

ХАНОВА

Наталья Александровна

**РАЗВИТИЕ, ЗДОРОВЬЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ДЕТЕЙ ИЗ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ**

14.01.08 – педиатрия

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Пермь 2014

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Аверьянова Наталья Ивановна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой пропедевтики
детских болезней и сестринского дела
в педиатрии ГБОУ ВПО «Пермской
государственной медицинской
академии им. акад. Е.А. Вагнера»
Минздрава России

Официальные оппоненты:

Аминова Альфия Иршадовна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры пропедевтики детских
болезней педиатрического факультета
ГБОУ ВПО «Первого
государственного медицинского
университета им. И.М. Сеченова»
Минздрава России

Акатова Алевтина Анатольевна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры адаптивной и лечебной
физической культуры ФГБОУ ВПО
«Пермского государственного
гуманитарно-педагогического
университета»

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 11 сентября 2014 г. в 9.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.02 на базе ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26).

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России (614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26) на сайтах vak.ed.gov.ru и www.psma.ru.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета доктор медицинских наук, профессор В.В. Щекотов.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. По данным Росстата в России, на 1 января 2014 г. проживает 670000 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [Т.Г. Кель, 2014]. В настоящее время большинство этих детей находится в семейных формах устройства [Е.Г. Азарова, 2014].

Согласно данным Министерства социального развития Пермского края, на 1 января 2014 г. в регионе проживает 17100 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 16005 (93,6%) детей помещены в замещающие семьи, в том числе, в опекунские – 8801 (54,5%), в приемные – 5190 (32,4%), усыновлены – 1351 (7,9%), в семейно-воспитательных группах и патронатных семьях живут 663 (3,9%) и в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, – 1095 (6,4%) [Т.Г. Кель, 2014].

Несмотря на широкое распространение устройства детей в замещающие семьи, до сих пор остается мало изученным развитие и здоровье их воспитанников [Е.Д. Басманова, 2009; Т.А. Басилова, 2010, Т.В. Бородулина, 2013]. До 1 мая 2014 г. эти дети не подлежали ежегодной диспансеризации. В то же время большинство исследователей проблемы сиротства признают, что дети-сироты, помещенные в замещающие семьи, нуждаются в углубленном обследовании и индивидуальном медицинском сопровождении [О.З. Бахметьева, 2007; И.Ю. Болотников, 2008, Т. Traster, 2013]. К сожалению, в России, помимо существующих и хорошо внедренных механизмов медицинского обслуживания детей-сирот, проживающих в детских домах, до сих пор не разработана система медицинского сопровождения детей, находящихся в семейных формах устройства. При этом юридический, социальный и психолого-педагогический патронаж замещающих семей закреплен нормативными актами и осуществляется сотрудниками Центров сопровождения опекаемых. Поэтому представляется актуальным изучение особенностей развития и здоровья воспитанников замещающих семей в условиях динамического наблюдения с особым акцентом на изучение удовлетворенности замещающих родителей качеством медицинского обслуживания и на поиск возможных путей повышения его эффективности.

Цель исследования: изучить здоровье и развитие детей из замещающих семей и провести анализ удовлетворенности замещающих родителей качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Задачи исследования:

1. Оценить медицинское сопровождение детей-сирот в Пермском крае и провести углубленный анализ результатов проведенной в 2009 г. по учётной форме 08/Д/с диспансеризации пребывавших в стационаре детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.
2. Провести сравнительную оценку физического, нервно-психического развития, структуры заболеваемости детей в зависимости от формы устройства в динамике обучения с 1 по 3 класс.
3. Оценить физическое, нервно-психическое развитие и структуру заболеваемости подростков 14-16 лет в зависимости от формы устройства.
4. Провести анализ социального статуса замещающих семей и оценить удовлетворенность замещающих родителей качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Научная новизна. Впервые в Пермском крае проведено научное исследование медицинского сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; изучен их социальный и биологический анамнез, показано, что большинство из них находится в замещающих семьях (приемных и опекунских).

Впервые составлен социальный портрет современных замещающих семей и проведен анализ влияния условий проживания в них на развитие и здоровье воспитанников.

Показана неудовлетворенность замещающих родителей качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Впервые выявлена значимость оценки личностного психологического статуса ребенка для его успешной реабилитации в условиях замещающей семьи и налаживания доверительных отношений в триаде «замещающий родитель – ребенок – врач».

Практическая значимость работы. Проведена оценка форм устройства детей-сирот как фактора, влияющего на их физическое и нервно-психическое развитие и заболеваемость.

Полученные результаты показали, что в Пермском крае замещающие родители обслуживаются только двумя Центрами сопровождения опекаемых. При этом большинство из них проживают далеко от данных учреждений. Медицинское обслуживание на базе Центров не предусмотрено. Отсутствует качественная ежегодная диспансеризация детей. Нет объективной информации об их развитии и здоровье. Все это обосновывает необходимость внедрения более качественного медицинского обслуживания воспитанников замещающих семей.

Выявлены особенности развития и здоровья воспитанников замещающих семей и показано, что эти дети уступают сверстникам, проживающим в биологических семьях, по уровню физического, нервно-психического развития и заболеваемости, но превосходят детей, воспитывающихся в детском доме.

Показана роль углубленного исследования нервно-психического развития и личностного психологического статуса ребенка из замещающей семьи для своевременной коррекции когнитивных и личностных отклонений, а также для оценки влияния условий жизни на школьную успеваемость, психоэмоциональный комфорт ребенка и его социализацию. Обоснована необходимость ежегодного осмотра детей из замещающих семей детским неврологом, психиатром и детским психологом.

Сравнительный анализ здоровья воспитанников замещающих семей младшего школьного и подросткового возраста показал целесообразность более раннего устройства детей-сирот в замещающие семьи.

Обнаружено, что замещающие родители нуждаются в образовательных программах, которые должны повысить их знания об особенностях развития и здоровья детей-сирот и позволить более эффективно и целенаправленно осуществлять мероприятия в рамках медицинской программы индивидуальной реабилитации их воспитанников.

Положения, выносимые на защиту

1. В настоящее время в Пермском крае 16 005 (93,6%) сирот проживает в замещающих семьях. До 1 мая 2014 г. в обязательную диспансеризацию включались, как и при других формах устройства, только воспитанники замещающих семей, прошедшие обследование и лечение в стационаре. При этом результаты такой диспансеризации расходятся с данными углубленных обследований детей этой категории. Большинство воспитанников замещающих семей имеют отягощенный биологический и социальный анамнез, что является основной причиной отклонений в здоровье и развитии, при этом в замещающие семьи 61,3% этих детей поступают с неполными медицинскими сведениями.

2. Динамическое наблюдение детей в возрасте от 7 до 9 лет показало, что в замещающих семьях происходит улучшение показателей физического и нервно-психического развития, более выраженное, чем в детском доме, но менее значительное, чем в биологических семьях.

В структуре заболеваемости в замещающих семьях к 3 классу в 2 раза возрастают патология нервной и костно-мышечной системы, психические расстройства и болезни органов пищеварения, в 3 раза – болезни крови (анемия). Во всех группах наблюдения за этот период происходит повышение распространенности хронической патологии.

3. Подростки из замещающих семей сопоставимы по уровню физического развития с подростками из биологических семей, а по уровню нервно-психического развития, структуре хронической патологии они ближе к

сверстникам из детского дома. Уровень хронической патологии и отклонений в нервно-психическом развитии у подростков из замещающих семей тем выше, чем старше возраст их поступления в замещающую семью.

4. Отсутствие качественного наблюдения за детьми до помещения их в замещающую семью затрудняет составление индивидуальных программ реабилитации. Каждый второй замещающий родитель испытывает трудности в воспитании ребенка в связи с наличием у него отклонений в психоэмоциональной и интеллектуальной сферах и проблемами со здоровьем воспитанника. Большинство опекунов и приемных родителей не удовлетворено качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в медицинское сопровождение детей из замещающих семей, проживающих на территории Кишертского и Осинского муниципальных районов Пермского края. Намечены пути совершенствования медицинского сопровождения воспитанников замещающих семей. С результатами проведенной работы ознакомлены специалисты Министерства здравоохранения Пермского края, Центров сопровождения опекаемых и детских домов.

Личный вклад автора. Автором лично осуществлялся набор материала, проводились статистическая обработка и анализ данных. Личное участие автора в обследовании пациентов составляет 90%.

