боку, та вкрай незадовільний стан – з іншого. Взагалі були визначені такі об'єкти, які в більшості своїй добре відомі всім, мають достатньо високий рейтинг і практично ніякого ексклюзиву не несуть. Хоча, можливо, не все так сумно. На наш погляд, більш вдалим, збалансованим, різноманітним був би наступний ряд:

1) печера Оптимістична (Тернопільська обл.) – найбільша у світі гіпсова печера за довжиною (близько 250 км) (обов'язкове внесення маршрутів печерою до навчальних програм вищої і середньої школи Карпатського, Подільського регіонів);
2) дельта Дунаю (Одеська обл.) (заходи, спрямовані на внесення об'єкту до Списку Всесвітнього надбання);
3) чорноморське узбережжя Криму з унікальними природними комплексами мисів (Мартьян, Лукулл, Хроні, Атлеш, Сарич, Айя, Фонар, Зюк, Опук, Фіолент, Меганом та ін.);
4) карпатські двотисячники (Говерла, Піп-Іван, Ребра, Гутин-Томнатик, Бребенескул) (Закарпатська та Івано-Франківська обл.);
5) національний природний парк «Товтри» (Хмельницька, Тернопільська обл.);
6) біосферний заповідник Асканія-Нова (Запорізька обл.);
7) українські чорноземи (з опорними шурфами в Полтавській, Кіровоградській, Черкаській областях).

- Зважаючи на те, що довкілля, людина, суспільство, економіка постійно змінюються, змінюється і сам п'єдестал рекордних проявів у тій чи іншій номінації, які, в свою чергу, теж модифікуються.
- Потрібен постійний моніторинг рекордних проявів (національний, регіональний, локальний вимір), адже останні – природні, суспільно-економічні, біосоціальні – суттєвий чинник ресурсно-рекреаційної привабливості території та залучення до України іноземних туристів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бейдик О.О. Рекреаційно-туристські ресурси України: методологія та методика аналізу, термінологія, районування: Монографія / Бейдик О.О. – К.: ВПЦ «Київський університет», 2001. – 395 с.
2. Енциклопедія Сучасної України. –Т.2. – К.: Координаційне бюро Енциклопедії Сучасної України НАН України, 2003. – 872 с.
3. Маценко Г.О. Книга рекордів України. Культура і мистецтво. Спорт і розваги./ Маценко Г.О. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2002. – 80 с.
4. Маценко Г.О. Книга рекордів України. Людина і суспільство. У світі науки і техніки/ Маценко Г.О. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2002. – 112 с.
5. Маценко Г.О. Книга рекордів України. Природа навколо нас/ Маценко Г.О. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2000. – 80 с.
6. Україна в цікавих фактах: Книга рекордів України / Упоряд. Г.О. Маценко. – Львів: Слово, 1992. – 160 с.

УДК 615.8:613.954

РЕАБІЛІТАЦІЙНА РОБОТА З ДІТЬМИ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ, В УМОВАХ ДИТЯЧОЇ ДОШКІЛЬНОЇ УСТАНОВИ

Бережна М.О., викладач, Горбуля В.Б., ст. викладач

Запорізький національний університет

У статті розглядається впровадження програми комплексної фізичної реабілітації в періоди суттєвого погіршення здоров'я, яка спрямована на підвищення функціонального стану організму дітей дошкільного віку та підвищення їхніх адаптивних можливостей.

Ключові слова: фізична реабілітація, діти, захворювання, стан здоров'я, адаптивні можливості.

Бережная М.А., Горбуля В.Б. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, КОТОРЫЕ ЧАСТО БОЛЕЮТ, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧЕРЕЖДЕНИЯ / Запорожский национальный университет, Украина.

В статье рассматривается внедрение программы комплексной физической реабилитации в периоды существенного ухудшения здоровья, направленная на повышение функционального состояния организма детей дошкольного возраста и повышения их адаптивных возможностей.

Ключевые слова: физическая реабилитация, дети, заболевания, состояние здоровья, адаптивные возможности.

