

Опыт использования ароматерапии для оздоровления детей в условиях детского дошкольного учреждения

Н.Л.Черная¹, Е.В.Шубина¹, Г.С.Ганузина¹, И.В.Плишкань², Ю.Д.Скробин²

¹ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава РФ;

²ГУЗ Детская поликлиника № 5 г. Ярославля

Проблема часто и длительно болеющих детей (ЧДБД) остается актуальной и продолжает привлекать внимание педиатров [1–3]. Высокая распространенность частых ОРЗ, особенно у детей 2–5 лет, снижает качество жизни ребенка и его семьи. Среди всех случаев ОРЗ у детей на долю часто болеющих (ЧБД) приходится 67,7–75%, а среди детей раннего и дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы, группа ЧБД может составлять более 40% [4]. В практической медицине на сегодняшний день используется множество медикаментозных и немедикаментозных средств, методов и подходов к оздоровлению ЧБД, однако не существует единого мнения о тактике выбора у этих детей реабилитационных воздействий и об оценке их эффективности [2–6]. Безусловно, высокой эффективности в оздоровлении ЧБД можно достичь только при индивидуальном подходе к реабилитации каждого пациента с выбором оптимального и минимально достаточного набора средств воздействия [6, 7]. Однако обеспечить индивидуальный подход к оздоровлению дошкольника в условиях детского дошкольного образовательного учреждения (ДДОУ) не всегда представляется возможным. Принципами выбора коллективных (групповых) форм оздоровления в условиях ДДОУ должны являться, наряду с доказанной эффективностью, безопасностью и воздействием на наиболее распространенные в данный возрастной период патологические состояния, каковыми в дошкольном возрасте являются патологии лимфоглоточного кольца. Одной из ведущих патофизиологических основ частых заболеваний у дошкольников является снижение эффективности факторов местной защиты [2, 3, 5]. Именно поэтому применение местных методик, в частности ингаляции эфирными маслами, которые обладают антисептическим, противомикробным, бактерицидным и противовоспалительным действием и не требуют специального ингалятора, заслуживает особого внимания при оздоровлении детей в организованных коллективах [8–11].

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности применения композиции эфирных масел «Дыши» (ЗАО «АКВИОН») для оздоровления де-

тей с патологией носоглотки и частыми острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) в условиях ДДОУ.

Материалы и методы исследования

Проведено открытое сравнительное проспективное исследование эффективности применения композиции эфирных масел «Дыши» у дошкольников, имеющих функциональную или органическую патологию ЛОР-органов и/или склонность к частым респираторным заболеваниям. В состав комплексного препарата эфирных масел «Дыши» входят натуральные эфирные масла растительного происхождения (мятное, эвкалиптовое, каепутовое, винтергринное, можжевельное, гвоздичное), а также левоментол.

Исследование проводилось на базе одного из ДДОУ компенсирующего типа г. Ярославля. Под динамическим наблюдением находились 50 дошкольников 5–7-летнего возраста (2 старшие и 2 подготовительные группы) с патологией органов носоглотки и/или частыми респираторными заболеваниями. 25 детей старшей и подготовительной групп, составившие тестовую группу, получали ароматерапию препаратом «Дыши» в течение 2 мес; 25 дошкольников, посещающие аналогичные группы ДДОУ и не получавшие ароматерапию, составили группу сравнения. Изучаемые группы были сопоставимы по полу, возрасту и состоянию здоровья (табл. 1, 2). Критерием включения в исследование было наличие информированного согласия родителей, критерием исключения – установленный диагноз респираторного аллергоза и эпилепсии.

Абсолютное большинство наблюдаемых детей (100% в тестовой группе и 92% в группе сравнения) по заключению ЛОР-врача имели морфофункциональную (гипертрофия миндалин, аденоидные вегетации) или хроническую (хронический тонзиллит, хронический аденоидит) патологию со стороны носоглотки, 60% детей тестовой группы и 52% группы сравнения болели ОРЗ более 4 раз в год (см. табл. 1).

Наиболее распространенной соматической патологией у детей были заболевания желудочно-кишечного тракта – ЖКТ (включая кариес) и опорно-двигательного аппарата – ОДА (см. табл. 2).

Таблица 1. Сравнительная характеристика групп наблюдения

Группа	Возраст (М±m)	Пол, %		ЧДБД (кратность ОРЗ≥4 раз в год), %	ЛОР-патология, %	
		девочки	мальчики		МФО	ХЗ
Тестовая (n=25)	5,8±1,4	40,0	60,0	60,0	56,0	44,0
Сравнения (n=25)	6,1±1,4	36,0	64,0	52,0	48,0	44,0

Примечание. МФО – морфофункциональные отклонения, ХЗ – хронические заболевания.

