

Работа выполнена в ФГУП «Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

На правах рукописи

Лядов Дмитрий Владимирович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор
Вильк М.Ф.

Москва, 2014 г.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЗ – аллергические заболевания.

БА – бронхиальная астма.

БГР – бронхиальной гиперреактивности.

ДДУ – детские дошкольные учреждения.

ДОУ – дошкольное образовательное учреждение.

ИМ – иммуномодулятор.

ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции

ОРЗ – острые респираторные заболевания.

ОРИ – острые респираторные инфекции

МБДОУ – муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение.

ЧДБД – часто и длительно болеющие дети

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Уровень состояния здоровья детей дошкольного возраста, посещающих организованный коллектив на современном этапе	13
1.2. Иммунологические механизмы восприимчивости и устойчивости детей к респираторным заболеваниям	29
1.3. Применения иммуномодуляторов с профилактической целью: безопасность, эффективность, целесообразность	37
1.4. Оздоровительные технологии, возможности и перспективы в системе профилактики в структуре дошкольного образования	42
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	49
ГЛАВА III. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	62
3.1. Демографическая характеристика и социальный состав семей ребенка	62
3.2. Социально-гигиеническая характеристика семей с детьми дошкольного возраста и особенности их образа жизни	70
3.3. Характеристика социально-биологических факторов, определяющих здоровье детей раннего возраста	84
ГЛАВА IV. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ	91
4.1. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья детей, посещающих дошкольной учреждение на фоне профилактики ОРЗ	91

4.2 Результаты оценки бактериологического посева у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы на фоне применения иммуномодулирующих препаратов	101
ГЛАВА V. АНАЛИЗ ФАРМОКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕСПЕРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПОСЕЩАЮЩИХ ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ	106
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	116
ВЫВОДЫ	121
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	123
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	124
Приложение	140

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения во всем мире в связи с их широкой распространенностью, а так же ежегодно наносимым экономическим ущербом, как отдельным лицам, так и обществу в целом. Несмотря на прогресс в вопросах лечения и профилактики, они продолжают занимать лидирующее место в структуре инфекционной патологии. На долю ОРЗ, включая грипп, приходится более 90% случаев всех инфекционных заболеваний (Малкоч А.В. с соавт., 2008). По данным официальной статистики стабильно высокий уровень заболеваемости ОРЗ сохраняется в настоящее время среди всех возрастных групп населения и, наиболее, выражен среди детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Дошкольное детство - уникальный период в жизни человека, когда формируется здоровье, осуществляется развитие личности (Грицинская В.Л., 2002). В то же время это период, в течение которого ребенок находится в одной из групп риска, инициирующей начало подъема заболеваний органов дыхания (Лыткина И.Н., 2010). В период эпидемического подъема заболеваемости ОРЗ и гриппом носительство основных возбудителей бактериальных заболеваний респираторного тракта на слизистых оболочках верхних дыхательных путей у детей, возрастает в 1,5 – 2 раза (Гаращенко Т.И. с соавт., 2007; Ильенко Л.И. с соавт., 2005). В группе часто и длительно болеющих детей эти показатели в 2 раза выше (Коровина Н.А. с соавт., 2006). Неуклонный рост заболеваемости респираторными инфекциями, отмечаемый в ежегодных отчётах МЗ РФ, обусловлен многими причинами, в том числе отсутствием адекватной массовой иммунопрофилактики и иммунореабилитации, синтезом новых антибактериальных и противовоспалительных средств, применение которых без должных показаний, как это ни парадоксально, приводит к формированию хронизации и рецидивированию инфекционного процесса, а также резистентности возбудителей.

Рецидивирующие респираторные инфекции обуславливают целый комплекс неблагоприятных последствий для детского организма, характеризующихся снижением функциональной активности иммунитета, важными составляющими которого являются фагоцитарная система и интерферогенез. Частые респираторные заболевания, следующие одно за другим, способствуют развитию дисбаланса компенсаторно-адаптационных механизмов организма ребенка и как следствие, формируется хроническая патология, возникают аллергические заболевания, обостряются латентные очаги инфекций и т.д. Острота данного вопроса у детей дошкольного возраста, определяется тем, что данный период характеризуется повышенной чувствительностью организма ребенка к респираторным инфекциям, обусловленной, прежде всего, отсутствием иммунологического опыта, необходимого для адекватного реагирования на микробную и вирусную агрессию, обилием возбудителей, процессом становления иммунной системы ребенка.

Помимо медицинских аспектов проблема частой заболеваемости детей имеет и серьезные социально-экономические последствия, так в структуре временной нетрудоспособности 93-95 % приходится на долю ухода за детьми, не говоря уже о расходах на их лечение. (Коровина Н.А., 2005; Иванова В.В., 2005). Экономические потери от ОРЗ выше, чем от других инфекционных болезней (Шаханина И.Л. с соавт., 2005; Гришан М.А., 2005; Лыткина И.Н. с соавт, 2006).

Несмотря на большое количество научно-исследовательских работ, посвященных разработке методов профилактики острых респираторно инфекций, эффективность последней оставляет желать лучшего, а многочисленность возбудителей исключает возможность решения данной проблемы путем применения только специфической иммунопрофилактики. Нерешенными остаются вопросы целесообразности неспецифических методов профилактики в целом, направленных на повышение резистентности детского организма (Дашевская, Н.Д., 1998, Kornfalt R, 2000) к повторным респираторным заболеваниям, в основе которых лежит многофакторность, что диктует

необходимость изыскания новых подходов в оздоровлении детей (John T.J., 2000, Burger D., 2000 Turnbull J.D., 2000).

Существующие на сегодняшний день оздоровительные программы включают в себя комплекс мер, направленных на предупреждение обострения и тяжести течения заболеваний или донозологических состояний с высоким риском развития. Их реализация осуществляется, главным образом, среди детей часто болеющих и диспансерной группы наблюдения. Таким образом, исходя из выше сказанного, наиболее значима разработка профилактических программ, нацеленных не на предупреждение конкретных заболеваний, а на снижение вероятности их развития, возрастание сопротивляемости организма ребенка, снижение продолжительности и тяжести заболевания, повышение иммунорезистентности часто болеющих детей к наиболее распространенным инфекциям, улучшение качества здоровья подрастающего поколения в целом, максимально приближенных и адаптированных к экологическим, экономическим, социальным условиям региона с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка.

Современное развитие иммунопрофилактики в мире продемонстрировало фантастические успехи в снижении заболеваемости, смертности детского населения от прививаемых инфекций. Однако, комплексное изучение иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, как многоуровневой системы управления здоровьем детского населения региона (организационно-функциональная структура, правовое регулирование, финансирование программ иммунопрофилактики, организация эпидемиологического надзора), не проводилось. Исходя из выше сказанного, особое значение в программах сезонной неспецифической профилактики ОРЗ целесообразно придавать иммуномодулирующим препаратам, являющихся в наше время единственным средством предупреждения массовых инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Вместе с тем, следует иметь в виду, что значительная часть часто болеющих респираторными инфекциями детей страдают различными аллергическими заболеваниями, поэтому назначаемые им с профилактической

или лечебной целью лекарственные препараты должны быть особенно безопасны, в том числе и неаллергенны. В исследованиях показано, что максимальный клинический эффект в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа может быть получен при сочетании препаратов различной направленности, подавляющих репликацию вирусов и корригирующих нарушения иммунитета у ребенка (Учайкин В.Ф., 2009).

В этой связи актуальность изучения организации и проведение работы по разноуровневой профилактике по снижению заболеваемости у детей дошкольного возраста, создание и развитие условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, заслуживает особого внимания и должна быть приоритетным в практике врача во всех возрастных группах. Внедрение в практику эффективных профилактических технологий позволяет сохранять здоровье детского населения, а это, в свою очередь, следует рассматривать как мероприятие, обеспечивающее медико-демографическую безопасность региона и страны в целом.

Цель диссертационной работы – оптимизировать организацию профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости острыми респираторными заболеваниями в дошкольных учреждениях. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Получить комплексную социально-гигиеническую характеристику семей с детьми раннего возраста и изучить влияние комплекса факторов на состояние здоровья детей, включая поведенческие факторы семьи, выполнение родителями медицинской функции.

2. Провести на основе медико-социальных данных анализ состояния здоровья детей дошкольного возраста, определить структуру заболеваемости и ее факторы риска, влияющие на показатель здоровья детей организованных коллективов.

3. Разработать и внедрить в структуру профилактической помощи детям комплекс профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости у детей дошкольного возраста.

4. Доказать эффективность и целесообразность применения программ неспецифической профилактики ОРЗ с использованием иммуномодулирующих препаратов у детей дошкольного возраста в рамках предложенной профилактической помощи дошкольникам.

5. Оценить фармакоэкономическую эффективность применения программ неспецифической профилактики в качестве одного из ведущих методов профилактики респираторной патологии у детей.

Научная новизна

1. Разработанный комплекс профилактических мероприятий, включающий применение вакцинопрофилактики и безопасных интраназальных форм иммуномодуляторов, позволяет влиять на уровень заболеваемости в дошкольных учреждениях.

2. Результаты проведенного мониторинга за детьми от 2 до 6 лет, посещающих дошкольное учреждение в период сезонной заболеваемости на фоне предложенного комплекса профилактических мероприятий и без него, подтверждают необходимость динамического контроля над состоянием здоровья детей, целесообразность применения программ профилактики ОРЗ и комплекса оздоровительных мероприятий.

3. Структура и этапность оказания неспецифической профилактической помощи по снижению заболеваемости ОРЗ детям организованных коллективов, отнесенным к различным группам риска с учетом медико-социальных характеристик обслуживаемого населения, позволяет повысить качество оказываемой им медико-профилактической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне, что доказано результатами бактериологических и иммунологических исследований.

Практическая значимость

Использование в практической деятельности разработанных программ неспецифической профилактики по снижению уровня заболеваемости в дошкольных учреждениях на основе применения иммуномодулирующих препаратов у изначально «здоровых» детей позволяет снизить не только

заболеваемость ОРЗ в осенне-зимний период, но и годовую заболеваемость в целом по дошкольному учреждению.

Анализ анамнестических, клинико-лабораторных и эпидемиологических результатов обследования детей, посещающих дошкольное учреждение в период эпидемического подъема ОРЗ, позволяет сделать обоснованное заключение о необходимости применения с целью профилактики заболеваний респираторного тракта у детей дошкольного возраста иммуномодулирующих препаратов в рамках профилактических мероприятий.

Предложенная структура оказания неспецифической профилактической помощи по снижению заболеваемости ОРЗ детям организованных коллективов, отнесенным к различным группам риска, с учетом их медико-социальных характеристик является эффективной и экономически целесообразной и позволяет своевременно планировать материальные и финансовые расходы среди этой группы населения, повышая качество оказываемой им медико-профилактической помощи.

Внедрение

Результаты исследования внедрены в работу Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №1» ГО г. Воронеж, бюджетного учреждения здравоохранения воронежской области «Графский детский санаторий для больных туберкулезом» и используются в учебном и лечебном процессе на кафедре поликлинической терапии и общей врачебной практики, кафедрах педиатрии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедре общественного здоровья, экономике и управления здравоохранения института дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих конференциях: на XII Международном конгрессе «Здоровье и образование – XXI век» (г. Москва 2011), VII научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Завадские чтения» (г.

Ростов-на-Дону 2012), Всероссийской научно-практической конференции «Новой школе – здоровые дети» (г. Воронеж, 2012) и Международной конференции «Морфоклинические аспекты безопасности жизнедеятельности» (г. Воронеж, 2012).

Диссертация апробирована на расширенном заседании кафедр поликлинической терапии и общей врачебной практики ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедре общественного здоровья, экономике и управления здравоохранения, педиатрии №2 института дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Реализация программ неспецифической профилактики в учреждениях дошкольного образования позитивно изменяет состояние здоровья всего детского коллектива: снижается в 2,6 раза уровень и на 4,8 суток продолжительность заболеваемости, число осложненных случаев ОРЗ пневмониями в 3 раза, бронхитами в 2,8 раз, ларингитами в 4 раза, уменьшается в 4 раза частота обострений хронического аденоидита, тонзиллита.

2. Уровень заболеваемости ОРЗ в организованных коллективах возможно контролировать, применяя не только специфическую профилактику гриппа, но и посредством неспецифических профилактических средств в системе сохранения и укрепления здоровья детей, позволяющих значительно влиять на показатели заболеваемости: среднюю продолжительность заболевания и «индекс здоровья».

3. Широкое применение безопасных иммуномодулирующих средств с доказанным механизмом действия у здоровых дошкольников в период максимальной эпидемиологической опасности (октябрь–март) с целью снижения возможного риска заболевания, согласуется с эпидемиологическими данными по заболеваемости, частоте развития осложнений и их последствий, подтверждается четырехкратной экономией средств с точки зрения затрат на сопутствующее лечение, пропущенных рабочих дней, дней пропуска дошкольных учреждений,

отрыва от нормальной деятельности и возможного снижения числа госпитализаций пациентов из числа заболевших.

Публикации

По материалам выполненных исследований опубликовано 9 работ, в том числе 3 работы в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ.

Структура и объем работы

Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа изложена на 122 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 4 рисунками, содержит 27 таблиц. Библиографический указатель состоит из 203 источников, из которых отечественных 151 и 52 иностранных. Работа выполнена на кафедре поликлинической терапии и общей врачебной практики, в научно-исследовательском институте экспериментальной биологии и медицины ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России (ректор – д.м.н., проф. И.Э. Есауленко), в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника №2» ГО г. Воронеж (главный врач – Е.В. Белозерова) и в муниципальном бюджетном дошкольном учреждении «Детский сад общеразвивающего вида №46» (заведующий – З.В. Корнева).

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Уровень состояния здоровья детей дошкольного возраста, посещающих организованный коллектив на современном этапе

Дошкольный период детства является основополагающим в дальнейшем развитии и самореализации человека, что обуславливает необходимость регулярного контроля показателей состояния здоровья ребенка, поиска эффективных способов его укрепления на этом важном возрастном этапе. Однако, в настоящее время, как показано многочисленными научными исследованиями, отмечается неблагоприятная динамика состояния здоровья дошкольников (Адрианова Е.Н., Снегирева Н.Ю., Рывкина А.И. Дисбиоз верхнего отдела респираторного тракта и изменения функционального состояния органов дыхания у часто болеющих детей // Педиатрия. 2009. №2. С. 34-39.).

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 ноября 2011 г. «О положении детей в Российской Федерации» (2010 год) общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет включительно в 2010 году по сравнению с 2008 годом выросла на 2,7%. В 2010 году в структуре заболеваемости детей данной возрастной группы первое ранговое место занимают заболевания органов дыхания, второе - заболевания органов пищеварения, третье - заболевания глаз и его придаточного аппарата, четвертое место - заболевания кожи и подкожной клетчатки и пятое место травмы и. В период 2008 - 2010 годов отмечается рост заболеваемости по всем классам болезней, за исключением класса инфекционных заболеваний. Показатель заболеваемости болезнями органов дыхания увеличился на 11,5%, болезнями системы кровообращения - на 4,1%, новообразованиями - на 6,6%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин - на 6,3%, нервной системы - на 5,9%, костно-мышечной системы - на 4,8%. По данным ряда авторов ведущее место в структуре патологии детского возраста по-прежнему занимают болезни органов дыхания, среди которых наиболее часто встречаются острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (Кучма В. Р. Стратегия ВОЗ и обзор

международного опыта профилактики болезней и укрепления здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // *Обществ. здоровье и профилактика заболеваний*. 2008. № 1. С. 40-45.).

В настоящее время не более 10% детей дошкольного возраста можно считать абсолютно здоровыми. По данным ГУ "Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН", в дошкольных учреждениях имеют первую и вторую группу здоровья от 62% до 75% детей, в начальных классах от 50 до 60% детей, а в старших классах лишь 28-40%.

Общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет по Воронежской области увеличилась на 2,1% и составляет 1953,4 случая на 1000 населения соответствующего возраста (в 2007 г. – 1914,4). По данным информационно-аналитического бюллетеня управления Роспотребнадзора по Воронежской области первичная заболеваемость составляет 1339,1 случаев на 1000 населения соответствующего возраста (в 2007 г. – 1343,7), за период с 2003 по 2011 года в области наблюдается прирост показателя первичной заболеваемости детей и подростков на 13,4% и 52,8% соответственно (Елжова Е.Б., Лыткина И.Н., 2002; Филатов Н.Н., 2002). В структуре первичной заболеваемости среди детей и подростков приоритетные места занимают болезни органов дыхания (62,1% и 47,8% соответственно), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (4,8% и 8,1%) (рис. 1.1.).

Территориями риска по показателям заболеваемости детей являются город Воронеж, Аннинский, Бобровский, Борисоглебский, Каширский, Лискинский, Новоусманский, Острогожский, Павловский, Рамонский, Таловский, Хохольский районы.

Профилактические медицинские осмотры детей и подростков имеют большое значение для своевременного выявления начала развития патологий. Главной целью профилактических медицинских осмотров является выделение из числа детей и подростков тех, которые имеют некоторые функциональные отклонения, назначение коррекции выявленных отклонений, динамическое

наблюдение для предотвращения развития хронических форм патологий. Проведенная «Всероссийская диспансеризация детей в 2003 году» в Воронежской области выявила нарушения в состоянии здоровья у 58,7% детей, которые нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий: в условиях стационара - 27,6%, поликлиники - 5%, санаторно-курортном лечении - 26,1%.



Рис. .1.1. Структура первичной заболеваемости детей Воронежской области (%)

По данным отчетной формы № 31 Федерального государственного статистического наблюдения за 2010 год «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» удельный вес детей первой группы здоровья за 2007 и 2009 года составил 28,8 и 31% от общей численности детского населения Воронежской области соответственно. Данные по группам здоровья за 2010 г представлены в таблице 1.1. Специалисты управления Роспотребнадзора по Воронежской области, ссылаясь на данные диспансеризации детей в организованных детских коллективах, отмечают, что хронические заболевания детей, посещающих детские дошкольные учреждения, выросла на 0,5% по

сравнению с 2009 годом, но в динамике в течение последних 5 лет имеет место снижение на 3% общего показателя хронической заболеваемости.

Таблица 1.1.

Распределение детей по группам здоровья в Воронежской области

Группы здоровья	Категории детей	
	Неорганизованные дети дошкольного возраста, %	Дети в ДДУ, %
1 группа	24,5	28,6
2 группа	63,5	56,4
3 группа	9	14,2
4 группа	1,7	0,6
5 группа	1,3	0,2

Ведущей патологией среди дошкольников, как и в прошлом году, продолжают оставаться заболевания органов дыхания, существенный вклад в которые вносят острые респираторные инфекции, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаза и его придатков, болезни мочеполовой системы – таблица 1.2.

Таблица 1.2.

Распределение заболеваемости среди детей дошкольного возраста в Воронежской области

Наименование патологии, %	годы		
	2008	2009	2010
Диспансерная группа	19,5	20,9	21
Показатели хронической заболеваемости (на 1000 чел.)	47,9	54,6	42,1
Болезни костно-мышечной системы, в том числе сколиоз	29,2	30,4	29,8
Болезни глаз	35,6	39,3	40,2
Болезни органов дыхания	61,7	62,2	64,1
Болезни органов пищеварения	32,3	36,7	34,8
Болезни мочеполовой системы	23,6	24,0	24,0
Травмы	0,5	1,25	0,75

Диспансерная группа наблюдения детей от 0 до 14 лет по Воронежской области составила 21%.

Согласно рассчитанным прогнозным значениям при принятии адресных управленческих решений по вопросам улучшения состояния здоровья в 2011 году

ождается рост показателей заболеваемости по приоритетным классам болезней: среди детского населения – болезней органов дыхания – рисунок 1.2., некоторых инфекционных и паразитарных болезней; среди подростков – болезней органов дыхания, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, болезней кожи и подкожной клетчатки, глаза и его придаточного аппарата; среди взрослого населения - болезней органов дыхания, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, болезней мочеполовой системы, болезней системы кровообращения, болезней органов пищеварения.

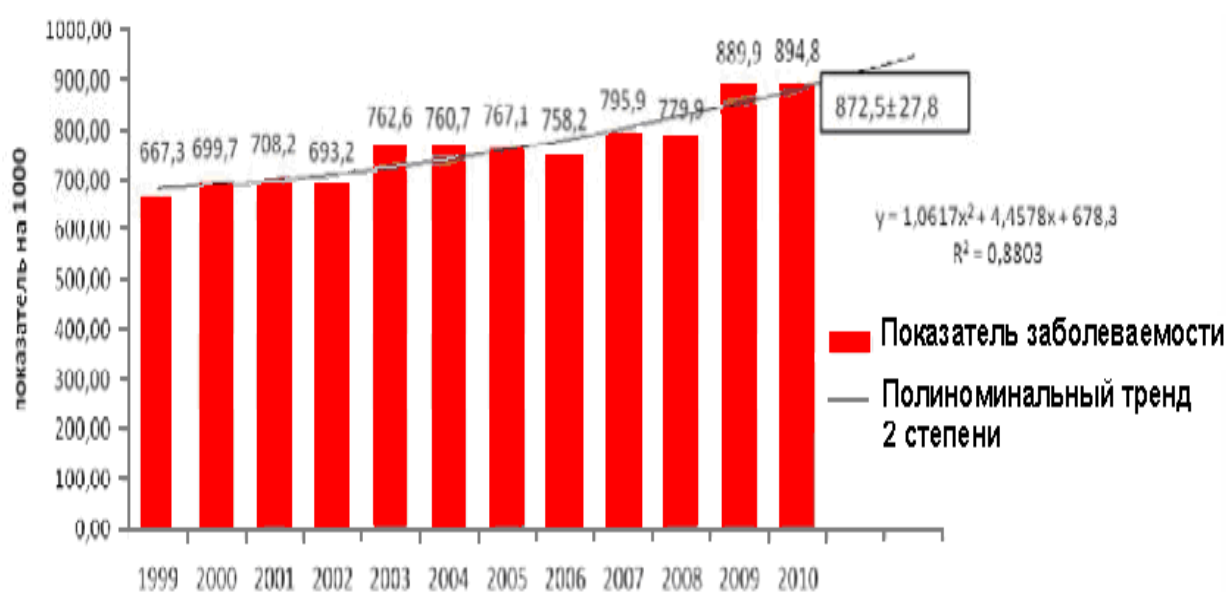


Рис. 1.2. Динамика и прогноз заболеваемости детей болезнями органов дыхания (Информационно-аналитический бюллетень управления Роспотребнадзора по Воронежской области, 2011)

Сложность и многогранность задачи укрепления и сохранения здоровья детей дошкольного возраста требует активного участия представителей органов здравоохранения, воспитателей дошкольных учреждений в разработке и реализации оздоровительных технологий. Поиск действенных способов оздоровления является актуальной задачей, как здравоохранения, так и образования (Лыткина И.Н. Малышев Н.А. Профилактика и лечение гриппа и

острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения// Лечащий врач. 2010. № 10.).

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – полиэтиологичная группа острых неспецифических инфекционных заболеваний респираторного тракта любой локализации – от ринита до пневмонии, имеющих сходные механизмы развития и много общих клинических черт. Эта группа включает в себя инфекции, вызываемые как вирусами, в основном, респираторными, энтеровирусами, коронавирусами, так и пневмотропными бактериями, в т.ч. нередко вегетирующими в дыхательных путях.

Термин «ОРЗ» удобен для эпидемиологических целей, так как болезни этого круга помимо сходной симптоматики имеют общий – воздушно-капельный – путь передачи, хотя и контактный путь – через грязные руки – играет не меньшую роль. Но как клинический диагноз «ОРЗ» требует расшифровки – указания на органное поражение (отит, бронхит, фарингит и т.д.), для которых известен спектр возбудителей, или хотя бы на возможную групповую этиологию заболевания (вирусное, бактериальное ОРЗ) (Нестерова И.В. Проблемы лечения вирусно-бактериальных респираторных инфекций у «часто и длительноболеющих» иммунокомпромитированных детей // Лечащий врач. 2009. №6. С. 26-29). В международной практике нередко используют и другие, уточняющие термины: «ОРЗ с поражением верхних дыхательных путей» (acute upper respiratory infection, AURI) и «ОРЗ с поражением нижних дыхательных путей» (acute lower respiratory infection, ALRI).

Острые респираторные заболевания у детей и взрослых по своей частоте и эпидемической распространенности занимают первое место среди всех болезней (Грищенко Т.П., Хвалов А.Н. Немедикаментозная коррекция состояния респираторного тракта у часто болеющих детей // Вестник оториноларингологии. 2006. №6. С. 59-62.). Ежегодно регистрируется до 66 471 - 72 632 случаев гриппа и других ОРЗ на 100 000 населения, по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в январе-марте 2011 года по

сравнению с аналогичным периодом 2010 года увеличилась на 42%. Аналогичные данные за 2012 год представлены в таблице 1.3.

Таблица 1.3.

Заболеваемость населения ОРЗ на территории РФ (по данным Роспотребнадзора)

Диагноз	Январь 2012г., тыс. случаев	В % к		Справочно январь 2011г. в % к	
		январю 2011г.	декабрю 2011г.	январю 2010г	декабрю 2010г.
Острые инфекции верхних дыхательных путей	2292,1	70,2	95,9	127,7	120,7
Грипп	0,6	2,5	128,3	в 1,6 р.	в 16,7 р.

Почти 90 % населения как минимум один раз в году переносят одно ОРЗ, что в целом предопределяет высокую заболеваемость и даже влияет на показатель смертности. По данным ВОЗ, ежегодная смертность от ОРЗ и их осложнений составляет почти 4,5 млн. случаев. Как было подсчитано, из 60 прожитых лет человек болеет гриппом/ОРВИ около 6 полных лет (Рагозина В.Н. Эффективность иммунокорректирующих препаратов в реабилитации часто болеющих детей организованных коллективов // Автореф. дисс. . канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 24 с.).

Максимальная заболеваемость ОРЗ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. По данным E.R. Wald и соавт. (1991), здоровый трехлетний ребенок обычно болеет ОРЗ 6—10 раз в год, что является физиологичным. M. Woroniecka, M. Ballow (2000) считают, что маленькие дети, посещающие детские сады, ясли или подверженные риску пассивного курения, могут иметь до 10 эпизодов инфекций в год, даже при наличии здоровой иммунной системы.

По данным ряда авторов показано, что на первом году посещения детского учреждения – на этапе адаптации ребенка ОРЗ регистрируется с частотой до 8–10 раз. В последующем кратность заболеваний уменьшается и на втором году

посещения детского учреждения составляет 5–6 раз, а на третьем – 3–4 раза. Однако в группе часто болеющих детей (детей с рекуррентными респираторными инфекциями) повторные эпизоды ОРВИ, по данным ряда авторов, регистрируются практически ежемесячно (Сенцова Т.Б., Ревякина В.А. Современные иммуномодуляторы в практике педиатра (проблема часто болеющих детей) // Российский аллергологический журнал. 2006. Приложение. С. 32-47.). Кроме того, отмечена склонность к повторному инфицированию ОРВИ среди детей в осенне–весенний период (с октября по март). Кратность инфицирования достигает 8–10 и более раз в течение года. Частота респираторных заболеваний может быть объяснима многообразием вирусов и пневмотропных возбудителей бактериального происхождения.

Большинство (до 90%) ОРЗ вызывают респираторные вирусы и вирус гриппа. При отсутствии возможности идентифицировать вирус, вызвавший заболевание, вполне оправданно использование термина «острая респираторно-вирусная инфекция» (ОРВИ) в качестве диагноза, поскольку он указывает на небактериальную этиологию заболевания и делает нецелесообразным назначение антибактериальных средств (Таточенко В.К., Рачинский С.В., Волков И.К. и др. Практическая пульмонология детского возраста. М., 2006. 250 с.).

Общее число вирусов и их серотипов, вызывающих ОРЗ, достигает 180, и на их долю приходится 95% всех случаев острых поражений дыхательных путей у детей. Спектр вирусных возбудителей ОРЗ представляют: вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, адено-, рино-, корона-, энтеровирусы (Тарасова И.В. Рецидивирующая респираторная инфекция у детей и понятие часто болеющие дети // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2006. №2-3. С. 34-40.). Практически все вирусы вызывают клинически сходную симптоматику - катаральные явления, насморк и кашель на фоне повышенной температуры. Однако многие из вирусных агентов вызывают более или менее характерные синдромы, позволяющие с достаточной долей вероятности предположить этиологию инфекционного заболевания по клиническим данным (таблица 1.4).

Таблица 1.4.

**Клинические синдромы при поражении дыхательных путей
вирусной этиологии у детей**

Возбудитель	Число серотипов	Основные серотипы	Основные синдромы поражения верхних дыхательных путей	Другие синдромы	Эпидемиология
Грипп	3	A1, A2, B	Ринофарингит, круп с лихорадкой	Бронхит, пневмония	Эпидемии зимой каждые 1-2 (A) или 3-5 (B) лет
		C		Фебрильное заболевание	Эндемичен
Парагрипп	4	1-2	Ринофарингит, круп	Трахеобронхит, пневмония	Эндемичен
		3	Ринофарингит, круп	Бронхиолит у грудных детей	Эпидемии осенью каждые 2 года
		4	Ринофарингит	-	Эндемичен, выделяется редко
Респираторно-синцитиальный вирус	2	A, B	Ринофарингит, у грудных детей с лихорадкой, у более старших часто афебрильный	Бронхиолит у грудных детей, пневмония, обострение бронхиальной астмы	Ежегодные эпидемии, чаще весной
Аденовирусы	47	1,2,5,6	Ринофарингит, фарингит с налетами или без них	Бронхит, пневмония	Эндемичны, все сезоны
		3,4,7,14	Ринофарингит, фарингоконъюнктивит, лихорадка	Бронхит, бронхиолит, пневмония	Эпидемии, подъемы заболеваемости каждые 4-5 лет
		6,21	Ринофарингит	Облитерирующий бронхиолит, пневмония	Эпидемии (редкие)
		31,40,41	Гастроэнтерит	-	-
Риновирусы	113	1-113	Ринофарингит с лихорадкой или без нее	Бронхиолит у грудных детей	Эндемичны, с пиком заболеваемости осенью и весной
Вирусы ЕСНО	31	4,8, 11, 9	Ринофарингит у грудных детей	ЕСНО-экзантема	Менингит
Коксаки А	23	2,4,5,6,8,10, 24	Фарингит, герпангина Геморрагический конъюнктивит	Экзантемы, поражения ЦНС, миокардит	Эндемичны с пиком заболеваемости летом и ранней осенью
		16,21, 16	Герпангина Синдром кисть-стопа-рот	Гепатит, лимфаденит	-
Коксаки В	6	1-5	Фарингит без налетов	Эпидемическая миалгия, миоперикардит	-
Коронавирусы человека	2	-	Ринофарингит с лихорадкой или без нее, чаще у детей старше 1 года	Редко поражение нижних дыхательных путей	Эпидемии зимой и в начале весны

Так аденовирусы вызывают тонзиллит (часто с наложениями), энтеровирусы - герпангину, а гриппозные и парагриппозные вирусы обычно являются причиной крупа.

Бронхит у маленьких детей может развиваться при многих инфекциях, включая риновирусную, но обструктивные формы чаще всего бывают обусловлены РС-вирусами и/или вирусом парагриппа 3 типа (Дашевская Н.Д., 1998; Хвалов А.Н., 2006).

Поражение (диффузное) мелких бронхов и легочной паренхимы наблюдается при гриппе, РС-, аденовирусной и некоторых других вирусных инфекциях, однако эти изменения чаще всего не являются определяющими в картине болезни и не дают на рентгенограмме очаговых или инфильтративных теней (только лишь усиление легочного рисунка).

Поэтому, согласно принятой у нас в стране «Классификации неспецифических заболеваний органов дыхания», подобное диффузное поражение не диагностируется как пневмония, в то время как в ряде зарубежных стран эти изменения рассматриваются как «вирусная пневмония, не подлежащая антибактериальной терапии». Очаговые изменения в легких обычно возникают при пневмонии гриппозной (геморрагическая пневмония) и аденовирусной (облитерирующий бронхиолит) этиологии; при этом, как правило, в воспалении участвует и микробная флора.

