нарушение функции носового дыхания; зачастую они определялись у ребенка до очередного обострения или ОРВИ. Чаще, чем в I-й и 2-й подгруппах, у детей 3-й подгруппы (21 ребенок или 35,5%, $P < 0,001$) после рецидива сохранялся длительный субфебрилитет.

Клиническим примером течения хронического тонзиллита может явиться выписка из диспансерной карты больной Аллы Г., 7 лет, наблюдавшейся в кабинете по реабилитации часто болеющих детей с IY.1983 по X.1984 гг.

Была направлена в диспансерный кабинет по семейной реабилитации по поводу частых респираторных заболеваний. Из анамнеза: от первой беременности, протекавшей с токсикозом I и II половин. В I половине у матери было обострение хронического пиелонефрита; II половине - нефропатия. Роды 40 нед., самопроизвольные, ребенок родился в плодных оболочках, без асфиксии, с признаками перзрелости, со слов матери, была патология плаценты. Вес при рождении 3100 г, длина 50 см. До года находилась на естественном вскармливании. Болеала анемией, рахитом, отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза на введение прикорма (каши, сахар). До 5 лет состояла на учете у эндокринолога с тимомегалией. С года отмечались частые ОРВИ, гнойные ангины, катаральные отиты (4-5 раз в год). Заболевания протекали всегда на фоне температуры до 38° , катаральных явле-

ний в зеве, часто на миндалинах были видны гнойные налеты. Участковым врачом ставился диагноз ОРЗ, лакунарной ангины, обычно назначались антибиотики и сульфаниламиды, глюконат кальция, полоскание зева, поливитамины. Болела до 2-х недель, после чего сохранялся длительный (2-3 месяца) субфебрилитет, чувство дискомфорта, щекотания, сухости в зеве, неприятный запах изо рта. В последние 3 года появились высыпания на коже после применения пенициллина, эритромицина, диоксилина, поливитаминов. Девочка из интеллигентной семьи, бытовые условия хорошие, воспитывалась без отца, с матерью, дедушкой и бабушкой. Мама страдала хроническим бронхитом, хроническим фарингитом с частыми обострениями; кариесом, крапивницей (на прием пищевых продуктов: томаты, яйца). У дедушки хроническая пневмония, хронический субатрофический фарингит (после тонзиллэктомии) с частыми обострениями. Зубы нуждались в санации. У бабушки хронический бронхит, хронический тонзиллит, ишемическая болезнь сердца. Дома не курили. В течение последнего года перед обращением в диспансерный кабинет девочка болела 5 раз (52 дня). Посещала первый класс общеобразовательной школы. В момент осмотра жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, температуру до $37,2^{\circ}$ к вечеру, чувство щекотания, покалывания в зеве, болезненности при глотании, неприятный запах изо рта; 2 недели назад перенесла лакунарную ангину. При осмотре обращала внимание бледность кожных покровов, "синева" под глазами, несколько сниженное питание. Лимфоузлы подчелюстной, заднешейной групп увеличены, подвижные, безболезненные. Язык обложен у корня, неприятный запах изо рта. Зубы нуждались в санации. Миндалины гипертрофированы (II ст.), умеренно гиперемизированные, рыхлые, рубцово изменены, с широкими лакунами, в просветах ла-

кун виден жидкий гной. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, границы сердца не изменены.

Общий анализ крови: Эр. - $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв-102 г/л, ц.п.- 0,8, Л - $4,9 \cdot 10^9$ /л, б-1%, э-2%, п-5%, с-58%, л-28%, м-6%, СОЭ - 12 мм/час.

Биохимия крови: Общий белок - 76,9 г/л, альбумины - 60,8%, глобулины: α_1 -3,5%, α_2 -9,4%, β -10,5%, γ - 15,8%. Иммуноглобулины - А - 0,32 г/л, М-0,86 г/л, G -5,2 г/л.

ИСТ-тест: спонтанный - 33%, стимулированный - 45%.

Цитология содержимого лакун миндалин (мазки-отпечатки): сегментоядерные нейтрофилы - 24%, лимфоциты - 4%, эпителиальные клетки - 72%. В мазке-отпечатке сегментоядерные нейтрофилы 2-3 в поле зрения, фагоцитоз в них отсутствовал, выражены признаки дегенерации; большими скоплениями в полях зрения эпителиальные клетки, микрофлора кокковая, обильная.

Осмотр оториноларинголога: хронический декомпенсированный тонзиллит.

Осмотр стоматолога: зубы нуждались в санации.

Таким образом, у девочки ведущую клинику определял хронический декомпенсированный тонзиллит. Сопутствующими заболеваниями были пищевая и лекарственная сенсibilизация; дисиммуноглобулинемия (дефицит Ig A); гипохромная анемия легкой степени тяжести; кариес. При составлении плана реабилитации приходилось также учитывать наличие хронических бронхолегочных заболеваний и хронических очагов инфекции рото-носоглотки у всех членов семьи пробанда. Санацию хронических очагов инфекции проводили всей семье; ребенку, кроме того, назначали лечение сопутствующих заболеваний. Спустя год от начала заболевания девочка перенесла 1 обострение хронического тонзиллита, грипп и ОРВИ (32

дня болезни) и была передана под наблюдение оториноларинголога и участкового педиатра с рекомендациями дважды в год проходить диспансеризацию и профилактическое лечение.

3.4. Роль семейной хронической очаговой инфекции в генезе рецидивов респираторных заболеваний у часто болеющих детей

3.4.1. Хронические очаги инфекции в семьях часто болеющих детей

Результаты нашего исследования показали, что хронические очаги инфекции носоглотки и кариес распространены в семьях часто болеющих детей повсеместно (табл. 15).

Во II (контрольной) группе детей хронические заболевания носоглотки в семьях встречались в 2,3-2,7 раза, кариес - в 1,3-2,4 раза реже, чем в семьях детей I группы (табл. 16).

Наше наблюдение подтвердило мнение о том, что хроническая очаговая инфекция чаще ускользает от внимания практических врачей (Гавалов С.М., 1968). Так, из 150 часто болеющих детей только 19 (12,7%) до проведения комплексного обследования состояли на диспансерном учете оториноларинголога по поводу хронического заболевания ЛОР-органов и получали регулярное лечение.

Наблюдая и обследуя детей с хронической ЛОР-патологией, нам удалось выявить последовательность развития воспалительных изменений в носоглотке, идентичную данным, полученным А.К.Светловой (1970). У детей уже с I года жизни определялась гипертрофия лимфоидного кольца слизистой оболочки задней стенки глотки, аденоидные вегетации. Упорный ринит и длительный кашель, нарушение функции носового дыхания, которые появлялись в этом возрасте, свидетельствовали о развивающемся хроническом аденоидите,

Таблица 15

Распределение хронических очагов инфекции рото-носоглотки
в семьях часто болеющих детей

Члены семьи	п	Хронические заболевания ЛОР-органов								Карнес
		Всего	и з н и х							
аденоидит	тонзиллит		фарингит	синусит	отит	ринит	сочетанная патология			
Часто болеющие дети	150	<u>131</u>	<u>62</u>	<u>20</u>	-	<u>1</u>	<u>2</u>	-	<u>46</u>	<u>48</u>
		87,3	47,3	15,3		0,8	1,5		35,1	32
матери	122	<u>101</u>	—	<u>76</u>	<u>10</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>10</u>	<u>89</u>
		82,8		75,25	9,9	1,98	0,99	1,98	9,9	73
отцы	108	<u>73</u>	-	<u>54</u>	<u>10</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	-	<u>3</u>	<u>63</u>
		67,6		74	13,7	4,1	4,1		4,1	58,3
Братья, сестры, болеющие редко	33	<u>8</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	-	-	-	-	-	<u>3</u>
		24	-	-						9
Прочие родственники	36	<u>10</u>	-	<u>8</u>	<u>2</u>	-	-	-	-	<u>7</u>
		27,8		-	-					19,4

Примечание: в числителе дроби — значения величин в абсолютных цифрах;
в знаменателе — в %.

Таблица 16

Распределение хронических очагов инфекции рото-носоглотки
в семьях редко болеющих детей

Члены семьи	п	Хронические заболевания ЛОР-органов								Кариес
		всего	и з н и х							
			аденои- дит	тонзил- лит	фарин- гит	синус- сит	отит	ринит	сочетанная патология	
Редко бо- леющие дети	68	$\frac{26}{38}$	$\frac{10}{38,5}$	$\frac{3}{11,5}$	$\frac{1}{3,8}$	$\frac{4}{15,4}$	-	-	$\frac{8}{30,8}$	$\frac{14}{20,6}$
матери	47	$\frac{15}{31,9}$	-	$\frac{11}{73,9}$	$\frac{3}{20}$	-	$\frac{1}{6,7}$	-	-	$\frac{14}{29,8}$
отцы	45	$\frac{10}{22,2}$	-	$\frac{8}{-}$	$\frac{2}{-}$	-	-	-	-	$\frac{20}{44,4}$
Прочие родствен- ники	9	$\frac{2}{22,2}$	$\frac{2}{-}$	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: в числителе дроби - значение величин в абсолютных цифрах;
в знаменателе - в %.

реже - синусите. С этого же времени, благодаря ряду патогенетических механизмов, у ребенка появлялись повторные бронхиты, причем для детей в возрасте от 1 до 4 лет более характерна обструктивная, а более старших детей - простая форма рецидивирующего бронхита. По нашим данным, в группе детей с рецидивирующим бронхитом патология ЛОР-органов выявлена у 71 из 90 детей (79%), в том числе 41 ребенок (57,7%) был с обструктивным и 30 детей (42,3%) - с необструктивным рецидивирующим бронхитом ($P < 0,05$). Таким образом, согласно нашим данным аденоидиты играют ведущую роль в генезе рецидивирующего бронхита у детей в возрасте от 1 до 4-х лет.

Хронический тонзиллит диагностировался несколько позже: в нашем исследовании у 5 из 19 детей этот диагноз был поставлен в возрасте 2-4-х лет; у остальных 14 - хронический тонзиллит равномерно встречался в старшем возрасте, с 4-х до 9 лет, превалируя над прочими хроническими заболеваниями ЛОР-органов.

Хронических заболеваний ЛОР-органов не было найдено у 19 детей (12,7%), причем подавляющее большинство (16 человек) было в возрасте от 1 до 4 лет (рис. 9).

Из 48 часто болеющих детей с кариесом у 37 человек (77%) он впервые был диагностирован в возрасте старше 4-х лет. До 4-х лет у детей кариес встречался реже, чем хронические заболевания ЛОР-органов (рис. 10).

Что касается здоровья членов семей часто и редко болеющих детей, то результаты предварительного опроса (табл. 17) во многом отличались от результатов, полученных после комплексного обследования (табл. 15, 16).

Анализируя эти данные, необходимо акцентировать внимание на том факте, что подавляющее большинство родителей и других

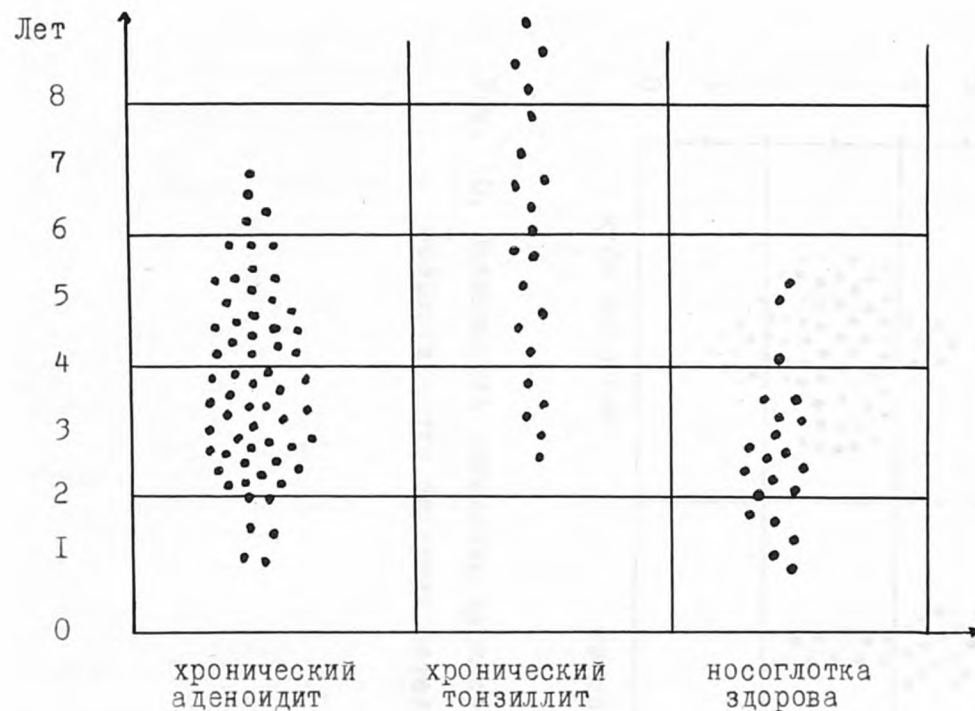


Рис. 9. Хронические заболевания ЛОР-органов у часто болеющих детей в зависимости от возраста.

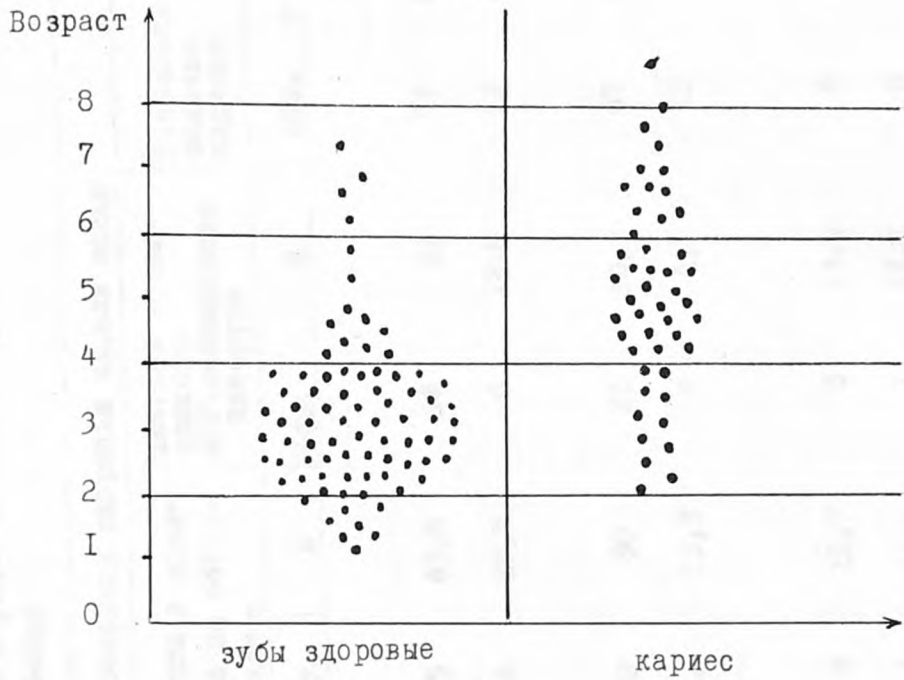


Рис. 10. Зависимость появления кариеса от
возраста часто болеющих детей.

Состояние здоровья членов семей часто и редко болеющих детей
до комплексного обследования

Таблица 17

Члены семьи	Всего опро- шенных	Параметры оценки состояния здоровья членов семьи							
		считали себя здоровыми		ангины в анам- незе не обследо- довались		диагноз хрони- ческого ЛОР-заболевания известен		указывали на наличие кариеса	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Матери:									
детей I груп- пы	118	52	44	75	63,6	26	22	71	60,2
детей II груп- пы	47	40	85,1	14	29,8	6	12,8	12	25,5
Отцы:									
детей I груп- пы	104	60	57,7	52	50	21	20,2	47	45,2
детей II груп- пы	45	41	91,1	6	13,3	4	8,9	15	33,3
Другие род- ственники:									
детей I груп- пы	36	25	69,4	6	16,7	5	13,9	6	16,7
детей II груп- пы	9	7	77,8	1	11,1	1	11,1	0	0

родственников часто болеющих детей до проведенного обследования считали себя практически здоровыми, несмотря на то, что у 63,6% матерей, 50% отцов и 16,7% прочих членов семьи в анамнезе были указания на повторные ангины, по поводу которых они ранее не были обследованы. После обследования удельный вес больных хроническими заболеваниями ЛОР-органов матерей увеличился в 3,6, отцов — в 3,4, других членов семьи — в 1,8 раза по сравнению с исходными результатами. Карлес был диагностирован дополнительно у 12,8% матерей и 13,1% отцов.

Хронические заболевания рото-носоглотки в семьях контрольной группы детей определялись значительно реже как до обследования, так и после него. Но, как и в семьях часто болеющих детей, далеко не все члены семей детей II группы знали о наличии у них хронических заболеваний ЛОР-органов, в результате чего удельный вес больных матерей после обследования увеличился в 2,4, отцов — в 2,5 раза по сравнению с первоначальными результатами, полученными во время опроса родителей.

Матери детей I группы значительно чаще ($P < 0,05$) страдали хроническими заболеваниями ЛОР-органов (82,8%), чем отцы (67,6%), другие члены семьи (24% братьев и сестер и 27,6% прочих родственников), а также карлесом (соответственно 73%, 58,3%, 9% и 19,4%), что является немаловажным фактором, способствующим формированию рецидивирующих и хронических заболеваний у детей в раннем возрасте, так как матери наиболее близко контактируют с ними, при этом не всегда соблюдая элементарные санитарно-гигиенические правила.

В ходе обследования семьи часто болеющих детей были разделены на подгруппы по основному признаку — частоте случаев хронической очаговой инфекции у членов семьи. I-я подгруппу состави-

ли 78 семей (63,4%), все члены которых имели хронические очаги инфекции рото-носоглотки. Во 2-й подгруппе (31 семья, или 25,2%) хроническая очаговая инфекция выявлялась у большинства (у 3 из 4-х; у 4 из 5 и т.д.) членов семьи, в 3-й подгруппе (14 семей, или 11,4%) - у меньшинства (половины и менее) членов семьи (рис. II).

В 1-й подгруппе частота респираторных заболеваний в год у детей составила $6,60 \pm 0,3$ (табл. 18) и достоверно не отличалась ($P > 0,5$) от таковой в 3-й подгруппе - $6,3 \pm 0,4$; дней болезни в год было соответственно $86,6 \pm 5,3$ и $62,9 \pm 6,8$ ($P < 0,05$), продолжительность каждого случая заболевания составила $13,2 \pm 0,7$ и $10,1 \pm 0,8$ дня ($P < 0,05$). Число дней нетрудоспособности их матерей по уходу в год на основании больничных листов было достоверно выше ($P < 0,05$) в 1-й подгруппе ($29,0 \pm 1,9$), чем во 2-й подгруппе ($21,4 \pm 3,3$), и несколько выше ($P > 0,5$) по сравнению с 3-й подгруппой ($22,8 \pm 8,6$). Число дней нетрудоспособности по медицинским справкам было значительно выше ($P < 0,05$) в 1-й подгруппе ($23,0 \pm 2,6$), чем в 3-й подгруппе ($8,2 \pm 2,8$).

Во II (контрольной) группе количество семей по вышеназванным трем подгруппам распределялось соответственно следующим образом: 7 (14,9%), 10 (21,3%) и 19 (40,4%). В II семьях (23,4%) хронические очаги инфекции не были выявлены ни у одного члена семьи. Таким образом, в группе часто болеющих детей не было ни одной семьи, члены которой были бы здоровы (рис. II).

Полученные нами данные диктовали необходимость проведения санитарных мероприятий, причем не только у самого часто болеющего ребенка, что является общепризнанным, но одновременно у всех членов семьи, нуждающихся в них. Подобный подход в литера-

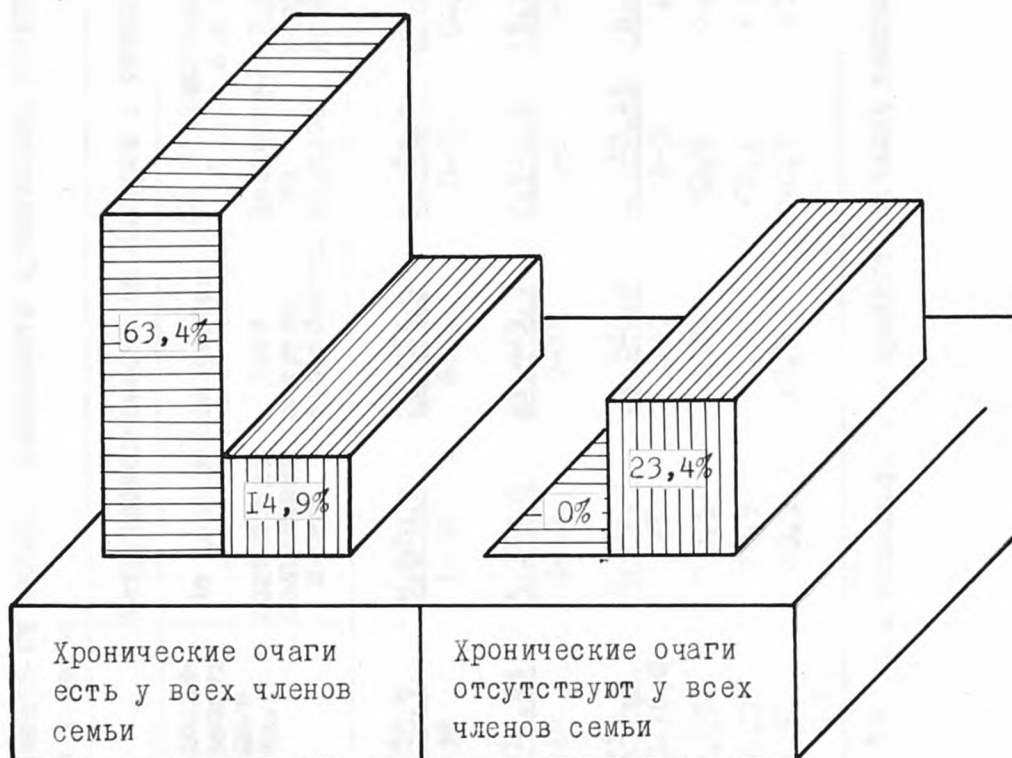


Рис. II. Распространенность хронических очагов инфекции в семьях часто и редко болеющих детей.



— семьи часто болеющих детей



— семьи редко болеющих детей

Таблица 18

Показатели заболеваемости часто болеющих детей и нетрудоспособности их матерей в связи с уходом за ними в зависимости от распространенности хронических очагов инфекции в семье

Подгруппы по частоте хронической очаговой инфекции в семье	Заболеваемость детей в течение года			Нетрудоспособность их матерей в течение года			
	Число рецидивов заболеваний	Число дней болезни	Продолжительность каждого случая	По больничным листам		По медицинским справкам	
				Количество больничных листов	Дней нетрудоспособности	Количество справок	Дней нетрудоспособности
1-я (n=78)	$\frac{6,6 \pm 0,3}{4-13}$	$\frac{86,6 \pm 5,3}{30-242}$	$\frac{13,2 \pm 0,7}{6-36}$	$\frac{5,0 \pm 0,3}{1-10}$	$\frac{29,0 \pm 1,9}{6-65}$	$\frac{3,4 \pm 0,3}{0-10}$	$\frac{23,0 \pm 2,6}{0-102}$
2-я (n=31)	$\frac{6,0 \pm 0,3}{4-12}$	$\frac{63,0 \pm 4,6}{35-112}$	$\frac{10,7 \pm 0,65}{6-19}$	$\frac{4,1 \pm 0,6}{1-10}$	$\frac{21,4 \pm 3,3}{5-53}$	$\frac{2,7 \pm 0,3}{1-5}$	$\frac{15,7 \pm 2,9}{1-50}$
3-я (n=14)	$\frac{6,3 \pm 0,4}{4-8}$	$\frac{62,9 \pm 6,8}{32-98}$	$\frac{10,1 \pm 0,8}{6,0-16,0}$	$\frac{4,0 \pm 1,3}{1-7}$	$\frac{22,8 \pm 8,6}{2-47}$	$\frac{2,0 \pm 0,45}{1-3}$	$\frac{8,2 \pm 2,8}{1-18}$
P _{I-2}	>0,5	<0,01	<0,05	>0,5	<0,05	>0,5	>0,5
P _{I-3}	>0,5	<0,1	<0,05	>0,5	>0,5	<0,1	<0,05
P ₂₋₃	>0,5	>0,5	>0,5	>0,5	>0,5	>0,5	<0,1

Примечание: в числителе дроби - $M \pm m$; в знаменателе - крайние значения величин в абсолютных цифрах.

туре нам не встретился.

3.4.2. Цитологическая картина содержимого лакун миндалин

Изучая мазки-отпечатки с миндалин, мы ставили следующие задачи: а) выявить различия в цитологической картине содержимого лакун миндалин у часто болеющих детей с хроническим тонзиллитом, с хроническим аденоидитом и их родителей с хроническим тонзиллитом; б) сравнить полученные данные с мазками-отпечатками здоровых миндалин у редко болеющих детей и их родителей; в) определить, какие изменения происходят в мазках-отпечатках на фоне консервативного лечения хронических очагов инфекции у часто болеющих детей и их родителей; г) посмотреть, нет ли характерных особенностей в мазках-отпечатках, взятых у членов одной семьи.

В этих целях нами было обследовано 62 семьи, в том числе 50 семей I группы и 12 семей II группы. С детских миндалин сделано 119, со взрослых - 115 мазков-отпечатков. Контингент обследованных представлен в таблице 19.

Содержание клеточных элементов в мазках-отпечатках у детей и взрослых в разные периоды обследования представлено в таблицах 20, 21, 22, 23, 24.

3.4.2.1. Цитологическая картина содержимого лакун- миндалин у редко болеющих детей со здоровой носоглоткой

Наиболее характерным в мазках-отпечатках у этих детей было повышенное (по сравнению с контрольной группой здоровых взрослых и группой часто болеющих детей с хроническим тонзиллитом) содержание лимфоидных клеток ($24,19 \pm 2,11$, $P < 0,001$)

Таблица 19

**Контингент обследованных на мазки-отпечатки
с миндалин**

Группы обследуемых	Количество мазков-отпечатков с миндалин			
	Периоды обследования			Всего
	До нача- ла реа- билита- ции	Непосредст- венно по окончании ак- тивного лече- ния	Контрольное обследование в период ремиссии	
Контрольная группа редко болеющих де- тей со здоровой носоглоткой	16	-	-	16
Часто болеющие де- ти с хроническим аденоидитом	33	14	13	60
Часто болеющие де- ти с хроническим тонзиллитом	17	14	12	43
Контрольная группа взрослых со здоро- вой носоглоткой	29	-	-	29
Взрослые с хрони- ческим тонзиллитом	60	14	12	86
И т о г о	155	42	37	234

/табл. 21/.

