



Павликов Антон Валерьевич

**Соматический и нервно-психический статус
детей-воспитанников Дома ребенка**

14.01.08– Педиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

18 НОЯ 2010

Москва - 2010

Работа выполнена на кафедре педиатрии медицинского института Государственного образовательного учреждения «Орловский государственный университет» (ГОУ ВПО ОГУ)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Кузнецова Татьяна Анатольевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Таточенко Владимир Кириллович

член-корреспондент РАМН
доктор медицинских наук,
профессор

Румянцев Александр Григорьевич

Ведущая организация: Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России.

Защита состоится: «23» ноября 2010 г. в 14-00 часов на заседании диссертационного совета Д 001.023.01 при Учреждении Российской академии медицинских наук Научном центре здоровья детей РАМН по адресу: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научного центра здоровья детей РАМН

Автореферат разослан

«20» 10 2010г.

Учёный секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Тимофеева А.Г.

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

Защита детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей со стороны государства, их социальная адаптация и интеграция в систему общественных связей является актуальной проблемой нашего времени [В.А. Доскин, 2003, Е.Г. Щукина, 2003, С.Р. Конова, 2007]. Наиболее распространенными организационными формами государственного медицинского, социального и психолого-педагогического обеспечения детей-сирот раннего возраста являются дома ребенка (ДР). Развитие и состояние здоровья детей, воспитывающихся вне семьи, имеют ряд негативных особенностей, которые отражаются на всех этапах детства - от младенчества до подросткового возраста и далее во взрослой жизни. [И.В. Березовский, 1994; Т.В. Бессонова, 1998; М.В. Лещенко, 2001; Р.Ж. Мухамедрахимов, 2003; В.И.Альбицкий, 2008].

Патронирование воспитанников ДР осуществляется совместной деятельностью педиатра (контроль за соматическим статусом), психолога (контроль за нервно-психическим развитием (НПР), формирование развивающей среды, работа по социализации ребенка), педагога (занятия по приобретению знаний и умений, развитие эмоциональной сферы), социального работника (организация мер по социально-правовой защите детей) [В.И. Бондарь, 1996; В.И. Орел, Е.Б. Либова, С.Р. Конова и др., 2003; В.А. Доскин., З.С.Макарова, 2007]. Формой контроля за развитием ребенка являются медико-психолого-педагогические совещания, на которых каждый специалист представляет результаты своей профессиональной деятельности. Однако, отслеживая отдельные сферы развития, ни один из специалистов не является ответственным за целостное, гармоничное развитие ребенка, при этом в семье эта функция осуществляется родителями. Следовательно, назрела проблема модернизации системы медико-психолого-педагогического сопровождения детей-сирот с выделением координирующей роли педиатра, для осуществления контроля не только за соматическим статусом, но и НПР ребенка и его

интеграцией в социум. В связи с изложенным сформулированы цель и задачи исследования.

Цель. Обоснование и разработка мероприятий по оптимизации медико-психолого-педагогического сопровождения детей, воспитывающихся в домах ребёнка.

Задачи исследования.

1. Изучить уровень и структуру отклонений нервно-психического развития воспитанников Дома ребёнка и факторы их формирующие
2. Оценить физическое развитие по весо-ростовым показателям, в том числе в анамнезе, детей, воспитывающихся в интернатных условиях
3. Изучить уровень и структуру острых, хронических заболеваний и функциональных нарушений среди воспитанников Дома ребёнка
4. Выявить влияние факторов депривации (срок пребывания ребёнка в стационаре до оформления в Дом ребёнка, возраст поступления в Дом ребёнка, срок пребывания в Доме ребёнка), анамнеза, соматического статуса на физическое и нервно-психическое развитие воспитанников Дома ребёнка
5. Обосновать организационную деятельность врача-педиатра как педиатра развития для оптимизации коррекционных мероприятий в структуре медико-психолого-педагогического сопровождения воспитанников Дома ребёнка

Научная новизна

Впервые в России обоснована роль педиатра Дома ребёнка как "педиатра развития", координирующего реабилитационные мероприятия в системе медико-психолого-педагогического сопровождения детей-сирот.

Впервые в условиях Дома ребёнка применены стандартизированные компьютерные программы «График Нервно-психического Обследования Младенца» и «Психологическое обследование детей первых семи лет жизни с нарушениями психо-неврологического развития», последняя из которых является оптимальной для оценки нервно-психического развития детей, воспитывающихся в условиях депривации, так как позволяет детально по 11 сферам нервно-психического развития проводить мониторинг и коррекцию

реабилитационных мероприятий, наглядно представляя результаты в виде графика - «профиля развития».

Доказано, что основным фактором, обуславливающим формирование микросоматического соматотипа детей-сирот, является длительность пребывания в Доме ребенка. Установлено, что к младшему школьному возрасту только 27,8% детей, оставшихся без попечения родителей, достигают среднего гармоничного развития (мезосоматотип).

Доказано, что частые респираторные инфекции негативно влияют на сенсорную сферу и показатель Z-score веса детей-сирот. Частота ОРВИ и бронхитов у воспитанников Дома ребенка соответствует таковой у детей, воспитывающихся в семье и посещающих дошкольные образовательные учреждения, снижаясь к третьему году пребывания в Доме ребенка.

Практическая значимость работы

Показана целесообразность применения педиатром компьютерной программы «Психологическое обследование детей первых семи лет жизни с нарушениями психо-неврологического развития» для мониторинга нервно-психического развития детей раннего возраста, воспитывающихся в Доме ребенка, так как позволяет наглядно выявлять задержку различных сфер нервно-психического развития ребенка.

Предложена организационная модель комплексного медико-психолого-педагогического взаимодействия специалистов Дома ребенка с координирующей ролью "педиатра развития". Данная модель наглядно представляя функциональное взаимодействие врача-педиатра, психолога, педагога позволяет повысить эффективность и качество профилактической и реабилитационной работы с детьми-сиротами.

