

© Коллектив авторов, 2008

С.В. Мальцев, В.М. Давыдова, Э.И. Землякова, Л.Г. Хисамова, М.А. Балакер

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ ПОДРОСТКОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Кафедра педиатрии с курсом поликлинической педиатрии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Педиатрическое отделение ГМУ «Республиканская больница №3» МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Республика Татарстан

Изучение особенностей организма подростков привело к пониманию огромной значимости этого этапа жизни для обеспечения уровня настоящего и последующего здоровья человека. Длительные и разнообразные биологические и социальные процессы, ведущие к окончательному взрослению организма, имеют чрезвычайно серьезную специфику: реализация генетически детерминированных программ и гетерохрония развития органов и систем, бурный скачок роста, нестабильность нейрогуморальной регуляции, психофизиологические и социальные особенности, становление психики и поведения.

Неуклонный рост первичной заболеваемости подростков, своеобразная структура и наклонность к хроническому течению заболеваний требуют постоянного совершенствования медицинской подростковой службы, направленной на сохранение и укрепление здоровья подростков.

Активное становление подростковой службы в разных странах имеет свою специфику. В нашей стране была создана система подростковых кабинетов, обслуживаемых терапевтами. С 1999 г. в соответствии с Приказом МЗ РФ № 154 от 05.05.99 оказание медицинской помощи подросткам возложено на педиатрическую службу.

Практически очень важным остается вопрос стационарного лечения подростков. Госпитализация юношей и девушек старше 15 лет в детские больницы сопровождается появлением трудностей и проблем, обусловленных особенностями критического подросткового периода, в том числе и социального характера.

Госпитализация подростков до 18 лет в детское отделение Республиканской клинической больницы №3 МЗ Республики Татарстан проводится с 2002 г. За последние 3 года прошли обследование и лечение более 1000 подростков старше 15 лет, что составляет 20% всех пациентов детского отделения.

С целью выявления особенностей диагностики заболеваний и лечения госпитализированных подростков и возникающих в связи с этим проблем нами проведено изучение состояния здоровья и анонимное анкетирова-

ние 240 подростков в возрасте 15–18 лет с проведением медико-социальных психологических тестов, а также анкетирование сотрудников детского соматического отделения.

Среди обследованных подростков было 62,5% юношей и 37,5% девушек; учащихся школ, лицеев и гимназий — 85,2%, училищ и техникумов — 6,8%, вузов — 7,9%.

В качестве основного диагноза хронический вторичный пиелонефрит был выявлен у 33,8%, вегетососудистая дистония (ВСД) — у 18,6%, хронический гастродуоденит — у 16,5%, хронический холецистохолангит и дисметаболическая нефропатия — по 6,2%, прочие — 19,6%.

Нормальное физическое развитие выявлено у 72% подростков, дефицит массы тела имели 12,5% юношей и 7,4% девушек. Избыточная масса тела чаще встречалась у девушек, чем у юношей, — соответственно 19,4% и 13,2%. Низкий рост также чаще встречался у девушек, чем у юношей, — соответственно 17,9% и 6%.

Повышенное АД установлено у 5,8% юношей и 3,3% девушек. Обращает внимание значительное количество подростков, имевших пониженное АД, — 40% юношей и 45,7% девушек. Анемия легкой степени была выявлена у 8,7% юношей и 9,1% девушек.

Аномалии органов мочевой системы у нефрологических больных (нефроптоз, удвоение, поликистоз почек и др.) были обнаружены у 54,3% юношей и 42,6% девушек. Аномалии желчного пузыря при патологии органов пищеварения в виде перегиба тела желчного пузыря значительно чаще встречались у девушек, чем у юношей, — соответственно 72,35% и 46,15%.

По результатам анкетирования не очень комфортно чувствовали себя в школе 53,7%, в семье — 14,6%, наличие конфликтных ситуаций отметили 4,2% подростков. Эти данные указывают на актуальность проблем психосоматической патологии в подростковом возрасте, при которой отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что приводит к хронизации процесса и прогрессированию психосоматических заболеваний.

Анонимное анкетирование с проведением психологических тестов позволило установить отношение подростков к основным факторам, определяющим здоровый образ жизни: отношение к здоровью и болезни, рациональному питанию, рациональной организации учебной деятельности и свободного времени, занятиям физкультурой и спортом, отказ от вредных привычек. Интеллектуальный уровень был оценен выше среднего у 22,2%, средний — у 55,5%, ниже среднего — у 22,3% подростков. При распределении ценностных ориентаций больше половины подростков (57,4%) на первое место поставили здоровье, что, несомненно, следует отметить как положительный результат. Однако 14,8% определили на приоритетное место друзей, 9% — удовлетворение от учебы, по 7,4% — развлечения и необходимость получить специальность.