Таблица 2. Состояние здоровья детей в группах наблюдения (%)

Группа	Частота встречаемости МФО и ХЗ у дошкольников								Группа здоровья	
	ОДА	ЖКТ	ССС	МВС	НС	ЭС	ВПР	ОЗ	II	III
Тестовая	76,0	60,0	20,0	4,0	20,0	20,0	12,0	20,0	40,0	60,0
Сравнения	68,0	52,0	24,0	4,0	28,0	12,0	12,0	16,0	50,0	50,0

Примечание. СССР – сердечно-сосудистая система, МВС – мочевыделительная система, НС – нервная система, ЭС – эндокринная система, ВПР – врожденные аномалии и пороки развития, ОЗ – органы зрения.

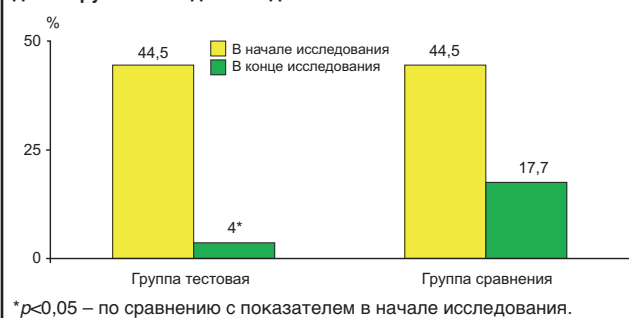
Ароматерапию проводили 2 раза в день под контролем медицинского персонала: утром перед прогулкой и в конце тихого часа, перед подъемом детей, в течение 10–15 мин. Утром, дополнительно после того, как дети отправлялись на прогулку, проводили «дезинфекцию» группового помещения (в отсутствие детей) с помощью ароматерапии препаратом «Дыши» в течение 30 мин. Для проведения ароматерапии масло «Дыши» наносили на бумажные салфетки и помещали на радиаторы отопления в комнате группы, после проведения процедуры салфетки удалялись, и помещение тщательно проветривалось.

Расчет дозы препарата на процедуру проводился в соответствии с возрастом дошкольников в группе: детям в возрасте до 6 лет (старшая группа) – 1 капля на 10 м², старше 6 лет (подготовительная группа) – 2 капли на 10 м². Дозировка и продолжительность процедуры наращивались до указанных значений постепенно, в течение недели: начиная с 2–3 капель на все помещение и длительности 5 мин.

Динамическое наблюдение за детьми 2 групп осуществлялось в течение всего периода исследования (2 мес). В начале и в конце указанного периода были проведены:

- Анкетирование родителей по состоянию здоровья детей, состоянию органов носоглотки, особенностям течения ОРЗ у ребенка. В конце исследования дополнительно был проведен опрос по оценке эффективности ароматерапии.
- Оценка качества жизни ребенка по результатам анкетирования родителей (использовались методические рекомендации ФГУ ЦНИИ ОИЗ Росздрава «Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества жизни», М., 2005, в модификации).
- Углубленный осмотр педиатром с проведением комплексной оценки состояния здоровья, а также определением уровня адаптивных возможностей организма (индекс Баевского).
- Углубленный осмотр ЛОР-врачом с проведением балльной оценки основных патологических симптомов со стороны органов носоглотки (по 5-балльной шкале, где 0 – симптом отсутствует, 5 – выражен максимально). Регистрировались следующие симптомы: отделяемое из носа, заложенность носа, состояние слизистой носа, размеры и состояние носоглоточной (аденоидов) и небных миндалин; цвет, состояние, а также наличие зернистости и налетов на слизистой зева, состояние периферических лимфоузлов.
- Риноцитограмма с определением цитологического состава и степени бактериальной обсемененности слизистой носоглотки.
- Анализ медицинской документации детей с расчетом показателей: индекса острой заболеваемости (ИОЗ), частоты встречаемости осложненного течения ОРЗ (ОРЗО), средней длительности 1 случая за-

Рис. 1. Частота регистрации жалоб со стороны ЛОР-органов у детей групп наблюдения в динамике.



болевания ОРЗ (СДЗ) в течение всего периода наблюдения и в аналогичный период предыдущего года, а также в период, предшествующий исследованию (2 мес).

Проведение процедур ароматерапии осуществлялось под контролем медицинского персонала детского сада. В течение 1-й недели ароматерапии ежедневно регистрировались жалобы и сведения о переносимости процедуры. В утренние часы до и после процедуры 1 раз в 2 дня осуществлялось психологическое тестирование детей с использованием невербальных методов оценки (цветовой рисуночный тест «Эмоции человека»). Со 2-й недели ароматерапии контрольные осмотры педиатром проводились 1 раз в 2 нед. При этом осуществлялась регистрация жалоб, сведений о переносимости процедуры, а также наличия и выраженности следующих симптомов: отделяемое из носа, заложенность носа, размеры и состояние глоточных миндалин; цвет, состояние, наличие зернистости и налетов на слизистой зева, состояние шейных и подчелюстных лимфоузлов. Наряду с этим продолжалось психологическое тестирование детей с использованием цветового рисуночного теста «Эмоции человека».

Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов описательной статистики, а также параметрических и непараметрических статистических критериев оценки в программе Statistica 10.0.

