

И.В. Крестьяшин^{1, 2}, А.Ю. Разумовский^{1, 2}, В.М. Крестьяшин², А.М. Чмыхова², Л.С. Золотарева²¹ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва, Российская Федерация² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Результаты одномоментного исследования мнения родителей детей с косолапостью о медицинской помощи по методике Понсети в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии

Контактная информация:

Золотарева Любовь Святославовна, кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отдела детской реконструктивной и пластической хирургии НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, e-mail: l_zolotareva@mail.ru

Статья поступила: 25.07.2022, принята к печати: 09.01.2023

Обоснование. При косолапости могут наблюдаться боль и функциональные нарушения, способствующие инвалидизации. Хорошая осведомленность акушеров-гинекологов, врачей общей практики, хирургов относительно возможностей ранней диагностики и лечения может являться путем к профилактике инвалидности. **Цель исследования** — проанализировать мнение родителей детей с косолапостью об оказании медицинской помощи по методике Понсети в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии. **Методы.** Одномоментное исследование в виде социологического опроса (анкетирования) проводилось с марта по декабрь 2021 г. в ГБУЗ г. Москвы ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ среди родителей детей со следующими диагнозами: врожденная двусторонняя косолапость, врожденная правосторонняя косолапость, врожденная левосторонняя косолапость. **Результаты.** Респонденты оценили качество оказываемой медицинской помощи и ее доступность, условия пребывания на 10,0 баллов по шкале от 0 до 10 баллов. Территориальную доступность медицинской помощи респонденты оценили на 9,0 (7,0; 10,0) баллов, для 30 из 99 респондентов (30,3%) территориальная доступность нуждается в улучшении (7 баллов из 10 и ниже). Только 36,4% (36 из 99) детей были направлены на лечение в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова врачом поликлиники, остальные узнали о такой возможности из интернета, от знакомых и др. Из 15 (15,2%) детей с инвалидностью, включенных в исследование, 10 имели трудности с усвоением социально необходимых навыков. Ни один ребенок из 10, у которых заболевание было диагностировано антенатально, не имел трудностей с усвоением социально необходимых навыков и инвалидности. Средний возраст получения инвалидности составил $10,6 \pm 7,3$ мес. У тех детей, заболевание у которых диагностировано с рождения, в 7,1% (2 из 28) случаев наблюдались трудности с усвоением социально активных навыков, при постановке диагноза после рождения — в 13,3% (8 из 60) случаев ($p = 0,356$). Инвалидность не влияла на то, в каких условиях ребенок получает лечение (инвалидности имели 14,6 и 20,0% детей, получавших лечение амбулаторно и в условиях стационара соответственно; $p = 0,646$). До лечения 26,7% детей с инвалидностью и лишь 11,9% детей без инвалидности получали лечение в условиях стационара ($p = 0,218$). 5,9% детей, лечившихся амбулаторно, имели трудности с усвоением социально необходимых навыков, а среди детей, получавших лечение в условиях стационара, трудности с усвоением социально необходимых навыков имели 35,7% ($p = 0,005$). Выбор амбулаторной или стационарной формы лечения не зависел от наличия *spina bifida* ($p = 0,276$), возраста детей (2,1 (0,7; 3,6) мес против 3,65 (0,6; 4,975) мес соответственно; $p = 0,309$). **Заключение.** Лечение статистически значимо задерживается при поздней постановке диагноза, чему способствует наблюдающаяся низкая осведомленность врачей, работающих по районному принципу, о возможности получения пациентами специализированной медицинской помощи. Среди пациентов с антенатально диагностированной патологией доля детей, имеющих инвалидность и трудности с усвоением социально необходимых навыков, ниже, однако для оценки взаимоотношения этих факторов требуются дальнейшие исследования.

Ключевые слова: врожденные деформации стоп, приведенная стопа, косолапость, качество медицинской помощи, амбулаторные формы медицинской помощи, инвалидизация, антенатальная диагностика

Для цитирования: Крестьяшин И.В., Разумовский А.Ю., Крестьяшин В.М., Чмыхова А.М., Золотарева Л.С. Результаты одномоментного исследования мнения родителей детей с косолапостью о медицинской помощи по методике Понсети в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии. Вопросы современной педиатрии. 2023;22(1):59–67. doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v22i1.2505>

ОБОСНОВАНИЕ

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, врожденная косолапость (код диагноза Q66.0) представляет собой одну из разновидностей врожденных деформаций стоп. Распространенность врожденной косолапости составляет около 1 : 1000 живорождений [1]. При врожденной косолапости могут наблюдаться боль, функциональные нарушения, способствующие инвалидизации [2, 3].