Апробация работы. Основные положения работы доложены и обсуждены на VII Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых-педиатров (Томск, 2009 г.), XVI Съезде педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2009 г.), X, XI, XII Российских Конгрессах «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» (Москва, 2010, 2011, 2012 гг.), XX, XXI Всероссийских конгрессах педиатров в рамках конкурса молодых ученых (Москва, 2013 г., 2014 г.). По материалам диссертации опубликовано 19 работ, в том числе 3 – в журналах, рецензируемых ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 132 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего всего 247 источников, из них 173 – отечественных и 74 – зарубежных. Диссертация иллюстрирована 8 таблицами и 29 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России в период с 2008 по 2013 гг. Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Первый этап работы заключался в ретроспективном анализе медицинского сопровождения детей-сирот в Пермском крае в 2008-2013 гг., в изучении законодательной базы существования в России института замещающих семей. В этот период был проведен анализ результатов проведенной в 2009 г. по учетной форме 08/Д/С диспансеризации пребывавших в стационарах детей-сирот, детей, лишенных родительской опеки, и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

На **втором этапе** было проведено два независимых исследования: двухлетнее наблюдение с 3-кратным обследованием детей младшего школьного возраста и однократное обследование подростков из разных условий проживания (замещающие семьи, детский дом, биологические семьи). Алгоритм обследования включал изучение личной документации детей, клинический раздел (расспрос, осмотр, оценка физического и нервно-психического развития, выявление патологических симптомов, консультирование узкими специалистами, лабораторно-диагностические обследования, определение группы здоровья), патронаж замещающих и биологических семей, анкетирование обследованных (анкетирование ребенка по модифицированному вопроснику Кеттелла, тест

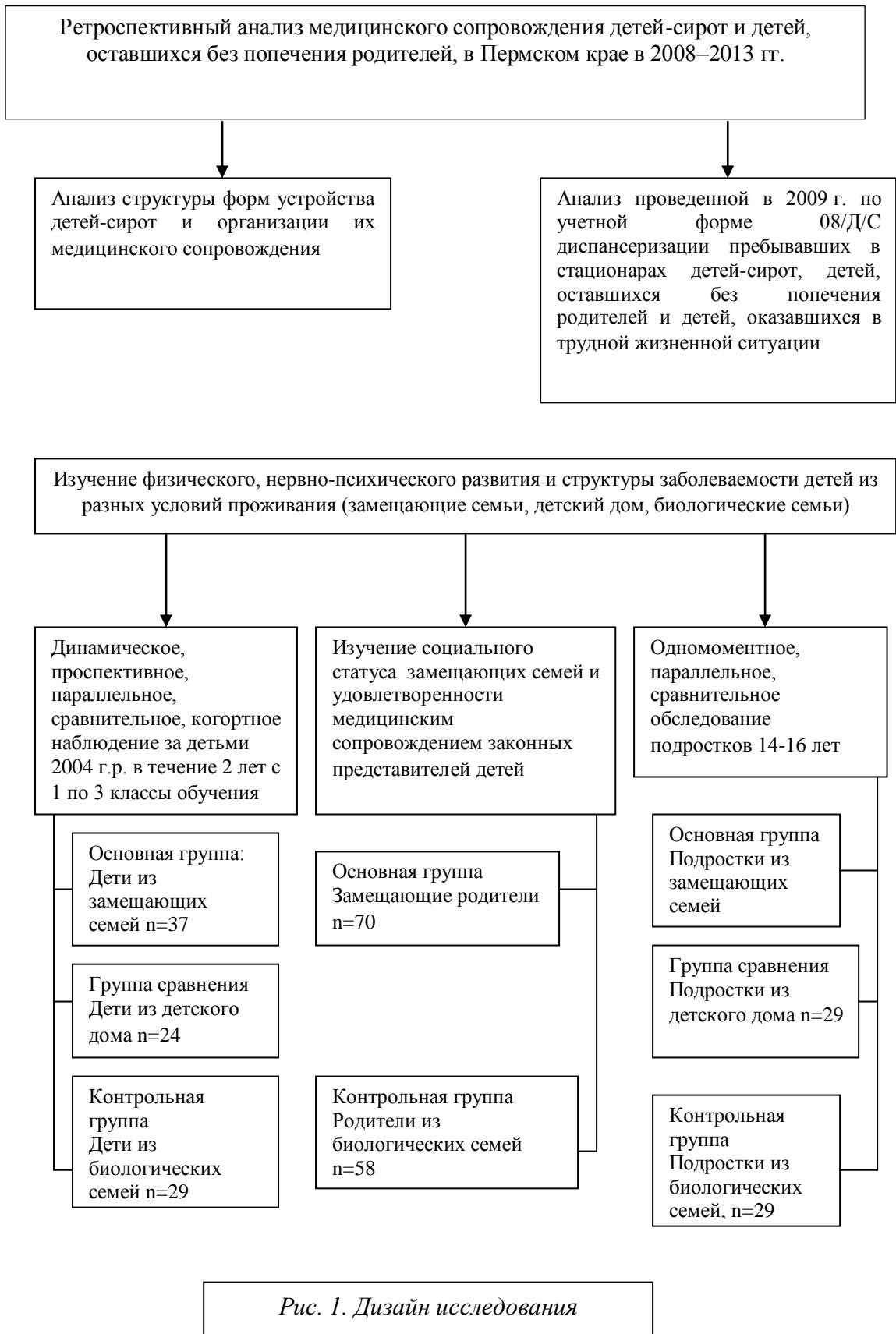
тревожности Спилбергера, рисунок семьи в модификации А.И. Захаровой; анкетирование законных представителей по анкетам родительско-детских отношений Р.С. Немова, опрос по специально разработанным анкетам для оценки удовлетворенности законных представителей медицинским сопровождением их детей).

Набор клинического материала осуществлялся в Кишертском и Осинском районах Пермского края, где проживало на момент исследования больше всего детей из замещающих семей. Осмотр этих детей проводился на базе Центральной районной больницы г. Оса, Центральной районной больницы Кишертского муниципального района. Группа сравнения набрана из числа детей, проживающих в ГКУЗ СО «Детский дом №3» г. Перми. Группа контроля набрана из числа учащихся МОУ «Средней образовательной школы №24» г. Перми. Законные представители детей подтвердили согласие на осмотр их воспитанников в письменном виде после объяснения им в доступной форме целей и задач обследования.

Первое исследование является динамическим проспективным параллельным сравнительным когортным наблюдением в течение 2 лет за 3 группами детей (86 человек) 2004 г.р. с 1-го по 3-й класс обучения из замещающих семей, детского дома и биологических семей. Осмотры проводились ежегодно с привлечением детского психолога. Критерии включения в группу динамического наблюдения: возраст на начало исследования 7 лет \pm 6 мес; отсутствие грубых пороков развития и некомпенсированной хронической патологии; для семейных форм устройства: проживание в замещающей семье более 1 года.

Второе исследование характеризуется как одномоментное параллельное сравнительное обследование трех групп подростков 14-16 лет из разных условий проживания (замещающие семьи, детский дом, биологические семьи). В исследовании принял участие 91 подросток. Критерии включения в группы одномоментного наблюдения: возраст на момент исследования 14-16 лет; отсутствие грубых пороков развития и некомпенсированной хронической патологии; для семейных форм устройства: проживание в замещающей семье более 1 года.

Результаты исследования обработаны при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel 2003 и Biostat 5,8. Используются методы параметрической и непараметрической статистики. При описании данных используются среднее и стандартное отклонения, средний и 95%-доверительный интервал при нормальном распределении, мода и медиана при асимметрическом распределении. Для оценки межгрупповых различий используются парный критерий Стьюдента, числовой критерий Z. За достоверные различия приняты отличия $p \leq 0,017$.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

К положению 1. В настоящее время в Пермском крае 16 005 (93,6%) сирот проживает в замещающих семьях. До 1 мая 2014 г. в обязательную диспансеризацию включались, как и при других формах устройства, только воспитанники замещающих семей, прошедшие обследование и лечение в стационаре. При этом результаты такой диспансеризации расходятся с данными углубленных обследований детей этой категории. Большинство воспитанников замещающих семей имеют отягощенный биологический и социальный анамнез, что является основной причиной отклонений в здоровье и развитии, при этом в замещающие семьи 61,3% этих детей поступают с неполными медицинскими сведениями.

По данным Министерства социального развития Пермского края, на 1 января 2014 г. в регионе проживает 17100 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 93,6% (16005 детей) воспитывается в замещающих семьях. Самыми распространенными видами замещающих семей в крае являются опекунские (54,9%) и приемные (32,4%) семьи.

Ежегодно в крае выявляется около 2000 детей-сирот, в 2013 г. вновь выявлено 1992 таких ребёнка. В последние 3 года происходит рост возврата детей из замещающих семей в коллективные формы устройства: в 2011 г. возвращено 36 детей (0,2%), в 2013 г. – 47 (0,3%). При этом определяется тенденция к снижению возврата детей в кровные семьи: в 2011 г. возвращено 1423 ребёнка (8,0%), в 2013 г. возвращено в семьи 1222 ребёнка (7,6%). Приведенные данные свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях в институте замещающих семей и требуют изучения причин.

На 16005 воспитанников замещающих семей в Пермском крае имеется только два структурных подразделения Министерства социального развития (Центра сопровождения опекаемых) в г. Пермь и г. Чайковский. До 1 мая 2014 г. Центры осуществляли социально-психолого-педагогическое сопровождение замещающих семей. Ввиду большой протяженности региона замещающие семьи находятся на значительном отдалении от этих учреждений. Так, Кишертский муниципальный район, где проживает 98 воспитанников замещающих семей, находится в 365 км от Центра сопровождения, что приводит к снижению обращаемости замещающих родителей за качественной помощью специалистов. Эта ситуация является характерной для 70% воспитанников замещающих семей, проживающих на сельских территориях Пермского края. Исключение составляют сироты, воспитывающиеся в патронатных семьях, в которых предусмотрено медицинское сопровождение детей штатным педиатром на базе детского дома. Но такая форма устройства составляет только 4,1% от общего количества детей, проживающих в семейных формах устройства. В целом сеть учреждений для детей-сирот только за последние 3 года сократилась на 20% за счет закрытия 4 Межведомственных центров помощи детям, 1 Центра сопровождения опекаемых и 1 детского дома.

В настоящее время функции Центров сопровождения опекаемых (за исключением диагностики и курсовой подготовки замещающих родителей) переданы негосударственным учреждениям, имеющим в своем составе социальную, психологическую и юридическую службы.

С апреля 2013 г. согласно приказу Министерства здравоохранения РФ №216н, дети из замещающих семей должны ежегодно проходить углубленную диспансеризацию. До этого большинство детей данной категории не были включены в диспансеризацию за исключением тех, кто проходил стационарное лечение.

