

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПРОЦЕССА
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ**

Морозова Н.И.

Кемеровский госуниверситет, Кемерово

Полное клиническое выздоровление онкологически больных детей невозможно без восстановительного лечения, которое помимо медицинских процедур включает реабилитационные мероприятия по восстановлению психологического, эмоционального и социального здоровья ребенка и членов его семьи. Практическая реабилитационная работа, как правило, направлена на самого пациента, на преодоление его стрессов, страхов, негативных установок по отношению к своей болезни. Семья, его близкие практически не участвуют в процессе реабилитации, тогда как именно от отношения родителей к своему ребенку, к его заболеванию, от общего психологического настроения, как ребенка, так и его родителей в большей степени зависит физическое и психическое здоровье пациента. Правильно выстроенная стратегия поведе-

ния родителей, стиль отношения между всеми членами семьи при социальной реабилитации ребенка может благотворно влиять на его самочувствие, психическое и эмоциональное состояния.

Целью нашего исследования явилось изучение родительского отношения к онкологически больному ребенку, отношения ребенка к своему заболеванию. Для достижения поставленной цели мы исследовали следующие проблемы: изучение психологических, эмоциональных состояний онкологически больных детей и их родителей; взаимосвязи родительских отношений к больному ребенку и его отношения к своему заболеванию. В качестве методик сбора первичных данных использовались: тест-опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина, Личностный опросник Бехтеревского института типов отношения к болезни (ЛОБИ) А.Я. Личко и И.Я. Иванова. Исследование проводилось на базе детского областного онкологического диспансера г. Кемерово. Выборка составила 30 семей с онкологически больными детьми.

Результаты обследования типов родительского отношения представлены в табл. 1.

Таблица 1. Результаты диагностики типов родительского отношения

	Тип родительского отношения к ребенку	Родители детей с онкопатологией
1	принятие - отвержение	61% (18 чел.)
2	маленький неудачник	27% (8 чел.)
3	авторитарная гиперсоциализация	0% (0 чел.)
4	симбиоз	12% (4 чел.)
5	кооперация	0% (0 чел.)
	ВСЕГО	100% (30 чел.)

Полученные результаты свидетельствуют, что у родителей детей с онкопатологией отмечается определенная тенденция родительских отношений, так как из пяти возможных типов отношений у них было выявлено всего три и преобладающим типом (60%) является принятие ребенка. Это может свидетельствовать о том, что:

- родители уже смирились с заболеванием и приняли своего ребенка таким, каков он есть;

- родители адекватно относятся к ребенку, к его заболеванию, процессу лечения;
- родители положительно настроены относительно процесса выздоровления больного ребенка.

Результаты диагностики типов отношения к болезни по личностному опроснику ЛОБИ из существующих 13 типов в группе было выявлено 5. Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2. Результаты диагностики типов отношения детей к своей болезни

	Тип реагирования на болезнь	Дети с онкопатологией
1	гармоничный	56% (16 чел.)
2	тревожный	6% (2 чел.)
3	меланхолический	20% (6 чел.)
4	апатический	6% (2 чел.)
5	эгоцентрический	12% (4 чел.)
	ВСЕГО	100% (30 чел.)

Взаимосвязь родительского отношения и типа отношения к болезни ребенка с онкопатологией можно проследить при соотношении каждой пары «родитель-ребенок», то есть, какой тип отношения к ребенку преобладает у родителя, и соответственно какой тип отношения к болезни диагностируется у ребенка. Количественные данные представлены в табл. 3.

Согласно результатам обследования родителей и детей с онкопатологией было выявлено, что у 16

(56%) из 18 (61%) детей, родители которых относятся к ним по типу принятия, преобладает гармоничный тип отношения к болезни и является доминирующим.

Гармоничный тип отношения к болезни характеризуется адекватной оценкой больного своего состояния, без склонности преувеличивать, но и без недооценки его тяжести. Детям с гармоничным типом отношения к болезни свойственна активная позиция в отношении лечения и реабилитационных мероприятий. В случае неблагоприятного прогноза врачей от-

носителем дальнейшего развития болезни – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными для больного.

При отношении принятия к детям со стороны родителей, 2 (6%) ребенка из 18 (61%) реагируют на

онкологическое заболевание по эгоцентрическому типу. Эгоцентрический тип характеризуется «уходом ребенка в болезнь». Пациента больше интересуют данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения.