Вирусные инфекции, нарушая деятельность цилиарного аппарата, создают условия для попадания персистирующей в верхних дыхательных путях микробной флоры в другие - обычно стерильные - отделы (полость среднего уха, параназальные синусы, легкие) с развитием в них воспалительного процесса. Этому также способствует и депрессия иммунных реакций, наиболее выраженная в начале вирусной инфекции (особенно гриппозной). Именно в этом смысле говорят о вирусно-бактериальной этиологии процесса. В ряде наблюдений было показано, что некоторые вирусы способствуют инфицированию определенными микроорганизмами (например, вирус гриппа А1 - пневмококками), что позволяет говорить о вирусно-бактериальных ассоциациях. Тем не менее большинство

вирусных инфекций (РС-, риновирусная, парагриппозная) не осложняются бактериальной инфекцией и поэтому не требует антибактериальной терапии (Гришан М.А. Эффективность использования альтернативных методов профилактики и ресурсосберегающих технологий в педиатрии // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.: 2006. 25 с).

Бактериальные ОРЗ у детей, как и у взрослых, относительно немногочисленны, но именно они представляют наибольшую угрозу развития серьезных осложнений. К сожалению, установление диагноза бактериального ОРЗ у постели, остро заболевшего ребенка представляет большие трудности ввиду сходства многих клинических проявлений бактериальных и вирусных процессов (повышение температуры тела, насморк, кашель, боль в горле) (Беляков В.А. Адаптационные возможности и здоровье детей раннего возраста / В.А. Беляков, Т.С. Подлевских // Российский педиатрический журнал. 2005. №2. С. 8-10.).

Трудности усугубляются и тем, что экспресс-методы этиологической диагностики практически недоступны, да и выявление того или иного микробного возбудителя в материале дыхательных путей еще не говорит о его этиологической роли из-за широко распространенного носительства: большинство бактериальных заболеваний вызывается возбудителями, постоянно вегетирующими в дыхательных путях.

Основными бактериальными возбудителями ОРЗ являются условно-патогенные пневмотропные микроорганизмы, являющиеся частью обычной флоры дыхательных путей. Частота колонизации условно-патогенными микроорганизмами и вызываемые ими основные клинические синдромы представлены в таблица 1.5.

Таблица 1.5.

**Клинические синдромы при поражении дыхательных путей
бактериальной этиологии у детей**

Возбудитель	Число серотипов	Основные серотипы	Основные синдромы поражения дыхательных путей	Другие синдромы	Эпидемиология
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	86	1-11,14, 18,19,23	Отит, синусит, пневмония, конъюнктивит	Менингит	Носительство у 16% здоровых детей раннего возраста, заболевания учащаются зимой и весной
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	4	Группа А	Тонзиллит (чаще у детей старше 5 лет), отит	Пневмония, рожа, импетиго	Учащение тонзиллита весной
<i>Haemophilus influenzae</i> капсульная	6	В основном, тип b	Эпиглоттит, пневмония	Менингит, фасциит	Носительство у 5% детей раннего возраста
<i>Haemophilus influenzae</i> бескапсульная	8 биотипов	Нетипируемая	Синусит, отит, конъюнктивит	Пневмония	Носительство: менее 10% у детей до 6 мес, 30-60% у детей 2-6 лет
<i>Moraxella catarrhalis</i>			Отит, синусит (в основном, у получавших ранее антибиотики)	Пневмония у недоношенных детей	Большинство штаммов выделяет лактаму, чаще вызывает заболевания у получавших антибиотики
<i>Staphylococcus aureus</i>	5 групп, 23 фаготипа		Отит, гнойный синусит, пневмония	Часто - внутрибольничные инфекции, в т.ч. устойчивые к метициллину	Носительство (вход в нос, влажные участки тела) у детей 1-го года до 90%, в раннем возрасте - 30-50%
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1		Ринофарингит, бронхит, конъюнктивит	Атипичная пневмония (дети старше 5 лет)	Пик заболеваемости осенью, учащение каждые 5 лет
<i>Chlamidophilla trachomatis</i>	15	B, D-K	Конъюнктивит, бронхит, пневмония у детей 0-6 мес	Генитальная инфекция у подростков	Перинатальное инфицирование грудных детей, половое - у подростков
<i>Chlamidophilla pneumoniae</i>			Фарингит, тонзиллит, лимфаденит, бронхит	Пневмония, отит	Носительство у 5% детей, чаще в коллективах
<i>Chlamidophilla psittaci</i>			Пневмония		Заражение от инфицированных птиц

Наибольшее значение при остром тонзиллите имеет *Streptococcus pyogenes* (β -гемолитический стрептококк группы А). Инфекции среднего уха и легких чаще всего обусловлены пневмококком (*Streptococcus pneumoniae*), *S. pyogenes*, а также бескапсульной формой *Haemophilus influenzae*, последняя обычно не вызывает перфорации и внутричерепных осложнений. При инфекции придаточных пазух носа бескапсульная *H. influenzae* выделяется чаще, чем пневмококк. *H. influenzae* типа *b* колонизирует дыхательные пути у 3-5% детей, являясь причиной эпиглоттита, менингита (у 40% детей до 6 лет) и осложненных плевритом пневмоний (около 10%). *S. aureus* и *Moraxella catarrhalis* существенно уступают по частоте указанным выше возбудителям; их роль, однако, возрастает у больных, недавно лечившихся антибиотиками (Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей // Пособие для врачей. М.: 2005. 14 с.).

Подавляющее большинство этих микроорганизмов продуцирует β -лактамазы и поэтому нечувствительно к таким распространенным препаратам, как ампициллин и амоксициллин.

Анаэробы (пептострептококки, бактероиды и др.) вызывают обострения хронического синусита, некротическую ангину, редко - при инвазивных манипуляциях на дыхательных путях - пневмонию и плеврит.

В ряде случаев ОРЗ вызываются внутриклеточными микробами, часто называемыми атипичными, к числу которых относятся микоплазмы и хламидии. *Mycoplasma pneumoniae* вызывает у детей младшего возраста поражение верхних дыхательных путей и бронхит, а у детей школьного возраста и подростков - бронхит и пневмонию. Возможно, поражение легких и бронхов в значительной мере обусловлено иммунопатологической реакцией. Микроорганизм очень мал и не имеет клеточной мембраны, что делает его устойчивым к пенициллинам и цефалоспорином, действующим на клеточные стенки бактерий (Феклисова Л.В. Оценка состояния здоровья детей младших групп закрытого детского учреждения / Л.В.Феклисова и др. // Детские инфекции. 2005. Т. 4, № 1. С. 66-69.).

Mycoplasma hominis и *Ureaplasma urealyticum* часто вызывают урогенитальную инфекцию у женщин и могут инфицировать дыхательные пути новорожденных детей; однако вопрос об их патогенности для детей остается дискуссионным. *Legionella pneumophila* - грамотрицательная палочка, требующая для роста особых сред. Инфицирование обычно протекает бессимптомно, но при массивном заражении (например, при ингаляции аэрозоля воды, содержащей микроорганизмы) и у иммунокомпрометированных лиц возможно развитие гриппоподобного заболевания или тяжелой пневмонии. Описан ряд других видов легионелл, вызывающих пневмонию.

Другая группа "атипичных" возбудителей - хламидии (*Chlamidophillae*), в которую входят *Chlamidia trachomatis*, *Chlamidia pneumoniae* и *Chlamidia psittaci*. В и D-К серовары *Chl. trachomatis* поражают урогенитальный тракт, при интранатальном инфицировании они вызывают у 25-50% новорожденных конъюнктивит, а в последующие 2-4 месяца жизни - бронхит или пневмонию в 5-20% случаев. *Chlamidia pneumoniae* обуславливает развитие фарингита, лимфаденита, пневмонии, редко - отита. Она передается капельным путем. *Chlamidia psittaci* инфицирует птиц, которые заражают человека; у детей встречается редко (Шарапова О.В. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей / О.В.Шарапова, А.Д.Царегородцев, Б.А.Кобринский // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004. № 1. С. 56-60.).

К сожалению, в России пока недостаточно эпидемиологических данных, чтобы оценить частоту заболеваний дыхательных путей, при которых внутриклеточные возбудители являются этиологически значимыми. Представители кишечной флоры редко высеваются из респираторного тракта, исключение составляют дети первых месяцев жизни, у которых возможен высев *E. coli*. Однако происходящее под влиянием антибактериальной терапии нарушение биоценоза дыхательных путей быстро приводит к их заселению кишечной флорой (*E. coli*, *Proteus spp.*, *Enterobacter*, *K. pneumoniae*, *Serratia*, *P.*

aeruginosa и др.) - аутогенной или больничной, обычно полирезистентной к антибиотикам.

Инфекции верхних дыхательных путей являются серьезной проблемой здравоохранения не только из-за частоты и тяжести, но и вследствие наносимого ими экономического ущерба, как отдельным лицам, так и обществу в целом. Это связано в первую очередь со значительным увеличением количества рабочих дней и часов образовательного процесса, пропущенных по болезни соответственно родителями и детьми, а также существенными денежными издержками на лекарственные препараты. Экономический анализ общественных потерь, связанных с ОРЗ, должен учитывать тот факт, что при заболевании большинства детей дошкольного возраста, как правило, один из работающих членов семьи вынужден брать больничный лист по уходу (Щербина А.Ю., 2005). Исходя из того, что в среднем продолжительность нетрудоспособности по уходу за ребенком составляет 9,8 дня, недополучение общественного продукта на один такой случай в 2000 г. составляло 49 долл. США. В 2000 г., согласно данным Минздрава РФ, в России было зарегистрировано 16 784 574 случая ОРЗ и 1 397 614 случаев гриппа у детей до 14 лет. Общее количество больных составило 18 182 188 человек. Если считать, что за каждым ребенком ухаживал взрослый в период болезни, то общественные потери составляют 891,8 млн. долл. США (0,6% ВВП). Суммарные потери, рассчитанные как непосредственные потери плюс потери по уходу за больными детьми, составляют $0,72\% + 0,6\% = 1,32\%$ ВВП РФ (Иванова В.В. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей /В.В.Иванова, Г.Ф. Железникова, И.В. Шилова // Педиатрия. 2005. № 4. С. 61-65.).

В России средние затраты только во время эпидемий гриппа оцениваются экспертами в сумму, эквивалентную \$ 1,6 млн, ущерб государства от одного случая респираторной инфекции равен \$ 100-150, а ущерб для каждого заболевшего, включающий в себя стоимость базового набора медикаментов, равен \$ 15-100.

Прямые затраты, направленные на оказание медицинской помощи больным ОРЗ, включают в себя стоимость диагностики, лечения, госпитализации,

заработную плату персонала и составляют около 25% от общих затрат. Непрямые затраты возникают в результате нетрудоспособности больных или их родителей, снижения производительности труда и т.п.

Таким образом, частые респираторные инфекции у детей являются проблемой, требующей комплексного подхода к ее решению, и определяют актуальность и необходимость объединения усилий медиков, семьи и государства в реализации не только лечебных и реабилитационных, но и в первую очередь профилактических мер.

1.2. Иммунологические механизмы восприимчивости и устойчивости детей к респираторным заболеваниям

Возникновению частых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы, в первую очередь способствует повышенное число контактов с источниками инфекции, а так же, собственно их возрастной период от 2 до 4-х лет (третий критический период формирования иммунной системы) и от 4 до 6 лет (четвертый критический период). Критический период – этап развития и функционирования детского организма, характеризующийся наиболее низким уровнем защищенности, неэффективностью функции иммунной системы и необычайно высокой восприимчивостью к инфекции и сопряженный с нейрогуморальными, структурно-функциональными и (или) геномическими перестройками организма в соответствии с возрастной стратегией развития (Караулов А.В. Иммуноterapia респираторных заболеваний / А.В.Караулов, В.Ф.Лииков // Поликлиника. 2004. № 4. С. 4-9.). Отражением физиологических процессов развития иммунной системы детского организма является перестройка миело- и лимфопоэза (рисунок 1.3) в разные возрастные периоды жизни.

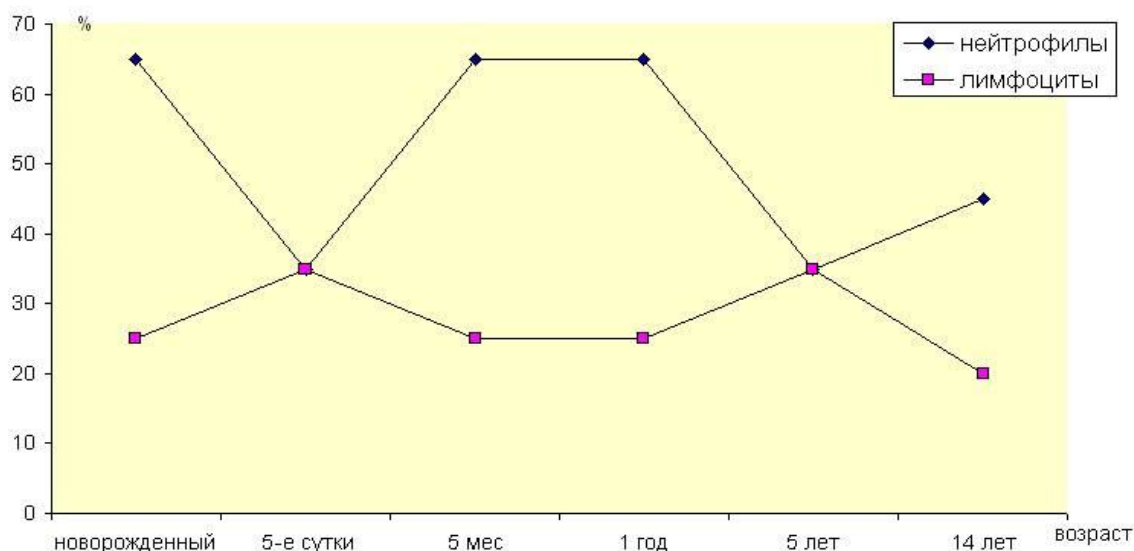


Рис. 1.3. Физиологические процессы миело- и лимфопоэза в разные возрастные периоды развития детского организма

На втором году жизни ребенка происходит важный физиологический процесс формирования адаптивного иммунитета – созревание способности переключения изотипов иммуноглобулинов с IgM на IgG (вначале приобретается возможность синтеза IgG1, IgG3, а затем IgG2 и IgG4). В целом системный и особенно местный иммунитет остаются еще недостаточно эффективными, сохраняется высокая восприимчивость к инфекциям. Это связано с недостаточностью регуляторной функции CD4⁺Tх 1 типа, продукции γ -интерферона, взаимодействия CD4⁺Tх 2 типа с В-лимфоцитами (Коровина Н. А. Первичная иммунопрофилактика рекуррентных респираторных инфекций у детей, посещающих дошкольные учреждения / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников // Совр. педиатрия. 2008. № 3 (20). С. 42—45.).

В период между 4-м и 6-м годами развития ребенка наблюдается физиологическая перестройка в кроветворении и изменение содержания основных типов форменных элементов. Следует отметить, что к этому возрасту у большинства детей иммунологические параметры уже близки к уровню взрослых. Иммунная система ребенка имеет достаточный персональный опыт по организации специфической защиты от естественной локальной и системной инфекции, а также иммунного ответа на вакцинные препараты. Достаточно четко на данном этапе формируется группа часто и длительно болеющих респираторной патологией детей (ЧДБД). Частота респираторных инфекций в течение года может достигать 6–10 раз. Особенностью иммунной системы таких детей является сниженный уровень секреторного иммуноглобулина А или его селективный дефицит. У значительной части детей при этом отмечается повышение биосинтеза иммуноглобулинов Е, что является свидетельством доминирования функции CD4⁺T-клеток Тх 2 типа над субпопуляцией Тх 1 типа. Для таких детей характерно более частое развитие атопических, паразитарных и иммунокомплексных процессов.

Таким образом, именно в период посещения дошкольного учреждения отмечается недостаточно высокая концентрация в крови специфических иммуноглобулинов (Ig) G, М и А из-за чрезмерной антигенной нагрузки, на фоне

влияния различных эндогенных и экзогенных факторов, повышающих восприимчивость детского организма к различного рода возбудителям, способствующих развитию ОРЗ.

Среди таких экзогенных факторов наибольшую роль играют следующие (Намазова Л. С., Ботвиньева В. В., Торшхоева Р. М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах//Детские инфекции. 2007. № 2. С. 49–52.):

- ✓ низкий уровень санитарной культуры семьи и, как следствие этого, несоблюдение правил здорового образа жизни как наиболее действенного подхода к формированию здоровья. Дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и занятиями физической культурой, нерациональное питание и режим дня способствуют повышению восприимчивости детского организма и заболеваемости ОРЗ;

- ✓ низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия;

- ✓ начало посещения детьми дошкольных учреждений в раннем возрасте, в котором наблюдается повышенная восприимчивость детей к респираторным инфекциям. Носительство основных представителей условно-патогенной микрофлоры дыхательных путей - явление обычное для организованного коллектива. Нередко встречаются и носители респираторных вирусов, микоплазм, являющиеся важным резервуаром инфекции, особенно в межэпидемическом периоде. Что касается, так называемого коллективного иммунитета, то для достижения эпидемиологического эффекта его должны иметь 70-75% популяции, что в отношении возбудителей ОРЗ практически невозможно. Однако в условиях детского коллектива групповой иммунитет по отношению к ряду возбудителей создается, на что указывает значительный процент носительства при отсутствии заболеваний. Активная иммунизация против гриппа позволяет существенно понизить уровень заболеваемости, как гриппом, так и ОРЗ в целом. Последнее объясняется иммунодепрессивным действием вируса гриппа, циркуляция

которого способствует повышению заболеваемости (или более тяжелому течению) других ОРВИ.

- ✓ учащение ОРЗ также может быть связано с расширением контактов в семье, транспорте и др.;

- ✓ экологические факторы окружающей среды также способствуют повышению заболеваемости, что связано с увеличением степени бронхиальной гиперреактивности под влиянием аэрополлютантов. Последняя, в свою очередь приводит к более выраженным проявлениям ОРВИ (бронхит). Особо следует отметить «пассивное курение» как один из факторов способствующих усилению БГР. Частые ОРВИ в этой группе отмечаются до возраста 7-8 лет, редко дольше, у небольшой части детей развивается рецидивирующий обструктивный бронхит или бронхиальная астма - ятрогенное воздействие при нерациональном использовании различных лекарственных средств (длительное и необоснованное применение антибиотиков, жаропонижающих и др.). К эндогенным факторам риска возникновения частых респираторных инфекций у детей можно отнести:

- ✓ неблагоприятные ante- и/или постнатальные факторы развития ребенка (недоношенность, морфофункциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, раннее искусственное вскармливание), отражающиеся на функционировании иммунной системы и других защитных механизмах;

- ✓ перинатальную гипоксию, ведущую к частым нарушениям адаптации к факторам внешней среды и расстройствам терморегуляции. Изменения функционального состояния вегетативной нервной системы и повышенная метеолабильность также могут влиять на повышенную восприимчивость организма к респираторным инфекциям;

- ✓ аллергию и наследственную предрасположенность к неадекватной иммунной реактивности. У таких детей иммунный ответ чаще идет по Th-2-типу: недостаточно выделяется интерферон- γ и интерлейкин-2, усилен синтез IgE и снижен IgG-антительный ответ. Это способствует формированию более кратковременной иммунной защиты и, как следствие, большей респираторной заболеваемости у детей с аллергическими заболеваниями.

✓ очаги хронической инфекции рото- и носоглотки сопровождаются снижением эффективности местного иммунитета и других факторов защиты, способствуя повышению восприимчивости к инфекционным возбудителям.

Значительное влияние оказывает физиологическая незрелость иммунной системы ребенка, которая может проявляться в различных вариантах временного иммунодефицита (Пикуза О.И., Закирова А.М., Самороднова Е.А. и др. Эффективность амоксициллина клавуланата при лечении острой внебольничной пневмонии у детей // Педиатрическая фармакология. 2006. Т. 3. № 5. С. 60–62):

- количественный и функциональный дефицит Т-лимфоцитов;
- дефицит образования цитокинов;
- временный дефицит IgA и G;
- дефицит гранулоцитарного хемотаксиса;
- дефицит антимикробной активности.

Указанные выше проявления недостаточности иммунной защиты наиболее явно проявляются после перенесенной острой инфекции и частично влекут за собой формирование порочного круга, который обуславливает рецидивы ОРЗ. Безусловно, большая часть этих инфекций лишена тяжелых клинических проявлений и последствий, но, тем не менее, часто является причиной и способствует формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Патогенетической основой частых и длительных респираторных заболеваний является изменение иммунологической реактивности организма. Изменения при этом неспецифичны, разнонаправлены и могут затрагивать все звенья иммунитета. Разными исследованиями (Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 816 с.; Steurer-Stey C., Lagler L., Straub D.A. et al. Oral purified bacterial extract in acute respiratory tract infections in childhood: a systematic quantitative review // Eur. J. Pediatr. 2007. Vol. 166, N 4. P. 365-376.) были показаны нарушения функциональной активности Т-лимфоцитов, изменение соотношения хелперы/супрессоры, нарушения в звеньях фагоцитоза, дисгаммаглобулинемия и гипогаммаглобулинемия (не достигающая степени, характерной для

иммунодефицитов), снижение уровня секреторного IgA, лизоцима и многих других показателей. Эти сдвиги, однако, трактуются как зависящие от преморбидного фона, фазы воспалительного процесса, сопутствующей патологии и других факторов, а не как первичные проявления иммунодефицита. В основе снижения противoinфекционной резистентности у детей лежат изменения гомеостатического равновесия иммунной системы, а не стабильные нарушения тех или иных ее компонентов, что необходимо учитывать при выборе иммунокорректирующей терапии. С патогенетической точки зрения, помимо изменений иммунологического характера в развитии частых ОРЗ виновны, в том числе и факторы окружающей среды: доказана взаимосвязь физиологической незрелости иммунитета ребенка и механизма, провоцирующего первые признаки ОРЗ, с наличием одного или нескольких факторов риска в окружающей среде. По данным литературы (Сизякина Л.П., Андреева И.И. Справочник по клинической иммунологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. 448 с.) самые частые описания ослабления иммунитета у детей выглядят следующим образом:

- *Дефицит IgA.* Абсолютная недостаточность IgA (IgA<5 мг%) была обнаружена в 2,5–16% случаев. В 8,8–22% случаев наблюдается снижение значений. Некоторые данные показывают наличие «вялого» IgA-ответа на инфекции у детей с ОРЗ в сравнении с нормальной частью популяции.
- *Нарушение клеточно-опосредованного иммунитета.* Наблюдались переменные, но значительные количественные и качественные отклонения: недостаток Т-лимфоцитов (не подтверждено другими исследователями), изменения субпопуляций лимфоцитов до 50% в изученных случаях, недостаточность ответа на митогены, нарушение розеткообразования при недостаточно оптимальных условиях. Эти выводы могут быть объяснены медленным восстановлением численности Т-лимфоцитов после перенесенной острой вирусной инфекции у ЧБД по сравнению с нормальными детьми.
- *Снижение хемотаксиса нейтрофилов.* Такое снижение широко демонстрировалось — из 119 детей оно наблюдалось в 100% случаев. Эти дети обследовались, пока были здоровы, но время, прошедшее с их последней

инфекции, было неизвестно. В других исследованиях на меньших выборках пациентов это число колебалось от 31 до 66%. Это считается больше побочным эффектом, обусловленным снижением выработки лимфокинов, вносящих вклад в хемотаксис нейтрофилов, чем истинной недостаточностью нейтрофилов.

- *Недостаточная выработка интерферона.* Некоторые данные по интерферону (ИФН) позволяют выявить незначительное снижение его содержания, и только в нескольких случаях его недостаточность значительна, что обуславливает слабый ответ на вторжение в организм вируса. Особенности иммунологического реагирования детей крупных городов Российской Федерации, расположенных в различных климатических зонах, изучались Л.С. Намазовой и соавт. 2007. Результаты, полученные авторами, существенно дополнили более ранние европейские данные. Так, было выявлено, что у ЧБД независимо от места проживания имеются изменения цитокинового статуса, выражающиеся в повышении концентрации ИЛ4, ИЛ8 и снижении содержания ИФН γ (Намазова Л.С., Таточенко В.К., Алексина С.Г. и др. Вакцинация против гриппа, пневмококковой, менингококковой и Нiв-инфекции часто болеющих детей (пособие для врачей). М., 2005. 36 с.).

Недостаточность резервных возможностей иммунной системы у детей и отсутствие иммунологической памяти предыдущих контактов с патогенами, когда адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы при повторяющихся ОРЗ не происходит, является фактором высокого риска развития осложнений как местных (бактериальное воспаление на различных уровнях респираторного тракта), так и общих (формирование иммунокомплексной патологии). Выраженные нарушения микробиоценоза верхних дыхательных путей снижают резистентность организма к патогенным возбудителям, поддерживают длительный воспалительный процесс, способствуя нарушению целостности эпителиального барьера, увеличивая антигенное воздействие, способствуют развитию хронической интоксикации. Более того, иммуносупрессивное действие вирусов приводит к возникновению у 60% переболевших, так называемого «синдрома постеврусной астении» (Таточенко

В. К. Терапия ОРЗ у детей // РМЖ,- 2004.- №12 (221).- С. 1200-1207.; Odemarsky M., Andersson S., Pesonen E. et al Respiratory infection recurrence and passive smoking in early atherosclerosis in children with type 1 diabetes //Eur. J. Clin. Invest. 2008. -Vol. 38. -N. 6. - P. 381-388.), что влечет за собой социальную дезадаптацию ребенка из-за пропусков детского сада и ограничения общения со сверстниками, а также являться причиной психологического дискомфорта для ребенка и для всей семьи.

1.3. Применения иммуномодуляторов с профилактической целью:

безопасность, эффективность, целесообразность

Грипп и другие ОРЗ относятся к плохо контролируемым инфекциям. Выраженная полиэтиологичность респираторных заболеваний не позволяет ограничиться применением только специфических вакцинных препаратов и диктует необходимость использования для борьбы с ними различных неспецифических средств, стимулирующих естественную резистентность организма человека (Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Сутулова С.Г. Антигомотоксическая терапия в профилактике заболеваний лимфоглоточного кольца у детей // Детские инфекции.-2005. Т.4. №3. С. 67-70.). Кроме того, испытываемые противовирусные препараты нередко отличаются токсическим действием и узким спектром противовирусной активности. В большинстве случаев широко рекомендуются гомеопатические средства, препараты элиминационной терапии, которые обычно назначаются в качестве дополнительных средств при указанных состояниях и, как правило, не дают желаемый результат.

Важной проблемой является выбор эффективных и безопасных лекарственных средств, определение возможности их применения для индивидуального и массового использования в условиях организованных детских коллективов, из которых нередко «стартуют» эпидемии ОРЗ.

ИМ представляют собой неоднородную группу препаратов. Эти препараты могут быть бактериального происхождения или содержать тимические гормоны, медиаторы иммунной системы или синтетические вещества (Геппе Н.А., Селиверстова Н.А., Утюшева М.Г. Применение биопарокса для лечения острых респираторных заболеваний у детей с бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом // Педиатрия. 2007. №1. С. 88-93.) - таблица 1.6.

Таблица 1.6.

Классификация иммуномодуляторов по происхождению

Группа	Подгруппа	Название	Состав
1	2	3	4
Микробные	Естественные	Рибомунил	Рибосомы бактерий
		Бронхомунал	Лизаты бактерий
		Имудон	Лизаты бактерий
		ИРС_19	Лизаты бактерий
	Полусинтетические	Ликопид	Глюкозаминилмурамилдипептид
Тимические	Естественные	Тактивин	Пептиды из тимуса крупного рогатого скота
		Тималин	Пептиды из тимуса крупного рогатого скота
		Тимостимулин	Экстракт из тимуса крупного рогатого скота
	Синтетические	Тимоген	Глутамил-триптофан
		Бестим**	γ-Глутамин-триптофан
		Имунофан	Арг-асп-лиз-вал-тир-арг
Костномозговые	Естественные	Миелопид	Комплекс из 5 пептидов
	Синтетические	Серамил**	Лей-вал-цис-тир-про-гли
Цикотины	Естественные	Лейкинферон	Комплекс естественных цитокинов
		Суперлимф	Комплекс естественных цитокинов
	Рекомбинатные	Ронколейкин	Интерлейкин – 2
		Беталейкин	Интерлейкин – 1β
		Лейкомакс	Колониестимулирующий фактор
		Нейпоген	Колониестимулирующий фактор
Нуклеиновые кислоты	Естественные	Натрия нуклеинат	Семь нуклеиновых кислот из дрожжей
		Деринат	ДНК из молока осетровых рыб
	Синтетические	Полудан	Комплекс полиадениловой и полирициловой кислот
		Имунал	Сок эхинацеи пурпурной
Химически чистые	Низкомолекулярные	Левамизол	Фенилимидазотиазол
		Диуцифон	Диаминодифенилсульфон, соединенный с метилурацилом
		Галавит	Производное фталгидрозида
		Гепон	Олигопептид из 14 аминокислот
		Глутоксим	Бис-(γ-L-глутамил)-L-цистеин-Бис-глицин динатриевая соль
		Аллоферон	Олигопептид из 13 аминокислот
	Высокомолекулярные	Полиоксидоний	Производное полиэтиленпиперазина

В настоящее время в качестве ИМ эндогенного происхождения применяются иммунорегуляторные пептиды, полученные из центральных органов иммунной системы — тимуса и костного мозга (тактивин, тималин, тимоген, имунофан, миелопид и др.), цитокины (беталейкин и ронколейкин), интерфероны (лейкинферон, реаферон, виферон, гриппферон и др.) и эффекторные белки иммунной системы (иммуноглобулины).

К ИМ экзогенного происхождения относятся препараты бактериального и грибкового происхождения. К медицинскому применению разрешены такие средства микробного происхождения, как пирогенал, продигиозан, Имудон, ИРС-19, рибомунил, бронхомунал и др. Все они обладают способностью усиливать функциональную активность нейтрофилов и макрофагов.

К 3-й группе ИМ относятся синтетические вещества, полученные в результате направленного химического синтеза. К этой группе относятся такие давно известные препараты, как левамизол и диуцифон, а также представители нового поколения синтетических ИМ — полиоксидоний и глутоксим. К синтетическим ИМ относится также большинство индукторов ИФН (полудан, амиксин, циклоферон и др.). Индукторы ИФН представляют собой разнородное по составу семейство высоко- и низкомолекулярных синтетических и природных соединений, объединенных способностью вызывать в организме образование собственного (эндогенного) ИФН. Индукторы ИФН обладают антивирусными, иммуномодулирующими и другими характерными для ИФН эффектами.

Однако, несмотря на то, что многие из этих препаратов были теоретически многообещающими, так и не сумели занять достойного места в повседневной педиатрической практике по следующим причинам:

- известные ограничения процесса фармакокинетики;
- трудность перевода результатов из *in vitro* в *in vivo*;
- недостаточно изученный механизм и длительность эффекта;
- ошибки методологического характера, обнаруженные в ходе испытания эффективности.

Значительный рост разработок новых препаратов, действующих на иммунную систему, обусловлен преимущественно тем, что медицинский мир все больше осознает важность возможности фармакологического воздействия на пациентов с подавленным иммунитетом, целью которого является нормализация иммунного ответа.

Во многих исследованиях показано, что максимальный клинический эффект в профилактике и лечении ОРЗ и гриппа может быть получен при сочетании препаратов различной направленности, подавляющих репликацию вирусов и корригирующих нарушения иммунитета у ребенка.

Перспективным направлением в профилактике ОРЗ является использование безопасных малотоксичных, но эффективных средств защиты. Однако, данной проблеме посвящены единичные работы, где авторы в оздоровительных программах ЧДБД с заболеваниями лимфоглоточного кольца и в группах диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы получили хорошие результаты (Гаращенко Т.И., Володарская В.Г. Профилактика и лечение хронического тонзиллита у часто и длительно болеющих детей // Детские инфекции. 2007. №1. С. 56-60.).