В 2010 г. нами проведён тщательный анализ результатов диспансеризации находившихся на лечении в стационарах детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Из 19630 сирот, проживавших в Пермском крае в 2009 г., в диспансеризацию в соответствии с регламентом было включено лишь 6219 человек (31,7%), проходивших обследование в стационарах. Таким образом, состояние здоровья 13411 (68,3%) детей не контролировалось, поскольку не

входило в целевую группу по диспансеризации, при этом подавляющее число детей из замещающих семей под диспансеризацию не попадали.

Согласно результатам диспансеризации, 5535 (89%) детей-сирот имели нормальное физическое развитие, отклонения у 5,0% детей были обусловлены низким ростом, у 2% – высоким ростом, у 1% – дефицитом массы тела и у 1% – избытком массы тела.

Соответствующее возрасту нервно-психическое развитие имели 65% детей раннего возраста и 71% детей в возрасте 3-18 лет. Учетная форма не содержала уточняющих сведений о структуре отклонений в нервно-психическом развитии. Таким образом, согласно данным диспансеризации, подавляющее большинство детей-сирот в Пермском крае характеризуется высоким уровнем физического и нервно-психического развития, что расходится с общероссийскими данными, в которых указывается, что нормальное физическое развитие имеют только 54-68% сирот, а нервно-психическое развитие, соответствующее возрасту, только 30-44% этих детей.

Согласно результатам диспансеризации, на каждого ребенка-сироту приходилось в среднем 3,9 заболеваний. Наиболее распространенной патологией являлись психические расстройства и расстройства поведения (18,76%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,9%); болезни органов пищеварения (7,46%); болезни глаза и его придаточного аппарата (7,19%); болезни эндокринной системы (5,67%); врожденные аномалии развития (5,21%). Новообразования были выявлены в 0,16 % случаев (у 38 человек); 0,08% (21 человек) составили ВИЧ-инфицированные дети и дети, больные СПИДом. При этом среди детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, 78% имели хроническую патологию, 2,5% – инвалидность. Согласно диспансеризации, большинство детей-сирот имели 3-4 группу здоровья, только 0,26% детей имели 1 группу, 2,5% – 5 группу здоровья.

Таблица 1

Сравнительная характеристика некоторых показателей развития и здоровья детей-сирот по данным диспансеризации и результатам исследований разных авторов

Показатель, единица измерения	Дети-сироты, вошедшие в диспансеризацию в Пермском крае в 2009 г.		Дети-сироты, вошедшие в углубленные обследования разных лет		
	n	результат	n	результат	автор
Среднее число заболеваний на 1 ребенка, M±m	6219	3,9±1,35	14400	5,1±1,67*	Огрызко, 2008
Нормальное физическое развитие, %	6219	89	300	59,9*	Рассказова, 2010
НПР, соответствующее возрасту, %	6219	71	300	29,5*	Рассказова, 2010
Психические расстройства, %	6219	18,7	1040	44,7*	Болотников, 2008
Болезни костно-мышечной системы	6219	15,9	150	38,0*	Мажура, 2001

* - статистически значимые различия между данными диспансеризации и углубленных исследований

При сравнении результатов диспансеризации сирот Пермского края и данных углубленных исследований выявлены достоверные различия по числу заболеваний на одного ребенка-сироту, доли детей с отклонениями в физическом и нервно-психическом развитии, доли детей с психическими расстройствами, болезнями костно-мышечной системы и другой патологией.

Итак, в Пермском крае в настоящее время большинство детей-сирот проживает в семейных формах устройства. Несмотря на то что замещающие семьи рассматриваются как наиболее благоприятная форма для гармоничного развития и здоровья детей, до сих пор отсутствуют нормативные документы, регламентирующие медицинское сопровождение воспитанников замещающих семей. При этом проводимая диспансеризация детей-сирот объективно не отражает состояние их развития и здоровья и расходится с результатами углубленных когортных исследований этой группы детей.

При изучении анамнеза жизни воспитанники замещающих семей и детского дома были объединены в одну группу, поскольку изначально представляли одну категорию детей ($n=119$). Для сравнения некоторых данных изучен анамнез детей и подростков из биологических семей. Сбор данных у 61,3% детей-сирот, включенных в исследование, оказался весьма затруднительным из-за дефицита информации. Это связано с отсутствием у части детей индивидуальных историй развития, неполных обрывочных сведений в имеющейся медицинской документации, асоциальным поведением биологических матерей сирот, которые не состояли на учете по беременности в женской консультации, не посещали или посещали нерегулярно с ребёнком участкового педиатра.

Анализ биологического анамнеза детей показал, что наиболее частой причиной сиротства являлось лишение биологических родителей родительских прав (68,8%), т.е. большинство воспитанников замещающих семей и детского дома – социальные сироты, попавшие в семейные и закрытые формы устройства. Только четверть детей (24,2%), включенных в исследование, являлись истинными сиротами из-за смерти обоих или единственного родителя; 7% оказались сиротами из-за отказа от них матери и других биологических родственников сразу после рождения.

На диспансерном учете по беременности состояло только 18% матерей сирот, в отличие от детей из биологических семей, все матери которых наблюдались во время беременности ($p=0,001$).

Среди детей-сирот преобладали дети, рожденные от третьей и последующих беременностей. Отметим распространённость у этих матерей психических заболеваний, туберкулеза на фоне полного отсутствия этих болезней у матерей из биологических семей. 92,3% биологических матерей детей первой группы, в отличие от матерей из биологических семей (30%), имели отягощенный акушерский анамнез ($p=0,001$), из них половина женщин во время беременности страдала ранним гестозом, 25% перенесли поздний гестоз, столько же (27,0%) – угрозу прерывания беременности. Подавляющее большинство матерей детей из детского дома и замещающих семей во время беременности вели асоциальный образ жизни (курили, употребляли алкогольные напитки и наркотические вещества, не состояли на учете по беременности, характеризовались половой распущенностью), что не характерно для матерей из биологических семей.

У 22% детей-сирот матери были юными первородящими, в биологических семьях – 5%. Преждевременно рождены 36,3% детей-сирот и только 6,6% детей из биологических семей. Патологическое течение родов наблюдалось у 43,1% матерей детей-сирот и у 6,6% матерей из биологических семей ($p=0,001$). С массой менее 2500 г родился 31% детей-сирот и 8% детей из биологических семей.

Реанимационные мероприятия в родовом зале проводились 36,5% детей-сирот и только 12,7% детей из биологических семей ($p=0,038$). Достоверно чаще в периоде новорожденности у детей-сирот, в отличие от детей из биологических семей, встречались признаки перинатального поражения ЦНС (соответственно 93,2% и 20,0%, $p=0,001$), врожденные пороки развития (соответственно 29,2% и 3,3%, $p=0,001$); перинатальный контакт по вирусному гепатиту В и С, ВИЧ-инфекции (соответственно 33,3% и 3,3%, $p=0,009$).

Среди перенесенных заболеваний у детей-сирот до поступления в замещающие семьи и детский дом чаще всего встречались инфекционные и паразитарные заболевания (92%), железодефицитная анемия (72%), болезни

ЛОР-органов (56%). У 88% были диагностированы болезни костно-мышечной системы, у 76% – болезни нервной системы с когнитивными расстройствами. Треть детей-сирот (28%) имели в анамнезе документально зарегистрированные эпизоды травм различного происхождения, в том числе термические ожоги – 8%, черепно-мозговые травмы (8%), переломы конечностей (6%), отравления медикаментозными препаратами или бытовыми веществами (6%).

До поступления ребенка из асоциальной семьи под наблюдение органов опеки и попечительства, согласно имеющейся документации, на каждого из включенных в наше исследование детей приходилось 1,5 заболеваний, после проведенного углубленного обследования это число увеличилось в 2 раза и составило 3,08 заболеваний. Ранее у большинства детей не были диагностированы такие заболевания, как психические расстройства, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы. Так, установленный диагноз психического расстройства на момент поступления в детский дом имели только 8% детей, а после обследования психиатром – 57%. Несмотря на наличие показаний к хирургическому лечению по поводу пороков развития (гипоспадия, пупочная грыжа), никто из детей до поступления в детский дом и замещающие семьи не был прооперирован. В течение первого года после помещения в детский дом или замещающую семью всем детям, нуждавшимся в оперативном лечении, оно было проведено.

К положению 2. Динамическое наблюдение детей в возрасте от 7 до 9 лет показало, что в замещающих семьях происходит улучшение показателей физического и нервно-психического развития, более выраженное, чем в детском доме, но менее значительное, чем в биологических семьях.

В структуре заболеваемости в замещающих семьях к 3 классу в 2 раза возрастают патология нервной и костно-мышечной системы, психические расстройства и болезни органов пищеварения, в 3 раза – болезни крови (анемия). Во всех группах наблюдения за этот период происходит повышение распространенности хронической патологии.

Динамическое наблюдение за детьми в возрасте от 7 до 9 лет из разных условий проживания (замещающие семьи, детский дом, биологические семьи) показало, что к возрасту 9 лет в замещающих семьях увеличилось число детей с нормальным физическим развитием с 81,1% до 90,4%; в детском доме – практически не изменилось (83,7% → 83,3%); в биологических семьях – снизилось (82,4% → 75,0%) (рис. 1, 2, 3).