В мазке-отпечатке при микроскопии лимфоидные клетки были представлены на разных стадиях созревания: малые, средние и большие лимфоциты, лимфобласты. Их насчитывалось от 16% до 48% в мазке, от 2 до 10 клеток в каждом поле зрения; клетки с четким ядром, хорошо очерченным ободком цитоплазмы и присущей

Таблица 20

Содержание сегментоядерных нейтрофилов в мазках-отпечатках с миндалин у изучаемых групп в разные периоды обследования (в %)

Группы обследованных	Контрольная группа со здоровой носоглоткой		Хронический тонзиллит		Хронический аденоидит	Достоверность различий в группах
	дети	взрослые	дети	взрослые	дети	
Периоды обследования	1	2	3	4	5	
I До начала реабилитации $\bar{M} \pm m$	33,94 $\pm$ 3,65	35,80 $\pm$ 4,84	43,88 $\pm$ 5,85	43,42 $\pm$ 3,69	39,61 $\pm$ 3,60	$P_{1-2} > 0,5$ $P_{1-3} > 0,5$ $P_{1-5} > 0,5$
II	16	29	17	60	33	$P_{2-4} > 0,5$ $P_{3-4} > 0,5$ $P_{3-5} > 0,5$
II Непосредственно по окончании курса лечения $\bar{M} \pm m$	-	-	31,57 $\pm$ 8,61	28,31 $\pm$ 7,71	30,29 $\pm$ 7,90	$P_{1-3} > 0,5$ $P_{2-4} > 0,5$
III	-	-	14	14	14	$P_{1-5} > 0,5$
III Контрольное обследование в период ремиссии $\bar{M} \pm m$	-	-	50,0 $\pm$ 5,84	39,92 $\pm$ 8,12	38,69 $\pm$ 3,84	$P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-4} > 0,5$ $P_{1-5} > 0,5$
IV	-	-	12	12	13	
Достоверность различий P по периодам наблюдения	P_{I-II}		$> 0,5$	$< 0,1$	$> 0,5$	
			$> 0,5$	$> 0,5$	$> 0,5$	
	P_{II-III}		$> 0,1$	$> 0,5$	$< 0,1$	

Содержание лимфоидных клеток в мазках-отпечатках с миндалин
у изучаемых групп в разные периоды обследования (в %)

Таблица 21

Периоды обследования	Группы обследован- ных	Контрольная группа со здоровой носоглоткой		Хронический тонзиллит		Хронический аденоидит	Достовер- ность Р различий в группах
		дети	взрослые	дети	взрослые	дети	
		1	2	3	4	5	
I До начала реабили- тации	$\bar{x} \pm m$	$24,19 \pm 2,11$	$13,87 \pm 1,66$	$11,41 \pm 1,92$	$7,90 \pm 1,16$	$17,21 \pm 2,73$	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$ $P_{1-5} > 0,5$ $P_{2-4} < 0,01$ $P_{3-4} > 0,5$ $P_{3-5} > 0,5$
	n	16	29	17	60	33	
II Непосредственно по окончании курса ле- чения	$\bar{x} \pm m$	-	-	$21,14 \pm 4,87$	$7,77 \pm 2,86$	$21,11 \pm 3,67$	$P_{1-3} > 0,5$ $P_{2-4} < 0,05$ $P_{1-5} > 0,5$
	n	-	-	14	14	14	
III Контрольное обсле- дование в период ремиссии	$\bar{x} \pm m$	-	-	$19,0 \pm 3,95$	$11,73 \pm 2,94$	$21,23 \pm 3,44$	$P_{1-3} > 0,5$ $P_{2-4} > 0,5$ $P_{1-5} > 0,5$
	n	-	-	12	12	13	
Достоверность раз- личий Р по перио- дам наблюдения		P_{I-II}		$< 0,05$	$> 0,5$	$> 0,5$	
		P_{I-III}		$< 0,1$	$> 0,5$	$> 0,5$	
		P_{II-III}		$> 0,5$	$> 0,5$	$> 0,5$	

Содержание эпителиальных клеток в мазках-отпечатках с миндалин
у изучаемых групп в разные периоды обследования (в %)

Таблица 22

Периоды обследования	Группы обследован- ных	Контрольная группа со здоровой носоглот- кой		Хронический тонзиллит		Хронический аденоидит	Достоверность P различий в группах обследуемых
		дети 1	взрослые 2	дети 3	взрослые 4	дети 5	
I До начала реабили- тации	$\bar{M} \pm m$	40,94 $\pm$ 4,55	43,26 $\pm$ 5,53	42,47 $\pm$ 6,65	48,90 $\pm$ 4,90	40,57 $\pm$ 4,26	P ₁₋₂ > 0,5
	n	16	29	17	60	33	P ₁₋₃ > 0,5
							P ₁₋₅ > 0,5
							P ₂₋₄ > 0,5
							P ₃₋₄ > 0,5
II Непосредственно по окончании курса лечения	$\bar{M} \pm m$	-	-	43,86 $\pm$ 8,10	67,08 $\pm$ 9,23	42,30 $\pm$ 6,72	P ₁₋₃ > 0,5
	n	-	-	14	14	14	P ₂₋₄ < 0,05
							P ₁₋₅ > 0,5
III Контрольное обсле- дование в период ремиссии	$\bar{M} \pm m$	-	-	25,02 $\pm$ 2,30	47,92 $\pm$ 8,58	34,60 $\pm$ 5,11	P ₁₋₃ < 0,1
	n	-	-	12	12	13	P ₂₋₄ > 0,5
							P ₁₋₅ > 0,5
Достоверность разли- чий P по периодам обследования	P _{I-II}			> 0,5	< 0,1	> 0,5	
	P _{I-III}			< 0,1	> 0,5	> 0,5	
	P _{II-III}			< 0,05	> 0,5	< 0,05	

Таблица 23

Содержание плазматических клеток в мазках-отпечатках с миндалин
у изучаемых групп в разные периоды обследования (в %)

Периоды обследования	Группы обследован- ных	Контрольная группа со здоровой носоглоткой		Хронический тонзиллит		Хронический аденоидит	Достоверность P различий в группах
		дети	взрослые	дети	взрослые	дети	
		1	2	3	4	5	
I До начала реабилитации							$P_{1-2} > 0,5$
							$P_{1-3} > 0,5$
	$M \pm m$	$1,31 \pm 0,38$	$1,06 \pm 0,43$	$1,16 \pm 0,54$	$0,17 \pm 0,08$	$0,7 \pm 0,13$	$P_{1-5} < 0,1$
	n	16	29	17	60	33	$P_{2-4} < 0,05$
							$P_{3-4} < 0,01$
							$P_{3-5} > 0,5$
II Непосредственно по окончании курса лечения							$P_{1-3} > 0,5$
							$P_{2-4} > 0,5$
	$M \pm m$	-	-	$1,5 \pm 0,75$	$0,61 \pm 0,29$	$1,4 \pm 0,54$	$P_{1-5} > 0,5$
	n	-	-	14	14	14	
III Контрольное обследование в период ремиссии							$P_{1-3} > 0,5$
							$P_{2-4} > 0,5$
	$M \pm m$	-	-	$1,17 \pm 0,49$	$0,54 \pm 0,25$	$1,5 \pm 0,45$	$P_{1-5} > 0,5$
	n	-	-	12	12	13	
Достоверность различий P по периодам наблюдения	P_{I-II}			$> 0,5$	$< 0,01$	$> 0,5$	
	P_{I-III}			$> 0,5$	$> 0,01$	$< 0,05$	
	P_{II-III}			$> 0,5$	$> 0,5$	$> 0,5$	

Таблица 24

Содержание макрофагальных клеток в мазках-отпечатках с миндалин
у изучаемых групп в разные периоды обследования (в %)

Периоды обследования	Группы обследован- ных	Контрольная группа со здоровой носоглоткой		Хронический тон- зиллит		Хронический аденоидит	Достовер- ность P различий в группах
		дети	взрослые	дети	взрослые	д е т и	
		1	2	3	4	5	
I До начала реабили- тации	$M \pm m$	$1,33 \pm 0,49$	$1,0 \pm 0,43$	$1,18 \pm 0,6$	$1,36 \pm 0,29$	$1,41 \pm 0,45$	$P_{1-2} > 0,5$
	n	16	29	17	60	33	$P_{1-3} > 0,5$
							$P_{1-5} < 0,1$
							$P_{2-4} > 0,5$
							$P_{3-4} > 0,5$
							$P_{3-5} > 0,5$
II Непосредственно по окончании курса лечения	$M \pm m$	-	-	$1,87 \pm 0,44$	$1,0 \pm 0,82$	$1,78 \pm 0,32$	$P_{1-3} > 0,5$
	n	-	-	14	14	14	$P_{2-4} > 0,5$
							$P_{1-5} > 0,5$
III Контрольное обследо- вание в период ремиссии	$M \pm m$	-	-	$2,42 \pm 0,67$	$1,08 \pm 0,43$	$3,42 \pm 0,78$	$P_{1-3} > 0,5$
	n	-	-	12	12	13	$P_{2-4} > 0,5$
							$P_{1-5} < 0,05$
Достоверность раз- личий P по перио- дам наблюдения		P_{I-II}		$> 0,5$	$> 0,5$	$> 0,5$	
		P_{I-III}		$> 0,5$	$> 0,5$	$< 0,05$	
		P_{II-III}		$< 0,1$	$> 0,5$	$> 0,1$	

для них морфологической характеристикой. Данная картина вполне отражает физиологическую роль (участие в кроветворении) небных миндалин, как представителя лимфоидной системы организма и показывает, что в детских неизмененных миндалинах эта функция преобладает (по сравнению с патологически измененными и взрослыми миндалинами).

Сегментоядерные нейтрофилы определялись в количестве $33,94 \pm 3,65$ (табл. 20), от 15% до 60% в мазке и от 1 до 8 в каждом поле зрения. При микроскопии мазка клетки были преимущественно зрелыми без признаков дегенеративных изменений, с четкими ядрами и цитоплазмой, с сохраненной функцией фагоцитоза.

Содержание эпителиальных клеток в мазках-отпечатках было достаточно высоким ($40,94 \pm 4,55$) /табл. 22/. При микроскопии мазка они определялись от 1 до 8 в поле зрения, располагались равномерно, в разных мазках мы насчитывали их от 9 до 60%.

Кроме того, обнаруживали небольшое количество плазматических ($1,31 \pm 0,38$) клеток типа Унна и макрофагов ($1,33 \pm 0,49$) /табл. 23 и 24/.

Микрофлора преимущественно кокковая, в большинстве случаев была фагоцитирована и реже располагалась свободно между клетками. В 5 мазках из 16 определяли скудное количество бактерий (+-), в 6 - умеренное (+), в 3 - значительное (++).

3.4.2.2. Цитологическая картина содержимого лакун миндалин здоровых взрослых

Она была подобна таковой у детей за исключением некоторых особенностей. Отмечено достоверное уменьшение количества лимфоидных клеток ($13,67 \pm 1,66$, $P < 0,001$); в сегментоядерных

нейтрофилах чаще встречались дегенеративные изменения: карниоз, вакуолизация ядра и цитоплазмы. Это свидетельствовало о том, что с возрастом труднее найти миндалины, в которых не было бы признаков перенесенного воспаления, и в миндалинах, какущихся здоровыми, почти всегда можно обнаружить воспалительные изменения (в нашем исследовании в 34%). Чаще встречалось скопление эпителия в большие кучки (в 10 мазках из 29) и обильная микрофлора (в 10 мазках), в 1 мазке микрофлора сплошь покрывает все поля зрения (+++).

В качестве примера приводим мазки-отпечатки со здоровых миндалин редко болеющего ребенка и его практически здоровой матери.

1. Вадим Д., 5 лет, диагноз: практически здоров. Оториноларингологом патологических изменений в носоглотке не найдено.

Клеточная формула мазка-отпечатка: (ок 10, об. 90)

сегментоядерные нейтрофилы	лимфоидные клетки	эпителий	плазматические клетки
18%	48%	32%	2%

Описание мазка-отпечатка:

Сегментоядерные нейтрофилы 1-2 в поле зрения, морфологически не изменены, с функцией фагоцитоза. Лимфоидные клетки до 5-6 в поле зрения (зрелые лимфоциты, встречаются лимфобласты 0-1 в поле зрения). Эпителий 1-5 в поле зрения, равномерно распределен по мазку. Микрофлора кокковая, +).

2. М.В.Д., 25 лет, его мать. Диагноз: практически здорова. Оториноларингологом осмотрена, здорова.

Клеточная формула мазка-отпечатка:

сегментоядерные нейтрофилы	лимфоидные клетки	эпителий	плазматические клетки	макрофаги
39%	12%	46%	2%	1%

Описание мазка-отпечатка:

Сегментоядерные нейтрофилы до 5-7 в поле зрения, зрелые, без морфологических изменений, фагоцитоз выражен. Лимфоциты зрелые 0-1-2 в поле зрения. Эпителий скоплениями до 8-10 в поле зрения. Микрофлора смешанная с преобладанием кокковой (+).

3.4.2.3. Цитологическая картина содержимого лакун миндалин у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом

В мазках-отпечатках часто болеющих детей с хроническим аденоидитом, несмотря на отсутствие патологических изменений в небных миндалинах при фарингоскопии, при микроскопии нами было найдено некоторое (по сравнению с контрольной группой детей) увеличение сегментоядерных нейтрофилов ($39,6 \pm 3,6$ и $33,9 \pm 3,65$, $P > 0,5$), уменьшение лимфоидных клеток ($17,21 \pm 2,73$ и $24,19 \pm 2,11$, $P > 0,5$) и плазматических клеток ($0,7 \pm 0,13$ и $1,31 \pm 0,38$, $P < 0,1$).

Кроме того, в 13 из 33 мазков (39%) отмечали дегенеративные изменения клеток, в 1/3 мазков отсутствовал фагоцитоз. Микрофлора чаще обильная (39%) и сплошь (17%).

Таким образом, у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом, даже при отсутствии видимых изменений в небных миндалинах, отмечаются заметные нарушения их защитной функции. Приводим пример.

З. Оля Н., 2 г., диагноз: хронический аденоидит, вне обострения. Аденоиды II ст.

Клеточная формула мазка-отпечатка:

сегментоядерные нейтрофилы	лимфоидные клетки	эпителий	плазматичес- кие клетки	макро- фаги
19%	17%	63%	1%	0%

Описание мазка-отпечатка:

Сегментоядерные нейтрофилы – 2-3 в поле зрения, с признаками дегенеративных изменений (кариопикноз и вакуолизация ядра и цитоплазма), фагоцитоз отсутствует. Лимфоидные клетки 2-3 в поле зрения (зрелые, редко встречаются лимфобласты). Эпителий до 25 занимает почти все поле зрения. Микрофлора кокковая (++), располагается свободно между клеток.

3.4.2.4. Цитологическая картина содержимого лакуны миндалин при хроническом тонзиллите

При хроническом тонзиллите, как у детей, так и у взрослых патологические изменения в миндалинах усугублялись: несколько увеличивалось (по сравнению с контрольной группой) содержание сегментоядерных нейтрофилов ($43,88 \pm 5,85$ и $33,94 \pm 3,65$ у детей, $P > 0,5$; $43,42 \pm 3,69$ и $35,8 \pm 4,84$ у их родителей, $P > 0,5$). Наиболее ярко изменялась их морфологическая характеристика: в 50% детских и взрослых мазках-отпечатках преобладали процессы деградации в клетках от кариолиза, кариопикноза, вакуолизации ядра и цитоплазмы до полного цитолиза. Часто встречались клетки-микроциты. Более чем у 40% детей и взрослых с хроническим тонзиллитом в мазках отсутствовал фагоцитоз.

Достоверно было снижено количество лимфоидных клеток как у детей ($11,41 \pm 1,92$, $P < 0,001$), так и у взрослых ($7,9 \pm 1,16$, $P < 0,01$) по сравнению со здоровыми (соответственно $24,19 \pm 2,11$ и $13,87 \pm 1,66$).

У взрослых реже в мазках находили плазматические клетки ($0,17 \pm 0,08$ и $1,06 \pm 0,43$, $P < 0,05$).

Микрофлора в 45% детских мазков и 50% взрослых была

обильной (++) или сплошь (+++) покрывала поле зрения, свободно располагалась между клетками, чаще в виде кокков, реже была палочковидной.

Попадались такие мазки (5 - у детей и 8 у взрослых), в которых элементы крови были единичными, но было много плоского эпителия (до 99%), который располагался большими скоплениями или пластами в несколько слоев, закрывая все поле зрения. Подобные находки свидетельствовали о резко повышенной десквамации эпителиального покрова лакун, что создавало благоприятные условия для широкого внедрения инфекционного начала в ткань миндалин.

В качестве примера приводим мазки-отпечатки с миндалин девочки и ее отца, оба страдали хроническим тонзиллитом.

Аня Н., 6 лет. Диагноз: хронический тонзиллит, компенсированная форма, вне обострения.

Клеточная формула мазка-отпечатка:

сегментоядерные нейтрофилы	лимфоидные клетки	эпителий	плазматичес- кие клетки	макро- фаги
77%	9%	14%	0%	0%

Описание мазка-отпечатка:

Сегментоядерные нейтрофилы скоплениями до 10-15 в поле зрения, выражены дегенеративные изменения, есть цитолиз, кариолизис, много клеток - микроцитов. Фагоцитоз отсутствует. Лимфоидные клетки единичные в мазке; эпителий изредка в поле зрения, с дегенеративными изменениями (вакуолизация цитоплазмы). Микрофлора смешанная, с преобладанием кокковой (++), располагается свободно между клеток.

Н.М.Н., 29 лет. Диагноз: хронический декомпенсированный тонзиллит, вне обострения.

Клеточная формула мазка-отпечатка:

сегментоядерные нейтрофилы	лимфоидные клетки	эпителий	плазматичес- кие клетки	макро- фаги
1%	1%	98%	0%	0%

Описание мазка-отпечатка:

В мазке эпителий сплошь, располагается пластами в несколько слоев, с дегенеративными изменениями. Клетки крови отсутствуют. Микрофлора кокковая, скудная (+-).

Что касается сходства в мазках-отпечатках у членов одной семьи, то такового нами не было выявлено. Имеется субъективное сходство в микробном пейзаже при последовательном рассмотрении мазков-отпечатков членов одной семьи, но для того, чтобы это подтвердить, необходимы бактериологические посевы из зева и носа обследуемых. В нашем исследовании такие посевы не делались.

3.4.2.5. Динамика изменений в мазках-отпечатках с миндалин в семьях часто болеющих детей

Нами было проведено цитологическое исследование содержимого лакун миндалин в разные периоды наблюдения за больными:

1. Обследование до начала реабилитации.
2. Обследование непосредственно по окончании курса лечения.
3. Контрольное обследование в период ремиссии.

У всех обследуемых - детей с хроническим аденоидитом, детей и взрослых с хроническим тонзиллитом - на фоне проводимого консервативного лечения (санирующие мероприятия, гипосенсибилизирующая и витаминотерапия, адаптогены и биостимуляторы) хронических очагов инфекции носоглотки, наряду с клиническим улучшением (уменьшение миндалин в объеме, исчезновение патологического содержимого из лакун) происходило изменение соотно-

шения клеток в мазках-отпечатках (табл. 20-24).

В целом эти изменения были таковыми. Сразу после лечения, хотя с недостаточной степенью достоверности, но снижалось число сегментоядерных нейтрофилов с $43,88 \pm 5,85$ до $31,57 \pm 8,61$ у детей и с $43,42 \pm 3,69$ до $28,31 \pm 7,71$ у взрослых с хроническим тонзиллитом, с $39,61 \pm 3,60$ до $30,29 \pm 7,90$ у детей с хроническим аденоидитом. В период ремиссии число нейтрофилов повышалось до первоначальных цифр, а у детей с хроническим тонзиллитом - даже выше ($P < 0,05$) исходных показателей.

У детей число лимфоидных клеток к моменту окончания курса лечения несколько повышалось (у больных с хроническим тонзиллитом значительно - с $11,41 \pm 1,92$ до $21,14 \pm 4,87$, $P < 0,05$) и оставалось на таком же уровне продолжительное время, практически до нового курса лечения. У взрослых отмечено некоторое повышение ($P > 0,5$) лимфоцитов до $11,73 \pm 2,94$ по мере увеличения срока диспансерного наблюдения по сравнению с исходными данными ($7,9 \pm 1,16$) и результатами сразу после лечения ($7,77 \pm 2,86$).

Но ни в одном случае количество лимфоидных клеток не достигло показателей таковых у здоровых и всегда оставалось ниже контрольных результатов.

Количество эпителиальных клеток, хотя недостаточно достоверно, но повышалось сразу после лечения (санирующие мероприятия усиливают отторжение эпителия), особенно у взрослых (по-видимому это связано с более частым применением промывания лакун миндалин при хроническом тонзиллите в старшем возрасте); затем постепенно снижалось ниже исходного уровня и результатов в контрольной группе, особенно у детей с хроническим тонзиллитом ($P < 0,05$).

Число плазматических клеток в мазках-отпечатках несколько

увеличивалось к концу курса лечения, у взрослых это увеличение было достоверным ($P < 0,01$). При длительном наблюдении у детей с хроническим аденоидитом оно оставалось ($1,5 \pm 0,45$) выше исходных ($0,7 \pm 0,13$, $P < 0,05$) и контрольных показателей ($1,3 \pm 0,38$, $P > 0,5$). У детей с хроническим тонзиллитом возвращалось к исходным результатам. У взрослых с хроническим тонзиллитом сохранялось ($0,54 \pm 0,25$) выше исходных результатов ($0,17 \pm 0,08$, $P < 0,01$).

Число макрофагов у детей с хроническим аденоидитом на фоне лечения и по мере наблюдения прогрессивно увеличивалось с $1,41 \pm 0,45$ до $3,42 \pm 0,78$ ($P < 0,05$) и при последнем взятии мазков превышало контрольный уровень $1,33 \pm 0,49$ ($P < 0,05$). У детей с хроническим тонзиллитом мы наблюдали аналогичную картину, но результаты не были столь достоверно различны. У взрослых динамики в показателях макрофагов не отмечено.

На фоне лечения происходят морфофункциональные изменения в клетках в сторону уменьшения дегенеративных процессов, повышения фагоцитарной функции нейтрофилов. Уменьшается количество микрофлоры в мазках-отпечатках сразу после лечения, в некоторых мазках-отпечатках микрофлору мы не обнаруживали вовсе. Постепенно, со временем, микробный пейзаж восстанавливается.

Полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей (Анциферова-Сквирская А.А., 1962).

Клиническое наблюдение:

Ребенок Алла Р., 7 лет. Диагноз: хронический декомпенсированный тонзиллит (табл. 25).

Таким образом, проведенное нами исследование позволило заключить, что цитологическое исследование содержимого лакун миндалин можно использовать в качестве дополнительного метода

Таблица 25

Характеристика мазков-отпечатков с миндалин
в динамике наблюдения

Период	Клеточная формула (в %)					Описание
	нейт-рофи-лы	лим-фо-циты	эпи-те-лий	плаз-мати-ческие	мак-ро-фаги	
Первичное обследование до лечения	24	4	72	0	0	Нейтрофилы - 2-5 в поле зрения, дегенеративно изменены, фагоцитоз (-), эпителий пластами сплошь в полях зрения. Микрофлора кокковая (++)
Непосредственно после лечения	11	20	67	I	I	Нейтрофилы - 2-3 в поле зрения, много разрушенных клеток. Эпителий пластами и скоплениями до 20-25. Микрофлора практически отсутствует (-). Лимфоциты равномерно 3-4 в поле зрения. Эритроциты (+).
Эритроциты в мазке						
Через 3 месяца, длительная ремиссия	35	15	43	I	4	Нейтрофилы - до 5 в поле зрения, много клеток-микроцитов, ф (-). Лимфоциты - 0-2, зрелые, эпителий 2-3-5, равномерно в поле зрения. Микрофлора кокковая (+).
Эозинофилов - 2						

диагностики хронического тонзиллита у взрослых и детей, а также критерия эффективности проводимой санлирующей терапии. Из всех характеристик мазка-отпечатка наиболее показательно количество лимфоидных клеток, так как оно наиболее динамично у детей и взрослых, у здоровых и больных и всегда снижено при

хронических воспалительных заболеваниях носоглотки (хроническом тонзиллите). Большую информацию можно получить при изучении морфофункциональных характеристик клеток в мазках-отпечатках и функции фагоцитоза и достаточно достоверно по этим изменениям судить, есть или нет нарушение функции небных миндалин.

Метод прост в исполнении, доступен для проведения в поликлинике, во время приема больных оториноларингологом, не требует специальной аппаратуры, дефицитных красителей и дополнительного обучения лаборантов.

3.5. Взаимосвязь нарушений функции носового дыхания, хронических заболеваний ЛОР-органов и аномалий развития челюстей у часто болеющих детей

Правильное носовое дыхание играет важнейшую роль в профилактике респираторных заболеваний. Нарушение функции носового дыхания способствуют хронические заболевания ЛОР-органов, главным образом - аденоидиты (Буков В.А., Фельбербаум Р.А., 1980). Аденоидные вегетации являются механическим препятствием для тока воздуха, причиной изменения строения лицевого скелета и аномального развития челюстей ("аденоидный" тип лица). Формируется ротовой тип дыхания.

Состояние ЛОР-органов при аномалиях развития челюстей изучено недостаточно (Коликов С.И., 1969). Работ по изучению нарушений функции носового дыхания во взаимосвязи с хроническими заболеваниями ЛОР-органов и патологией челюстей у часто болеющих детей нам не встретилось вовсе.

С целью изучения данного вопроса дети и родители I и II групп были обследованы диссертантом совместно с оториноларингологом и ортодонтом.

В I группе обследовано 87 часто болеющих детей, 77 их матерей, 60 отцов, 20 братьев и сестер, болеющих редко.

Во II группе - 47 редко болеющих детей, 47 их матерей, 45 отцов. Всего было обследовано 363 человека.

Из 87 часто болеющих детей у 43 (49,4%) были выявлены самые разнообразные нарушения развития челюстей (табл. 26).

Таблица 26

Аномалии развития челюстей у часто
болеющих детей

Аномалии развития челюстей	п	%
Сужение челюстей: верхней	18	51,2
верхней и нижней	4	
Истинная диастема челюстей:		13,9
нижней	1	
верхней	2	
обеих	3	
Прогнатия	4	9,3
Бипрогнатия	1	2,3
Высокий свод неба	1	2,3
Различные нарушения формы прикуса	9	20,9
В с е г о	43	49,4

Таким образом, у детей I группы чаще всего диагностировали сужение челюстей (51,2%), истинную диастему (13,9%) и патологию прикуса (20,9%) в виде открытого (3 детей), глубокого (4 детей), прямого (1 ребенок) прикуса и протрузии (1 ребенок).

Из 87 часто болеющих детей у 75 (86,2%) были также диагностированы хронические заболевания ЛОР-органов: у 48 - аденоидит, у 8 - тонзиллит, у 19 - аденоидит и тонзиллит одно-

временно.

Из 48 детей с хроническим аденоидитом у 19 человек (39,6%) аномалий развития челюстей выявлено не было, при этом у 15 из них (78,9%) аденоидные вегетации были I-II степени и функция носового дыхания не была изменена, либо страдала незначительно.

У остальных 29 детей (60,4%) определялись те или иные аномалии развития челюстей, при этом у 19 из них (65,5%) аденоидные вегетации были II степени, у 5 (17,2%) - III степени и требовали оперативного лечения, значительно страдала функция носового дыхания, у 5 человек (17,2%) аденоиды были I-II степени.

Из 8 часто болеющих детей с хроническим тонзиллитом только у 2-х была выявлена патология строения челюстей, в то время, как среди 19 детей с наличием одновременно хронического тонзиллита и аденоидита - почти у половины (9 человек или 47%).

Таким образом, аномалии развития челюстей значительно чаще диагностировали у часто болеющих детей с хроническим аденоидитом и, как правило тогда, когда аденоидные вегетации увеличивались до II-III степени и наиболее страдала функция носового дыхания.

Из всех аномалий развития челюстей при хроническом аденоидите чаще всего наблюдали сужение челюстей (61%). С другой стороны, из 22 детей, у которых определяли сужение челюстей, у 21 ребенка диагностировали одновременно хронический аденоидит.

Мы также обратили внимание на тот факт, что аномалии развития челюстей по времени определялись позднее (в возрасте старше 2-3-х лет), чем диагностировались хронические заболева-

ния ЛОР-органов (на I-м и 2-м году жизни), что объяснили постепенным ростом аденоидов. У детей с хроническим аденоидитом в возрасте старше 3-х лет редко можно было одновременно не наблюдать аномалии развития челюстей и нарушенную функцию носового дыхания. Однако имеющихся у нас наблюдений недостаточно для того, чтобы выявленные различия можно было считать существенными ($P > 0,05$).

Аномалии развития челюстей были выявлены также у 15 (19,5%) матерей, 7 (11,7%) отцов и 2 (10%) братьев и сестер часто болеющих детей.

В семьях детей II группы данная патология встречалась достоверно ($P < 0,05$) реже: у 12 (25,5%) редко болеющих детей, у 3 (6,4%) их матерей и 1 (2,2%) отцов.

Таким образом, нарушение носового дыхания является следствием не только хронической очаговой инфекции носоглотки, преимущественно аденоидитов, но также имеющихся у определенного числа часто болеющих детей нарушений строения зубочелюстного аппарата и лицевого скелета, возникновение которых, как правило, связано с хроническими заболеваниями ЛОР-органов. Если оперативное лечение аденоидитов практически сразу устраняет механическую преграду на пути тока воздуха и облегчает носовое дыхание, то сформировавшиеся изменения лицевого скелета не проходят самостоятельно и в короткий срок, потому так часто врачам приходится наблюдать детей, у которых в течение многих месяцев после операции аденотомии сохраняется аденоидный тип лица и ротовое дыхание. Это снижает эффект от оперативного лечения аденоидитов. Необходимо более активное участие ортоднтов в послеоперационном лечении аденоидитов, более широкое применение корригирующей терапии и гимнастики, направленной на

формирование у ребенка правильного прикуса и носового дыхания. В комплексе это позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий в группе часто болеющих детей.

3.6. Иммуноглобулины сыворотки крови основных классов в семьях часто болеющих детей

Нами было проведено 493 исследования на иммуноглобулины сыворотки крови основных классов часто и редко болеющим детям и их родителям в разные периоды наблюдения. Контингент обследованных представлен в таблице 27.

Таблица 27

Контингент обследованных на иммуноглобулины сыворотки крови основных классов (в абсолютных цифрах)

Группы обследованных	Число обследованных	Этапы обследования			Всего
		До начала реабилитации	По окончании активного лечения	Контрольное обследование в период ремиссии	
Д е т и:					
Часто болеющие	129	52	52	233	
Контрольная группа редко болеющих	44	-	-	44	
Их родители:					
Родители часто болеющих детей	133	25	25	183	
Контрольная группа родителей редко болеющих детей	33	-	-	33	
И т о г о:		339	77	77	493

Всего было обследовано 129 часто болеющих детей, в том числе 49 (38%) - в период обострения, 80 (62%) - в период ремиссии и 133 их родителя.

В контрольную группу были включены 44 редко болеющих ребенка и 33 их родителя (табл. 28).

Таблица 28

Показатели иммуноглобулинов основных классов (в г/л)
в контрольной группе детей и родителей

Контингент обследованных	И м м у н о г л о б у л и н ы		
	А	М	Г
Редко болеющие дети (n=44)	$1,0 \pm 0,08$ 0,46-1,54	$1,04 \pm 0,06$ 0,62-1,46	$8,65 \pm 0,33$ 6,35-10,95
Их родители (n=33)	$2,05 \pm 0,1$ 1,46-2,64	$1,16 \pm 0,07$ 0,78-1,54	$8,6 \pm 0,5$ 5,7-11,5

Примечание: в числителе дроби - $M \pm m$;
в знаменателе - крайние значения величин.

3.6.1. Показатели иммуноглобулинов у часто болеющих детей

Первоначально мы разделили всех 129 часто болеющих детей по группам в зависимости от исходного уровня иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови, без учета клинического варианта течения заболевания (табл. 29).

В I-ю группу вошло 13 детей (10,1%) с показателями иммуноглобулинов, превышающими таковые в контрольной группе.

Во II-й группе у 51 ребенка (39,5%) иммуноглобулины были в пределах нормы.