Результаты исследования

Результаты исследования свидетельствовали о хорошей переносимости ароматерапии с использованием композиции эфирных масел «Дыши» и высокой эффективности данного метода оздоровления дошкольников в условиях организованного детского коллектива. Побочных реакций при проведении ароматерапии не наблюдалось. У одной девочки через 1 мес от начала исследования была прекращена ароматерапия в связи с жалобами родителей на усиление заложенности носа; осмотр ЛОР-врачом и результаты повторной риноцитограммы позволили исключить аллергическую реакцию на препарат.

Таблица 3. Сравнительные результаты балльной оценки состояния органов носоглотки у наблюдаемых детей по результатам осмотра оториноларингологом

Показатель (М±m)	Группа тестовая		Группа сравнения	
	в начале исследования	в конце исследования	в начале исследования	в конце исследования
Отделяемое из носа	1,5±1,35	0,3±0,2*	1,1±0,9	0,4±0,35***
Заложенность носа	1,7±1,5	0,7±0,5*	1,4±1,2	0,8±0,7
Состояние слизистой носа	1,4±1,2	0,4±0,3**	1,0±0,9	0,5±0,4
Размеры аденоидов	1,4±0,5	1,4±0,5	0,8±0,6	0,8±0,7
Размеры небных миндалин	1,4±0,6	1,3±0,6***	1,1±0,6	1,0±0,6
Цвет слизистой зева	1,3±1,1	0,3±0,2**	1,1±0,5	1,1±0,6
Состояние слизистой области зева	0,1±0,05	0,1±0,06	0,2±0,12	0,1±0,12
Наличие зернистости, налетов	1,0±0,9	0,6±0,4***	0,5±0,42	0,5±0,4
Периферические лимфоузлы	0,2±0,1	0,1±0,07	0,2±0,14	0,4±0,36
Суммарный показатель	9,0±6,5	4,7±3,2***	7,5±4,4	5,4±2,7

*p<0,0001, **p≤0,001, ***p≤0,05 – по сравнению с аналогичным показателем в начале исследования.

Таблица 4. Сравнительная оценка выраженности патологических симптомов со стороны органов носоглотки у детей в динамике наблюдения (баллы)

Наблюдения	Группа	Отделяемое из носа	Заложенность носа	Размеры небных миндалин	Цвет слизистых зева	Состояние слизистых области зева	Наличие зернистости, налетов	Периферические лимфоузлы
В начале исследования	тестовая	1,5±1,35	1,7±1,5	1,4±0,6	1,3±1,1	0,1±0,05	1,0±0,9	0,2±0,1
	сравнения	1,1±0,9	1,4±1,2	1,1±0,6	1,1±0,5	0,2±0,12	0,5±0,42	0,2±0,14
Через 2 нед от начала исследования	тестовая	1,3±1,25	2,1±0,9	1,9±0,7	1,8±1,0	1,1±1,0	0,9±0,7	0,5±1,2
	сравнения	1,2±1,0	1,5±1,4	1,1±0,6	1,1±0,5	0,4±0,32	0,5±0,42	0,4±0,14
Через 1 мес от начала исследования	тестовая	0,7±0,68	0,9±0,89*	1,6±0,6	1,2±1,18	0,6±0,9	0,4±0,36*	0,5±1,2
	сравнения	1,3±1,25	1,4±1,35	1,1±0,6	1,7±1,4	0,7±0,64	0,7±0,8	0,7±0,4
Через 1,5 мес от начала исследования	тестовая	0,6±0,57*	0,5±0,45*	1,2±0,7*	0,8±0,78*	0,4±0,36*	0,3±0,27*	0,4±1,2
	сравнения	1,0±0,95	1,5±1,35	1,0±0,9	1,4±1,35	0,3±0,25	0,5±0,46	0,6±0,48
Через 2 мес от начала исследования	тестовая	0,3±0,2*	0,7±0,5*	1,3±0,6*	0,3±0,2*	0,1±0,06*	0,6±0,4*	0,1±0,07*
	сравнения	0,4±0,35*	0,8±0,7	1,0±0,6	1,1±0,6	0,1±0,12	0,5±0,4	0,4±0,36

*Здесь и далее на рис. 2: $p < 0,05$ – по сравнению с аналогичным показателем в начале исследования.

Рис. 2. Сравнительная характеристика суммарной балльной оценки состояния ЛОР-органов у детей в динамике наблюдения.