Внедрение результатов исследования в практику

Полученные результаты внедрены в практику работы МЛПУ «Специализированный дом ребенка г. Орла»; в практику ГУЗ «Воронежский областной специализированный дом ребенка»; в процесс обучения студентов старших курсов, клинических ординаторов и аспирантов кафедры педиатрии медицинского института ГОУ ВПО «Орловский государственный

университет); кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»; кафедры факультетской педиатрии ГУВ и ППО «Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»; кафедры педиатрии ГОУ ВПО «Тульский государственный университет».

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на:

- IX Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», (Москва, 2004)
- X Съезде педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям», (Москва, 2005),
- конкурсе молодых ученых в рамках IV Европейского Конгресса педиатров (Москва, 2009 г.);
- Юбилейной научной конференции, посвященной 70-летию ГУЗ «Воронежский областной специализированный дом ребенка» (Воронеж, 2008 г.);
- шести научно – практических межвузовских конференциях (Орел 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009).

Структура и объем диссертации

Работа изложена на ___ страницах машинописного текста, содержит ___ таблиц, ___ рисунков. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы исследования», 2-х глав собственных исследований и их обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений. Библиография включает ___ источника, из них ___ отечественных и ___ зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на базе МЛПУ «Специализированный дом ребенка г. Орла» (главный врач – заслуженный врач РФ Л.Г. Грамотина) и на кафедре

педиатрии медицинского института ГОУ ВПО «Орловский государственный университет». Исследование проводилась в несколько этапов.

На I этапе проводилось изучение литературы, постановка цели, определение задач, объекта и методов исследования.

На втором этапе для решения поставленных в работе задач было обследовано две группы детей - воспитанников Дома ребенка г. Орла (рис. 1).

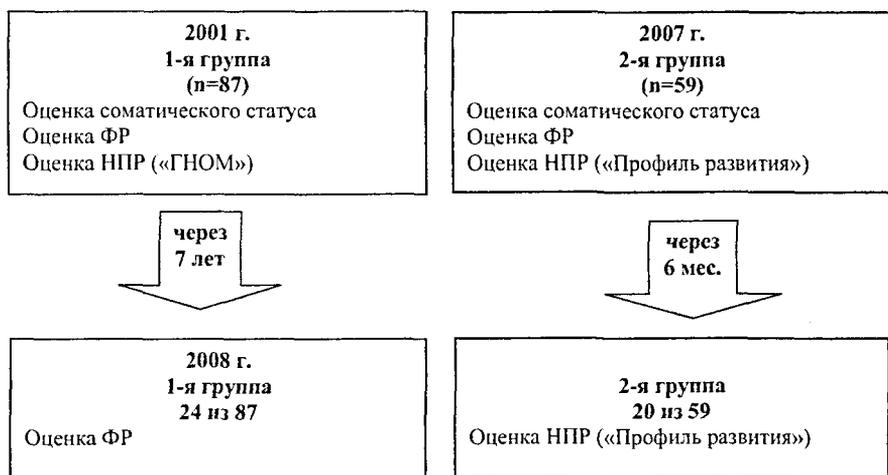


Рис.1. Схема второго этапа исследования

В первую группу были включены 87 детей (48 мальчиков и 39 девочек) в возрасте от 3 мес. до 3 лет 4 мес. из 108, находившихся в ДР на момент начала исследования (2001г.). У детей данной группы оценивался соматический статус, включая физическое развитие (ФР) и НПР. В анамнезе через 7 лет у 24 детей данной группы (от 9 до 11 лет, в том числе 15 мальчиков и 9 девочек), судьбу которых удалось проследить, так как они стали воспитанниками школ-интернатов Орловской области, оценены весо-ростовые показатели для сравнения с общепопуляционными.

В 2007 г. сформирована вторая группа, в которую вошли 59 детей (32 мальчика и 27 девочек) в возрасте от 7 мес. до 3 лет 8 мес. из 80 (76%), являющихся воспитанниками ДР на момент начала этой части исследования.

В обоих случаях из исследования были исключены дети с органическим поражением ЦНС, болезнью Дауна, тяжелыми пороками развития: 21 (24%) ребенок из 1-й группы и 21 (19%) ребенок из 2-й группы обследованных.

У детей второй группы также оценивался соматический статус, включая ФР, и НПР, при этом НПР исследовалось дважды с интервалом в 6 мес. для определения возможности мониторинга различных сфер НПР с целью контроля за реабилитационными мероприятиями, проводимыми с детьми. Повторное обследование НПР удалось провести только у 20 из 59 детей (33,9%) в связи с активным определением детей в опекунские и приемные семьи, усыновлением, а также переводом детей в интернатные учреждения системы образования по достижении 3-4 летнего возраста.

Оценка НПР детей первой группы осуществлялась с помощью стандартизованной клинико-психологической методики «ГНОМ» - Графика Нервно-психического Обследования Младенца [Козловская Г.В. с соавт., 1989 г.], рассчитанной на детей раннего возраста и состоящей из 12 тестовых заданий на каждый месяц жизни ребенка. Для детей старше года тесты составлены с интервалом в 3 месяца жизни; для детей 2-3 лет – с интервалом в полгода. Методика позволяет тестировать 5 сфер НПР (моторную, сенсорную, эмоциональную, поведенческую и познавательную) с расчетом коэффициента психического развития (КПР). Результаты, согласно методике, позволяют разделить детей в зависимости от оценки (суммы баллов) отдельных сфер НПР на 3 группы: здоровых – КПР 100-90 баллов; группу риска по задержке НПР – КПР 90-80 баллов; группу патологии – КПР менее 80 баллов.