Berezhna M.O., Gorboula V.B. REHABILITATION WORK WITH CHILDREN THAT ARE SICK IN CONDITIONS OF PRE-SCHOOL INSTITUTIONS / Zaporizhzhya national university, Ukraine.
The article discusses the implementation of a comprehensive program of physical rehabilitation in a significant adverse periods of ill health, aimed at improving the functional status of preschool children and enhancing their adaptive capacity.

Key words: physical rehabilitation, children, disease, state of health, adaptive capacity.

ВСТУП

Несприятливі демографічні процеси в нашому суспільстві супроводжуються різким погіршенням стану здоров'я дітей і підлітків. За даними Міністерства охорони здоров'я України, захворюваність дітей усіх вікових груп за останні п'ять років значно зросла. Частота хвороб кістково-м'язової системи збільшилася на 80%, сечостатевої - на 90%, нервової системи й органів почуттів - на 35%, системи кровообігу - на 56%, хвороб крові і кровотворних органів - на 123%, хвороб ендокринної системи - на 90% [1].

Результати спеціальних поглиблених досліджень переконливо свідчать про те, що на сьогодні основними особливостями негативних змін стану здоров'я дітей є стрімке зростання в них хронічних захворювань, психічних відхилень, збільшення кількості дітей, які відносяться до груп високого медико-соціального ризику, почастішання переходу гострих захворювань у рецидивуючі і хронічні, підвищення числа школярів з патологією дорослих тощо. Здоров'я підростаючого покоління є найважливішим державним завданням, тому що відомо, що фундамент здоров'я дорослого населення країни заставляється в дитячому віці. Здорова дитина - головна проблема найближчого й віддаленого майбутнього нашої країни, тому що всі перспективи соціального й економічного розвитку, високого рівня життя, науки й культури - усе це є підсумком рівня досягнутого здоров'я дітьми сьогодні [2].

Несприятливі зміни в стані здоров'я дітей завдають великого соціального і економічного збитку. Розробка ефективних заходів, спрямованих на охорону й зміцнення здоров'я дітей і підлітків, базується на даних про стан здоров'я цих контингентів. Це важливо й необхідно тому, що весь досвід вітчизняної охорони здоров'я, всі досягнення світової науки свідчать про те, що пасивне ставлення до охорони й формування дитячого здоров'я, надія на природні процеси росту й розвитку, жодною мірою не виправдуються.

При сформованій ситуації оздоровча роль організованніх дошкольніх установ у сучасних соціально-економічних і екологічних умовах повинна здобувати все більшу значимість у тріаді соціальних функцій поряд з навчанням і вихованням.

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження спрямоване на впровадження комплексу реабілітаційних заходів, що оптимізують функціональний стан організму дітей дошкільного віку.

Інтерес являє аналіз найбільш значимих причин, що впливають на погіршення соматичного, фізичного, психічного і репродуктивного здоров'я.

Більшість хронічних хвороб людини має мультифакториальную природу - вони розвиваються при наявності спадкоємного нахилу (діатезів) і при відповідному впливі несприятливих факторів навколишнього середовища, у тому числі соціальних, екологічних, метеотропних [5, 6, 7].

Через нечіткість критеріїв груп здоров'я дітей, за С.М. Громбахом, прийнятих у практиці роботи лікарів-педіатрів, динаміка показників здоров'я дітей прослідкується погано. Вірніше орієнтувати педіатрів не стільки на групи здоров'я, скільки на медико-соціальні групи. Переважна більшість дітей I й II груп добре адаптовані в соціальному і функціональному відношенні і, по суті справи, здорові. Тому лікаря повинне більше хвилювати не стільки мале число дітей, віднесених до I групи здоров'я, скільки зростання числа хворих III, IV, V груп [8].

Система оздоровлення ЧХД потребує планомірного проведення комплексу медико-соціальних заходів. Для кожної дитини необхідний пошук індивідуальних методів оздоровлення з урахуванням етіопатогенетичних механізмів захворювання, зовнішніх чинників. Комплексна реабілітація ЧХД на всіх етапах оздоровлення (сім'я, організований колектив, поліклініка, санаторій) включає проведення заходів профілактичних та лікувальних - корекції патологічних змін.

Комплексна програма фізичної реабілітації була запропонована лікарем дитячої дошкільної установи № 162 і включала такі методи оздоровлення:

- вітамінізацію харчування;
- підвищення змісту білка в раціоні на 15-20%;
- вітамінний трав'яний збір;
- люстру Чижевського;
- соляну лампу;
- вітаміни «Ревіт», настоянку ехінацеї.