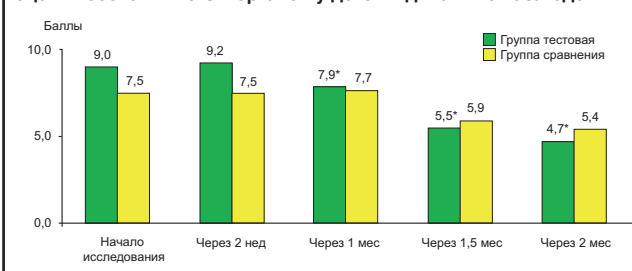
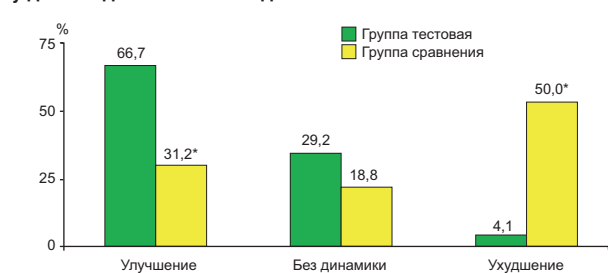
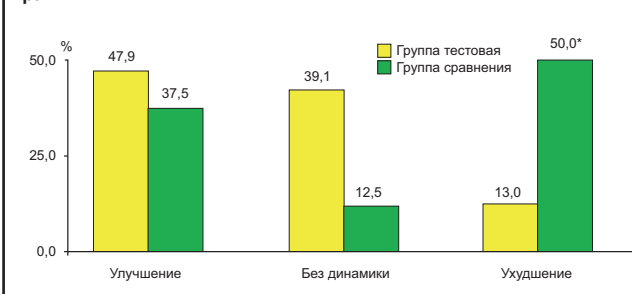


Рис. 3. Сравнительная оценка результатов риноцитограммы у детей в динамике наблюдения.



*Здесь и далее на рис. 4: $p < 0,05$ – по сравнению с аналогичным показателем в тестовой группе.

Рис. 4. Сравнительная оценка динамики степени бактериальной обсемененности носоглотки у детей по результатам риноцитограммы.



Эффективность оздоровления дошкольников методом ароматерапии с использованием средства «Дыши» нашла свое подтверждение практически во всех компонентах исследования.

Результаты углубленных осмотров и анализ риноцитограмм позволили сделать вывод о значимом улучшении состояния слизистой носоглотки и повышении

эффективности местной иммунной защиты у детей на фоне ароматерапии. Частота регистрации жалоб на слизистое, слизисто-гнойное отделяемое из носа и/или заложенность носа у дошкольников существенно снизилась, в отличие от группы сравнения, где уменьшение количества жалоб было статистически незначимым (рис. 1).

Суммарный балльный показатель патологической пораженности носоглотки у детей, получавших ароматерапию, по результатам осмотра оториноларингологом снизился после курса терапии в 1,9 раза, в отличие от группы сравнения, где динамика анализируемых показателей была статистически незначимой, за исключением уменьшения отделяемого из носа (табл. 3).

Данные динамического контроля патологических симптомов со стороны носоглотки свидетельствовали о том, что значимый эффект от ароматерапии был достигнут уже к концу 1-го месяца наблюдения: отмечалось уменьшение суммарного показателя, а также заложенности носа и изменений слизистых области зева; $p < 0,01$ (рис. 2, табл. 4). Через 1,5 мес определялось достоверное улучшение практически всех регистрируемых показателей ($p < 0,05$). В группе сравнения положительная динамика отмечалась лишь по выраженности отделяемого из носа.

По данным риноцитограммы на фоне ароматерапии у 66,7% детей наблюдалась положительная динамика: снижалось количество лейкоцитов, уменьшалось количество нейтрофилов и клеток с признаками активного фагоцитоза (рис. 3).

В группе сравнения положительная динамика состояния слизистой наблюдалась лишь у 31,2% детей, у 50% отмечалось ухудшение данного показателя ($p < 0,05$) по сравнению с детьми, получавшими ароматерапию.

После курса ароматерапии у 47,9% детей удалось достигнуть уменьшения степени бактериальной обсемененности носоглотки. В группе сравнения снижение степени бактериальной обсемененности отмечалось только у 37,5% детей, а у 50% наблюдалось ухудшение данного показателя ($p < 0,05$ – по сравнению с тестовой группой; рис. 4). По всей видимости, ухудшение показателей риноцитограммы у детей группы сравнения связано с сезонным подъемом заболеваемости ОРЗ, а также с весенними климатическими особенностями, predisposing к снижению резистентности организма. Дополнительные оздоровительные мероприятия в виде ароматерапии в тестовой группе позволили нивелировать отрицательное влияние данного фактора и улучшить состояние носоглотки у детей.

Таким образом, сравнительный анализ данных, полученных по результатам углубленного осмотра оториноларингологом, динамического наблюдения педиатра и риноцитограммы, свидетельствовал об умень-

Таблица 5. Сравнительная характеристика показателей острой заболеваемости у дошкольников

Группа	В период проведения ароматерапии (март, апрель 2012 г.)			В течение 2 мес до ароматерапии (январь, февраль 2012 г.)			За аналогичный период предыдущего года (март, апрель 2011 г.)		
	ИОЗ (М±m)	ОРЗО, %	СДЗ (М±m)	ИОЗ (М±m)	ОРЗО, %	СДЗ (М±m)	ИОЗ (М±m)	ОРЗО, %	СДЗ (М±m)
Тестовая	0,27±0,15	7,1	1,94±1,08	0,4±0,35	14,3	4,02±3,9*	0,6±0,28*	35,5*	6,67±3,4*
Сравнения	0,22±0,19	9,1	1,86±1,25	0,2±0,19	0,0	2,0±1,92	0,29±0,17	14,3	3,0±1,99

* $p < 0,05$ – по сравнению с аналогичным показателем в период проведения ароматерапии.