У детей второй группы НПР оценивалось с помощью компьютерной программы «Психологическое обследование детей первых семи лет жизни с нарушениями психо-неврологического развития» [Скворцов И.А. и соавт., 1998]. Для удобства изложения данная программа будет обозначаться нами как «Профиль развития». Методика позволяет проводить мониторинг и отслеживать 11 сфер НПР (крупную и мелкую моторику, навыки самообслуживания, зрительное и слуховое восприятие, интеллектуальную, конструкторскую, игровую, коммуникативную деятельности, импрессивную и

экспрессивную речь, социальное общение) и представлять результаты для анализа в виде графического отображения – «профиля развития». По результатам анализа НПР с помощью использованной программы выделяются 5 групп психического развития: I – группа здоровых (нормальное НПР), II – группа внимания (отставание на 1 эпикризный срок в одной и более сферах НПР), III – группа риска (отставание на 2 эпикризных срока), IV – группа высокого риска (отставание на 3 эпикризных срока), V – группа диспансерного наблюдения (отставание на 4 и более эпикризных срока) [Доскин В.А., Косенкова Т.В, 2002г.]. Из-за малого объема выборки группы IV и V были объединены в одну – группу диспансерного наблюдения.

Для характеристики соматического статуса проводилось следующее:

- анализ историй развития ребенка (форма 112-1/у): выявление анамнестических данных (сведения о родителях (алкоголизм), акушерский анамнез, антропометрические данные при рождении, наличие заболеваний до поступления и за время пребывания в Доме ребенка, срок пребывания в стационаре до оформления в ДР, длительность пребывания в ДР на момент обследования)
- изучение частоты и структуры острых респираторных и кишечных инфекций.
- общеклиническое обследование с консультацией врачей - специалистов (хирурга, ортопеда, оториноларинголога, офтальмолога, невролога; при выраженной задержке физического развития – эндокринолога; при множественных стигмах дисэмбриогенеза – генетика);
- анализ результатов лабораторных методов обследования (клинические анализ крови и мочи; биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко; бактериологические посевы);
- изучение результатов инструментальных методов обследования: УЗИ внутренних органов, тазобедренных суставов, головного мозга, скринингового исследование слуха портативным звукоакустическим тестом (ЗРТ-1); по показаниям – расширенное сурдологическое обследование путем

регистрации слуховых вызванных потенциалов; офтальмоскопия, рентгенологическое исследование;

- формирование комплексного клинического диагноза (функциональные нарушения, хронические болезни).

Характеристика физического развития получена при оценке антропометрических данных по центильным таблицам [Доскин В.А., Косенкова Т.В., 2002 г.; Воронцов И.М., Мазурин А.В., 2000 г.] Для характеристики распределения показателя использовался 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й и 97-й перцентили (P). Если признак находился в границах от P₂₅ до P₇₅, то его величина считалась соответствующей норме. Если показатель определялся в границах от P₁₀ до P₂₅ и от P₇₅ до P₉₀, то соответствовал «ниже» и «выше среднего»; если признак находился в пределах от P₅ до P₁₀ и от P₉₀ до P₉₅, то определялся соответственно как «низкий» и «высокий»; наконец, если показатель определялся ниже P₅ и выше P₉₅ оценивался соответственно как «очень низкий» и «очень высокий». Производился также расчет показателя Z-score роста и веса [Дедов И.И. С соавт., 1998];

На III этапе работы выполнялась статистическая обработка данных с использованием программы Biostat и пакета статистических программ Microsoft Excel для Windows. Различие качественных признаков в сравниваемых группах определялось с помощью критерия Пирсона χ^2 . При числе наблюдений в одной из ячеек таблицы сопряженности 2x2 менее 5 значимость различий оценивалась с помощью точного критерия Фишера. Для оценки корреляции факторов депривации с анамнестическими данными, сферами НПР и показателями ФР проводился линейный корреляционный анализ по Пирсону с вычислением соответствующего коэффициента корреляции r . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

На IV этапе проводилось обобщение и анализ материалов, написание работы.

Результаты исследований и их обсуждение

Изучение нервно-психического развития детей

Апробация программ «ГНОМ» и «Профиль развития» в условиях Дома ребенка

При исследовании НПР с использованием программы «ГНОМ» нами не выявлено достоверных гендерных и возрастных различий в 1-й группе детей ($p > 0,05$). Среди детей, обследованных в 2001г. (рис. 2), в группу здоровых отнесены 5 (5,8%), группу риска – 7 (8%), группу патологии – 75 (86,2%) детей.

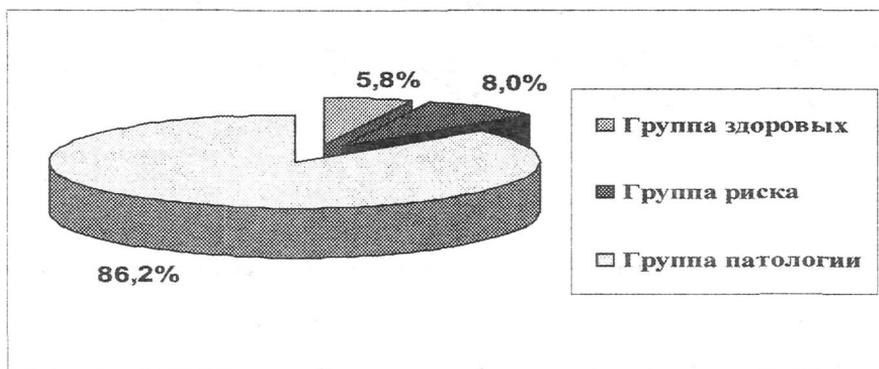


Рис.2 Распределение детей по группам в зависимости от коэффициента психического развития

Для сравнения, исследование НПР детей с помощью программы «ГНОМ», проведенное в условиях педиатрического участка г. Орла в 2008 г., выявило противоположные результаты — группа здоровых составила – 82%, риска – 8%, патологии – 10%.

В нашем исследовании в группе здоровых у 3-х детей отмечались отклонения в сенсорной сфере, по остальным сферам (моторной эмоциональной, поведенческой, когнитивной) различий по частоте отклонений по отдельным сферам не выявлено ($p > 0,05$). В группе риска и патологии, без достоверных различий по частоте, отклонения коснулись всех сфер НПР без гендерных и возрастных различий ($p > 0,05$), что также отличает интернатных детей от воспитывающихся в семье [Кукушкин Д.В., 2008].