Учитывая, что 42,6% подростков в шкале ценностей поставили здоровье на 3–5-е место, важнейшей задачей остается формирование у подростков твердого убеждения, что самое ценное у человека в жизни — его здоровье.

Рациональное питание является одним из важнейших факторов, определяющих состояние здоровья подростков, учитывая темпы их роста, повышенный уровень физической активности. Проведенный анализ характера питания выявил нарушения режима, несоответствие рациона диетическим нормам, а также его однообразие. Так, установлено, что 74,1% подростков принимают пищу 3–5 раз в день, но 25,9% питаются всего 2 раза в сутки.

Занятия в учебных заведениях составляют в среднем 5–6 ч. Ежедневно у компьютера проводят до 2–3 ч 72,2%, 4 ч — 11,1%, 5 ч и больше — 13% подростков, не пользуются компьютером 3,7% подростков. Ежедневно у телевизора проводят до 2–3 ч 77,8%, 4 ч — 12,9%, 5 ч и больше — 8,3% подростков. Таким образом, основная масса подростков (более 70%) проводит у компьютера и телевизора по 14 — 20 ч в неделю, а более 20% — по 28–35 ч в неделю. Несомненно, такая нагрузка вызывает перенапряжение зрительных функций, особенно если учесть, что рекомендуемая максимальная продолжительность просмотра телепередач — по 2 ч 2–3 раза в неделю. Однако 1/3 подростков (29,6%) не имеют других увлечений в часы досуга.

Положительно относятся к спорту 70% подростков: в спортивных секциях занимается 42,5%, самостоятельно (пробежки, плавание) — 25,9%. Однако 31,5% считают себя освобожденными не только от занятий школьной физкультурой, но и от физических нагрузок вообще, то есть 1/3 подростков находится в состоянии гиподинамии. Наличие вредных привычек в виде курения выявлено у 23,3%, иногда принимают алкогольные напитки 53,4%, ведут половую жизнь с 13–15 лет — 25,9%, один подросток пробовал наркотики.

Среди подростков, поступивших в стационар, только 9,1% считали себя нездоровыми, не совсем здоровы-

ми — 59,1%, — здоровыми 31,8%, причем не знали причину госпитализации 23,9% школьников. В то же время занятия по болезни ежемесячно пропускали 17%, 1 раз в 2 месяца — 32,9%, 1 раз в 6 месяцев — 42%, 1 раз в год — 4,5%, не пропускали занятий — 3,6%. Учитывая низкую заболеваемость ОРЗ в этом возрасте, можно предполагать, что 92% подростков имели рецидивы хронических заболеваний не реже 1 раза в 6 месяцев.

Таким образом, подросткам, не имеющим навыков определения своего физического состояния, свойственна ошибочная переоценка уровня своего здоровья, что влияет на безразличное отношение подростков к профилактике болезней: после выписки из стационара полностью выполняли рекомендации врача только 62,5%.

Обращает внимание отношение подростков к стационарному лечению: пребывание в стационаре оценивали для себя как приятное развлечение 65,9% и даже как удовольствие — 4,54%, в то же время 23,86% подростков считали для себя мучительным пребывание в стационаре.

По данным анкетирования сотрудников детского отделения, подростки, считая себя здоровыми и в то же время освобожденными от учебного процесса и контроля родителей, теряют стереотип поведения и проявляют негативные тенденции: значительно нарушают режим и работу детского отделения, не соблюдая время сна, питания, отдыха, собираются в группы, тайно курят, отдельные подростки проявляют сексуальную озабоченность и склонность к насилию по отношению к младшим, на замечания реагируют неподчинением и грубостью. Все это происходит в присутствии других детей разного возраста. В связи с этим для контроля за поведением подростков в вечерние часы и выходные дни требуется дополнительный персонал.

Учитывая преобладание в подростковом возрасте хронических соматических заболеваний, а также трудности, возникающие при госпитализации подростков в детские больницы, для лечения подростков могут быть использованы стационарзамещающие формы, в частности, дневной стационар, в котором могут проводиться диагностические, лечебные или реабилитационные мероприятия пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения. Организация дневного стационара на базе больницы или амбулаторно-поликлинического учреждения с выделением штата и помещения даст существенный экономический эффект.

По нашему мнению, госпитализация в дневной стационар позволит в определенной степени сохранять привычный стиль жизни подростков, а также ежедневный полноценный контакт с родителями.

Введение в штат психолога для раннего выявления детей, склонных к психической дезадаптации (курению, токсикомании и др.), и своевременного проведения корригирующих психотерапевтических мероприятий облегчит подросткам прохождение критического периода.