

коррекции и профилактики. *Consilium Medicum*. – 2013. – № 6. – С. 51–54.

4. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Гришечкина И.А. Прокинетика: в фокусе внимания итоприда гидрохлорид. *Российские медицинские вести*. – 2013. – № 3. – 29–40.

5. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Лекарственная безопасность и рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологической практике. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2013. – № 5. – 9–16.

ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИЯ СЕМЕЙНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

¹Синюк И.В., ²Дударев В.А.

¹ФГБУЗ «Сибирский клинический центр
Федерального медико-биологического агентства»,
Красноярск;

²ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно – Яценецкого Минздрава России,
Красноярск, e-mail: dudarev-va@yandex.ru

Известно, что здоровье взрослого человека формируется в детском возрасте. Одну из основных ролей в его формировании оказывают социально-гигиенические факторы, которые характеризуют образ жизни семьи и его влияние на здоровье ребенка. Определенное значение имеет поведение родителей по охране здоровья ребенка, которое во многом зависит от своевременной обращаемости за медицинской помощью при заболевании ребенка, а также с профилактической целью. Следует указать на ведущую роль взрослых в обеспечении физического и психического развития ребенка, а также в поддержании его здоровья, в связи с генетически запрограммированной беспомощностью ребенка и отсутствия целенаправленных форм врожденного поведения направленных на выработку адекватного поведенческого ответа на раздражающие факторы внешней среды [3, 5, 6, 8].

В последние годы наметилась необходимость комплексной реабилитации детей с болезнью Пертеса (БП) [1, 2, 5]. Индивидуальная программа реабилитации должна быть направлена не только на ребенка, но и на его семью, на ее информирование, обучение и коррекцию семейных взаимоотношений [5, 8, 9].

Кроме социально-гигиенических факторов, на течение БП у детей оказывают влияние различные клинические факторы. Многие авторы отмечают, что нарушение функции внешнего дыхания ведет к нарушениям функции и структурным изменениям органов и тканей. А.Г. Чукалин указал на прямую зависимость БП и дыхательной недостаточности у детей [7].

Учет всех вышеизложенных факторов показал, что своевременная и правильная реабилитация детей с БП ведет к улучшению результатов лечения, а следовательно к формированию у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, семье, обществу [2].

Цель исследования. Изучение социально-гигиенической и клинической характеристики детей с БП и их семей, анализ медико-социальных и психологических аспектов реабилитационного процесса, а также изучение функции внешнего дыхания с целью оптимизации реабилитации данных детей.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнялось на базе детского хирургического стационара МУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярска, в которой осуществлялось лечение детей с БП. Для социально-гигиенической и психологической характеристики проводилось интервьюирование родителей детей с БП. Всего было обследовано 65 семей. Для сбора сведений были разработаны специальные карты-анкеты, обобщающие сведения, необходимые по изучаемой программе на каждого обследованного.

Дети страдающие БП в возрасте от 5 до 16 лет были распределены по клинико-рентгенологическим признакам на 3 группы: с легкой, средней и тяжелой степенью заболевания. Для распределения детей по группам использовался коэффициент, отраженный в диссертации О.М. Моторина [4].

Оценка функции внешнего дыхания производилась на спирографе Microspiro HI-501. Всего было обследовано 45 детей в возрасте от 5 до 16 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ семей с детьми, страдающими БП, по их типу позволил установить, что основная доля семей на момент обследования являлась полной (67,6%). Неполных семей в результате развода или вдовствующих, было 27,3%. Остальные семьи были смешанными – 5,1% (один из родителей являлся сожителем).

При исследовании типов семей с учетом клинической степени БП было выявлено, что в неполных семьях чаще на 10,8% встречались дети со второй и третьей степенями БП ($p < 0,05$).

При изучении количества детей в семье и степени БП видно, что в семьях с большим количеством детей чаще отмечаются тяжело протекающие степени БП (табл. 1). Демографическая характеристика семей с детьми, страдающими различными степенями БП, показала преобладание неполных семей и большую детность в семьях с тяжелой степенью болезни.

При анализе медико-демографического статуса семей по возрасту супругов, каких-либо особенностей не было установлено.

Известно, что уровень образования родителей в определенной мере оказывает влияние на материальное обеспечение и социальный статус семьи, что в конечном итоге сказывается на здоровье детей, в ней проживающих. Исследование уровня образования родителей детей с БП позволило установить, что в 19,4% случаев родители имели высшее образование, 51,9% – средне-специальное и 28,7% – среднее.