В III-ю группу вошло 65 детей (50,4%) с различными вариантами иммунодефицитов. При этом 42 ребенка были с дефицитом по одному классу иммуноглобулинов (I-я подгруппа): 22 - с селективным дефицитом IgA , 5 - с дефицитом IgM , 15 - с дефицитом IgG . У 15 детей имел место дефицит одновременно по

Таблица 29

Показатели иммуноглобулинов основных классов (в г/л) у часто
болевших детей ($M \pm m$)

№ группы	№ под- группы	Уровень иммуноглобулинов	Число больных	И м м у н о г л о б у л и н ы		
				A	M	G
I		Высокий уровень иммуноглобулинов	13	1.98 ± 0.2	2.12 ± 0.2	12.9 ± 0.5
II		В пределах нормы	51	0.94 ± 0.05	0.97 ± 0.03	8.31 ± 0.2
III		Дефицит иммуноглобулинов:	65			
	I)	По одному из классов:	42			
		Дефицит IgA	22	0.3 ± 0.02		
		Дефицит IgM	5		0.49 ± 0.02	
		Дефицит IgG	15			4.27 ± 0.4
	2)	По двум классам:	15			
		Дефицит IgA и IgM	2	0.28 ± 0.1	0.42 ± 0.01	
		Дефицит IgA и IgG	6	0.35 ± 0.02		3.85 ± 0.6
		Дефицит IgM и IgG	7		0.51 ± 0.04	4.94 ± 0.4
	3)	По трем классам:	8	0.26 ± 0.03	0.37 ± 0.06	4.79 ± 0.5
Достоверность различий						
P I, II; P I, III; P II, III				< 0.001	< 0.001	< 0.001

двум классам иммуноглобулинов (2-я подгруппа): у 2 были снижены IgA и IgM, у 6 - IgA и IgG, у 7 - IgM и IgG. У 8 детей был дефицит одновременно по трем классам иммуноглобулинов (3-я подгруппа).

Нам показалось интересным выяснить, не зависели ли показатели заболеваемости часто болеющих детей от содержания у них иммуноглобулинов. Оказалось, что подобная зависимость имела (табл. 30).

По числу случаев заболеваний в течение года чаще болели дети III группы ($6,6 \pm 0,25$), чем I ($5,75 \pm 0,35$), $P < 0,05$. При этом оказалось, что особенно часто болели дети с дефицитом IgA ($7,1 \pm 0,4$), чем IgM ($5,5 \pm 0,97$) или IgG ($5,8 \pm 0,4$), $P < 0,05$, а также дети с дефицитом по двум классам ($6,93 \pm 0,3$) иммуноглобулинов, $P < 0,05$.

Наиболее показательная зависимость была получена при сопоставлении дней болезни в течение года.

Так, наименьшее количество дней болезни мы выявили среди детей I группы ($61,4 \pm 5,0$), что позволило нам считать их детьми с достаточно высоким уровнем иммунологической реактивности организма. По сравнению с ними у детей II группы количество дней болезни в течение года было более высоким ($79,5 \pm 5,75$), $P < 0,05$, но дольше всего болели дети III группы ($86,5 \pm 5,09$), $P < 0,05$.

Средняя продолжительность каждого случая заболевания также была наименьшей в I группе ($10,9 \pm 0,8$) и наибольшей - в группе детей с дефицитом иммуноглобулинов ($13,47 \pm 0,7$), $P < 0,05$.

Когда мы подошли к анализу полученных данных с учетом активности воспалительного процесса в бронхолегочной системе

Таблица 30

Показатели заболеваемости в группе часто болеющих детей в зависимости от содержания иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови

Содержание иммуноглобулинов	Показатели заболеваемости в течение года		
	Число респиратор- ных заболеваний	Число дней болезни	Продолжительность каждого случая заболе- вания
I Высокий уровень иммуноглобулинов (n=13)	$5,75 \pm 0,35$ 4 - 8	$61,4 \pm 5,0$ 42 - 100	$10,9 \pm 0,8$ 6 - 16
II В пределах нормы (n=51)	$6,5 \pm 0,3$ 4 - 12	$79,5 \pm 5,75$ 30 - 177	$11,75 \pm 0,3$ 6 - 22
III Дефицит иммуноглобу- линов (n=65)	$6,6 \pm 0,25$ 4 - 13	$86,5 \pm 5,09$ 30 - 242	$13,47 \pm 0,7$ 7 - 35
P I, III	< 0,05	< 0,05	< 0,05

Примечание: в числителе дроби - среднее значение показателя $M \pm m$;
в знаменателе - крайние значения величин в абсолютных
цифрах.

или носоглотке, оказалось, что из 49 детей, находящихся в периоде обострения, только у 6 (12,2%) показатели иммуноглобулинов оказались на достаточно высоком уровне. У 21 (43%) ребенка иммуноглобулины были в пределах нормы, у 13 (26,5%) - отмечалось снижение одного из классов, у 4 (8,1%) - одновременно двух и у 5 (10,2%) - одновременно трех классов иммуноглобулинов.

Анализ показателей иммуноглобулинов у 80 детей, находящихся в периоде ремиссии, показал, что у 31 (38,75%) ребенка иммуноглобулины были в пределах нормы, у 29 (36,25%) - определялся дефицит по одному классу, у 11 (13,75%) - по двум классам и у 3 (3,75%) - одновременно по трем классам иммуноглобулинов. У 6 (7,5%) ребят был высокий уровень иммуноглобулинов; этот факт мы объясняли тем, что накануне дети перенесли рецидив основного заболевания.

Нами также была изучена сравнительная характеристика основных иммуноглобулинов при различных вариантах течения заболевания (рецидивирующем обструктивном и необструктивном бронхитах, хронических заболеваниях ЛОР-органов) и в зависимости от их уровня в сыворотке крови (высокий, нормальный, дефицит) у часто болеющих детей (табл. 31).

Оказалось, что несмотря на некоторые отклонения в показателях иммуноглобулинов при различных клинических вариантах, достоверных различий между ними не было выявлено ($P > 0,5$). Кроме того, уровень иммуноглобулинов в период обострения не отличался от такового в период ремиссии ($P > 0,5$).

Обобщая результаты обследования на сывороточные иммуноглобулины основных классов у часто болеющих детей, можно сделать выводы:

Таблица 31

Характер распределения иммуноглобулинов основных классов в зависимости от их уровня при различных вариантах течения болезни у часто болеющих детей

Клинические варианты	Период заболевания	Уровень иммуноглобулинов			Всего
		Высокий	Нормальный	Снижен	
1. Рецидивирующий обструктивный бронхит (n=40)	обострение	$\frac{4}{22\%}$	$\frac{7}{39\%}$	$\frac{7}{39\%}$	18
	ремиссия	$\frac{3}{14\%}$	$\frac{9}{41\%}$	$\frac{10}{45\%}$	22
	P	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
2. Рецидивирующий необструктивный бронхит (n=39)	обострение	$\frac{1}{6\%}$	$\frac{9}{53\%}$	$\frac{7}{41\%}$	17
	ремиссия	$\frac{0}{0\%}$	$\frac{9}{41\%}$	$\frac{13}{59\%}$	22
	P	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
3. Хронические заболевания ЛОР-органов (n=50)	обострение	$\frac{1}{7\%}$	$\frac{5}{36\%}$	$\frac{8}{57\%}$	14
	ремиссия	$\frac{3}{8\%}$	$\frac{13}{36\%}$	$\frac{20}{56\%}$	36
	P	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
P _{1, 2}	обострение	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
	ремиссия	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
P _{1, 3}	обострение	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
	ремиссия	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
P _{2, 3}	обострение	> 0,5	> 0,5	> 0,5	
	ремиссия	> 0,5	> 0,5	> 0,5	

Примечание: а) в числителе дроби - число больных в абсолютных цифрах, в знаменателе - это же число в %; б) P - достоверность различий внутри клинических групп.

1. Среди часто болеющих детей различные дисиммуноглобулинемии наблюдались у каждого второго ребенка: 65 из 129 (50,4%) имели те или иные формы дефицита иммуноглобулинов. Причем наиболее частой формой был дефицит IgA (38 детей или 39,6%), селективный или в сочетании с дефицитом IgM и IgG . Вторым по частоте был дефицит IgG (36 детей или 37,5%).

В контрольной группе 44 редко болеющих детей дисиммуноглобулинемии мы выявили только у 11 человек (25%), что достоверно ниже ($P < 0,05$) по сравнению с часто болеющими детьми.

2. В то же время среди часто болеющих детей были дети с высокими (13 человек или 10,1%) и нормальными (51 ребенок или 39,5%) показатели иммуноглобулинов, что свидетельствует о возможной, но необязательной роли иммунодефицитов в генезе рецидивирующего респираторного синдрома в данной группе.

3. Часто болеющие дети с дефицитом иммуноглобулинов болеют чаще ($P < 0,05$) и дольше ($P < 0,05$) по сравнению с детьми с высоким уровнем иммунологической реактивности организма.

4. Показатели иммуноглобулинов в целом не зависят от клинического варианта течения заболевания ($P > 0,5$) и не изменяются существенно в период обострения по сравнению с не рецидивным периодом ($P > 0,5$).

3.6.2. Характеристика иммуноглобулинов у родителей часто болеющих детей

Мы проанализировали иммуноглобулины сыворотки крови основных классов у 133 родителей часто болеющих детей, также распределив их по группам в зависимости от содержания иммуноглобулинов (табл. 32).

Таблица 32

Показатели иммуноглобулинов основных классов (в г/л) у родителей
часто болеющих детей ($M \pm m$)

№	№ под- группы	Уровень иммуноглобулинов	Число больных	И м м у н о г л о б у л и н ы		
				A	M	G
I		Высокий уровень иммуноглобулинов	20	$2,82 \pm 0,04$	$2,06 \pm 0,26$	$13,2 \pm 0,3$
II		В пределах нормы	50	$2,06 \pm 0,04$	$1,07 \pm 0,04$	$8,56 \pm 0,21$
III		Дефицит иммуноглобулинов	63			
	1)	По одному из классов:	41			
		Дефицит IgA	18	$1,02 \pm 0,08$		
		Дефицит IgM	16		$0,59 \pm 0,03$	
		Дефицит IgG	7			$4,2 \pm 0,44$
	2)	По двум классам:	17			
		Дефицит IgA и IgM	9	$0,93 \pm 0,17$	$0,61 \pm 0,03$	
		Дефицит IgA и IgG	5	$1,04 \pm 0,14$		$4,12 \pm 0,41$
		Дефицит IgM и IgG	3		$0,53 \pm 0,09$	$4,0 \pm 0,53$
	3)	По трем классам:	5	$0,73 \pm 0,23$	$0,53 \pm 0,06$	$3,74 \pm 0,2$
		Достоверность различий				
		P I, II; P I, III; P II, III		$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$

В I-ю группу вошло 20 (15%) родителей с показателями иммуноглобулинов, превышающими таковые в контрольной группе.

Во II-ю группу включено 50 родителей (37%) с уровнем иммуноглобулинов в пределах нормы.

В III-й группе оказалось 63 родителя (47,4%) с различными вариантами иммунодефицитов. Так, у 41 из них (31%) был дефицит одного из классов иммуноглобулинов (I-я подгруппа): у 18 - селективный дефицит IgA , у 16 - дефицит IgM , у 7 - дефицит IgG . У 17 человек (13%) был дефицит одновременно двух классов иммуноглобулинов (2-я подгруппа): у 2 - дефицит IgA и IgM , у 5 - IgA и IgG , у 3 - IgM и IgG . У 5 родителей (4%) был выявлен дефицит одновременно по трем классам иммуноглобулинов (3-я подгруппа).

Таким образом, нами было показано, что дефицит иммуноглобулинов распространен также и среди родителей часто болеющих детей - у 63 (47,4%) из 133 человек. Как и у детей, у их родителей наиболее частой формой являлся дефицит IgA (37 человек или 41,1%), но вторым по частоте, в отличие от детей, был не дефицит IgG (20 человек или 22,2%), а дефицит IgM (33 человека или 36,7%).

Мы также установили, что дисиммуноглобулинемии были у 40 родителей (63,5%) с повторными ОРВИ, хроническими бронхитами, пневмониями, бронхиальной астмой и 23 человек (36,5%), болеющих редко ($P < 0,05$).

Кроме того, дисиммуноглобулинемии были у 44 родителей (70%) с хроническими заболеваниями носоглотки и 19 (30%) - без таковых ($P < 0,05$).

В контрольной группе родителей редко болеющих детей дисиммуноглобулинемии мы определяли только у 5 из 33 чело-

чек (15%) / $P < 0,05$ %, а у 6 человек (10%) был высокий уровень иммуноглобулинов.

3.6.3. Семейный анализ иммуноглобулинов

На иммуноглобулины сыворотки крови основных классов нам удалось полностью обследовать 55 семей часто болеющих детей, в которых проживало 155 человек (59 часто болеющих детей, 55 их матерей и 41 отец).

Из 55 семей различные дисиммуноглобулинемии были выявлены в 27 семьях: у 27 (45,8%) часто болеющих детей, 18 (66,7%) их матерей и 11 (55%) отцов.

В этих семьях мы попытались определить идентичность видов дефицита иммуноглобулинов у детей и их родителей (табл. 33).

Таблица 33

Идентичность видов дефицита иммуноглобулинов основных классов у родителей и часто болеющих детей с дисиммуноглобулинемиями (в абс.цифрах)

Вид дефицита иммуноглобулинов	Число детей и родителей с одинаковыми дефицитами иммуноглобулинов		
	дети	матери	отцы
Дефицит по одному классу:			
Дефицит IgA	8	3 из 8	2 из 7
Дефицит IgM	2	1 из 2	0 из 2
Дефицит IgG	7	0 из 7	2 из 5
Дефицит по двум классам	7	1 из 7	1 из 6
Дефицит по трем классам	3	1 из 3	отцов нет
В с е г о	27	6 из 27	5 из 20
%	-	22%	25%

Дисперсионный анализ по Фишеру не позволил сделать заключение о том, что выявленная при семейном анализе идентичность дисиммуноглобулинемий у некоторых родителей и их часто болеющих детей является достоверной.

Дефицит иммуноглобулинов у родителей не всегда приводит к формированию точно такого дефицита иммуноглобулинов у их детей.

Тогда мы тщательно проанализировали в вышеуказанных семьях виды дефицита иммуноглобулинов у 27 часто болеющих детей и их родителей независимо от идентичности дисиммуноглобулинемий (рис. 12). Нас интересовало любое сходство в содержании иммуноглобулинов у пробанда и одного или одновременно обоих его родителей. Таких семей из 27 было выделено 16.

В трех обследованных нами полных семьях идентичный хотя бы по одному классу дефицит иммуноглобулинов был у всех членов семьи: в двух семьях дефицит IgA отмечался у часто болеющего ребенка, его матери и отца, в третьей - у такого же количества членов семьи - дефицит IgM . Из пяти неполных семей, где матери одни воспитывали детей, в первых двух семьях у часто болеющего ребенка и матери определялся дефицит IgA , в третьей - дефицит одновременно IgA и IgG , в четвертой - дефицит одновременно трех классов иммуноглобулинов, в пятой - дефицит IgG у часто болеющего ребенка, его старшей сестры и матери. Кроме того, нами было выделено 8 полных семей, в которых идентичные дисиммуноглобулинемии диагностировали у пробанда и одного из родителей.

Анализируя полученные данные, все же можно сделать вывод, что в некоторых семьях дисиммуноглобулинемия носила семейный характер, что могло свидетельствовать о генетически

№ п/п	Пробанд	Мать	Отец	№ п/п	Пробанд	мать	отец
I	↓ A	↓ M	↓ A, M	16	↓ y	N	N
2	↓ A	↓ A, y	↓ A, y	17	↓ y	N	↓ y
3	↓ A	N	N	18	↓ A, M	N	↓ M
4	↓ A	↓ A	N	19	↓ A, y	↓ A, M, y	↓ A
5	↓ A	↓ A		20	↓ A, y	N	↓ M
6	↓ A	N	N	21	↓ M, y	↓ A, y	
7	↓ A	↓ y	↓ M	22	↓ M, y	↓ M	↓ M, y
8	↓ A	↓ y	N	23	↓ M, y	↓ y	↓ M
9	↓ M	↓ A, M	N	24	↓ M, y	↓ M	N
10	↓ M	↓ A	↓ y	25	↓ A, M, y	↓ A	
11	↓ y	↓ A		26	↓ A, M, y	↓ A, M, y	
12	↓ y	N	N	27	↓ A, M, y	↓ A, y	
13	↓ y	N	↓ A, y				
14	↓ y	N					
15	↓ y	↓ M	N				

Рис. 12. Виды дисиммуноглобулинемий в семьях часто
болевших детей с дефицитом иммуноглобулинов

↓ - дефицит иммуноглобулинов A, M, y

обусловленных формах иммунодефицита у небольшого числа часто болеющих детей.

Мы также изучали иммуноглобулины в семьях, где проживали курящие отцы и в семьях, где не курили (табл. 34).

Таблица 34

Содержание иммуноглобулинов основных классов (в г/л) в семьях часто болеющих детей в зависимости от наличия курящих в семье ($M \pm m$)

Члены семьи	Число наблюдений	Иммуноглобулины		
		A	M	G
Часто болеющие дети:				
а) из семей курильщиков	87	$0,84 \pm 0,06$	$0,9 \pm 0,04$	$7,43 \pm 0,26$
б) из семей, где не курят	33	$0,95 \pm 0,09$ $P > 0,5$	$0,94 \pm 0,07$ $P > 0,5$	$6,7 \pm 0,5$ $P > 0,5$
Матери часто болеющих детей:				
а) из семей курильщиков	68	$1,68 \pm 0,08$	$1,0 \pm 0,04$	$8,75 \pm 0,9$
б) из семей, где не курят	24	$1,55 \pm 0,14$ $P > 0,5$	$1,05 \pm 0,09$ $P > 0,5$	$7,89 \pm 0,7$ $P > 0,5$
Отцы часто болеющих детей:				
а) курят	35	$1,85 \pm 0,11$	$0,85 \pm 0,05$	$7,19 \pm 0,4$
б) не курят	6	$1,97 \pm 0,3$ $P > 0,5$	$0,93 \pm 0,11$ $P > 0,5$	$7,52 \pm 0,68$ $P > 0,5$

Нами было получено, что у детей - пассивных курильщиков несколько снижены IgA и повышены IgG, как и у их матерей - пассивных курильщиц по сравнению с детьми и матерями из семей, где не курят. У курящих отцов изменения иммуно-

глобулинов были выражены еще в большей степени: отмечалось снижение всех трех классов по сравнению с иммуноглобулинами некурящих отцов.

Несмотря на то, что статистически достоверных различий по содержанию иммуноглобулинов в зависимости от курения не было получено, на эти результаты следует обратить внимание, так как курение может являться одной из причин, приводящих к нарушениям в иммунной системе.

3.6.4. Динамика показателей сывороточных иммуноглобулинов основных классов в семьях часто болеющих детей в процессе реабилитации

Динамику показателей иммуноглобулинов у часто болеющих детей и их родителей мы изучали в зависимости от исходных уровней иммуноглобулинов до начала реабилитации (I этап обследования). Повторные исследования проводили по окончании активного лечения (II этап) и в период ремиссии (III этап).

У часто болеющих детей удалось проследить динамику у 4-х человек с исходным высоким, у 21 ребенка с исходным нормальным уровнем и 27 детей - с исходным дефицитом иммуноглобулинов основных классов (всего 52 человека).

Число обследованных в динамике родителей было соответственно 6, 7 и 12 человек (всего 25).

Оказалось, что у детей с исходными высокими показателями иммуноглобулинов на фоне реабилитационных мероприятий к III этапу обследования происходило снижение уровня IgA (2 человека) с $1,98 \pm 0,2$ г/л до $1,65 \pm 0,01$ г/л ($P < 0,05$), в то время, как IgM (2 человека) и IgG (3 человека) практически не менялись (соответственно $2,12 \pm 0,2$ г/л и $1,95 \pm 0,4$ г/л, $P > 0,5$; $12,9 \pm 0,5$ г/л и $12,9 \pm 0,4$ г/л).

$P > 0,5$). У их родителей отмечалось снижение уровня IgG (5 человек) с $13,2 \pm 0,3$ г/л до $10,2 \pm 1,3$ г/л, $P < 0,05$; в динамике не менялись ($2,82 \pm 0,04$ г/л и $2,8 \pm 0,05$ г/л, $P > 0,5$); динамику IgM не удалось проследить ни у одного человека (рис. 13).

У детей с нормальными показателями иммуноглобулинов (21 человек) на фоне лечения к III этапу мы отмечали повышение IgA с $0,94 \pm 0,05$ г/л до $1,24 \pm 0,1$ г/л ($P < 0,02$) и IgG с $8,3 \pm 0,2$ г/л до $11,86 \pm 1,1$ г/л ($P < 0,001$); IgM были более стабильными и практически не менялись ($0,97 \pm 0,03$ г/л и $0,93 \pm 0,09$ г/л, $P > 0,5$). Аналогичные изменения были выявлены у их родителей (7 человек): уровень IgA повышался с $2,06 \pm 0,04$ г/л до $2,36 \pm 0,1$ г/л ($P < 0,02$); IgG - с $8,56 \pm 0,21$ г/л до $10,3 \pm 1,2$ г/л ($P > 0,1$); динамика IgM была недостоверной ($1,07 \pm 0,04$ г/л и $1,16 \pm 0,3$ г/л, $P > 0,5$) /рис. 14/.

Наибольший интерес представляли часто болеющие дети (27 человек) и родители с исходными иммунодефицитами (12 человек).

Среди обследованных было 5 детей и один взрослый с исходным дефицитом одновременно по трем классам, 6 детей и 4 взрослых с дефицитом по двум классам и 16 детей и 7 взрослых с дефицитом по одному классу иммуноглобулинов.

У 11 детей (40,7%) и 3 взрослых (25%) к III этапу реабилитации иммуноглобулины повысились до нормальных показателей, а у 16 детей (59,3%) и 9 взрослых (75%) положительной динамики не было.

Анализируя более детально (рис. 15), можно сделать вывод, что среди 14 детей с дефицитом IgA ($0,3 \pm 0,02$ г/л), 12 - с дефицитом IgM ($0,49 \pm 0,02$ г/л), 17 - с дефицитом

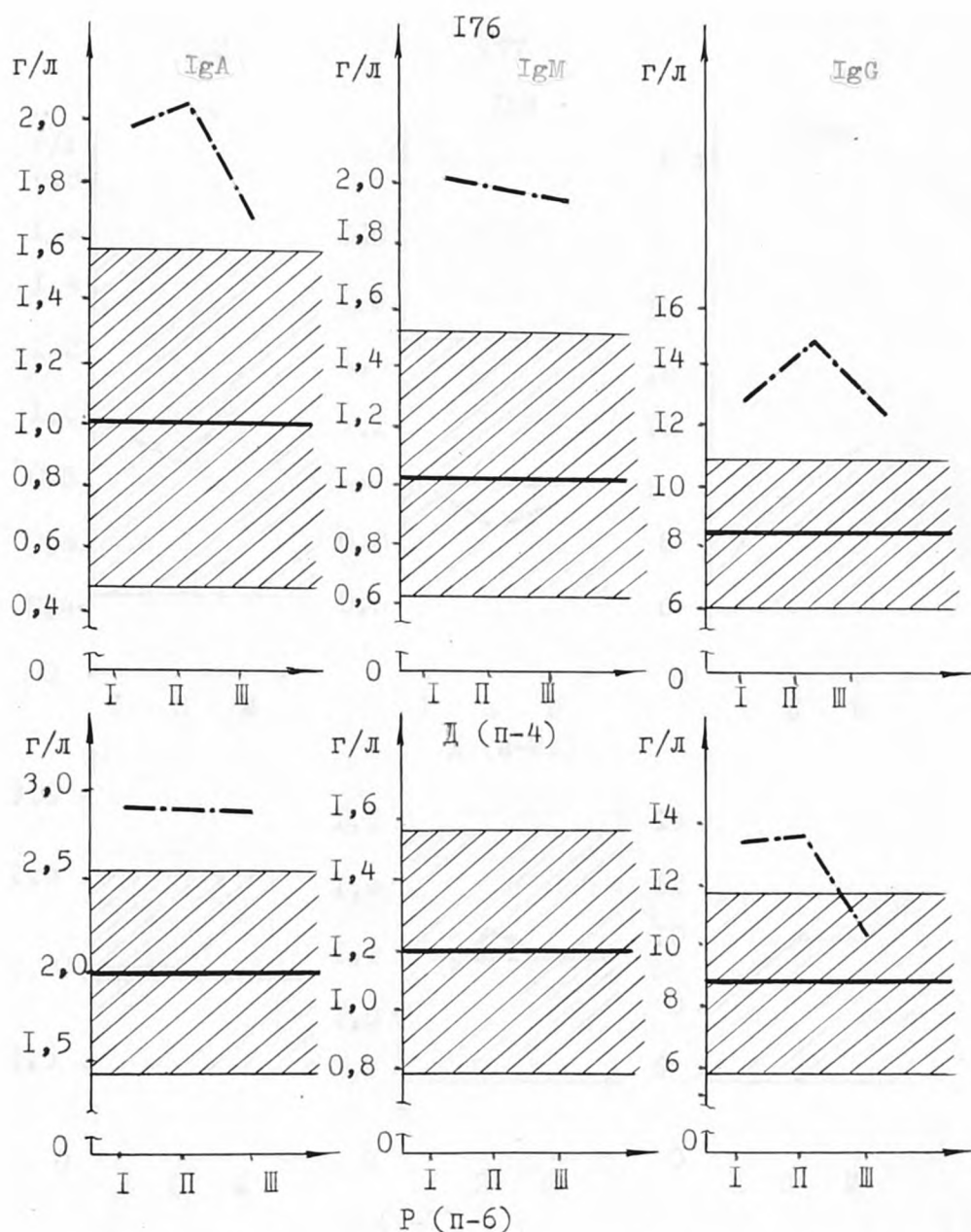


Рис. 13. Динамика иммуноглобулинов основных классов в процессе реабилитации у часто болеющих детей (Д) и их родителей (Р) с исходным высоким уровнем иммуноглобулинов. Здесь и в рисунках 14, 15: I - до начала реабилитации; II - по окончании активного лечения; III - контрольное обследование в период ремиссии; // — — — — — средние ($M \pm m$) и крайние (± 6) значения показателей иммуноглобулинов у детей и взрослых контрольной группы; - - - - - показатели иммуноглобулинов у часто болеющих детей и их родителей.

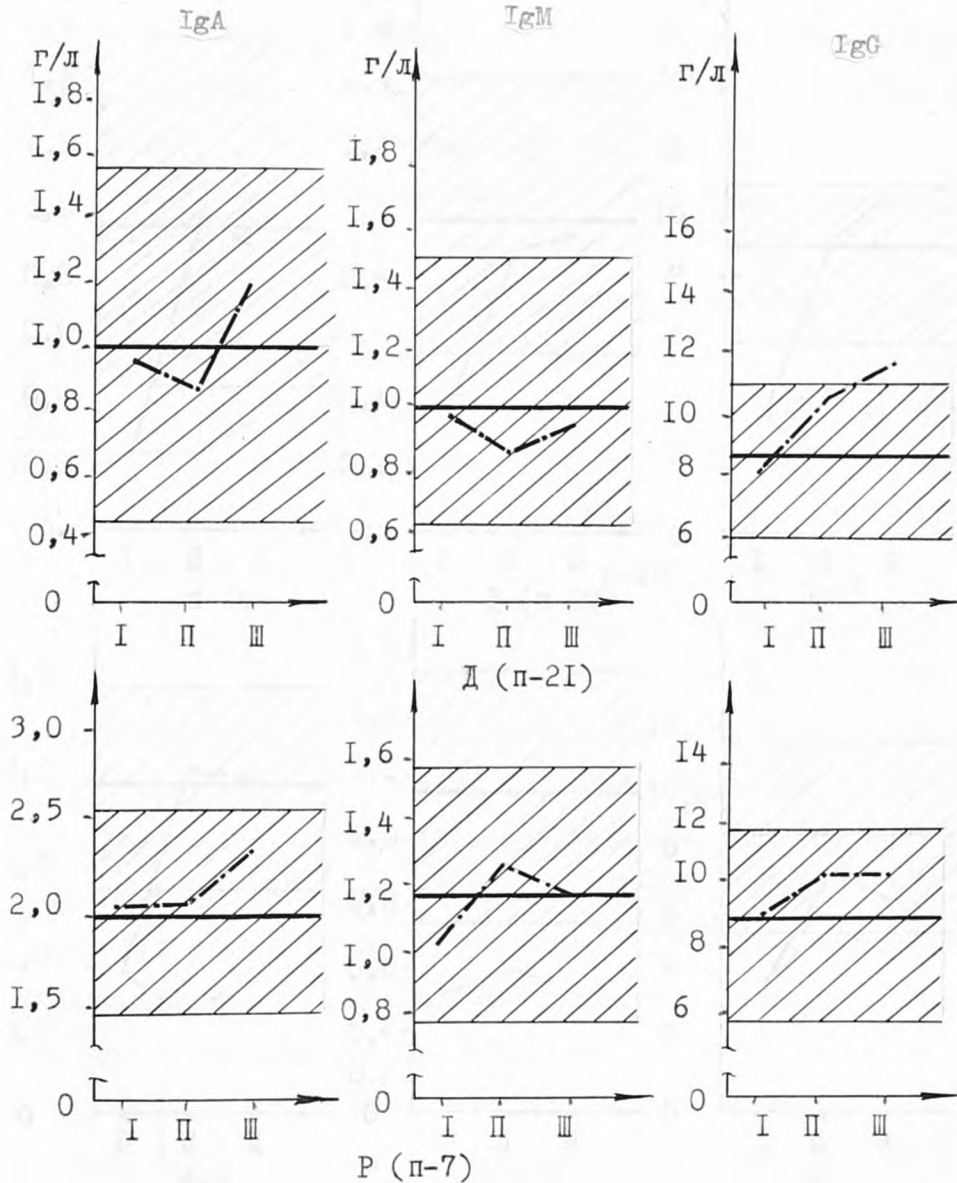


Рис. 14. Динамика иммуноглобулинов основных классов в процессе реабилитации у часто болеющих детей (Д) и родителей (Р) с исходным нормальным уровнем иммуноглобулинов.