В настоящее время определенный интерес в изучении данного направления представляет возможность применения в качестве профилактики ОРЗ у детей дошкольного возраста представителя наиболее многообещающего, с клинической точки зрения, класса нуклеиновых кислот препарата – Деринат. Главным фармакологическим действием нуклеиновых кислот является стимуляция лейкопоэза, процессов регенерации и репарации, функциональной активности практически всех клеток иммунной системы. Препараты этой группы стимулируют функциональную активность нейтрофилов и моноцитов/макрофагов, повышая их способность поглощать и убивать поглощенные бактерии, повышают антиинфекционную устойчивость к заражению патогенными микроорганизмами, вероятно, за счет активации фагоцитоза, повышают функциональную активность Т-хелперов и Т-киллеров, повышают пролиферацию В-клеток и синтез антител. Препараты нуклеиновых

кислот обладают антиоксидантным эффектом, что проявляется в их способности удалять из организма свободные радикалы. В силу этих свойств, препараты нуклеиновых кислот могут снижать повреждающее действие на организм радио- и химиотерапии.

1.4.Оздоровительные технологии, возможности и перспективы в системе профилактики в структуре дошкольного образования

Медицинское обслуживание детей в детских дошкольных учреждениях – компетенция медицинского персонала и врачей базовых детских поликлиник. Оно также подконтрольно органам санитарного надзора и народного образования. Средства и методы решения проблем медицинского обеспечения детей в дошкольных образовательных учреждениях разнообразны, динамичны во времени и изменчивы. Разрабатываются они различными ведомствами и отдельными специалистами. Однако, единых четких рекомендаций по профилактике и снижению заболеваемости в дошкольном учреждении на сегодняшний момент не существует, что обуславливает то, что подходы к одной и той же проблеме часто трактуются с прямо противоположных позиций, что не обеспечивает на современном этапе эффективного решения задач по улучшению уровня здоровья детского населения. Кроме того, все программы профилактики и оздоровления дошкольников исполняются персоналом детского учреждения, главным образом, воспитателем. Актуальность формирования уже в период дошкольного возраста представлений о здоровье, ответственного отношения к его сохранению, овладения правилами здорового поведения подчёркивается в «Федеральных государственных требованиях к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования», где выделена образовательная область «Здоровье». Содержание образовательной области «Здоровье» направлено на достижение целей охраны здоровья детей и формирования основ культуры здоровья. Перед педагогами ставятся следующие задачи:

- сохранение и укрепление физического и психического здоровья детей;
- воспитание культурно-гигиенических навыков;
- формирование начальных представлений о здоровом образе жизни.

Однако чтобы грамотно осуществлять этот процесс, воспитателям, необходим определенный объем медицинских, в первую очередь гигиенических, знаний. А они не получают их в период своей профессиональной подготовки,

поэтому вынуждены приобретать эти знания самостоятельно в процессе работы. Может ли быть эффективным такой процесс обучения, а главное то, как применение полученных знаний отразится на здоровье ребенка?!

В литературе имеется много данных об использовании однонаправленных оздоравливающих процедур в детских коллективах, которые в 1,6–2,5 раза уменьшают число дней, пропущенных ребенком по болезни, оказывая модулирующее влияние на состояние местного иммунитета (Вельтищев Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста) / Ю.Е.Вельтищев, И.П.Ветров. М. 2003 . 96 с.). Значительно расширяются возможности реабилитации детей в санаторно-курортных условиях (Гриппферон капли в нос. Профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций. М., 2004. 38 с.). Внедряемые с 1993 г. медико-педагогические программы движения “Школа здоровья” позволяют применять современные методы оздоровления детей и профилактику обострений хронических заболеваний. В них большое внимание уделяется немедикаментозным методам. Эти лечебные и профилактические мероприятия основаны на данных научных исследований, полученных с применением физиологических, психологических и биохимических приемов. Однако в ряде случаев представленные в литературе обоснования не всегда полны и не способствуют повышению эффективности оздоровительных мероприятий, а также недоступны большинству дошкольных и санаторно-курортных учреждений.

В целом, заболеваемость острыми респираторными заболеваниями из года в год имеет тенденцию к росту, что диктует необходимость более пристального изучения данной проблемы. Профилактика ОРЗ у дошкольников осуществляется на основании методических рекомендаций утвержденных Минздравом СССР от 12 июня 1980 г. N 08-14/4-14 «Профилактика острых респираторных вирусных инфекций в детских дошкольных учреждениях». В сложившихся условиях становится очевидной необходимость качественно новых подходов к профилактике и лечению гриппа и ОРЗ. Поиск новых высокоэффективных,

безвредных и удобных в применении средств профилактики указанных заболеваний предполагает использование лекарственных средств, обладающих широким спектром фармакологического действия. В связи с этим представляется вполне оправданным применение ИМ для профилактики и лечения респираторных заболеваний у часто болеющих детей.

В Европе в арсенал профилактических мер по борьбе с частыми ОРЗ входит два типа профилактики: классическая и прицельная.

Классическая профилактика предусматривает прием иммуномодулирующих препаратов здоровым пациентом с риском развития ОРЗ в период максимальной эпидемиологической опасности (октябрь–март) с целью снижения возможного риска заболевания.

Прицельная профилактика — наоборот, предусматривает использование иммуномодуляторов (ИМ) в острой фазе заболевания, при необходимости вместе с терапией антибиотиками, с целью сократить количество дней болезни и компенсировать, вызванную инфекцией, иммуносупрессию. Оба вида профилактики направлены на сокращение числа ОРЗ, причем классическая профилактика, предохраняя заранее от появления инфекции, демонстрирует лучший экономический эффект.

На территории РФ также имеется некоторый опыт применения различных препаратов с иммуностропной активностью. На современном этапе профилактика ОРЗ у детей сводится к следующим видам:

1. Экспозиционная профилактика.
2. Диспозиционная профилактика.
3. Интерферонопрофилактика.
4. Специфическая профилактика острых респираторных заболеваний

Экспозиционная профилактика

Экспозиционная профилактика имеет целью предотвращение контакта ребенка с источником инфекции. С учетом путей распространения гриппа и ОРВИ изоляция ребенка от больного и потенциального источника инфекции

играет ведущую роль в предупреждении ОРЗ. Основные меры, которые могут быть предприняты в этом отношении, следующие:

- ограничение контактов ребенка в сезоны повышения респираторной заболеваемости;
- сокращение использования городского транспорта для поездок с детьми;
- удлинение времени пребывания ребенка на воздухе;
- ношение масок членами семьи, имеющими признаки ОРЗ;
- тщательное мытье рук после контакта с больным ОРЗ или предметами ухода за ним;
- ограничение посещения детских учреждений детьми со свежими катаральными симптомами. В очагах острых респираторных инфекций проводятся следующие меры профилактики:
 - вводится карантин сроком на 7 дней с момента последнего случая заболевания, усиливается санитарно-эпидемиологический режим;
 - проводится влажная уборка помещений;
 - больные ОРЗ изолируются или госпитализируются;
 - контактных лиц ежедневно осматривают и проводят термометрию;
 - в очагах проводится также интерференопрофилактика, другие методы предотвращения заболевания ОРЗ.

Диспозиционная профилактика

Основными методами повышения сопротивляемости ребенка инфекционным агентам служат вакцинация и закаливание. При охлаждении кожи происходит рефлекторное сужение кровеносных сосудов, как кожи, так и слизистой оболочки носа, что снижает температуру воздуха в полости носа на 2° С. При этом нарушаются функции защитных клеток, снижается поступление антител, что повышает риск развития инфекции. Закаливание тренирует реакцию сосудов, у закаленных при охлаждении температура воздуха в полости носа падает всего на 0,3-0,5° С. Закаливание не требует очень низких температур, важна контрастность температуры и систематичность проведения процедур.

Интерферонопрофилактика

Интерфероны широко применяются не только для лечения, но и с целью профилактики гриппа и ОРЗ другой этиологии. Особо показана Интерферонопрофилактика детям с тяжелым преморбидным фоном, только начинающим посещать детские учреждения, а также всем детям во время вспышки гриппа.

Препараты интерферона, используемые для профилактики ОРВИ:

- Человеческий лейкоцитарный ос-интерферон в профилактических целях назначают по 5 капель 2 раза в сутки в каждый носовой ход до прекращения угрозы заражения;
- Гриппферон детям с 1 года жизни вводят по 5 капель 2 раза в сутки в течение 7-10 дней;
- Виферон в свечах в дозе 15-500 тыс. ед. 1-2 раза в сутки в течение 7 дней, затем 1 раз в сутки 2 раза в неделю в течение 4 недель.

Специфическая профилактика острых респираторных заболеваний

Ввиду немногочисленности средств специфической профилактики и лечения, их узкой направленности, постоянной изменчивости возбудителей, предлагаемые лекарственные средства не обеспечивают надежного предупреждения заболеваний (Таточенко В.К., 2009).

Вакцинация против коклюша и кори уже давно стала основой борьбы с этими инфекциями, все шире внедряется вакцинация против гриппа, однако многочисленность других возбудителей ОРЗ и их серотипов препятствует созданию эффективных универсальных вакцин.

Грипп

В список прививок МЗ РФ, проводимых по эпидпоказаниям, включены лица с высоким риском развития гриппа или его осложненного течения и летального исхода:

- лица старше 60 лет;
- больные, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, часто болеющие ОРЗ дети дошкольного возраста, школьники;

- медицинские работники;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;
- воинские контингенты.

Вакцинация также рекомендуется для населения как метод индивидуальной защиты от заболевания; при 50-80%-ном охвате коллективов она способна значительно снизить заболеваемость гриппом. Заболевание у привитых протекает в более легкой форме с низким риском осложнений (Куинджи Н.Н., Раппопорт И.К. Профилактические осмотры детей в образовательных учреждениях: цели, реалии и пути решения проблемы // Поликлиника. 2008. №1. С. 20-22.).

Специфическая профилактика осуществляется вакцинами, которые готовятся из актуальных штаммов вирусов А/Н₁Н₁ А/Н₃Н₂ и В, рекомендуемых ежегодно ВОЗ. Для использования в детском возрасте рекомендуются субъединичные и сплит-вакцины.

В России лицензированы следующие препараты:

- Гриппол (Россия)
- Агриппал S1 (Кайрон Беринг, Германия)
- Бегривак (Кайрон Беринг, Германия)
- Ваксигрип (Авентис Пастер, Франция)
- Инфлювак (Солвей Фарма, Нидерланды)
- Флюарикс (ГлаксоСмитКляйн, Германия).

Иммунитет вырабатывается через 14 дней после вакцинации (для вакцины Флюарикс - через 10-12 суток), он кратковременный (6-12 мес.) и типоспецифичный, что требует ежегодного проведения прививок. Профилактическая эффективность - 70-90%, степень защиты у детей и пожилых несколько ниже, чем у взрослых. При заражении другими разновидностями вируса гриппа заболевание протекает в более легкой форме. Отмечено снижение частоты ОРВИ у привитых против гриппа детей.

В условиях модернизации дошкольного образования здоровье ребёнка становится показателем его результативности, эффективности используемых технологий и образовательной стратегии в целом. Педиатрии всегда была

присуща профилактическая направленность. Особое место занимают вопросы профилактики респираторных заболеваний с применением иммуотропных препаратов. Существующие трудности обусловлены отсутствием четкой методологии их профилактического использования с учетом «качества» здоровья детей, а также с позиций постнатального иммуноонтогенеза, существующей неопределенностью при выборе иммуотропного препарата и недостаточным уровнем подготовленности педиатров для решения этих вопросов. Очевидна необходимость экономического анализа для оценки эффективности финансирования тех или иных профилактических мероприятий в широком масштабе. Все это определяет одно из направлений дальнейшего изучения и решения проблемы профилактики респираторных заболеваний у детей.

Эффективность избранного медико-профилактического воздействия на детей проявляется в конечном результате – состоянии их здоровья.

ГЛАВА II.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное клиническое исследование проводилось с сентября 2011 года по апрель 2012 г в соответствии с Правилами проведения качественных клинических испытаний в РФ и Европейскими Предписаниями о GCP (93, 122) на базе МБДОУ «Детский сад общеразвивающего вида №46» (заведующей – З.В. Корневой) г Воронежа и на базе кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики лечебного факультета ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – д.м.н., профессор И.Э. Есауленко, зав. кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики – д.м.н., профессор А.А. Зуйкова).

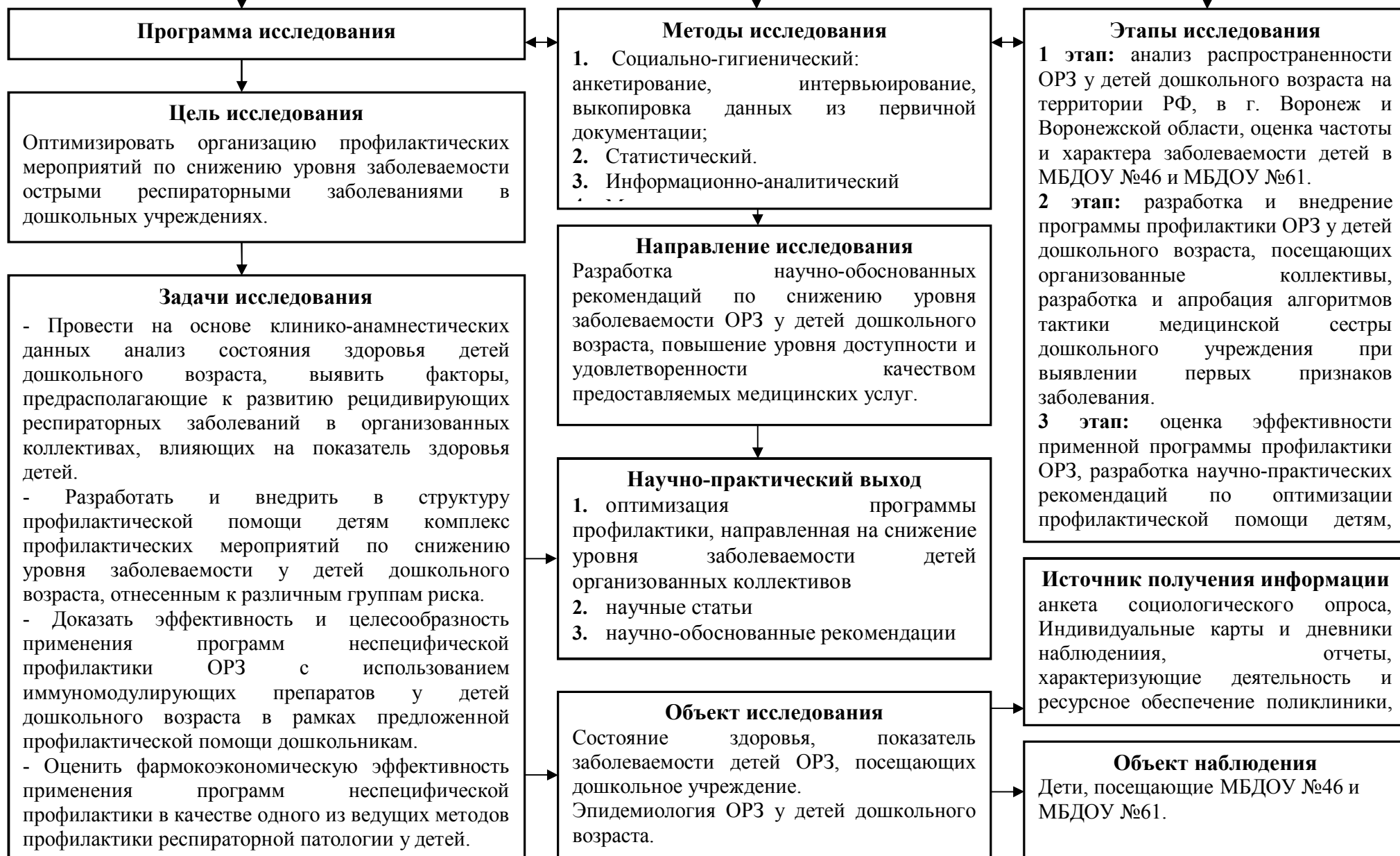
Исследование выполнялось поэтапно.

На первом этапе были составлены программа и план исследования. Программа исследования охватывала цель, задачи, объект и единицу наблюдения, программу сбора материала, разработки и анализа статистических данных. План исследования включал место проведения, метод формирования объекта наблюдения и другие организационные вопросы. Так же была проанализирована распространенность ОРЗ у детей дошкольного возраста на территории РФ, в г. Воронеж и Воронежской области, проведена оценка частоты и характера заболеваемости 283 детей в МБДОУ №46 и МБДОУ №61, находящихся территориально рядом друг с другом. Заболеваемость детей респираторными заболеваниями изучалась в течение исследуемого срока, а так же за год до проведения оздоровительных мероприятий по количеству эпизодов ОРЗ и количеству пропущенных дней по болезни путем просмотра поликлинических амбулаторных карт.

На втором этапе была разработана программа профилактики ОРЗ у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Продолжительность профилактической программы составила 8 месяцев.

Программа профилактики ОРЗ представлена в таблице 2.1.

Программа, методы и этапы исследования



Данные о препаратах, используемых в качестве методов неспецифической профилактики, представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.1.

Программа профилактики острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста в условиях организованного коллектива

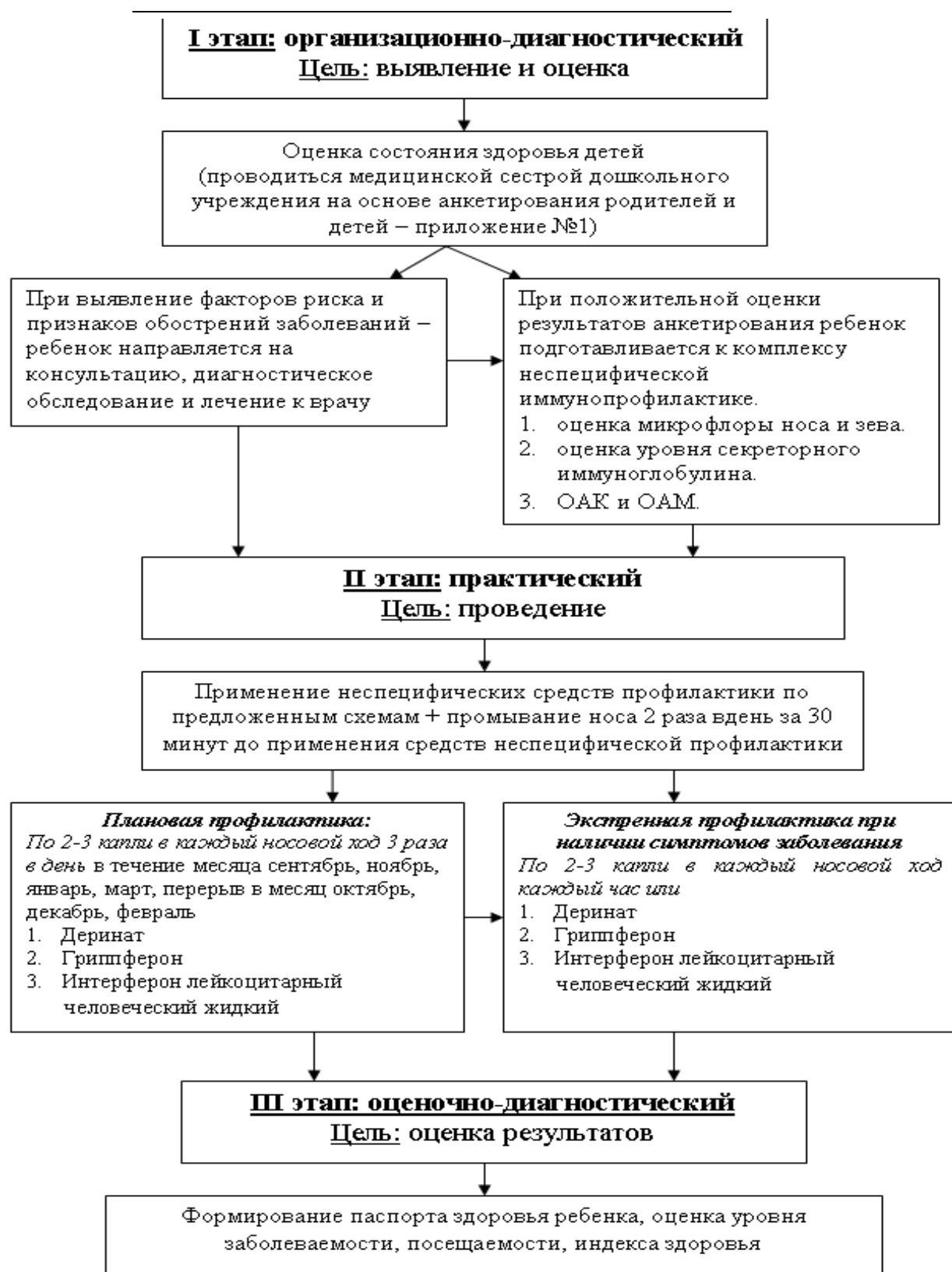


Таблица 2.2.

Перечень используемых в исследовании препаратов и схемы их применения
(препараты зарегистрированы на территории РФ в установленном порядке)

НАИМЕНОВАНИЕ ПРЕПАРАТА	ФОРМА ВЫПУСКА, СОСТАВ	СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ (рекомендуемые лекарственные средства могут применяться во всех возрастных группах детей дошкольного возраста, без ограничения, кроме детей, имеющих индивидуальную непереносимость или аллергические реакции на отдельные компоненты препаратов)
1	2	3
Гриппферон (Фирн М код EAN:4606207000025 № Р N000089/01, 2006-02-10)	Интерферон второго поколения (рекомбинантный а-2). Выпускается во флаконах-капельницах по 5 или 10 мл в коробке 1 флакон. Форма выпуска - капли назальные 10000 МЕ/мл, прозрачные бесцветные или светло-желтой окраски раствор, без осадка и посторонних включений. Состав: активное вещество: интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный; вспомогательные вещества: трилон Б; натрия фосфат двузамещенный; калия фосфат однозамещенный; натрия хлорид; ПВП; полиэтиленгликоль; вода для инъекций.	Доза и способ применения: в возрасте от 1 до 3 лет по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день; в возрасте от 3 до 14 лет по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в день; взрослым по 3 капли в каждый носовой ход через 3-4 часа; для профилактики препарат закапывают в возрастной дозировке 1-2 раза в день на протяжении контакта с больным. При необходимости профилактические курсы повторяют. После каждого закапывания рекомендуется помассировать пальцами крылья носа в течение нескольких минут для равномерного распределения препарата в носовой полости.
Интерферон лейкоцитарный человеческий сухой (Вирион НПО ФГУП Р N001857/01-2002)	интерферон альфа. Выпускается в форме лиофилизата для приготовления назального раствора 1 тыс.МЕ в ампулах №10 в упаковке. Состав: активное вещество: интерферон альфа - смесь различных подтипов натурального альфа-интерферона из лейкоцитов крови	Доза и способ применения: доза, частота и длительность применения устанавливаются в зависимости от показаний, тяжести заболевания, способа введения, индивидуальной реакции пациента.

	человека.	
Деринат (ЗАО «ФП «ТЕХНОМЕДСЕРВИС», РУ № 002916/02 от 18.08.2008 г.)	соль высокоочищенной деполимеризованной низкомолекулярной нативной ДНК-На с молекулярной массой 270-500 kD, растворенный в 0,1% растворе натрия хлорида. Выпускается в форме стерильного 0,25%-ного раствора для наружного и местного применения по 10 мл во флаконах-капельницах из темного стекла, снабженных устройством контроля первого вскрытия. Состав: активное вещество: натрия дезоксирибонуклеат – 2,5 г; вспомогательные вещества: натрия хлорид – 1,0 г, вода для инъекций - до 1000 мл.	Для профилактики ОРВИ закапывают в нос по 2 капли в каждый носовой ход 2-4 раза в день в течение 1-2 недель. При проявлении симптомов «простудных заболеваний» препарат закапывают в нос по 2-3 капли в каждый носовой ход через каждые 1-1,5 часа, в течение первых суток; далее – по 2-3 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день, продолжительность курса – 1 месяц. При воспалительных заболеваниях полости носа и придаточных пазух, препарат закапывают по 3-5 капель в каждый носовой ход 4-6 раз в день. Продолжительность курса – 7-15 дней.
Плацебо , имитирующее Деринат представляет собой базисную основу апробируемого препарата	стерильный 0,1%-ный раствор натрия хлорида для наружного и местного применения по 10 мл во флаконах-капельницах, подобный тому, в который помещен апробируемый препарат. Описание внешнего вида плацебо идентично препарату Деринат.	Введение плацебо осуществлялось по схеме, идентичной схеме введения препарата Деринат.

После подписания формы информированного согласия законным представителем ребенка на участие в клиническом исследовании программа профилактики была внедрена в повседневную деятельность МБДОУ №46. Кроме того, был подготовлен и апробирован алгоритм тактики медицинской сестры дошкольного учреждения при выявлении первых признаков заболевания.

В первую очередь на данном этапе было проведено начальное обследование ребенка, включающее оценку состояния здоровья, сбор анамнеза, анализ посещения детского учреждения, взятие мазка из зева и носа на патологическую флору, уровень содержания sIgA и плоские клетки поверхностного слоя эпителия.

При соответствии критериям включения и отсутствии критериев исключения – методом случайной выборки ребенок был включен в одну из групп (согласно списку рандомизации) – таблица 2.3.

Таблица 2.3.

Критерии отбора детей, принимающих участие в исследовании

Критерии включения:	Критерии исключения:
1. Пациенты в возрасте от 2 до 6 лет.	1. Поливалентная аллергия в анамнезе.
2. Отсутствие противовирусной и иммуномодулирующей терапии за 1 мес. до включения пациента в исследование.	2. Индивидуальная непереносимость.
3. Способность пациента или его законного представителя адекватно оценивать свое состояние.	3. Наличие заболеваний, требующих назначения противовирусной и иммуномодулирующей терапии.
4. Наличие информированного согласия законного представителя пациента на участие в исследовании.	4. Участие в каких-либо клинических исследованиях в течение предыдущего месяца.

В исследовании использовался метод стратификационной рандомизации, что обеспечило однородность выборок групп по всем основным признакам: возрасту, полу, частоте заболеваний за период исследования, фоновой патологии.

Таким образом, все обследуемые были разделены на четыре группы.

Группа 1 – 30 пациентов, которые ежедневно получали дезоксирибонуклеат натрия (Деринат, производитель ЗАО «ФП «Техномедсервис»», Россия) по 2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 3 недель.

Группа 2 – 30 пациентов получали интраназальное закапывание интерферона альфа (Гриппферон, производитель Биотехнологическая компания ФИРН М) по 2 капли 2 раза в день в течение 3 недель.

Группа 3 – 30 пациентов получали интерферон лейкоцитарный человеческий жидкий по 2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 3 недель.

Группа 4 (контрольная) – 30 пациентов получали плацебо в упаковке (стерильный 0,1% раствор натрия хлорида) идентичной препарату интраназально по 2 капли 2 раза в день в течение 3 недель.

Для оценки состояния здоровья ребенка была разработана анкета с перечнем вопросов, отражающих перинатальный период, характер вскармливания, наследственный и отягощенный анамнез, частоту заболеваний в год, наличие хронических заболеваний и т.д. Учитывались все сведения по пробе Манту в динамике, переносимость лекарственных препаратов и прививок согласно Национальному прививочному календарю, длительность и эффективность применяемой профилактической терапии. Проведение иммунологического скрининг-анкетирования осуществлялось также с помощью специально включенных в анкету вопросов, связанных с нарушением иммунной системы. Оно было направлено на выявление экзогенных химических, физических, биологических и эндогенных факторов, повышающих риск развития иммунологических нарушений. Анкета выдавалась родителям детей, которые должны были ее заполнить. Образец анкеты представлен в приложении №1.

Всем детям была проведена оценка физического развития. Вес и рост измеряли стандартными методами в условиях медицинского кабинета в дошкольном учреждении. Индекс массы тела определяли по методу Kettle: $ИМТ = \frac{\text{масса тела}}{(\text{длина тела})^2} = \text{кг/м}^2$. В качестве стандартных показателей физического развития использовались региональные стандарты (Нормативные показатели физического развития детей Воронежского региона, утверждены МЗ России, 2002 г.), полученные при исследовании 12 тысяч детей от 1 месяца до 15 лет, разработанные группой врачей (Пенкин В.Н., 2000; Швырев А.П. с соавт., 2005), а так же международные стандарты (CDC, 2002) от рождения до 21 года.

Для оценки величины показателя состояния здоровья детей, посещающих детское дошкольное учреждение, в исследовании проводился динамический метод сравнения критериев посещаемости и заболеваемости в период с 2008 по 2012 года.

В каждом временном периоде оценивались следующие показатели заболеваемости:

1. Количество случаев заболеваний в течение года.
2. Количество дней, пропущенных из-за заболеваний в течение года.
3. Количество детей, часто болеющих (4 и более раз в течение года).
4. Количество детей, не болевших ни разу в течение года («индекс здоровья»).
5. Средняя продолжительность одного заболевания (в днях).

Индекс здоровья – это прямой показатель здоровья, выражаемый удельным весом ни разу не болевших за календарный год (с января по январь) детей в изучаемом коллективе. Показатель определяется лишь по результатам годового отчета ДООУ. Сведения для его исчисления представляются врачу средним медработником по результатам анализа полицевого учета заболеваемости в индивидуальных картах детей. К ни разу не болевшим детям относятся лишь те, в картах которых за прошедший календарный год отсутствуют данные об острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, т.е. заболеваниях, связанных со снижением неспецифической резистентности организма. Несчастные случаи, травмы, экстренные и плановые оперативные вмешательства, клинические обследования и пр. в учет не берутся. Удельный вес ни разу не болевших детей рассчитывается на среднесписочный состав детей в ДООУ за год. Расчет последнего показателя осуществляется следующим образом: суммируется количество детей на первое число каждого месяца и делится на количество месяцев наблюдения.

Очень важным фактором, влияющим на здоровье ребенка, является его положительное психоэмоциональное состояние. Требуется не только профессиональная оценка психического состояния ребенка, но и создание соответствующих условий охраны и гигиены его нервной системы. Психические аспекты здоровья мы исследовали с помощью теста А.И. Захарова на оценку уровня тревожности и выявления признаков психического напряжения детей (приложение №2).

Микробиологические исследования проводились в бактериологической лаборатории 1 детской городской больницы г. Воронеж (заведующая отделением, врач-бактериолог высшей категории Боброва Т.М.). Забор материала для микробиологического исследования проводился ватно-марлевыми тампонами с поверхности слизистой носа и глоточной миндалины утром после осмотра ребёнка до начала применения препаратов и по окончании первого цикла применения. Всю микрофлору, определяемую при бактериологическом исследовании принято разделять на индигенную (нормальную или низкопатогенную) КОЕ/мл, добавочную (условно- или среднепатогенную) и транзиторную (патогенную) (132,150,158). Степень обсеменения должна быть не ниже и не выше 10^4 - 10^6 , 10^1 - 10^4 , 10^1 - 10^2 соответственно.

Определение концентрации в носовых смывах (вращательным движением ватного зонда, смоченного в 0,9% растворе NaCl, собирают в одну пробирку выделения из обеих ноздрей исследуемого) секреторного иммуноглобулина А осуществлялось методом иммуноферментного анализа (тест-системы «ИФА-БЕСТ-СТРИП», ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирская область, п. Кольцово).

Для оценки состояния местного иммунитета применяли метод мазков-отпечатков со слизистой носа. Мазки брали ватным тампоном, смоченном в стерильном физиологическом растворе, на уровне нижних носовых раковин.

Вращательными движениями без надавливания наносили мазки на обезжиренные стекла, высушивали, фиксировали и окрашивали по Романовскому — Гимзе. Микроскопию проводили под иммерсией приувеличении (окуляр — 7, объектив — 90). Подсчитывали 200 клеток. В назоцитограммах определяли количество нейтрофилов и плоского эпителия с оценкой характера расположения клеток в микропрепарате, вакуолизации цитоплазмы и ядер, дисхромии цитоплазмы и ядер, формы и размера клеток и ядер, наличия многоядерных клеток. Для оценки деструктивных процессов согласно методике, предложенной Матвеевой Л.А., в слизистой носа определяли 5 классов деструкции (0, 1, 2, 3, 4, 5), индекс деструкции клеток (ИДК), средний показатель деструкции (СПД), индекс цитолиза клеток (ИЦК).

Оценку эпидемиологической эффективности средств неспецифической профилактики проводили в условиях контролируемых эпидемиологических исследований. Лица, включенные в исследования, находились под постоянным клинико-эпидемиологическим наблюдением с обязательной регистрацией всех случаев заболеваний и контролем лабораторных показателей. Каждый случай заболевания ОРЗ учитывался в разработанных индивидуальных «Картах наблюдения».