Таблица 1

Частота встречаемости различных степеней тяжести болезни Пертеса в семьях

Кол-во детей в семьях	Легкая степень		Средняя степень		Тяжелая степень	
	n	%	n	%	n	%
Один	19	52,8%	12	33,3%	5	13,9%
Два	9	45%	6	30%	5	25%
Три и более	1	11,2%	3	33,3%	5	55,5%

Таблица 2

Частота встречаемости различных степеней тяжести болезни Пертеса при различном уровне образования родителей

Образование родителей	Легкая степень		Средняя степень		Тяжелая степень	
	n	%	n	%	n	%
Высшее (n = 18)	10	55,6%	5	27,7%	3	16,7%
Средне-специальное (n = 49)	23	46,9%	15	30,7%	11	22,4%
Среднее (n = 28)	9	32,1%	11	39,3%	8	28,6%

Анализируя уровень образованности родителей детей с различными клиническими степенями БП, выявлено, что более низкий уровень образования был у родителей, имеющих детей с запущенными степенями данной болезни (табл. 2).

По социальному статусу наибольший удельный вес из числа родителей составляли рабочие (53,9%). При анализе структуры социального статуса у родителей детей с третьей степенью БП отмечалось небольшое снижение удельного веса служащих по сравнению с родителями детей с первой степенью тяжести.

При исследовании жилищных условий, в которых проживают дети с БП, было установлено, что 32,6% из них проживали в неблагоустроенной квартире или комнате. В семье детей с III степенью выраженности заболевания на каждого члена семьи приходилось лишь по 7,4 м² на человека. Поэтому можно предположить, что заболеваемость и течение БП, вероятно, находится в зависимости от жилищных условий.

Исследование показало, что только 63,2% опрошенных родителей детей с первой степенью БП ответили, что микроклимат в квартире, где проживает ребенок благоприятный, при второй степени этот показатель составлял 61,5%, а при третьей 51,5% случаев.

При оценке психологической обстановки в семье, было констатировано, что доля неблагополучных семей по психологическим отношениям (ссоры, конфликты) равнялась 24,3%. Среди причин неблагоприятного психологического микроклимата в 82,3% случаев отмечались материально-бытовые вопросы (низкий уровень материальной обеспеченности), жилищные проблемы (58,6%) и злоупотребление алкоголем (35,9%). Также регистрировалась довольно высокая распространенность табакокурения у родителей детей с БП, которая достигала в среднем 61,7%.

При изучении медицинской активности, нами было выявлено, что у детей с первой степенью БП только 2/3 (62,3%) родителей обратились к врачу в первые 3 месяца с момента появления болей в тазобедренном суставе. У родителей с детьми, страдающими второй и третьей степенью БП, этот показатель был еще ниже – 57,2 и 51,4% соответственно (p < 0,05). При анализе действий родителей при возникновении заболевания у ребенка видно, что большинство родителей обращаются за врачебной помощью, так поступили 77,8% родителей. Однако высока доля родителей, занимающихся самолечением – 12,3%, обратившихся к врачу традиционной практики – 5,7% или вообще не предпринявших никаких действий – 4,2%. Прошли полный курс реабилитации 49% заболевших, неполный курс – 43,1% и не прошли реабилитацию вовсе – 7,9%.

При анализе причин отказа от реабилитации более 77,3% опрошенных указали на трудность и малодоступность ее. Отказались от реабилитации по собственному желанию 14% родителей, не были даны рекомендации – в 4,7%, не было жалоб со стороны ребенка – в 4%.

Хорошие реабилитационные результаты у детей с БП были достигнуты в 48,5% случаев, удовлетворительные – в 42,8%, а неудовлетворительные – в 8,7%.

При исследовании функций внешнего дыхания было установлено, что у 89% обследованных при II, III и IV стадиях БП преобладают значительные нарушения функции внешнего дыхания, однако прямой корреляции между стадиями заболевания нет. У данных детей имелись нарушения по рестриктивному типу со значительным снижением показателей ЖЕЛ (61,47 ± 0,8%), ФЖЕЛ (55,57 ± 0,7%) и ОФВ₁ (60,23 ± 0,9%). Возможно предположить хроническое поражение соединительно-тканых

структур организма к которым относятся и кости.

С целью улучшения оказания медико-социальной помощи детям с БП нами разработана модель семейной реабилитации. Она ориентирована на взаимодействие семьи с учреждениями социальной защиты населения, здравоохранения, образования, носит многофункциональный характер и включает в себя 4 блока: системообразующий, организационный, информационный, технологический.