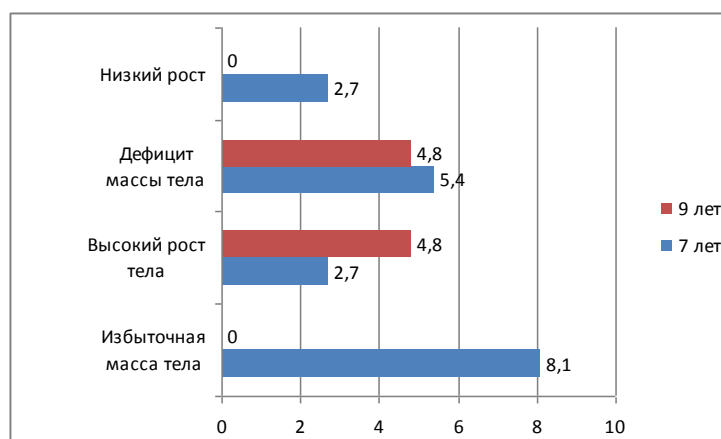


Рис. 1. Динамика отклонений в физическом развитии детей из замещающих семей в возрасте от 7 до 9 лет, %

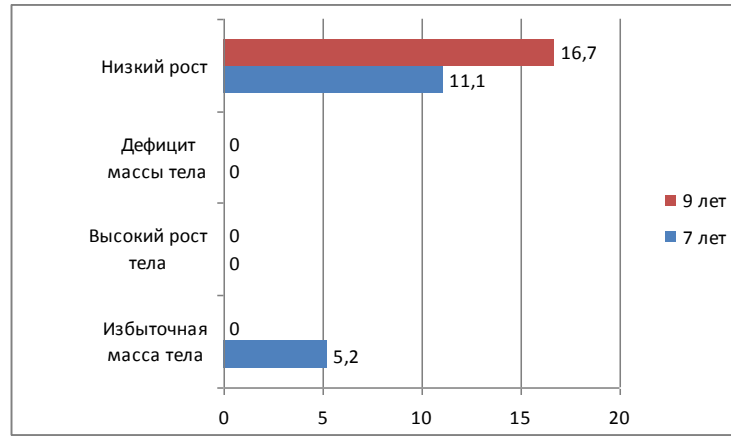


Рис. 2. Динамика отклонений в физическом развитии детей из детского дома в возрасте от 7 до 9 лет, %

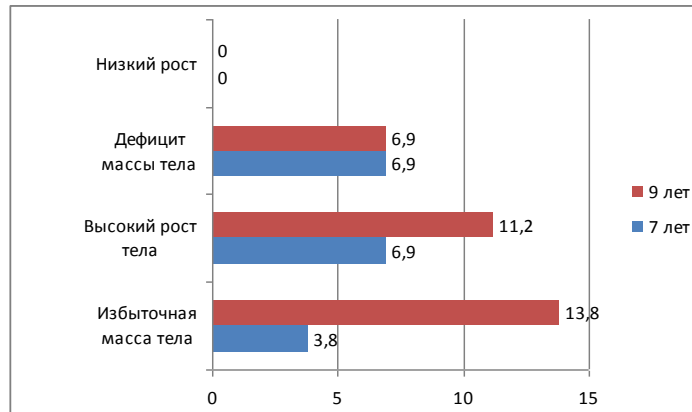


Рис. 3. Динамика отклонений в физическом развитии детей из биологических семей в возрасте от 7 до 9 лет, %

Воспитанники замещающих семей независимо от возраста всегда были достоверно ниже сверстников из биологических семей и достоверно выше детей из детского дома (рис. 4, рис. 5); в период с 8 до 9 лет они имели достоверно более высокие прибавки в росте по сравнению со сверстниками из детского дома и даже из биологических семей ($p \leq 0,05$): мальчики из замещающих семей выросли за этот период в среднем на $8,4 \pm 0,9$ см, из детского дома – на $4,6 \pm 1,4$ см, из биологических семей – на $4,4 \pm 0,6$ см ($p \leq 0,05$). Большую прибавку в росте у детей из замещающих семей можно объяснить сдвигом периода первого вытяжения и «феноменом роста вдогонку» в ответ на помещение ребёнка в семейные условия.

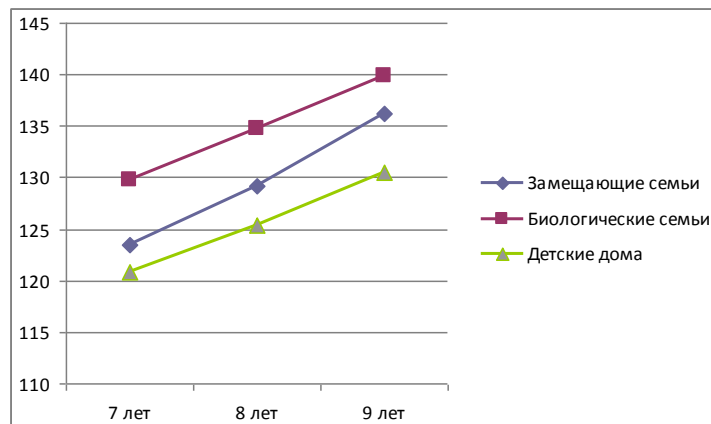


Рис. 4. Динамика среднего роста мальчиков за возрастной период с 7 до 9 лет, см

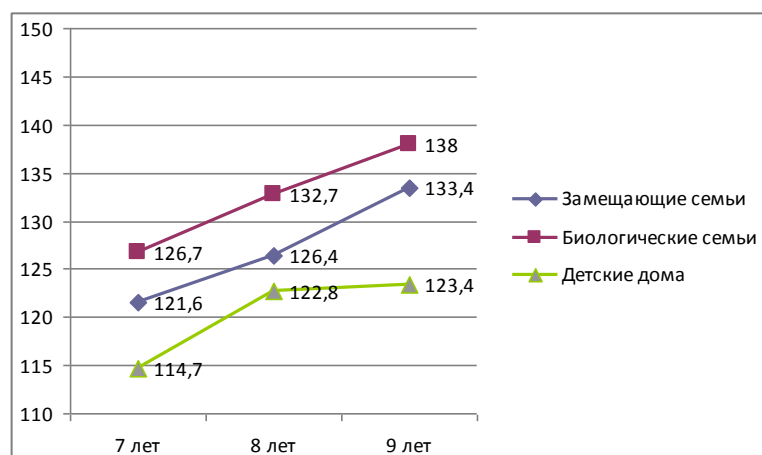


Рис. 5. Динамика среднего роста девочек за возрастной период с 7 до 9 лет, см

Сопоставление массы тела мальчиков показало, что и в 7, и в 9 лет воспитанники замещающих семей и детского дома имели более низкую массу, чем их сверстники из биологических семей. Так, средняя масса тела 7-летнего воспитанника замещающей семьи составляла $24,1 \pm 1,0$ кг, детского дома – $23,9 \pm 0,7$ кг, биологической семьи – $27,4 \pm 1,0$ кг. Прибавки массы тела у мальчиков из замещающих семей составили за период с 7 до 8 лет и с 8 до 9 лет соответственно $2,6 \pm 1,6$ кг и $3,8 \pm 0,9$ кг, у мальчиков из детского дома – соответственно $2,2 \pm 0,7$ кг и $3,0 \pm 0,9$ кг; из биологических семей – $1,6 \pm 0,9$ кг и $5,0 \pm 1,0$ кг, т.е. у мальчиков из биологических семей произошло резкое увеличение массы в возрасте от 8 до 9 лет.

Сопоставление массы тела девочек показало, что средняя масса тела девочек из биологических семей во все годы наблюдения была достоверно выше, чем масса девочек из замещающих семей и детского дома. В среднем девочка из замещающей семьи в 7 лет имела массу на 3,8 кг меньше, чем девочка из биологической семьи, в 8 лет – на 2,0 кг, а в 9 лет – на 5,1 кг. Разница в массе между девочкой из замещающей семьи и воспитанницей детского дома составляла в 7 лет – около 2,0 кг, в 8 лет – 0,9 кг, в 9 лет – 3,5 кг, т.е. у девочек из биологической семьи к 9 годам тоже происходил скачок массы. Полученные данные свидетельствуют о более позднем начале пубертата у детей из замещающих семей и детского дома.

Исследование нервно-психического развития детей показало, что согласно тестам, характеризующим школьную зрелость, 81% первоклассников из замещающих семей и 79% воспитанников детского дома не готовы к обучению в школе против 48% детей из биологических семей.

Изучение продуктивности внимания первоклассников показало, что 52% воспитанников замещающих семей и 42% детей из детского дома имели низкий уровень продуктивности внимания в отличие от сверстников из биологических семей (21%) ($p < 0,05$). К 3-му классу количество детей с высоким уровнем внимания (рис. 6) в замещающих семьях выросло с 3 до 33% ($p = 0,005$), в биологических семьях – с 3 до 45% ($p = 0,001$), в то же время в детском доме роста числа детей с высоким уровнем внимания не произошло ($5\% \rightarrow 6\%$) ($p > 0,05$).

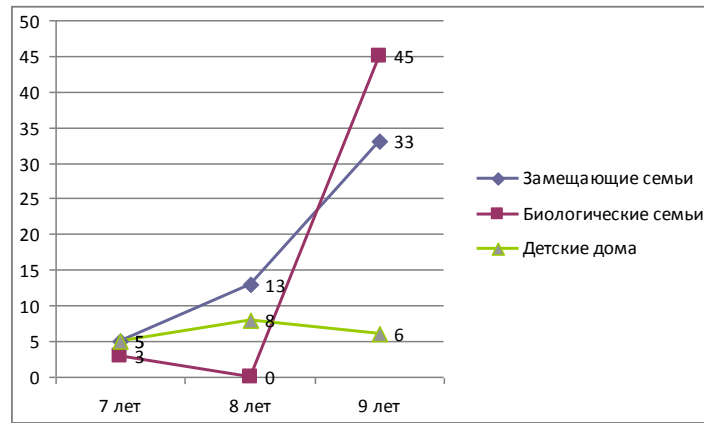


Рис. 6. Динамика количества детей с высоким уровнем внимания с 1 по 3 класс обучения, %

В замещающих семьях с 1 по 3 класс обучения стало достоверно больше детей с высоким уровнем кратковременной памяти (5%→69%, $p=0,001$) и достоверно меньше детей с ее средним (62%→31%, $p=0,046$) и низким уровнем (33%→0%, $p=0,009$) (рис. 7). В детском доме и биологических семьях наблюдалось менее выраженное увеличение числа детей с высоким уровнем памяти.