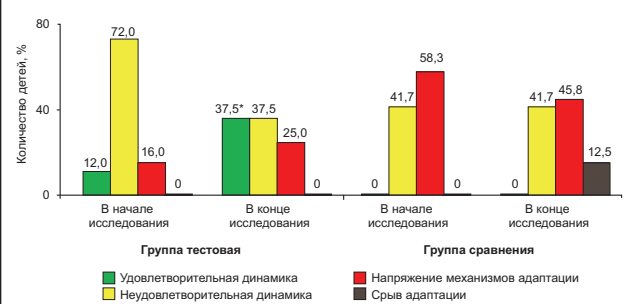
шении признаков активного воспаления в носоглотке, улучшении состояния ЛОР-органов и факторов местной иммунной защиты у детей, получавших ароматерапию. Достигнутый эффект санации носоглотки у обследованных детей можно объяснить хорошо известным механизмом действия входящих в состав композиции масел: антисептическим (эвкалиптовое и гвоздичное), противовоспалительным (каепутовое, винтергриновое, гвоздичное, левоментол), противомикробным (можжевельное, левоментол), иммуностимулирующим действием (эвкалиптовое).

Положительное влияние эфирных масел документировалось также снижением кратности и длительности ОРЗ у детей. На фоне проведения ароматерапии ИОЗ уменьшился в 1,5 раза, СДЗ снизилась в 2,1 раза по сравнению с периодом, предшествующим исследованию; $p < 0,05$ (табл. 5). Сравнение показателей острой заболеваемости на фоне оздоровления с данными за аналогичный период предшествующего года также свидетельствовало о положительном эффекте ароматерапии: ИОЗ был ниже в 2,2 раза; СДЗ – в 3,4 раза, в 5 раз реже наблюдалось осложненное течение ОРЗ ($p < 0,05$). В группе сравнения значимого отличия анализируемых показателей острой заболеваемости в сравниваемые периоды не наблюдалось ($p > 0,05$).

Об улучшении адаптивного статуса детей, получавших ароматерапию, свидетельствовали результаты оценки функционального показателя, отражающего резервные возможности организма: частота встречаемости удовлетворительных значений интегрального показателя индекса Баевского выросла с 12,0 до 37,5%; $p < 0,05$ (рис. 5). В группе сравнения достоверной динамики значений индекса Баевского не наблюдалось: обращали на себя внимание отсутствие значений показателя в диапазоне «удовлетворительная адаптация», а также отрицательная динамика критерия до значений, свидетельствующих о срыве адаптации, у 12,5% детей (в отличие от детей, получавших ароматерапию, у которых данная стадия адаптационного процесса не фиксировалась).

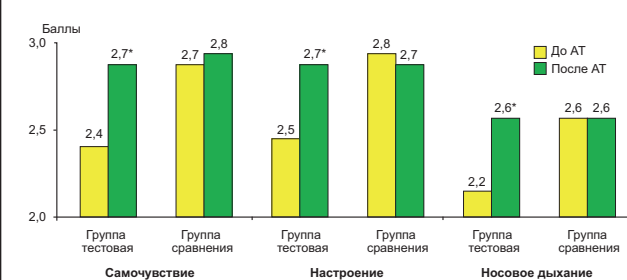
Неотъемлемым компонентом оценки успешности метода оздоровления, используемого в организованном детском коллективе, является определение степени его влияния на психоэмоциональный статус ребенка. Тем более что многочисленными исследованиями показано: состояние нервной системы непосредственно влияет на состояние адаптивного статуса и сопротивляемость организма [12, 13]. По мнению ароматерапевтов, эфирные масла обладают системным воздействием на организм человека, прежде всего – психогенным [14, 15]. В связи с этим неслучайным критерием достижения эффекта эфирного масла является положительная оценка пациентом выбранного для ароматерапии запаха. Исходя из изложенного, нами в исследование был включен компонент психологического тестирования детей с использованием цветового рисуночного теста «Эмоции человека» [16–18]. В ходе тестирования ребенку задавалось три вопроса: «Как ты себя чувствуешь?», «Какое у тебя настроение?» и «Как дышит твой нос?». В качестве ответа предлагалось выбрать одно из изображений лица с положительной, нейтральной и отрицательной эмоциональной окраской и раскрасить его произвольно выбранным цветом. При проверке результатов оценивался не только выбор рисунка (фрагмент «Рисунок»), но и цвет, которым он был раскрашен (фрагмент «Цвет»). Тестирование выполнялось в динамике: на 1-й

Рис. 5. Динамика показателей адаптивного статуса у дошкольников (по показателю индекса Баевского).