Возможно, хорошая осведомленность акушеров-гинекологов, врачей общей практики, хирургов относительно ранней диагностики и лечения косолапости может являться путем к профилактике инвалидности [4].

Цель исследования

Проанализировать мнение родителей детей с врожденной косолапостью об оказании медицинской помощи в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Было проведено одномоментное исследование в виде социологического опроса (анкетирования).

Условия проведения исследования

Анкетирование проводилось с марта по декабрь 2021 г. в ГБУЗ г. Москвы ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ среди родителей детей со следующими диагнозами: врожден-

ная двусторонняя косолапость, врожденная правосторонняя косолапость, врожденная левосторонняя косолапость.

Критерии соответствия

Критерии включения

Критериями включения являлись:

- наблюдение ребенка в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ;
- врожденная косолапость у ребенка.

Критерии невключения

Критерии невключения отсутствовали. В исследовании предлагалось участвовать всем родителям пациентов, соответствующих критериям отбора.

Критерии исключения

Критерием исключения являлась невозможность участия в опросе по личным причинам (отсутствие времени или технической возможности).

Описание критериев соответствия (диагностические критерии)

Диагноз «врожденная косолапость» (код по МКБ-10 Q66.0) устанавливался на основе следующих диагностических критериев: подошвенное сгибание (*pes ecrinus*), супинация (*pes varus*), приведение стопы (*pes adductus*) и увеличение свода стопы (*pes excavates*), которые визуально можно наблюдать сразу после рождения ребенка. Измененная стопа меньше в ширину и длину на 1,5–2 раз-мера, кости плюсны деформированы и отклонены кну-

Ilya V. Krestyashin^{1, 2}, Aleksandr Yu. Razumovsky^{1, 2}, Vladimir M. Krestyashin², Arina M. Chmykhova², Lyubov S. Zolotareva²

¹ N.F. Filatov Children's City Hospital, Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Results of Cross-Sectional Study of the Opinion from Parents of Children with Clubfoot on Medical Care via Ponseti Method in Outpatient Center of Surgery, Traumatology and Orthopedics

Background. Patients with clubfoot can have pain and functional disorders that lead to disability. Familiarity of obstetrician-gynecologists, general practitioners, surgeons with its early diagnosis and timely management may prevent disablement. **Objective. The aim of the study is to analyze the opinion from parents of children with clubfoot on medical care via Ponseti method in outpatient center of surgery, traumatology and orthopedics. Methods.** Cross-sectional study in the form of sociological survey (questionnaire) was carried out in N.F. Filatov Children's City Hospital from March to December 2021 among parents of children with the following diagnoses: congenital bilateral clubfoot, congenital right clubfoot, congenital left clubfoot. **Results.** Respondents rated the quality of provided medical care and its availability, the hospital stay conditions by 10.0 points on the scale from 0 to 10. Territorial accessibility of medical care was estimated by 9.0 (7.0; 10.0) points, 30 out of 99 respondents (30.3%) required improvement in territorial accessibility (7 points out of 10 and below). Only 36.4% (36 out of 99) of children were sent to N.F. Filatov Children's City Hospital for treatment by doctor of out-patient clinic. Others learned about this variant from the Internet, from acquaintances, etc. 10 out of 15 (15.2%) children with disabilities included in the study had difficulties in learning socially necessary skills. None of 10 children who have been diagnosed antenatally had any difficulties in learning socially necessary skills or disabilities. Mean age of disability was 10.6 ± 7.3 months. Children with disease diagnosed since birth had difficulties in learning socially necessary skills in 7.1% (2 out of 28) cases, and in 13.3% (8 out of 60) cases if diagnosed after birth ($p = 0.356$). Disability did not affect conditions in which children received treatment (14.6% and 20.0% of children under outpatient and inpatient treatment, respectively, had disabilities; $p = 0.646$). 26.7% of children with disabilities and only 11.9% of children without disabilities received treatment in hospital before the treatment ($p = 0.218$). 5.9% of children treated on outpatient basis had difficulties with learning socially necessary skills. Children treated on inpatient basis had difficulties with learning socially necessary skills in 35.7% cases ($p = 0.005$). The choice of outpatient or inpatient treatment did not depend on the presence of spina bifida ($p = 0.276$), children age (2.1 (0.7; 3.6) months vs 3.65 (0.6; 4.975) months, respectively; $p = 0.309$). **Conclusion.** Treatment can be delayed statistically significantly in case of late diagnosis, which is associated with the observed low awareness of doctors (working by the district principle) about specialized medical care. Ratio of children with disabilities and difficulties in learning socially necessary skills or disabilities is lower among patients with antenatal diagnosis. However, further studies are required for evaluation of these factors' association.