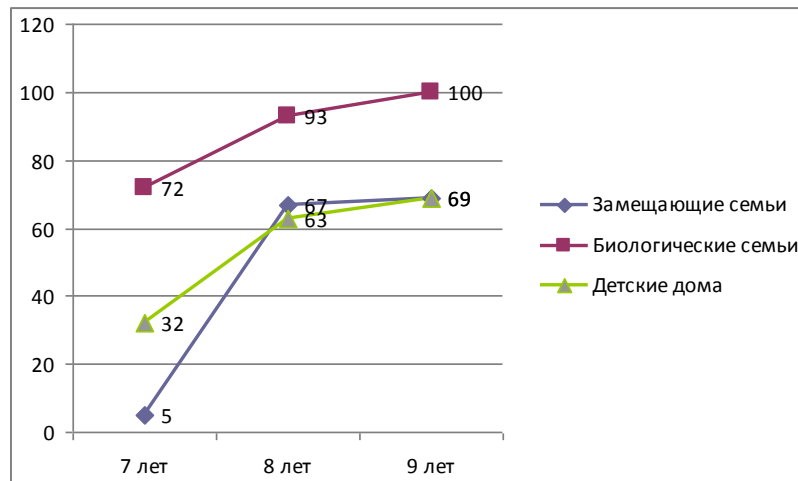


Рис. 7. Динамика изменения количества детей с высоким уровнем памяти с 1 по 3 класс обучения, %

На протяжении всего наблюдения распределение детей в зависимости от уровня словесно-логического мышления внутри групп почти не менялось. Количество воспитанников замещающих семей, имеющих высокий и средний уровень словесно-логического мышления, было примерно равным и составляло от 38 до 57%, детей с низким уровнем было 3-5%. При этом с увеличением срока нахождения в семье число детей с высоким уровнем мышления увеличивалось (41% → 57%) и соответственно уменьшалось количество детей со средним уровнем (56% → 38%). Среди 7-летних воспитанников детского дома только 33% имели высокий уровень словесно-логического мышления, большинство детей (63%) продемонстрировало средний уровень. Следует отметить, что за время наблюдения с 1 по 3 класс среди воспитанников детского дома на 6% снизилось число детей со средним уровнем мышления. В биологических семьях подавляющее большинство детей (72 – 80%) имело высокий уровень мышления и лишь 28% характеризовалось средним уровнем, детей с низким уровнем не было.

Речь человека развивается в двух направлениях: психологическом и лингвистическом. Развитие психологического компонента речи зависит от коммуникативных навыков ребенка и опыта его взаимодействия с социумом. Большинство воспитанников детского дома в 7-летнем возрасте (69%) имело низкий уровень развития психологического компонента речи, в отличие от детей из замещающих семей (30%) и биологических семей

(28%) ($p=0,012$), в которых преобладали дети со средним уровнем. При анализе развития лингвистического компонента речи 7-летних детей достоверных различий между группами не получено.

Согласно анкетированию детей по вопроснику Кеттелла за два года проживания в замещающих семьях на 8% уменьшилось число замкнутых детей (21%→13%), стало в 2 раза меньше детей, склонных к авантюрам (33%→17%), в 3 раза сократилось количество недобросовестных, безответственных детей (39%→13%). За это же время в детском доме в 2 раза увеличилось количество детей, страдающих замкнутостью (11%→23%), склонных к риску (21%→44%), имеющих пониженное настроение (11%→22%). В биологических семьях все негативные личностные качества имели тенденцию к уменьшению, за исключением увеличения числа детей с повышенной ранимостью (10%→21%) и детей, склонных к риску (21%→31%). Среди воспитанников детского дома, как в 7, так и в 9 лет, было достоверно больше детей (47%), живущих в выдуманном, нереальном мире, чем среди их сверстников из замещающих (9%, $p=0,001$) и биологической семей (17%, $p=0,008$). При этом с годами количество таких детей в детском доме только возрастало и составляло больше половины от общего числа (47%→56%).

Анализ детских рисунков показал, что первоклассники из замещающих семей (65%) и детского дома (44%) достоверно реже изображали на своем рисунке мать, чем дети из биологических семей (97%) ($p=0,006$). Настораживает, что у 19% воспитанников замещающих семей и 12% детей из детского дома на рисунке отсутствовал сам ребенок, что указывает на его неспособность найти свое место в семье. Подавляющее большинство 7-летних воспитанников замещающих семей (73%) не были адаптированы к новым для них условиям и находились в состоянии неприятия замещающих родителей, а к 9-летнему возрасту число таких детей достоверно снизилось и составило 24% ($p=0,002$).

Динамическое наблюдение за учащимися младших классов показало, что независимо от условий проживания происходит увеличение количества болезней на 1 ребенка. Так, на одного первоклассника из замещающих семей приходится $3,1 \pm 0,83$ заболевания, а к 3-му классу – $4,6 \pm 0,65$; в детском доме среднее число заболеваний на одного воспитанника также возросло с $4,3 \pm 0,67$ до $5,6 \pm 0,59$; в биологических семьях число заболеваний на одного ребенка к 3-му классу увеличилось только на 0,7 ($1,1 \pm 0,38 \rightarrow 1,8 \pm 0,63$). Уровень хронической патологии достоверно выше у воспитанников замещающих семей и детского дома, чем в биологических семьях во все годы наблюдения.

Таблица 2

Сравнительный анализ структуры хронической и врожденной заболеваемости детей из замещающих семей, детского дома и биологических семей в динамике 2-летнего наблюдения, %

Заболевания	Первое наблюдение			Второе наблюдение			Третье наблюдение		
	з/с	д/д	б/с	з/с	д/д	б/с	з/с	д/д	б/с
болезни нервной системы	46,7	63,2	21,8	43,0	72,4	23,8	37,2	78,2	17,1
болезни костно-мышечной системы	32,8	68,0	14,8	35,8	88,3	17,2	67,0*	100*	31,4*
болезни эндокринной системы	22,9	32,0	3,0	14,2	17,2	7,7	22,4	39,6	7,2
психические болезни	16,0	32,0	0	30,4	42,4	0	33,5	72,6*	0
болезни пищеварения	19,6	11,1	7,4	42,3	17,2	14,1	43,6	22,7	18,3
болезни крови	8,3	53,2	7,4	13,2	33,5	10,4	26,1	21,7	7,2
аллергические болезни	32,8	5,0	3,0	32,6	13,7	20,1	33,5	17,3	28,3*
лор-болезни	19,8	25,6	23,1	14,2	21,7	20,1	13,2	17,3	11,4
врожденные anomalies	8,3	32,0	3,0	8,6	34,4	3,1	8,4	33,5	3,4

нарушения зрения	19,0	21,0	13,1	22,3	27,5	23,6	20,6	28,2	28,3
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

* - достоверное увеличение (уменьшение) заболеваемости внутри группы к 3-му году наблюдения

В 7-летнем возрасте болезни костно-мышечной системы достоверно чаще имели воспитанники детского дома (68%) по сравнению с детьми из замещающих (32,8%, $p=0,010$) и биологических семей (14,8%, $p=0,001$). К 3-му классу у всех детей, независимо от условий проживания, наблюдался достоверный рост данной патологии.

В первый год наблюдения у 46,7% воспитанников замещающих семей были диагностированы болезни нервной системы, являющиеся следствием резидуально-органического поражения ЦНС: когнитивные дисфункции (58,8%), неврозоподобные состояния (58,8%), неврозоподобный или невротический энурез (23,5%). К 3 классу число воспитанников замещающих семей с когнитивной дисфункцией снизилось на 23,1%, что проявлялось достоверным улучшением памяти ($p=0,012$), внимания ($p=0,001$), мышления ($p=0,001$), повышением уровня школьной мотивации ($p=0,003$). К 3 классу в этой группе на 35,3% уменьшилось число детей с неврозоподобным синдромом, у них были купированы (12,8%) или встречались достоверно реже (10,6%, $p=0,012$) такие симптомы, как повышенная лабильность нервной системы, пониженное настроение, бессонница, расторможенность, навязчивые состояния, патологические привычки. К 3 классу только 3,8% детей из замещающих семей страдали энурезом.

У 7-летних воспитанников детского дома патология нервной системы в 46% случаев была представлена когнитивными дисфункциями, в 38% – энурезом, в 16% – неврозами. К 9 годам уменьшилось число детей с энурезом за счет выздоровления тех, у которых энурез был симптомом невроза. При этом к 3-му классу подавляющее большинство воспитанников детского дома имело диагноз «невроз» или «неврозоподобный синдром» с расторможенностью, гипервозбудимостью, повышенной истощаемостью нервной системы (16% → 39% → 70%), в 2 раза меньше стало детей с когнитивной дисфункцией (46% → 38% → 21%).

Среди 7-летних детей из биологических семей патология нервной системы наблюдалась у 21,8% и была представлена в основном когнитивной дисфункцией (18,1%) в виде задержки речевого развития, значительно реже неврозоподобным синдромом (синдром гиперактивности) (2,9%). К 3 классу число детей с патологией нервной системы осталось практически на том же уровне.