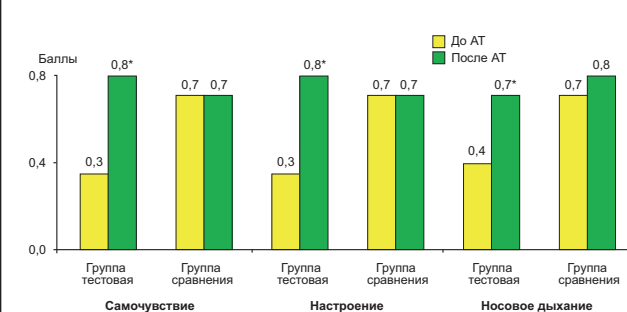
* $p < 0,05$ по сравнению с аналогичным показателем в начале исследования.

Рис. 6. Сравнительная характеристика усредненных результатов психологического тестирования детей по фрагменту «Рисунок».



Примечание. Здесь и далее на рис. 7: до АТ – до проведения ароматерапии в группе тестовой (первое тестирование в группе сравнения), после АТ – после ароматерапии в группе тестовой (повторное тестирование в группе сравнения); * $p < 0,0001$ – по сравнению с аналогичным показателем в начале исследования.

Рис. 7. Сравнительная характеристика усредненных результатов психологического тестирования детей по фрагменту «Цвет».



неделе через день, далее 1 раз в 2 нед до и после ароматерапии в течение всего периода наблюдения. В группе сравнения тестирование проводилось аналогичным образом (общее количество проведенных исследований – 175 для каждой группы). На протяжении всего периода наблюдения отмечалось статистически значимое улучшение большинства анализируемых показателей по обоим компонентам теста у детей на фоне проведения ароматерапии, свидетельствующее о повышении психоэмоционального статуса ребенка.

Таблица 6. Сравнительная характеристика результатов анкетирования родителей				
Вопросы	Группа тестовая		Группа сравнения	
	в начале исследования	в конце исследования	в начале исследования	в конце исследования
Оценка состояния здоровья ребенка родителями (по 5-балльной системе)	3,5±0,5	4,0±0*	4,1±0,6	4,3±0,5
Степень влияния ОРЗ на самочувствие ребенка (по 5-балльной системе)	3,8±0,8	3,0±1,0*	2,8±1,0	2,9±0,9
Количество ОРЗ в последние 2 мес с осложненным течением	1,0±0,8	0,4±0,35*	0,6±0,5	0,7±0,5
Количество ОРЗ в последние 2 мес, протекавших с явлениями аденоидита, %	36,4	9,1*	18,8	25
Количество ОРЗ в последние 2 мес, протекавших с явлениями синусита, %	36,4	27,3	18,8	12,5
Количество ОРЗ в последние 2 мес, протекавших с явлениями бронхита, %	18,2	0*	6,3	0
Количество ОРЗ в последние 2 мес, протекавших с сочетанием аденоидита и/или синусита, и/или бронхита, %	27,3	0*	6,3	0
Потребность в консультации ЛОР-врача, %	54,5	27,3*	12,5	31,3
Потребность в проведении дополнительного обследования по поводу ОРЗ, ЛОР-патологии (УЗИ), %	18,2 (Rh)	0*	0	0
Потребность в антибактериальной терапии, %	18,2	0*	12,5	6,3
Материальные затраты семьи, связанные с ОРЗ и наличием ЛОР-патологии у ребенка, %				
незначительные	9,1	27,3*	0	0
умеренные	72,7	63,6	81,3	62,5
значительные	18,2	9,1	6,3	18,8

*Здесь и далее в табл. 7: $p < 0,05$ – по сравнению с аналогичным показателем в начале исследования.

Таблица 7. Сравнительная характеристика результатов анкетирования родителей по вопросам качества жизни (баллы)					
Блоки		Группа тестовая		Группа сравнения	
		в начале исследования	в конце исследования	в начале исследования	в конце исследования
Физическое функционирование		3,5±3,2	3,6±3,2	2,4±2,2	1,3±1,1
Психоэмоциональное функционирование	суммарная оценка	5,8±3,8	4,1±2,7*	2,8±1,0	2,9±0,9
	раздел «нарушения сна»	1,3±1,0	0,6±0,4*	4,8±3,8	3,7±3,2
	раздел «агрессивность»	0,9±0,8	0,1±0,04*	0,7±0,4	0,3±0,24
Социальное функционирование	суммарная оценка	4,4±3,0	3,5±3,2	4,6±2,8	3,5±2,7
	раздел «непослушание»	1,5±0,8	0,5±1,0*	0,8±0,7	0,3±0,24
Способность к обучению, умственное функционирование	суммарная оценка	6,5±4,1	4,8±3,6*	4,3±2,6	3,9±3,1
	раздел «сниженная инициатива»	1,8±1,3	1,0±0,9*	1,2±0,5	1,1±0,7
Условия жизни семьи		1,6±0,5	1,3±0,5	1,6±1,06	1,0±0,7
Заболеваемость	суммарная оценка	10,5±6,1	6,1±5,2	5,2±4,8	8,8±5,9
	раздел «влияние повторных ОРЗ и/или хронической ЛОР-патологии»	7,1±5,7	3,8±3,6*	1,1±1,0	1,8±1,2
Суммарная оценка качества жизни		28,8±12,0	21,1±12,9*	23,2±13,2	22,9±8,9

На рис. 6, 7 представлены усредненные данные по результатам тестирования. В группе сравнения данная тенденция не прослеживалась.