Оценка НПР детей второй группы осуществлялась с помощью программы «Профиль развития». Во второй группе, как и в первой группе, не получено различий по полу и возрасту ($p>0,05$), поэтому на рисунке 3 представлен анализ результатов по группам психического развития без гендерных и возрастных различий.

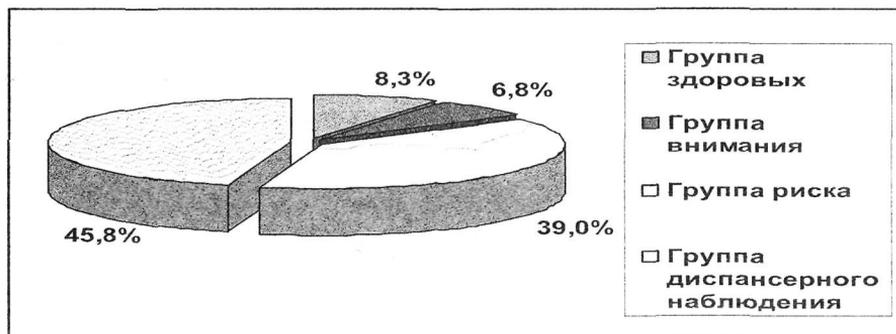


Рис.3 Распределение детей по группам психического развития

Как видно из представленных данных, распределение детей по группам психического развития по программе «Профиль развития» дало сопоставимые результаты с распределением детей по группам КПР, полученным с помощью программы ГНОМ: группа здоровых составила 8,3 % и 5,8% соответственно ($p>0,05$). Так как в группе детей с нормальным психическим развитием предполагается отсутствие отклонения в показателях по эпикризным срокам, нами анализировались группы внимания, риска и диспансерного наблюдения. В группе внимания у всех детей отмечались нарушения в конструкторской деятельности и интеллектуальном развитии; в 75% случаев — игре; у каждого 4-го ребенка нарушения коснулись зрительного анализатора и импрессивной речи. При этом в таких сферах, как экспрессивная речь, крупная и мелкая моторика, социальное общение и самообслуживание отклонений не выявлено. В группе риска отмечены отклонения в развитии экспрессивной речи (70%). В группе диспансерного наблюдения нарушения коснулись всех сфер без достоверной разницы по частоте ($p>0,05$).

Через 6 месяцев из 20 повторно обследованных детей, с которыми проводились индивидуальные коррекционные программы, улучшение показателей выявлено у 6 детей, ухудшение у 3-х, стабильными остались показатели НПР у 11 детей. Таким образом, программа «Профиль развития» дает возможность оценивать НПР детей в динамике.

Сравнительная оценка физического развития детей, отнесённых к первой и второй группам.

При оценке весо-ростовых показателей детей первой группы (n=87) не выявлено гендерных и возрастных различий, поэтому на рисунке 4 приводится суммарное распределение по перцентильным показателям роста и веса детей 1-й группы.

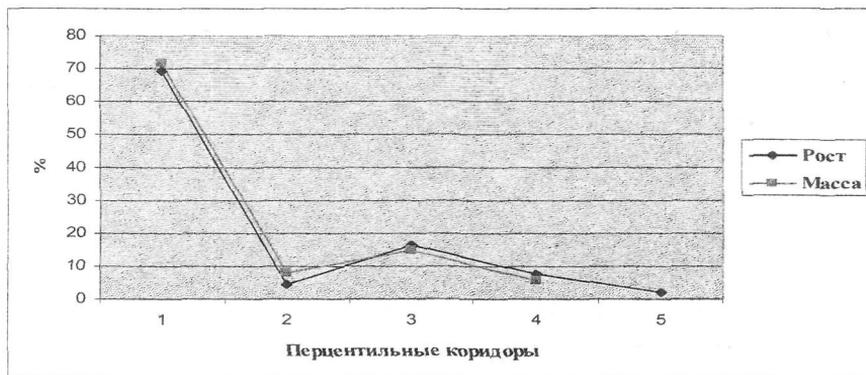


Рис. 4 Перцентильное распределение показателей роста и веса детей 1-й группы, обследованных в 2001 г.

Анализ физического развития детей первой группы выявил следующее: физическое развитие практически 70% детей оценено как очень низкое гармоничное (гипостатура, микросоматотип). При оценке физического развития (ФР) детей данной группы в катамнезе (рис. 5) выявлено, что только каждый 3-й ребенок к младшему школьному возрасту достиг среднего гармоничного ФР (мезосоматотип).

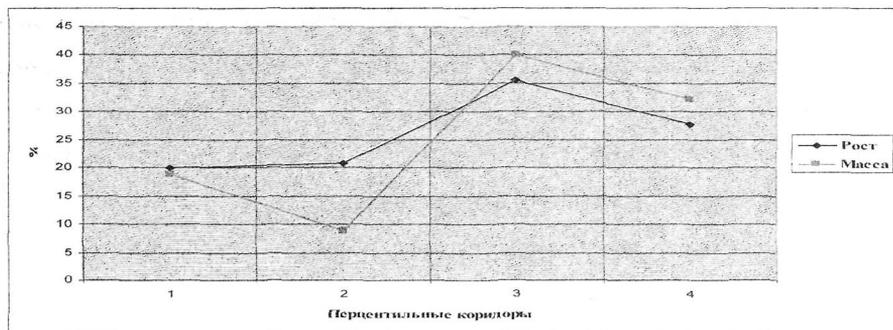


Рис.5 Перцентильное распределение показателей длины и массы тела детей 1-й группы, обследованных в катамнезе в 2008 году

Для подтверждения факта гипостатуры как характерной особенности физического развития воспитанников ДР проведено аналогичное исследование в 2007 году 59 детей (2-ая группа). При анализе весо-ростовых показателей детей 2-й группы (рис. 6) в 80% случаев определена гипостатура, что сопоставимо с данными 1-й группы - 70%, ($p > 0,05$) и данными других исследователей [О.В. Ахтямова, 2000; М.В. Лещенко; 2001, Т.В. Бородулина, 2009].