Нами була запропонована, крім оздоровчої програми лікаря - педіатра, програма реабілітації з додатковими засобами фізичної реабілітації:

- класичний масаж грудної клітини, тривалість процедури – 15 хвилин. Тривалість курсу - 10 процедур, повторення курсу через 2 місяці (реалізація на базі ДДУ №162);
- щоденне (ранком і ввечері) проведення заходів загартування – обливання ніг холодною водою й інтенсивне розтирання махровим рушником (виконують батьки);
- щоденне виконання дихальної гімнастики за методикою А.Н. Стрельнікової (реалізація в ДДУ №162);
- щоденний точковий масаж за методикою А.А. Уманської (реалізація в ДДУ №162).

У ході дослідження, що проходило з вересня 2008 по травень 2009р., нами було проведене обстеження 36 дітей у віці 4-6 років (10 дітей у віці 4 років, 20 дітей у віці 5 років і 6 дітей шестирічного віку), що відвідують ДДУ №162 м. Запоріжжя. Усі обстежені діти були включені у вересні 2008р., під час диспансерного обстеження лікарем-педіатром, у групу дітей, які часто й довгостроково хворіють. У ході дослідження всі обстежувані діти були розділені на дві ідентичні за віковими характеристиками групи, які складались з 18 осіб.

Відмінність між представниками груп полягало в тому, що перші проходили курс оздоровлення за програмою, запропонованою педіатром дитячої установи, а інші, крім цього, за запропонованою нами програмою. Оцінку ефективності проводили через 6 місяців після початку практичного впровадження.

На всіх етапах дослідження в представників обох груп реєстрували такі показники: довжину (см) і масу (кг) тіла, частоту серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв), систолічний (АТс, мм рт.ст.) та діастолічний (АТд, мм рт.ст) артеріальний тиск, частоту дихання (ЧД, хв) і життєву ємність легенів (ЖЄЛ, мл). Оцінку стану здоров'я дітей проводили на основі аналізу їх захворюваності за медичними картками дітей, при цьому враховувалася кількість пропущених дітьми днів через захворювання, що визначали за табелями відвідуваності кожної групи. Оцінку рівня адаптивних можливостей організму обстежених дітей проводили на основі розрахунку величини адаптаційного потенціалу (АП, у.о.) за формулою, запропонованою Р.М. Баєвським.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було проведено первинне обстеження дітей дошкільного віку, на базі ДДУ №162 у жовтні 2008р., що дало змогу виявити, що 36 із 120 дітей (30%) відносяться до групи дітей, які часто й довгостроково хворіють.

Найбільшим виявилася їх кількість у групі 5-річних дітей (55,5%), що пов'язане з перевагою даної вікової групи в ДДУ №162 (50%). Кількість ЧХД дітей 4-го та 6-го року склало відповідно - 27,7% і 16,8%. З цією метою проводився аналіз медичних карточок дітей, які прийняли участь в експерименті. Аналіз медичних карток обстежених дітей і табеля відвідуваності показав, що загальна кількість перенесених захворювань із жовтня 2008 р. по жовтень 2009 р. у середньому склало в основній і контрольній групах відповідно - 5,5 і 5,6 випадків захворювань за зазначений період.

Найбільша кількість випадків визначена в дітей 5-го року життя й становить: у основній - групі 6,2 випадки, у контрольній групі - 6,4. Середня кількість пропущених днів через захворювання становило в основній групі - 6,12 днів/місяць, в контрольній групі - 5,9 днів/місяць. Найбільша кількість днів була пропущена дітьми чотирирічного віку й становила в основній групі 7,97 днів/місяць, і в контрольній- 8,23 днів/місяць.

Таким чином, результати первинного аналізу дозволили констатувати велику кількість пропущених днів за хворобою.

Також відомо, що одним з найважливіших критеріїв оцінки стану здоров'я дітей є рівень їхнього фізичного розвитку. Дисгармонічність розвитку, обумовлена відхиленням довжини й маси тіла від відповідних параметрів норми, що зазвичай сполучається зі зниженням різних функціональних систем організму. Як свідчать дані, гармонійно розвиненими виявилися 64,5 % дітей основної групи й 75,5 % дітей контрольної групи.