Таблица 3. Соответствие типов родительского отношения и типов реагирования на болезнь детей с онкопатологией

Тип отношения родителей к ребенку с онкопатологией	Тип отношения ребенка к заболеванию
ПРИНЯТИЕ 61% (18 род.)	гармоничный 56% (16 дет.)
	эгоцентрический 6% (2 реб.)
МАЛЕНЬКИЙ НЕУДАЧНИК 27% (8 род.)	меланхолический 20% (6 дет.)
	апатический 6% (2 реб.)
СИМБИОЗ 12% (4 род.)	тревожный 6% (2 реб.)
	апатический 6% (2 реб.)

При родительском отношении по типу «маленький неудачник» (27% - 8 родителей) у детей диагностируется отношение к заболеванию по меланхолическому (20% - 6 детей) и апатическому (6% - 2 ребенка) типу. Меланхолический тип реагирования на болезнь проявляется в общем состоянии удрученности, пессимизма, неверия в выздоровление, в возможное улучшение и в эффект лечения. У пациента возникают активные депрессивные высказывания и мысли, есть риск суицидального поведения. Отмечается неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. В свою очередь апатический тип реагирования на болезнь тоже характеризуется общим пессимистическим настроением, пассивной позицией пациента по отношению к своей судьбе, к заболеванию и к лечению.

При родительском отношении по типу «симбиоз» (12% - 4 род.) у детей был выявлен апатический (6% - 2 реб.) и тревожный (6% - 2 реб.) тип отношения к заболеванию. Тревожный тип реагирования ребенка к болезни проявляется в постоянном беспокойстве в отношении неблагоприятного течения болезни, в мнительности по поводу возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Пациента больше интересуют данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения.

При анализе типов родительского отношения и типов отношения ребенка к заболеванию можно выявить взаимосвязь между этими показателями: при родительском отношении по типу «принятия» (61%) отмечается гармоничный тип отношения к болезни у онкологически больных детей (56%): ребенок адекватно оценивает свое состояние, принимает активное участие в процессе лечения и реабилитации.

МЕХАНИЗМЫ САНОГЕНЕЗА КАК ПРИНЦИП КЛАССИФИКАЦИИ БАКТЕРИОЗОВ

Одинцов Ю.Н., Перельмутер В.М.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

В зависимости от ведущих механизмов саногенеза нам представляется целесообразным подразделять бактериозы на следующие группы:

А. "Токсигенные" бактериозы (дифтерия, газовая гангрена, ботулизм, столбняк и др.). Обычная локализация возбудителей – входные ворота инфекции. Основным эффектором патогенеза – токсин (Т-зависимый антиген, первого типа). Основным эффектором саногенеза – антитоксин (IgG). Тип иммунного ответа – Th2. Выздоровление наступает вследствие образования и последующей элиминации иммунных комплексов, а также киллинга (за счет фагоцитоза) возбудителей в очаге воспаления.

Б. Нетоксигенные негранулематозные бактериозы:

Б1. Бактериозы, возбудители которых содержат поверхностные Т-независимые антигены (Тi-антигены, второго типа):

Б1а) Бактериозы, возбудители которых содержат классический ЛПС (Тi- антигены энтеропатогенных кишечных палочек, салмонелл, шигелл и др.). Обычная локализация возбудителей – слизистые кишечного тракта (входные ворота) и региональные лимфатические узлы. Основные эффекторы патогенеза – эндотоксин и живые бактерии. Тип иммунного ответа – Th2. Саногенез обеспечивается уничтожением бактерий нефагоцитарным путем – за счёт иммунного лизиса с участием IgM и комплемента по классическому пути активации.

Б1б) Бактериозы, возбудители которых содержат поверхностные (капсульные) Тi- антигены (пневмококки, гемофильные бактерии и др.). Обычная локализация возбудителей - слизистые дыхательного тракта и региональные лимфатические узлы, нередко они проникают и в кровь. Основным эффектором патогенеза – живые бактерии. Тип иммунного ответа – Th2. Саногенез наступает вследствие, главным образом, иммунного лизиса с участием IgM и комплемента. В случае проникновения бактерий этой группы в кровь, основную роль в очищении макроорганизма от возбудителей играет селезенка – основное место фагоцитоза слабо опсонизированных (или неопсонизированных) бактерий.

Б 2. Бактериозы, возбудители которых содержат поверхностные Т-зависимые антигены (Т- антигены, антигены первого типа). Локализация возбудителей (стафилококки, стрептококки и др.) – входные ворота (кожа, слизистые), региональные лимфатические узлы, системное поражение (органы).