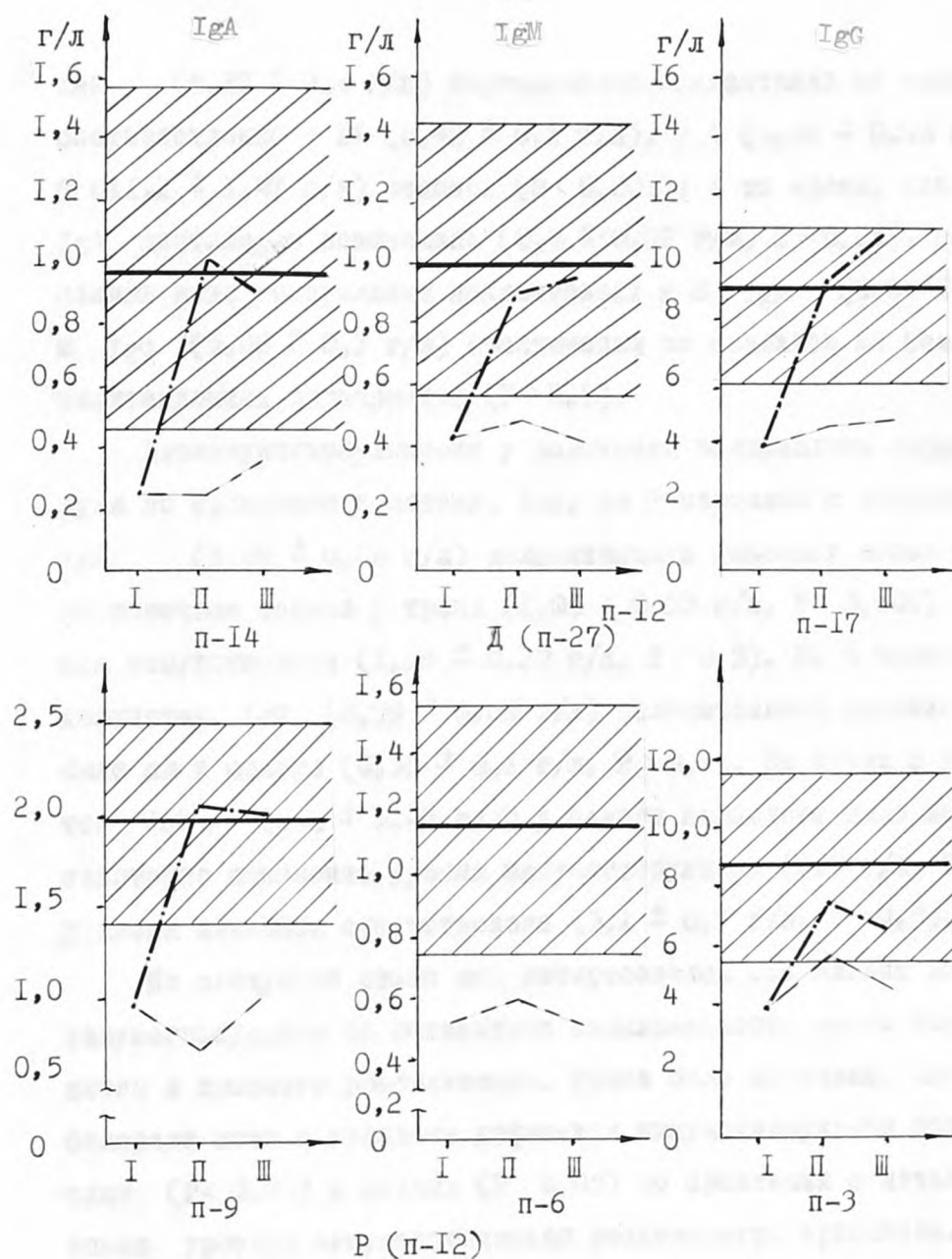


Рис.15. Динамика иммуноглобулинов основных классов в процессе реабилитации у часто болеющих детей (Д) и родителей (Р) с исходным дефицитом иммуноглобулинов

— — — — — положительная динамика иммуноглобулинов;
 — — — — — отсутствие положительной динамики.

IgG ($4,27 \pm 0,4$ г/л) нормализацию показателей мы наблюдали соответственно у II ($0,92 \pm 0,1$ г/л), у 4 ($0,99 \pm 0,08$ г/л) и 9 ($11,2 \pm 1,47$ г/л) человек ($P < 0,001$); в то время, как у 3 IgA достоверно повышались ($0,4 \pm 0,02$ г/л, $P < 0,05$), но оставались ниже контрольных показателей; у 8 IgM ($0,44 \pm 0,04$ г/л) и IgG ($5,06 \pm 0,3$ г/л) практически не менялись на фоне реабилитационных мероприятий ($P > 0,5$).

Дисиммуноглобулинемии у родителей поддавались коррекции хуже по сравнению с детьми. Так, из 9 взрослых с дефицитом IgA ($1,02 \pm 0,08$ г/л) положительную динамику показателей мы отмечали только у троих ($2,05 \pm 0,05$ г/л, $P < 0,001$), у 6 она отсутствовала ($1,29 \pm 0,22$ г/л, $P > 0,5$). Из 6 человек с дефицитом IgM ($0,59 \pm 0,03$ г/л) положительной динамики не было ни у одного ($0,55 \pm 0,1$ г/л, $P > 0,5$). Из троих с дефицитом IgG ($4,2 \pm 0,44$ г/л) у одного взрослого было выявлено некоторое повышение уровня иммуноглобулинов ($6,5$ г/л, $P > 0,5$), у двоих динамика отсутствовала ($5,1 \pm 0,7$ г/л, $P > 0,5$).

На следующем этапе нас интересовало, как влияет динамика иммуноглобулинов на показатели заболеваемости часто болеющих детей в процессе реабилитации. Ранее было показано, что часто болеющие дети с исходным дефицитом иммуноглобулинов болеют чаще ($P < 0,05$) и дольше ($P < 0,05$) по сравнению с детьми с высоким уровнем иммунологической реактивности организма.

Мы проанализировали показатели заболеваемости спустя 1 год от начала реабилитационных мероприятий у детей с исходным а) нормальным уровнем иммуноглобулинов (п-18); б) дефицитом иммуноглобулинов и последующей их нормализацией (п-9); в) дефицитом иммуноглобулинов и отсутствием положительной динамики после лечения (п-13). Оказалось, что у детей с нормальным ис-

ходным уровнем иммуноглобулинов число респираторных заболеваний спустя один год от начала реабилитационных мероприятий уменьшилось до $2,33 \pm 0,3$; число дней болезни — до $21,8 \pm 3,7$; средняя продолжительность каждого случая заболевания — до $8,4 \pm 1,3$; 16 детей из 18 (89%) перешло из группы часто болеющих в болеющие редко. У детей с исходным дефицитом иммуноглобулинов и последующей их нормализацией показатели заболеваемости изменялись хуже по сравнению с первыми: соответственно до $3,1 \pm 0,6$, $38,9 \pm 10,0$ и $10,5 \pm 1,6$ ($P > 0,5$); 7 детей из 9 (78%) перешли из группы часто болеющих в болеющие редко. Аналогичные результаты были получены у детей с исходным дефицитом иммуноглобулинов и отсутствием положительной динамики после лечения: соответственно $3,2 \pm 0,4$; $33,7 \pm 7,4$ и $9,4 \pm 0,8$ ($P > 0,5$); только 6 детей из 13 (46%) перешли из группы часто болеющих в болеющие редко.

Подводя итоги вышесказанному, можно заключить:

1. Среди общего числа часто болеющих детей (52) и их родителей (25) выделялись больные с исходным дефицитом IgA (3 ребенка или 5,8%; 6 взрослых или 24%), дефицитом IgM (соответственно 8 или 15,4%; 6 или 24%); дефицитом IgG (8 или 15,4%; 2 или 4%), который не поддавался коррекции в процессе реабилитации.

2. Среди детей с исходным дефицитом иммуноглобулинов наилучшая положительная динамика была достигнута в отношении IgA — у 11 человек из 14 (79%); значительно хуже нормализовались показатели IgM — 4 человека из 12 (33,3%) и IgG — 9 человек из 17 (53%).

У родителей эти соотношения были еще более значительными: только у 3-х взрослых из 9 (33,3%) была достигнута положитель-

ная динамика в отношении IgA ; у одного из 3-х (33,3%) - в отношении IgG ; что касается IgM , то исходный дефицит после лечения сохранялся у всех 6 обследованных.

3. Наилучшие результаты от проводимых реабилитационных мероприятий были достигнуты у детей с нормальными исходными показателями иммуноглобулинов, в то время как у детей с исходным дефицитом иммуноглобулинов показатели заболеваемости хотя и снижались, но в меньшей степени.

3.7. Функциональная активность нейтрофильных лейкоцитов по данным НСТ-теста в семьях часто болеющих детей

Нами было проведено 230 исследований на НСТ-тест часто и редко болеющим детям и их родителям в разные периоды наблюдения. Контингент обследованных представлен в таблице 35.

Таблица 35

Контингент обследованных на НСТ-тест
(в абсолютных цифрах)

Группы обследованных	Число обследован- ных	Этапы обследования			Всего
		До начала реабилитации	По оконча- нии актив- ного ле- чения	Контрольное обследование в период ре- миссии	
Д е т и:					
Часто болеющие		81	30	30	141
Контрольная группа редко болеющих		17	-	-	17
Их родители:					
Родители часто болеющих детей		25	15	15	55
Контрольная группа родителей редко болеющих детей		17	-	-	17
В с е г о		140	45	45	230

Всего был обследован 81 часто болеющий ребенок, в том числе 14 (17%) детей в период обострения, 67 (83%) - в период ремиссии и 25 их родителей.

В контрольную группу были включены 17 редко болеющих детей и 17 здоровых взрослых.

Показатели НСТ-теста у часто болеющих детей мы изучали в зависимости от активности воспалительного процесса в бронхо-легочной системе или носоглотке. Подобный подход был связан с небольшим числом детей, находящихся в периоде обострения заболевания, что не позволяло сравнить функциональную активность нейтрофилов при различных вариантах течения болезни (рецидивирующий обструктивный и необструктивный бронхит, хронические заболевания ЛОР-органов).

Обследование показало (табл. 36), что реакция спонтанного ($10,8 \pm 2,9$) и стимулированного ($36,8 \pm 5,9$) НСТ-теста у часто болеющих детей с обострением заболевания достоверно не отличалась ($P > 0,5$) от таковой в контрольной группе (соответственно $12,2 \pm 2,1$ и $29,6 \pm 2,2$).

В период ремиссии происходило достоверное повышение показателей спонтанного НСТ-теста ($26,3 \pm 1,85$) по сравнению с периодом обострения ($P < 0,001$) и показателями в контрольной группе ($P < 0,001$); и показателей стимулированного НСТ-теста ($41,7 \pm 2,0$), недостаточно достоверное ($P > 0,5$) по сравнению с периодом обострения и значительное ($P < 0,001$) по сравнению с контролем.

Анализируя эти результаты более углубленно, следует отметить, что из 14 часто болеющих детей в периоде обострения у троих показатели спонтанного НСТ-теста были резко снижены (0-1%), у одного - резко повышены (50%), у остальных - сохра-

Таблица 36

Показатели НСТ-теста (в %) у часто и редко болеющих детей и их родителей

Группы обследованных	Подгруппы	Н С Т - т е с т	
		спонтанный	стимулированный
Д е т и:			
Часто болеющие -			
период обострения (п-14)	1	$10,8 \pm 2,9$	$36,8 \pm 5,9$
период ремиссии (п-67)	2	$26,3 \pm 1,85$	$41,7 \pm 2,0$
Редко болеющие (п-17)	3	$12,2 \pm 2,1$	$29,6 \pm 2,2$
		3 - 21	23 - 39
	$P_{1, 2}$	$< 0,001$	$> 0,5$
	$P_{1, 3}$	$> 0,5$	$> 0,5$
	$P_{2, 3}$	$< 0,001$	$< 0,001$
Родители:			
Часто болеющих детей (п-25)	4	$9,9 \pm 1,8$	$30,8 \pm 3,7$
Редко болеющих детей (п-17)	5	$12,4 \pm 2,7$	$26,9 \pm 2,6$
		2 - 22	16 - 38
	$P_{1, 4}$	$> 0,5$	$> 0,5$
	$P_{3, 5}$	$> 0,5$	$> 0,5$
	$P_{4, 5}$	$> 0,5$	$> 0,5$

Примечание: в числителе дроби - $M \pm m$; в знаменателе - крайние значения величин ($\pm \sigma$).

нялись в пределах нормы. Стимулированный НСТ-тест был резко снижен (2-8%) у тех же троих детей с дефицитом и у одного ребенка с нормой спонтанной реакции, резко повышен (43%-50%-83%) у 8 детей и нормальный - только у двоих обследованных.

В периоде ремиссии из 67 детей у 37 (55%), то есть у каждого второго ребенка, показатели спонтанного НСТ-теста были значительно выше, у остальных - в пределах контрольных результатов. Стимулированный НСТ-тест был повышенным также у большинства детей - 39 человек (58%), у 7 (10%) - отмечалось его значительное снижение.

Что касается родителей часто болеющих детей, то показатели спонтанного ($9,9 \pm 1,8$) и стимулированного ($30,8 \pm 3,7$) НСТ-теста у них не отличались ($P > 0,5$) от таковых в контрольной группе (соответственно $12,4 \pm 2,7$ и $26,9 \pm 2,6$).

Мы также изучали зависимость интенсивности восстановления НСТ от содержания IgA и IgM в сыворотке крови (повышено, в пределах нормы, дефицит иммуноглобулинов) у часто болеющих детей (табл. 37).

Анализ показал, что у детей с повышенным уровнем и IgM спонтанная редукция НСТ была достоверно ($P < 0,05$) увеличена ($25,0 \pm 3,0$) по сравнению с контрольными показателями ($12,2 \pm 2,1$) и показателями в группе иммунодефицитных по IgA и IgM ($12,9 \pm 3,6$) часто болеющих детей. По отношению к стимулированной редукции НСТ подобной зависимости не было выявлено, так как у всех детей, независимо от уровня IgA и IgM в сыворотке крови, показатели стимулированного НСТ-теста значительно превышали ($P < 0,05$) таковые в контрольной группе ($29,6 \pm 2,2$).

Таблица 37

Показатели НСТ-теста (в %) в зависимости от исходного уровня иммуноглобулинов А и М сыворотки крови у часто болеющих детей

Уровень иммуноглобулинов	Н С Т - т е с т	
	спонтанный	стимулированный
1. Повышен (п-13)	$\frac{25,0 \pm 3,0}{18 - 49}$	$\frac{41,3 \pm 2,3}{18 - 54}$
2. В пределах нормы (п-18)	$\frac{19,2 \pm 4,1}{3 - 55}$	$\frac{40,8 \pm 4,4}{5 - 67}$
3. Дефицит	$\frac{12,9 \pm 3,6}{1 - 27}$	$\frac{39,25 \pm 10,5}{5 - 83}$
$P_{1, 2}$	> 0,5	> 0,5
$P_{1, 3}$	< 0,05	> 0,5
$P_{2, 3}$	> 0,5	> 0,5

Примечание: в числителе дроби - $M \pm m$;
в знаменателе крайние значения величины
в абсолютных цифрах.

В нашем исследовании величина спонтанного НСТ-теста у часто болеющих детей зависела также от содержания у них лейкоцитов в крови: была установлена сильная прямая связь между лейкопенией и пониженной редукцией НСТ в нейтрофилах (коэффициент корреляции 0,81 , $P < 0,001$); между лейкоцитозом и повышенной редукцией НСТ (коэффициент корреляции 0,91 , $P < 0,05$). Кроме того, мы отмечали наличие сильной прямой связи между повышенным содержанием нейтрофилов в крови часто болеющих детей и усиленной редукцией НСТ у них (коэффициент корреляции 0,86 , $P < 0,001$), но, с другой стороны, между низкими показа-

телями НСТ-теста и нейтропенией связь была слабой (коэффициент корреляции 0,3 , $P > 0,5$).

Мы проанализировали показатели спонтанного и стимулированного НСТ-теста в 15 семьях, в которых было обследовано 15 часто болеющих детей, 15 их матерей, 7 отцов и 4 редко болеющих братьев и сестер (рис. 16). Идентичную способность нейтрофилов крови восстанавливать НСТ мы смогли отметить только в 5 (33,3%) семьях: в одной - у часто болеющего ребенка, его матери и отца, в трех - у детей и их матерей были выявлены высокие показатели стимулированного НСТ-теста; в одной семье - у ребенка и его матери показатели стимулированного НСТ-теста были, наоборот, низкими.

Динамика НСТ-теста на фоне реабилитационных мероприятий у часто болеющих детей и их родителей представлена на рисунке 17.

При этом наибольший интерес для нас представляли часто болеющие дети, находящиеся в периоде ремиссии во время первичного обследования до начала реабилитации, так как у них было выявлено достоверное ($P < 0,001$) повышение редукции спонтанного ($26,3 \pm 1,85$) и стимулированного ($41,7 \pm 2,0$) НСТ-теста по сравнению с периодом обострения (соответственно $10,8 \pm 2,9$ и $36,8 \pm 5,9$) и контролем (соответственно $12,2 \pm 2,1$ и $29,6 \pm 2,2$).

При повторном обследовании по окончании активного лечения показатели спонтанного и стимулированного НСТ-теста у них снижались ($P < 0,05$) до нормальных результатов (соответственно $11,6 \pm 2,2$ и $27,7 \pm 4,7$) и сохранялись такими (соответственно $12,9 \pm 1,95$ и $31,6 \pm 2,5$) к моменту контрольного обследования в период ремиссии.

	№ семьи п/п	часто бо- леющие де- ти		р о д и т е л и				братья- сестры	
		спон- тан.	сти- мул.	матери		отцы		спон- тан.	сти- мул.
				спон- тан.	сти- мул.	спон- тан.	сти- мул.		
!	I								
	2								
!	3								
!	4								
!	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
!	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
!	15								

Рис. 16. НСТ-тест в семьях часто болеющих детей

Примечание



- НСТ-тест в пределах нормы



- НСТ-тест повышен



- НСТ-тест снижен

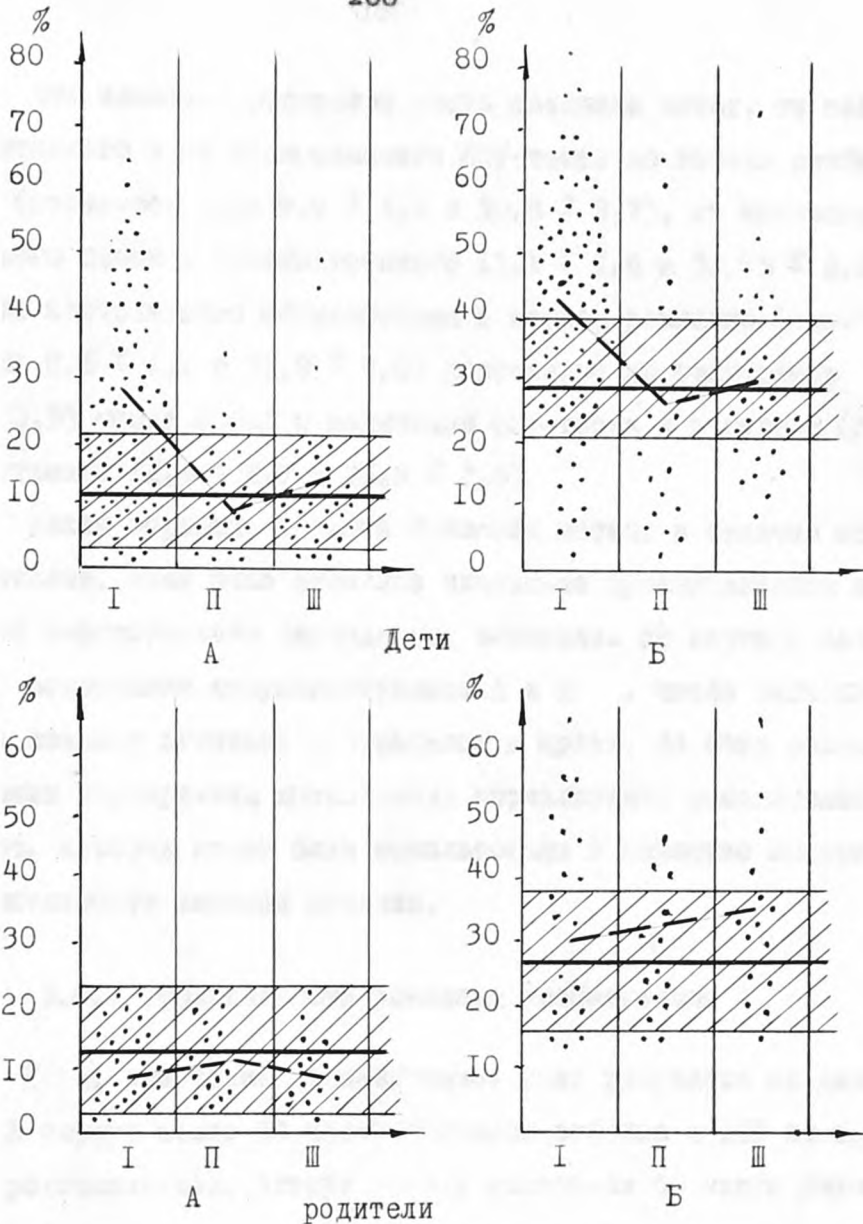


Рис. 17. Динамика показателей НСТ-теста (в%) в семьях часто болеющих детей на фоне реабилитационных мероприятий
 А - спонтанный НСТ-тест; Б - стимулированный НСТ-тест; I - до начала реабилитации; II - по окончании лечения; III - контрольное обследование в период ремиссии;  - средние ($M \pm m$) и крайние ($\pm \sigma$) значения показателей НСТ-теста у часто болеющих детей и их родителей; --- динамика НСТ-теста.

Что касается родителей часто болеющих детей, то величина спонтанного и стимулированного НСТ-теста до начала реабилитации (соответственно $9,9 \pm 1,8$ и $30,8 \pm 3,7$), по окончании активного лечения (соответственно $11,1 \pm 1,8$ и $33,75 \pm 6,0$), во время контрольного обследования в период ремиссии (соответственно $8,6 \pm 1,2$ и $35,0 \pm 4,0$) достоверно не отличалась ($P > 0,5$) между собой и величиной НСТ-теста в контроле (соответственно $12,4 \pm 2,7$ и $26,9 \pm 2,6$).

Таким образом, у часто болеющих детей, в отличие от их родителей, нами было выявлено изменение функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов, зависящее от периода заболевания, содержания иммуноглобулинов А и М, числа лейкоцитов и, в меньшей степени, нейтрофилов в крови. На фоне реабилитационных мероприятий происходила нормализация показателей НСТ-теста, которая может быть использована в качестве контроля эффективности лечения больных.

3.8. Эффективность семейной реабилитации

Дети, прошедшие реабилитацию, были разделены на две группы. В первую вошло 54 часто болеющих ребенка и 115 их ближайших родственников. Вторую группу составили 40 часто болеющих детей без членов семьи (группа сравнения), которым были проведены аналогичные реабилитационные мероприятия.

Эффективность реабилитационных мероприятий мы рассматривали в 3-х аспектах: медицинском, социальном, экономическом (Лаврова И.Г. и соавт., 1979).

Срок, в течение которого проводили анализ показателей эффективности реабилитационных мероприятий — 1 год до и столько же после лечения.

3.8.1. Медицинская эффективность

Медицинскую эффективность оценивали результатами непосредственного медицинского воздействия: показателями улучшения здоровья детей и родителей в семьях за период проведения диспансеризации и реабилитации.

Объем основных реабилитационных мероприятий в сравниваемых группах представлен в таблице 38. Резюмируя ее содержание, хотелось бы выделить, что в первой группе санацию хронических очагов инфекции носоглотки провели всем часто болеющим детям, 41 матери, 28 отцам, 3 редко болеющим братьям и сестрам, 2 бабушкам и дедушке. Предпочтение отдавали консервативным методам лечения, при отсутствии эффекта – проводили операции адено-, тонзиллотомии или – эктомии. В первой группе положительный эффект при консервативном лечении был достигнут у 42 (78%) часто болеющих детей, 37 (90%) их матерей и 26 (93%) отцов. Оперативное лечение применили соответственно у 12 (22%), 4 (10%) и 2 (7%) человек, что достоверно реже, чем во второй группе ($P < 0,05$).

В течение I-го года наблюдения каждой семье пришлось посетить поликлинику в среднем 14–16 раз, а в последующие 2–3 года – 4–6 раз ежегодно, что требовало от семьи определенного напряжения, добросовестности и заинтересованности в мероприятии. В нашей работе мы столкнулись с рядом семей, отрицательно отнесшихся к предложению проведения семейной реабилитации. Но в тех случаях, когда родителей удавалось убедить в необходимости ее проведения, результаты вскоре сказались.

Медицинскую эффективность по рекомендациям В.Ф.Алейникова, Н.М.Алейниковой (1978) подразделяли на "хорошую", "удов-

Таблица 38

Основные реабилитационные мероприятия, проведенные в сравниваемых группах
часто болеющих детей

Форма реабилитаци- онии	Контин- гент реабилитируе- мых	п	Виды реабилитационных мероприятий в зависимости от заболе- вания									
			Хр. заболева- ния ЛОР-орг.		Бронхолегочная патология			Сана- ция зубов	Лечение орто- донтическое	Лечение ад- лергологи- ческое	Коррекция им- мунных нару- шений	Санаторно- курортное лечение
			консерва- тивное лечение	оператив- ное лечение	Рецид. не- обструкт. бронхит	Рецидив. обструкт. бронхит	Хр. бронхит хроническ. пневмо- ния					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Семей- ная реабилитация	Часто бо- леющие дети	54	$\frac{42}{78\%}$	$\frac{12}{22\%}$	$\frac{13}{24\%}$	$\frac{19}{35\%}$	-	$\frac{16}{29,6\%}$	$\frac{28}{52\%}$	$\frac{13}{25\%}$	$\frac{29}{53,7\%}$	$\frac{8}{14,8\%}$
	Их матери	51	$\frac{37}{90\%}$	$\frac{4}{10\%}$	-	-	$\frac{2}{4\%}$	$\frac{36}{70,6\%}$	$\frac{8}{15,7\%}$	$\frac{1}{2\%}$	$\frac{17}{33,3\%}$	$\frac{1}{2\%}$
	Их отцы	47	$\frac{26}{93\%}$	$\frac{2}{7\%}$	-	-	$\frac{3}{6,4\%}$	$\frac{23}{49\%}$	$\frac{4}{8,5\%}$	$\frac{1}{4,2\%}$	$\frac{13}{27,6\%}$	0
	Их редко болеющие братья и сестры	12	$\frac{3}{25\%}$	-	-	-	-	$\frac{4}{33,3\%}$	-	-	-	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Дедушки-бабушки	5	$\frac{2}{40\%}$	-	-	-	$\frac{2}{40\%}$	-	-	-	-	-
	Всего:	169	110	18	13	19	7	79	40	15	59	9
Реабилитация детей без семьи	Дети	41	$\frac{26}{63,4\%}$	$\frac{15}{36,6\%}$	$\frac{12}{29\%}$	$\frac{9}{21\%}$	-	$\frac{11}{27\%}$	$\frac{15}{31\%}$	$\frac{9}{21,95\%}$	$\frac{20}{49\%}$	$\frac{5}{12,2\%}$
	P		<0,05	<0,05				>0,5	<0,05	>0,5	>0,5	>0,5

Примечание: а) P - достоверность различий между частотой проводимых реабилитационных мероприятий в сравниваемых группах детей.

б) в числителе дроби - число прошедших реабилитацию в абсолютных цифрах, в знаменателе - то же в %.

летворительную" и "неудовлетворительную". При "хорошей" (отсутствие рецидивов заболеваний) и "удовлетворительной" (менее 4-х случаев респираторных заболеваний за истекший год у часто болеющих детей) результатах семьи снимали с диспансерного учета. При "неудовлетворительной" (отсутствие положительной динамики) и в некоторых случаях "удовлетворительной" (число респираторных заболеваний уменьшается, но остается более 4-х) эффекте семьи продолжали оставаться на диспансерном учете 2-3 и более года до получения терапевтического эффекта. В целом, "хорошие" результаты были получены у 3-х (5,6%); "удовлетворительные" - у 49 (90,7%) и "неудовлетворительные" - у 2-х (3,7%) детей первой группы. В группе сравнения "хороших" результатов не было ни у одного ребенка, "удовлетворительные" - у 29 (72,5%) и "неудовлетворительные" - у 11 (27,5%) детей.

При семейной реабилитации 39 (72,2%) часто болеющих детей из 54 перешли в группу болеющих редко. При реабилитации детей без семьи - только 10 (25%) из 40 человек. На фоне реабилитационных мероприятий улучшилось также состояние здоровья родителей, о чем могли судить субъективно, из вопроса их о самочувствии и перенесенных за год наблюдения острых респираторных заболеваниях и обострениях хронических очагов инфекции носоглотки.

3.8.2. Социальная эффективность

Социальную эффективность реабилитационных мероприятий оценивали путем вычисления предотвращенного социального ущерба, то есть абсолютного числа повторных респираторных заболеваний, количества дней болезни у детей, потерь рабочих дней родителями на основании больничных листов и справок по уходу за боль-

ными детьми, появление которых было предупреждено в результате проведения реабилитационных мероприятий (Лаврова И.Г. и соавт., 1979).

Оказалось, что у детей первой группы частота повторных респираторных заболеваний в год уменьшилась на 53,7%, число дней болезни - на 62,65%; число больничных листов по уходу - на 53,8%, потери рабочих дней по ним - на 54,9%; справок соответственно на 70,55% и 73,2%. В группе сравнения частота повторных респираторных заболеваний уменьшилась только на 22,2%, дни болезни - на 24,4%; число больничных листов - на 16,5%, потерь рабочих дней по ним - на 17,65%; справок соответственно на 7,5% и 8,2% (табл. 39).