На третьем этапе исследования была изучена эффективность примененной программы профилактики на основании сопоставления и сравнения в динамике данных показателей заболеваемости детей МБДОУ №46 с другими объектами и группами наблюдений в различных временных промежутках, в определении связи между показателями, их обусловленности различными факторами и причинами, в интерпретации данных и выводов. Для более детального анализа была использована информация первичной учетной медицинской документации и специальных исследований.

На основании полученных результатов были разработаны научно-практические рекомендации по оптимизации профилактической помощи детям дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Достоверность и обоснованность результатов исследования была обеспечена представленностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его количественного и качественного анализа, системностью исследовательских процедур.

В рамках проведения научной работы и в соответствии с программой исследования были использованы сплошные и выборочные методы математического формирования статистической совокупности, социологический, эпидемиологический, клинико-лабораторный, позволяющие всесторонне проанализировать изучаемые явления.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в два этапа.

На первом этапе, показатели, полученные в ходе обследования фиксировались, кодировались и заносились в базу данных.

На втором этапе осуществлялась статистическая обработка результатов с использованием стандартного пакета программ статистического анализа “Statistica 6.0”. Для статистического анализа и описания результатов исследования применены основные показатели: средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение (σ), средняя ошибка (m) среднеарифметической (M).

По совокупности n объектов измеряется значение какого-то параметра X , образующих выборку в совокупности

$$x_i (i = 1, \dots, n), x \in X, \quad (1)$$

Оценка математического ожидания или выборочное среднее по выборке (1) вычислялось по формуле:

$$sred = \bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad (2)$$

Оценки среднеабсолютного отклонения и среднеквадратического, которые вычислены по выборке (1), имели вид:

$$srkv = \sigma = \sqrt{D}, \quad (3)$$

где

$$disp = D = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2. \quad (4)$$

формула является дисперсионной оценкой выборки (1).

Ошибка оценки математического ожидания или выборочного среднего вычислялась следующим образом:

$$\left. \begin{aligned} ersr = m &= \frac{\sigma}{\sqrt{n}} && \text{при } n > 30 \\ ersr = m &= \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}} && \text{при } n \leq 30 \end{aligned} \right\} \quad (5)$$

Вычисленное значение (5) позволило выявить оценку выборочного среднего внутри $\bar{x} \pm m$, учитывающего возможные ошибки регистрации и измерения какого-то параметра X .

Для проверки гипотезы о нормальной генеральной совокупности, из которой извлечены зарегистрированные выборки, были использованы коэффициенты асимметрии и эксцесса, которые теоретически должны быть равны

нулю (Петри А, 2003). В работе высчитано, что выборка извлечена из нормально распределенной совокупности, так как она удовлетворяла следующим условиям:

$$K_a \leq 3S_a \quad \text{и} \quad K_e \leq 5S_e,$$

где:

$$S_a = \sqrt{\frac{6n(n-1)}{(n-2)(n+1)(n+3)}} \quad (6)$$

и

$$S_e = \sqrt{\frac{24n(n-1)^2}{(n-3)(n-2)(n+3)(n+5)}} \quad (7)$$

Коэффициент асимметрии (K_a) по выборке (1) вычислялся по формуле:

$$kass = K_a = \frac{1}{\sigma^3(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^3 \quad (8)$$

Коэффициент эксцесса (K_e) вычислялся следующим образом:

$$kexc = K_e = \left[\frac{1}{\sigma^4(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^4 \right] - 3 \quad (9)$$

Параметры $bet1$ и $bet2$, которые использовались для ориентировочной оценки вида распределения выборки (1), вычислялись по формулам:

$$bet1 = \beta_1 = (K_a)^2 \quad (10)$$

и

$$bet2 = \beta_2 = K_e + 3 \quad (11)$$

Для нормального распределения при оценке выборочного среднего (математического ожидания) доверительный интервал 95%-й и 99%-ный вычислялся по следующей формуле:

$$di9(0,5,9) = \bar{x} \pm \frac{t \cdot \sigma}{\sqrt{n}}, \quad (12)$$

где t – соответствующие квантили распределения Стьюдента. При $n < 30$ значения t для 90%-й, 95%-й и 99%-ной вероятности извлекаются из таблицы t – распределения. При $n > 30$ значение t – принимается равным 1.645, 1.960 и 2.576 для 90%-й, 95%-й и 99%-ной вероятности соответственно.

Парный двухвыборочный t-тест Стьюдента использовался для проверки гипотезы о различии средних для двух выборок данных. В нем не предполагалось равенство дисперсий генеральных совокупностей, из которых выбирались данные исследования. Парный тест использовался, когда устанавливалась естественная парность наблюдений в выборках.

С другой стороны, средние значения m_i распределений могли меняться под влиянием некоторых факторов, входящих в эксперимент. Целью эксперимента является исследование изменчивости средних значений показателей.

ГЛАВА III.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

3.1. Демографическая характеристика и социальный состав семей ребенка

Проблема народонаселения в России привлекает пристальное внимание и приобретает особую остроту в современный период в связи с сокращением населения и ухудшением его здоровья, что может послужить демографической угрозой национальной безопасности.

В настоящее время существует острая необходимость изменения качественных характеристик населения. В контексте социально-экономического анализа как на макро-, так и на микроуровне наибольший интерес представляют индикаторы здоровья детей и их родителей (физического, психического, социального), культурно-нравственного потенциала, уровня образования и способности к труду. Оценка этих показателей невозможна без изучения факторов в системах взаимоотношений «семья - здоровье - общество» и «семья — дети - медико-социальная помощь».

В создании тех или иных условий жизни семьи немаловажное значение имеют такие характеристики, как состав семьи, тип семьи, однородная или разнородная семья по профессиональной занятости членов семьи, наличие в семье детей, пенсионеров и другие важные характеристики.

При определении типа семьи в нашем исследовании воспользуемся классификацией, принятой в российских демографических исследованиях, накопивших большой опыт в проведении исследований семейного быта, а также опытом некоторых зарубежных исследований. Наиболее общей классификацией, в основе которой лежит принцип наличия в семье числа поколений, является разделение семей на «большие» и «малые».

«Малая» семья - это семья, состоящая из супружеской пары с потомством. Она чаще определяется как нуклеарная. Под «неполной» семьей в нашем исследовании понимаются семьи без одного из родителей (дети и мать). «Большая» семья - семья, состоящая из родственников, включающая несколько поколений или неразделенные семьи, включающие несколько супружеских пар, связанных между собой узами родства. «Большая» семья часто именуется как «полная» семья.

Наше исследование показало, что более половины семей (59,6%) относится к нуклеарному типу и состоят из обоих родителей и детей. Четвертая часть обследованных семей (25,9%) относится к «большим» семьям, состоящим из супружеской пары с детьми и проживающими с другими родственниками. 9,3% обследованных семей состоит из матери и ребенка, проживающих совместно с другими родственниками. Эти семьи классифицируются нами как «большие неполные». «Неполные» семьи, состоящие из матери и ребенка, встречаются значительно реже других типов семей и их удельный вес составляет 5,2% (таблица 3.1.).

Таблица 3.1.

Распределение семей по числу членов в зависимости от типа семьи.

Число членов семьи	Тип семьи								Итого	
	нуклеарная		большая		большая неполная		неполная			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2 чел.	-	-	-	-	-	-	19	4,7	19	4,7
3 чел.	125	31,3	-	-	13	3,3	2	0,5	140	35,1
4 чел.	96	24,0	40	10,0	14	3,5	-	-	150	37,5
5 чел.	15	3,8	50	12,5	7	1,7	-	-	72	18,0
6 чел.	2	0,5	7	1,7	3	0,8	-	-	12	3,0
7 и более	-	-	7	1,7	-	-	-	-	7	1,7
Всего	238	59,6	104	25,9	37	9,3	21	5,2	400	100

Наибольшая часть семей в нашем исследовании состоит из трех и четырех человек (35,1% и 37,5% соответственно). Несколько ниже удельный вес семей, состоящих из 5 человек (18%). Семьи из шести, семи и более человек занимают

наименьший удельный вес (1,7% и 4,7%). В целом, как показали наши исследования, средневзвешенная численность московской семьи при уровне значимости $p = 0,05$ составляет $3,85 \pm 0,1$. По данным Л.В. Солохиной (1994), полученным в г. Хабаровске, малые семьи с числом членов семьи 2-3 человека составляют 20,5 - 32,3%, средние семьи (4-5 человек) составляют 58,5 - 67,7%, большие семьи (6 человек и более) составляют 9,2 - 16,5%.

Анализ отдельных типов семей показал, что нуклеарные семьи, состоящие из трех человек, составляют 31,3% от всех изучаемых семей. Нуклеарные семьи, состоящие из четырех человек составили практически пятую часть (24%) всех изучаемых семей. Удельный вес семей больших размеров из пяти и шести человек незначительный (3,8% и 0,5%). Средняя численность нуклеарных семей при уровне значимости 0,05 составила $3,55 \pm 0,08$ человек.

При рассмотрении структуры нуклеарных семей как наиболее часто встречающихся было выявлено, что в 52,5% они состоят из трех человек, в 40,3% - из четырех, в 6,3% - из пяти человек и 0,9% из них состоит из шести человек.

«Большие» семьи в зависимости от числа членов распределялись следующим образом: 10,0% состоят из четырех человек, 12,5% из пяти; 1,7% из шести и 1,7% из семи и более членов семьи. Средний размер этих семей при вероятности $P = 0,95$ составил $4,82 \pm 0,16$ человека. Среди «больших» семей 4/5 имеют одного ребенка, и только 1/5 семей двух и более детей.

«Большие неполные» семьи чаще всего состоят из трех или четырех человек (соответственно 3,3% и 3,5% от всех изучаемых семей). Средняя численность этих семей при уровне значимости 0,05 составляет $4,0 \pm 0,30$ человека.

«Неполная» семья в основном состоит из двух человек (4,7% от всех изучаемых семей). Средний размер этих семей при уровне значимости 0,05 составляет $2,1 \pm 0,13$ человека. Сравнение данных средних арифметических численности семей, различных по своему типу, показало на наличие существенных различий между ними. Наиболее сильное разнообразие по числу членов семьи выявлено в «большой неполной» семье.

По данным В.Г. Дьяченко (2001) в Хабаровском крае среди обследованных семей 58,9% имели одного ребенка, 37,6% - двух и 3,5% - трех. В среднем на одну семью приходилось 1,38 ребенка. В большинстве случаев причинами отказа от рождения следующего ребенка назывались следующие: неудовлетворительные жилищно-бытовые условия (33,2%), материальные затруднения (18,2%), сложные взаимоотношения в семье (15,9%), острая необходимость сформировать успешную карьеру (15,9%) и завершить учебу (8,7%).

При изучении семей с детьми трехлетнего возраста, распределенных по социальным группам (рабочие, служащие, учащиеся и смешанные) выявлено, что 30,3% всех семей являются семьями служащих, 27,2% - семьями рабочих, 3,0% - семьями учащихся и 39,5% - смешанными семьями (сюда же были включены семьи с одним неработающим членом). Нуклеарными семьями среди всех изучаемых семей являются 15,3% семей служащих, 10,4% семей рабочих и 1,5% семей учащихся и 32,4% смешанных семей. Распределение семей трехлетних детей по социальным группам в зависимости от типа семьи представлено в таблице 3.2.

Таблица 3.2.

Распределение семей детей дошкольного возраста по социальным группам в зависимости от типа семьи (в % к итогу).

Тип семьи	Социальные группы семей								Итого	
	рабочих		служащих		учащихся		смешанные семьи			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нуклеарная	42	10,4	61	15,3	6	1,5	130	32,4	238	59,6
Большая	37	9,2	32	8,1	6	1,5	28	7,1	104	25,9
Большая неполная.	22	5,6	15	3,7	—	—	—	-	37	9,3
Неполная	8	2,0	13	3,2	—	—	—	-	21	5,2
Всего	109	27,2	121	30,3	12	3,0	158	39,5	400	100

При изучении структуры социальных групп семей трехлетних детей в зависимости от типа семьи было выявлено, что нуклеарный тип семьи составляет наибольший удельный вес в смешанных семьях - 82,3%; в семьях служащих и учащихся - 50,4% и 50,0% соответственно, и наименьшую долю в нуклеарном типе семьи, составляют семьи рабочих - 38,5% (таблица 3.3.). Каждая вторая семья учащихся относилась к «большим» семьям (50,0%) против 26,4% - в семьях служащих, 34,0% - в рабочих семьях и 17,7% - в смешанных семьях.

Таблица 3.3.

Структура социальных групп семей детей дошкольного возраста в зависимости от типа семьи (в % к итогу)

Тип семьи	Социальные группы семей			
	рабочих	служащих	учащихся	смешанные семьи
Нуклеарная	38,5	50,4	50,0	82,3
Большая	34,0	26,4	50,0	17,7
Большая неполная.	20,2	12,4	—	—
Неполная	7,3	10,8	—	—
Всего	100	100"	. 100	100

В зависимости от социального положения семьи при уровне значимости $p = 0,05$ среднее число детей составляет: в семьях рабочих - $1,55 \pm 0,13$, в семьях служащих - $1,46 \pm 0,12$, в семьях учащихся - $1,08 \pm 0,16$ и в смешанных семьях - $1,63 \pm 0,12$, а в целом по всем социальным группам - $1,54 \pm 0,07$.

Во всех социальных группах доминирующее положение занимают семьи с одним ребенком, они составляют 14,7%, 18,3%, 2,8% и 19,8% соответственно в семьях рабочих, служащих, учащихся и в смешанных семьях (таблица 3.4.).

Наибольшее число обследованных семей, имеющих двух детей, являются смешанными семьями (15,5%). Удельный вес многодетных семей с тремя и четырьмя детьми был также наибольшим в смешанных семьях и составляет соответственно 3,2% и 1,0% от общего количества исследуемых семей. Этот тип семьи был преобладающим по количественному составу.

Примерно аналогичные данные получены и в других регионах страны. Так, по данным Л.В. Солохиной (1994), среднее число детей в семьях рабочих составило $1,95 \pm 0,07$, в семьях служащих - $1,7 \pm 0,7$ и в смешанных - $1,84 \pm 0,5$.

Таблица 3.4.

Распределение семей с различным социальным положением по числу детей в них (в % к итогу)

Число детей в семье	Социальные группы семей								<i>ЛЛm</i>	
	рабочих		служащих		учащихся		смешанные семьи		MTui и	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	59	14,7	73	18,3	11	2,8	79	19,8	222	55,6
2	40	10,0	42	10,5	1	0,2	62	15,5	145	36,2
3	10	2,5	4	1,0	—	—	13	3,2	27	6,7
4	—	—	2	0,5	—	—	4	1,0	6	1,5
Всего	109	27,2	121	30,3	12	3,0	158	39,5	400	100

Изучение структуры семей по социальному положению и числу детей в них показало, что многодетными являются семьи рабочих и смешанные семьи (9,2% и 10,7%). В семьях служащих многодетность составляет 5,0% .

В целом уровень образования как среди мужчин, так и среди женщин не имеет существенных различий ($p > 0,05$). Не только уровень образования родителей, но и их возраст оказывают влияние на формирование семьи, рождаемость и состояние здоровья детей. Повозрастное распределение родителей (таблица 3.6.) показало, что при уровне значимости 0,05 средний возраст матери составляет $26,3 \pm 3,0$ года, а отца - $27,0 \pm 3,4$ лет. Причем наибольший процент матерей при рождении ребенка соответствует возрастной группе от 20 до 24 лет (33,5 %), а отцов - 25 - 29 лет (32,2%). В других возрастных группах этот показатель существенно снижается.

При этом обращает на себя внимание достаточно высокий процент матерей, родивших ребенка в возрасте до 20 лет - 10,2% (по РФ - 15%), который превышает аналогичный показатель среди матерей в возрастной группе 35-39 лет (7,8%). Оба эти возраста составляют группу риска по медико-биологическим параметрам.

Таблица 3.5.

Распределение родителей по образованию (в % к итогу)

Уровень образования	Мужчин		Женщин					
			состоящие в браке		не состоящие в браке		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Незакончен. среднее	21	6,1	2	0,5	11	2,7	13	3,2
Среднее	124	36,3	124	31,0	6	1,5	130	32,5
Среднее специальное	77	22,5	100	25,0	18	4,5	118	29,5
Высшее и незакончен. высшее	120	35,1	116	29,0	23	5,8	139	34,8
Итого	342	100,0	342	85,5	58	14,5	400	100,0

Изучение социального положения в возрастных группах родителей выявило следующее, что при уровне значимости 0,05 в семьях рабочих при рождении ребенка средний возраст матерей составляет $25,5 \pm 6,0$ лет, а отцов - $26,0 \pm 6,3$ лет, в семьях служащих - $26,9 \pm 5,4$ лет и $29,2 \pm 6,4$ лет и в смешанных семьях - $26,5 \pm 4,6$ лет и $29,6 \pm 5,2$ лет соответственно у матерей и отцов. В семьях учащихся, составляющих 0,3%, средний возраст матерей составил 23,7 года, а отцов - 24,1 года. Полученные различия между средними величинами статистически достоверны. Существенных различий между возрастными группами отцов и матерей в различных типах семей выявлено не было.

В семьях рабочих достаточно высокий показатель рождения ребенка у матерей в возрасте моложе 20 лет (17,4%), который превышает по своему значению даже аналогичный показатель в возрастной группе 30-34 года (14,7%). Эта закономерность прослеживается и в смешанных семьях.

В семьях рабочих и учащихся наибольший процент родителей (мать и отец) при рождении ребенка находились в возрастной группе 20-24 года. В семьях

рабочих в этом возрасте отмечалось 31,2% матерей и 30,2% отцов, а в семьях учащихся - соответственно 58,3% и 50%. В семьях служащих и смешанных семьях больше всего родилось детей у матерей в возрасте 20-24 лет - 32,2% и 34,2% соответственно. У отцов этот показатель характерен для возраста 25-29 лет (соответственно 30,7% и 36,1%). В возрасте до 20 лет при рождении ребенка в рабочих семьях процент матерей был выше, чем отцов - 17,4% против 6,3% , а в семьях служащих - 7,5% и 2% и в смешанных семьях - 7,6% и 2,3% соответственно.

Удельный вес семей, в которых отец был старше матери, составил 63,5%, а матери старше отцов - 21,3%. Уровень образования родителей оказывает определенное влияние на число детей в семье. Выявлено, что среди матерей с незаконченным средним образованием 23,8% составляют многодетные семьи, в то же время в семьях с высшим образованием многодетные семьи составляют 7,5%. Они показали, что при уровне значимости 0,05 в среднем число детей составляет от 1,50 до $1,65 \pm (0,12 - 0,41)$, причем большие значения характерны для семей с незаконченным средним образованием, а меньшие были у родителей со средним и средним специальным образованием. Родители с высшим и средним образованием, имеющие одного ребенка составляли 18,5 - 20,2%, двух - 11,3 - 13,2% от всех обследуемых семей.

На основании вышеизложенного следует отметить, что в г. Москве преобладающим типом семьи являются нуклеарные семьи, в которых по социальному положению преобладают смешанные семьи, а также семьи служащих. Особую тревогу вызывает наличие большого процента неполных семей, в результате чего определенная часть детей может вообще не появиться на свет. Наиболее высокий уровень рождаемости отмечается в возрастной группе от 20 до 24 лет.

3.2 Социально-гигиеническая характеристика семей с детьми дошкольного возраста и особенности их образа жизни

В последние годы особенно возрос интерес к социально-гигиеническим исследованиям, направленным на изучение формирования факторов риска различной этиологии, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье детей и определяющих потребность в профилактических мерах.

Социально-экономический статус семьи играет важную роль в ее формировании, стабильности и влиянии на здоровье отдельных ее членов и всей семьи в целом, ведь условия жизни семьи напрямую связаны с ее материальным положением.

В нашем исследовании комплексная оценка материальной обеспеченности семьи проводилась нами по трехуровневой шкале с градациями - хорошая, удовлетворительная и неудовлетворительная. Полученные исследования показали, что 23,7% семей с детьми дошкольного возраста оценили материальную обеспеченность семьи как хорошую, 57,3% семей - как удовлетворительную и 19% семей дали неудовлетворительную оценку

В группу семей с неудовлетворительной материальной обеспеченностью входили, в основном, неполные семьи, семьи учащихся и многодетные семьи. Формирование семьи во многом зависит от степени удовлетворения одного из основных требований - обеспечение семьи жильем и совершенствование быта. Жилище не только обеспечивает возможность существования семьи как таковой (то есть как общности людей, объединенных узами кровного родства), но и создает необходимые условия для реализации важнейших функций семьи, связанных с воспитанием детей, организацией потребления, быта, досуга и удовлетворения многих других потребностей членов семьи (Бедный М.С., 1986; Гринина О.В., Кича Д.И., Важнова Т.В., Хило Е.В., 1997 и др.). Семьи, находящиеся в стадии формирования (от брака до рождения первого ребенка), как правило, не обеспечены жильем и на первом месте в этих семьях стоит жилищная проблема. Молодожены в большинстве своем не обеспечены отдельной квартирой. Только от 20% до 30% молодых семей, проживающих в различных регионах страны к

моменту заключения брака, имеют оптимальные жилищные условия. Целый ряд социально-гигиенических исследований показывает, что первые пять лет брака молодая семья улучшает свое социальное и экономическое положение. Количество молодых семей, имеющих ребенка, проживающих в отдельной квартире, к пятому году жизни ребенка увеличивается до 39,4%.

Жилищные условия, как известно, играют большую роль в жизни человека и, в первую очередь, ребенка. При характеристике жилищных условий, семьей давалась их комплексная оценка по трехуровневой шкале с учетом основных параметров, таких как обеспеченность, жилой площадью в среднем на одного члена семьи и наличие санитарно-гигиенических удобств. В приложении 3 представлено распределение семей в зависимости от жилищных условий. Только каждая третья семья проживает в хороших жилищных условиях (27,5%), в то время как плохие жилищные условия наблюдались у 18,0%. В удовлетворительных жилищных условиях проживает более половины обследованных семей (54,5%).

В сравнительно худших жилищных условиях находятся неполные и молодые семьи, но с увеличением возраста семьи жилищные условия, как правило, улучшаются. По данным Л.В. Солохиной (1994) из комплекса факторов, оказывающих влияние на здоровье детей, материально-жилищные условия составляют от 8,5 до 13%, изменяясь в зависимости от социального положения семьи.

К настоящему времени проблема улучшения жилищных условий, как свидетельствуют данные многих авторов, продолжает занимать одно из ведущих мест в иерархии жизненных проблем и, прежде всего, в росте жизненного благосостояния семьи.

Весьма тесная связь наблюдается между состоянием здоровья детей и таким важным структурным элементом благосостояния семьи, как питание. При его комплексной оценке 28,5% семей охарактеризовали питание ребенка и семьи в целом как «хорошее», 51,5% как «удовлетворительное» и 20% семей дали неудовлетворительную оценку. Семьи, неудовлетворительно оценившие свое

питание связывают это в основном с двумя причинами - недостаточная материальная обеспеченность и дефицит времени, так как питание, как процесс потребления соответствующих продуктов, носит в нашей стране преимущественно «семейный» характер.

В семьях, имеющих большое число детей, на питание тратится основная часть семейного бюджета, в связи с этим почти половина (45,5%) всех многодетных семей в нашем исследовании охарактеризовали питание семьи как неудовлетворительное. Такую же оценку своему питанию дала каждая вторая (52,4%) из «неполных» семей, в которой на матери лежат все нагрузки и по добыванию средств к существованию, и по ведению домашнего хозяйства и 37,8% «больших неполных» семей.

Из всех семей, давших неудовлетворительную оценку своему питанию, больше половины (52,5%) приходится на семьи, которые можно охарактеризовать как неблагоприятные по социально-демографическим параметрам.

С точки зрения соотношения экономического положения семьи и оценки питания ребенка и семьи в целом между этими факторами прослеживается прямая и тесная связь.

Для нормального функционирования и стабильности в семье необходим благоприятный психологический климат, который складывается из целого ряда параметров. Одним из них является оценка супругами своих взаимоотношений.

Большинство родителей оценили свои взаимоотношения как «хорошие» и «удовлетворительные» (81,2% и 14,0% соответственно) и 4,8% семей дали плохую оценку своим взаимоотношениям. Вместе с тем, семьи с плохими взаимоотношениями наполовину состоят из семей рабочих. При изучении взаимоотношений в семье в зависимости от числа детей, выявлено, что среди семей с плохими взаимоотношениями 56,2% приходится на семьи, имеющие одного ребенка и 43,8% на семьи с двумя детьми, многодетных семей с плохими взаимоотношениями в нашем исследовании выявлено не было (таблица 3.6.). Среди семей с удовлетворительными взаимоотношениями многодетные семьи составили 14,6%, с хорошими взаимоотношениями -9,3%.

В нашем исследовании 91,5% матерей считают свою семью надежным местом, где они могут решить свои проблемы и отдохнуть душой и 8,5% матерей так не считают. На вопрос «окружен ли ребенок необходимой заботой и вниманием» 95,3%) матерей дали утвердительный ответ и 4,7% матерей ответили на него отрицательно.

Таблица 3.6.

Распределение семей трехлетних детей по взаимоотношениям между состоящими в браке супругами и числом детей в семье (в % к итогу)

Число детей в семье	Оценка взаимоотношений между супругами				Итого	
	плохие		удовлетворительные		хорошие	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 ребенок	9	56,2	26	54,2	153	55,1
2 ребенка	7	43,8	15	31,2	99	35,6
3 ребенка			5	10,4	22	7,9
4 ребенка			2	4,2	4	1,4
Всего	16	100	48	100	278	100

Мы установили, что в каждой одиннадцатой семье (8,8%) ребенок является постоянным свидетелем конфликтов между взрослыми членами семьи, несмотря на то, что каждая третья семья проживает в хороших и удовлетворительных жилищных условиях. В каждой седьмой семье (14,8%) ребенок является редким свидетелем конфликтов между взрослыми.

Неблагоприятный психологический микроклимат в семье способствует возникновению неврозов и неврозоподобных состояний, более тяжелому течению заболеваний у детей. В таких семьях в 2,3 раза больше детей с язвенной болезнью желудка, в 1,7 раза - с гастродуоденитами.

Здоровая психологическая обстановка в семье возможна лишь при совпадении мнений отдельных ее членов на воспитание ребенка, то есть в семье имеется единая линия воспитания. В нашем исследовании в нуклеарных семьях несовпадение взглядов родителей на воспитание ребенка было отмечено почти в каждой пятнадцатой семье (6,3%).

Меры наказания, применяемые в семье по отношению к ребенку, являются составной частью психологического климата семьи и отражают социальную зрелость родителей, как воспитателей. По нашим данным, матери, в основном, избегают использовать физические методы воспитания, так как считают их мало действенными. В целом не используют физические методы 92,8% матерей.

Образ жизни семей включает и такую важную характеристику, как отсутствие или наличие вредных привычек у родителей ребенка. С этой позиции нами были изучены факты курения и употребления спиртных напитков родителями, как причины неблагоприятного психологического микроклимата семьи и как факторы, способствующие ухудшению состояния здоровья детей. Табакокурение является серьезным фактором, влияющим на здоровье населения в целом. Изучение его распространения в нашем исследовании показало следующее: 60,5% отцов и 14,5% матерей курят, причем 1,3% матерей курили во время беременности.

Одной из причин отклонения в здоровье детей, особенно нервной системы, является пассивное курение. Число практически здоровых детей среди «пассивных курильщиков» составило 32,6%, а в семьях, где родители не курили - 62,8%. В группе детей - «пассивных курильщиков» часто болеющих было 52,5%, против 27,5% в семьях, где родители не курят.

В семьях, где родители курят, дети раннего возраста чаще заболевают бронхиальной астмой, отитом, пневмонией, бронхитом, ОРВИ, кроме того, эти заболевания хуже поддаются лечению.

Известно, что злоупотребление алкоголем меняет мотивацию поведения человека. Сама личность отказывается от установок на сохранение своего здоровья. Наличие в семье лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками особенно неблагоприятно влияют на формирование здоровья и личность ребенка. В таких семьях отмечаются более высокие показатели заболеваемости, в них больше часто болеющих детей.

У детей, родившихся от отцов-алкоголиков, отмечаются нарушения психического развития, выраженные тем больше, чем длиннее у отца был период заболевания хроническим алкоголизмом.

Алкоголизм родителей приводит к конфликтным ситуациям в семье. Пьянство одного из родителей, чаще мужа, стоит на первом месте среди причин разводов.

Следует учитывать, что в нашем исследовании анкетированию подвергались исключительно матери, поэтому может иметь место некоторое искажение уровня критерия значимости и информативности этого фактора в сторону уменьшения, из-за недостаточной откровенности в ответах. 68,5% матерей, воспитывающих трехлетнего ребенка, указали, что в семье употребляют алкоголь очень редко или вообще не употребляют.

Частое (каждую неделю) употребление алкоголя отмечено в каждой двадцатой семье - 5,3% у отцов и 0,7%) среди матерей. Умеренное употребление алкоголя (2-3 раза в месяц) - отмечается в 26,2%) у отцов и в 30,8%) у матерей. Употребляли алкоголь во время своей беременности 0,5% матерей. Матери, часто употреблявшие алкогольные напитки встречаются в 2 раза чаще в семьях рабочих, против всех остальных семей.

С учетом вышеизложенного при комплексной оценке психологической характеристики семьи в целом в нашей работе выделялись:

1. Семьи с благоприятным психологическим климатом - в них отмечены хорошие взаимоотношения между супругами, для которых семья является надежным местом, где можно решить свои проблемы и отдохнуть душой, отмечается спокойная обстановка. В этих семьях дети окружены необходимой заботой и вниманием, имеется единая линия воспитания ребенка.

2. Семьи с неблагоприятным психологическим климатом - в них отмечены плохие взаимоотношения между супругами, для которых семья не является надежным местом, в ней нельзя решить свои проблемы и отдохнуть душой. В семье отмечаются постоянные конфликты, свидетелями которых являются дети, отмечалось отсутствие у родителей необходимого интереса к

воспитанию детей, нет единой линии в воспитании ребенка, ребенок не окружен должной заботой и вниманием. В семье применяются физические методы воспитания, отмечается наличие алкоголизма в семье.

3. Семьи с удовлетворительным психологическим климатом - это семьи не с «плохими» взаимоотношениями между супругами, в семье отмечаются конфликты, которые происходят в основном в отсутствие ребенка. Отмечается достаточный интерес к воспитанию детей, родители имеют единую линию воспитания ребенка. В нашем исследовании 71,3% семей имели благоприятный психологический климат, 19,7% семей - удовлетворительный и 9% имели неблагоприятный психологический климат.

Гигиеническое воспитание детей раннего возраста предусматривает обязательное соблюдение режима, проведение соответственно возрасту комплекса оздоровительных процедур и выработку у ребенка гигиенических навыков.

День ребенка должен строиться строго по времени с учетом возрастных и функциональных особенностей детского организма. В нашем исследовании, оценивая режим, как научно обоснованный распорядок жизни, обеспечивающий правильное чередование во времени и определяющий деятельность основных физиологических состояний ребенка - сна и бодрствования, мы выяснили, что 6,5% семей не придерживаются определенного распорядка дня, причем достоверной зависимости от образования родителей в этих семьях выявлено не было. Две трети семей (67,5%), практикующих свободный режим дня, относятся к «неполным» и многодетным семьям ($P < 0,05$).

На несоблюдение режима сна, которое выражается в том, что ребенку позволяли не спать днем или отодвигалось время ночного сна, приходится самое большое количество нарушений - 49,5%». Это может привести к очень вредному для детей раннего возраста явлению - хроническому недосыпанию.

Пребывание ребенка на свежем воздухе также является одним из важнейших элементов гигиенического образа жизни. При анализе продолжительности пребывания детей на свежем воздухе, было установлено, что

по 3 часа и более в зимнее время года находились ежедневно на свежем воздухе 63,7% детей, от 2 до 3 часов гуляет каждый пятый ребенок (20,3%). В 17% семей ребенок находился на свежем воздухе менее двух часов в день или прогулка могла совсем отменяться.