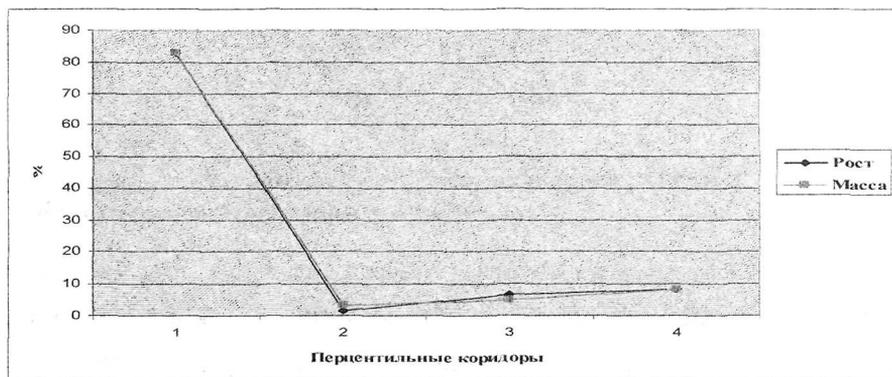


Рис. 6 Перцентильное распределение показателей длины и массы детей 2-й группы (2007 г.)

Таким образом, при определении весо-ростовых показателей, проведенном в разные годы на разных группах детей одного возраста, в одном и том же ДР,

получены практические одинаковые результаты: 70-80% детей имеют микросоматический соматотип (гипостатура), тогда как при общепопуляционном распределении подобные показатели встречаются только у 3% детей.

Анализ частоты острых респираторных и кишечных инфекций

Нами изучена частота и структура острых респираторных инфекций (ОРИ) среди детей второй группы. Учитывалось число детей, не имевших ОРИ в течение года или болевших < 4 раз; переболевших 4-6 раз в течение года; имевших > 6 эпизодов в год – часто болеющие дети (ЧБД) [Альбицкий В.А., Баранов А.А., 2003].

В структуре ОРИ среди воспитанников ДР независимо от возраста (см. табл. 1) преобладали острые заболевания верхних дыхательных путей (ОЗВДП) - 82 %; удельный вес острых бронхитов составил 15 % случаев, что соответствует частоте и структуре этой патологии в общей популяции [Тонкова-Ямпольская Р.В., 1989, Таточенко В.К., 2005].

Таблица 1
Структура заболеваемости органов дыхания
в зависимости от возраста детей

Возраст и число эпизодов ОРИ	7-12 мес. n=136		13-24 мес. n=178		> 25 мес. n=97	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Структура ОРИ						
ОЗВДП, p_1	110	81	140	79	87	90
Острые бронхиты, p_2	19	14	34	19	9	9
Острая пневмония, p_3	7	5	4	2	1	1

Однако, особенностью заболеваемости острой пневмонией в интернатных условиях явилось отсутствие достоверной разницы ($p>0,05$) по частоте всех возрастных групп в отличие от «домашних» пневмоний, заболеваемость которыми возрастает к 3-4 году жизни [Таточенко В.К., 2006].

Оценка частоты эпизодов ОРИ в зависимости от времени пребывания в ДР (табл. 2) выявила уменьшение числа эпизодов ОРИ в группе детей с 6 и более

эпизодами ОРИ в год до частоты менее 4 ОРИ в год к третьему году пребывания в ДР.

Таблица 2
Число эпизодов ОРИ в зависимости от сроков пребывания в ДР

Срок пребывания в ДР \ Число детей с эпизодами ОРИ	1 год, n=55		2 года n=36		3 года n=15	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
< 4 эпизодов, p ₁	21	38,2	26	72,2	14	93,3
4-6 эпизодов, p ₂	25	45,5	7	19,4	-	-
> 6 эпизодов, p ₃	9	16,3	3	8,4	1	6,7

Подобная тенденция характерна и для детей раннего возраста, воспитывающихся в домашних условиях за счет «прозидемичивания» [Таточенко В.К., 1981] и формирования иммунной системы с возрастом.

За срок наблюдения (январь 2007 г.- декабрь 2008 г.) за детьми второй группы (n=59) зафиксировано 18 случаев острых кишечных инфекций у 15 детей (3 эпизода повторных).

В таблице 3 представлена структура острых кишечных инфекций (ОКИ) детей 2-й группы в зависимости от возраста.

Таблица 3
Структура ОКИ детей 2-й группы (n=59) в зависимости от возраста

Число детей по возрастным группам \ Число эпизодов ОКИ	1-й год жизни	2-й год жизни	3-й год жизни	Всего
Шигеллез (n=3)	-	3	-	3
Эшерихиоз (n=1)	-	1	-	1
Сальмонеллез (n=1)	1	-	-	1
Ротавирусная инфекция (n=7)	3	3	1	7
Неуточненной этиологии (n=6)	-	6	-	6
Итого:	4	13	1	18

Большинство эпизодов кишечных инфекций выявилось на 2-м году жизни, что можно объяснить расширяющимися контактами детей и отсутствием

навыков гигиены, которые формируются к 3-4 году жизни. Структура заболеваний в равной степени обусловлена ротавирусной (7 эпизодов из 18) и бактериальной инфекцией (5 случаев). В 2-х случаях шигеллеза заболевание носило нозокомиальный характер (у детей 2-го года жизни).