После реабилитации в первой группе было зарегистрировано на 181, во второй - только на 58 случаев респираторных заболеваний меньше, чем до взятия на диспансерный учет. В первой группе дети после лечения болели на 2424 дня меньше, чем до лечения; в группе сравнения - только на 751 день (рис.18 и 19).

3.8.3. Экономическая эффективность

Экономическую эффективность определяли путем сопоставления затрат, ушедших на организацию диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей с полученной "отдачей" ("выгодами") в виде экономически выраженного предотвращенного ущерба народному хозяйству страны (Лаврова И.Г. и соавт., 1979) /табл.40/.

Размер предотвращенного экономического ущерба в первой группе составил 20542,64 руб., во второй - только 1656,9 руб., что в 12,3 раза меньше. На организацию диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей были затрачены средства: в первой группе на лечение и обследование детей 4343,64 руб., на

Таблица 39

Сравнительные показатели социальной эффективности лечения при
различных формах реабилитации

Форма реабилитации	Показатели заболеваемости детей в течение года		Показатели нетрудоспособности матерей в связи с уходом за детьми в течение года			
	Число респираторных заболеваний	Число дней болезни	по больничным листам		по медицинским справкам	
			Количество	дней нетрудоспособности	Количество	дней нетрудоспособности
1	2	3	4	5	6	7
Семейная реабилитация (n=54)						
до лечения	$6,24 \pm 0,26$ 4 - 13	$71,59 \pm 4,4$ 30-167	$4,67 \pm 0,29$ 1 - 9	$26,67 \pm 1,83$ 6-57	$2,92 \pm 0,28$ 0 - 8	$16,59 \pm 1,97$ 0 - 47
P	>0,5	>0,5	>0,5	>0,5	<0,05	>0,5
после лечения	$2,89 \pm 0,21$ 0 - 7	$26,74 \pm 2,93$ 0 - 114	$2,16 \pm 0,23$ 0 - 6	$12,02 \pm 1,56$ 0 - 58	$0,86 \pm 0,16$ 0 - 5	$4,44 \pm 1,13$ 0 - 45
P	<0,001	<0,001	<0,002	<0,02	<0,002	<0,002
P _I	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

I	2	3	4	5	6	7
Реабилитация детей без семьи (n= 40)						
до лечения	$6,37 \pm 0,29$ 4 - 12	$75,1 \pm 4,94$ 32 - 177	$4,31 \pm 0,44$ 1 - 10	$23,8 \pm 2,73$ 2 - 60	$2,0 \pm 0,27$ 0 - 6	$12,31 \pm 2,06$ 0 - 49
после лече- ния	$4,94 \pm 0,31$ 2 - 10	$56,78 \pm 4,46$ 21 - 138	$3,6 \pm 0,4$ 0 - 9	$19,6 \pm 2,24$ 0 - 54	$1,85 \pm 0,27$ 0 - 6	$11,31 \pm 2,48$ 6 - 69
P_I	< 0,001	< 0,01	> 0,5	< 0,001	> 0,5	> 0,5

Примечание: а) P - достоверность показателей при сравнении группы семейной реабилитации с группой реабилитации без членов семьи;

P_I - достоверность изменений в динамике лечения внутри группы;

б) в числителе - значение $M \pm m$; в знаменателе - крайние значения величин в абсолютных цифрах.

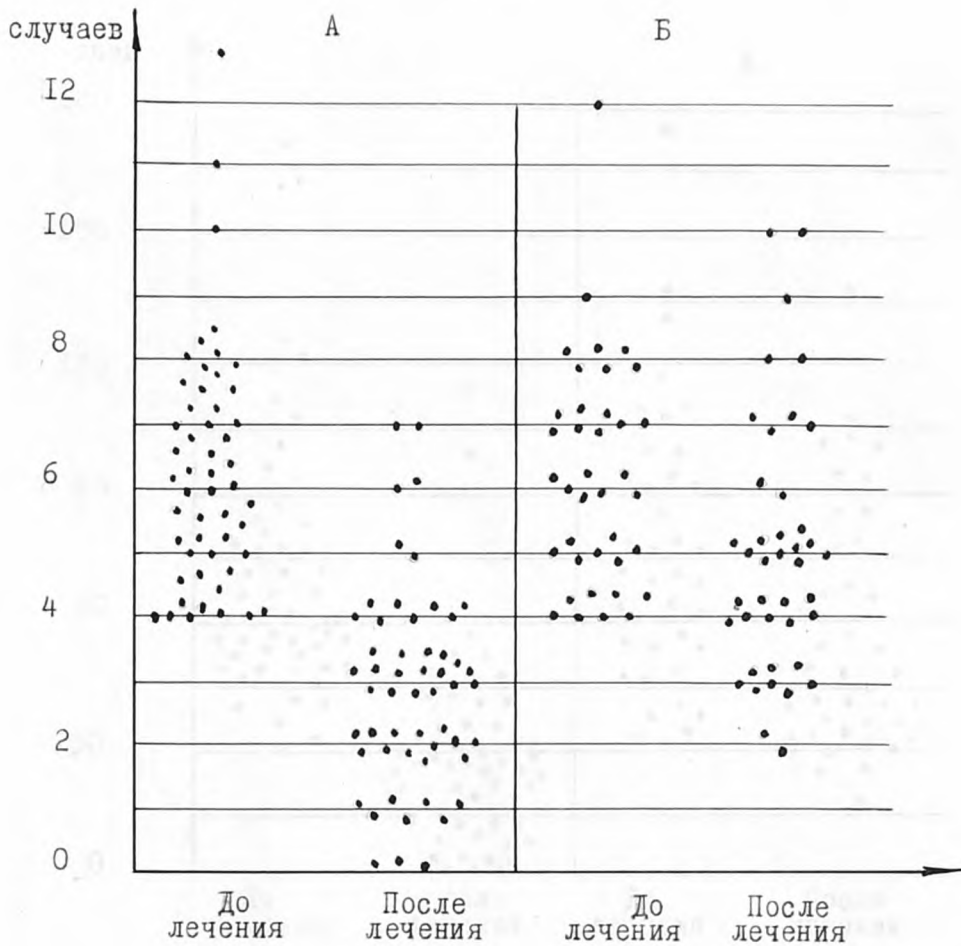


Рис. 18. Социальная эффективность при разных формах реабилитации часто болеющих детей по числу случаев респираторных заболеваний в год

А - семейная реабилитация

Б - реабилитация детей без семьи.

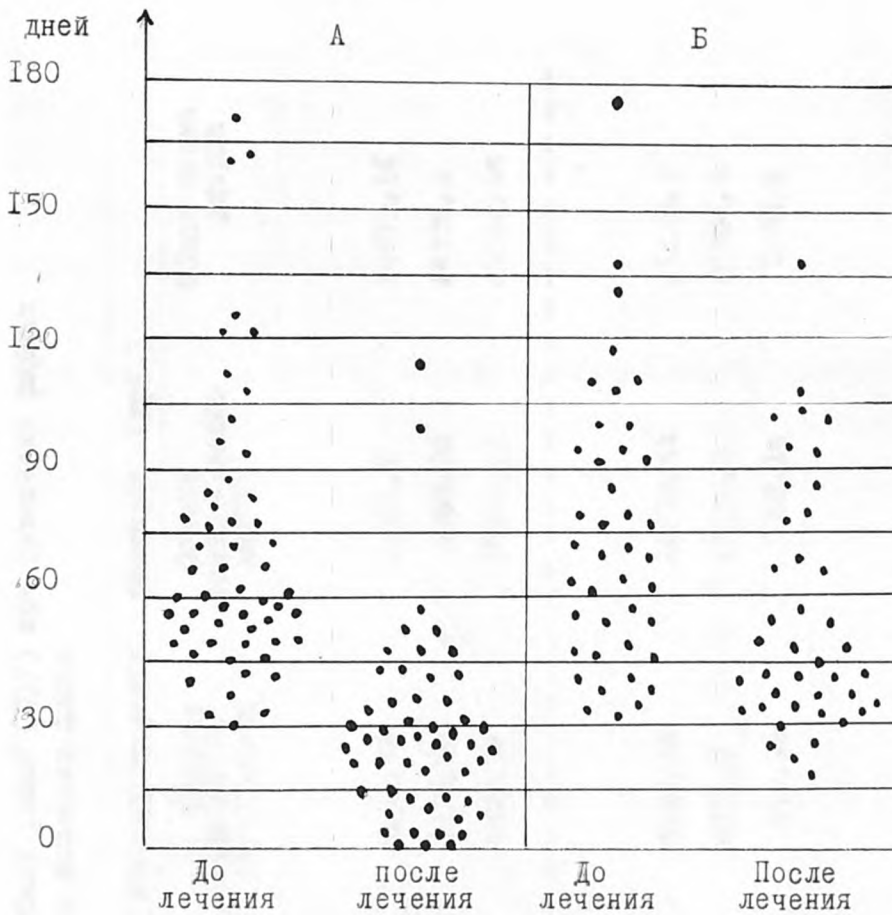


Рис. 19. Социальная эффективность при разных формах реабилитации часто болеющих детей по числу дней болезни в год.

А - семейная реабилитация

Б - реабилитация детей без семьи

Таблица 40

Предотвращенный экономический ущерб (ПЭУ) при различных формах
реабилитации часто болеющих детей

Форма реабилитации	Виды государственных расходов (руб.)			
	По бюджету здоровоохранения	По бюджету социального страхования	Потери национального дохода	Общая сумма ущерба
Семейная (П=54)				
до лечения	2355,6	8652,34	23871,2	34879,14
после лечения	1090,9	3978,62	9266,98	14336,5
ПЭУ	1264,7	4673,72	14604,22	20542,64
Детей без семьи (П=40)				
до лечения	1824,4	5181,26	14232,64	21238,3
после лечения	1419,0	4931,9	13230,5	19581,4
ПЭУ	405,4	249,36	1002,14	1656,9

лечение и обследование членов семьи - 3917,65 руб., итого - 8261,29 руб.; во второй группе на лечение и обследование детей без членов семьи - 3106,4 руб. Таким образом, общие расходы, затраченные на организацию семейной диспансеризации и реабилитации, превышали таковые при диспансеризации и реабилитации детей без семьи.

"Чистый" экономический эффект (размер предотвращенного экономического ущерба минус расходы на организацию диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей) в первой группе составил (20542,64 руб. минус 8261,29 руб.) 12281,35 руб., а во второй группе отсутствовал вовсе (1656,9 руб. минус 3106,4 руб.) и требовалось дополнительно 1449,5 руб. из государственного бюджета на покрытие стоимости оздоровительного лечения. Говоря иначе, в первой группе соотношение общих затрат по бюджету здравоохранения (стоимость лечения на педиатрическом участке, стоимость организации семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей) и выгоды (общая сумма предотвращенного ущерба) составила 9352,19 руб.: 20542,64 руб., то есть на каждый рубль затрат получено 2,2 рубля выгоды. Во второй группе соотношение общих затрат и "выгоды" составило 4525,4 руб. : 1656,9 руб., то есть на каждый рубль "выгоды" получено 2,37 рубля дополнительных затрат.

Таким образом, медицинская, социальная и экономическая эффективность семейной реабилитации и диспансеризации значительно выше аналогичной эффективности часто болеющих детей без семьи.

3.9. Вычислительное прогнозирование рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста

Нами была разработана диагностическая таблица для прогно-

зирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста (табл. 4I), которая может быть использована в работе педиатра с целью своевременного выявления угрожаемых по частым респираторным заболеваниям детей, взятия их на диспансерный учет и реабилитации. Применение диагностической таблицы показано при достижении ребенком возраста одного года, когда участковым педиатром подводятся итоги развития ребенка на первом году жизни, пишется эпикриз, составляется план наблюдения на второй год жизни, намечаются мероприятия по оформлению в детское дошкольное учреждение.

В процессе разработки таблицы были подвергнуты математическому анализу 46 различных медико-биологических, социально-гигиенических и клинических признаков, полученных при обследовании 170 семей (618 человек) часто и редко болеющих детей, вычислен диагностический коэффициент (ДК) их диапазонов (142 диапазона) и определена информативность (I) признаков. Для включения признака в таблицу брали во внимание признаки с величиной $I > 0,5$.

В конечном итоге из 46 первоначальных признаков нами был выделен 21, каждый из которых имел от 2-х до 5 (чаще 3) диапазонов (вариантов ответа). Все признаки в таблице мы старались расположить в порядке убывания их I, что обусловлено стремлением к сокращению диагностической процедуры.

Диагоны каждого признака имели ДК с положительным (свидетельство предрасположения к частым респираторным заболеваниям) или отрицательным (свидетельство отсутствия предрасположения к частым респираторным заболеваниям) знаками.

При вынесении прогноза накопление информации идет путем алгебраического сложения ДК. Когда сумма ДК будет больше или

Таблица 41

Диагностическая таблица прогнозирования рецидивирующего
респираторного синдрома у детей раннего возраста

п-п	Название признака и варианты ответа	ДК	I
1	2	3	4
I. Сведения о ребенке			
1.	Острые респираторные заболевания (ОРВИ, бронхит, пневмония, ангина) до 1-го года: 4 раза и более 1-3 раза не болел ни разу	+8 0 -7	2,62
2.	ЛОР патология (аденоиды, хронический тонзиллит, синуситы, отит): есть нет не обследован	+4 -7 0	2,6
3.	Родился: в срок недоношенным переносенным сведений нет	-1 +9 +4 0	0,7
4.	Находился под наблюдением невропатолога: да нет сведений нет	+5 -1 0	1,0
5.	Недотвод от профилактических прививок до 1-го года: был не был сведений нет	+3 -2 0	0,7
6.	Проявления экссудативного диатеза: есть нет сведений нет	+2 -3 0	0,7
7.	Постоянное нарушение функции носового дыхания вследствие хронической патологии ЛОР-органов и/или аномалии развития челюстей (заключение оториноларинголога и ортодонта): есть нет не обследован	+3 -2 0	0,55

I	2	3	4
II. Сведения о матери ребенка			
8. Частые респираторные заболевания (более 3 -х) за последний год:			
есть	+7		
нет	-4		3,54
сведений нет	Ø		
9. Хронические заболевания ЛОР-органов:			
у матери			
есть	+4		
нет	-6		2,57
не обследована	Ø		
10. Частые ангины в анамнезе последних лет (при отсутствии осмотра оториноларинголога):			
есть	+3		
нет	-3		1,04
сведений нет	Ø		
информация не нужна	Ø		
11. Кариес:			
есть	+4		
нет	-4		1,7
не обследована	Ø		
12. Частые респираторные заболевания в детстве:			
были	+4		
не болела	-2		1,06
сведений нет	Ø		
13. Острые респираторные заболевания и обострения хронических заболеваний во время беременности:			
были	+3		
не болела	-1		0,94
сведений нет	Ø		
14. Токсикоз во время беременности:			
был	+5		
не был	-3		1,4
сведений нет	Ø		
III. Сведения об отце ребенка			
15. Хронические заболевания ЛОР-органов:			
есть	+5		
нет	-4		1,96
не обследован	Ø		
16. Частые ангины в анамнезе последних лет (при отсутствии осмотра оториноларинголога):			
есть	+6		
нет	-2		1,54
сведений нет	Ø		
информация не нужна	Ø		

1	2	3	4
17. Частые респираторные заболевания (более 3-х) за последний год: есть нет сведений нет	+7 -2 0	I,42	
18. Частые респираторные заболевания в детстве: были не болел сведений нет	+4 -2 0	I,13	
19. Характеристика микросоциальной среды			
19. Хронические очаги инфекции ЛОР-органов и ротовой полости есть одновременно у: всех членов семьи у большинства (2-х из 3-х, 3-х из 4-х и т.д.) членов семьи у половины и менее членов семьи отсутствуют у всех членов семьи сведений нет	+6 +1 0 -6 0	3,28	
20. Наследственность отягощена по бронхо-легочным и аллергическим заболеваниям: да нет сведений нет	+3 -2 0	0,7	
21. Курящие в семье ребенка: есть нет сведений нет	+3 -2 0	0,6	

равна прогностического порога (ПП) со знаком "+", с выбранным уровнем надежности выносится решение о наличии предрасположения к частым респираторным заболеваниям. При условии, если сумма ДК будет равна или больше ПП со знаком "-", то дается отрицательный ответ. Если при заполнении таблицы использована вся информация о ребенке и его семье и ни один из порогов не достигнут, то выносится решение: "Имеющейся информации недостаточно для принятия решения (неопределенный ответ)", что требует дальнейшего наблюдения за ребенком для сбора дополнительной информации, которая позволит набрать нужную сумму ДК.

За ПП мы брали табличные данные (Гублер Е.В., Генкин А.А., 1973). Достижение ПП " ± 20 " соответствует 99% вероятности правильного прогнозирования; для достижения 95% вероятности принимается величина " ± 13 ".

Преимущество последовательного анализа в том, что при достижении необходимого ПП можно прекратить диагностическую процедуру на любом этапе и с высокой степенью достоверности вынести решение о прогнозе у обследуемого.

Однако, работа с "проверочной" группой показала, что при заполнении диагностической таблицы "до конца" формируется более полное представление о ребенке и его семье. "Проверочная" группа детей была необходима для испытания диагностической таблицы, в нее вошло 60 детей раннего возраста из группы часто болеющих. Результаты испытания были следующими: у 48 (80%) человек при заполнении таблицы был достигнут ПП от "+20" до "+54", у 10 (17%) - от "+13" до "+19" и только у 2 (3%) - был получен неопределенный ответ.

По окончании работы с диагностической таблицей выносятся решение о прогнозе и обследуемые дети делятся на группы:

а) часто болеющих; б) риска; в) внимания.

Группу часто болеющих формируют из тех детей, у кого до года было 4 и более острых респираторных заболеваний. Величина ПП у этих детей позволит с высокой степенью достоверности сделать вывод о прогнозе дальнейшего развития ребенка (чем ПП выше, тем прогноз менее благоприятен). В группу риска включают детей с ПП от "+13" до "+20" и выше с общим числом острых респираторных заболеваний на первом году жизни менее 4-х, но с высокой степенью предрасположенности к ним. С этими детьми педиатр обязан проводить лечебно-профилактическую работу - провести углубленное клиничко-лабораторное обследование и последующее лечение выявленных заболеваний. У детей, предложить санацию хронических очагов инфекции в их семьях, пропагандировать здоровый образ жизни, закаливание. В группу внимания входят дети с ПП менее "+13" (неопределенный ответ). Если неопределенный ответ был связан с недостатком имеющейся информации, педиатру необходимо продолжить сбор недостающих сведений и, пересмотрев ситуацию повторно, вынести окончательное решение о прогнозе. Если информация при заполнении диагностической таблицы была использована вся и был получен неопределенный ответ, предлагается устранить имеющиеся неблагоприятные факторы (хронические очаги инфекции в семье, курение и т.д.) и ежегодно следить за показателями заболеваемости у данных детей.

Нижеследующие приводятся примеры работы с диагностической таблицей.

Пример 1. Ребенок Света П., 1 год: родилась в срок (-1); на учете у невропатолога не состояла (-1); до года был медотвод от профилактических прививок (+3) в связи с аллергическим диатезом (+2); перенесла 6 острых респираторных заболеваний (+8); оториноларингологом диагностирован хронический адено-

ноидит, аденоидные вегетации II ст. (+4); выявлено нарушение функции носового дыхания (+3). У матери частые респираторные заболевания в последние годы (+7); хронический тонзиллит (+4); кариес (+4); в детстве были частые простудные заболевания (+4); во время беременности, протекавшей без токсикоза (-3), не болела (-1). У отца хронических заболеваний ЛОР-органов не выявлено (-4); болел редко (-2); в детстве отмечались частые простудные заболевания (+4). Микросоциальная среда характеризовалась наличием хронических очагов инфекции ЛОР-органов и ротовой полости у всех членов семьи (+6); отягощенной наследственностью по линии матери (+3); в семье курил отец (+3). Сумма диагностических коэффициентов = +43.

Заключение: ребенок из группы часто болеющих, подлежит диспансеризации и реабилитации в соответствии с предложенной программой оздоровления.

Пример 2. Ребенок Андрей М., 1 год: родился недоношенным (+9); до года наблюдался невропатологом с пренатальной энцефалопатией (+5); медотвод от профилактических прививок до года (+3); болел острыми респираторными заболеваниями 2 раза (0); оториноларингологом и ортодонтом не обследован (0); аллергического диатеза не было (-3). Мать болела в последние годы редко (-4); страдала хроническим тонзиллитом с редкими обострениями (+4); зубы здоровы (-4); в детстве часто болела простудными заболеваниями (+4); во время беременности токсикоза не было (-3), не болела (-1). У отца носоглотка здорова (-4), не болеет в последние годы (-2), других сведений нет. Микросоциальная среда характеризовалась наличием хронических очагов инфекции менее чем у половины членов семьи (-6); отягощенной наследственностью по линии отца (бронхиальная астма и храни-

ческий бронхит у деда $(+3/)$; курил отец $(+3)$. Сумма диагностических коэффициентов = $+4$.

Заключение: Имеющейся информации недостаточно для принятия решения, необходимы наблюдение в группе внимания.

Пример 3. Ребенок Павлик Э., 1 год: родился доношенным (-1) ; неврологически здоров (-1) ; профилактические прививки по возрасту (-2) ; болел однократно острым ринитом (0) ; носоглотка здорова (-7) ; до года отмечались умеренные проявления аллергического диатеза $(+2)$; носовое дыхание свободное, прикус формируется правильно (-2) . Мать в последние годы не болела (-4) ; оториноларингологом не осмотрена (0) , но наличие ангины отрицала (-3) ; зубы здоровы (-4) ; в детстве не болела (-2) ; во время беременности, протекавшей без токсокоза (-3) , перенесла ОРВИ в 1-й половине $(+3)$. У отца носоглотка здорова (-4) ; в последние годы болел редко (-2) и не болел в детстве (-2) . Медико-социальная среда характеризовалась здоровой в отношении хронических очагов инфекции средой (0) и неотягощенной наследственностью (-2) , дома не курят (-2) . Сумма диагностических коэффициентов = -36 .

Заключение: Прогноз в отношении частых респираторных заболеваний благоприятный, посещение детского дошкольного учреждения не противопоказано.

Г Л А В А 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Среди важнейших направлений социальной политики партии в области охраны и укрепления здоровья советских людей особое место занимает воспитание здоровых и гармонически развитых детей, снижение их заболеваемости.

Установлено (Альбицкий В.Ю. и соавт., 1983), что 56,9% всех случаев заболеваний детского возраста приходится на долю часто болеющих детей, а в структуре их заболеваемости первое место принадлежит респираторной патологии (Веремжович Л.В., 1983). Глубокое изучение часто болеющих детей важно с медицинской точки зрения в плане выяснения этиологических и патогенетических механизмов формирования рецидивирующего респираторного синдрома и поиска оптимальных путей профилактики и оздоровления данного контингента. Следует также помнить о социально-экономических аспектах проблемы часто болеющих детей в связи с трудопотерями, связанными с уходом за этими детьми (Альбицкий В.Ю., 1982; Альбицкий В.Ю. и соавт., 1983) и влияния на прогностический трудовой потенциал общества (Борохов Д.Э., Друбич И.Ф., 1980).

Интерес к данному контингенту значительно повысился в последние годы. Появились работы, посвященные распространенности (Лекарев Л.Г. и соавт., 1977; Гринина О.В., Ваинова Т.В., 1984; Макарова З.С., 1984 и др.); изучению патогенетических основ рецидивирующего респираторного синдрома (Отдельнова К.А., Гавалов С.М., 1983, 1984; Ветров В.П., Большакова Г.С., Тапорова Л.Н., 1984), поиску оптимальных путей оздоровления часто болеющих детей (Баранов А.А. и соавт., 1983, 1984, 1985; Аль-

бицкий В.Ю., 1984; Пуртов И.И., 1985 и др.). Мы попытались продолжить исследования по данной проблеме, наша работа не претендует на полное освещение всех её аспектов и является фрагментом в ряду исследований, проводимых на нашей кафедре. Мы подошли к решению поставленных задач с позиций, до сих пор не рассматриваемых в полном объеме ни отечественными, ни зарубежными авторами, — с позиций семейного анализа. Изучение здоровья семьи мы взяли за основу нашей работы и конечной целью исследования определили разработку дифференцированной программы семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей, предусматривающую наблюдение, обследование и одновременное лечение всех членов семьи с отклонениями в здоровье.

Одним из первоначальных этапов явилось определение удельного веса часто болеющих детей среди детского контингента, обслуживаемого одним из педиатрических отделений 4-й поликлиники г.Новосибирска, являющейся базой нашей кафедры. Мы провели анализ 1123 амбулаторных карт детей в возрасте от 2-х до 6 лет, так как именно в этом возрасте дети наиболее часто болеют (Веремкович Л.В., 1983; Гринина О.В., Вахнова Т.В., 1984; Макарова З.С., 1984), и установили, что 296 из них (26,3%) болели в течение года 4-6 и более раз острыми респираторными заболеваниями, то есть каждый третий-четвертый ребенок; в возрасте 2-х — 4-х лет было максимальное число (228 или 77%) человек. Полученные результаты согласуются с данными Л.Г.Лекарева и соавт. (1977), А.А.Баранова, В.Ю.Альбицкого, И.И.Пуртова (1984), И.П.Грековой, Н.В.Орловой (1985).

На следующем этапе мы создали службу семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей, состоящую из звеньев: диспансерный кабинет по семейной реабилитации (коор-

динирует работу всех подразделений), реабилитационная комиссия (орган контроля), подразделения поликлиники (педиатрические участки, лечебно-диагностические и консультативные кабинеты). Была разработана поэтапная программа оздоровления семей: на отборочно-диагностическом (I) этапе основной задачей было создание групп семейной реабилитации и постановка клинического диагноза; на этапе активной реабилитации (II) проводили лечение часто болеющих детей и членов семей, нуждающихся в нем; на этапе поддерживающей реабилитации (III) закрепляли эффект от II этапа путем проведения, главным образом, профилактических мероприятий; на последнем (IV) этапе проводили анализ результатов семейной реабилитации и решали вопросы: а) о снятии с диспансерного учета; б) переводе под наблюдение к соответствующим специалистам (оториноларинголог, пульмонолог, аллерголог и др.); в) о продолжении семейной реабилитации.

За период с 1981 по 1985 гг. в диспансерном кабинете по семейной реабилитации мы организовали обследование 123 семей, в которых проживало 150 часто болеющих детей в возрасте от 1 до 9 лет, 122 их матери, 108 отцов, 33 брата и сестры, болеющих редко и 36 других членов семьи, преимущественно дедушек и бабушек (I группа). Контрольную группу (II) составили 47 семей редко болеющих детей такого же возраста. В I группе чаще болели мальчики (81 человек), чем девочки (69), $P < 0,05$, что согласуется с данными, полученными другими авторами (Маматкулов Б., 1982 и др.). Дети I группы болели в течение года в среднем в 4 раза чаще и в 5,6 раз дольше, чем дети II группы. Матери часто болеющих детей брали больничные листы по уходу за больным ребенком в 4,3 раза чаще, теряли рабочих дней по ним в 5,3 раз больше, чем матери редко болеющих детей. При анализе нетрудо-

способности матерей по справкам различия в этих показателях были еще выше: соответственно в 8,8 и 10,5 раз.

В соответствии со стоящей перед нами очередной задачей — установить структуру заболеваемости у часто болеющих детей, мы проанализировали амбулаторные карты обследуемого контингента и убедились в том, что в диагностике по отношению к ним у участковых педиатров выработался ошибочный стереотип, такая же картина, соответственно, наблюдалась в тактике лечения. Это мы объясняли тем, что клиническая структура часто болеющих детей до настоящего времени остается недостаточно изученной. На сегодняшний день группу часто болеющих детей формируют по количеству острых респираторных заболеваний и обострений хронических очагов инфекции в носоглотке в течение года, исчерпывая всю заболеваемость данного контингента указанной патологией (Баранов А.А. и соавт., 1984).

Мы провели тщательное социально-гигиеническое, медико-биологическое и клинико-лабораторное обследование I группы. Оказалось, что большинство из этих детей страдало не "рецидивирующими ОРВИ", как представляли это участковые педиатры (95 детей или 63,3%), а рецидивирующим необструктивным (44 ребенка) и обструктивным (46 детей) бронхитом (всего 90 человек или 60%), причем проведенное аллергологическое обследование и наблюдение в динамике позволило 25 детям из числа последних поставить диагноз рецидивирующего респираторного алергоза (астматического бронхита), который у 3-х детей спустя один год трансформировался в бронхиальную астму; 21 ребенку был поставлен диагноз рецидивирующего обструктивного бронхита неаллергического генеза. У 59 детей или 39,3% основную клинику заболевания определяли хронические заболевания носоглотки

(хронический аденоидит, тонзиллит, синуситы и их сочетания) и органов чувств (хронический отит), у одного ребенка (0,7%) была диагностирована хроническая неспецифическая пневмония. В разделе "Клиническая характеристика часто болеющих детей" мы описали особенности клиники каждого варианта заболевания, привели клинические примеры.