Правильный режим питания является одним из факторов, обеспечивающих гармоничное развитие ребенка и повышение сопротивляемости организма. В нашем исследовании каждая седьмая семья (14,7%) недооценивала значение этого фактора для сохранения здоровья детей и систематически нарушала режим питания.

Физическое воспитание в сочетании с рациональным питанием, создает соответствующие гигиенические условия, способствующие правильному развитию и воспитанию ребенка. В исследуемой группе детей физической зарядкой занимаются 43,7% детей, причем в большинстве случаев эти занятия проводят в детском дошкольном учреждении.

Регулярное проведение закаливания способствует повышению неспецифической реактивности организма ребенка, улучшению сопротивляемости инфекционным заболеваниям. Главная роль в проведении закаливания отводится семье. Как показали исследования, закаливающие процедуры проводятся только каждому второму ребенку (51,7%), из них 29,5% приходится на проведение воздушных ванн, 15,2% на мытье ног холодной водой, 5,7% на обливание холодной водой и 1,3% на другие закаливающие процедуры.

Известно, что не регламентированный просмотр телевизионных передач наносит вред не только неустойчивой психике маленького ребенка, но и приводит к длительному незасыпанию ребенка, к отсутствию фазы глубокого сна, что не может не сказаться на процессе восстановления сил детского организма. В нашем исследовании подавляющее большинство трехлетних детей (82,5%) смотрят телевизионные передачи ежедневно, 16,3% детей - нерегулярно и 12% не смотрят вообще. Почти каждый шестой ребенок (16,7%), ежедневно просматривающий телепередачи, находится перед телевизором 2 часа и более, каждый четвертый

ребенок (24,7%) - не более 2-х часов, не более часа - 31,3% детей и не более 30 минут - 27,3% детей.

Удельный вес семей, в которых дети соблюдают режим питания, сна, прогулок, занимаются физической зарядкой, применяют закаливающие процедуры и ограничены в просмотре телевизионных передач (не более 30 минут в день) составил 18,3%. При распределении этих семей по образованию было выявлено, что в семьях с высшим образованием у матери соблюдались все режимные моменты у 10% детей, со средним специальным - у 6% детей, со средним - у 1,8% и незаконченным средним - у 0,5% детей. Эти данные показывают на явно выраженную прямую связь между образованием матери и выполнением основных режимных моментов. Полученные материалы свидетельствуют о недостаточной санитарно-просветительской работе, проводимой на участке врачом и медицинской сестрой.

Одним из критических моментов в жизни ребенка является период его адаптации к детскому дошкольному учреждению. На течение адаптационного периода оказывают влияние предшествующие условия воспитания детей в семье, привычки, а также возраст ребенка к моменту поступления в детский сад. Начало посещения детского учреждения совпадает по времени с увеличением заболеваемости.

Наше исследование показало, что 62,5% трехлетних детей посещают детские дошкольные учреждения, а 37,5% воспитываются в домашних условиях. В возрасте до двух лет отмечается небольшой процент детей, начинающих посещать детские учреждения - 8,5%. В трехлетнем возрасте детские учреждения посещают 67,6% детей из нуклеарных семей, 43,3% из «больших» семей, 70,3% из «больших неполных» и 85,7% детей из «неполных» семей. Из полученных данных видно, что семьи, проживающие совместно с родственниками чаще воспитывают детей дома, или эти дети начинают посещать детские дошкольные учреждения в более старшем возрасте.

Из всех типов семей наиболее раннее посещение детских дошкольных учреждений отмечается в «неполных» семьях, в которых дети до двух лет составляют 72,2% всех организованных детей в этих семьях.

Нами был проанализирован возраст поступления детей в детские дошкольные учреждения в зависимости от материального положения семьи. Установлено, что в семьях, хорошо материально обеспеченных, детские дошкольные учреждения посещало 49,5% детей, при удовлетворительной материальной обеспеченности - 60,3%) и неудовлетворительной - 85,5%. Эти данные показывают прямую связь между ростом материальной обеспеченности и количеством детей, не посещающих детские дошкольные учреждения и воспитывающихся в семье. При $P = 0,95$ средний возраст детей при поступлении в дошкольное учреждение составил $30,2 \pm 1,8$ месяцев, причем в нуклеарных семьях он составил $30,7 \pm 2,0$ месяцев, в «больших» семьях - $32,1 \pm 3,0$ месяца, в «больших неполных» семьях этот возраст несколько снижается и составляет $28,9 \pm 5,6$ месяцев. В «неполных» семьях он составляет только $22,2 \pm 5,4$ месяца. Между возрастом поступления в детские дошкольные учреждения у детей из «неполных» семей и детей из нуклеарных и «больших» семей имеются существенные различия.

Поступление ребенка в детские дошкольные учреждения является ответственным моментом в социализации детей. К этому времени ребенок должен овладеть санитарно-гигиеническими навыками, соответствующими возрасту.

Учитывая высокий уровень заболеваемости детей первых трех лет жизни нас, интересовало, как оценивают родители здоровье своего ребенка. Анализ полученных данных показал, что матери оценили здоровье своих детей как хорошее в 30,5%, как удовлетворительное в 50,3%» семей. Считают, что здоровье детей плохое 19,2% семей. Матери дают завышенную субъективную оценку здоровью своих детей, в то время как объективные данные показывают, что более трети всех изучаемых детей относятся к группе часто и длительно болеющих на протяжении первых трех лет жизни.

В нашей работе были проанализированы источники и уровень интереса семьи к медицинской информации, физкультуре и спорту. Каждая седьмая семья (14,3%) ответила, что их мало интересует информация такого рода, 53,7% семей ответили, что медицинская информация поступает бессистемно (из прессы, радио, телевидения). 32% семей ответили, что источником медицинской информации по вопросам здоровья и спорта являются медицинские работники и что семья интересуется подобной информацией, в том числе специальной литературой.

Изучение медицинской функции родителей в деле воспитания здорового ребенка показано следующее. С профилактической целью к педиатру регулярно обращалась половина изучаемых семей (51,5%), к врачам-специалистам, без учета стоматолога, каждая третья семья и к стоматологу - 32,7% семей.

Анализ семей, обращавшихся в поликлинику с профилактической целью показал, что с ростом образовательного уровня растет удельный вес обращений с профилактическими целями. Так, если в группе семей с высшим образованием у матери количество посещавших поликлинику с профилактическими целями семей составило 38,1%, со средним специальным образованием - 30,5%, то у матерей со средним и незаконченным средним образованием удельный вес этих семей составил 24,6% и 23,1% соответственно. Выявлена прямая сильная связь между уровнем образования и количеством профилактических обращений.

Правильное поведение матери во время болезни ребенка, то есть ее медицинская активность, которая подразумевает выполнение всех назначений и рекомендаций врача, оказывает влияние на сроки излечения ребенка. Мы проанализировали поведение родителей в период возникновения у ребенка заболевания. 76,2% матерей в нашем исследовании сразу обращаются к участковому врачу, 19,7% лечат сами, но при ухудшении состояния вызывают врача, а 2,7% случаев мать обращается за советом к родственникам и знакомым и в 1,4% мать лечит ребенка самостоятельно. С ростом образовательного уровня родителей увеличивается количество семей, сразу при заболевании обращающихся к медицинским работникам и уменьшается количество семей, занимающихся самолечением.

55,5% матерей в нашем исследовании строго и в полном объеме выполняют назначения участкового педиатра, частично выполняют назначения врача - 41,2% матерей и не выполняют назначений врача 3,3% матерей.

Под медицинской функцией понимают комплекс действий семьи, направленных на поддержание здоровья, профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни. Характеристика медицинской функции матери включает информацию о медицинской грамотности, обусловленную образовательным и культурным уровнем матери, ее поведения по отношению к состоянию здоровья ребенка и взаимосвязь с медицинскими учреждениями.

В нашем исследовании были разработаны критерии оценки медицинской функции семьи. В качестве характеристики высокого уровня медицинской функции были взяты следующие 15 параметров (из них допускалось выполнение не в полной мере еще трех параметров): обеспечение адекватного режима питания по возрасту; ежедневные прогулки на воздухе 3 часа и более; соблюдение адекватного возрасту режима сна; регулярное проведение закаливающих процедур; регулярное проведение физической зарядки; овладение ребенком санитарно-гигиеническими навыками соответственно возрасту; регулярное посещение поликлиники с профилактической целью и получением рекомендаций по уходу за здоровым ребенком в соответствии с его возрастными и индивидуальными особенностями; выполнение требований к иммунизации; информированность о состоянии здоровья ребенка; своевременное, при первых признаках заболевания, обращение к врачу; строгое и в полном объеме выполнение назначений и рекомендаций врача; полная информированность о наследственных и хронических заболеваниях у родственников ребенка; основным источником медицинской информации по вопросам здоровья являются различные медицинские учреждения; постановка на учет в женской консультации в срок до 12 недель беременности; выполнение всех рекомендаций акушера-гинеколога в период беременности. Семьи с высоким уровнем медицинской функции матери в нашем исследовании составили 15,3%.

В семьях со средним уровнем выполнения медицинской функции (выполнение от 12 до 8 элементов) отмечались незначительные отклонения в выполнении медико-санитарных рекомендаций. В этих семьях, составивших 39,7%, чаще всего имеют место отдельные нарушения некоторых режимных моментов (сна, кормления, прогулок), в проведении закаливающих процедур и физической зарядки, регулярности посещения с профилактической целью поликлиники. Ребенок в основном владеет санитарно-гигиеническими навыками соответственно возрасту. В таких семьях мать информирована о состоянии здоровья ребенка, своевременно, при первых признаках заболевания, обращается к врачу, строго и в полном объеме выполняет все его назначения. Основным источником ее медицинской информации по вопросам здоровья являются различные медицинские учреждения. У матери имеются незначительные нарушения как в сроке постановки на учет по беременности, так и в выполнении рекомендаций акушера-гинеколога во время беременности, сохраняется неполная информация о наследственных и хронических заболеваниях у родственников ребенка.

Семьи с низким уровнем выполнения медицинской функции (менее 7 элементов) составили в нашем исследовании 45%. В этих семьях превалирует ряд отрицательных параметров: систематические нарушения режимных моментов, закаливание и физическая зарядка не проводятся, поликлиника с профилактической целью посещается редко или совсем не посещается, мать несвоевременно обращается к врачу, при заболевании ребенка бытует самолечение. Медицинская информация поступает бессистемно (из прессы, радио, телевидения), мало интересует родителей. Ребенок не владеет всеми санитарно-гигиеническими навыками соответственно возрасту. Мать обращалась в женскую консультацию на поздних сроках беременности, рекомендаций акушера-гинеколога не соблюдала, не информирована о наследственных и хронических заболеваниях у родственников ребенка.

Анализ уровня медицинской функции матери позволяет сделать вывод о недостаточной санитарно-просветительской работе, проводимой участковым

врачом и медицинской сестрой. Система «ребенок - семья - педиатр» способна функционировать и приносить результаты по охране здоровья детей только при должном авторитете участкового врача и неукоснительном соблюдении основных гигиенических требований, предъявляемых медицинскими работниками к семье ребенка.

В целом анализ социально-гигиенической характеристики семей с детьми раннего возраста позволил установить ведущие факторы и особенности образа жизни, оказывающие влияние на здоровье детского населения.

3.3. Характеристика социально-биологических факторов, определяющих здоровье детей раннего возраста

Здоровье ребенка и его семьи определяют три основных компонента: «организм - среда - поведение» (прил. 4, рис. 1). Для сохранения здоровья детей необходим углубленный анализ социально-биологических факторов, среди которых особое значение имеют характер течения беременности и родов, доношенность и масса тела ребенка при рождении, состояние здоровья родителей, наличие аборт в анамнезе у матери, пол ребенка, возраст матери, характер вскармливания на первом году жизни.

Современная семья имеет свои демографические особенности: снижение возраста родителей при рождении детей, значительная доля малодетных семей, высокий уровень разводимости и достаточно высокая доля бесплодных браков.

Возраст матери при рождении ребенка оказывает значительное влияние на его здоровье. Наименьший уровень заболеваемости не только на первом, но и в последующие годы отмечается у детей, родившихся от женщин 20 - 24 лет, на этот возраст и приходится максимальный уровень рождаемости.

Уровень перинатальной смертности и показатели заболеваемости на первом году жизни возрастают у детей, родившихся у женщин в возрасте до 20 лет и старше 30, и значительно возрастают при возрасте женщин старше 40 лет.

Анализ возрастного состава родителей трехлетних детей в нашем исследовании позволил установить, что в самом благоприятном репродуктивном возрасте (20 - 24 года) родился ребенок у 33,5% матерей, в возрасте 25 - 29 лет - у 28,8%, в возрасте 30 - 34 года - у 17,5% матерей, в возрасте 35 - 39 лет - у 7,8% матерей, в возрасте 40 лет и старше у 2,2% матерей. Доля матерей, родивших детей в неблагоприятном для их здоровья возрасте - моложе 20 лет в нашем исследовании составила 10,2%.

Особое значение в характеристике репродуктивного здоровья женщин придается изучению заболеваемости репродуктивной системы. Анализ полученных данных показывает, что 25% женщин имеют заболевания репродуктивной системы. Эти заболевания распределились следующим образом:

на первое место выходят инфекционно-воспалительные заболевания, которые составляют 12,5%, второе место принадлежит расстройству менструального цикла, составляющие 8%. Другие заболевания репродуктивной системы, в том числе сочетанная патология, составляют 4,5%. Воспалительные заболевания матки и придатков в силу целого комплекса взаимосвязей создают условия для нарушения, как самого процесса зачатия, так и нормального течения беременности.

В течение последних лет в значительной мере на репродукцию и качество потомства влияет рост заболеваемости и распространение носительства вирусных инфекций верхних дыхательных путей, поскольку многие вирусы способны размножаться в плаценте, заражая и повреждая плод. Это, в свою очередь, влияет на здоровье новорожденного и нередко становится причиной антенатальной гибели плода. В нашем исследовании 3,8% беременных женщин указывали на наличие в анамнезе вирусных инфекций.

Одним из показателей медицинской функции матери, учитывая особенности развития плода, является срок обращения женщин к акушеру-гинекологу для постановки на учет по беременности и соблюдения ею всех рекомендаций врача.

В нашем исследовании наиболее оптимальный срок - до 12 недель беременности, в женскую консультацию обращается 84,7% женщин, в более поздние сроки от 12 до 28 недель беременности обращаются 10,3% женщин, после 28 недель - 4% женщин и 1% беременных женщин не обращается в женскую консультацию до родов. Из полученных данных видно, что 15,3% женщин недостаточно информированы о значимости данного периода беременности, его влиянии на здоровье новорожденного.

Среди женщин, находящихся под наблюдением женской консультации по поводу беременности только 87,4% соблюдали все рекомендации акушера-гинеколога, 12,1% частично соблюдали рекомендации и 0,5% не выполняли их совсем.

На здоровье новорожденных детей влияет характер течения беременности. Нормальное течение беременности в нашем исследовании отмечено у 58%

женщин, причем в наиболее благоприятном возрастном периоде 20 - 24 года удельный вес нормального течения беременности максимально увеличивается до 65,7%. Минимальные значения при этом отмечены в группе женщин старше 35 лет (в возрасте 35 - 39 лет они составили 42% и в возрасте 40 лет и старше - 22,2%) и моложе 20 лет (48,8%). В возрастном интервале 25 - 29 лет удельный вес нормально протекающих беременностей составил 61,7%, а в интервале 30 - 34 года - 54,3%.

Среди осложнений беременности (42%) в нашем исследовании наиболее часто встречаются токсикозы первой и второй половины беременности - 7,3% и 7,8% соответственно, анемия - 8,2%, угроза прерывания беременности - 7,7%, сочетанная патология и другие осложнения беременности составляют более высокой удельный вес - 11%. Анализ течения беременности в зависимости от возраста матери показал несколько большее число сочетанных осложнений в группе матерей до 20 лет (14,6%) и старше 30 лет, в сравнении с возрастными группами 20 - 24 года и 25 - 29 лет - 8,9% и 10,4% соответственно.

Дисперсионный анализ рассматриваемых данных показал, что возраст матери оказывает достоверное влияние на нормальное течение беременности. Сила влияния составляет 3,6% и $F_d > F_u < j_5$, $P > 0,95$. Расчеты показали, что между возрастными группами 20 - 24 и 25 - 29 лет нет достоверных различий в характере протекания беременности ($P < 0,95$). Однако между этими группами и возрастными группами моложе 20 лет и 40 лет и старше получена высокая степень достоверности в характере течения беременности ($P \sim > 0,99$). Между нормальным течением беременности в возрастных группах 30 - 34 и 35 - 39 лет также отмечены достоверные различия ($P > 0,95$).

Среди «неполных» семей отмечен наибольший удельный вес беременностей, протекающих с патологией (80,1%), в то время как в «больших неполных» семьях патология беременности встречается несколько реже - в 70,3%, но чаще чем в нуклеарных и «больших» семьях, в которых она составляет 37,8% и 33,7% соответственно. Выявлена четко выраженная зависимость между

протеканием беременности и типом семьи. Полученные различия существенны при уровне значимости 0,05.

Установлено, что здоровых детей, родившихся у матерей с патологией беременности, значительно меньше, чем среди детей, родившихся у матерей без патологии беременности (25,2% и 38% соответственно).

Исследования, проведенные в нашей стране, показывают, что 75,7%» мужчин и 20,6% женщин либо курят, либо курили ранее. В последнее время значительно увеличилось число курящих женщин и девушек в возрасте до 25 лет. Наибольшая доля курящих женщин приходится на репродуктивный период. Кроме того, курение во время беременности приводит к повышению частоты невынашивания беременности.

Аналізу перинатальных факторов риска рождения больного ребенка в зависимости от курения матери, придается большое значение. Мы выявили, что 1.3% матерей курили во время беременности, причем все они имели низкий образовательный уровень (незаконченное среднее и среднее образование).

В нашем исследовании у всех женщин, куривших во время беременности было отмечено патологическое течение беременности с наличием как одного, так и сочетания нескольких форм осложнений беременности. Две трети женщин, куривших во время беременности (66,7%) имели преждевременные роды.

Злоупотребление алкоголем до беременности оказывает отрицательное влияние на наследственные структуры яйцеклеток, приводя к возникновению врожденных нарушений. Во время беременности злоупотребление алкоголем приводит к невынашиванию беременности, гипотрофии плода и асфиксии новорожденного.

Выполненные нами исследования показали, что 0,5% матерей употребляли алкоголь во время беременности. В большинстве своем они имели низкий образовательный уровень. 75% этих женщин имели патологию беременности и 87,5% - патологию в родах. Надо отметить, что среди беременных женщин, употребляющих алкоголь, отмечается тенденция поздней обращаемости в женскую консультацию - после 12 недель беременности, причем 25% из них

обратились к акушеру - гинекологу после 28 недель беременности. В 50% женщины, употребляющие алкогольные напитки, имели преждевременные роды.

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к росту уровня невынашиваемости беременности и доли детей, родившихся недоношенными. Эта тенденция связана с ростом негативных социально-психологических факторов в семье и обществе, повышением количества семей, находящихся в состоянии хронического стресса, увеличением инфицированности женщин, ослаблением у них компенсаторных (в частности, нейроэндокринных и иммунных) механизмов защиты.

Наши исследования показали, что от первой беременности родилось 41,3% изучаемых детей, от второй и третьей соответственно 20,7% и 19,3%. Остальные

18,7% детей родилось от четвертой и более беременностей, что составило 38,4% от общего числа беременностей (912). При этом среднее число беременностей у матерей в изучаемых семьях составило $912 : 400 = 2,28$.

Вероятность преждевременных родов у женщин, прервавших первую беременность абортom или имевших 3 и более искусственных аборта в анамнезе, в 1,7 - 2,5 раза выше, чем у женщин с благоприятным акушерским анамнезом.

При изучении интергенетического интервала между родами установлено, что большая часть детей родилась в интервале между настоящей и предыдущей беременностью в 2 года и больше (68,7%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес детей из группы с неврологической патологией, которые родились менее чем через два года от рождения предыдущего ребенка.

Установлено, что масса тела при рождении детей варьирует в пределах от 1800 до 4900 грамм. Средняя масса у девочек составляла 3307 ± 18 г, а у мальчиков 3510 ± 17 г ($P=0,95$). Таким образом, масса тела мальчиков при рождении превышала массу девочек на 203 г или на 6,1%. При этом масса тела новорожденных детей в среднем составляла 3413 ± 26 г ($P = 0,95$).

В нашем исследовании удельный вес новорожденных с массой тела менее 2500 г считающихся незрелыми, составляет 4,5%, и с массой тела более 4000 г (крупный плод) - 14,5%. Масса тела при рождении ребенка во многом

определялась возрастом матери. Установлено, что наименьшая масса тела новорожденных отмечалась у матерей до 20 лет (3189 ± 87 г при $P = 0,95$) и 40 лет и старше (3194 ± 136 г при $P = 0,95$).

В рассматриваемых возрастных группах матерей среднее квадратическое отклонение изменялось в пределах от 204 г в возрастной группе 40 лет и старше до 371 г в группе матерей 35 - 39 лет. При этом коэффициент вариации изменялся в пределах от 6,1%) до 10,3%, что указывает на слабое разнообразие признака. Среднее квадратическое отклонение массы тела мальчиков и девочек практически не изменялось и составляло 251 - 256 г., а коэффициент вариации 12 - 7,7%. В целом число родившихся мальчиков было выше, чем девочек на 8,3%, или 100:108.

Состояние здоровья при рождении является тем исходным уровнем, который определяет здоровье в последующие годы. Практически здоровыми в нашем исследовании родились 72,2% детей. Удельный вес детей, родившихся в асфиксии составил 16,5%, с родовой травмой 2,0%. 1% детей имели сочетанную патологию и 8,3%) новорожденных имели другую патологию.

Анализ состояния здоровья новорожденного ребенка в зависимости от возраста матери показал, что наиболее неблагоприятной в этом отношении является группа молодых матерей до 20 лет. В этой группе вдвое чаще встречаются внутричерепные травмы и в несколько раз чаще сочетанная патология новорожденных.

Неудовлетворительное состояние здоровья матери ребенка (частые ОРВИ, наличие хронических, аллергических заболеваний), особенно в сочетании с патологией беременности, является фактором риска заболеваемости детей раннего возраста ОРВИ, пневмонией и перехода их в хроническую стадию. Заболеваемость новорожденных, родившихся от таких матерей, составила 200% против 112% у новорожденных, родившихся от здоровых матерей.

В нашем исследовании имели хронические заболевания 18,8% матерей, у отцов хронические заболевания встречались гораздо реже и составляли 6,3%, причем большая часть заболеваний приходится на класс болезней органов

дыхания, пищеварения и нервной системы. Кроме того, в 4,3% семей хроническими заболеваниями страдали оба родителя.

Характер вскармливания детей на первом году жизни является важным фактором, оказывающим непосредственное влияние на здоровье детей.

В нашем исследовании на естественном вскармливании находилось 19,3% детей, 45,2% детей находились на искусственном вскармливании и 35,5% детей - на смешанном.

ГЛАВА IV.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья детей, посещающих дошкольную учреждение на фоне профилактики ОРЗ

В ходе исследования была проведена оценка состояния здоровья 283 дошкольников. С этой целью первоначально был проведен анализ анкетных данных с оценкой условий и образа жизни семьи, здоровья родителей, наследственности, заболеваемости и образа жизни ребенка, оценка санитарно-гигиенических условий дошкольного учреждения и удовлетворенности родителей качеством оказываемой им медико-профилактической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Для решения поставленных задач в исследовании приняло участие 120 детей – таблица 4.1. в возрасте от 2 до 6 лет здоровые и часто болеющие.

Таблица 4.1.

Количество детей в исследовании

Группа воспитанников ДДУ, получивших специфическую профилактику (чел.)	Группа воспитанников ДДУ, получивших специфическую профилактику и неспецифическую профилактику по схеме исследования (чел.)			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
163	30*	30*	30*	30
	15**	15**	15**	15**
	120			
283				

Контингент детей МБДОУ «Детский сад общеразвивающего вида №46» по данным клинико-anamnestического анамнеза состоит из детей, следующих групп здоровья, представленных в скобках таблицы 4.2.

Таблица 4.2.

Сравнительная таблица групп здоровья (количество детей)

Годы	Списоч. состав	Группы здоровья			
		первая	вторая	третья	четвёртая
2010	145	51	70	11	13
2011	147	56 (12)*	68 (54)	12 (56)	11 (25)
2012 (1-е полугодие)	135	72 (24)	53 (62)	6 (32)	4 (18)

Примечание: в скобках указаны данные, полученные в результате осмотра воспитанников детского сада в процессе исследования.

Отличие показателей отчетной формы № 31 («Отчет о медицинской помощи детям»), историй развития (ф.112/у) обследуемых детей и результатов, полученных в ходе исследования, может быть, объясним отсутствием должного регулярного контроля за состоянием здоровья со стороны территориального амбулаторно-поликлинического учреждения, не обращаемостью родителей за помощью к участковому педиатру и наблюдением у врача частным порядком, с последующим оказанием квалифицированной помощи, что подтверждается данными анализа анкетных показателей. Пациенты и родители весьма низко оценивают деятельность территориальной поликлиники. Только 69% респондентов дали ей удовлетворительную оценку, 11% - неудовлетворительную и всего 20% относительно довольны качеством оказываемых им услуг. Профессиональные качества врачей также были оценены низко - 3,23 балла. Большинство анкетированных (87%) предпочитают лечиться частным порядком у «своего доктора», которому доверяют и обращаемость в поликлинику мотивируют только необходимостью больничного листа, возможностью бесплатного лабораторно-диагностического обследования.

На диспансерном учете на 2011 г в детском саду состояло 37 детей что составляет – 25,2% от общего количества дошкольников в учреждении.

Установлено, что все дети, включенные в исследование, в анамнезе страдали рецидивирующими бактериальными и вирусными инфекциями верхних

дыхательных путей (не менее 3-4 раз за предыдущий год), кроме того, учитывалась и сопутствующая патология (рис. 4.1.).

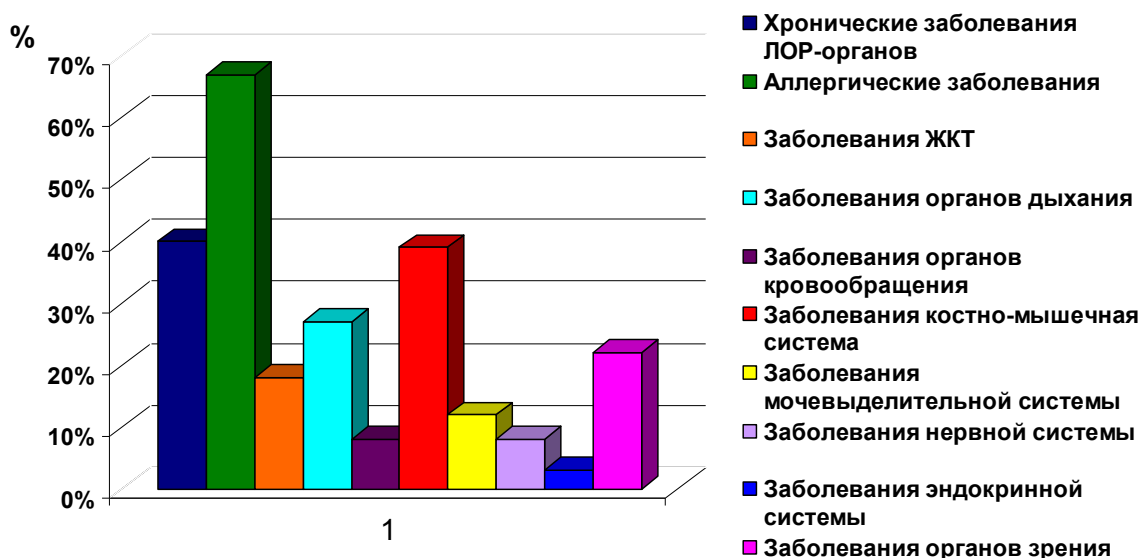


Рис. 4.1. Сопутствующая патология, выявленная при обследовании детей

У подавляющего большинства дошкольников отмечается наличие от 1 до 3 диагнозов в анамнезе, что свидетельствует о значительном снижении защитных сил детского организма. Количество детей с хроническими заболеваниями вне обострения на момент первичного осмотра составило 42,8% (63 чел.). Хронические инфекции ЛОР-органов отмечались у 59 дошкольников (хронический аденоидит у 35 (11,5%) детей, хронический тонзиллит у 43 (10,9%) детей) и, в большинстве случаев, они были обусловлены смешанными хроническими вирусно-бактериальной инфекциями. Среди 147 обследуемых детей аллергические заболевания (АЗ) были установлены у 98 детей. В структуре АЗ дети с бронхиальной астмой (БА), включая детей с БА и сопутствующими другими аллергическими заболеваниями – 7 (4,8%). В анамнезе 12 дошкольников отмечалась крапивница, у 21 – медикаментозная аллергия, у 48 – пищевая аллергия, что составило 8,2% - 14,3% - 32,7% соответственно. Осложненный семейный аллергологический анамнез отмечался у большинства детей – 83 (76,9%) пациентов.

Атопический дерматит (АД) был установлен у 10 детей (6,8%); аллергический ринит (АР) - у 38 (25,9%); сочетание АД, АР, пищевой аллергии, БА – у 32 дошкольников (21,8%).

Отдельно была выделена группа часто болеющих детей острыми респираторными заболеваниями (не менее 6 раз за предыдущий год) количество которых составило 23 чел. (15,6%). У 30,4% часто болеющих детей отмечались нарушения в психоэмоциональной сфере, проявляющиеся раздражительностью, повышенной утомляемостью.

Состав семей воспитанников:

- всего - 120
- полная - 86;
- неполная - 31;
- многодетная - 3.

Социальный статус родителей:

- служащие - 56;
- индивидуальные предприниматели - 16 ;
- рабочие - 20 ;
- неработающие - 28;

Национальность родителей:

- русские -99,3% ;
- другие национальности – 0,7%.

Таким образом, преобладали дети из русскоязычных и полных семей, мальчики и девочки примерно в равном количестве, дети из семей служащих.

Неблагоприятные факторы окружающей среды и неудовлетворительные жилищно-бытовые условия (проживание в коммунальной квартире, наличие сырости в квартире, проживание домашних животных, птиц, рыб) выявлены у 31,6% (38).

У 43% детей анализ данных анамнеза позволил выявить наличие пассивного курения.

Культура здоровья определялась на основании разработанных критериев по направлениям: знания о себе, своем организме, знания о здоровье (что полезно, что вредно), практические навыки по здоровьесбережению, безопасное поведение. Здесь нужно отметить, что показатели знаний детей о здоровье (что полезно, что вредно) - 64,7%, - выше показателей по способности детей осуществлять здоровый стиль поведения - 41,2%.

По данным тестирования оценки психоэмоциональной сферы отдельные признаки тревожности проявляются у 29.2% детей. В целом по оценке 14,5% детей испытывают психоэмоциональный дискомфорт средней степени (Приложение №2).

Санитарно-гигиенические условия дошкольного учреждения не соответствовали санитарным нормам и условиям, предъявляемым к данной категории учреждений. Так, гигиенические требования к наполняемости групп не соблюдались, количество детей по списочному составу в группах МБДОУ №46 в расчете на одну групповую ячейку составляло от 28 до 35, что указывает на переуплотнение. Обеспеченность детей столами, стульями, кроватями, постельными принадлежностями, шкафчиками для верхней одежды так же не соответствовала предъявляемым нормам.

Таким образом, можно говорить, что зафиксированный нами низкий уровень санитарно-гигиенического благополучия исследуемых негативно отражался на общем состоянии здоровья детей и являлся предрасполагающим фактором к снижению иммунной реактивности и развитию заболеваемости в последующем.

Сравнительный анализ физического развития детей показал, что 19,6% детей имеют дисгармоничное развитие, у 13,6% дошкольников биологический возраст ниже календарного.

Анализ посещаемости детьми детского сада представлен в таблице 4.3.

Таким образом, средний показатель посещаемости детей в месяц в первом полугодии 2011 г. в среднем вырос на 18%, чем за этот же период 2010 года,

причем большую роль в этом сыграли дети из экспериментальной группы №1 (рост по сравнению с сентябрем 2010 года составил более 20%).

Таблица 4.3.