Анализ соматического статуса

Для оценки возможного влияния соматического статуса на ФР проведен анализ нозологической структуры заболеваний воспитанников ДР (табл. 4)

Таблица 4.
Характеристика соматического статуса в 1-й и 2-й группах детей

Нозология	1-я группа (n=87), абс. (%)		2-я группа (n=59), абс. (%)	
	абс.	на 100 детей	абс.	на 100 детей
Сердечно-сосудистая система: - пороки сердца (ДМЖП, ДМПП, стеноз аорты в стадии компенсации) - малые аномалии развития сердечно- сосудистой системы	2 4	2,3 4,6	2 16	3,4 27,1*
Опорно-двигательная аппарат (дисплазия т/бедренных суставов, плоскостопие, кифосколиоз, полидактилия)	10	11,5	10	17
Грыжи (пупочная, пахово-мошоночная)	3	3,5	7	11,9
Мочеполовая система (фимоз, удвоение почки, пиелозктазия, крипторхизм)	0	0	6	10,2*
Челюстно-лицевые дисморфии (расщелина губы, неба, микрогения)	1	1,2	4	6,8
Бронхолегочная система (бронхиальная астма)	0	0	1	1,7
Рахит	12	13,8	14	23,7
Атопический дерматит	5	5,8	8	13,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата (косоглазие)	3	3,5	13	22*
Железodefицитная анемия	30	34,5	5	8,5*
Невротические нарушения (руминация, нарушения сна, сосание пальца, одежды, аффективно-респираторные приступы)	13	15	13	22
ВИЧ - инфекция	0	0	1	1,7

Примечание. * p<0,05

При анализе соматического статуса обеих групп у детей первой группы ведущее по частоте место заняла железодефицитная анемия – у каждого 3-го ребенка, что можно объяснить особенностью вскармливания в домах ребёнка в 2001г. частично адаптированными смесями и избыточным использованием молочных каш, особенно манной. Более низкий уровень железодефицитной анемии ($p < 0,05$) у детей второй группы, по нашему мнению, связан с переходом на вскармливание адаптированными смесями и своевременным введением оптимального прикорма в связи с внедрением рекомендаций Национальной программы по вскармливанию детей раннего возраста.

Во второй группе достоверно выше число случаев малых аномалий развития сердечно-сосудистой системы, что связано с введением обязательного проведения УЗИ всем воспитанникам домов ребёнка с 2007 г. По этой же причине, возможно, возросла и частота выявления патологии мочеполовой системы. Во второй группе наблюдался и более высокий удельный вес патологии органов зрения, в основном за счет косоглазия (3,5% и 22%). В то же время, частота патологии опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевые дисморфии, грыжи, рахит, врожденные пороки сердца и невротические нарушения сопоставимы с данными по первой группе ($p > 0,05$). Такие тяжелые заболевания, как бронхиальная астма, ВИЧ-инфекция встретились в единичных случаях во второй группе. Для исключения эндокринной патологии дети обеих групп по показаниям консультировались эндокринологом.

Таким образом, представленный соматический статус детей обеих групп не может обуславливать задержку физического развития.

Сопоставление анамнестических данных, факторов депривации с соматическим статусом, показателями физического и нервно-психического развития детей-сирот

С использованием корреляционного анализа изучена связь показателя Z-score роста и веса на момент обследования, росто-весовых показателей при рождении, различных сфер НПР (моторной, сенсорной, эмоциональной, поведенческой, познавательной) с различными факторами: данными анамнеза (патология беременности и родов, алкоголизм матери); соматическим статусом

(наличие невротических нарушений, аллергических заболеваний, пороков развития внутренних органов, кратность респираторных заболеваний в год, наличие рахита и анемии); факторами депривации (срок пребывания ребенка в стационаре до оформления в ДР, возраст поступления в ДР, срок пребывания в ДР на момент обследования). Значимым для данной выборки (при $p < 0,05$) являлся коэффициент корреляции (r) более 0,21.

При изучении корреляционных связей выявлены следующие закономерности:

На показатели физического развития оказывают влияние:

- патология беременности и родов - отрицательная связь ($r = -0,23$, $p < 0,05$) с показателем Z-score веса.
- длительность пребывания в ДР, как один из факторов депривации, отрицательно связан с показателем Z-score роста ($r = -0,25$, $p < 0,05$) - генетически детерминированным показателем и показателем Z-score веса ($r = -0,30$, $p < 0,05$) - более лабильным показателем, отражающим физическое благополучие [Юрьев В.В., 2002].
- возраст поступления в ДР - положительно связан с показателем Z-score веса ($r = 0,45$, $p < 0,05$), то есть чем позже ребенок поступает в ДР, тем меньше риск гипотрофии.

На показатели нервно-психического развития оказывают влияние:

- алкоголизм матери - отрицательная связь с такими сферами НПР, как познание ($r = -0,22$, $p < 0,05$) и поведение ($r = -0,28$, $p < 0,05$); положительная связь - с невротическими нарушениями ($r = 0,24$) (аффективно-респираторные приступы, яктация, руминация, нарушения сна), которые и определили отклонения в поведенческой сфере.
- показатель Z-score веса - положительная связь с КПР ($r = 0,29$, $p < 0,05$) и двумя сферами НПР — моторной ($r = 0,33$, $p < 0,05$) и познавательной ($r = 0,23$, $p < 0,05$) объясняется зависимостью данных показателей НПР от физического благополучия ребенка.