Мы изучили некоторые этиологические и патогенетические аспекты часто болеющих детей. За основу брали необходимость многофакторных исследований (Гавалов С.М., 1983, 1984, 1985). Наиболее впечатляющими оказались результаты распространенности хронической очаговой инфекции в их семьях. В медицине утвердилось однозначное представление о наличии этиологической и патогенетической связи между очагами хронической инфекции в носоглотке и возникновением бронхолегочных заболеваний у детей (Домбровская Н.Ф., 1960; Светлова А.К., 1962, 1970, 1978; Гавалов С.М., 1968, 1984, 1985 и др.), однако значение семейного фактора изучено недостаточно. Мы установили, что хронический тонзиллит, аденоидиты, фарингиты, синуситы, хронический отит выявлены у 67,3% часто болеющих детей, 82,8% их матерей, 67,6% отцов, 24% редко болеющих братьев и сестер и 27,8% прочих родственников; кариозные зубы - соответственно у 32%, 73%, 58,3%, 9% и 19,4%. Во II группе хронические заболевания носоглотки в семьях встречались в 2,3-2,7 раза, кариес - в 1,3-2,4 раза реже. Матери детей I группы значительно чаще ($P < 0,05$) страдали хроническими заболеваниями ЛОР-органов и кариесом, что является немаловажным фактом, способствующим формированию рецидивирующих и хронических заболеваний у детей в раннем возрасте, так как матери наиболее близко контактируют с ними. В целом, из 123 семей детей I группы в 78 семьях

(63,4%) хронические заболевания рото-носоглотки были выявлены одновременно у всех членов, и не было ни одной семьи, в которой все дети и взрослые были бы здоровы. Там, где хронические очаги инфекции у всех членов семьи, дети в значительно большей степени подвержены повторным заболеваниям органов дыхания, у них наибольшее число дней болезни, продолжительность каждого случая заболевания.

Во II группе только в 7 (14,9%) семьях из 47 хронические очаги были одновременно у всех детей и взрослых, II (23,4%) семей оказались полностью здоровыми. Полученные результаты позволили допустить, что в механизмах формирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей большую роль играет наличие хронических очагов инфекции у нескольких членов семьи и возможность пассажа возбудителя между ними. Это побудило нас к проведению saniрующих мероприятий одновременно у всех членов семьи, нуждающихся в них. Подобный подход в литературе нам не встретился.

Кроме того, у 43 (49,2%) из 87 обследованных ортодонтом часто болеющих детей было выявлено нарушение функции носового дыхания и аномалии строения челюстей, что является, как правило, следствием имеющихся у них хронических аденоидитов (29 человек или 67,4% из 43). Во II группе данная патология встречалась реже ($P < 0,05$). Часто болеющим детям после оперативного лечения аденоидитов проводили корригирующую терапию по назначению ортодонта.

Важным звеном в понимании механизмов рецидивов респираторных заболеваний у часто болеющих детей является иммунологический гомеостаз. На иммуноглобулины основных классов сыворотки крови обследовали 123 часто болеющих детей и 133 их

родителей, из этого числа в 55 семьях иммуноглобулины определены полностью у всех членов. Анализ проведенных исследований выявил: 1) у 65 детей (50,4%) дисиммуноглобулинемию по различным классам, но наиболее частой формой являлось снижение IgA ; 2) у 51 ребенка (39,5%) ареактивность плазматических клеток, синтезирующих иммуноглобулины (в период обострения респираторной патологии уровень основных классов иммуноглобулинов оставался в пределах возрастной нормы); 3) у 13 детей (10,1%) высокую реактивность систем, ответственных за гуморальный иммунитет, что проявлялось повышением уровня иммуноглобулинов крови при очередном рецидиве (последнее обстоятельство подчеркивает гетерогенность патофизиологических основ часто болеющих детей и неиммунные причины рецидивирующего респираторного синдрома у определенного числа больных, что свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к иммунокорригирующей терапии); 4) часто болеющие дети с дисиммуноглобулинемиями болели чаще и дольше ($P < 0,05$) по сравнению с детьми с высоким уровнем иммуноглобулинов; 5) дисиммуноглобулинемии у 63 родителей (47,1%), как и у детей, у них наиболее частой формой являлось снижение IgA ; 6) в 27 (49%) семьях из числа полностью обследованных дисиммуноглобулинемии различной степени у часто болеющих детей и одного или обоих родителей, причем в 4-х (7%) из них иммунодефицит у детей и родителей был совершенно идентичным, а в 12 (21,6%) - определяли сходство по виду дисиммуноглобулинемии у пробанда и одного или одновременно обоих его родителей; 7) среди часто болеющих детей - пассивных курильщиков и их матерей дисиммуноглобулинемии выявляли чаще, чем в семьях, где не курят; 8) стойкое снижение IgA у 5,8% часто болеющих детей (из 52 человек) и 24% взрослых (из 25),

IgM соответственно у 15,4% и 24%, IgG - у 15,4% и 4%, не поддающееся коррекции в процессе реабилитации; 9) наилучшие результаты от лечения у детей с нормальными исходными показателями иммуноглобулинов - из 18 человек 16 (89%) спустя один год перешли из группы часто болеющих детей в болеющие редко (сравнить: 6 детей или 46% из 13 с сохранявшимся после реабилитации низким уровнем иммуноглобулинов).

Изучая цитологию содержимого лакун миндалин (мазки-отпечатки) у часто болеющих детей и их родителей с хроническим тонзиллитом, мы выявили отчетливое ($P < 0,01$) снижение у них количества лимфоидных клеток по сравнению со здоровыми детьми и взрослыми. Исходя из этого, мы проанализировали мазки-отпечатки у часто болеющих детей и их родителей с различным уровнем иммуноглобулинов в сыворотке крови. Оказалось, что у детей содержание лимфоидных клеток в мазках-отпечатках зависело от уровня иммуноглобулинов и было ниже у детей с дефицитом сывороточных IgA ($11,28 \pm 2,8\%$) по сравнению с нормальным уровнем ($17,5 \pm 3,3\%$), $P < 0,05$. У родителей эта зависимость была еще более выражена: соответственно $9,33 \pm 2,4\%$ и $20,0 \pm 3,7\%$, $P < 0,05$. Данная зависимость (сильная прямая связь, $P < 0,05$) была подтверждена также с помощью корреляционного анализа.

В результате изучения функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов по данным НСТ-теста в семьях часто болеющих детей нами было получено, что: 1) в фазе обострения спонтанный и стимулированный НСТ-тест не отличался от контроля ($P > 0,5$), в фазе ремиссии происходило отчетливое нарастание формазан-положительных клеток в обеих реакциях ($P < 0,001$) /вирусы, антибактериальные препараты в острый период заболе-

вания резко подавляют НСТ-редукцию в гранулоцитах; во время ремиссии в связи с длительностью заболевания и наличием у большинства хронической очаговой инфекции клеточная мембрана фагоцитов стимулируется бактериальными продуктами, повышается её проницаемость и, следовательно, число НСТ-положительных клеток (Буйко В.П., Бажора Ю.И., 1984)/; 2) у часто болеющих детей с высоким уровнем IgA и IgM в сыворотке крови спонтанная редукция НСТ достоверно ($P < 0,05$) увеличивается по сравнению с контролем и показателями в группе детей с дисиммуноглобулинемией по IgA и IgM , по отношению к стимулированной редукции НСТ подобной зависимости не было выявлено. Таким образом, способность гранулоцитов к спонтанной редукции НСТ связана с IgA и IgM (Буйко В.П. и Бажора Ю.И., 1984); 3) величина спонтанного НСТ-теста у часто болеющих детей зависела от содержания у них лейкоцитов в крови — была установлена сильная прямая связь между лейкопенией и пониженной редукцией НСТ (коэффициент корреляции 0,81, $P < 0,001$), между лейкоцитозом и повышенной редукцией НСТ (коэффициент корреляции 0,91, $P < 0,05$), кроме того, мы отмечали наличие сильной прямой связи между повышенным содержанием нейтрофилов в крови часто болеющих детей и усиленной редукцией НСТ (коэффициент корреляции 0,86, $P < 0,001$); 4) на фоне реабилитационных мероприятий у часто болеющих детей происходила отчетливая нормализация исходно повышенного спонтанного и стимулированного НСТ-теста.

В своем исследовании мы также подтвердили роль наследственных факторов, пренатальной и ранней постнатальной патологии, рецидивирующих инфекций на первом году жизни и некоторых других моментов в генезе рецидивирующего респираторного

синдрома, достаточно представленных в литературе.

Интересные данные получены в результате изучения заболеваемости детей, посещающих ясли-сады, как известно, с детскими учреждениями принято связывать появление частых респираторных заболеваний у детей раннего возраста (Тоикова-Ямпольская Р.В., Шмидт-Кольмер Е., Атанасова-Вунова А., 1980 и др.). При анализе историй развития и опросе родителей часто болеющих детей оказывалось, что повторные респираторные заболевания были у 65% из них еще до оформления в детское учреждение. Дети, не болевшие до сада-ясель, как правило, легко миновали период адаптации и в последующем болели также редко. Напрашивался вывод, что истоки частых заболеваний у детей раннего возраста находятся в семье ребенка, которую следует рассматривать в качестве микросоциальной среды с индивидуальными биологическими, социальными, генетическими свойствами и для повышения эффективности лечения часто болеющих детей необходим семейный подход к оздоровлению.

Своевременному выявлению контингента, угрожаемого по частым заболеваниями, призвана способствовать разработанная нами диагностическая таблица прогнозирования рецидивирующего респираторного синдрома у детей раннего возраста. Работа с таблицей предусматривает: а) вынесение прогноза ("есть предрасположенность к частым респираторным заболеваниям", "предрасположенность отсутствует", "имеющейся информации недостаточно для принятия решения"); б) выделение из числа обследованных детей групп "часто болеющих детей", "риска", "внимания" с проведением соответствующих профилактических и лечебных мероприятий.

Эффективность семейной диспансеризации и реабилитации была проанализирована у 54 часто болеющих детей и 115 их ближай-

ших родственников (I группа). Группу сравнения (II) составили 40 детей без членов семьи, которым были проведены аналогичные реабилитационные мероприятия.

Медицинскую эффективность подразделяли на "хорошую" (отсутствие рецидивов заболевания у часто болеющих детей), "удовлетворительную" (менее 4-х случаев респираторных заболеваний за истекший год) и "неудовлетворительную" (отсутствие положительной динамики). "Хорошие" результаты были получены у 3-х (5,6%), "удовлетворительные" - у 49 (90,7%), "неудовлетворительные" - у 2-х (3,7%) детей I группы. В группе сравнения "хороших" результатов не было ни у одного ребенка, "удовлетворительные" - у 29 (72,5%) и "неудовлетворительные" - у 11 (27,5%) детей. При семейной диспансеризации и реабилитации 39 (72,2%) часто болеющих детей перешли в группу болеющих редко. При реабилитации детей без семьи - только 10 (25%).

При анализе социальной эффективности лечения оказалось, что у детей I группы частота повторных респираторных заболеваний в год уменьшилась на 53,7%, количество дней нетрудоспособности - на 62,65%. Уменьшилось число больничных листов по уходу на 53,8%, потери рабочих дней по ним - на 54,9%; справок соответственно на 70,55%; 73,2%. Во II группе такого эффекта получено не было: частота повторных респираторных заболеваний уменьшилась только на 22,2%, дни нетрудоспособности - на 24,4%, число больничных листов - на 16,5%, потерь рабочих дней по ним - на 17,65%, число справок - на 7,5%, потерь рабочих дней по ним - на 8,2%.

Экономическую эффективность определяли путем сопоставления затрат, ушедших на организацию реабилитации часто болеющих детей с полученной "отдачей" в виде экономически выраженного

предотвращенного ущерба народному хозяйству страны.

Размер предотвращенного экономического ущерба народному хозяйству страны в I группе составил 20543 руб., во II — только 1657 руб., что в 12,3 раза меньше. Расходы, затраченные на организацию семейной диспансеризации и реабилитации (8261 руб.), превышали расходы при лечении детей без семьи (3106 руб.), однако "чистый" экономический эффект (размер предотвращенного экономического ущерба минус расходы на организацию оздоровления) в I группе составил 12282 руб., а во II группе отсутствовал вовсе и требовалось дополнительно 1449 руб. из государственного бюджета на покрытие стоимости оздоровительного лечения.

Таким образом, медицинская, социальная и экономическая эффективность семейной диспансеризации и реабилитации часто болеющих детей выше аналогичной эффективности оздоровления детей без семьи.

Заглядывая в недалекое будущее, мы не сомневаемся в том, что в структуре медицинских учреждений появится новый тип — семейный диспансер, который будет способен в полной мере осуществлять комплексную программу работ по повышению эффективности профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения, по устранению общих причин и условий, вызывающих возникновение заболеваний.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. За основу профилактики рецидивирующего респираторного синдрома у часто болеющих детей предлагаем: а) семейный подход к реабилитации, заключающийся в одновременном наблюдении и лечении (главным образом – единовременной санации хронических очагов инфекции) всех членов семьи с отклонениями в здоровье; б) индивидуализацию диагноза и лечение при рецидивах с учетом ведущих патогенетических механизмов, лежащих в основе рецидивирующего респираторного синдрома каждого данного ребенка; в) воздействие на общую реактивность организма ребенка путем профилактики перинатальной и ранней постнатальной патологии, обоснованного назначения адаптогенов и биостимуляторов, закаливания; г) изменение образа жизни (приобщение к физической культуре, борьба с курением и алкоголем) всех членов семьи.

2. Рекомендуем использовать диагностическую таблицу прогнозирования рецидивирующего респираторного синдрома с целью своевременного выявления среди детей раннего возраста групп: а) часто болеющих детей; б) риска; в) внимания и проведения реабилитационных мероприятий по профилактике у них частых заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Часто болеющие дети гетерогенны по этиологическим и патогенетическим механизмам формирования у них рецидивирующего респираторного синдрома, по клинической характеристике и, соответственно, нуждаются в дифференцированном подходе к лечению.
2. Клиническая структура часто болеющих детей представлена, главным образом, рецидивирующим бронхитом (60%), при этом преимущественно обструктивной формой, и заболеваниями ЛОР-органов (39,3%), которые определяют клинику рецидивирующего респираторного синдрома.
3. Ведущее место в генезе рецидивирующего респираторного синдрома у детей принадлежит семейной хронической очаговой инфекции преимущественно носоглотки, что диктует необходимость одновременной санации хронических очагов инфекции у всех членов семьи в качестве основного звена в широком комплексе оздоровительных мероприятий.
4. Выявлены: а) широкое распространение дисиммуноглобулинемий среди часто болеющих детей (50,4%) и их родителей (47,1%), главным образом за счет снижения IgA; б) наличие у часто болеющих детей трех видов реакции плазматических клеток на патологический процесс: иммунодефицит - 50,4%, ареактивность (отсутствие реакции иммуноглобулинов крови при очередном рецидиве) - 39,5%, высокая реактивность (повышение уровня иммуноглобулинов во время рецидива) - 10,1%; в) из числа часто болеющих детей приблизительно у 7% дисиммуноглобулинемии были совершенно идентичными с их родителями, что могло свидетельствовать о генетически обусловленных формах

иммунодефицита у небольшого числа из них.

5. Изучение цитологии содержимого лакун-миндалин в семьях часто болеющих детей показано с целью дифференциальной диагностики хронического тонзиллита, контроля за эффективностью лечения и косвенной характеристики иммунологического гомеостаза, как общего, так и местного, в лимфоидной ткани миндалин.

6. При изучении функциональной активности нейтрофилов с помощью НСТ-теста была выявлена диспропорциональная реакция клеток-гранулоцитов на инфекционный процесс, характеризующийся их гипофункцией в острый и повышенной редукцией НСТ в межрецидивный периоды, в процессе реабилитации происходит нормализация показателей НСТ-теста.

7. Истоки профилактики частых заболеваний у детей заложены в его семье, которую следует рассматривать в качестве микросоциальной среды с индивидуальными биологическими, социальными и генетическими свойствами.

8. Медицинская, социальная и экономическая эффективность семейной диспансеризации и реабилитации значительно превышает эффективность принятой обычно реабилитации детей без членов семьи.

9. Семейная диспансеризация и реабилитация часто болеющих детей — новый тип медицинского обслуживания, обеспечивающий профилактику рецидивов респираторных заболеваний у детей и взрослых, способный внести осязаемый вклад в осуществление проводимой в стране всеобщей диспансеризации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адо А.Д., Дуковский М.А. Некоторые вопросы аллергии у детей //В кн.: Аллергия в патологии детства /Под ред. Г.Н.Сперанского. - М.: Медицина, 1969. - С.23-40.
2. Алейников В.Ф., Алейникова Н.М. Сравнительное изучение результатов санаторно-курортного лечения больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких - жителей центрального Казахстана на местных климатических курортах и Южном берегу Крыма //Проблемы пульмонологии: Вып.7 /Под общ. ред. Н.В.Путова. - Ленинград: Б.Л., 1978. - С.103-106.
3. Аллергический диатез у детей раннего возраста (клиника, лечение, диспансеризация) /Учебно-методическое пособие под ред. О.А.Синявской. - Свердловск, 1980. - 58 с.
4. Альбицкий В.Ю. Экономический аспект проблемы часто болеющих детей //В кн.: Тез. докл. VI Украинского съезда детских врачей. - Харьков, 1982. - С.12.
5. Альбицкий В.Ю. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья и организации медицинского обслуживания часто болеющих детей //В кн.: Тез. Всесоюз. научной конф. "Гигиенические аспекты охраны здоровья детей и подростков". - Москва, 1984. - С.128-129.
6. Альтман Е.М. Некоторые вопросы диспансеризации детей с респираторным синдромом //Труды ин-та (Московский обл. н-й клин. ин-т. - 1975. - Т.5. - С.14-16.
7. Антонова Л.И., Левина Н.П., Киселева Л.Ф. Клинико-иммунологическая характеристика новорожденных, родившихся у жен-

- ции, перенесших ОРВИ в последнем триместре беременности //Вопр. охрана мат. и детства. - 1984, - № 1. - С.33-37.
8. Анциферова-Скварская А.А. Консервативное лечение неосложненных форм хронического тонзиллита с применением антибиотиков и его объективная оценка //Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1962, - № 6. - С.12-15.
9. Артамонов Р.Г. О рецидивирующих заболеваниях органов дыхания у детей //Педиатрия. - 1973, - № 5. - С.77-78.
10. Артамонов Р.Г., Добровольская Р.А. Рецидивирующие бронхиты //В кн.: Актуальные проблемы педиатрии /Под ред. И.Я.Студеникина, И.Гоуштека. - М.: Медицина, 1978. - С.245-259.
11. Артамонов Р.Г., Михеева Г.А., Шкаренкова Л.В. К вопросу о состоянии иммунитета у детей с рецидивирующими заболеваниями органов дыхания //Педиатрия. - 1978, - № 2. - С.82.
12. Артемов В.Г., Кондрахина О.И., Замотин Б.А. Влияние массы тела при рождении и массы тела к году жизни на заболеваемость детей первых 7 лет жизни //Вопр. охраны мат. и детства. - 1985, - № 6. - С.74.
13. Арутюнян Г.А. О состоянии верхних дыхательных путей и эффективности их санлирующей терапии в комплексном лечении детей, страдающих хронической неспецифической пневмонией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ереван, 1973. - 24 С.
14. Архипова Г.П., Беляева Г.Г. О состоянии здоровья родителей и детей в семьях сельских жителей //Сов. здравоохранение. - 1977, - № 8. - С.33-36.

15. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Результаты комплексного кли-
нико-социального исследования состояния здоровья часто бо-
леющих детей //В сб.: Тез. докладов XII съезда педиатров
СССР. - Таллин, 1985. - С.3-4.
16. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Пути оздоровления часто бо-
леющих детей //Вспр. охраны мат. и детства. - 1986, - № 8. -
С.65-67.
17. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. Организация оз-
доровления часто болеющих детей в яслях-садах //Медико-
социальные аспекты развития и воспитания здорового ребен-
ка: Тез. докладов Всесоюз. научной конференции 20-22/IX-
83 г. - Днепропетровск, Москва, 1983. - С.166-167.
18. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. Опыт оздоровле-
ния часто болеющих детей в яслях-садах //В кн.: Тез. док-
ладов Всесоюз. симпозиума "Комплексная профилактика грип-
па и других вирусных острых респираторных заболеваний у
детей. - Таллин, 1983. - С.107-108.
19. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. Организация
оздоровления часто болеющих детей в яслях-садах //Педиат-
рия. - 1984, - № 11. - С.38-41.
20. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. О совместной
работе Горьковского педиатрического института и органов
здравоохранения по диспансеризации детей дошкольного воз-
раста //Здравоохран. Российской Федерации. - 1985, - № 1. -
С.36-38.
21. Баранова З.П., Маслов А.И., Утевский Б.А. Передвижные
детские реабилитационные кабинеты //Сов. медицина. - 1980, -
№ 9. - С.100-102.

22. Баркан А.И. Влияние элеутерококка на заболеваемость детей ясельного возраста //Здравоохран. Казахстана. - 1978, - № 4. - С.46-47.
23. Баркан А.И. О некоторых критериях прогнозирования исхода адаптационного периода у детей, впервые поступивших в организованные коллективы //Педиатрия. - 1981, - № 9. - С.20-23.
24. Белокриницкий Д.В., Нарисенко Г.П., Налихович С.А. Исследование иммуноглобулинов и некоторых других показателей иммунологической реактивности при хронических пневмониях у детей //Педиатрия. - 1969, - № 9. - С.21-24.
25. Богданова А.В., Никитина В.В., Минеев В.Н. Основные критерии дифференциальной диагностики рецидивирующего бронхита и респираторного аллергоза у детей //В сб.: Рецидивирующий бронхит у детей и подростков /Под ред. А.В.Богдановой. - Ленинград, 1984. - С.79-85.
26. Большакова Т.Н. Вопросы клиники и лечения хронических тонзиллитов у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1966. - 23 с.
27. Борохов Д.З., Друбич И.Ф. Болезни органов дыхания в свете их влияния на прогностический трудовой потенциал общества //В сб.: Эпидемиология неспецифических заболеваний легких и организация пульмонологической помощи в СССР. - Ленинград, ВНИИП, 1980. - С.28-30.
28. Ботвиньева В.В. Иммунологические аспекты острых респираторных заболеваний //Таточенко В.К., Рачинский С.В., Споров О.А. Острые заболевания органов дыхания у детей. - М.: Медицина, 1981. - Гл. УП. - С.100-III.

29. Ботвиньева В.В. Иммунология острых заболеваний органов дыхания у детей //В сб.: Сов. педиатрия (ежегодные публикации об исследованиях советских авторов) /Под ред. М.Я.Студеникина; АМН СССР. - М.: Медицина, 1985. - С.106-130.
30. Ботвиньева В.В. Иммунная система при острых, затяжных и хронических инфекционно-воспалительных болезнях органов дыхания у детей //Педиатрия. - 1985, - № 1. - С.21-25.
31. Ботвиньева В.В., Извольская З.А., Шкаренкова Л.В. Иммунологическая реактивность детей раннего возраста при повторных острых респираторных вирусных инфекциях и при их осложнениях //Пед ат., акуш. г нек. - 1976, 38, - № 1.- С.14-15.
32. Бронхиты у детей /С.В.Рачинский, В.А.Таточенко, Р.Г.Артамонов, Р.А.Добровольский, О.А.Споров. - Ленинград: Медицина, 1978. - 216 с.
33. Бронхообструктивный синдром как клиническое проявление респираторно-сенцитиальной вирусной инфекции у детей раннего возраста /Р.В.Вартанян, С.А.Липкович, В.А.Афанасьева, В.С.Кетиладзе //Вопр. охраны мат. и детства. - 1984, - № 11. - С.31-35.
34. Буико В.П., Бахора В.И. Диагностические возможности ВТ-теста в педиатрической практике //Педиатрия. - 1984, - № 8. - С.62-64.
35. Буков В.А., Фельбербаум Р.А. Рефлекторные влияния с верхних дыхательных путей: (Роль в жизнедеятельности организма). - М.: Медицина, 1980. - 272 с.

36. Вальд А. Последовательный анализ: Пер. с англ. - М., 1960. - 328 с.
37. Вережкович Л.В. Комплексная оценка состояния здоровья детей дошкольного возраста и роль её в профилактике хронических заболеваний //Педиатрия. - 1983, - № 2. - С.9-11.
38. Веселов Н.Г., Брьев В.К. Болезни органов дыхания у детей первых 7 лет жизни //Педиатрия. - 1980, - № 1. - С.69-70.
39. Ветров В.П., Большакова Г.С., Таперова Л.Н. Многофакторная оценка риска возникновения заболеваний у детей //Педиатрия.- 1984, - № 4. - С.64-67.
40. Вилсман И.Е., Маянский А.Н. Применение реакции восстановления НСТ для оценки функционального состояния нейтрофилов //Казанский мед. журнал. - 1977, Т.58, - № 5. - С.99-100.
41. Виноградов В.П. Применение некоторых стимуляторов неспецифической реактивности в период реконвалесценции после острых респираторных заболеваний у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Вивница, 1971. - 22 с.
42. Влияние гепарина на восстановление тетразолиновых красителей нейтрофилами крови /З.М.Тананко, В.П.Лозовой, И.Н.Нагорная, З.И.Никитина //Лабораторное дело. - 1981, - № 10. - С.586-588.
43. Влияние социальных и гигиенических факторов на здоровье детского населения /С.М.Гавалов, Л.Ф.Казначеева, Н.Ф.Горшкова и др. //Бюллетень СО АМН СССР. - 1985, - № 3. -С.74-76.
44. Вонтакевич К.А. Определение общей окислительно-восстановительной активности нейтрофилов с помощью гистохимического красителя НСТ //Лабораторное дело. - 1977, - №3. - С.147-148.

45. Володина А.П., Матус Л.И. О лекарственной аллергии у детей //В кн.: Заболевания органов дыхания, пищеварения и аллергия у детей. - Минск, 1981. - С.168.
46. Воротник И.Ф., Гринева В.И. Опыт организации профилактики ОРЗ //Врачебное дело. - 1979, - № 8. - С.112-114.
47. Вундерлих П., Таль В. Организация диспансерного обслуживания детей с рецидивирующими и хроническими болезнями органов дыхания в ГДР //Педиатрия. - 1983, - № 8. - С.58-59.
48. Гавалов С.М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение. - М.: Медгиз, 1961. - 204 с.
49. Гавалов С.М. Хронические неспецифические пневмонии у детей. - М.: Медицина, 1968. - 380 с.
50. Гавалов С.М. К проекту классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии у детей //Педиатрия, - 1974, - № 7. - С.35-37.
51. Гавалов С.М. Аллергозы дыхательной системы у детей //Здравоохран. Белоруссии. - 1976, - № 10. - С.3-9.
52. Гавалов С.М. Патологические аспекты хронизации бронхолегочных заболеваний у детей //Тез. докл. научно-практической конференции "Актуальные проблемы медицинской науки и медицинской техники". - Новосибирск, 1983. - С.35-37.
53. Гавалов С.М. Первые итоги пятилетних поисков в изучении вопросов механизмов хронизации бронхолегочных заболеваний у детей //В сб.: Актуальные вопросы бронхолегочной патологии у детей. - Новосибирск, 1984. - С.5-19.
54. Гавалов С.М. Методологические и методические аспекты механизмов хронизации бронхолегочных заболеваний у детей //В

- кн.: Методологические проблемы медицины и биологии /Под ред. Л.К.Беляева, Ю.И.Бородина. - Новосибирск, изд-во "Наука", Сибирское отделение, 1985. - С.36-45.
55. Гавалов С.М., Казначеева Л.Ф. Роль очагов хронической инфекции в генезе повторных бронхолегочных заболеваний у детей //Вопр. охраны мат. и детства. - 1985. - № 9. - С.25-29.
 56. Гавалов С.М., Казначеева Л.Ф., Смирнова Л.П. Патологические основы рецидивов после острых пневмоний у детей //Тез. докл. II съезда детских врачей Узбекистана. - Ташкент, 1980. - С.121-122.
 57. Гаджимирзаев Г.А. Клинико-лабораторные материалы по вопросу о связи некоторых заболеваний верхних дыхательных путей с хронической пневмонией в детском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Махачкала, 1970. - 17 с.
 58. Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н. Введение в перинатальную медицину. - М.: Медицина, 1978. - 296 с.
 59. Генкин А.А. Выступление при обсуждении докладов //В кн.: Биологические аспекты кибернетики. - АН СССР, 1962. - С.231-233.
 60. Гингольд А.И., Асатрян К.М., Голубева Л.Г. Состояние верхних дыхательных путей и возрастные особенности развития придаточных пазух носа у детей раннего возраста //Вопр. охраны мат. и детства. - 1970. - № 2. - С.35-41.
 61. Грачева А.Г., Степина Г.Г. Использование методов вычислительного прогнозирования исхода пневмонии у детей раннего возраста //Педиатрия. - 1979. - № 10. - С.14-17.

62. Грекова И.П., Орлова Н.В. Диспансеризация часто болеющих детей на педиатрическом участке //Тез. докл. XII съезда педиатров СССР. - Таллин, 1985. -С.20-21.
63. Гриднева Г.В. Функциональные сдвиги в организме детей раннего возраста в период адаптации к дошкольному учреждению и пути их нормализации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1976. - 30 с.
64. Гринина А.В. Изучение состояния реактивности организма при кариезе и его осложнениях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 1973. - 16 с.
65. Гринина О.В., Вакинова Т.В. Социально-гигиеническое изучение детей в молодых семьях //Сов. здравоохранение. - 1984, - № 12. - С.18-23.
66. Гришкин И.Г. О распространенности хронических и рецидивирующих бронхолегочных процессов у детей //В кн.: Эпидемиология неспецифических заболеваний легких и организация пульмонологической помощи в СССР /Под ред. В.И.Тыщевского.- Л., 1980. - С.12.
67. Гублер Е.В. Краткие методические указания по составлению диагностических таблиц на основе метода последовательного статистического анализа. - Л., 1969. - 34 с.
68. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. - Л.: Медицина, 1973. - 141 с.
69. Гугасьянц М.А. Значение семейного фактора в распространении ангины и хронического тонзиллита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 1966. - 15 с.