Тревожным симптомом является тенденция к увеличению к 3-му классу числа детей с психическими расстройствами среди воспитанников замещающих семей (16,0% → 33,5%, $p=0,215$) и детского дома (32,0% → 72,6%, $p=0,005$) при полном отсутствии этой патологии у детей из биологических семей. Все психические расстройства носили характер пограничных, чаще всего встречались расстройства привязанности, девиантное поведение, расстройства личности.

Анализ соматической патологии показал, что наиболее высокая заболеваемость анемией была у 7-летних воспитанников детского дома (53,6%), что можно объяснить недавним поступлением их в учреждение из асоциальных семей, к 3 классу число детей с анемией снизилось и составило 21,7%. У воспитанников замещающих семей, наоборот, к 3 классу анемия выявлялась чаще (8,3→26,1%) и в основном у детей из опекунских семей, которые проживают с бабушками и дедушками, и семьи испытывают материальные затруднения. Частота встречаемости анемии в биологических семьях с возрастом практически не менялась и составляла 7,2% – 7,4%.

В детском доме достоверно больше детей (32,0%) с врожденными пороками развития, чем в биологических (3,0%) и замещающих семьях (8,3%). Хирургическая коррекция пороков проведена у 11,2% воспитанников детского дома и у 6,0% воспитанников замещающих семей.

Распределение детей по группам здоровья показало, что в период обучения с 1-го по 3 класс здоровье детей независимо от условий проживания имеет тенденцию к ухудшению. Так, более трети 7-летних воспитанников

замещающих семей имели первую (8,0%) и вторую (27%) группу здоровья, к началу обучения во 2-м классе в замещающих семьях детей с первой группой здоровья не стало, уменьшилось и число детей со второй группой здоровья за счет роста хронической патологии, а к третьему классу только 18% детей имели вторую группу здоровья. В целом за все годы наблюдения большинство воспитанников замещающих семей относились к 3 группе здоровья (57% → 74% → 73%), а 8,0-9,0% имели 4 группу здоровья. Как и дети из замещающих семей, большинство воспитанников детского дома имели 3 группу здоровья (69% → 67% → 67%), а более 20% – 4 (26% → 21% → 22%). Ко 2 группе здоровья было отнесено в разные годы наблюдения только от 5,3% до 11,1% детей из детского дома. У детей из биологических семей к 3-му классу обучения в школе также ухудшилось здоровье. Если при поступлении в школу 24% из них имели 1 группу здоровья, то к третьему классу дети с этой группой составили только 3%. При этом росло число детей с 3 группой здоровья (28% → 48%), т.е. увеличилось число детей, имеющих хроническую патологию. Количество детей, относящихся ко 2 группе, было стабильным и составляло 48%-46%.

К положению 3. Подростки из замещающих семей сопоставимы по уровню физического развития с подростками из биологических семей, а по уровню нервно-психического развития, структуре хронической патологии они ближе к сверстникам из детского дома. Уровень хронической патологии и отклонений в нервно-психическом развитии у подростков из замещающих семей тем выше, чем старше возраст их поступления в замещающую семью.

Проведенное обследование показало, что количество подростков, имеющих нормальное физическое развитие в замещающих (67,2%) и биологических семьях (73,5%), сопоставимо, в то время как в детском доме нормальное физическое развитие имели только 34,6% подростков ($p_1=0,005$; $p_2=0,026$). Тем не менее, в замещающих семьях 12,1% подростков имели дефицит массы тела 1 степени, 9,1% – высокий рост, 9,1% – избыток массы тела, 3% – низкий рост. В детском доме у подростков, как и у учащихся младших классов, наиболее распространенным отклонением в физическом развитии был низкий рост (37,9%). Кроме того, 13,7% воспитанников детского дома имели избыток массы тела, 6,9% – высокий рост, 6,9% – дефицит массы тела. В биологических семьях 10,3% имели высокий рост, столько же (10,3%) – избыток массы тела и 6,9% – дефицит массы тела. С высокой степенью достоверности можно говорить о том, что юноши из детского дома ниже сверстников из замещающих и биологических семей, а юноши из замещающих семей ниже сверстников из биологических семей.

Для выявления возможной взаимосвязи низкого роста с количеством лет, проведенных ребенком в детском доме, и возрастом помещения туда, воспитанники детского дома были поделены на две группы. В первую вошли подростки со средним ростом и ростом выше среднего ($n=21$); во вторую – подростки с низкорослостью ($n=12$). Выявлена прямая сильная связь между возрастом помещения ребенка в детский дом и его ростом: средний возраст помещения подростка с низким ростом составил $4,3 \pm 0,7$ (лет), ребенка с нормальным ростом – $6,95 \pm 1,6$ (лет) ($p=0,001$). Связи между сроком пребывания в детском доме и ростом ребенка не выявлено: средний срок нахождения в детском доме подростка с низким ростом составил $7,3 \pm 1,2$ (лет); с нормальным – $8,7 \pm 1,7$ (лет) ($p=0,867$). Поэтому низкий рост обследованных подростков обусловлен не только генетической предрасположенностью, но и ранним возрастом поступления ребенка в детский дом. Интересно, что анализ анкетирования подростков по опроснику Спилбергера выявил достоверно более высокий уровень тревожности у подростков с низким ростом (59%) по сравнению с их сверстниками, имеющими нормальный рост (19%) ($p=0,001$).

Сопоставление массы тела юношей из разных групп показало, что воспитанники детского дома в 14, 15 и 16 лет имеют достоверно более низкие показатели массы тела, чем их сверстники из семей. Достоверных

различий по массе тела среди девушек не выявлено. Оценка ИМТ по группам показала, что большинство подростков с индексом массы тела ниже возрастной нормы проживают в малоимущих опекунах семьях.

Изучение нервно-психического развития подростков показало, что отклонения в состоянии эмоционально-вегетативной сферы достоверно чаще встречаются у воспитанников детского дома в сравнении с подростками из замещающих ($p=0,005$) и биологических ($p=0,010$) семей. Эти отклонения проявляются колебаниями настроения, страхами, раздражительностью, повышенной тревожностью. В детском доме достоверно чаще, чем среди воспитанников замещающих и биологических семей встречаются подростки с отклонениями в соматовегетативной сфере.

Отклонения в психомоторной сфере и поведении почти в 2 раза чаще отмечаются у подростков из детского дома (79,3%), чем у воспитанников замещающих семей (39,4%), при этом в биологических семьях отклонения в психомоторной сфере выявлены только у 14,5%. Среди воспитанников детского дома достоверно чаще встречаются агрессивны настроенные (38%), замкнутые (34%), склонные к негативной оценке происходящего подростки (21%), у них достоверно чаще выявляются тики, навязчивые состояния (79%) и патологические привычки (55%). По данным анкетирования замещающих родителей, при поступлении детей в семьи у них отмечалось достоверно больше навязчивых состояний ($68,3\% \rightarrow 39,0$, $p=0,040$) и патологических привычек ($56,7 \rightarrow 17,0$, $p=0,002$), чем на момент обследования, т.е. спустя 1-6 лет после поступления детей в семейные условия.

Оценка уровня интеллектуального развития подростков проводилась по результатам школьной успеваемости. Выявлено, что 41,4% подростков из замещающих семей учатся на «удовлетворительно» и столько же на «хорошо», в то время как 76,3% воспитанников детского дома успевают в школе только на «удовлетворительно», в биологических семей большинство детей (86,5%) характеризуются «хорошей» и «отличной» успеваемостью. Наиболее часто затруднения в обучении у воспитанников замещающих семей связаны с дефектом воспитания и дефицитом информации (63,7%) до помещения в семью. При сравнении школьной успеваемости подростков из замещающих семей на момент поступления в семью и на момент исследования выявлено высоко достоверное улучшение успеваемости по основным школьным предметам у 22,1% воспитанников ($p=0,025$).

Анализ заболеваемости подростков показал, что среднее количество хронических и врожденных заболеваний у воспитанников замещающих семей составило $3,1 \pm 1,2$ случая на ребенка, из детского дома – $5,9 \pm 1,0$, из биологических семей – $1,8 \pm 0,8$ ($p_1=0,083$, $p_2=0,385$, $p_3=0,002$).

При анализе структуры хронической и врожденной патологии подростков, проживающих в разных условиях (рис. 8), выявлены достоверные различия по следующим группам заболеваний: подростки из замещающих семей достоверно чаще страдают заболеваниями нервной системы, пограничными состояниями психической сферы, железодефицитной анемией. Воспитанники детского дома достоверно чаще, чем сверстники из семей, имеют заболевания эндокринной системы и врожденные пороки развития. Других достоверных различий не выявлено.

По результатам проведенных обследований определены группы здоровья. Только по 1 ребенку из замещающих и биологических семей имеют 1 группу здоровья; в биологических семьях преобладают подростки со 2 группой здоровья и только треть имеет 3 группу здоровья; в замещающих семьях и в детском доме больше всего детей с 3 группой здоровья, причем в детском доме они составляют 83,4%, а в замещающих семьях – 51,5%. В целом проведенное исследование свидетельствует о низком уровне здоровья 14-16-летних подростков независимо от места проживания.