Основною причиною дисгармонійного розвитку дітей, організованих ДДУ №162, є недолік довжини або маси тіла щодо вікової норми. Середня довжина тіла в дітей основної групи на жовтень 2006р. становила 106,4 см, маса тіла – 19,3 кг; а дітей контрольної групи відповідно - 107,4 см і 19,3 кг.

Крім аналізу захворюваності й оцінки фізичного розвитку дошкільників нами була проведена оцінка їхніх поточних адаптивних можливостей, що дозволяють визначити ступінь адаптованості дітей до умов навчання й виховання. З даних, наведених у таблиці 1, найбільш високий відсоток дітей з напругою механізму адаптації був характерний для дітей 6-го року життя.

Таблиця 1 – Розподіл дітей за групами залежно від адаптаційного потенціалу на початку дослідження (в %)

Вік, роки	Основна група		Контрольна група	
	Адаптаційний потенціал			
	Задовільна адаптація	Напруга механізмів адаптації	Задовільна адаптація	Напруга механізмів адаптації
4	60	40	60	40
5	40	60	30	70
6	66,6	33,4	66,6	33,4
Усього	55,5	44,5	52,2	47,8

Таким чином, можна констатувати, що в цілому 44,5 % дітей основної групи й 47,8 % дітей контрольної групи перебували в стані напруги адаптаційних механізмів, що свідчить про необхідність застосування реабілітаційних заходів, направлених на підвищення функціонального стану організму та адаптивних можливостей.

Не менш важливе значення при оцінці здоров'я дітей має аналіз величин показників функціонального стану серцево-судинної й дихальної систем (таблиця 2).

Таблиця 2 – Показники функціонального стану ССС і ДС дітей на початку дослідження (M±m)

Показники	Основна група			Контрольна група		
	4 роки	5 років	6 років	4 роки	5 років	6 років
ЧСС, уд/хв	107,2±3,35	103,8±4,76	96,0±3,6	108,8±4,55	102,3±3,95	93,6±1,53
АТс, мм рт.ст.	102±8,34	105,5±9,56	103,3±7,89	100±5	103±7,89	110±8,16
АТд, мм рт.ст	58±5,7	60,5±4,94	66,7±2,89	61±4,18	62,5±4,25	65±5
ЧД, дих/хв	31,8±3,34	25±1,94	22,3±1,52	29,6±4,04	24,7±1,89	23±1
ЖЄЛ, мл	980±103,5	1020±78,8	1216±104,1	970±115	1035±78	1283±28,7

З цією метою реєстрували показники серцево-судинної системи, такі як частота серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв), систолічний та діастолічний артеріальний тиск (АТс, АТд, мм рт.ст.).

Враховуючи представлені дані, у ході первинного обстеження виявлено, що лише в 39% дітей основної й 44% дітей контрольної групи частота серцевих скорочень відповідала віковій нормі; у 67% відсотків дітей основної й 83% дітей контрольної груп показники артеріального тиску систолічного та артеріального тиску діастолічного відповідали віку обстежуваних.

Результати проведеного дослідження дозволили також констатувати незадовільний стан дихальної системи їхнього організму. Виявилося, що в 39% дітей основної групи й 28% дітей контрольної групи показники частоти подиху перевищували вікову норму.

Педставлені матеріали свідчать про низький рівень функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем організму дітей, які брали участь в експерименті, та необхідність застосування реабілітаційних заходів, направлених на підвищення функціонального стану цих систем і всього організму в цілому. З цією метою в дитячому дошкільному закладі № 162 м. Запоріжжя була впроваджена реабілітаційна програма. Основні положення цієї програми – точковий масаж за А.А. Уманською, корекція режиму дня, загартування та раціональне харчування.

Незадовільні дані були отримані й при аналізі величин ЖЄЛ обстежених дітей. Виявилося, що лише в 22 % дітей основної групи й 11% контрольної групи цей показник відповідав нормальним фізіологічним значенням.