70. Далецкая Л.П., Беленькая Л.В. Сезонная ритми различных классов иммуноглобулинов у здоровых детей второго года жизни //Мед ат., акуш. г неол. - 1978, - № 2. - С.21-23.
71. Денирчян В.А. Комплексное изучение заболеваемости, физического развития и состояние органов дыхания у детей, проживающих в условиях загрязненного цементной пылью атмосферного воздуха: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ереван, 1973. - 25 с.
72. Демченко А.Е. Влияние пассивного курения на заболеваемость в семьях с различными социально-бытовыми условиями //В сб.: Актуальные вопросы бронхолегочной патологии у детей. - Новосибирск, 1984. - С.25-27.
73. Диспансерное наблюдение детей в поликлинике /Под ред. К.Ф.Ширяевой. - Л.: Медицина, 1984. - 272 с.
74. Долгушина Л.П. Значение наследственности в развитии и течении аллергических заболеваний у детей //В кн.: Пороки развития генетически обусловленной формы хронических неспецифических заболеваний легких. - Л., 1976. - С.121.
75. Домбровская Е.Ф. Значение возрастной реактивности и компенсации в патогенезе, клинике и профилактике пневмоний детского возраста //Вестник АМН СССР, - 1960, - № 3.-С.9-15.
76. Дорожнова К.П. Роль социальных и биологических факторов в развитии ребенка. - М.: Медицина, 1983. - 160 с.
77. Дружинина Л.В. Задачи по дальнейшему улучшению охраны здоровья детей в дошкольных учреждениях //Педиатрия. - 1984, - № 7. - С.3-6.
78. Елецкий А.Ю. Иммунологические нарушения при экземе у детей

- и их родителей //Педиатрия. - 1981, - № 12. - С.36-37.
79. Едыкомов А.А. Функция коры надпочечников у детей с аденоидными вегетациями и хроническим аденоидитом: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1969. - 23 с.
80. Ефимова В.А. О мероприятиях по снижению заболеваемости группы часто и длительно болеющих //Сов. здравоохранение.- 1977, - № 7. - С.36-38.
81. Нарикова З.Н. Рецидивирующие и хронические неспецифические бронхолегочные заболевания у детей. (Структура, клинко-патогенетическая характеристика, прогноз): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Днепропетровск, 1972. - 36 с.
82. Лукова Н.П. Некоторые мероприятия по снижению заболеваемости детей ОРВИ в период их адаптации к условиям дошкольных учреждений //Педиатрия. - 1974, - № 4. - С.3-6.
83. Закаливание детей дошкольного возраста, страдавших частыми респираторными заболеваниями /Г.А.Разумцева, В.Н.Громова, М.В.Илиинская и др. //Педиатрия. - 1978, - № 8. - С.19-22.
84. Зеленский А.Ф., Переладова О.Л. К вопросу об аллергии в респираторной патологии у детей раннего возраста //В кн.: Аллергия в патологии детства /Под ред. Г.Н.Сперанского. - М.: Медицина, 1969. - С.78-81.
85. Зисельсон А.Д., Красильщикова Е.С., Хусенский И.А. Применение метода вычислительной диагностики для раннего выявления бронхиальной астмы у детей с синдромом бронхиальной обструкции //Вопр. охраны мат. и детства. - 1981, - № 2. - С.24-28.
86. Золотова Н.Я. Вопросы диагностики хронических тонзиллитов

//Труды V съезда оториноларингологов СССР. - Л., 1959. - С.521-523.

87. Зосимов А.Н., Старошкинская Г.А. Роль "пассивного курения" в патогенезе рецидивирующего и астматического бронхитов у детей /Вопр. охраны мат. и детства. - 1985, - № 6. - С.75.
88. Зыбцев В.П. Фагоцитарная активность лейкоцитов и их количество в крови при гриппе у детей //Педиатрия. - 1975, - № 1. - С.44-45.
89. Иванникова Н.В., Пенкин В.Н., Клименко Г.Я. Организация восстановительного лечения детей в поликлинических условиях //Сов. здравоохранение. - 1984, - № 11. - С.51-53.
90. Иванова И.В. Хронический тонзиллит у детей. - М.: Медицина, 1973. - 144 с.
91. Ивановская Т.Э. Значение иммунодефицитных синдромов в педиатрии //Педиатрия. - 1985, - № 1. - С.11-15.
92. Игнатьева Р.А., Максимова Т.М. Состояние и динамика основных показателей здоровья детского населения СССР //Педиатрия. - 1980, - № 2. - С.3-5.
93. Извольская З.А., Ботвиньева В.В. Состояние неспецифической иммунологической реактивности детей раннего возраста при острых респираторных вирусных инфекциях //Вопр. охраны мат. и детства. - 1976, - № 7. - С.8-12.
94. Имунная реактивность детей с отягощенным по аллергии семейным анамнезом /П.Д.Кац, А.С.Аистов, А.А.Рагимов и др. //Педиатрия. - 1985, - № 1. - С.27-30.

95. Инородные тела дыхательных путей как причина затяжных и хронических бронхолегочных заболеваний у детей /Е.В.Климанская, Г.Н.Бояндина, В.Х.Сосюра, А.А.Федорова //Вопр. охраны мат. и детства. - 1977, - № 4. - С.20-25.
96. Каганов С.В., Чистяков Г.М. Вопросы респираторных алергозов в детском возрасте //Педиатрия. - 1974, - № 7. - С.86-89.
97. Казмирчук В.Е. Эффективность заместительной иммуноглобулинотерапии у часто болеющих детей раннего возраста с гипои-мунным состоянием: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1978. - 24 С.
98. Казначеева Л.Ф. Клиническое и прогностическое значение пороговой чувствительности и коэффициента реактивности бронхов у детей, перенесших острое бронхолегочное заболевание: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Свердловск, 1982. - 23 С.
99. Казначеева Л.Ф., Гавалов С.М. Гиперреактивность бронхов, как одна из возможных причин повторных бронхолегочных заболеваний у детей //Тез. докладов научно-практической конференции "Актуальные проблемы медицинской науки и медицинской техники". - Новосибирск, 1983. - С.38-40.
100. Каланча Р.И. Влияние состояния здоровья родителей на здоровье детей первого года жизни //Сов. здравоохранение. - 1977, - № 5. - С.41-45.
101. Калининко Н.А. Распространенность и диагностика муковисцидоза среди детей с затяжными и хроническими бронхолегочными заболеваниями в городе Новосибирске: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Свердловск, 1984. - 22 С.

102. Камсык Л.Г. Задачи детских поликлиник по повышению роли семьи в воспитании здорового ребенка //Сов. здравоохранение. - 1985, - № 3. - С.19-23.
103. Камсык Л.Г., Алатарцева С.Г., Мартинов В.Л. Участие семьи в восстановительном лечении ребенка //Сов. здравоохранение. - 1986, - № 1. - С.18-23.
104. Карпова-Рассоха Л.Г. Цитологический состав содержимого лакун в диагностике хронического тонзиллита //Вестник оториноларингологии. - 1950, - № 5. - С.59-64.
105. Карпова Л.Г. Цитологические данные лакун в диагностике хронического тонзиллита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ставрополь, 1953. - 8 с.
106. Качан Л.Н. Исследование рефлекторных изменений цитоза отделяемого небных миндалин у здоровых людей и у лиц, часто болеющих ангиной и обострениями хронического тонзиллита //Труды V съезда оториноларингологов СССР. - Л., 1959. - С.486-488.
107. Кетиладзе Е.С., Бартанян Р.В., Иванова Л.А. Отдаленные исходы РС - вирусного заболевания, протекавшего с обструктивным синдромом у детей раннего возраста //Вопр. охраны мат. и детства. - 1984, - № 1. - С.54-59.
108. Килина М.М., Колесникова М.Б., Власова Г.А. Опыт работы отделения реабилитации в условиях детской поликлиники //Педиатрия. - 1984, - № 9. - С.65-66.
109. Кирющенков А.П. Влияние вредных факторов на плод. - М.: Медицина, 1978. - 215 с.
110. Классификация неспецифических бронхолегочных болезней у

- детей //Педиатрия. - 1981, - № 1. - С.7-9.
- III. Клинико-иммунологическая характеристика детей, часто болеющих ОРВИ /В.В.Иванова, Г.П.Курбатова, О.П.Аксенов, Э.Г.Камальдинова //Педиатрия. - 1982, - № 4. - С.7-9.
- II2. Клинико-лабораторные сопоставления и вопросы диагностирования рецидивирующего бронхита у детей /Н.В.Воробьева, Э.В.Горбовицкая, Г.Э.Лившиц и др. //В сб.: Рецидивирующий бронхит у детей и подростков /Под ред. А.В.Богдановой. - Л., 1984. - С.56-60.
- II3. Клиническая характеристика новорожденных, родившихся у матерей, страдающих ревматизмом, хроническим тонзиллитом или врожденным пороком сердца /В.Х.Пашков, Э.М.Землякова, А.А.Радионченко, Е.Г.Иванова //Вопр. охраны мат. и детства. - 1981, - № 10. - С.69.
- II4. Клинико-функциональные критерии рецидивирующего и астматического бронхита у детей /М.В.Сидельников, О.И.Ласица, Т.Г.Лебедева и др. //Вопр. охраны мат. и детства. - 1979, - № 8. - С.67.
- II5. Кобзева Л.Ф. Состояние здоровья детей дошкольных учреждений и мероприятия по снижению их заболеваемости в период адаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1975. - 18 С.
- II6. Колесникова М.Б. Возможности прогнозирования исхода пневмонии у детей раннего возраста //Педиатрия. - 1979, - № 10. - С.60-63.
- II7. Коликов С.И. Состояние ЛОР-органов при аномалиях развития челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: М., 1969, -17 С.

118. Колтунов М.В. Бронхо- и пневмопатии у детей с хроническими заболеваниями носоглотки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1969. - 18 с.
119. Константинова Н.П. Роль заболеваний верхних дыхательных путей и миндалин в патогенезе некоторых поражений бронхов и легких у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1971. - 36 с.
120. Контингентны высокого риска среди детей дошкольного возраста и факторы, их формирующие (Л.Г.Лекарев, Г.И.Вихристок, Г.Н.Капустян и др. //Сов. здравоохранение. - 1977, - № 6. - С.31-35.
121. Король О.И., Мовчан Н.С. Характеристика гуморального иммунитета у детей с рецидивирующим бронхитом //В сб.: Рецидивирующий бронхит у детей и подростков /Под ред. А.В.Богдановой. - Л., 1984. - С.44-46.
122. Короткая Е.В. Клинико-иммунологическая характеристика новорожденных, родившихся у женщин с инфекционно-воспалительными заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1978. - 27 с.
123. Кравченко Н.А. Система диагностического обследования и диспансеризация детей с рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1982. - 25 с.
124. Кравченко Н.А., Сурков В.Д. Опыт организации медицинской помощи детям с рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями // Педиатрия. - 1982, - № 9.-С.57-59.

125. Кучерин Н.А. Экономические аспекты заболеваемости и производительности труда. - Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1978. - 240 с.
126. К характеристике сывороточных иммуноглобулинов у детей с затяжными, рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями /Г.А.Никеева, Е.В.Серета, Т.В.Фокина, Л.А.Малкина //Вопр. охраны мат. и детства. - 1975, - № 5. - С.20-23.
127. Лебедева Т.Г. Диагностика у детей рецидивирующего бронхита аллергического генеза и особенности его санаторно-курортного лечения //Тез. 3-го симпозиума аллергологических и иммунологических обществ социалистических стран. - Сухуми, 1977. - С.173-174.
128. Лисяна Т.О., Казмирчук В.Е. Уровни основных классов иммуноглобулинов у детей раннего возраста с рецидивирующими респираторными заболеваниями //Пед ат., акушерство г некология. - 1974, - № 5. - С.8-10.
129. Дихачев А.Г. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей в детском возрасте //В сб.: Аллергия в патологии детства /Под ред. Г.Н.Сперанского. - М., 1969. - С.65-72.
130. Дихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. - М.: Медицина, 1984. - 362 с.
131. Дихоненко В.П. Фагоцитарная активность лейкоцитов у больных гриппом //Врачебное дело. - 1974, - №8.- С.147-149.
132. Лукьянов В.В. Оценка экономических потерь от заболеваемости гриппом и ОРЗ и экономическая эффективность вакци-

- нопрофилактики гриппа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1974. - 18 с.
133. Назинг Д.А., Меленина Л.А., Данилова М.А. Функциональная активность нейтрофилов у больных рецидивирующим бронхитом // В сб.: Рецидивирующий бронхит у детей и подростков / Под ред. А.В.Богдановой. - Л., 1984. - С.97-100.
134. Макарова З.С. Особенности состояния здоровья детей раннего возраста, часто и редко болеющих острыми респираторными заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1984. - 17 с.
135. Маккаев Х.М. Клинико-функциональная характеристика хронического аденоидита у детей и обоснование его консервативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1984. - 20 с.
136. Маматкулов Б. Состояние здоровья детей раннего возраста и пути дальнейшего его улучшения (Комплексное социально-гигиеническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1982. - 16 с.
137. Матвеев М.П., Чебуркин А.В. Пограничные состояния у детей // Педиатрия. - 1981, - № 12. - С.8-12.
138. Маянский Д.Н. Функциональная активность полинуклеаров крови по данным реакции с нитросиним тетразолием // ПМЭ. - 1980, - № 2. - С.38-41.
139. Медицинское обследование и диспансеризация детей, воспитывавшихся в дошкольных учреждениях (яслях, яслях-садах, детских садах) / Методические рекомендации. - Горький, 1982. - 39 с.

140. Методическое пособие для программированного обучения и контроля знаний по теме "Экономика здравоохранения" /И.Г.Лаврова, В.М.Алексеева, И.П.Каткова, Г.Н.Соболевский. - М., 1979. - 54 с.
141. Михайлова Э.М. Иммунологические исследования в педиатрии //В сб.: Советская педиатрия (ежегодные публикации об исследованиях советских авторов) /Под ред. М.Я.Студеникина; АМН СССР. - М.: Медицина, 1983. - С.174-197.
142. Михайлова Э.М. Методологические аспекты иммунологических исследований в педиатрии //Педиатрия. - 1985, - № 1. - С.7-11.
143. Наблюдение за детьми детских садов Г.Таллина, часто болеющими респираторными инфекциями (М.С.Приймаги, В.Т.Дирниченкова, Т.А.Попова и др. //Тез. докладов XII съезда педиатров СССР. - Таллин, 1985. - С.48-49.
144. Нагоев Б.С., Шубич М.Г. Значение теста восстановления нитросинего тетразолия для изучения функциональной активности лейкоцитов (обзор литературы) //Лаб. дело. - 1981, - № 4. - С.195-197.
145. Намийлиджанов А.Х. Влияние химических факторов на заболеваемость органов дыхания у детей //Тез. II съезда детских врачей Узбекистана. - Ташкент, 1980. - С.144-145.
146. Некоторые неспецифические факторы защиты при дефиците железа у детей /Л.М.Дзакова, В.С.Гараничев, И.А.Комарова, В.В.Степанн //Педиатрия. - 1984, - № 9. - С.31-33.
147. Некрасова Э.Г. Состояние верхних дыхательных путей у детей раннего и дошкольного возраста, страдающих хроничес-

кой пневмонией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1972. - 13 с.

148. Нестерова И.В. Клинико-диагностическое значение ВГ-теста при стафилококковой пневмонии у детей //Педиатрия.- 1980, - № 5. - С.50.
149. Нетрудоспособность в связи с уходом за часто болеющими детьми /В.В.Альбицкий, А.А.Баранов, И.И.Пуртов, И.Л.Сгнева //Сов. здравоохранение. - 1983, - № 8. - С.28-31.
150. Новикова Е.Ч., Бодякина В.И. О риске перинатальной патологии при заболеваниях матери //Вопр. охраны мат. и детства. - 1975, - № 1. - С.3-9.
151. Носов С.Д. Острые респираторные вирусные инфекции у детей //В сб.: Советская педиатрия (ежегодные публикации об исследованиях советских авторов) /Под ред. И.Н.Студеникина; АМН СССР. - М.: Медицина, 1985. - С.44-60.
152. НТР, окружающая среда и здоровье ребенка /С.М.Гавалов, А.Е.Демченко, Л.Ф.Казначеева и др. //Бюллетень СО АМН СССР. - 1983, - № 1. - С.90-94.
153. О дневном стационаре для детей /Э.И.Дружинина, Л.И.Иванова, Н.А.Новляева, Г.И.Горюнова //Педиатрия. - 1985, - № 4. - С.58-59.
154. О пассивном курении и частоте бронхолегочной патологии у детей /С.М.Гавалов, А.Е.Демченко, Л.Ф.Казначеева, Н.Ф.Горюнова и др. //Педиатрия. - 1984, - № 1. - С.32-34.
155. О факторах, способствующих возникновению хронических бронхолегочных заболеваний у детей дошкольных учреждений /Л.Е.Блещева, И.Е.Кулиманов, К.А.Оспанова, Р.Г.Халитова

//В кн.: Эпидемиология неспецифических з-ний легких и организация пульмонологической помощи в СССР /Под ред. В.И.Тыщенко. - Л., 1980. - С.12-13.

- 156.Об опыте оздоровления детей на базе санаториев-профилакториев /Г.М.Баканова, Р.А.Лантев, Г.М.Мупришин и др. //Педиатрия. - 1985, - № 4. - С.59-60.
- 157.Огнева М.А., Альбицкий В.Ю. Опыт оздоровления часто болеющих детей в летний период //Медицинские и социально-гигиенические аспекты материнской и детской заболеваемости: Тез. Республиканской научно-практической конференции 8-9/VI-1983. - Ашхабад, 1983. - С.75.
- 158.Оцоприенко А.В. Состояние здоровья и развитие детей, посещающих и не посещающих дошкольные учреждения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1973. - 17 с.
- 159.Опыт диспансеризации детей с аллергическими заболеваниями и аллергическим диатезом /Л.Н.Барышникова, А.Д.Зисельсон, Т.Э.Лифшиц, И.А.Унеговский //Вопр. охраны мат. и детства.- 1980, - № II. - С.14-16.
- 160.Опыт организации реабилитационных и оздоровительных групп местного дошкольного санатория для часто болеющих детей /Г.П.Бондаренко, Т.В.Болдарь, Е.Г.Мурков, Л.С.Овчаренко //Педиатрия. - 1986, - № 7. - С.64-65.
- 161.Опыт организации терапевтических отделений в детских стационарах /О.С.Махмудов, Б.А.Кадиров, И.Т.Алишева, Ф.И.Набиева //Педиатрия. - 1985. - № 2. - С.72-73.
- 162.Организация медицинского обслуживания и диспансеризации часто болеющих детей дошкольного возраста (методические

рекомендации) /А.А.Баранов, В.В.Альбицкий, И.П.Грехова и др. - Горький, 1984. - 36 с.

163. Организация оздоровления часто болеющих детей в яслях-садах промышленных предприятий (методические рекомендации) /А.А.Баранов, В.В.Альбицкий, И.И.Пуртов и др. - Горький, 1984. - 24 с.
164. Осия А.Я., Матвеева Л.А. Клинические варианты рецидивирующего бронхита у детей //Вопр. охраны мат. и детства.- 1981, - № 10. - С.9-12.
165. Особенности течения респираторных аллергозов у детей раннего возраста /Т.В.Памун, В.И.Дашковская, Л.Р.Пометкина, О.И.Дзюба //Педиатр., акуш. и гинек. - 1978, № 1. - С.16-17.
166. Отдельнова К.А. О методике исследования контингентов длительно и часто болеющих //Тез. Седьмой научной конференции молодых научных работников. - М., 1966. -С.50-52.
167. Отдельнова К.А. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности длительно и часто болеющих за 5 лет. (Социально-гигиеническое исследование по материалам з-да "Красный пролетарий"): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1969. - 15 с.
168. Патогенетические основы рецидивирующих бронхитов у детей /С.М.Гавалов, Л.Ф.Казначеева, Л.П.Смирнова, Н.Ф.Горшкова и др. //В сб.: Рецидивирующий бронхит у детей и подростков /Под ред. А.В.Богдановой. - Л., 1984.- С.25-28.
169. Петров Р.В., Асвацатрян В.А., Ицоян Л.А. Сравнительная характеристика некоторых иммунологических показателей у

детей при рецидивирующем бронхите, острой и затяжной пневмонии //Педиатрия. - 1984. - № 6. - С.47-50.

- I70. Петрова Л.П. К вопросу об этиопатогенезе и лечении хронических тонзиллитов //Труды 5 съезда оториноларингологов СССР. - Л., 1959. - С.461-463.
- I71. Платонова В.А. Клинико-рентгено-бронхологическая характеристика хронических бронхолегочных заболеваний у детей и вопросы организации их диспансерного обслуживания: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Воронеж. 1972. - 41 с.
- I72. Платонова В.А., Матвеева В.П. Опыт работы пульмонологического кабинета детской поликлиники //Педиатрия. - 1974. - № 7. - С.74-78.
- I73. Попова Л.А. Острые респираторные заболевания в детских учреждениях //В кн.: Острые заболевания органов дыхания у детей /В.К.Таточенко, С.В.Рачинский, О.А.Споров. - М.: Медицина, 1981. - С.10-16.
- I74. Применение реакции восстановления нитросинего тетразолия для дифференциальной диагностики острых респираторных заболеваний и пневмоний у новорожденных /О.Н.Пикуза, Е.П.Гуревич, А.Н.Маянский, М.Е.Виксман //Педиатрия. - 1980, - № 9. - С.17-19.
- I75. Профилактика заболеваний органов дыхания у детей /Н.С.Тюрина, Б.А.Гойхенберг, Я.И.Жаков и др. - Челябинск, Юж.-Урал. кн. изд-во, 1984. - 99 с.
- I76. Проблема реабилитации и ее значение для педиатрии /Г.М.Чистяков, Н.В.Догель, Е.Н.Харина, Р.Ф.Стрельбицкая

- //Вопр. охраны мат. и детства. - 1982, - № 6.-С.57-60.
177. Прогнозирование исхода адаптации детей к условиям дошкольного учреждения и школы /А.А.Солищев, А.Н.Агеев, Л.А.Иданова и др. //Вспр. охраны мат. и детства. - 1986, - № 8. - С.72.
178. Прогнозирование повторных острых, затяжных и рецидивирующих пневмоний у детей и организация их предупреждения (методические рекомендации) /И.Н.Усов, Т.Н.Войтович. - Минск, 1979. - 9 с.
179. Проект классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии у детей /Ю.Ф.Домбровская, М.Я.Студеникин, С.В.Рачинский и др. //Педиатрия. - 1973, - № 9. - С.3-7.
180. Пуртов И.И. О профилактике частых заболеваний у детей дошкольного возраста //В сб.: Тезисы докладов XII съезда педиатров СССР. - Таллин, 1985. - С.50-51.
181. Пуртов И.И. Опыт оздоровления детей группы риска в условиях дошкольного учреждения //Вопр. охраны мат. и детства. - 1985, - № 10. - С.60-62.
182. Царя В.П. Роль заболеваний носоглотки в патогенезе хронической пневмонии у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Днепропетровск, 1973. - 17 с.
183. Распространенность хронических и рецидивирующих неспецифических заболеваний легких среди детей /С.В.Каганов, Л.П.Иошпа, Е.Н.Харина и др. //Вопр. охраны мат. и детства. - 1984, - № 12. - С.25-29.

184. Расторгуева Л.В. Опыт оздоровления часто и длительно болеющих детей в санаторном детском саду в условиях Заполярья //Педиатрия. - 1986, - № 7. - С.65-66.
185. Расчет предотвращенного экономического ущерба при внедрении в практику здравоохранения новых методов лечения и обследования больных (методические рекомендации) /И.М.Трошин, Л.Д.Янина, Е.В.Полякова и др. - М., 1984. - 28 с.
186. Рачинский С.В., Середа Е.В. Принципы диспансерного наблюдения детей с рецидивирующими и хроническими бронхолегочными заболеваниями на современном этапе //В кн.: Тез. докладов Украинского республиканского съезда детских врачей УССР. - Харьков, 1982. - С.67-68.
187. Рачинский С.В., Середа Е.В. Рецидивирующие и хронические заболевания органов дыхания у детей //В сб.: Советская педиатрия (ежегодные публикации об исследованиях советских авторов) /Под ред. М.Я.Студеникина; АМН СССР. - М.: Медицина, 1983. - С.88-112.
188. Рачинский С.В., Таточенко В.Х., Споров О.А. Актуальные проблемы хронической пневмонии //В кн.: Актуальные проблемы педиатрии /Под ред. М.Я.Студеникина и И.Гоуштека. - М.: Медицина, 1979. - С.192-210.
189. Реабилитация детей с острыми пневмониями (методические рекомендации) /С.М.Гавалов. - Новосибирск, 1980. - 72 с.
190. Рецидивирующие и хронические заболевания органов дыхания у детей (структура диспансерного контингента и вопросы организации медицинской помощи) /В.Х.Таточенко, С.В.Рачинский, О.А.Споров и др. //Педиатрия. - 1972, - № 10, -

С.31-35.

191. Родцевич О.Г., Суковатых Т.Н. Конституциональные особенности детей, страдающих бронхиальной астмой //Педиатрия.- 1984, - № 10. - С.26-28.
192. Роль социальных, наследственных и медико-биологических факторов в развитии и течении пневмонии у детей раннего возраста /В.М.Куруц, Ф.Ф.Озороцкий, Л.А.Качала и др. //Педиатрия. - 1984, - № 8. - С.78.
193. Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения /Под ред. Ю.П.Лисицина.- М.: Медицина, 1975. - 336 с.
194. Руководство по пульмонологии детского возраста /Под ред. Ю.Ф.Домбровской. - М.: Медицина, 1978. - 524 с.
195. Сафронова О.Н., Резниченко Ю.Г. Иммуний статус больных бронхиальной астмой детей и их родителей //Вопр. охраны мат. и детства. - 1986, - № 3. - С.15-18.
196. Светлова А.К. Аденосинусопневмопатии как аллергоз легкого //Материалы 9-го Всесоюзного съезда детских врачей. - М., 1967. - С.84-86.
197. Светлова А.К. Аденосинусопневмопатии у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1970. - 39 с.
198. Светлова А.К. Затяжные и рецидивирующие бронхолегочные неспецифические заболевания у детей раннего возраста //В кн.: Руководство по пульмонологии детского возраста /Под ред. Ю.Ф.Домбровской. - М.: Медицина, 1978. - С.213-244.

199. Семейная реабилитация детей, часто и длительно болеющих бронхолегочными заболеваниями /С.И.Гавалов, Н.Ф.Горшкова, О.М.Савина и др. //Педиатрия. - 1986, - № 3. - С.56-59.
200. Сергеева К.М., Ганичева Е.И., Сиротенко Е.А. Острые респираторные заболевания у детей. - Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1979. - 184 с.
201. Середа Е.В., Михеева Г.А. Особенности течения рецидивирующих и хронических заболеваний у детей с иммунодефицитным состоянием //В кн.: Пороки развития и генетически обусловленные формы хронических неспецифических заболеваний легких. - Л., 1976. - С.135-136.
202. Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д. Основы организации поликлинической помощи населению. - М.: Медицина, 1976. - 672 с.
203. Сигаева И.А. Реабилитация больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких с бронхоспастическим компонентом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Харьков, 1980. - 27 с.
204. Сидельникова Л.В., Нестерова И.В. Станная реабилитация детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями в амбулаторно-поликлинических условиях //Педиатрия. - 1984, - № 9. - С.11-13.
205. Синусобронхиты и синусопневмонии у детей раннего возраста /А.К.Светлова, Константинова, Н.А.Ленская, Н.С.Иванкова //Педиатрия. - 1962, - № 9. - С.19-24.
206. Скоробогатова О.В., Самсыгина Г.А. Оценка функциональной активности нейтрофилов и моноцитов периферической крови

- у новорожденных детей с бактериальной и вирусной инфекцией //Педиатрия. - 1980, № 5. - С.47-49.
207. Скучала Л.Н. Микротепловой метод диагностики лекарственной аллергии при бронхиальной астме у детей //Тез. докладов научно-практической конференции "Актуальные проблемы медицинской науки и медицинской техники". - Новосибирск, 1983. - С.165-166.
208. Скучала Л.Н. Диагностическое значение микротеплового метода и реакции агломерации лейкоцитов в выявлении лекарственной аллергии при бронхолегочных заболеваниях у детей //В сб.: Актуальные вопросы бронхолегочной патологии у детей. - Новосибирск, 1984. - С.54-57.
209. Слипченко Р.Х., Нарциссов Р.П., Скольская Н.О. Прогнозирование ОРЗ и пневмоний у детей с экссудативным диатезом //Профилактика и лечение острых пневмоний у детей: Тез. докладов Всесоюзной научно-практической конференции. - М., 1978. - С.32-33.
210. Смирнова Л.П. Состояние показателей гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы при острых пневмониях у детей //В сб.: Актуальные вопросы бронхолегочной патологии у детей. - Новосибирск, 1984. - С.27-31.
211. Смирнова Л.П. Клиническое и прогностическое значение показателей гипофизарно-надпочечниковой, тиреоидной систем и СТГ при пневмониях у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1985. - 22 С.
212. Смирнова Н.М. Эффективность лечения детей в детском саду //В сб.: Тез. докладов XII съезда педиатров ЭССР. - Таллин, 1985. - С.67-68.