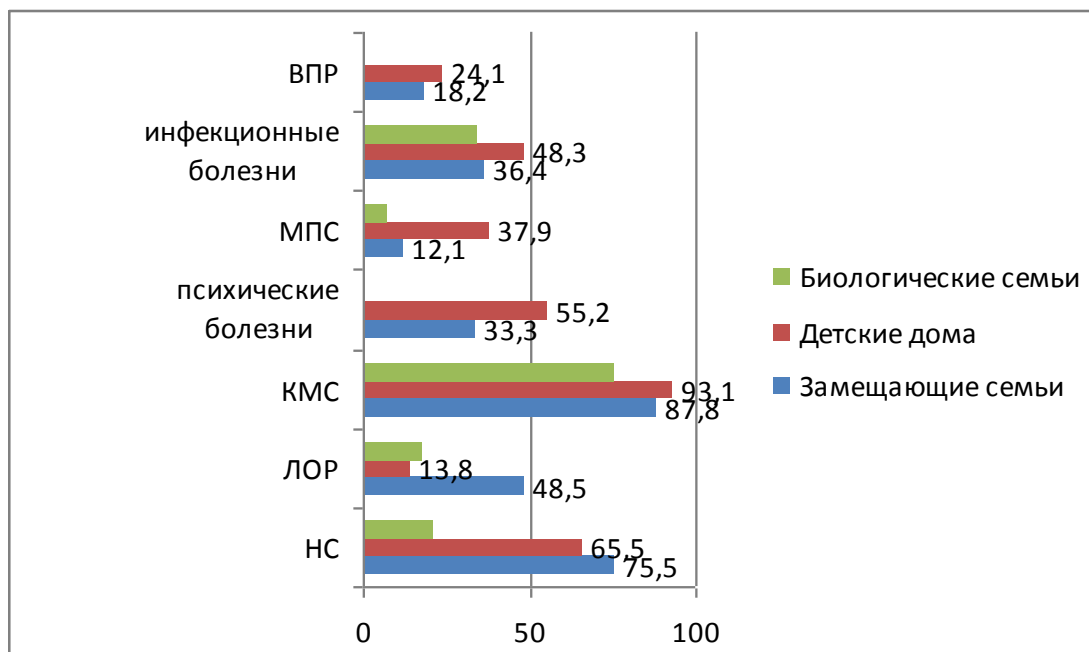


Рис. 8. Структура хронической и врожденной патологии подростков из разных условий проживания (%), где ВПР – врожденные пороки развития, МПС – мочеполовая система, КМС – костно-мышечная система, НС – нервная система.

К положению 4. Отсутствие качественного наблюдения за детьми до помещения их в замещающую семью затрудняет составление индивидуальных программ реабилитации. Каждый второй замещающий родитель испытывает трудности в воспитании ребенка в связи с наличием у него отклонений в психоэмоциональной и интеллектуальной сферах и проблемами со здоровьем воспитанника. Большинство опекунов и приемных родителей не удовлетворено качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Проведено анкетирование 52 замещающих родителей для выявления условий проживания, социальных характеристик и удовлетворенности медицинским обслуживанием. Для сравнения сопоставимых показателей, характеризующих различные стороны жизни семей, проанкетировано 30 родителей из биологических семей.

Воспитанники замещающих семей достоверно чаще проживают в многодетных семьях; средний возраст матери из замещающей семьи составляет $47,8 \pm 1,4$ лет, из биологической семьи – $32,7 \pm 0,7$ лет, при этом подавляющее большинство родителей в замещающих семьях находятся в возрастной категории от 40 до 60 лет, а в биологических семьях – от 25 до 40. В биологических семьях достоверно больше родителей имеют высшее образование. Следует отметить, что 67,3% замещающих семей проживают в частных домах, в то время как в биологических семьях в частных домах проживают только 6,7% семей.

Изучение мотивации приема ребенка на воспитание в семью показало, что в большинстве случаев решающим обстоятельством для создания опекунской семьи послужила родственная связь по отношению к ребенку (45,7%), треть замещающих родителей указала, что причиной взятия ребенка в семью стал «синдром опустевшего гнезда» (28,5%) и столько же (31,4%) – желание помочь сироте; 5,7% в качестве ведущей причины указали желание иметь больше детей, 2,8% – из-за отсутствия собственного ребенка и столько же (2,8%) – из-за желания поправить финансовое положение. Отметим, что 58% опрошенных встретили непонимание со стороны близкого окружения и общества в целом в связи с созданием замещающей семьи.

В первые месяцы нахождения ребенка в семье приемные родители/опекуны и воспитанник испытывают стрессовое состояние. Затрудняют период адаптации особенности поведенческих стереотипов детей, состояние здоровья, наличие вредных привычек. Анкетирование показало, что 37,1% замещающих родителей испытывают трудности в первые месяцы жизни ребенка в семье в связи с проблемами со здоровьем воспитанника. Половина (48,3%) опрошенных сообщила, что их воспитанники в момент поступления в семью страдали энурезом или энкопрозом, что было для приемных родителей/опекунов психологически стрессовой ситуацией (36,7%), с одной стороны, а с другой – причиной дополнительных переживаний, поскольку они (27,2%) не знали, что это медицинская проблема, а не проблема невежества ребенка. Вследствие дефицита информации 36% приемных родителей/опекунов не обращались за помощью к врачу и пытались справиться с ситуацией самостоятельно. В числе других причин, приведших к увеличению периода адаптации ребенка в замещающей семье, были указаны следующие: неумение себя обслуживать (25,7%), неадекватное поведение ребенка (20,0%), нежелание идти на контакт с приемным родителем (11,4%); только 5,7% родителей указали, что не испытывали проблем с ребенком при его поступлении в замещающую семью.

При осуществлении своих прав и обязанностей замещающие родители имеют право на оказание им содействия в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи. Условия и порядок оказания содействия в предоставлении необходимой помощи регламентируются Федеральным законом РФ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации". По мнению 65% опрошенных замещающих родителей наибольшую поддержку они получили от специалистов Центра сопровождения опекаемых; 16,6% – от сотрудников образовательного учреждения, в котором учится ребенок; 13,3% – от сотрудников медицинского учреждения, к которому прикреплен ребенок; 6,6% прибегли к спонсорской помощи (депутатов разных уровней, бизнесменов) и столько же (6,6%) не получили никакой поддержки.

Проведенная балльная оценка приемными родителями медицинского сопровождения их воспитанников показала, что только 9,5% родителей оценивают медицинское сопровождение на 5 баллов («отлично»); никто не дал оценку 4 балла («хорошо»); на 3 балла («удовлетворительно») оценили 14,3%; на 2 балла («неудовлетворительно») – 19,0%; на 1 балл («крайне неудовлетворительно») – 28,6%; на 0 баллов («полное отсутствие помощи») – 28,6%.

Выявлено, что 74,3% замещающих родителей испытывают недостаток медицинской помощи, 28,6% имеют недостаточное финансирование для лечения ребенка; 17,2% испытывают недостаток психологической и социальной помощи. Большинство родителей (89,0%) как в момент приема ребенка в семью, так и спустя годы, испытывают не только дефицит информации о состоянии здоровья ребёнка и мерах его реабилитации, но и дефицит возможностей его полноценного обследования и лечения.

Согласно результатам изучения осведомленности родителей о здоровье их воспитанников, на одного ребенка из замещающей семьи приходится только $0,8 \pm 0,2$ заболеваний, в то время как по результатам объективного обследования эта цифра составляет $3,9 \pm 0,48$, при этом большинство приемных родителей и опекунов (60%) жалуются на наличие у детей психоневрологической симптоматики (частые колебания настроения, двигательная расторможенность, навязчивые привычки и патологические навыки, нарушения сна), но не считают это проявлением заболевания. Несмотря на большую распространенность у воспитанников замещающих семей (78%) хронической патологии, ранее только 21% из них, по словам родителей, были обследованы по поводу хронического заболевания. Биологические родители напротив, продемонстрировали высокую осведомленность о состоянии здоровья своих детей и медицинскую активность.

Изучены мероприятия, проводимые семьями в летний период для оздоровления детей. Только 14,3% детей

из замещающих семей получали лечение в санатории, 25,7% детей летом были госпитализированы в стационар для углубленного обследования и лечения, а 60% родителей пожаловались на полное отсутствие оздоровительных мероприятий. При этом подавляющее большинство (97%) замещающих родителей отметили, что не имеют возможности без поддержки государства обеспечить ребенка отдыхом в санатории, летнем оздоровительном лагере или в условиях морского климата. Для сравнения: охват детей из биологических семей оздоровительными мероприятиями летом составил 72%, из них: 52% детей отдыхали в местных летних оздоровительных лагерях, 28% – выезжали в страны с морским климатом, 20% – оздоравливались в санаториях. В анкетах 78,3% замещающих родителей указали на необходимость обеспечения доступности санаторно-курортного лечения воспитанников; 39% отметили необходимость выдачи бесплатных лекарств; 30,4% считают, что их ребенку требуется углубленное обследование; 9% хотели бы получать медицинскую помощь у другого педиатра.

На вопрос о том, как за время пребывания в семье изменилось поведение ребенка, 48,6% опрошенных ответили, что поведение ребенка стало более адекватным и ровным; 45,7% указали на улучшение эмоционального состояния и настроения; 40% отметили повышение школьной успеваемости; 34,3% заметили улучшение состояния здоровья детей; 28,6% не отметили никаких сдвигов.

Система медицинского обслуживания исследуемого контингента детей нуждается в доработке и обоснованном внедрении новых методик наблюдения и оказании комплексной и доступной медицинской помощи. Ребенок, находящийся в замещающей семье, и его законные представители нуждаются не только в повышенном внимании социальных педагогов, психологов, но и врачей.

ВЫВОДЫ

1. В Пермском крае доминирующей формой устройства детей-сирот являются замещающие семьи, в которых проживает 93,6% этих детей. Преобладающими видами замещающих семей на территории края являются опекунские (54,9%) и приемные (32,4%), средний возраст опекуна составляет $59,2 \pm 0,87$, приемного родителя – $45,2 \pm 1,27$. Среди замещающих семей достоверно больше многодетных, чем среди биологических.