Сравнительный анализ посещаемость воспитанников детского сада за 2010-2012 года (M±m) (детодни)

Этап исследования	годовой период	2010 год	2011-2012 года				
		средний текущий показатель	средний текущий показатель	группа 1	группа 2	группа 3	группа 4
1 месяц	сентябрь	12,8±1,4	13,2±0,5	14,2±0,3	12,9±0,8	12,8±0,6	12,9±0,7
2 месяц	октябрь	10,4±0,5	13,6±0,4	14,8±0,4	13,1±1,1	13,1±0,5	11,8±0,3
3 месяц	ноябрь	10,2±1,2	13,7±0,6	14,9±0,4	13,2±0,7	13,2±0,4	10,1±0,3
этапное среднее значение		11,8±0,3	13,5±0,5	14,6±0,3	13,0±0,3	13,0±0,8	11,6±0,6
4 месяц	декабрь	9,2±0,6	12,9±0,1	14,8±0,3	13,1±0,3	13,1±0,2	11,2±0,4
5 месяц	январь	9,1±0,8	12,2±0,3	14,3±0,8	12,9±0,6	12,5±0,1	9,1±0,6
6 месяц	февраль	8,8±0,6	12,1±0,1	14,6±0,5	12,6±0,4	12,1±0,3	9,1±0,2
этапное среднее значение		9,0±0,7	12,4±0,1	14,6±0,6	12,8±0,3	12,5±0,1	9,8±0,3
7 месяц	март	8,8±0,6	11,9±0,3	14,3±0,3	12,1±0,2	11,9±0,4	9,1±0,2
8 месяц	апрель	9,2±0,4	11,8±0,1	14,2±0,6	12,2±0,4	12,1±0,6	8,9±0,3
9 месяц	май	9,4±0,5	12,0±0,2	14,4±0,4	12,4±0,4	12,2±0,4	9,1±0,2
этапное среднее значение		9,1±0,5	11,9±0,2	14,3±0,4	12,2±0,4	12,1±0,2	9,0±0,3
ИТОГОВОЕ среднее значение		9,9±0,2	12,6±0,3	14,5±0,3	12,6±0,1	12,5±0,3	10,1±0,2

Средняя посещаемость детей в остальных экспериментальных группах достоверно не отличалась от этого показателя в сентябре 2010 года. Но, начиная со второго месяца исследования, наблюдался значительный рост (от 8 до 12%) показателя средней посещаемости детей по всем экспериментальным группам (причем максимально – в 1 экспериментальной группе), кроме группы №4, где, наоборот, отмечалось снижением этого показателя на 10%, что может свидетельствовать о начале сезонных заболеваний у детей. Схожая динамика наблюдалась во все остальные сроки исследования, и по итогам составила: средняя продолжительность посещения детей в месяц - 12,6, что на 26% выше, чем показатель 2010 года. Максимальный рост наблюдался в 1 экспериментальной группе и составил 14,5, что выше в среднем на 18% чем во 2 и 3 группе и выше почти на 50%, чем в 4 экспериментальной группе.

Таблица 4.4.

Соотношения посещаемости и заболеваемости воспитанников
в 2008-2012 годах (детодни / %)

2008		2009		2010		2011		2012 (1-е полугодие)	
посещаемость	заболеваемость	посещаемость	заболеваемость	посещаемость	заболеваемость	посещаемость	заболеваемость	посещаемость	заболеваемость
15861	701	15629	689	15014	649	15425	587	16374	403
54%	4,4%	64%	4,4%	65%	4,3%	72%	3,8%	86%	2,5%

При анализе показателей заболеваемости воспитанников детского сада за последние 3 года (таблица 4.5.) наблюдается снижение количества заболеваемости ОРВИ с 76 до 42 случаев в год (в среднем на 45%), причем максимальное снижение наблюдалось в период проведения исследования, т.е. в момент медикаментозной профилактики. Количество пропущенных воспитанниками дней в году пропорционально снижалось с 649 детодней до 403 детодней, а если учесть показатели за последние пять лет (таблица 4.4.), то этот показатель снижался с 701 до 403 детодней соответственно. При этом посещаемость за 5 лет возросла с 54% до 86% (в общем количестве детодней это составило 15861 и 16374 детодня соответственно) (таблица 4.5.). Показатель заболеваемости часто болеющих детей снизился за 3 года на 12,5%, а индекс здоровья возрос почти в 3 раза (максимальный пик повышения этого показателя наблюдался во 2-е полугодие 2011 года и в 1-е полугодие 2012 года, т.е. на момент проведения медикаментозной профилактики). Но, при этом, наблюдался парадоксальный эффект: если в среднем продолжительность болезни ребенка за последние 5 лет составляла $8,5 \pm 0,4$ дней, то на момент проведения исследования, при повышении общей посещаемости, повышении индекса здоровья и снижении количества часто болеющих детей наблюдалось увеличение средней продолжительности болезни воспитанника в первом полугодии 2012 года до $9,6 \pm 0,6$ дней. Такое состояние критерия может свидетельствовать о том, что на общем положительном фоне профилактических мероприятий продолжительность

болезни увеличивалась у детей, не вошедших в группы исследования, и была равна среднему показателю по городу Воронеж.

Таблица 4.5.

Средние показатели заболеваемости воспитанников детского сада в 2010-2012 годах (в расчете на 100 чел.)

Показатели	2010 год		2011 год		2012 год (1-е полугодие)	
	Абсолютное количество	Относительные показатели на 100 детей	Абсолютное количество	Относительные показатели на 100 детей	Абсолютное количество	Относительные показатели на 100 детей
Количество случаев заболеваний в течение года	76	-	69	-	42	-
Количество дней, пропущенных из-за заболеваний в течение года	649	4,3%	587	3,8%	403	2,5%
Количество детей, часто болеющих (4 и более раз в течение года)	37	25,7%	44	30,3%	19	14,7%
Количество детей, не болевших ни разу в течение года ("индекс здоровья")	9	6,2%	13	8,8%	27	20,5%
Средняя продолжительность одного заболевания (в днях)	8,5	-	8,5	-	9,6	-

Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что применение иммуностропных препаратов в столь короткие сроки приводит к росту среднего посещения детей дошкольного образовательного учреждения: в экспериментальной группе №1 показатель повысился на 15%, а в группах №2 и №3 в среднем повысился на 5-7%. Тем самым можно говорить о повышении устойчивости организма ребенка к сезонным заболеваниям после медикаментозной не специфической профилактики.

При анализе заболеваемости в исследуемых группах в периоды эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ и гриппа установлено, что в первой экспериментальной группе снижался уровень заболеваемости до 20% (в среднем по группам он составлял 43% (группа №2), 54% (группа №3), 76-80% (в

группе №4)). Большинство заболевших – 83%, из первой экспериментальной группы имели легкое течение ОРВИ, и продолжительность их болезни составила $5,2 \pm 0,9$ дня. В экспериментальных группах №2 и №3 также наблюдалось превалирование легкого течения болезни (62% и 56% соответственно), а продолжительность течения в среднем составила 8-9 дней.

Показатели заболеваемости детей, не получавших профилактику ОРВИ и гриппа, а также воспитанников из группы №4 не отличались: доминировало тяжелое течение ОРВИ (2/3 детей), а продолжительность болезни составляла в среднем 12 дней.

Таким образом, очевидна картина уменьшения сроков болезни и смягчения ее клинического течения у дошкольников всех экспериментальной группы, но наиболее выраженной она была в первой (разница со второй и третьей группами составляла 2,6 и 3,8 дней соответственно) (таблица 4.6.).

Таблица 4.6.

Результаты распределения заболеваемости воспитанников при применении исследуемых препаратов
в период эпидемического подъема ОРВИ и гриппа

Название препарата	Число наблюдаемых (N)	Общее число заболевших (N, %)	Тяжелое течение ОРЗ	Легкое течение ОРЗ	Число пропущенных дней (в месяц) по болезни на одного больного
			Число детей (% от заболевших) (N, %)	Число детей (% от заболевших) (N, %)	
Группа №1	30	6 (20%)	1 (17%)	5 (83%)	5,2
Группа №2	30	13 (43%)	5 (38%)	8 (62%)	7,8
Группа №3	30	16 (54%)	7 (44%)	9 (56%)	8,1
Группа №4	30	21 (71%)	13 (62%)	8 (38%)	11,2
Группа дошкольников ДДУ, не получавших профилактики ОРВИ и гриппа (в эксперименте не учитывались)	21	18 (86%)	11 (61%)	7 (39%)	11,3

4.2 Результаты оценки бактериологического посева у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы на фоне применения иммуномодулирующих препаратов

Результаты первичного микробиологического исследования позволили выявить следующие закономерности: в микробиоценозе носа и зева, представленные в таблице 4.7. Во всех группах интенсивность роста *S.aureus* составила не более 10^4 КОЕ/мл. Аналогичная степень обсеменения отмечалась у *H.influenzae* и *Str.pneumoniae* во всех случаях. *K.pneumoniae* и *M.catarrhalis* во всех группах дали рост на уровне 10^5 - 10^6 КОЕ/мл. В значительном проценте случаев выявлены дисбиотические изменения за счёт высокого роста добавочной микрофлоры: среднепатогенные α -гемолитические стрептококки (*Str.suis*, *Str.mutans*, *Str.oralis* и др.) со степенью обсеменения более 10^4 КОЕ/мл были выделены у 73 (51%). У всех пациентов определялся низкий рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* чувствительных к снижению pH секрета в носоглотке. Рост был получен у 17(12%) со степенью обсеменения не превышающей 10^3 КОЕ/мл. Рост монокультуры обнаружился в 60,3% случаев, в 16,1% высевались две культуры бактерий. В подавляющем большинстве случаев *Candida albicans* обнаруживалась в сочетании с бактериальной флорой (чаще в ассоциации со стафилококком). В 86% посевов степень обсемененности высокая. Роста бактерий не обнаружено в 8,7% случаев. Полученные данные характерны для детской популяции в целом и очень широко распространены (определяются в посевах материала из носоглотки до 70% случаев), и далеко не каждый ребёнок имеет выраженную симптоматику воспалительного процесса. Однако данные микроорганизмы имеют наибольшее разнообразие факторов патогенности и у большинства детей проявляются, как правило, частыми простудными заболеваниями.

Определенный интерес вызывают полученные данные в ходе исследования по индигенной микрофлоре.

Таблица 4.7.

Общая характеристика флоры обследуемых дошкольников до начала применения профилактической программы

Тип микрофлоры	Вид микроорганизма	Мазок из носа	Мазок из зева
индигенная	<i>Str.salivarius</i>	8%	2%
	<i>Str.mitis</i>	9%	4%
	<i>Str.vestibularis</i>	6%	8%
	<i>Str.faecium</i>	11%	9%
	<i>Str.uberis</i>	11%	13%
	<i>N.sicca</i>	16%	14%
	<i>N.mucosa</i>	14%	13%
	<i>N.lactamica</i>	19%	22%
	<i>N.flava</i>	16%	27%
	<i>N.subflava</i>	9%	12%
добавочная	<i>S.epidermidis</i>	18%	17%
	<i>S.Saprophyticus</i>	11%	12%
	<i>Str.bovis</i>	36%	49%
	<i>Str.oralis</i>	38%	69%
	<i>Str.sanguis</i>	54%	68%
	<i>Str.suis</i>	28%	35%
	<i>Str.mutans</i>	44%	41%
	<i>C.pseudodiphtheriticum</i>	24%	35%
	<i>C.xerosis</i>	34%	31%
	<i>C.ulcerans</i>	29%	38%
	<i>H.influenzae</i>	41%	38%
	<i>H.parainfluenzae</i>	37%	54%
	<i>H.aphrophilus</i>	24%	38%
	<i>Candida albicans</i>	6%	8%
	<i>Candida zylonoides</i>	8%	7%
	<i>Candida bumptii</i>	7%	10%
	<i>Candida crusei</i>	3%	4%
<i>Candida utilis</i>	2%	1%	
транзиторная	<i>S.aureus</i>	12%	8%
	<i>Str.pneumoniae</i>	18%	17%
	<i>Str.pyogenes</i>	11%	12%
	<i>M.catarrhalis</i>	18%	14%
	<i>K.pneumoniae</i>	12%	16%
	<i>E.coli</i>	2%	3%

Нормальная микрофлора носоглотки во всех группах была представлена α -гемолитическими стрептококками (*Str.salivarius*, *Str.mitis*, *Str.vestibularis*, *Str.faecium*, *Str.uberis*), нейссериями (*N.sicca*, *N.mucosa*, *N.lactamica*, *N.flava*, *N.subflava*) и некоторыми анаэробными бактериями (*Peptostreptococcus anaerobius*, *Prevotella melaninogenica*), однако, степень ее обсеменения составила в среднем 10^2 КОЕ/мл, при норме не ниже 10^4 КОЕ/мл. Данные результаты могут быть так же расценены как проявления дисбиоза и косвенно служить признаком наличия патологического процесса в носоглотке. Индигенная микрофлора – это один из основных компонентов неспецифического иммунитета человека, что получило научное обоснование в феномене бактериальной интерференции (Brook I., Shah K., Jackson W., 2000). Снижение количества индигенной микрофлоры провоцирует избыточный рост добавочной микрофлоры, что и прослеживается в настоящей работе (таблица 4.8).

Таблица 4.8.

Динамика степени обсеменения носоглотки у дошкольников
в исследовании

исследуемые группы	микрофлора (степень обсеменения, КОЕ/мл)	этапы исследования		
		до начала применения	1 месяц	8 месяц
Группа №1	индигенная	10^2	10^3	10^4-10^6
	добавочная	10^3-10^4	10^3-10^4	10^2
	транзиторная	10^5-10^6	10^4-10^5	-
Группа №2	индигенная	10^2	10^2	10^2
	добавочная	10^3-10^4	10^3	10^3-10^4
	транзиторная	10^5-10^6	10^5-10^6	-
Группа №3	индигенная	10^2	10^2	10^2
	добавочная	10^3-10^4	10^3-10^4	10^3-10^4
	транзиторная	10^5-10^6	10^5-10^6	-
Группа №4	индигенная	10^2	10^2	10^2
	добавочная	10^3-10^4	10^4-10^5	10^4-10^5
	транзиторная	10^5-10^6	10^5-10^6	10^5-10^6

При микробиологическом исследовании через 1 месяц применения препаратов у пациентов 1 группы можно было отметить относительно положительную динамику, что подтверждает не только противовирусную

активность препарата, но и бактериальную, противовоспалительную. Степень обсеменения индигенной микрофлорой первой группы достоверно увеличилась до 103 КОЕ/мл, что привело к незначительному снижению представителей транзиторной микрофлоры. Во второй группе транзиторная микрофлора осталась без изменения, явления дисбиоза стали менее выражены за счет незначительного сокращения количества добавочной микрофлоры, однако роста нормальной микрофлоры не наблюдалось. В третьей группе – показатели микрофлоры остались без изменений. У детей 4 группы отмечали прогрессирование дисбиоза в носоглотке за счёт повышения интенсивности роста среднепатогенной микрофлоры. Были выявлены следующие представители добавочной микрофлоры: среднепатогенные α -гемолитические стрептококки со степенью обсеменения более 104 КОЕ/мл были выделены у 14 (47%) детей. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* дали рост только у 1 ребенка (4%).

Анализ результатов бактериологического исследования по окончании профилактической программы (таб. 17) выявил у пациентов 1 группы положительную динамику, так по данным посева преимущественно преобладала индигенная микрофлора, интенсивность обсеменения составила 104-106 КОЕ/мл. Таким образом, применение лекарственного препарата первой экспериментальной группы, предложенным курсом приводит к устранению дисбиотических проявлений, нормализации микрофлоры носоглотки ребенка. Во второй и третий группе также наблюдалась положительная динамика. Явления дисбиоза стали менее выражены, произошло значительное сокращения количества добавочной микрофлоры, наблюдалось полное отсутствие представителей транзиторной микрофлоры. У детей 4 группы показатели микрофлоры остались без изменений.

Результаты указанных исследований свидетельствуют не только о хорошей профилактической, иммуномодулирующей активности, но и лечебной эффективности применения иммуномодулирующих препаратов. Профилактический прием препарата из первой экспериментальной группы уже в течение 1 месяца продемонстрировал повышение иммунорезистентности детей, что подтверждается увеличением сроков посещаемости детского учреждения,

отсутствием заболеваний на момент приема препарат. Установлено благоприятное влияние препарата группы №1 на течение хронических воспалительных заболеваний лимфоэпителиального кольца. На фоне его применения уменьшились размеры гипертрофированной глоточной миндалины, снижались частота и тяжесть течения ОРВИ. Ни в одном из наблюдений ни общих, ни местных побочных реакций не отмечено.

Таким образом, интраназальное применение лекарственных препаратов всех трех экспериментальных групп ведет к активации неспецифических факторов защиты слизистых и улучшает состояние местного гуморального иммунитета за счет роста индигенной микрофлоры в 2-3 раза в зависимости от применяемого препарата. На фоне их использования отмечается нормализация состава микробного пейзажа носоглотки. Все это позволяет рекомендовать включение данных препаратов в программы иммунореабилитации и профилактики ОРЗ у детей.

ГЛАВА V.

АНАЛИЗ ФАРМОКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕСПЕРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПОСЕЩАЮЩИХ ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ

Анализ фармакоэкономической эффективности базируется на первоначальном изучении изменения уровня секреторного иммуноглобулина А и плоского эпителия назального секрета в исследуемых группах. С этой целью в исследовании было проведено изучение изменения уровня иммуноглобулина.

Одним из иммуноглобулинов играющим немало важную роль в здоровом респираторном тракте и в защите легких от болезней является секреторный иммуноглобулин А (sIgA). Он представляет собой димер, состоящий из двух мономеров, ковалентно связанных с секреторным компонентом, что предохраняет его от деструкции. Живет данный иммуноглобулин всего 5 дней. Поэтому для его постоянного пополнения в организме ежедневно происходит дифференцировка В-лимфоцитов в плазматические клетки, так как именно они синтезируют sIgA. В связи с этим окружающие клетки продуцируют цитокины, которые способствуют переходу В-лимфоцитов в плазматические клетки и началу синтеза sIgA. К тому же эпителиальные клетки продуцируют гликопротеин, называемый секреторным компонентом, являющимся основным звеном в местной иммунной системе, который дает стабильность sIgA и обеспечивает транспортировку IgA и IgM. Последние исследования предположили возможную роль эпителиальных клеток в антигенной презентации. Дендритные клетки, находящиеся в эпителии воздушных путей могут непосредственно предоставлять антигены В-лимфоцитам и, таким образом, стимулировать их к дифференцировке при помощи цитокинов, синтезируемых эпителиальными клетками, в плазматические и к синтезу sIgA.

Анализ уровня sIgA у исследуемых детей в первой группе (применение препарата Деринат®) показал, что после 1 месяца введения уровень иммуноглобулина достоверно повысился на 30% по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$), в том числе у юношей на 35% (таблица 5.1.).

После месячного перерыва во введении Дерината наблюдалось относительное снижение уровня sIgA по сравнению с показателями 1 месяца, но эти величины оставались выше на 23-25% по отношению к исходному уровню, в том числе и у юношей – на 27-28%.

Таблица 5.1.

Значения секреторного иммуноглобулина А (sIgA, пг/мл) в смывах носовых ходов у исследуемых объектов группы №1 (M±m)

	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц
Все исследуемые (n=30)	1,25±0,05	1,65±0,01*	1,58±0,05	1,64±0,02*	1,6±0,07	1,62±0,04
В том числе юноши (n=15)	1,26±0,06	1,71±0,02	1,61±0,07*	1,71±0,02	1,62±0,07	1,69±0,03*

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе.

Вторичное применение по схеме препарата Деринат вызывало достоверное ($p < 0,05$) увеличение sIgA на 40% по отношению к исходному уровню (в том числе у юношей на 45%). Последующее применение препарата у первой группы исследуемых детей показала, что вторичный месячный перерыв во введении не вызывал существенного снижения уровня sIgA – он оставался выше исходного уровня на 36-38% (в том числе и у юношей). Последнее, третье применение препарата в описываемой группе повысило уровень иммуноглобулина на 38% по сравнению с исходным показателем.

Таким образом, уровень секреторного иммуноглобулина А реагировал на применение препарата Деринат достоверным ($p < 0,05$) повышением в среднем на 35-38% по сравнению с исходным уровнем.

Курсовое использование препарата Гриппферон® во второй исследуемой группе детей показал, что уровень sIgA достоверно ($p < 0,05$) повышался в среднем на 15% после первого месяца введения (в том числе и у юношей) (таблица 5.2.).

Таблица 5.2.

Значения секреторного иммуноглобулина А (sIgA, пг/мл) в смывах носовых ходов у исследуемых объектов группы №2 (M±m)

	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц
Все исследуемые (n=30)	1,2±0,05	1,35±0,01*	1,2±0,07	1,35±0,05*	1,2±0,04*	1,4±0,05*
В том числе юноши (n=15)	1,25±0,04	1,36±0,03	1,21±0,06*	1,36±0,04	1,21±0,07	1,41±0,03*

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе.

Спустя месяц после первичного применения препарата во второй исследуемой группе значения секреторного иммуноглобулина А вернулись до исходного уровня, а у юношей наблюдалось даже незначительное (3%), но достоверное ($p < 0,05$) снижение. Вторичное применение по схеме препарата Гриппферон вызывало достоверное ($p < 0,05$) повышение величины sIgA на 12-14% (в том числе и у юношей). Очередной месячный перерыв во введении препарата достоверно снизил количество иммуноглобулина до исходного уровня. Заключительное применение препарата достоверно ($p < 0,05$) повысило уровень секреторного иммуноглобулина А на 25-27% (таблица 5.2.).

Таким образом, значения sIgA реагировали на курсовое применение препарата Гриппферон достоверным ($p < 0,05$) повышением в среднем на 24-25% по сравнению с исходным уровнем. При этом наблюдался эффект возвращения уровня иммуноглобулина до исходного в моменты перерыва во введении препарата, что может свидетельствовать о нестойкости количества sIgA при применении Гриппферона.

В третьей исследуемой группе после того, как исследуемые дети получали жидкий лейкоцитарный человеческий интерферон после 1 месяца применения уровень секреторного иммуноглобулина А повышался не более чем на 5-6% по сравнению с исходным уровнем (таблица 5.3.).

Таблица 5.3.

Значения секреторного иммуноглобулина А (sIgA, пг/мл) в смывах носовых ходов у исследуемых объектов группы №3 ($M \pm m$)

	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц
Все исследуемые (n=30)	1,25±0,05	1,3±0,05	1,24±0,04*	1,24±0,01	1,25±0,02	1,29±0,02*
В том числе юноши (n=15)	1,25±0,02	1,3±0,08	1,24±0,02	1,23±0,02	1,26±0,05	1,3±0,03

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе.

Во время первого и второго месячного перерыва во введении препарата уровень sIgA возвращался до величин исходного уровня. Достоверно ($p < 0,05$) значения показателя увеличивалось на 5% лишь на 5 месяце эксперимента (в том числе и у юношей – на 6%) (таб. 20).

Таким образом, при введении жидкого лейкоцитарного человеческого интерферона уровень секреторного иммуноглобулина А повышался незначительно (не более 5-6%), при этом во время месячных перерывов во введении препарата значения sIgA опускались до исходного уровня.

В четвертой (контрольной) группе у исследуемых, получавших плацебо в упаковке (стерильный 0,1% раствор натрия хлорида), уровень секреторного иммуноглобулина А планомерно и достоверно ($p < 0,05$) снижался на всем временном протяжении эксперимента в среднем на 30-40% от исходного уровня. Причем у группы юношей снижение составило в среднем 25%.

Таким образом, применение плацебо вызывало значительное снижение уровня sIgA на всем протяжении исследования (таблица 5.4.).

При анализе цитологической характеристики назального секрета у исследуемой первой экспериментальной группы (таблица 5.5.) установлено, что количество плоского эпителия в мазках пропорционально и достоверно увеличивалась по сравнению с исходным уровнем на 4-5%, что подтверждает рост значений sIgA в этой же экспериментальной группе.

Таблица 5.4.

Значения секреторного иммуноглобулина А (sIgA, пг/мл) в смывах
носовых ходов у исследуемых объектов группы №4 (M±m)

	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц
Все исследуемые (n=30)	1,2±0,1	1,0±0,05*	0,95±0,02	0,8±0,05*	0,75±0,08	0,75±0,05
В том числе юноши (n=15)	1,2±0,01	1,1±0,01*	1,1±0,02	1,0±0,02	0,9±0,05*	0,85±0,01

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе.

При этом все морфологические индексы деструкции и цитолиза плоского эпителия достоверно не изменялись. Количество нейтрофилов в мазках воспитанников детского сада достоверно повысилось к 5 месяцу исследования на 4%. Все эти изменения свидетельствуют о повышении местного иммунитета слизистой носовых ходов на фоне применения препарата Деринат.

Во второй экспериментальной группе морфологические индексы цитолиза и деструкции плоского эпителия не отличались достоверно во все сроки исследования. Общий процент плоского эпителия возрастал, но оставался ниже, чем в первой экспериментальной группе. Схожая тенденция наблюдалась с уровнем нейтрофилов в мазках носового секрета (таблица 5.6.).

Изменения в третьей экспериментальной группе не отличались от второй: индексы цитолиза и деструкции не менялись, плоский эпителий незначительно возрастал вместе с уровнем нейтрофилов (таблица 5.7.).

Таблица 5.5.

Характеристика цитологических показателей назальных мазков-отпечатков у исследуемых объектов группы №1 (M±m)

Все исследуемые (n=30)	показатели	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц
	ПЭ, %	26,4±1,8	28,2±1,5*	27,2±1,4	27,9±1,5	31,2±1,9	30,4±2,1
СПД	0,84±0,04	0,81±0,01	0,79±0,02	0,79±0,01	0,78±0,02	0,72±0,01	
ИЦК	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	
ИДК	0,48±0,08	0,43±0,04	0,42±0,02	0,42±0,03	0,42±0,01	0,41±0,03	
ИМК	0,42±0,01	0,41±0,01	0,42±0,01	0,42±0,01	0,42±0,01	0,41±0,02	
Нф, %	31,2±2,2	36,4±2,1*	34,7±1,9	35,7±1,8	36,4±1,8*	35,5±1,7	
В том числе юноши (n=15)	ПЭ, %	32,2±1,4	34,1±1,8*	35,4±1,8	34,7±2,1	35,2±2,4	34,9±2,1
	СПД	0,85±0,05	0,81±0,01	0,79±0,02	0,79±0,01	0,78±0,02	0,72±0,01
	ИЦК	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,01
	ИДК	0,48±0,06	0,43±0,04	0,42±0,02	0,42±0,03	0,42±0,01	0,41±0,03
	ИМК	0,44±0,03	0,41±0,01	0,42±0,01	0,42±0,01	0,42±0,01	0,41±0,02
	Нф, %	30,1±1,5	38,8±1,5*	38,6±2,1	37,5±1,8	37,4±1,2	37,9±2,2

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе, ПЭ – плоский эпителий, СПД – средний показатель деструкции плоского эпителия, ИЦК – индекс цитолиза клеток плоского эпителия, ИДК – индекс деструкции клеток плоского эпителия, ИМК – индекс модуляции клеток плоского эпителия, Нф – нейтрофилы.

Таблица 5.6.

Характеристика цитологических показателей назальных мазков-отпечатков у исследуемых объектов группы №2 (M±m)

Все исследуемые (n=30)	показатели	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц
	ПЭ, %	25,4±1,8	26,5±1,5*	26,2±1,8	26,3±1,5	25,4±2,1	26,1±2,1
СПД	0,84±0,04	0,64±0,02	0,62±0,08	0,64±0,05	0,58±0,07	0,6±0,07	
ИЦК	0,04±0,01	0,07±0,02	0,07±0,01	0,06±0,02	0,07±0,02	0,08±0,01	
ИДК	0,47±0,08	0,4±0,01	0,41±0,02	0,4±0,03	0,42±0,01	0,42±0,02	
ИМК	0,44±0,01	0,44±0,01	0,44±0,01	0,44±0,01	0,44±0,01	0,44±0,01	
Нф, %	31,2±2,2	38,1±3,1	38,2±2,5	34±2,1	33,9±2,1	35,6±2,1	
В том числе юноши (n=15)	ПЭ, %	31,9±1,4	28,1±1,6*	29,1±1,4	29,8±1,4	29,6±2,1	30,2±1,8
	СПД	0,83±0,03	0,64±0,02	0,62±0,08	0,64±0,05	0,58±0,07	0,6±0,07
	ИЦК	0,04±0,01	0,07±0,02	0,07±0,01	0,06±0,02	0,07±0,02	0,08±0,01
	ИДК	0,47±0,04	0,4±0,01	0,41±0,02	0,4±0,03	0,42±0,01	0,42±0,02
	ИМК	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02
	Нф, %	30,1±1,5	38,1±3,1	38,2±2,5	34±2,1	33,9±2,1	35,6±2,1

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе, ПЭ – плоский эпителий, СПД – средний показатель деструкции плоского эпителия, ИЦК – индекс цитолиза клеток плоского эпителия, ИДК – индекс деструкции клеток плоского эпителия, ИМК – индекс модуляции клеток плоского эпителия, Нф – нейтрофилы.

Таблица 5.7.

Характеристика цитологических показателей назальных мазков-отпечатков у исследуемых объектов группы №3 (M±m)

Все исследуемые (n=30)	показатели	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц	
	ПЭ, %		24,5±1,8	25,5±1,5*	24,2±1,8	25,3±1,5	25,4±2,1	25,1±2,1
СПД		0,83±0,04	0,64±0,02	0,6±0,08	0,62±0,05	0,58±0,07	0,61±0,07	
ИЦК		0,04±0,02	0,04±0,01	0,04±0,02	0,04±0,03	0,04±0,01	0,04±0,02	
ИДК		0,46±0,08	0,45±0,02	0,45±0,02	0,45±0,02	0,45±0,02	0,44±0,02	
ИМК		0,44±0,01	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	
Нф, %		31,5±2,2	28,2±1,8*	28,1±1,5	27,5±2,4	28,1±2,1	28,2±1,9	
В том числе юноши (n=15)	ПЭ, %		31,9±1,4	28,1±1,6*	29,1±1,4	29,8±1,4	29,6±2,1	30,2±1,8
	СПД		0,83±0,03	0,64±0,02	0,6±0,08	0,62±0,05	0,58±0,07	0,61±0,07
	ИЦК		0,04±0,01	0,04±0,01	0,04±0,02	0,04±0,03	0,04±0,01	0,04±0,02
	ИДК		0,48±0,04	0,45±0,02	0,45±0,02	0,45±0,02	0,45±0,02	0,44±0,02
	ИМК		0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02	0,44±0,02
	Нф, %		30,1±1,5	28,6±1,4	28,4±1,2	26,4±2,1	27,8±1,2	27,6±1,3

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе, ПЭ – плоский эпителий, СПД – средний показатель деструкции плоского эпителия, ИЦК – индекс цитолиза клеток плоского эпителия, ИДК – индекс деструкции клеток плоского эпителия, ИМК – индекс модуляции клеток плоского эпителия, Нф – нейтрофилы.

Таблица 5.8.

Характеристика цитологических показателей назальных мазков-отпечатков у исследуемых объектов группы №4 (M±m)

Все исследуемые (n=30)	показатели	исходный уровень	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц	5 месяц	
	ПЭ, %		26,5±1,8	22,1±1,6	20,1±1,4	18±2,1	19,1±1,8	19,8±1,1
СПД		0,83±0,04	0,65±0,04	0,54±0,01	0,5±0,01	0,48±0,01	0,4±0,01	
ИЦК		0,04±0,02	0,03±0,01	0,03±0,02	0,03±0,01	0,02±0,01	0,03±0,01	
ИДК		0,46±0,08	0,56±0,1	0,6±0,1	0,6±0,1	0,6±0,1	0,6±0,1	
ИМК		0,44±0,01	0,4±0,02	0,38±0,02	0,36±0,02	0,35±0,01	0,36±0,01	
Нф, %		30,5±2,2	32,5±1,5	34,1±0,5	26,4±2,1	25,5±1,8	28,4±2,5	
В том числе юноши (n=15)	ПЭ, %		31,9±1,4	26,1±1,6	21,1±1,4	19±2,1	19,1±1,8	19,8±1,1
	СПД		0,83±0,03	0,65±0,04	0,54±0,01	0,5±0,01	0,48±0,01	0,4±0,01
	ИЦК		0,04±0,01	0,03±0,01	0,03±0,02	0,03±0,01	0,02±0,01	0,03±0,01
	ИДК		0,48±0,04	0,56±0,1	0,6±0,1	0,6±0,1	0,6±0,1	0,6±0,1
	ИМК		0,44±0,02	0,4±0,02	0,38±0,02	0,36±0,02	0,35±0,01	0,36±0,01
	Нф, %		29,1±1,5	32,5±1,5	34,1±0,5	26,4±2,1	25,5±1,8	28,4±2,5

Примечание: * - $p < 0,05$, n – количество исследуемых в группе, ПЭ – плоский эпителий, СПД – средний показатель деструкции плоского эпителия, ИЦК – индекс цитолиза клеток плоского эпителия, ИДК – индекс деструкции клеток плоского эпителия, ИМК – индекс модуляции клеток плоского эпителия, Нф – нейтрофилы.