Основой модели является системообразующий блок, ориентированный на доступность и качество оказываемых услуг на всех этапах оказания медицинской помощи и реабилитации детям с БП и их семьям. Блок включает три основные составляющие: службу медико-социальной экспертизы, социальной защиты населения, здравоохранения.

Их взаимодействие направлено на включение членов семьи в процесс реабилитации в целях улучшения состояния здоровья ребенка с БП и повышения его реабилитационного потенциала. Возможности службы медико-социальной экспертизы направлены на разработку индивидуальной программы реабилитации (ИПР) и контроль реабилитационных мероприятий, а система социальной защиты на адресную материальную помощь семьям детей с остеохондропатией головки бедренной кости. Система здравоохранения должна обеспечить адекватную медицинскую коррекцию здоровья ребенка.

Организационный блок направлен на разработку стандартов и алгоритмов оказания комплексной медико-социальной помощи и реабилитации семьям с детьми, страдающими остеохондропатией головки бедренной кости. Основой организационного блока является дифференциация семей детей с БП на 3 категории: семья, обладающая высоким, средним и низким реабилитационным потенциалом. Градация реабилитационного потенциала семьи осуществлялась на основе результатов анкетирования с помощью разработанного классификатора реабилитационных возможностей семьи.

Информационный блок направлен на адресное распространение информации. Нами предложено создание банка данных по семьям с детьми, страдающими БП.

Технологический блок обеспечивает управляемость моделью и дает произвести оценку ее эффективности.

Таким образом, в результате исследования было выявлено, что в семьях детей, страдающих БП, отмечается низкая медицинская активность родителей, а медицинские работники

уделяют недостаточно внимания медицинской пропаганде в данной семье. На степень тяжести БП, оказывает влияние неблагоприятные условия проживания и плохая психологическая обстановка в семье, а также уровень ее достатка. Статистический анализ позволил выделить группы факторов для оценки реабилитационного потенциала семьи и маршрута реабилитации семьи с ребенком, страдающим БП.

При исследовании функции внешнего дыхания установлены нарушения по рестриктивному типу. Приведенные данные позволяют утверждать о необходимости коррекции нарушений функции внешнего дыхания у детей с II, III и IV стадиями БП в пред- и послеоперационном периодах лечения и при последующей реабилитации, а также о профилактике возникновения дыхательной недостаточности у детей с II и III стадией болезни.

Разработан алгоритм организации реабилитационных мероприятий, который включает в себя: проведение анкетирования семьи ребенка, определение с помощью классификатора общего реабилитационного потенциала семьи, внедрение индивидуальной программы реабилитации и включение семьи в этот процесс.

Считаем целесообразным организацию сети реабилитационных центров по типу дневных стационаров. Проведение реабилитации детей с БП в таких центрах позволило бы существенно сократить число неудовлетворительных исходов.

Список литературы

1. Блинов А.В. Повреждения и заболевания тазобедренного сустава у детей // Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста: тез. докл. IX Рос. науч. студ. конф. по детской хирургии. – Уфа, 2002. – С. 156.
2. Веселовский Ю.А. Ортопедо-хирургическая реабилитация детей с болезнью Пертеса: мат. Всерос. н.-практ. конф. дет. ортоп.-травматологов. – СПб., 1995. – С. 186–187.
3. Гафаров Х.З. Современное этиопатогенетическое обоснование лечения болезни Пертеса // Лечение детей и подростков с ортопедическими заболеваниями нижних конечностей. – Казань, 1995. – С. 193–220.
4. Моторин О.М. Выбор метода оперативного лечения болезни Пертеса у детей: Автореф. канд. мед. наук. – Красноярск, 2005. – 26с.
5. Полякова А.Г., Вашкевич Д.Б., Карева О.В. Новый подход к реабилитации детей с болезнью Пертеса: сб. тез. докл. конф. дет. травматологов России Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. – М., 2002. – С. 130–131.
6. Спивак Б.Г. Комплексная реабилитация детей с острой и подострой стадиями болезни Пертеса. – М., 1999. – 10с.
7. Яруллин А.Х. Медико-демографические показатели и заболеваемость детей в семьях, имеющих факторы социального риска // Казан. мед. журнал. – Казань, 1994. – № 3. – С. 245–247.
8. Arker D.J. The epidemiology of Perthes disease // Clin. Orthop. – 1986. – Vol. 209. – P. 89–94.