Данный эффект ароматерапии можно объяснить улучшением самочувствия детей в результате устранения или уменьшения имевшихся ранее патологических симптомов со стороны носоглотки, а также тонизирующим действием компонентов, входящих в состав препарата (мятное, каепутовое, винтергриновое масла).

Таким образом, совокупность объективных критериев, используемых для оценки результативности препарата «Дыши» в условиях организованного детского коллектива, свидетельствовала о высокой эффективности изучаемого метода оздоровления детей.

В качестве дополнительного «независимого» критерия были использованы результаты анкетирования родителей, которые в данной ситуации выступали в качестве независимых «экспертов», не заинтересованных в конечном результате исследования. Анкета содержала вопросы, касающиеся частоты и тяжести ОРЗ у детей, клинических проявлений патологии носоглотки, потребности в консультации ЛОР-врача и антибактери-

альной терапии, а также оценки качества жизни ребенка. Анкетирование проводилось дважды: в начале и в конце исследования. Сравнительный анализ результатов анкетирования также свидетельствовал об эффективности ароматерапии с использованием препарата «Дыши» (табл. 6).

Прежде всего следует отметить высокую оценку используемого метода оздоровления родителями детей, получавших ароматерапию: 4,1±0,8 (по 5-балльной системе). Родителям задавался вопрос: «Отмечаете ли вы положительный эффект от проведенной в детском саду ароматерапии? Если «да», то укажите, в чем он выражался, и оцените эффект в баллах (от 0 до 5 баллов)».

В качестве позитивных моментов родители отметили: сокращение кратности ОРЗ и насморка, уменьшение выделений из носа, а также улучшение настроения. Статистический анализ полученных данных свидетельствовал о значимом улучшении целого ряда параметров, характеризующих состояние здоровья детей: балльной оценки состояния здоровья ребенка родителями, степени влияния ОРЗ на самочувствие ребенка, ОРЗО (см. табл. 6). У 36,4% дошкольников в 2 раза реже стали наблюдаться жалобы на выделения

и/или заложенность носа, в 2 раза реже возникала необходимость в консультации ЛОР-врача, ни разу не потребовалось назначения рентгенологического обследования и антибактериального лечения. В группе сравнения положительная динамика изучаемых показателей не прослеживалась.

Немаловажным фактором был и экономический аспект изучаемой проблемы: преобладающее большинство родителей оценили размер материальных затрат на лечение ребенка по поводу ОРЗ и патологии носоглотки как умеренные и даже значительные, и только в тестовой группе к концу ароматерапии в 3 раза чаще стала встречаться оценка «незначительные».

Сравнительная оценка показателей, характеризующих качество жизни дошкольников, также позволила выявить ряд положительных изменений в группе детей, получавших ароматерапию. В табл. 7 приводятся результаты анкетирования родителей по вопросам качества жизни ребенка (чем ниже балл, тем лучше показатель).

В тестовой группе в динамике отмечалось значимое улучшение таких информативных для настоящего исследования показателей, как «психоэмоциональное функционирование», «способность к обучению, умственное функционирование», а также показателей подраздела «влияние повторных ОРЗ и/или хронической ЛОР-патологии на качество жизни семьи» ($p < 0,05$) и суммарной оценки качества жизни детей в целом, в отличие от группы сравнения, где достоверных изменений не наблюдалось.

Выявленная закономерность подтверждает ранее сделанный вывод о системном эффекте ароматерапии и ее позитивном влиянии не только на состояние верхних отделов респираторной системы, но и на гармонизацию психических функций, а также адаптивный статус ребенка.

Выводы

1. Ароматерапия с использованием композиции эфирных масел «Дыши» является эффективным методом оздоровления детей с патологией носоглотки и частыми ОРЗ в условиях ДДОУ и способствует:
 - снижению кратности и длительности ОРЗ; ИОЗ и СДЗ снизились в 2,2 раза и в 3,4 раза соответственно по сравнению с данными за аналогичный период предшествующего года, в 5 раз реже наблюдалось ОРЗО ($p < 0,05$);
 - уменьшению патологических симптомов со стороны носоглотки у детей с функциональной и органической патологией носоглотки;
 - снижению потребности в антибактериальной терапии и консультации специалистов;
 - уменьшению финансовых затрат семьи на лечение ребенка.
2. Композиция эфирных масел «Дыши» обладает хорошей переносимостью, нежелательных эффектов не установлено.
3. Ароматерапия с использованием препарата «Дыши» оказывает значимое благоприятное влияние не только на состояние верхних отделов дыхательных путей, но и на гармонизацию психических функций, качество жизни и адаптивный статус ребенка.

