ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ

Дорошенко Ирина Тоймурадовна

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации. 223027, Минская обл., Минский р-н, Колодищанский с/с, 93, Республика Беларусь

E-mail: irinadoroshenkot@gmail.com

Ключевые слова: дети; реабилитационный потенциал; низкорослость; ограничение жизнедеятельности

Введение. Прогноз восстановления нарушенных функций и возможности социальной адаптации, объем и частоту нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации для каждого конкретного ребенка (в том числе ребенка-инвалида) определяется уровнем реабилитационного потенциала (РП). РП оценивается как комплекс медицинских, психологических и социальных факторов и учитывает возможности обратимости и/или компенсируемости функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации при помощи технических средств социальной реабилитации, хирургической коррекции, лекарственных и иных средств, замедление прогрессирования заболевания, а также возможность социальной адаптации и отсутствию признаков инвалидности к совершеннолетию.

Цель исследования. Оценить РП у детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, и определить основные факторы, оказывающие влияние на его уровень.

Материалы и методы. Было проведено клинико-экспертное исследование 150 детей с низкорослостью в возрасте от 1 до 18 лет. Все дети были разбиты на 5 нозологических групп, исходя из основных этиологических причин низкого роста: 1-я группа — дети с дефицитом гормона роста (ДГР), 2-я — с другими эндокринными заболеваниями (ДЭЗ), 3-я — с низкорослость вследствие хронических заболеваний, обусловленных соматической патологией и/или патологией нервной системы (НХЗ), 4-я — с генетическими синдромами (ГС), 5-я — со скелетными дисплазиями (СД). Всем детям была проведена оценка уровня РП по существующим в Республике Беларусь на данный момент критериям. Высокий РП присваивался детям, имеющим нарушение функций органов и систем организма 0–2 степени, у которых прогнозируется полная или частичная компенсация до 0–1 степени; средний РП — 2-й степени (или нарушения двух и более функций 1-й степени), у которых прогнозируется частичная компенсация до 1–2 степени; низкий РП — 3–4 степени (или нарушения двух и более функций 2-й степени), у которых прогнозируется частичная компенсация до 3–4 степени. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием VassarStats.

Результаты. В ходе исследования, было установлено, что высокий РП, который позволяет рассчитывать у исследуемой группы детей на полную обратимость или компенсируемость функциональных нарушений до 1-ой степени, наблюдался у 44,0% (95ДИ: 36,3–52,0) пациентов, средний — у 36,0% (95ДИ: 28,8–43,9), низкий — у 20,0% (95ДИ:14,4–27,1).

Следует отметить, что у детей с ДГР наиболее часто отмечались средний и низкий РП (34,7%, 95ДИ: 22,9–48,7), соответственно. Самым распространенным уровнем РП у детей с НХЗ (52,1%, 95ДИ: 33,0–70,8), ГС (50,0%, 95ДИ: 30,7–69,3) и СД (60,0%, 95ДИ: 31,3–83,2) был средний, у детей ДЭЗ (76,1%, 95ДИ: 62,1–86,1) — высокий.

Кроме того, было проведено изучение влияния гендерно-возрастных показателей и нозологической формы заболевания на уровень РП. Результаты исследования взаимосвязи РП с полом и возрастом ребенка не показали значимых воздействий указанных факторов ($p \geq 0,05$) на РП. При этом исследование влияния нозологической формы на уровень РП, установило, что у детей при ДЭЗ высокий и средний РП отмечались значительно чаще, чем при ДГР ($\chi^2 = 21,0$, $p < 0,001$), НХЗ ($\chi^2 = 15,9$, $p < 0,001$), ГС ($\chi^2 = 8,6$, $p = 0,013$), СД ($\chi^2 = 15,8$, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, был осуществлен анализ результатов оценки РП у детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, и установлено, что у детей при ДГР наиболее часто отмечается средний и низкий РП (34,7%, 95ДИ: 22,9–48,7), соответственно, при НХЗ (52,1%, 95ДИ: 33,0–70,8), ГС (50,0%, 95ДИ: 30,7–69,3) и СД (60,0%, 95ДИ: 31,3–83,2) — средний; а при ДЭЗ высокий (76,1%, 95ДИ: 62,1–86,1). Нозологическая форма, приведшая к низкорослости оказывает некоторое влияние на уровень РП ребенка: при ДЭЗ высокий и средний РП встречаются значительно чаще ($p \leq 0,05$), чем при других патологиях.