- время пребывания ребенка в стационаре - отрицательная связь со сферой познания ($r = -0,24$, $p < 0,05$), что, по нашему мнению, объясняется «жестким» госпитализмом стационара
- время пребывания в ДР - положительная связь с сферой познания ($r = 0,27$, $p < 0,05$), что объяснимо реабилитационными мероприятиями, проводимыми в ДР; об этом свидетельствует и положительная связь познания ($r = 0,29$, $p < 0,05$) с фактическим возрастом ребенка.
- время пребывания в ДР и фактический возраст детей имеют отрицательную связь ($r = -0,26$, $p < 0,05$ и $r = -0,37$, $p < 0,05$ соответственно) с сенсорной сферой. Объяснением этому факту может служить однообразие стимулов, впечатлений, окружения, режима в условиях ДР.
- время пребывания в ДР имеет положительную связь с эмоциональной сферой ($r = 0,26$, $p < 0,05$) и возрастом ребенка ($r = 0,39$, $p < 0,05$), что может свидетельствовать об адекватном эмоциональном фоне в конкретном ДР, а также особенностях самой методики диагностики эмоциональной сферы (ответная реакция на улыбку взрослого и т. п.)
- Частые острые респираторные заболевания отрицательно влияют и на показатели физического развития - показатель Z-score веса ($r = -0,25$, $p < 0,05$) и сенсорную сферу НПР ($r = -0,24$, $p < 0,05$) (изоляция ребенка на период заболевания – «ужесточение» депривации).
- Такие соматические заболевания, как рахит и анемия не оказались связанными ни с одной сферой НПР, но имели отрицательную связь с временем пребывания в ДР ($r = -0,25$, $p < 0,05$) и фактическим возрастом ($r = -0,32$, $p < 0,05$), что объяснимо соответствующими лечебными мероприятиями.

Для подтверждения негативного влияния времени пребывания в ДР на весо-ростовые показатели, используя метод парных корреляций, во второй группе детей, как и в первой, выявлены следующие достоверные связи:

- отрицательная связь показателя Z-score веса с временем пребывания в ДР ($r = -0,29$, $p < 0,05$),

- отрицательная связь показателя Z-score роста с временем пребывания в ДР ($r=-0,46, p<0,05$)

Таким образом, время пребывания в ДР можно определить как ведущий фактор ретардации физического развития.

Обоснование модели медико-психолого-педагогического сопровождения специалистов ДР.

В мировой педиатрической практике в последнее время актуализируется вопрос о пересмотре деятельности врача-педиатра, направленной, в основном на диагностику и лечение конкретных заболеваний. Организм ребенка постоянно развивается, поэтому система комплексной помощи может быть эффективной только при учете процессов роста и развития ребенка.

Как было показано в исследовании, дети, воспитывающиеся в ДР имеют существенные отклонения в ФР и НПР, обусловленные, в частности, разобщенностью действий специалистов, работающих с детьми (педиатра, педагога и психолога). На рис. 7 представлена разработанная организационная модель медико-психолого-педагогического взаимодействия.

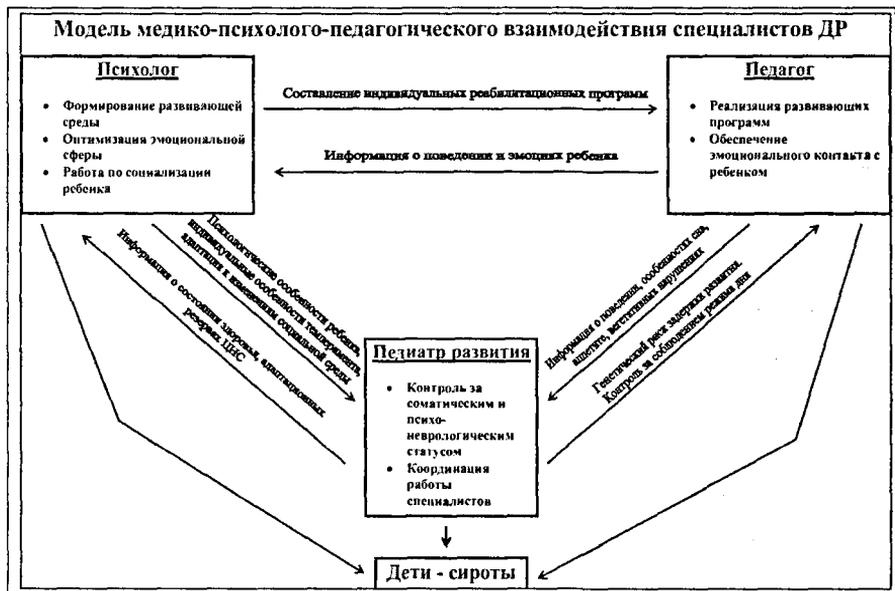


Рис.7 Модель медико-психолого-педагогического взаимодействия.

На основании полученных результатов, свидетельствующих о значительном влиянии ряда негативных медико-социальных и психолого-педагогических факторов на рост и развитие детей в домах ребёнка, предложена модель медико-психолого-педагогического сопровождения, основанного на взаимодействии специалистов ДР при координирующей роли врача-педиатра, как "педиатра развития".

При взаимодействии с другими специалистами, работающими с детьми в ДР, функции врача-педиатра как "педиатра развития" должны быть дополнены:

- Контролем за соматическим статусом, ФР и НПР ребенка;
- Обобщением и анализом сведений, полученных от психолога об индивидуальных особенностях ребенка, его адаптации к изменениям окружающей среды; от педагога – о поведении ребенка, его привычках, особенности взаимодействия с окружающими;
- Контролем за выполнением индивидуальных программ реабилитации, разрабатываемых при проведении медико-психолого-педагогическим совещаний.

Мы считаем, что "педиатр развития", имеющий специальную подготовку, в том числе в области возрастной физиологии, гигиены детей, социальной педиатрии, заинтересованный как в физическом, так и в нервно-психическом развитии детей, может и должен осуществлять контроль за медико-психолого-педагогическим сопровождением детей в ДР.

ВЫВОДЫ:

1. Установлено, что в Домах ребенка по уровню нервно-психического развития в группу здоровых по коэффициенту психического развития вошло 6% детей, в группу риска и патологии — 94% детей сирот с ретардацией сенсорной, моторной, эмоциональной, поведенческой и познавательной сфер. Прямо коррелировали с алкоголизмом матери нарушения в сферах познания и поведения; с факторами депривации (срок пребывания в стационаре для оформления в дом ребенка и время пребывания в доме ребенка) - нарушения в когнитивной и сенсорной

сферах; частыми респираторными инфекциями – нарушения в сенсорной сфере.