Литература

1. Ермилова Н.В., Радциг Е.Ю., Богомилский М.Р. и др. Профилактика ОРВИ в организованных детских коллективах: способы и эффективность. *Вопр. совр. педиатрии*. 2012; 11 (1).
2. Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.Е. Современный взгляд на иммуномодулирующую терапию. *Вопр. совр. педиатрии*. 2012; 11 (1).
3. Савенкова М.С., Афанасьева А.А., Минасян В.С. и др. Профилактика и лечение респираторных заболеваний у часто болеющих детей топическими бактериальными лизатами. *Вопр. совр. педиатрии*. 2008; 8 (6): 92–6.

Дыши
масло

Эффективное, безопасное и удобное средство профилактики простудных заболеваний и их осложнений у детей

Композиция натуральных эфирных масел

- Оказывает антибактериальное действие¹.
- Способствует развитию местного иммунного ответа².
- Уменьшает тяжесть и длительность симптомов простудного ринита, в том числе потребность в использовании деконгестантов и местных (назальных) антибиотиков¹.
- Снижает частоту и тяжесть осложнений простудных заболеваний³.
- Рекомендовано применение у детей с повторными заболеваниями ОРВИ^{1,2}.
- Доказана эффективность при проведении профилактики простудных заболеваний в организованных детских коллективах^{1,2}.

Безопасность и удобство применения

- Не вызывает привыкания.
- Не раздражает и не сушит слизистую носа¹, обладает низкой реактогенностью².
- Не оставляет следов на тканях – можно наносить на салфетки, детские игрушки и т. п.



¹ Килина А.В., Колесникова М.Б. Эффективность применения эфирных масел в профилактике острых респираторных заболеваний у дошкольников в организованных коллективах // Вестник оториноларингологии. – 2011. – № 5.

² Красавина Н.А., Биянов А.Н., Старцева С.Е. Использование ингаляций эфирными маслами в реабилитации детей с повторными заболеваниями // Лечащий врач. – 2011. – Октябрь. – № 9.

³ Петрушина А.Д., Никогосян А.С., Кайб И.Д., Мальченко Л.А., Ушакова С.А. Опыт использования ингаляций эфирными маслами для профилактики и в комплексной терапии острых респираторных заболеваний у детей // Практикум-Мед. – 2011. – № 2.

Не является лекарством. Реклама.

Рекомендуйте в «сезон простуд»

www.akvion.ru



4. Балева Л.С., Балясинская ГЛ, Вавилова В.П. и др. Современные подходы к лечению и оздоровлению часто болеющих детей. Пособие для врачей. М., 2005.
5. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В. Иммуномодулирующая терапия часто болеющих детей мегаполисов. М., 2005.
6. Черная Н.Л. Часто болеющие дети. Избранные вопросы педиатрии: межрегиональный сборник лекций. Ярославль, 2010. С. 267–80.
7. Маскова Г.С., Черная Н.Л., Пушкарева Л.А. и др. Эффективность индивидуальной реабилитации часто болеющих детей в условиях детской поликлиники. Поликлиника. 2007; 1: 32–4.
8. Радциг Е.Ю., Богомилский М.Р., Ермилова Н.В. Ингаляции эфирными маслами – способ профилактики респираторных вирусных инфекций в организованных детских коллективах. Лечащий врач. 2009; 9: 92–4.
9. Chaieb K, Hajlaoui H, Zmantar T et al. The chemical composition and biological activity of clove essential oil, *Eugenia caryophyllata* (Syzgium aromaticum L. myrtaceae): a short review. *Phytother Res* 2007; 21: 501–6.
10. Cermelli C, Fabio A, Fabio G, Quaglio P. Effect of eucalyptus essential oil on respiratory bacteria and viruses. *Curr Microbiol* 2008; 56 (1): 89–92.
11. Красавина НА, Биянов АН, Старцева С.Е. Использование ингаляций эфирными маслами в реабилитации детей с повторными заболеваниями. Лечащий врач. 2011; 9.
12. Аболенская А.В. Адаптационные возможности организма и состояние здоровья детей (клинико-экспериментальное исследование). М.: Медицина, 1996.
13. Меерсон Ф.З., Пиенникова М.Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. М.: Медицина, 1988.
14. Бруд В., Конопацкая И. Душистая аптека. Тайны ароматерапии. М., 1996.
15. Николаевский В.В. Ароматерапия. Справочник. М., 2002.
16. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб, 2007.
17. Базыма БА. Психология цвета: Теория и практика. СПб, 2005.
18. Бобарькина Л., Шумилова Н. Доктор Неболит. Образовательная программа для дошкольников и их родителей. Здоровье детей. 2009; 16 (386): 18–31.

* —————