2. До 2014 г. в диспансеризацию включались только воспитанники замещающих семей, прошедшие лечение в стационаре. Подавляющее большинство (96%) воспитанников замещающих семей имеют отягощенный биологический и социальный анамнез, что проявляется высоким распространением у них отклонений в здоровье и развитии. При этом 61,7% детей поступают в замещающие семьи с некачественно заполненной медицинской документацией, что обуславливает затруднение в составлении индивидуальных программ их реабилитации.

3. В 7-летнем возрасте во всех формах устройства доля детей, имеющих нормальное физическое развитие, составляет 82-83%. К 3 классу школы в замещающих семьях происходит улучшение физического развития, и количество детей с нормальным развитием достигает 90,4%. В детском доме число детей с нормальным физическим развитием к 3 классу школы остается на прежнем уровне, наблюдается тенденция к увеличению числа детей с низкорослостью с 11,2% до 16,7%. В биологических семьях число детей с нормальным развитием уменьшается до 75% в связи с увеличением числа детей с избыточной массой тела.

4. У детей, проживающих в замещающих семьях, за период с 7 до 9 лет показатели нервно-психического развития (внимание, память и мышление) имеют более выраженную положительную динамику, чем у детей из детского дома, и менее значимую, чем в биологических семьях. В замещающих и биологических семьях только 10% 9-летних детей свойственна нереалистичная оценка жизненной ситуации, тогда как число таких детей этого возраста в детском доме составляет 52,6%.

5. В структуре заболеваемости детей 7 лет из замещающих семей преобладают болезни нервной, костно-мышечной системы и аллергические заболевания, к 9 годам в 2 раза возрастает число детей с болезнями костно-мышечной системы, психическими расстройствами, болезнями органов пищеварения, а с анемией – в 3 раза. Дети из детского дома характеризуются схожей с детьми из замещающих семей структурой заболеваемости, но в детском доме распространенность этих болезней значительно выше. В биологических семьях проживает достоверно меньше детей, имеющих хроническую патологию, в структуре заболеваемости у них лидируют болезни пищеварения, костно-мышечной системы и аллергическая патология.

6. Подростки из замещающих семей по уровню физического развития сопоставимы со сверстниками из биологических семей, у воспитанников детского дома в этом возрасте лидирующим отклонением в физическом развитии является низкорослость, которая встречается у 38%. Среди воспитанников замещающих семей и детского дома достоверно чаще, чем в биологических семьях, встречаются подростки с отклонениями в психоэмоциональной и интеллектуальной сферах. Число подростков, имеющих хроническую патологию, в детском доме составляет 89,9%, в замещающих семьях – 66,7%, в биологических – 30%. В структуре заболеваемости у подростков из замещающих семей и детского дома достоверно чаще, чем в биологических семьях, выявляются психические расстройства и болезни нервной системы.

7. Каждый второй замещающий родитель испытывает трудности с воспитанником в связи с наличием у него отклонений в психоэмоциональной и интеллектуальной сферах и проблемами со здоровьем. Большинство опекунов и приемных родителей недостаточно осведомлены о здоровье своих воспитанников, а многие отклонения в развитии и поведении они не оценивают как проявления болезни. При этом 76,2% замещающих родителей не удовлетворены качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении диспансеризации детей-сирот следует четко оценивать уровень их физического, нервно-психического развития, проводить углубленное обследование на выявление патологии нервной системы, психических расстройств и болезней костно-мышечной системы.

2. Все дети из социопатических семей должны находиться под пристальным вниманием педиатров и социальных работников. Информация о таких семьях должна своевременно поступать в детские поликлиники от акушерско-гинекологической, социальной служб, органов опеки и попечительства. Необходим тщательный мониторинг развития и здоровья детей из социопатических семей и качественное ведение их медицинской документации с внесением полных данных о перинатальном анамнезе, перенесенных заболеваниях и травмах, анамнез и др. сведения. Соблюдение этих принципов работы в случае изъятия ребенка из неблагополучной биологической семьи и помещения в семейные формы устройства, позволит врачу, осуществляющему наблюдение за ребенком, разработать индивидуальную программу его реабилитации.

3. Наряду с обязательным прохождением будущими замещающими родителями педагогических и психологических курсов, необходимо ввести в программу образовательные материалы о развитии и здоровье детей и способах оздоровления и реабилитации в условиях замещающей семьи, обучать методам улучшения когнитивных способностей детей.

4. Дети, поступающие в замещающие семьи, должны находиться на диспансерном учете с включением в план обследования всех необходимых специалистов и обязательным ежегодным осмотром неврологом, психологом и психиатром.

5. Необходимо повышать материальный статус таких опекунских семей, в которых замещающие родители имеют пенсионный возраст.

6. Необходимо как можно более раннее извлечение ребенка из детского дома и помещение его в семейные формы устройства.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Катамнез детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, до их поступления в детские учреждения закрытого типа и семейные формы устройства / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Современные исследования социальных проблем. – 2013. – №2 (14) – С. 5-20.
2. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Состояние здоровья подростков в зависимости от воспитательной среды / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №4.
3. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Особенности социализации, нервно-психического развития, личностного психологического статуса и школьной успеваемости подростков, воспитывающихся в разных условиях / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Изд-во «Медицина». – 2013. – №6. С. 15-18.
4. Ханова Н.А., Аверьянова Н.И. Патронатная семья как новая форма устройства детей, оставшихся без попечения родителей / Н.А. Ханова, Н.И. Аверьянова // Современные исследования социальных проблем: Сборник статей Общероссийской научно-практической конференции. Вып.5 «Социально-педагогические и психологические исследования» / Под общ. ред. сов. РАЕ Я.А. Максимова. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2009. – С.232-234.
5. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Социальный портрет и состояние здоровья детей из приемных и опекунских семей / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – №12. – С.39-41.
6. Ханова Н.А. Медико-социальный портрет девушек – учащихся средне-профессиональных образовательных учреждений / Н.А. Ханова // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сборник научных трудов. Вып.2. / Под ред. И.А. Камаева. – Нижний Новгород, 2009. – С.356-358.
7. Ханова Н.А. Медико-социальная характеристика девушек-сирот / Н.А. Ханова // Здоровье детей – наше будущее! Материалы VII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых-педиатров (Томск, 26-27 марта 2009 г.). – Томск: Изд-во СибГМУ, 2009. – С.38-40.
8. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Медико-социальный портрет девушек – учащихся средних профессионально-образовательных учреждений Пермского края / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Сборник материалов XVI Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – М., 2009. – С.422.
9. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Влияние внесемейного воспитания на здоровье и развитие детей-сирот / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Сборник материалов научно-практической конференции: Вопросы профилактики на педиатрическом участке в системе врач – медицинская сестра – семья. – Пермь: Пермский КЦПК работников здравоохранения. – 2009. – С.114-116.
10. Погадаева Е.Н., Бахматова О.Б., Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Состояние здоровья детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / Е.Н. Погадаева, О.Б. Бахматова, Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // Oncology – XXI Century: Public Health and Education: Materials of IV (XIII) International Scientific Conference. Ho Chi Minh, 2009. Онкология – XXI век: Материалы IV (XIII) Международной научной конференции. – Пермь: Книжный формат. – 2009. – С.12-15.
11. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А., Бахматова О.Б. К вопросу об оптимизации медико-социальной реабилитации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова, О.Б. Бахматова // Сфера детства: Краевой информационно-аналитический журнал. – 2009. – №1(7). – С.36-37.

12. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Оценка эффективности воспитания детей-сирот в замещающих семьях / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // *Материалы VIII Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии»*. – М.: Оверлей. – 2009. – С.17.
13. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А., Бахматова О.Б., Политова Л.Ф. Решение проблемы устройства детей, лишенных родительской опеки / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова, О.Б. Бахматова, Л.Ф. Политова // *Медработник ДООУ*. – 2010. – №7(19). – С.120-123.
14. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Комплексная оценка состояния здоровья детей, проживающих в приемных и опекунских семьях // Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова / *Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии: Материалы IX Российского Конгресса*. – М.: Оверлей. – 2010. – С.312.
15. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Социальный портрет и состояние здоровья детей из приемных и опекунских семей / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // *Фундаментальные и прикладные исследования в медицине: Материалы международной научной конференции 25 сентября 2011 г. в Сочи*.
16. Ханова Н.А., Аверьянова Н.И., Гребёнкина А.Г., Тиунова А.Н. Особенности физического развития подростков, проживающих в детском доме, замещающих семьях и биологических семьях / Н.А. Ханова, Н.И. Аверьянова, А.Г. Гребёнкина, А.Н. Тиунова // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 90-летию ГБУЗ ПК Детская городская клиническая больница №3*. – Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России. – 2011. – С. 239 – 244.
17. Ханова Н.А. Развитие форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей – важная проблема здравоохранения Пермского края / Н.А. Ханова // *Инновационные технологии на службе здравоохранения Прикамья: Материалы научно-практической конференции молодых ученых в рамках 17-й международной выставки «Медицина и здоровье»*. – Пермь, 2012. – С. 87-89.
18. Ханова Н.А., Бахматова О.Б. Медико-социальная реабилитация детей из замещающих в санаторных условиях / Н.А. Ханова, О.Б. Бахматова // *Инновационные технологии на службе здравоохранения Прикамья: Материалы научно-практической конференции молодых ученых в рамках 17-й международной выставки «Медицина и здоровье»*. – Пермь, 2012. – С. 241-248.
19. Аверьянова Н.И., Ханова Н.А. Эффективность реабилитации детей из замещающих семей в санаторных условиях / Н.И. Аверьянова, Н.А. Ханова // *Инновационные технологии на службе здравоохранения Прикамья: Материалы научно-практической конференции молодых ученых в рамках 18-й международной выставки «Медицина и здоровье»*. – Пермь, 2013. – С. 265-267.