2. Характерной особенностью физического развития воспитанников Дома ребенка в 70-80% случаев явился микросоматический соматотип. Только каждый 3-й ребенок ранее воспитывавшийся в доме ребёнка и ставший воспитанником школы-интерната, к младшему школьному возрасту по весо-ростовым показателям соответствует мезосоматическому соматотипу.
3. Нозологическая структура заболеваний воспитанников Дома ребенка, исключая тяжелые пороки развития, в основном представлена малыми аномалиями сердца (27%), рахитом (23,7%), невротическими нарушениями (22%), атопическим дерматитом (13,6%), железодефицитной анемией (8,5%) и не определяет ретардацию физического и нервно-психического развития.
4. Большинство эпизодов острых кишечных инфекций (72%) приходится на 2-й год жизни и обусловлены в равной степени ротавирусной и бактериальной инфекцией. Частота острых респираторных инфекций с преобладанием острых заболеваний верхних дыхательных путей у воспитанников Дома ребенка соответствует таковой у детей раннего возраста, воспитывающихся в семье и посещающих детские дошкольные учреждения, и снижается к 3-му году пребывания в Доме ребенка. Характерной особенностью распространённости острых пневмоний в условиях Дома ребенка оказалась их одинаковая частота во всех возрастных группах.
5. Негативное влияние на показатели физического развития оказывают следующие факторы: длительность пребывания в Доме ребенка — на показатель Z-score веса и роста ($p < 0,05$); частые острые респираторные инфекции, патология беременности и родов — на показатель Z-score веса ($p < 0,05$).
6. Врач-педиатр, контролируя соматический статус, физическое, нервно-психическое развитие ребенка и его интеграцию в социум, тем самым

осуществляет функции "педиатра развития", что определяет его ведущую интегрирующую и координирующую роль в системе медико-психолого-педагогического сопровождения детей-сирот воспитывающихся в доме ребёнка.

Практические рекомендации:

1. В функциональные обязанности врача - педиатра дома ребенка целесообразно включить контроль за эффективностью реабилитационных мероприятий, проводимых педагогом и психологом с учетом соматического статуса ребенка. В качестве инструмента мониторинга следует использовать компьютерная программа «Психологическое обследование детей первых семи лет жизни детей с нарушениями психо-неврологического развития».

2. С учетом негативного влияния длительности пребывания в стационаре на когнитивную сферу, следует инициировать вопрос о сокращении сроков стационарного обследования детей перед поступлением в ДР.

3. В программы обучения студентов медицинских вузов и врачей в системе последиplomного повышения квалификации следует включить материалы исследования, касающиеся особенностей роста и развития детей в условиях интернатных учреждений, а также функциональных обязанностей и порядка работы врача - «педиатра развития».

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Егорова Н.Ю., Павликов А.В. Соматический статус и нервно-психическое развитие детей – воспитанников Дома ребенка. // Материалы межрегион. студ. науч. конференции, посвящ. 85-летию воронежской гос. академии им. Бурденко – Воронеж, 2003- С. 160-161.

2. Павликов А.В., Кузнецова Т.А., Нечаева Т.М. Междисциплинарный подход в диагностике нарушений нервно-психического развития детей раннего

возраста в детском социуме. // Материалы IX Конгресса педиатров России- М., 2004.-С.233.

3. Павликов А.В. Особенности нервно-психического и соматического статуса воспитанников Дома ребенка. // Вестник научного студенческого общества фак-та педагогики и психологии ОГУ. Вып. 3- Орел, 2004,- С.47.

4. Павликов А.В., Кузнецова Т.А., Шепилов Л.А. Структура заболеваний новорожденных, лишенных родительского попечения. // Матер. Российского научно-практ. форума «Актуальные проблемы педиатрии и дерматологии»- Орел, 2005.

5. Павликов А.В., Помогаева В.И., Кузнецова Т.А. Госпитализм, как этап депривации воспитанников Дома ребенка. // Сб. трудов научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного центра РАМН, том II – Курск,2005.-С.371-372

6. Павликов А.В., Минакова Е.В., Нечаева Т.М., Кузнецова Т.А. Влияние этапа госпитализации на нервно-психическое развитие воспитанников Дома ребенка. // Сб. материалов X Съезда педиатров России-М., 2005.-С.396.

7. Павликов А.В. «Профиль развития» развития детей раннего возраста – воспитанников Дома ребенка. // Сб. материалов XI Конгресса педиатров России- М., 2007. – С. 244.

8. Павликов А.В. Оптимизация мониторинга нервно-психического развития детей раннего возраста в условиях дома ребенка. // Реабилитация детей в доме ребенка [Текст]: сб. научных трудов, посвященный 65-летию ГУЗ «Воронежский областной специализированный дом ребенка »- Воронеж: Научная книга, 2008, - С.88-90.

9. Павликов А.В., Кузнецова Т.А., Нечаева Т.М. Нервно-психический профиль воспитанников Дома ребенка. // Вопросы современной педиатрии, Т. 9, №3.–М., 2010.- С.7-8.

10. Павликов А.В., Кузнецова Т.А., Нечаева Т.М. Роль педиатра развития в системе медико-психолого-педагогического сопровождения в условиях Дома ребенка. // Учёные записки Орловского государственного университета. № 2 (36), Орел 2010 г.-С.208-216.

Перечень используемых сокращений.

ДР - дом ребенка

ГНОМ - график нервно-психического обследования младенца

КПР - коэффициент психического развития

ФР - физическое развитие

НПР - нервно-психическое развитие

ОРИ - острые респираторные инфекции

ОРЗ - острые респираторные заболевания

ЦНС - центральная нервная система

Подписано в печать 13 октября 2010 г.
Формат 60x90/16
Объём 1,40 п.л.
Тираж 100 экз.
Заказ № 131010319

Оттиражировано на ризографе в ООО «УниверПринт»
ИНН/КПП 7728572912\772801001
Адрес: г. Москва, улица Ивана Бабушкина, д. 19/1.
Тел. 740-76-47, 989-15-83.
<http://www.univerprint.ru>