Для оцінки ефективності запропонованої нами реабілітаційної програми в січні 2009р. було проведено повторне обстеження дітей, що брали участь у дослідженні. Результати даного обстеження відображали нормалізацію антропометричних даних за рахунок оптимізації харчового раціону обстежуваних, запропонованим лікарем-педіатром. У середньому довжина тіла дітей з основної групи збільшилась на 1,2 см, в контрольній групі – 1,8 см.

У зв'язку з відзначеною нормалізацією дожини та маси тіла, збільшилася кількість дітей з гармонійним фізичним розвитком: у основній групі - на 25,5 %, що становить 90 % від загальної кількості (16 осіб), в контрольній - на 17,8 % і 93,3 % (17 осіб) від загального числа дітей у даній групі.

Певні зміни були зареєстровані й відносно адаптивних можливостей дошкільників під впливом реабілітаційної програми, так в контрольній групі збільшилася кількість дітей із задовільним станом механізмів адаптації (16,7 %). У основній групі цей показник залишився на незмінному - середньому рівні (55,5 %).

Також були відзначені нами й позитивні зміни при аналізі функціонального стану обстежених дітей - нормалізація частоти серцевих скорочень спостерігалася в 33% дошкільників контрольної групи, а артеріального тиску в 11 %.

До закінчення експерименту загальна кількість дітей з величинами систолічного артеріального тиску, що відповідають віковим нормам склала 94% в контрольній групі й 72% - у основній.

Впровадження запропонованої нами реабілітаційної програми зробило сприятливий вплив і на основні показники дихальної системи, що проглядається в динаміці експерименту. На момент повторного обстеження кількість дітей контрольної групи з нормальною величиною частоти подиху склало 94% (72 % у жовтні 2008р.), а ЖЄЛ – 33 % (11 % у жовтні 2007р.).

Для оцінки ефективності запропонованої нами програми реабілітації, у квітні 2009р. було проведено заключне обстеження дітей ДДУ №162.

Результати даного обстеження показали, що проведені реабілітаційні заходи сприятливо відбилися на здоров'ї дітей контрольної групи. Інтегральними показниками, що характеризують ефективність реабілітаційної роботи в цій групі, з'явилося зниження кількості випадків захворювання й кількість днів, пропущених через хворобу. Кількість перенесених дітьми захворювань із жовтня 2008р. по квітень 2009р. у середньому склала 2,2, що було на 60 % менше, ніж у період з жовтня 2007р. по квітень 2008р. (5,6). Відповідний показник у контрольній групі склав 3,9. Ця позитивна динаміка позначилася й на кількості пропущених днів. Так, кількість пропущених днів через хворобу в контрольній групі зменшилася на 58% і становило 2,5 дні/місяць; цей же показник у основній групі - 3,5 дні/місяць (6,12 днів/місяць за аналогічний період 2007-2008р.).

Нормалізація харчування й поліпшення стану здоров'я сприяло поліпшенню фізичного розвитку дітей. До моменту закінчення дослідження кількість гармонійно розвинених дітей в основній і контрольній групі склало відповідно - 82,2 % (15 осіб) і 85,6 % (16 осіб).

Поліпшенню фізичного розвитку сприяло збільшення довжини й маси тіла обстежуваних дітей. У основній групі приріст росту склав 2,5 см, маси - 1,3 кг; у контрольній групі: відповідно 3,3 см і 1,2 кг.

Впровадження запропонованої нами реабілітаційної програми, позитивно відбилося й на рівні адаптаційних можливостей дітей. У квітні 2009р. 100 % дітей контрольної групи мало вже задовільний стан механізмів адаптації (48,8 % у жовтні 2008р.), цей показник на 37,9 % перевищував відповідний показник в основній групі (таблиця 3).

Використання запропонованих засобів реабілітації нормалізувало також основні показники серцево-судинної й дихальної систем дітей (таблиця 4).

Таблиця 3 – Розподіл дітей за групами залежно від адаптаційного потенціалу наприкінці дослідження (в %)

Вік, роки	Основна група		Контрольна група	
	Адаптаційний потенціал			
	Задовільна адаптація	Напруга механізмів адаптації	Задовільна адаптація	Напруга механізмів адаптації
4	60	40	100	0
5	60	40	100	0
6	66,4	36,6	100	0
Усього	62,1	38,9	100	0

У результаті проведення оздоровчих заходів зросла кількість дітей зі ЧСС, що відповідає віковій нормі: у основній групі до 66 %, а в контрольній до 83 %. Кількість дітей з нормальним артеріальним тиском в контрольній групі склало 100% (83 % на початку експерименту).