Все эти изменения свидетельствуют о том, что гриппферон и интерферон лейкоцитарный человеческий оказывали влияние на иммунную систему слизистой носовых ходов воспитанников детского сада, но эти изменения носили

следовый характер в отличие от ярко выраженного повышения иммунитета у детей, применявших препарат Деринат.

В четвертой экспериментальной (плацебо) группе (таблица 5.8.) наблюдался эффект поражения иммунной системы слизистой носовых ходов в результате активного контрвоздействия антигенов бактерий и вирусой: уровень плоского эпителия снижался в 2 раза, при этом уровень нейтрофилов не менялся. Наблюдался повышенный индекс цитолиза плоского эпителия.

Анализ фармакоэкономической эффективности применения препаратов по программе профилактики ОРЗ у воспитанников детского сада по одному из пяти видов фармакоэкономической оценки лекарственных средств – анализ «затраты—эффективность», представляющий собой тип экономического анализа, при котором производят сравнительную оценку затрат, результат которых измеряется в одних и тех же единицах. Результат этого анализа показал следующее: стоимость курсовой дозы в первой группе была максимальной и составила 199 рублей за первый этап (таблица 5.9.). Стоимоть курсовой дозы второй и третьей групп была 189 и 80 рублей соответственно.

Таким образом, прямые расходы на профилактику ОРВИ 597 рублей для курсовой профилактики препаратом Деринат, 567 рублей для профилактики препаратом Гриппферон и 240 рублей для профилактики ОРВИ Интерфероном лейкоцитарным человеческим жидким.

Учитывая коэффицент эффективности профилактики, вычисляемого по формуле (1) на основе данных, представленных в таблице №26, профилактика Деринатом была эффективнее: коэффицент составил 80, что было на 70% больше, чем при профилактики гриппфероном (коэффицент – 57) и на 85% больше, чем при профилактики интерфероном лейкоцитарным человеческим жидким (коэффицент – 47).

$$\text{коэффицент эффективности} = \frac{(\text{общее число участников} - \text{число заболевших})}{\text{общее число участников} \times 100} \quad (1)$$

Таблица 5.9.

Фармоэкономическая характеристика лекарственных препаратов, применяемых за один этап исследования

Лекарственное средство, торговое наименование	МНН	АТХ	Форма выпуска	Стоимость уп-ки (руб.)*	Разовая доза	Стоимость разовой дозы (руб.)	Курсовая доза	Стоимость курсовой дозы (руб.)
Деринат	дезоксирибонуклеинат натрия	LO3, VO3AX	флакон-капельница, 0,25% 10 мл	237	4 капли (0,2 мл)	4,7	8,4 мл	199
Гриппферон	интерферон альфа 2b	LO3AB05	капли наз. 10000ме/мл фл.10мл	225	4 капли (0,2 мл)	4,5	8,4 мл	189
Интерферон лейкоцитарный человеческий жидкий	интерферон лейкоцитарный человеческий жидкий	LO3AB01	флакон-капельница 1000ме/мл 5 мл	95	4 капли (0,2 мл)	1,9	8,4 мл	80

Примечание: * - рыночная стоимость препарата на момент начала исследования

Средняя стоимость суток терапии ОРВИ с учетом всех расходов на лекарственную терапию и анализо-диагностические мероприятия составляет 608 рублей при тяжелом течении заболевания и 360 рублей при легком течении. Учитывая уменьшение сроков течения болезни при применении препарата Деринат до 5,2, и снижении тяжести течения болезни до 80% легкой формы, можно подсчитать, что терапия ОРВИ в таком случае составит 1870 рублей. При анализе терапии ОРЗ во 2 и 3 группе получилось, что стоимость курса составит 2808 и 2916 рублей соответственно, что почти в половину больше, чем при лечении той же нозологии, но при предварительной профилактики препаратом Деринат.

Кроме того, учитывая дополнительные расходы на лечение осложнений гриппа и ОРВИ, в среднем на одного человека, они составили 2470 рублей.

Возникновение таких осложнений в 1 группе исследования составила всего 10%, во второй и третьей – 28% и 39% соответственно.

Таким образом, отмечается не только лечебная эффективность применения препарата Деринат (снижения остроты заболевания, снижение сроков течения болезни, высокий коэффициент эффективности), но и экономическая эффективность профилактики (сметная стоимость продолжительности терапии на 1/3 меньше, чем в остальных группах, а если сравнивать стоимость курса профилактики – 597 рублей), то она в 4 раза дешевле, чем средняя стоимость терапии ребенка дошкольного периода и на 45-50% эффективнее, чем профилактика гриппфероном и интерфероном лейкоцитарным человеческим жидким.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные состояния здоровья дошкольников и динамическое наблюдения на фоне применения программы профилактики определяет актуальность задачи совершенствования организации профилактической помощи детям организованных коллективов, поиска методов активной профилактики ОРЗ, необходимости максимально раннего выявления предрасполагающих факторов риска развития заболевания и своевременному его лечению.

Установленные особенности показателей состояния здоровья детей МБДОУ №46 – наличие от 1 до 3 диагнозов в анамнезе, высокий процент хронических заболеваний, преобладание патологии ЛОР-органов, аллергических заболеваний, свидетельствуют о необходимости целенаправленной профилактики ОРЗ у детей данных групп.

Результаты оценки действующей системы медицинского обеспечения дошкольников показали, что в условиях ухудшения их здоровья, оно не обеспечивает достаточную эффективность диагностической, профилактической и оздоровительной помощи. Отсутствие должного медицинского и санитарно-гигиенического контроля в дошкольных учреждениях негативно отражается на показателях здоровья детского населения. Так, количество хронических заболеваний у детей по результатам осмотров более чем в 3,5 раз превышает данные поликлиники.

К факторам, влияющим на частоту ОРЗ у детей в организованных коллективах, могут быть отнесены:

1. Раннее начало посещения детьми дошкольных учреждений (с 2-х лет) – 53% обследуемых. В подавляющем большинстве случаев повышенная восприимчивость детей к респираторным инфекциям индуцируется началом посещения организованных коллективов, что согласуется с данными литературы.

2. Нерациональное использование различных лекарственных средств (необоснованное, бесконтрольное применение антибактериальных, противовирусных средств и др. препаратов) было установлено у 64% детей.

3. Сопутствующая патология (хронические очаги инфекции в носоглотке, аллергия, соматические заболевания и др.) составила 72%.

4. Пассивное курение родителей – 43%, как один из факторов снижения местного иммунитета слизистых респираторного тракта.

5. Низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия также способствует снижению общей сопротивляемости организма, наличию очагов латентной инфекции, раннему развитию болезни, особенно у детей с отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям.

6. Несоответствие санитарно-гигиенических норм предъявляемых к дошкольному учреждению.

7. Отсутствие должного контроля состояния здоровья со стороны амбулаторно-поликлинического учреждения.

Частота возникновения ОРЗ у обследуемых детей составила 3-4 раза за предыдущий год. Многочисленные исследования иммунного статуса таких детей показывают, что реального иммунодефицита у них нет, но у некоторых выявлялось преходящая функциональная нестабильность иммунитета, повышающая их восприимчивость к инфекции. Исходя из выше сказанного, становится очевидным, необходимость контроля частоты ОРЗ у лиц дошкольного возраста. При допустимой частоте ОРЗ у детей происходит формирование адаптивного иммунитета. Однако, слишком частые респираторные заболевания не проходят для ребенка бесследно. В том случае, когда частота ОРЗ превышает порог толерантности иммунной системы, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы не происходит. Результаты исследования свидетельствуют о том, что при планомерной и заранее проводимой медикаментозной неспецифической профилактики риск развития осложненного течения ОРЗ (или частого его повторения) снижается на 35% (в первой группе исследования), а во второй и третьей группах – на 21% и 16% соответственно. Применяемая схема неспецифической профилактики не позволяет полностью

снизить риск заболевания ОРЗ, но существенно снижает его или, по крайней мере, снижает длительность и степень тяжести течения болезни.

Среди факторов, оказывающих непосредственное влияние на частоту заболеваемости детей, посещающих организованные коллективы, доминирующее место занимают изменения со стороны носоглотки. Так при обследовании детей, принявших участие в исследовании, хронический аденоидит был установлен у 35 (11,5%) детей, хронический тонзиллит у 43 (10,9%) детей. Анализ носоглоточного носительства условно-патогенных микроорганизмов, обладающих инвазивными свойствами, необходим для разработки методов профилактики заболеваний. Следовательно, санация носоглотки должна составлять важное звено в цепи мероприятий по оздоровлению детей дошкольного возраста.

Оценка эффективности реализованных оздоровительных мероприятий проводилась на основе показателей:

- общей заболеваемости;
- острой заболеваемости;
- заболеваемости детей в случаях и днях на одного ребенка;
- процента часто болеющих детей;
- индекса здоровья;
- микрофлоры носоглотки;
- уровня секреторного иммуноглобулина А.

Анализируя основные показатели оценки посещаемости детей дошкольных учреждений за период 2010-2012 годов, мы сравнили значения по Воронежской области, Воронежскому городскому округу и в 2-х статистически сравнимых детских садах (один из которых был экспериментальный). Несмотря на снижение количества случаев заболеваний в течение года на 14% по Воронежской области за последние 3 года, в городском округе этот показатель был стабилен и в среднем на 5-7% ниже областного значения. В МБДОУ, где проводилось исследование, значения этого показателя в 2012 году (периоде проведения исследования) были на 35% ниже, чем по городу Воронеж и на 50% ниже, чем по области, хотя до этого, в 2010-2011 годах этот показатель не отличался от средних значений по

городскому округу. Количество дней, пропущенных из-за заболеваний в течение года в детском саду, где проводилось исследование, снизилось в 2012 году на 45% по сравнению со средними показателями по Воронежской области и по городскому округу. Количество часто болеющих детей, (4 и более раз в течение года) также снижалось в 2012 году в исследуемом МБДОУ в 2 раза по сравнению с областными показателями 2012 года, хотя за период 2010-2011 годов этот критерий соответствовал показателям по Воронежскому городскому округу области. Количество детей, не болевших ни разу в течение 2012 года («индекс здоровья») по Воронежской области составил 12, по Воронежскому городскому округу – 14, а в исследуемом детском саду – 27. Таким образом, только за последний год на фоне проводимых профилактических мероприятий этот показатель возрос на 80%. В период 2010-2011 годов описываемый критерий не отличался от общегородского значения.

При подсчете средней продолжительности одного заболевания (в днях) в 2012 году наблюдался парадоксальный эффект: продолжительность болезни одного ребенка в исследуемом детском саду соответствовала уровню Воронежской области и Воронежского городского округа и составила 9,6 дня. Такое явление связано с тем, что на фоне медикаментозной неспецифической профилактики в ДДУ оставались четвертая группа детей и часть дошкольников, не участвовавших в исследовании. Именно эти дети «приняли на себя» весь «удар» заболеваемости ОРЗ. У них средняя продолжительность заболевания была выше на 2,4 дня чем данный показатель в городском округе и на 1,5 дня выше, чем по Воронежской области. Течение болезни у таких детей осложнялось, заболеваемость ОРЗ часто повторялась. Таким образом, оценочные критерии состояния здоровья в ДДУ немного «сгладили» общую картину развития ОРЗ в организованном коллективе.

Но все же, мы отмечаем, что в экспериментальных группах (№1, №2 и №3) характеристики были значительно лучше городских и областных показателей.

Разработанная и применяемая в детском саду программа профилактики ОРЗ повысила эффективность здоровьеориентированной деятельности. Предложенная

система профилактики позволяет отслеживать результаты деятельности на всех уровнях, вносить необходимые корректировки.

Разработанная и применяемая в детском саду программа профилактики ОРЗ повысила эффективность здоровьесориентированной деятельности. Предложенная система профилактики позволяет отслеживать результаты деятельности на всех уровнях, вносить необходимые корректировки.

Успешным фактором в ходе работы стало вовлечение среднего медицинского персонала и родителей в процесс управления состоянием здоровья дошкольников. Очень важным здесь стало выстраивание алгоритмов деятельности. Освоив которые медицинская сестра научилась успешно планировать различные направления здоровьесориентированной деятельности, представлять ее конечный результат, осуществлять промежуточный контроль, не нанося вреда здоровью ребенка, что подтверждается положительными результатами проведенного исследования.

ВЫВОДЫ

1. Исследованные семьи представлены четырьмя типами: 59,6 % составили нуклеарные семьи, 25,9 % - «большие», 9,3 %- «большие неполные» и 5,2 %- «неполные» семьи. Нуклеарные семьи из трех человек составили 52,5 %, из четырех- 40,3 %, из пяти- 6,3 % и из шести человек- 0,9 % . 55,6 % всех изучаемых семей имели одного ребенка, 36,2 %- двух детей, 6,7%- трех детей, 1,5 %- четырех детей. В семьях, различных по социальному положению, не установлены достоверные различия по числу детей. Средний размер семьи с детьми раннего возраста составил 3,85.

2. Дисперсионный анализ показал, что на первом году жизни наибольший вклад в общую дисперсию вносят такие основные факторы риска, как патология беременности, осложненные роды и вредные привычки матери, которые достигают 24,6%. Наиболее значимыми факторами риска на втором году жизни ребенка являются низкий уровень выполнения медицинской функции семьи, хронические заболевания матери и тип семьи. Их сила влияния среди всех прочих факторов составила 23,7%. На здоровье детей дошкольного возраста наибольшее влияние оказывают такие факторы риска, как посещение детских дошкольных учреждений, низкий уровень медицинской функции семьи и наличие у матери хронических заболеваний, которые вместе составляли 26,6%.

3. ОРЗ вносит существенный вклад в структуру заболеваемости детей дошкольного возраста, определяя уровень посещаемости воспитанников дошкольного учреждения и картину здоровья ребенка в целом. Количество детей с хроническими заболеваниями вне обострения на момент первичного осмотра составило 63 человека (42,8%). Хронические инфекции ЛОР-органов отмечались у 59 дошкольников (хронический аденоидит у 35 (11,5%) детей, хронический тонзиллит у 43 (10,9%) детей) и, в большинстве случаев, они были обусловлены смешанными вирусно-бактериальными инфекциями.

4. К ведущим факторам риска, оказывающим влияние на частоту ОРЗ у детей организованных коллективах могут быть отнесены дисбиотические изменения в носоглотке, нерациональное использование лекарственных средств и

пассивное курение родителей, низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия, несоответствие санитарно-гигиенических норм предъявляемых к дошкольному учреждению, отсутствие должного контроля состояния здоровья со стороны амбулаторно-поликлинического учреждения.в организованных коллкция

5. Среди факторов, оказывающих непосредственное влияние на частоту заболеваемости детей, посещающих организованные коллективы, доминирующее место занимают изменения со стороны носоглотки. Так при обследовании детей, принявших участие в исследовании, хронический аденоидит был установлен у 35 (11,5%) детей, хронический тонзиллит у 43 (10,9%) детей.

6. Разработанный комплекс профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости в дошкольных учреждениях на основе применения иммуномодулирующих препаратов, показал состоятельность и эффективность в качестве ведущего метода неспецифической профилактики острой респираторной патологии у детей дошкольного возраста. Об этом свидетельствовало достоверное снижение уровня заболеваемости от 12 до 30% в зависимости от иммуномодулятора.

7. Фармако-экономическая эффективность программы неспецифической профилактики подтверждается экономией в 2,4 раза средств, с точки зрения затрат и на сопутствующее лечение, чем общая стоимость лечения ОРЗ. Отмечена лечебная эффективность применения препарата Деринат и экономическая эффективность профилактики данным препаратом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Медицинские работники лечебно-профилактических и учебно-воспитательных учреждений могут использовать полученные данные состояния здоровья дошкольников в качестве контрольных показателей при проведении ежегодной диспансеризации данного контингента лиц.

2. Органам управления здравоохранения предлагается рассмотреть вопрос о расширении перечня критериев применения при проведении текущего и итогового гигиенического контроля организации учебно-воспитательного процесса в дошкольных образовательных учреждениях. Они должны включать показатели здоровьесберегающей деятельности и отражать ее целесообразность, обоснованность и эффективность.

3. Органам управления здравоохранением и образованием субъектов Российской Федерации предлагается разработать региональные программы по профилактике ОРЗ у детей с учетом выявленных показателей здоровья дошкольников, факторов, оказывающих влияние на него и социальноэкономических особенностей региона. Расширить программу углубленных профилактических осмотров детей дошкольного возраста.

4. Полученные результаты изучения состояния здоровья дошкольников и разработанная профилактическая программа управления здоровьем в детском саду следует использовать в учебном процессе для студентов медицинских вузов, курсантов и слушателей институтов и факультетов повышения квалификации врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адрианова, Е.Н., Снегирева, Н.Ю., Рывкина, А.И. Дисбиоз верхнего отдела респираторного тракта и изменения функционального состояния органов дыхания у часто болеющих детей // Педиатрия. — 2009. — №2. - С. 34-39.
2. Азнабаева, Л.Ф. Арефьева, Н.А., Кильсенбаева, Ф.А., Машко, П.Н. Цитокины в иммунопатогенезе гнойного риносинусита с затяжным и хроническим течением. Рос. ринология. 2004; №1: С. 68–71.
3. Альбицкий, В.Ю., Баранов, А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. — Саратов, 1986. — 183 с.
4. Альбицкий, В.Ю., Баранов, А.А., Камаев, И.А., Огнева, М.Л. Часто болеющие дети. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 180 с.
5. Арефьева, Н.А., Медведев, Ю.А. Иммунология в оториноларингологии: Методические рекомендации. - Уфа, 1997. - 27с.
6. Атауллаханов, Р.И. Иммуитет и инфекция: динамическое противостояние живых систем / Р.И.Атауллаханов, А.Л.Гринцбург // Детские инфекции. 2005. - Т. 4, № 1. - С. 11-21.
7. Баранов, А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с.
8. Баранов, А. А. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2008. - № 1. – С. 10-11.
9. Белоусов, Ю.Б. Клинико-экономическая оценка средств для профилактики и лечения ОРВИ / Ю.Б. Белоусов, О.И. Карпов, О.И. Леонова // Качественная клиническая практика, спецвыпуск. -2002. С. 7-9.
10. Беляков, В.А. Адаптационные возможности и здоровье детей раннего возраста / В.А. Беляков, Т.С. Подлевских // Российский педиатрический журнал. 2005. - №2. - С. 8-10.
11. Беляков, И.М. Иммунная система слизистых / И.М.Беляков // Иммунология. 1997. - Т. 4, № 7. - С. 13.
12. Березина, Н.О. Характеристика функциональных возможностей организма современных дошкольников / Н.О. Березина, М. А. Никитина, П. И. Храмов // [Российский педиатрический журнал](#). — 2011 . — [N3](#). — С. 39-42.

13. Богомильский, М.Р., Гаращенко, Т.И., Шишмарёва, Е.В. Элиминационная терапия в лечении аденоидита у детей с острым синуситом. Вестн.оторинол. 2004;4:46-49.
14. Богомильский, М.Р., Чистякова, В.Р. Детская оториноларингология. 2001: 264-268.
15. Борзов, Е.В. Аденоиды // Детская оториноларингология (в 2 томах) Т.1. / под редакцией Богомильского М.Р., Чистяковой В.Р. 2005; 296-298.
16. Ботвиньева, В.В. Развитие иммунной системы здорового ребенка // Детский доктор. — 1999. — №3. — С. 26-30.
17. Бычкова, Е.В. Клиническое значение современной диагностики в лечении латентных инфекций верхних дыхательных путей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2008.
18. Вахитов, Х.М., Пикуза О.И. Повторные острые респираторные заболевания как фактор риска развития дислипидемий у детей // Педиатрия. — 2004. — №5. — С. 35-37.
19. Вельтищев, Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2000. — № 1. —С.5–9.
20. Вельтищев, Ю.Е. Лечение иммунной; недостаточности у детей, / Ю.Е.Вельтищев // Российский вестник перинатологии, и педиатрии. -2004. № 6. - С. 29-36.
21. Вельтищев, Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста) / Ю.Е.Вельтищев, И.П.Ветров. М. -2003 . - 96 с.
22. Вентцель, Е.С. Теория вероятностей: учебник для ВУЗов / Е.С. Вентцель. — М., 1999. — 576 с.
23. Виха, Г.В: Секреторный иммуноглобулин А маркер стресса и неблагоприятных факторов внешней среды / Г.В.Виха // Материалы международ, экологического форума. - М., 2001. - С. 138-141.
24. Возможность снижения носительства патогенных микроорганизмов в ротоглотке у часто болеющих детей / Т.И.Гаращенко и др. // Детские инфекции. 2004. - № 2. - С. 38-41.
25. Возможности контроля острых респираторных заболеваний у детей /Т.И.Гаращенко, Ф.И.Ершов, Л.И.Ильенко, М.В.Гаращенко // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения /под ред. Ю.Л.Мизерницкого, А.Д.Царегородцева.- М, 2003.- Вып.3.- С.47-54.

26. Волков, И.К. Часто болеющие дети: дифференциальная диагностика и терапия // Российский аллергологический журнал. — 2006. — Приложение.1. С. 48-63.
27. Выхристюк, О.Ф., Мелентьева О.В., Степанова И.В. и др. Часто болеющие дети и методы их защиты // Медицинская помощь. — 2004. — №5. — С. 24-26.
28. Гаращенко, Т.И. Бактериальные иммунокорректоры в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и уха у часто болеющих детей /Т.И.Гаращенко, М.Р.Богомильский, Т.П.Маркова //Педиатрия. Consilium medicum.- 2002.- №1.- С.7-13.
29. Гаращенко, Т.И., Володарская, В.Г. Профилактика и лечение хронического тонзиллита у часто и длительно болеющих детей // Детские инфекции. — 2007. — №1. — С. 56-60.
30. Гаращенко, Т.И., Ильенко, Л.И., Гаращенко, М.В. Оценка эффективности анаферона детского в неспецифической профилактике ОРВИ у младших школьников // Лечащий врач. — 2006. — №2. — С. 87-88.
31. Геппе, Н.А., Селиверстова, Н.А., Утюшева, М.Г. Применение биопарокса для лечения острых респираторных заболеваний у детей с бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом // Педиатрия. — 2007. — №1. — С. 88-93.
32. Государственный доклад Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 ноября 2011 г. "О положении детей в Российской Федерации", 2010 год.
33. Гланц, С. Медико-биологическая статистика./Гланц С. - М.: Практика, 1999. — 500 с. 67.
34. Гриппферон капли в нос. Профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций. М., 2004. - 38 с.
35. Грицинская, В.Л. Динамика развития детей дошкольного возраста Красноярск / В.Л. Грицинская // Гигиена и санитария. 2002. - № 3. - С. 48-49.
36. Гришан, М.А. Эффективность использования альтернативных методов профилактики и ресурсосберегающих технологий в педиатрии // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.: 2006. - 25 с.
37. Гришан, М.А., Моисеева, Е.И., Сутулова, С.Г. и др. Альтернативные подходы к проведению профилактики гриппа и ОРЗ // Детские инфекции.-2005.-том 4.- №3.-С.70-73.
38. Грищенко, Т.П., Хвалов, А.Н. Немедикаментозная коррекция состояния респираторного тракта у часто болеющих детей // Вестник оториноларингологии. — 2006. — №6. — С. 59-62.

39. Дашевская, Н.Д. Оценка состояния здоровья детей дошкольного возраста и их адаптация к школе: Автореф. дис. .канд.мед.наук. / Н.Д. Дашевская. - Екатеринбург, 1998.-19с.
40. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). — М., 2003. — 96 с.
41. Дрииевский, В.П., Осидак, Л.В., Цыбалова, Л.М. Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство / под редакцией О.И.Киселева. Спб.: СпецЛит. 2003. - с.181.
42. Дрынов, Г.И., Иванюшина, О.К., Дьякова, Ф.Н. Профилактика и терапия респираторных инфекций при проведении курса специфической иммунотерапии // Лечащий врач.- 2001.- №3.- С. 45-47.
43. Дрынов, И.Д. Основа оптимальной технологии профилактики массового распространения острых респираторных заболеваний / И.Д.Дрынов. М., 1999. - 166 с
44. Ежлова, Е.Б., Лыткина, И.Н., Филатов, Н.Н. Опыт Москвы в организации профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ.Материалы VIII съезда ВОЭМП. 2002, т. 2, с. 170–171.
45. Ерофеева, М.К. Профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний в группах риска : автореф. дис. . д-ра мед. наук. — СПб., 2002.-48 с.
46. Железнякова, Г.Ф. Механизмы взаимодействия возбудителя инфекции и иммунной системы хозяина / Г.Ф.Железнякова // Инфекционные болезни. 2006. - Т. 4, № 3. - С. 69-77.
47. Жукова, А.И. Использование методов математической статистики в медико-биологических исследованиях / А.И. Жукова, А.И. Рог, Н.А. Степанян. – Воронеж, 2000. – 183 с.
48. Иванова, В.В. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции у детей // Учебное пособие для врачей. С.-Пб.: 2002.- 28 с.
49. Иванова, В.И., Сравнительная оценка эффективности физических методов профилактики повторных ОРЗ // Автореф. дисс. . канд. наук. — М., 1993, 22 с.
50. Иванова, В.В. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей /В.В.Иванова, Г.Ф. Железничкова, И.В. Шилова // Педиатрия. 2005. - № 4. -С. 61-65.
51. Ильенко, Л.И., Гаращенко, Т.И., Сутулова, С.Г. Антигомотоксическая терапия в профилактике заболеваний лимфоглоточного кольца у детей // Детские инфекции.-2005. Т.4.-№3. - С. 67-70.

52. Ильенко, Л.И., Сутулова, С.Г. Использование комплексных гомеопатических препаратов в профилактике респираторных заболеваний у часто болеющих детей// VI Конгресс ринологов России. С-Пб., 2005.
53. Ильенко, Л.И., Сутулова, С.Г. Фолль-диагностика в комплексной оценке состояния здоровья часто болеющих детей// Детские инфекции. М.: 2005. - Т.4.-№4.
54. Иммунный статус здоровых детей / Л.Г.Кузьменко и др. // Вестник российского университета дружбы народов : медицина. 1999. - № 2.1. С. 17-21.
55. Иммунокоррекция у часто болеющих детей в амбулаторной практике / Н.Д.Чернова и др. // Детские инфекции. 2004. - № 2. -С. 46-49.
56. Иммунокорригирующая терапия часто болеющих детей мегаполисов /Л.С. Намазова, В.В. Ботвиньева, Р.М. Торшхоева и др. М., 2005.-24с.
57. Иммунологические особенности детей с хронической и рецидивирующей патологией органов дыхания / Ю.К. Больбот, С.А. Алифанова, Т.А. Бордий и др. //Вопросы современной педиатрии.- 2006.-Т.5, №1.- С.68-69.
58. Иммунологические исследования в ринологии: учебное пособие / Н.А. Арефьева, Ф.А. Кильсенбаева, Л.Ф. Азнабаева, Ф.А. Хафизова, П.Н. Машко. - Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2002. - 88 с.
59. Иммунопрофилактика 2003. Справочник // Под ред. В.К. Таточенко, Н.А. Озерецковского. М.-2003.- 174 с.
60. Инфекционная заболеваемость в РФ за январь-март 2012 года // Санитарный врач. 2012. - № 3. - С. 25-26.
61. Информационно-аналитического бюллетеня управления Роспотребнадзора по Воронежской области Оценка влияния факторов среды обитания на здоровье населения Воронежской области воронеж, 2011 – с. 63.
62. Исследование иммуноглобулинов и других белков в секретах человека : метод, реком. / сост. : Е.В.Чернохвостова и др.. -М., 1987.-36 с.
63. Каганов, С.Ю. Пульмонология детского возраста и ее насущные проблемы /С.Ю.Каганов, Н.Н.Розинова //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2000.- №6,- С.6-11.
64. Караулов, А.В. Иммунотерапия респираторных заболеваний / А.В.Караулов, В.Ф.Лииков // Поликлиника. 2004. - № 4. - С. 4-9.
65. Карелин, А.О. Комплексный анализ состояния здоровья детского населения как перспективный путь оценки качества окружающей среды / А.О.Карелин, В.Б.Дворяшин. М.: Медицина, 1987. - С. 4-7.

66. Карцева, И.В. Клинико-иммунологическая характеристика рецидивирующих респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2003. — 23 с.
67. Клиническая патология гортани: руководство-атлас / Н.А. Дайхес, В.П. Быкова, А.Б. Пономарев, Х.Ш. Давудов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. - 160 с.
68. Ключников, С.О., Гнетнева, Е.С., Накостенко, Т.Н., Сухоруков, В.С. Применение кудесана (коэнзима Q10) у часто болеющих детей // Педиатрия. — 2007. — №2. — С. 80-83.
69. Ковалева, С.В. Рекомбинантный интерферон-а в иммунореабилитации часто и длительно болеющих детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 2002. — 23 с.
70. Кондратьева, Е.И., Шемякина, Т.А., Голикова, Е.В., Пан, И.Р. Неспецифическая профилактика острых респираторных заболеваний у детей с бронхиальной астмой // Педиатрия. — 2007. — №2. — С. 76-79.
71. Корепанова, М.В. Теория и практика становления и развития образа Я дошкольника. / М.В. Корепанова.- Волгоград: Перемена, 2001.
72. Коровина, Н.А. Новые технологии в профилактике и лечении респираторных заболеваний у детей /Н.А.Коровина //Поликлиника.- 2004.-№3.- С.29-31.
73. Коровина, Н.А., Чебуркин, А.В., Заплатников, А.Л., Захарова, И.Н. Иммуно-корректирующая терапия часто и длительно болеющих детей. Руководство для врачей. — М.: Контимед, 2001. — 44 с.
74. Коровина, Н.А., Заплатников, А.Л., Леписева, И.В. и др. Острые респираторные вирусные инфекции в практике врача-педиатра // Consilium medicum.-Приложение: педиатрия.-2006.-№1.-С.19-26.
75. Коровина, Н. А. Первичная иммунопрофилактика рекуррентных респираторных инфекций у детей, посещающих дошкольные учреждения / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников // Совр. педиатрия. — 2008. — № 3 (20). — С. 42—45.
76. Костюкова, С.Б., Рязанцев С.В. Иммуноглобулины ларингеальных секретов // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1995. - №3(4). - С. 155.
77. Куинджи, Н.Н., Раппопорт, И.К. Профилактические осмотры детей в образовательных учреждениях: цели, реалии и пути решения проблемы // Поликлиника. — 2008. — №1. — С. 20-22.
78. Кучма, В.Р. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Гигиена и санитария. — 2005. - № 6. — С. 42-45.

