

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ

Дорошенко Ирина Тоймурадовна

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, 223027, Республика Беларусь, Минская область, Минск

E-mail: irinadoroshenkot@gmail.com

Ключевые слова: дети; низкорослость; ограничение жизнедеятельности; инвалидность

Введение. Низкорослость является патологией, значимо влияющей на психологическую, социальную, эмоциональную адаптацию ребенка в окружающем его обществе и качество его жизни. Последние исследования, связанные с качеством функционирования детей с низким ростом, установили, наиболее часто наблюдаются проблемы с концентрацией внимания, организацией собственного поведения, преодолением стресса, поддержании разговора, использовании кисти и рук, одевании, заботе о своем здоровье, установлении и поддержании сложных межличностных взаимодействий, развлечении и досуге, главных сферах жизни и жизни в сообществах.

Цель. выделить основных медико-социальных особенности у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

Материалы и методы. Было проведено клиничко-экспертное исследование 300 детей в возрасте от 1 до 18 лет с различными синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью. Критериями включения в основную группу ($n = 150$) исследования было наличие категории «ребенок-инвалид» вследствие синдрома или заболевания, проявляющегося преимущественно низкорослостью. Контрольная группа была сформирована из 150 детей с нарушением роста вследствие конституциональной и/или семейной низкорослости (КСН), не приводящей к ограничениям жизнедеятельности. Обе группы были идентичны по гендерному ($\chi^2 = 3,5$, $p > 0,05$) и возрастному ($\chi^2 = 3,9$, $p > 0,05$) составу.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием VassarStats: Website for Statistical Computation. Применялись следующие методы описательной статистики: абсолютное число (абс.), относительная величина в процентах (P), 95% доверительный интервал. Статистические различия между исследуемыми группами учитывались при уровне значимости $p < 0,05$. Достоверность различий оценивалась с использованием критерия χ^2 при числе ожидаемого явления 10 и более, при числе ожидаемого явления менее 10 — с учетом статистической значимости по критерию Фишера (p^*). Анализ силы связи проводился при помощи коэффициента ассоциации Фи (Ф).

Результаты. В процессе исследования с целью выявления основных медико-социальных особенностей детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, была осуществлена оценка степени выраженности нарушений функций органов и систем детского организма по результатам их клиничского, клиничко-инструментального и клиничко-лабораторного исследования детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

По результатам анализа полученных данных установлено, что синдромы и заболевания, проявляющиеся низкорослостью у детей приводили к нарушению следующих функций: внутренней секреции ($\chi^2 = 135,6$, $p^* < 0,001$, $\phi = 0,67$) — у 68,7% (60,9–75,6) детей, статодинамических ($\chi^2 = 22,6$, $p^* < 0,001$, $\phi = 0,27$) — у 14,0% (9,3–20,5), обмена веществ и энергии ($\chi^2 = 18,0$, $p^* < 0,001$, $\phi = 0,25$) — у 11,3% (7,2–17,4), кровообращения ($\chi^2 = 12,5$, $p^* = 0,002$, $\phi = 0,20$) — у 8,0% (4,6–13,6), психических ($\chi^2 = 10,3$, $p^* = 0,003$, $\phi = 0,18$) — у 6,0% (3,2–11,0), в отличии от КСН.

Оценка степени выраженности нарушения функций органов и систем организма установила, что высокий удельный вес занимали умеренные нарушения среди детей с нарушениями функций пищеварения (66,7%, 39,1–86,2), внутренней секреции (65,1%, 55,5–73,6) и психических функций (44,5%, 18,9–73,3), легкие — обмена веществ и энергии (94,1%, 73,0–98,6),

иммунитета (75,0%, 30,1–95,4), кровообращения (66,7%, 39,1–86,2) и статодинамических (52,4%, 32,4–71,7).

В ходе исследования было проанализировано ограничения основных категорий жизнедеятельности ребенка: способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению, контролю своего поведения, ведущей возрастной деятельности, к которым приводили имеющиеся нарушения функций.

По результатам исследования, стало очевидно, что у исследованной группы детей преимущественно затрагивались такие категории жизнедеятельности, как способность к ведущей возрастной деятельности (в 95,3%, 90,7–97,7) и к самообслуживанию (в 71,3, 74,3–86,8). У 12,7% (8,3–18,9) пациентов также страдала способность к самостоятельному передвижению, и у 4,0% (1,9–8,5) — способности к общению, контролировать свое поведение, к обучению, соответственно.

Заключение. и выводы. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью наиболее часто к инвалидности приводят ограничения таких категорий жизнедеятельности, как способность к ведущей возрастной деятельности (в 95,3%, 90,7–97,7) и к самообслуживанию (в 71,3, 74,3–86,8), обусловленные нарушениями функций внутренней секреции ($p^* < 0,001$), статодинамических функций ($p^* < 0,001$), функций обмена веществ и энергии ($p^* < 0,001$), функций кровообращения ($p^* = 0,002$) и психических функций ($p^* = 0,003$).