213. Солицев А.А. Диагностика расстройств адаптации у детей при поступлении в дошкольное учреждение и школу //Педиатрия. - 1985, - № 4. - С.29-34.
214. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях /Под ред. Р.В.Тонковой-Ямпольской, Е.Шидт-Кольмер, А.Атанасовой-Буновой. - М.: Медицина, 1980. - 235 с.
215. Сперанский Г.Н., Соколова Т.С. К изучению аллергических заболеваний в раннем детском возрасте //В кн.: Аллергия в патологии детства. - М.: Медицина, 1969. - С.11-22.
216. Старохинская Т.А., Зосимов А.Н. Критерии диагностики рецидивирующего и астматического бронхитов в стадии ремиссии у детей //В кн.: Пульмонология, вып.6. - Киев, 1983. - С.93-95.
217. Стрельцов И.М., Рыбин В.А., Куренская Н.М. О наиболее частых причинах обструкции нижних дыхательных путей у детей //Педиатрия. - 1985, № 7. - С.52-53.
218. Судакова А.В., Левина Н.П., Клямова Л.И. Острые респираторные заболевания и пневмонии новорожденных //Вопр. охраны мат. и детства. - 1984, - № 1. - С.37-39.
219. Суковатих Т.Н., Родцевич О.Г. Клинико-генетические аспекты сочетанных форм респираторной и кожной аллергии у детей //Вопр. охраны мат. и детства. - 1984, - № 3.-С.20-22.
220. Сывороточные иммуноглобулины при аллергических заболеваниях у детей раннего возраста /Т.В.Фокина, Т.С.Соколова, Г.А.Михеева и др. //Педиатрия. - 1975, - № 10. -С.17-21.
221. Тактика врача в подготовке детей к профилактическим прививкам и методы их иммунизации /Е.А.Лакттыкина, Е.Г.Коссо-

- ва, Е.Г.Фарафонтова, Р.И.Фурман //Вопр. охраны мат. и детства. - 1984, - № 3. - С.66-71.
222. Таль В. Диспансерное обслуживание детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями дыхательных путей //Вопр. охраны мат. и детства. - 1974, - № 11. - С.43-45.
223. Тарасов О.Ф., Фонарев М.И. Реабилитация при детских болезнях. - Л.: Медицина, 1980. - 230 с.
224. Таточенко В.К. Острые бронхиты в детском возрасте //В сб.: Советская педиатрия (ежегодные публикации об исследованиях советских авторов) /Под ред. М.Я.Студеникина; АМН СССР. - М.: Медицина, 1985. - С.60-74.
225. Таточенко В.К., Рачинский С.В., Споров О.А. Острые заболевания органов дыхания у детей. - М.: Медицина, 1981. - 208 с.
226. Таточенко В.К., Реутова В.С., Исакова О.Ф. О причинах рецидивирования синдрома бронхиальной обструкции при ОРВИ у детей //Педиатрия. - 1984, - № 9. - С.21-22.
227. Таточенко В.К., Щурегин В.К. Острые пневмонии //В сб.: Советская педиатрия (ежегодные публикации об исследованиях советских авторов) /Под ред. М.Я.Студеникина; АМН СССР. - М.: Медицина, 1983. - С.63-88.
228. Тиманн Х.Х. Проблемы диспансерного обслуживания больных хроническим бронхитом //Педиатрия. - 1983, - № 3. - С.66-67.
229. Ткаченко С.К. Влияние перинатальной патологии на формирование иммунологических реакций у детей раннего возраста //Педиатрия. - 1986, - № 4. - С.6-9.

230. Тонкова-Ямпольская Р.В., Голубева Л.Г., Мишкис А.И. Некоторые вопросы социальной адаптации в раннем детстве //Педиатрия. - 1979, - № 10. - С.6-10.
231. Тюрин Н.А. Бронхиальная астма у детей. - М.: Медицина, 1974. - 232 с.
232. Усов И.Н. Иммунологические сдвиги и аллергия при некоторых мультифакториальных заболеваниях у детей //Здравоохранение Белоруссии. - 1981, - № 9. - С.10-12.
233. Усов И.Н., Войтович Т.Н. Факторы предрасположения к затяжным и рецидивирующим пневмониям и их оценкам у детей //Педиатрия. - 1979, - № 4. - С.23-26.
234. Франгузов Б.Л., Васильева А.Б. Применение ингаляций у лиц, часто болеющих ОРЗ и со склонностью к обострениям хронического тонзиллита //Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1979. - № 4. - С.54-57.
235. Функциональное состояние литовидной железы и гипофизарно-надпочечниковой системы при острых и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях у детей /С.Б.Соловьев, В.П.Алферов, С.В.Торопов, И.Б.Наумова //Вопр. охраны мат. и детства. - 1986, - № 3. - С.31-32.
236. Характеристика функциональной активности нейтрофилов крови человека с помощью реакции восстановления нитросинего тетразолия /А.Н.Маянский, М.Е.Виксман, П.Н.Дотельников, И.В.Молчанов //ДМЭИ. - 1977, - № 6. - С.106-111.
237. Хечинашвили С.Н., Кордания Т.С. Изучение закономерностей эмиграции форменных элементов белой крови из небных миндалин и слизистой оболочки глотки в эксперименте и кли-

нике //Труды 5 съезда оториноларингологов СССР. - Л., 1959. - С.475-477.

238. Хмельницкая Н.М., Попов Е.Л., Пудина П.Н. Характеристика морфо-функционального состояния ткани небных миндалин и содержимого лакун при хроническом тонзиллите у детей //Архив патологии. - 1983, - № 4. - С.49-54.
239. Царегородцев А.Д. Тест восстановления нитросинего тетразолия в оценке эффективности антибактериальной терапии осложнений острых респираторно-вирусных заболеваний у детей //Педиатрия. - 1980, - № 1. - С.37-38.
240. Часто болеющие дети, как социально-клиническая проблема /В.В.Альбицкий, А.А.Баранов, И.И.Пуртов, Р.А.Родикова //Медицинские и социально-гигиенические аспекты материнской и детской заболеваемости: Тез. Республиканской научно-практической конференции 8-9/VI-1983. - Ашхабад, 1983. - С.15.
241. Чуйко А.П. Заболевания органов дыхания и мероприятия по их снижению у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1972. - 21 С.
242. Чухловина М.Г. Клинико-иммунологическая характеристика хронических и рецидивирующих бронхолегочных заболеваний у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1977. - 29 С.
243. Чухловина М.Г. Лечение хронических бронхолегочных заболеваний у детей. - Л.: Медицина, 1981. - 224 с.
244. Шакова А.Г. Организация специализированных групп в дошкольных учреждениях для детей с аллергическими заболеваниями //Педиатрия. - 1983, - № 4. - С.56-57.

245. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М.: Медицина, 1985. - 336 с.
246. Шинкаренко Л.Н. Состояние здоровья детей, рожденных от алергизированных родителей: Автореф. дис. ... канд.мед. наук. - Алма-Ата, 1977. - 20 с.
247. Ширяева К.Ф., Богданова А.В. Диагностика и течение рецидивирующего бронхита у детей //Педиатрия. - 1982. - № 9. - С.25-26.
248. Шкурии Г.Н. Состояние здоровья, условия жизни семей рабочих и служащих Дальзавода. (Комплексное соц.-гигиен. исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Владивосток, 1972. - 29 с.
249. Шляховая Э.В. Заболеваемость детей раннего возраста и роль некоторых социально-гигиенических факторов (по материалам Ленинграда): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1969. - 19 с.
250. Шубич М.Г., Медникова Б.Г. ВТ-тест у детей в норме и при гнойно-бактериальных инфекциях //Лаб. дело. - 1978, - № 9. - С.
251. Эффективность применения иммуномодулирующих средств в комплексе оздоровительных мероприятий у часто болеющих детей /М.Л.Огнева, С.Н.Кузьмин, Б.Б.Першин и др. //Педиатрия. - 1986, - № 1. - С.11-14.
252. Эрибова А.А. О патогенезе алерго-дерматозов у детей //Педиатрия. - 1976, - № 11. - С.20-21.

253. Aiello L.P., Luby I.P. Concomitant Mycoplasma and Adenovirus Infection in a Family // Amer. J. Dis. Child. - 1974. - V. 128. - N 6. - P. 874-977.
254. Арнаудова-Тодорова В., Шинкарева К., Васильева И.М. Роль респираторных инфекций в этиологии заболеваний органов дыхания у детей // Педиатрия (София). - 1970, - № 9, I.- с.16-23.
255. Arndt M. Immunoglobulin A and Immunoglobulin B beim Asthma bronchiale des Kindes // Wochr. Kinderheilk. - 1976. - V. 124. - N 5. - P. 256-257.
256. Az IgA-es IgG az nt jelentősége az astma bronchiale és idült légúti megbetegedések kialakulásában / I.Lajos, P. Osváth, K.Fornai, L.Endre // Gyermekgyógyászat. - 1979. - V. 30. - N 4. - P. 439-444.
257. Azimi P.H., Koranyi K.I. Mycoplasma Pneumoniae Infections in a Family. A Description with Comments // Clin. Pediat. (Philad.). - 1977. - V. 16. - N 12. - P. 1138-1139.
258. Beard L.I., Maxwell G.M., Thong I.H. Immunocompetence of children with frequent respiratory infections // Arch. Dis. Child. - 1981. - V. 56. - N 2. - P. 101-105.
259. Beutrais A.L., Fergusson D.M., Shannon P.T. Life events and childhood morbidity: A prospective study // Pediatrics. - 1982. - V. 70. - N 6. - P. 935-940.
260. Bouchalova M. Nemocnost a kojeneckého věku jako základ dlouhodobých rozdílů rozvoji nemocnosti do prepuberty // Cs. Zdrav. - 1983. - V. 31. - N 1. - P. 10-18.
261. Breast-feeding and respiratory virus infection / A.L. Frank, L.H. Taber, W.P. Claren et al. // Pediatrics. - 1982. - V. 70. - N 2. - P. 239-245.
262. Bronchiolite grave nel lattante. (Considerazioni su 430 ca-

- si) / R. Zamar, G.G. Del Vado, H.P. Schorroeder et al. // *Minerva pediat.* - 1969. - V. 21. - N 51. - P. 2385-2392.
263. Burrows B., Lebowitz M.D., Knudson R.I. Epidemiologic Evidence that Childhood Problems Predispose to Airways Disease in the Adult (An Association Between Adult and Pediatric Respiratory Disorders) // *Pediat. Res.* - 1977. - V. 11. - N 3. - P. 218-220.
264. Čapová I., Sýkora P., Stekláčová A. Vplyv chronickej tonzilitídy a adenoidných vegetácií na recidivujúce bronchitidy u detí // *Cs. Pediatr.* - 1974. - V. 29. - N 9. - P. 494-495.
265. Česnak D., Spisák B., Krokavcová A. Selektívna IgA deficiencia // *Cs. Pediatr.* - 1981. - V. 36. - N 9. - P. 524-526.
266. Chmielewska D., Gutkowska I. Znaczenie niedoboru IgA w chorobach alergicznych u dzieci // *Pediat. pol.* - 1978. - V. 53. - N 4. - P. 483-488.
267. Chronická tonzilitída detského veku / A. Pellant, I. Lejskova, K. Prasil, Z. Vodicka // *Cs. Pediatr.* - 1969. - V. 24. - N 9. - P. 788-791.
268. Colley J. Some Factors in the Evolution of Respiratory Disease in Childhood // *Arch. franc. Pediatr.* - 1976. - V. 33. - N 8. - P. 739-743.
269. Colley J., Douglas J., Reid D. Respiratory disease in young adults : Influence of early childhood lower respiratory tract illness, social class, air pollution and smoking // *Brit. med. J.* - 1973. - V. 3. - P. 195-198.
270. Cunningham A.S. Morbidity in Breast-fed and Artificially Fed Infants // *J. Pediatr.* - 1977. - V. 90. - N 5. - P. 726-729.
271. Cunningham A.S. Morbidity in Breast-fed and Artificially

- fed Infants // J. Pediat. - 1979. - V. 95. - N 5. - P. 685-689.
272. Dalledone D. O valor do exame radiológico pulmonar identificando quadro compatível com a existencia de foco irritativo ou inflamatório, localizado nas vias aéreas superiores (Síndrome sinusobronquial) // Pediat. plat. (S.Paulo). - 1970. - V. 41. - N 9-12. - P. 335-344.
273. D'Amato G., D'Ambra L. Voluzione di un questionario epidemiologico sulla sindrome allergica respiratoria nell'età pediatrica mediante l'analisi delle corrispondenze metiplo // Polis allerg. Immunol. Clin. (Roma). - 1980. - V. 27. - N 6. - P. 459-469.
274. Dietzsch H.I. Les aspects cliniques et le diagnostic de la bronchite chronique chez l'enfant // Bronches. - 1974. - V. 24. - P. 175-185.
275. Dietzsch H.I., Leupold W., Wunderlich P. Entwicklung der Dispenzirebetreuung von Kindern mit chronischen und rezidivierenden bronchopulmonalen Erkrankungen im Bezirk Dresden // Pädiatr. Grenzgeb. - 1984. - V. 23. - N 6. - P. 423-430.
276. Динамика на някои показатели за реактивност при деца с астматичен бронхит от ранна възраст под влияние на курс ултравиолетово облъчване /И.Сарафова, Л.Цветкова, Т.Драгиев //Педиатрия (София). - 1976, - 15, - №6.- P.488-497.
277. Диспротеинемия /И.Ванцаров, М.Иомтов, С.Савов //София: Медицина и физкультура, 1978. - С.55-57.
278. Doesel H. Chronisch bronchitisches und sinubronchitisches Syndrom mit oder ohne Inhalationsallergose im Kindersalter // Pädiatr. Prax. - 1974. - V. 14. - N 3. - P. 385-404.

279. Dunovský I. Dite a rodina - pohled pediatra // *Cs. Pediat.* - 1980. - V. 35. - N 9. - P. 500-504.
280. Effect of Children's and Parents Smoking on Respiratory Symptoms / M. Bland, B.R. Bewley, V. Pollard, M.H. Banks // *Arch. Dis. Childh.* - 1978. - V. 53. - N 2. - P. 100-105.
281. Empeu D., Laitinen L. Virus infections and bronchial hyper-reactivity // *Clin. Allergy.* - 1979. - V. 9. - N 4. - P. 418-420.
282. Erdős Z. Prävention der kindlichen chronischen und rekurrenzierenden Bronchitis // *Wachr. Kinderheilk.* - 1976. - V. 124. - N 5. - P. 239-241.
283. Function fagocitica on leucocitos polimorfonucleares neutrófilos (PMN) de niños con infecciones recurrentes / R.A. Rivero Jimenez, L.E. Palma Salgado, B. Beral Carrero, I.M. Ballester Santovenia // *Rev. Cubana Pediatr.* - 1983. - V. 55. - N 2. - P. 138-144.
284. Fülöp T. Az 1-4 éves korú gyermekek eqészségügyéről // *Gyermekegygyaszat.* - 1974. - V. 25. - N 3. - P. 341-344.
285. Gamalero P.C., Vasone R.A. Clinica delle bronchiti asmatiche e dell' asma bronchiale nell' infanzia // *Minerva pediat.* - 1975. - V. 27. - N 35. - P. 1961-1966.
286. Geigen A.K. Analysis of Family Milieu of Asthmatic Children (Family Explorations) // *Acta paediat. Acad. sci. hung.* - 1974. - V. 15. - N 2. - P. 165-173.
287. Genhrs R.C. Evaluation of recurrent respiratory tract infections in children // *Minnesota Med.* - 1983. - V. 66. - N 5. - P. 299-303.
288. Gravina E., Guarnieri G., Gravina - Sanvitale G. Rapporti tra comportamento dell' immunità umorale e intervento di tonsillectomia // *Minerva pediat.* - 1980. - V. 132. - N 7.

P. 461-475.

289. Hellum K.B., Solberg G.O. Granulocyte function in bacterial infections in man // Acta Path. Microb. Scand. - 1977. - V. 85. - N 1. - P. 1-9.
290. Hlouskova Z., Houstek I. Vývoj chronické bronchitidy u dětí // Čes. Pediat. - 1973. - V. 28. - N 4. - P. 160-162.
291. Hoekelman R.A. Allergy in Childhood // Pediat. Clin. N. Amer. - 1974. - V. 21. - N 1. - P. 5-21.
292. Hörgöváladék, ottváladék és szérum immunoglobulin-A (IgA) összehasonlító vizsgálata gyermekeken / E. Székely, E. Farkas, G. Mátyás et al. // Gyermekgyógyászat - 1977. - V. 28. N 2. - P. 275-278.
293. Iaffe B.P. Chronic Sinusitis in children // Clin. Pediat. - 1974. - V. 13. - N 11. - P. 944-948.
294. IgA és IgM immunoglobulin-szint időlt gyermekkori bronchitisben / P. Osvath, M. Illyes, M. Koltay, M. Bernátsky // Gyermekgyógyászat. - 1971. - V. 22. - N 4. - P. 500-506.
295. Il test quantitativo del nitroblue di tetrazolio nella pratica clinica risultati preliminari / M. Masi, P. Paolucci, V. Vecchi, E. Martoni // Clin. pediat. (Bologna). - 1975. - V. 57. - N 11. - P. 525-533.
296. Immunité spécifique et non spécifique chez les enfants atteints d'infection tonsillaire récidivante / H. Baki, G. Exer, O. Ilter, S. Iscindax // Pédiatrie (Lyon). - 1977. - V. 32. - N 7. - P. 631-642.
297. Imperato S., Naresca F.S., Imperato A. L'immunità specifica nelle prime età della vita // Minerva pediat. - 1971. - V. 23. - N 5. - P. 204-213.
298. Isolat IgA-Riányosság vizsgálata két családban / J. Dobronyi, P. Becságh, L. Sajtos, E. Vary // Gyermekgyógyászat. -

1973. - V. 24. - N 3. - P. 404-407.
299. Kamper J. Long Term Prognosis of Infant with Severe Idiopathic Respiratory Distress Syndrome // *Acta paediatr. Scand.* - 1978. - V. 67. - N 1. - P. 71-76.
300. Караханян Е., Дражев Г., Дяамбазов Б. Иммунологични проучвания при хроничния тонзилит у децата // *Педиатрия.* - 1982, - .21, - № 5. - P.469-472 (болг.).
301. Kaufman H., Suffa R. Nitroblue tetrazolium dye tests (NBT) in children with asthma and with selective IgA deficiency // *Ann. Allergy.* - 1974. - V. 32. - N 2. - P. 80-85.
302. Клинканова М., Дюкмеджиев И. Липса на имуноглобулини А в серума и секретите на деца с астматичен бронхит // *Педиатрия (София).* - 1976, - .15, - № 3. - P.180-183.
303. Kubát K., Kourim I., Renc Z. Kojení a jeho souvislost s telesnou stavbou a počtem a křutních onemocnění u skupiny dětí dlouhodobě sledované do 6 let života // *Cs. Pediat.* - 1974. - V. 29. - N 11. - P. 606-608.
304. Kubát K., Kourim I., Valtrová V., Kumulativní nemocnost od narození do 10 let u skupiny pražských dětí dlouhodobě sledovaných // *Cs. Pediat.* - 1972. - V. 27. - N 7. - P. 319-321
305. Leczenie w szpitalu szczeni dzieci w wieku przedszkolnym chorych na astme oskrzelowa i kureczowe zapalenie oskrzeli / T. Kibalenko, A. Blaim, K. Matejewska, P. Madany // *Pediat. pol.* - 1979. - V. 54. - N 6. - P. 659-665.
306. Levitt D., Cooper M.D. Immunoregulatory defects in a family with selective IgA deficiency // *J. Pediatr.* - 1981. - V. 98. - N 1. - P. 52-58.
307. L(NBT-test in alcune virosi dell' infanzia / E. Magliulo, D Savola, R. Vaccaro et al. // *Minerva pediat.* - 1975. - V. . 27. - N 37. - P. 2041-2045.

308. Les infections rhino-pharyngées répétées de l'enfant: leurs liens avec la production immunoglobulinique locale, étudiée en immunofluorescence /C. Nezelof, N. Diebold, B. Meyer, I. Vielatte // Arch. franc. Pédiat. - 1974. - V. 31. - N 9. - P. 843-859.
309. Max Kjellman N.J. Atopic Disease in Seven year-old Children Incidence in Relation to Family History // Acta paediat. scand. - 1977. - V. 66. - N 4. - P. 465-471.
310. Mechanisms of bronchial hyperreactivity in normal subjects after upper respiratory tract infection / D. Empeu, L. Lifinen, L. Jacobs et al. // Am. Rev. Resp. Dis. - 1976. - V. 113. - N 2. - P. 131-139.
311. Mellilo G. Les bronchopathies chroniques des enfants // Bronches.-1973. - V. 23. - N 5. - P. 283-295.
312. Michalicková I., Kapellerová A., Sůlko M. Abwehrmechanismus der Atmungsorgane von Säuglingen und Kleinkindern mit akuten und rezidivierenden Erkrankungen der Atmungsorgane // Kinderärztl. Prax. - 1983. - V. 51. - N 3. - P. 120-123.
313. Michel P.-B., Montginoul C., Vidal I. Déficience de certains moyens de défense dans la genèse des maladies respiratoires de l'enfant // Ann. Pediat. - 1973. - V. 20. - N 1 - P. 89-94.
314. Milotová I., Spíček V. Dlouhodobé sledování dětí s ekzémem // Čes. Pediat. - 1971. - V. 26. - N 4. - P. 163-165.
315. Nejedlá Z., Iancíková E., Prazáková A. Sledování imunologické reaktivity u 2-3 letých dětí s opakovanými infekty v době rekonvalescence // Čes. Pediat. - 1973. - V. 28. - N 10 - P. 554-557.
316. Nelson D.B., Nelson R.M., Schlosser W. Family-acquired respiratory disease in high-risk infants // Clin. Pediat.

- (Philad.). - 1980. - V. 13. - N 5. - P. 325-328.
317. Nemocnost v predškolsním věku sledovaná u 449 dětí v Praze / K. Kubat, A. Syrovátka, I. Kourim, Z. Vlrychová // Čs. Pediat. - 1970. - V. 25. - N 1. - P. 26-31.
 318. Neutrophil function in infection-prone children / L. Hakansson, T. Foucard, R. Hällgren, P. Venge // Arch. Dis. Childh. - 1980. - V. 55. - N 10. - P. 776-781.
 319. Noack R. Zur Ätiologie respiratorischen Infekte im Kindesalter // Pädiat. u. Grenzgeb. - 1974. - V. 13. - N 5. - P. 285-292.
 320. Obraz kliniczno-anatomopatologiczny przerostu i zapalenia migdalka gardlowego u najmłodszych dzieci / K. Sroczyński, A. Pruszczyński, Z. Woźniak et al. // Pediat. pol. - 1971. - V. 46. - N 7. - P. 839-846.
 321. Obstruction respiratoire haute par hypertrophie lymphoide chez l'enfant / M. Khiati, A. Baculard, Cl. Gaultier, G. Tournier // Rev. Pediatr. - 1982. - V. 18. - N 7. - P. 417-420.
 322. Odporność w krzywicy / Z. Kobiłowska, B. Turowska, A. Ostrowsky et al. // Pediat. pol. - 1973. - V. 48. - N 1. - P. 1-8.
 323. Perinatal Complications in the History of Asthmatic Children / L. Salk, B.A. Grellong, W. Straus, I. Dietrich // Amer. J. Dis. Child. - 1974. - V. 127. - N 1. - P. 30-33.
 324. Поборникова Ст., Люцканова Ц., Мършавелова И. Максимален синусит, съчетан с други дихателни заболявания в детската възраст//Педиатрия(София).-1979,- .18,-#3. -P.263-268.
 325. Profilassi delle recidive della bronchite asmatica e delle infezioni delle prime vie aeree mediante l'uso di oligoelementi / O. Olivi, V. Galli, A. Venuta et al. // Clin.

- pediatr. (Bologna). - 1982. - V. 64. - N 5. - P. 197-204.
326. Пръевчев Н., Улевинов Н. Хронични ятаденоидит в ранната и предучилищна възраст и неговите усложнения // Педиатрия (София). - 1980. - .19. - № 4. - P.425-429.
 327. Quie P.G. Bactericidal Function of Human Polymorphonuclear Leukocytes // Pediatrics. - 1972. - V. 50. - N 2. - P. 264-270.
 328. Radiukiewicz S.B. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkoły podstawowej // Pediat. pol. - 1971. - V. 46. - N 11. - P. 1417-1422.
 329. Rantahallio P. Relationship of Maternal Smoking to Morbidity and Mortality of the Child up to the Age of Five // Acta paediat. scand. - 1978. - V. 67. - N 5. - P. 621-631.
 330. Respiratory problems 2 years after acute bronchitis in infancy / R.L. Henry, T.G.C. Hodges, A.D. Milner, G.M. Stokes // Arch. Dis. Childh. - 1983. - V. 58. - N 9. - P. 713-716.
 331. Ríený D., Holiková I. Význam bronchitis spastica v dětské alergologii // Cs. Pediat. - 1970. - V. 25. - N 10. - P. 478-480.
 332. Schmid P. Die Sinobronchitis // Pädiat. Prax. - 1972. - V. 11. - N 4. - P. 555-565.
 333. Schmid P. Immungelzustände // Pädiat. Prax. - 1974. - V. 14. - N 4. - P. 553-564.
 334. Serum IgG Levels in Parents and Children / I. Gerrard, S. Horne, P. Vickers et al. // J. Pediat. - 1974. - V. 85. - N 5. - P. 660-663.
 335. Significance of Quantitative Salivary Cultures for Group A and Non-group A -Hemolytic Streptococci in Patients with Pharyngitis and in Their Family Contacts / E.L. Kaplan, R.

- Couser, B.B. Huwe et al. // *Pediatrics*. - 1979. - V. 64. - N 6. - P. 904-912.
336. Синусити у деца с астматичен бронхит в ранната възраст /Н.Пръевчев, З.Найданова, М.Якимова, Н.Сарафова // *Педиатрия* (София). - 1976, - .15, - № 2. - P.127-131.
337. Spastikus bronchitises csecsemők és gyermekek immunstatusának további vizsgálata, különös tekintettel a secretors IgA-ra / G. Beregasászi, B. Kövér, K. Rácz, I. Iezernicsky // *Gyermekegyógyászat*. - 1974. - V. 25. - N 1. - P. 61-63.
338. Studio controllato in bambini con infezioni respiratorie recidivanti trattati con vaccino antibatterico polivalente / C. Milano, A.Di Fazio, P. Bellioni et al. // *Minerva pediatrica*. - 1980. - V. 32. - N 9. - P. 64-65.
339. Rieger C.H.L. Immunologische Diagnostik bei Kindern mit rezidivierenden Infekten // *Kinderarzt*. - 1979. - V. 10. - N 10. - P. 1433-1438.
340. Robinson L.D. Allergy and Infection // *Pediat. clin. N. Amer.* - 1977. - V. 24. - N 2. - P. 409-412.
341. Rooney I.C., Williams H.E. The Relationship Between Proved Viral Bronchiolitis and Subsequent Wheezing // *J. Pediat.* - 1971. - V. 79. - N 5. - P. 744-747.
342. Sahni S., Woodford G., Chandra R.K. Selective IgA deficiency // *Indian J. Pediatr.* - 1982. - V. 49. - N 398. - P. 371-375.
343. Studiul epidemiologic referito la cresteres frecventei imbolnavirilor respiratorii cronice nespecifice la copii, sub influenta poluarii atmosferei urbane / M. Barnea, E. Barnea, E. Iujesay, H. Maghera // *Pediatrica (Buc.)*. - 1976. - V. 25. - N 2. - P. 141-146.
344. Strangert K. Respiratory Illness in Preschool Children with Different Forms of Day Care // *Pediatrics*. - 1976. - V. 57.

N 2. - P. 191-196.

345. Szczypiorski K., Tomaszewska E., Ceglecka-Tomaszewska K. Kataraktyczne badania laryngologiczne u dzieci z zespołem zatokowo-oskrzelowym // *Pediat. pol.* - 1974. - V. 49. - N 8. - P. 949-954.
346. Sze lektív IgA-hiány gyermekkorban. I (Longitudinális vizsgálatok 22 beteg kapcsán) / G. Nevehostényi, M. Intok, G. Gyetvai et al. // *Gyermekgyógyászat.* - 1979. - V. 30. - N 4. - P. 516-522.
347. The Association of Viral Bacterial Respiratory Infections with Exacerbation of Wheezing in Young Asthmatic Children / K. McIntosh, E.E. Ellis, S. Hoffman et al. // *J. Pediat.* - 1973. - V. 82. - N 4. - P. 578-590.
348. The histochemical nitroblue tetrazolium reduction test in the differential diagnosis of acute infection / T.R. Humbert, M.J. Marks, W.E. Hathaway, Ch. H. Thoren // *Pediatrics.* - 1971. - V. 48. - N 2. - P. 259-267.
349. Ursachen und Folgen rezidivierender Infektionen des Respirationstraktes im Kindesalter / A. Tacke, I. Graupner, U. Brell et al. // *Dtsch. Gesundh. - Wes.* - 1978. - V. 33. - N 9. - P. 390-395.
350. Vidonyi D. A nem szerepe a morbiditásban // *Gyermekgyógyászat.* - 1979. - V. 30. - N 4. - P. 504-508.
351. Vztah výsky a váhy sestiletých dětí ke kojení, nemocnosti a ORL nálezu / K. Kubát, I. Kourim, A. Syrovátka et al. - *Cs. Pediat.* - 1972. - V. 27. - N 9. - P. 436-437.

ПРИЛОЖЕНИЕ



Приложение I

" У Т В Е Р Ж Д А Ю "

Главный врач 4- детской поликлиники

Лас

В.В.Паньтякова

"18"

декабря 1986 г.

А К Т

внедрения в практику 4-й детской консультативной
поликлиники результатов диссертационной работы
ГОРШКОВОЙ Надежды Федоровны по теме: "Семейная
диспансеризация и реабилитация часто болеющих
детей в поликлинике"

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя -
главного врача 4-й детской поликлиники В.В.Паньтяковой и членов-
заместителя главного врача Т.А.Кондратьевой и зав.реабилитацион-
ного отделения Г.П.Юр удостоверяем, что с октября 1982 года в
поликлинике организована служба семейной диспансеризации и ре-
абилитации часто болеющих детей. Семейный метод является новым
подходом в оздоровлении данного контингента и имеет большую ме-
дицинскую, социальную и экономическую эффективность по сравнению
с общепринятыми методами лечения детей без семьи. "Чистый" эконо-
мический эффект от внедрения семейной диспансеризации и ре-
абилитации в 1984 году составил 12281 руб. 35 коп., существенно
снизились показатели заболеваемости у детей.

Председатель Главный врач 4-й детской
консультативной поликлиники

Лас

В.В.Паньтякова

Члены комиссии Зам.главного врача
по лечебной части

Кондр

Т.А.Кондратьева

Зав.реабилитационным
отделением

Юр

Г.П.ЮР