У ході експерименту в 17 % дітей контрольної групи нормалізувалася частота дихання. До закінчення дослідження значення ЧД у межах норми простежувалася вже у 89 % (16 осіб) дітей цієї групи, тоді як у основній групі - в 61 % (11 осіб).

Збільшилося на 78 % кількість дітей в контрольній групі, у яких ЖЄЛ відповідало нормі. У основній групі цей показник залишився без змін.

Таблиця 4 – Показники функціонального стану ССС і ДС дітей наприкінці дослідження (M±m)

Показники	Основна група			Контрольна група		
	4 роки	5 років	6 років	4 роки	5 років	6 років
ЧСС, уд/хв	99±4,18	100,2±2,95	93,3±2,89	100,6±2,61	96,8±2,4	91,33±2,31
АТс, мм рт.ст.	109±5,48	109,5±4,38	11,7±2,89	103±2,74	103,3±2,8	106,67±5,77
АТд, мм рт.ст	61±4,18	65,2±2,64	65±0	58±2,74	60±3,33	61,67±2,89
ЧД, дих/хв	31,2±2,59	24,4±2,01	22±1	28,2±2,86	24,1±1,1	22,33±0,58
ЖЄЛ, мл	1020±89,7	1060±84,3	1283,3±76,4	1010±114,0	1105±94,9	1416,7±76,4

У цілому представлені матеріали дозволяють констатувати, що реабілітаційна програма, запропонована нами й реалізована в експериментальній групі часто хворіючих дітей у ДДУ №162, сприяла підвищенню адаптивних можливостей серцево-судинної системи, підвищенню функціонального стану дихальної системи і всього організму в цілому. Систематичне проведення реабілітаційних заходів вплинуло на фізіологічні процеси організму дітей та підвищила його стійкість до захворювань.

Таким чином, представлені дані переконливо свідчать про ефективність запропонованої програми реабілітації й може бути рекомендована для практичного використання при проведенні реабілітаційних заходів серед дітей дошкільного віку.

ВИСНОВКИ

1. Сучасні умови життя зумовлюють істотне погіршення стану здоров'я дітей різного віку, а здоров'я підростаючого покоління є найважливішим державним завданням, тому що відомо, що фундамент здоров'я дорослого населення країни заставляється в дитячому віці.
2. Реабілітація ЧХД повинна мати комплексний підхід і включати – раціональний режим дня і харчування, загартовування, загальзміцнюючу лікувальну фізкультуру, медикаментозну терапію.
3. Таким чином, отримані дані свідчать, що систематичне проведення реабілітаційних заходів впливає на фізіологічні процеси організму дітей та підвищує його стійкість до захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Показники здоров’я населення та використання ресурсів охорони здоров’я в Україні за 2004-2005 роки / [центр медичної статистики МОЗ України]. – Київ, 2005. – 315 с.
2. Моніторингова оцінка здоров’я дитячого населення та заходи щодо його збереження / [вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України]. – 2006. – №2. – С. 5-10.
3. Заплатников А.Л. Клинико-патогенетическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей: автореф. дисс. докт. мед. наук / А.Л. Заплатников. – М.: ММУ, 2003. – 15 с.
4. Коровина Н.А. Часто и длительно болеющие дети, современные возможности иммунореабилитации / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, А.В. Чебуркин, И.Н. – М.: Медицина, 2001. – 98 с.
5. Аряев Н.Л. Частые и рецидивирующие болезни у детей: новая концепція / Н.Л. Аряев // Современная педиатрия. – 2005. – №3. – С. 94-97.
6. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии / Г.А. Самсыгина // Педиатрия. – 2005. - № 1. – С. 66-73.
7. Келина Т.И. Роль факторов предрасположения, иммунных и нейро–эндокринных реакций в обосновании дифференцированной тактики оздоровления часто и длительно болеющих детей: автореф. дис. докт. мед. наук / Т.И. Келина – М., 1993. – 20 с.