79. Кучма, В. Р. Стратегия ВОЗ и обзор международного опыта профилактики болезней и укрепления здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // Обществ. здоровье и профилактика заболеваний. – 2008. - № 1. – С. 40-45.
80. Лебедева, Т.М. Оздоровление детей, часто болеющих респираторными инфекциями, в условиях детской поликлиники // Педиатрия. — 2006. — №3. —С. 123-124.
81. Лыткина, И.Н. Оценка эффективности некоторых современных препаратов при проведении неспецифической профилактики ОРВИ в детских организованных коллективах / И.Н.Лыткина, Н.А.Волкова // Детские инфекции. 2004. - № 4. - С. 49-54.
82. Липатова, М. К. Социальная значимость ОРВИ и актуальность симптоматического лечения // Русский медицинский журнал. 2006, т. 14, № 24, с. 1569–1574.
83. Лупан, И.Н., Дулькин, Л.А., Шепелева, И.М. Применение бактериальных лизатов в комплексной терапии респираторных инфекций у часто болеющих детей // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 41–46
84. Лыткина, И.Н. Волкова, Н.А. Профилактика гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения// Лечащий врач. 2006. № 9.
85. Лыткина, И.Н. Малышев, Н.А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения// Лечащий врач. 2010. № 10.
86. Малиновская, В.В., Деленян, Н.В., Ариненко, Р.Ю., Мешкова, Е.Н. Виферон: комплексный противовирусный препарат для взрослых и детей. — М., 2006. — 56 с.
87. Малкоч, А.В., Анастасевич, Л.А., Боткина, А.С.. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии // Лечащий врач. 2008. № 8.
88. Маркова, Т.П. Профилактика респираторных инфекций / Т.П.Маркова, Д.Г.Чувиров // Санитарный врач. 2005. - № 2. - С. 1922.
89. Маркова, Т.П., Чувиров, Д.Г. Длительно и часто болеющие дети // Русский медицинский журнал. — 2002. — №3. — С. 125-127.
90. Маскова, Г.Г., Черная, Н.Л., Пупсарева, Л.А. и др. Эффективность индивидуальной реабилитации часто болеющих детей в условиях поликлиники // Поликлиника. — 2007. — № 1. — С. 32-34.

91. Матвеева, Л.А. Местная защита респираторного тракта у детей. — Томск: Изд-во Томского ун-та, 1993. — 276 с.
92. Матвеева, Л.А. Местный иммунитет при болезнях лёгких у детей. - Томск, 1986. - 189 с.
93. Медик, В.А. Статистика в медицине и биологии. Теоретическая статистика / В.А. Медик, М.С. Токмачев, Б.Б. Фишман. – М. : Медицина, 2000, –Т. 1. – 412 с.
94. Намазова, Л. С., Ботвиньева, В. В., Торшхоева, Р. М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах//Детские инфекции. – 2007. – № 2. –С. 49–52.
95. Намазова, Л.С., Таточенко, В.К., Алексина, С.Г. и др. Вакцинация против гриппа, пневмококковой, менингококковой и Hib-инфекции часто болеющих детей (пособие для врачей). — М., 2005. — 36 с.
96. Национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая клиническая практика». М.: Стандартинформ. 2005; 34 с.
97. Нестерова, И.В., Малиновская, В.В., Тараканов, В.А. и др. Интерфероно- и иммунотерапия в практике лечения часто и длительно болеющих детей и взрослых. — М., 2004. — 160 с.
98. Нестерова, И.В. Проблемы лечения вирусно-бактериальных респираторных инфекций у «часто и длительноболеющий» иммунокомпромитированных детей // Лечащий врач. — 2009. — №6. — С. 26-29
99. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России: комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.» / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, В. А. Тутельян, Б. Т. Величковский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 120 с.
100. Определение основных статистических характеристик ряда измерений параметров медико-биологических препаратов и процессов / Рог А.И., Крупина А.П., Степанян Н.А. и др. // Новости клин, цитологии России.- 1997. – Т. 1, № 4. – С. 188-192.
101. Основы статистического анализа в медицине : учебное пособие / В.И. Чернов [и др.]. – Воронеж, 2003. – 113 с.
102. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика [научно-практическая программа Союза педиатров России]. — М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. — 69 с.

103. Периодичность и объем профилактических осмотров и профилактических мероприятий: международные стандарты // Менеджер здравоохранения. – 2006. - № 9. – С. 46-51.
104. Петри, А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Себин. – М., 2003. – 144 с.
105. Пикуза, О.И., Закирова, А.М., Самороднова, Е.А. и др. Эффективность амоксициллина клавуланата при лечении острой внебольничной пневмонии у детей // Педиатрическая фармакология. – 2006. – Т. 3. – № 5. – С. 60–62
106. Покровский, В. И., Пак, С. Г., Брико, Н. И., Данилкин, Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 816 с.
107. Пути снижения заболеваемости острыми респираторными инфекциями в крупном промышленном городе / А.И.Прудков и др. // Детские инфекции. 2003. - № 4. - С. 56-59:
108. Платонов, А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы / А.Е. Платонов. – М. : РАМН, 2000. – 52 с.
109. Рапопорт И. К., Котомина Е. В. и др. Заболеваемость по результатам профилактических медицинских осмотров детей дошкольного и младшего школьного возраста, посещающих образовательные учреждения Южного административного округа Москвы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 1. –С. 5–8.
110. Рагозина, В.Н. Эффективность иммунокорректирующих препаратов в реабилитации часто болеющих детей организованных коллективов // Автореф. дисс. . канд. мед. наук. — Волгоград, 2007. — 24 с.
111. Романцов, М.Г., Ершов, Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. — М.: Геотар-Медиа, 2009. — 352 с.
112. Руководство по анализу деятельности учреждений здравоохранения муниципального уровня – М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 97 с.
113. Рязанцев, С.В. Роль слизистой оболочки в защите ЛОР-органов от потенциально патогенных для организма антигенных факторов / С.В. Рязанцев, Н.М. Хмельницкая, Е.В. Тырнова // Вестник оториноларингологии. - 2000. - №3. - С. 60-64.
114. Савицкая, Н.А. Диагностика и характеристика оппортунистических инфекций у часто болеющих детей при ОРЗ в периоде ремиссии // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 2007. — 23 с.
115. Самсыгина, Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Педиатрия. — 2005. — №1. — С. 66-73.

116. Самсыгина, Г.А., Фитилев, С.Б., Левин, А.М. Новые подходы к лечению острых респираторных инфекций у часто болеющих детей (результаты многоцентрового исследования по программе ЧИБИС) // Педиатрия. — 2006. — №1. — С. 37-46.
117. Самсыгина, Г.А. Новое в лечении острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Детские инфекции. — 2007. — №1. — С. 52-56.
118. Самсыгина, Г.А. Современные подходы к лечению острых инфекций респираторного тракта у часто болеющих детей // Consilium medicum. — Приложение "Педиатрия". — 2008. — №2. — С. 99-101.
119. Самсыгина, Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // Лечащий врач. — 2009. — №1. — С. 10-15.
120. Сенцова, Т.Б., Ревякина в.А. Современные иммуномодуляторы в практике педиатра (проблема часто болеющих детей) // Российский аллергологический журнал. — 2006. — Приложение. — С. 32-47.
121. Сепетлиев Д.А. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / Под ред. А.М. Меркова. — М.: Медицина, 1989. — 302 с.
122. Сизякина, Л.П. Принципы диагностики и терапии иммуноопосредованных заболеваний. — Ростов-на-Дону, 2008. — 251 с.
123. Сизякина, Л.П., Андреева И.И. Справочник по клинической иммунологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. — 448 с.
124. Современные подходы к лечению и оздоровлению часто болеющих детей: пособ. для врачей. — М.: Междунар. фонд охраны матери и ребенка, 2005.
125. Стандарт отрасли правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации ОСТ 42-511-99 (утв. Минздравом РФ от 29 декабря 1998 г.)
126. Стефании, Д.В., Вельтищев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1996. — 384 с.
127. Суздаленков, А.В. Состояние здоровья и современные возможности профилактики острых респираторных заболеваний у детей в организованных коллективах // Автореф. дисс. . канд. мед. наук. — М., 2002. — 22 с.
128. Тарасова, И.В. Рецидивирующая респираторная инфекция у детей и понятие часто болеющие дети // Аллергология и иммунология в педиатрии. — 2006. — №2-3. — С. 34-40.
129. Таточенко, В. К. с соавт. Практическая пульмонология детского возраста // Справочное руководство.- М.: 2001.- 268 с.
130. Таточенко В. К. Терапия ОРЗ у детей // РМЖ,- 2004.- №12 (221).- С. 1200-1207.

131. Таточенко, В.К. Вакцинация детей против гриппа // Вопросы современной педиатрии,- 2002.- Т.1.- №4.- С. 44-48.
132. Таточенко, В.К. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) у детей: антибиотики или иммуностимуляция // Мет. Рекомен.: В помощь практическому врачу,- 2004.- 7 с.
133. Таточенко, В.К., Рачинский С.В., Волков И.К. и др. Практическая пульмонология детского возраста. — М., 2006. — 250 с.
134. Тотолян, А.А. Современные подходы к диагностике иммунопатологических состояний // Медицинская иммунология. - 1999. - Т.1, №1-2. - С. 75-108.
135. Тулупов, Д.А. Применение стафилококкового бактериофага у детей в лечение хронического аденоидита ассоциированного со стафилококковой инфекцией. Российская ринология. 2009, №2; С.64
136. Учайкин, В.Ф. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: применение иммуномодуляторов для лечения и профилактики // Педиатрия. — 2009. — №1. — С. 127-132.
137. Учайкин, В.Ф., Эпштейн, И.О., Сергеева, С.А. и др. Анаферон детский: отечественный иммунокорректор с противовирусной активностью. — М., 2003. —31 с.
138. Учайкин, В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей // Пособие для врачей. М.: 2005. -14 с.
139. Учайкин, В.Ф. Информация о профилактическое и терапевтической эффективности препарата Арбидол при гриппе, других острых респираторных вирусных инфекций, ротавирусной инфекции, инфекционном мононуклеозе у детей // Информационное письмо. — М.: 2005. 8 с.
140. Федоров, А.М. О тактике антибактериальной терапии острых респираторных заболеваний у детей на поликлиническом участке /А.М.Федоров, В.К.Таточенко, А.И.Зубович //Медицинский научный и учебно-методический журнал.- 2005.- №25.- С.276-289.
141. Феклисова, Л.В. Оценка состояния здоровья детей младших групп закрытого детского учреждения / Л.В.Феклисова и др. // Детские инфекции. 2005. - Т. 4, № 1. - С. 66-69.
142. Феклисова, Л.В., Новокшенова, В.А., Шебекова, В.М. и др. / Современные аспекты диагностики и лечения легионеллезных, хламидийных, микоплазменных и пневмоцистных поражений респираторного тракта у детей. // Педиатрия. — 1995. — №1. — С. 23—27.

143. Функциональная клиническая иммунология, перспективное направление современной науки /Д.В.Стефани, Т.В.Виноградова, Е.А.Ружицкая и др. //Иммунология.- 2002.- Т.23, №3.- С.164-166.
144. Хаитов, Р.М., Игнатъева, Г.А., Сидорович, И.Г. Иммунология. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.
145. Хаитов, Р.М., Пинегин, Б.В. Иммуномодуляторы: классификация, механизм действия. – Фармарус принт, Москва 2005, 28с
146. Часто болеющие дети: мифы и реальность /Н.В.Зиновьева, Н.В.Давыдова, А.Ю.Щербина и др. //Аллергология и иммунология в педиатрии.- 2005.- Т1, №4.- С.26-30.
147. Чешек, С.Г. О состоянии инфекционной заболеваемости детского населения Москвы в 2002 г. и задачи по ее дальнейшему снижению. Москва, тезисы НПК ДЗ Правительства Москвы, 2003, с. 26–27
148. Шарапова, О.В. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей / О.В.Шарапова, А.Д.Царегородцев, Б.А.Кобринский // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004. - № 1. - С. 56-60.
149. Шаханина, И.Л., Осипова, Л.А. Экономические потери от инфекционной заболеваемости в России: величины и тенденции // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2005. №4.-С. 19-21.
150. Шемякина, Т.А. Опыт реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания в условиях санаторнодетского сада /Т.А.Шемякина, Е.И. Кондратьева, Е.В.Королева //Вопросы современной педиатрии.- 2006.-Т.5, №1.- С.799.
151. Шиленкова В.В. Рациональный подход к диагностике и лечению заболеваний носоглотки у детей // Новости здравоохранения.- Ярославль, 2002.- Выпуск 2.- С.28-32.
152. Allegra, L. L'influenza e le sue complicanze / Eds Mattioli, 1885. —Fidenza, 2002.
153. Allegrucci, M., Hu F.Z., Shen K. et al. Phenotypic characterization of *Streptococcus pneumoniae* biofi lm development. J
154. Bacteriol. 2006:188(7):2325-35.Balfour-Lynn I.M., Valman B., Silverman M., Webster A.D. Nasal IgA response in wheezy infants // Arch. Dis. Child. — 1993. — Vol. 4, N 68. — P. 472-476.
155. Banz, K., Schwiker, D., Tomas, A.M. Economic evaluation of immuño-prophlaxis in children with recurrent ear, nose and throat infections // Pharma-coeconomics. — 1994. — Vol. 6. — P. 464-477.
156. Bartlett, J.G. Management of respiratory tract infections. — 3rd ed. — Philadelphia, 2001. — P. 178-182.

157. Bellananti, J.A. Recurrent respiratory tract infections in paediatric patients // *Drugs*. — 1997. — Vol. 57. — Suppl. 1. — P. 1-4.
158. Bene, M.C., Faure G.C. Ribosomal immunotherapy for recurrent respiratory tract infections in children // *Paediatr. Drugs*. — 2003. — Vol. 5, N 4. — P. 223-228.
Brook I. Bacterial interference. *Critical Reviews in Microbiology*. 1999; 25, P.155–72.
159. Bossuyt, X., Moens, L., van Holveeld E. et al. Coexistence of (partial) immune defects and risk of recurrent respiratory infections // *Clin. Chem*. 2007. - Vol. 53.- N.1.-P. 124-130.
160. Brook, I., Yocum, P. Bacterial interference in the adenoids of otitis media prone children. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 1999; 18, P. 835–7.
161. Brook, I., Shah, K., Jackson, W. Microbiology of healthy and diseased adenoids. *Laryngoscope*. 2000; 110; P. 994–9.
162. Burger, D. Cell contact-mediated signaling of monocytes by stimulated T cells: a major pathway for cytokine induction. // *Eur cytokine Netw* . -2000.-V.11/-P. 346-53.
163. Carr, R.R., Naliata, M.C. Complementary and alternative medicine for upper-respiratory-tract infection in children // *Am. J. Health syst. Pharm*. 2006. -Vol. 63. - N. 1. - P. 33-39. Review.
164. Carter, L.L., Dutton, R.W. Type 1 and type 2 a fundamental dichotomy for all T cells subsets // *Curr. Opin. Immunol*. — 1996. — Vol. 8. — P. 336-342.
165. Chantry, C.J., Howard, C.R., Auinger, P. Full breastfeeding duration and associated in respiratory tract infections in US children 11 *Pediatrics*. 2006/ - Vol. 117. -N. 2. - P. 425-432. United States.
166. Ciprandi, G., Tosca, M.A., Fasce, L. Allergic children have more numerous and severe respiratory infections than non-allergic children // *Pediatr. Allergy Immunol*. 2006. - Vol. 17. -N. 5. - P. 389-391.
167. Conley, M.E., Notarangelo, L.D., Etzioni, A. Diagnostic criteria for primary immunodeficiencies // *Clinical Immunology*. 1999. - Vol. 93. - N. 3. - P. 190-197.
168. Esposito, S., Bosis, S., Faelli, N. et al. Role of atypical bacteria and azithromycin therapy for children with recurrent respiratory tract infections // *Pediatr. Infect. Dis. J*. — 2005. — Vol. 24, N 11. — P. 1030.
169. De Dio, R. M., Tom, L. W. C., McGowan, K. L. et al. Microbiology of the tonsils and adenoids in a pediatric population. *Archives of Otolaryngology—Head and Neck Surgery*. 1998;114:P. 763–5.
170. De Martino, M., Ballotli, S. The child with recurrent respiratory infections: normal or not? // *Pediatr Allergy Immunol*. 2007. - Vol. 18. - N. 11. - P. 1318. Review.

171. De Vries, E. Immunological investigations in child with recurrent respiratory infections // *Pediatr. Respir. Rev.* 2001. - Vol. 2. - N. 1. - P. 32-36.
172. Galli, J., Calo, L., Ardito, F. et al Bacterial biofilm identification in the rhinopharyngeal mucosa of children with recurrent infection of the upper respiratory tract and otitis media // *Pediatr. Med. Chir.* 2008. - Vol. 30. -N. 1. - P. 3134 Italian.
173. Garcia, M.L., Ordobals, G.M., Calvo, R. et al. Viral infection of the lower respiratory tract in hospitalized infants: etiology, clinical features and risk factors // *An. Esp. Pediatr.* — 2001. — Vol. 55, N 2. — P. 101-107.
174. Guneser, S., Antmen, B., Altintas, D., Yilmaz M. The frequency of IgG subclass deficiency in children with recurrent respiratory infections // *Turk. J. Pediatr.* — 1996. — Vol. 38, N 2. — P. 161-168.
175. Jakubczak, B., Demkow, U., Wasik, M. The activity of granulocytes in children with recurrent infections of respiratory tract // *Pneumonol. Allergol. Pol.* 2005. — Vol. 73, N 2. — P. 160-166.
176. Jara-Perez, J.V., Bereber, A. Primary prevention of acute respiratory tract infections in children with using a bacterial immuno stimulant: a double masked, placebo-controlled clinical trial // *Clin. Ther.* — 2000. — Vol. 22. — P. 748759.
177. John, T.J., Samuel R. Herd immunity and herd effect: new insights and definitions // *Eur J Epidemiol.* - 2000. - Vol. 16 (7). P. 601-6.
178. Joshi, P., Shaw, A., Kakakios, A., Isaacs, D. Interferon-gamm levels in nasopharyngeal secretions of infants with respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections // *Clin. Exp. Immunol.* — 2003. — Vol. 313, N 1. — P. 143-147.
179. Karimi, A., Isaiyan, A. Immunological evaluation of children with recurrent ear, nose and throat (ENT) infections // *Iranian Journal of Pediatrics Tehran University of Medical Sciences Press.* 2007. - Vol. 17, N. 1. - P. 5-13.
180. Karmaus, W. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children / Karmaus W., Dobai A. L., Ogbuanu // *J. of Asthma.* — 2008. — Vol. 45, № 8. — P. 688—695.
181. Klig, J.E., Shah, N.B. Office pediatrics: current issues in lower respiratory infections in children // *Curr. Opin. Pediatr.* — 2005. — Vol. 17, N 1. — P. 111118.
182. Koch, A., Molbak, K., Homoe, P. et al. Risk factors for acute respiratory tract infections in young Greenlandic children // *Am. J. Epidemiol.* — 2003. — Vol. 158, N4. — P. 374-384.

183. Kornfalt, R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. // *Acta Paediatr. Suppl.* 2000. - V.89(434). - P.2-7.
184. Kovesi, T., Gilbert N.L., Stocca C. et al. Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infection in young children // *CMAJ.* 2007. - Vol. 177. - N. 2. - P. 155-160.
185. Messner, H.C., Long, S.S. Respiratory syncytial virus infection and recurrent wheezing: a complex relationship // *J. Pediatr.* 2007. - Vol. 151. - N. 1. - P. 6-7.
186. Minello, V.L., Brunetti L., Catagna R. et al. Phytoterapy: a glimmer of hope in the prevention of recurrent respiratory tract infection in children // *Minerva Pediatr.* 2007. - Vol. 59. - N. 4. - P. 389-395. Italian
187. Odemarsky, M., Andersson S., Pesonen E. et al Respiratory infection recurrence and passive smoking in early atherosclerosis in children with type 1 diabetes // *Eur. J. Clin. Invest.* 2008. -Vol. 38. -N. 6. - P. 381-388.
188. Oh, J.W. Respiratory viral infections and early asthma in childhood // *Allergolnt.* - 2006. -Vol. 55.-N. 4.-P. 369-372.
189. Ozkan, H., Atlihan, F., Genel, F. et al. IgA and/or IgG subclass deficiency in children with recurrent respiratory infections and its relationship with chronic pulmonary damage // *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.* — 2005. — Vol. 15, N1. —P. 69-74.
190. Podsiadlowicz-Borzecka, M., Soboeinska, A., Stelmach I. Resons for recurrent respiratory tract inflammations in children // *Wiad Lec.* 2006. - Vol. 59. - N. 1-2.- P. 97-104. Polish.
191. Raza, M., Jalil J., Shafique, M., Chafoor, J. Frequency of otitis media with effusion in recurrent upper respiratory tract infections in child // *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* 2008. - Vol. 18. -N. 4. - P. 226-229.
192. Reinert, P., Stagnara, J., Roy, P. et al. Recurrent respiratory tract infections and otitis in children // *Rev. Prat.* — 2007. — Vol 57, N 16. — P. 1767-1773.
193. Rovers M.M., Balemans W.A., Sanders E.A. et al. Persistence of upper respiratory tract infections in a cohort followed from childhood to adult hood // *Fam. Pract.* 2006 - Vol. 23. -N. 3. - P. 286-290.
194. Ruah, S.B., Ruah, C., van Aubel A. et al. Efficacy of a polyvalent bacterial lysate in children with recurrent respiratory tract infections // *Adv. Ther.* — 2001. — Vol. 18, N 4. — P. 151-162.
195. Snelgrove, R., Williams, A., Throper, C., Hussel, T. Manipulation of immunity to and pathology of respiratory infections // *Expert. Rev. Antiinfect. Ther.* — 2004. — Vol/ 2, N3. — P. 413-426.

196. Steurer-Stey C., Lagler L., Straub D.A. et al. Oral purified bacterial extract in acute respiratory tract infections in childhood: a systematic quantitative review // *Eur. J. Pediatr.* — 2007. — Vol. 166, N 4. — P. 365-376.
197. Turnbull, JD, Heaslip, S, McLeod HA. Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. // *Int J Obes Relat Metab Disord.* - 2000. - V. 24(12). - P. 1705-6.
198. Van den Akker, E.H., Sanders, E.A., van Staaïj B.K. et al. Long-term effects of pediatric adenotonsillectomy on serum immunoglobulin levels: results of a randomized controlled trial // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2006. - Vol. 97. - N. 2. - P. 251-256.
199. Vries, E. Immunological investigations in children with recurrent respiratory infections // *Paediatr. Respir. Rev.* — 2001. — Vol. 2, N 1. — P. 32-36.
200. Weber, W., Taylor, J.A., Stoep, A.V. et al. Echinacea purpurea for preventing of upper respiratory tract infections in children // *J. Altern. Complement. Med.* 2005. — Vol. 11, N 6. — P. 1021-1026.
201. West, J.V. Acute upper airway infections // *Brit. Med. Bull.* — 2002. — Vol. 61. — P. 215-230.
202. Zielnik-Jurkewicz B., Jurkewicz D., Stankiewicz W. Effectiveness of Broncho-Vaxom in preventing of recurrent upper respiratory tract infection in children // *Pol. Merkur. Lekarski.* — 2005. — Vol. 113, N 19. — P. 625-629.
203. Zuecher, A.W. Upper respiratory tract immunity // *Viral. Immunol.* — 2003. Vol. 16, N 3. — P. 279-289.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА оценки состояния здоровья детей

ФИО _____ Пол _____ Дата рождения _____
 ДОУ № _____ Группа _____ Домашний адрес _____

№ п/п	Вопросы	Ответы (да, нет)
РАЗДЕЛ I		
1.	Были ли простудные заболевания во время беременности?	
2.	Отмечался ли прием лекарственных препаратов во время беременности (антибиотики, противовирусные средства и т.д.)	
3.	Были ли заболевания ангиной во время беременности?	
4.	Был ли токсикоз во время беременности?	
5.	Были ли состояния угрожающего выкидыша?	
6.	Были ли преждевременные роды?	
7.	Патология родов?	
8.	Масса тела новорожденного была менее 2,5 кг?	
9.	Была асфиксия или родовая травма новорожденного?	
10.	Часто ли ребенко болел ОРЗ на 1-м году жизни?	
11.	Члены семьи часто болеют ОРЗ?	
12.	Члены семьи имеют повторные заболевания ЛОР-органов?	
13.	Было искусственное вскармливание?	
14.	Отсутствовало ли закаливание на 1-м году жизни?	
15.	Были ли регулярные прогулки?	
16.	Продолжительность прогулок была менее 2 часов?	
17.	Дневной сон отсутствовал?	
18.	Была низкая физическая активность во время прогулок?	
19.	Утренняя гимнастика отсутствовала?	
20.	Использовался ли общественный транспорт по дороге в детский сад?	
21.	Летний отдых отсутствовал в прошлом году?	
22.	Летний отдых отсутствовал в текущем году?	
23.	Было ли ранее начало посещения детского сада?	
24.	Было ли самостоятельное применение лекарственных средств при различных заболеваниях?	
25.	Доверяете ли вы участковому педиатру?	
26.	Считаете ли вы компетентным вашего участкового педиатра?	
27.	Насколько вы удовлетворены качеством оказания	

	медицинской помощи поликлиники, за которой вы закреплены? (по 5-ти бальной шкале)	
28.	Курит ли к-то из членов семьи?	
РАЗДЕЛ II		
1.	Бывают ли у ребенка головные боли? (подчеркнуть: беспричинные, при выполнении, после физической нагрузки, после возвращения из ДОУ, изредко, часто).	
2.	Устает ли ребенок после возвращения из ДОУ? (подчеркнуть: изредко, часто).	
3.	Плаксив ли ребенок в плохом настроении?	
4.	Часто ли наблюдаются конфликты, ссоры ребенка с окружающими?	
5.	Отмечаются ли у ребенка при волнении (подчеркнуть: повышенная потливость, появление красных пятен)?	
6.	Бывает ли у ребенка нарушения сна? (подчеркнуть: долгое засыпание, чуткий сон, тревожные сновидения, трудное пробуждение по утрам, изредко, часто)	
7.	Страдает ли ребенок ночным недержанием мочи?	
8.	Бывают ли у ребенка головокружения при перемене положения тела?	
9.	Бывают ли у ребенка судороги?	
10.	Бывают ли у ребенка обмороки? (подчеркнуть: беспричинные, при волнении, при испуге, изредко, часто)	
11.	Отмечалось ли когда-нибудь у ребенка повышение кровяного давления?	
12.	Не жалуется ли ребенок на неприятные ощущения в области сердца?	
13.	Отмечается ли у ребенка одышка, чувство нехватки воздуха? (подчеркнуть: при физической нагрузке, в покое)	
14.	Жалуется ли ребенок на боли в суставах?	
15.	Бывает ли у ребенка в боли горле с повышением температуры тела?	
16.	Отмечается ли сильный кашель у ребенка?	
17.	Бывает ли у ребенка потеря голоса или осиплость?	
18.	Не беспокоит ли ребенка заложенность носа?	
19.	Не замечаете ли вы снижение слуха у ребенка?	
20.	Бывают ли у ребенка беспричинные носовые кровотечения?	
21.	Бывают ли у ребенка боли и рези в глазах, покраснения и зуд?	
22.	Бывает ли у ребенка слезотечение?	
23.	Отмечаете ли вы снижение зрения у ребенка?	

24.	Часто ли у ребенка болят зубы?	
25.	Наблюдается ли у ребенка неприятный запах изо рта?	
26.	Кровоточат ли у ребенка десны при чистки зубов?	
27.	Бывают ли у ребенка боли в животе?	
28.	Бывает ли у ребенка отрыжка?	
29.	Жалуется ли ребенок на тошноту?	
30.	Бывают ли нарушения стула у ребенка?	
31.	Болел ли ребенок кишечными инфекциями?	
32.	Болел ли ребенок Болезнью Боткина?	
33.	Не жалуется ли ребенок на одно- или двусторонние боли в пояснице?	
34.	Бывают ли у ребенка отеки век по утрам?	
35.	Бывают ли у ребенка отеки ног к вечеру?	
36.	Бывает ли у ребенка частое и болезненное мочеиспускание?	
37.	Отмечалась ли у ребенка аллергическая реакция?	
РАЗДЕЛ III		
1.	Вовремя беременности и кормления ребенка употребляла ли мать лекарственные препараты, работала ил с лаками и красками?	
2.	Наличие в семье во всех поколениях: злокачественных новообразований / аутоиммунных и иммунодефицитных заболеваний?	
3.	Перенесли ребенок следующие острые инфекции (подчеркнуть: коклюш, дифтерия, краснуха, корь, ветряная оспа, скарлатина, паротит, полиомиелит, менингит)?	
4.	Сделаны ли все прививки, предусмотренные для данного возраста?	
5.	Вовремя ли сделаны прививки?	
6.	Были ли осложнения связанные с прививками?	
7.	Есть ли в доме животные (собака, кошка, рыбы)?	
8.	Есть ли поблизости от дома промышленные предприятия?	

ОЦЕНКА АНКЕТНОГО ТЕСТА

РАЗДЕЛ II

Вопросы 1-11: при положительном ответе на вопросы 1, 2, 3, 4 отдельно или в парном сочетании (например, 1 и 2, 1 и 3, 2 и 4 и т. д.) – наблюдение врачом учреждения; при положительном ответе на остальные вопросы отдельно или в парном сочетании – консультация невропатолога обязательна. При

положительном ответе на три и более вопросов данного блока (в любом сочетании) – консультация невропатолога обязательна.

Вопросы 12–15: при положительном ответе на любой из вопросов данного блока – наблюдение врача учреждения, по показаниям – консультация кардиолога или ревматолога.

Вопросы 16–23: при положительном ответе на вопросы 16–20 отдельно или в сочетании – наблюдение врача учреждения, по показаниям – консультация оториноларинголога. При положительном ответе на вопросы 21–23 – консультация оториноларинголога обязательна.

Вопросы 24–26: при положительном ответе на вопросы 24–25 – наблюдение врача учреждения, по показаниям – консультация окулиста. При положительном ответе на вопрос 26 – консультация окулиста обязательна.

Вопросы 27–29: при положительном ответе на вопросы 27–28 – направление на прием к стоматологу, при положительном ответе на вопрос 29 – наблюдение врача учреждения, при необходимости – консультация стоматолога.

Вопросы 30–36: при положительном ответе на один из вопросов данного блока – обследование врача учреждения, на два и более вопросов – обследование врачом учреждения с дополнительными специальными исследованиями, по показаниям – консультация гастроэнтеролога.

Вопрос 37: при положительном ответе – обследование врачом учреждения, при необходимости – консультация хирурга.

Вопросы 38–42: при положительном ответе на один из вопросов – наблюдение врача учреждения, на несколько вопросов – обследование врачом учреждения с дополнительными специальными исследованиями, по показаниям – консультация нефролога.

Вопросы 43–44: при положительном ответе на каждый или оба вопроса – наблюдение врача учреждения, при необходимости – консультация аллерголога.

РАЗДЕЛ III

При выявлении влияния неблагоприятных производственных факторов на организм родителей в период, предшествующий рождению ребенка, при положительных ответах на любой из вопросов 1–3, при отрицательных ответах на любой из вопросов 4–6, а также при положительных ответах на два и более вопросов 7–9 рекомендуется наблюдение ребенка у врача учреждения, по показаниям – иммунологическое исследование

Тест на оценку уровня тревожности и выявление признаков психического напряжения по А.И.Захарову

Внимательно прочитайте эти утверждения и оцените, насколько они характерны для Вашего ребёнка. Если это проявление ярко выражено, поставьте 2 балла; если оно встречается периодически – 1 балл; если отсутствует – 0 баллов.

1. Легко расстраивается, много переживает.
2. Часто плачет, ноет, долго не может успокоиться.
3. Капризничает и раздражается по пустякам.
4. Часто обижается, дуется, не переносит никаких замечаний.
5. Бывают припадки злости.
6. Заикается.
7. Грызёт ногти.
8. Сосёт палец.
9. Имеет плохой аппетит.
10. Разборчив в еде.
11. Засыпает с трудом.
12. Спит беспокойно.
13. Неохотно встаёт.
14. Часто моргает.
15. Дёргает рукой, плечом, тербит одежду.
16. Не умеет сосредоточиться, быстро отвлекается.
17. Старается быть тихим.
18. Боится темноты.
19. Боится одиночества.
20. Боится неудачи, не уверен в себе, нерешителен.
21. Испытывает чувство неполноценности.

Обработка результатов

28-42 балла – невроз, высокая степень психоэмоционального напряжения.

20-27 баллов – невроз был или будет в ближайшее время.

14-19 баллов – нервное расстройство, средняя степень психоэмоционального напряжения.

7-13 баллов – высокая степень психоэмоционального напряжения, ребёнку необходимо внимание.

Менее 7 баллов – отклонения несущественны и являются выражением возрастных особенностей.