Keywords: congenital foot deformity, cavus foot, clubfoot, medical care quality, outpatient forms of medical care, disablement, prenatal diagnosis

For citation: Krestyashin Ilya V., Razumovsky Aleksandr Yu., Krestyashin Vladimir M., Chmykhova Arina M., Zolotareva Lyubov S. Results of Cross-Sectional Study of the Opinion from Parents of Children with Clubfoot on Medical Care via Ponseti Method in Outpatient Center of Surgery, Traumatology and Orthopedics. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2023;22(1):59–67. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v22i1.2505>

три на уровне плюснепредплюсневых суставов [5–7]. Данные признаки четко визуализируются без применения дополнительных методов диагностики, и последние необходимы для уточнения степени тяжести поражения, оценки состояния окружающих тканей и определения дальнейшей тактики лечения.

Целевые показатели исследования

Основной показатель исследования

Качество оказываемой медицинской помощи.

Дополнительные показатели исследования

Доступность медицинской помощи, предпочтения при выборе формы лечения; время начала лечения; наличие инвалидности или трудностей с усвоением социально необходимых навыков.

Методы измерения целевых показателей

Анкетирование; анализ данных медицинской документации.

Переменные (предикторы, конфаундеры, модификаторы эффекта)

Сроки диагностики заболевания, возраст ребенка, время начала лечения; наличие сопутствующих заболеваний, инвалидности или трудностей с социально необходимыми навыками; форма получения медицинской помощи (в стационаре / амбулаторно).

Статистические процедуры

Принципы расчета размера выборки

Данное исследование является пилотным, расчет размера выборки не проводился по причине отсутствия предварительных данных по основной переменной исхода.

Статистические методы

Статистический анализ выполнялся в пакете статистических программ SPSS Statistics 26.0. Качественные признаки описаны с помощью процентов и таблиц сопряженности, сравнение качественных признаков выполнялось с использованием критерия хи-квадрат с поправкой Йейтса на непрерывность для таблиц 2×2 , точного критерия Фишера. Проверка количественных данных на нормальность распределения выполнялась с использованием критерия Колмогорова – Смирнова. Данные, имеющие нормальное распределение, описаны с помощью среднего и стандартного отклонения; с распределением, отличным от нормального, — с использованием медианы и межквартильного интервала (медиана (25-й перцентиль; 75-й перцентиль)). Сравнение групп по параметрам, имеющим распределение, отличное от нормального, проводилось с использованием критерия Манна – Уитни для независимых выборок. Также применялся метод анализа множественных ответов.

По результатам проверки на нормальность было получено, что следующие переменные имеют распределе-

ние, отличное от нормального: возраст, лет (критерий Колмогорова – Смирнова = 0,119; $p = 0,001$), возраст, когда установлен диагноз (критерий Колмогорова – Смирнова = 0,281; $p < 0,001$), возраст, когда начато лечение (критерий Колмогорова – Смирнова = 0,291; $p < 0,001$).

Нормальное распределение имеют следующие переменные: возраст, когда установлена инвалидность (критерий Колмогорова – Смирнова = 0,178; $p = 0,2$).

Этическая экспертиза

Все стадии исследования соответствуют законодательству Российской Федерации, международным этическим нормам и нормативным документам исследовательских организаций. От всех законных представителей пациентов, ставших объектами исследования, получено подписанное информированное добровольное согласие.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Формирование выборки исследования

99 родителям было роздано приглашение заполнить анкету. Отказов не было, все 99 ответов были получены для анализа.

Характеристики выборки (групп) исследования

Всего в опросе участвовали 99 родителей. Среди респондентов было 83 матери (83,8%), 15 отцов (15,2%) и 1 опекун (1%). Среди детей было 27 девочек (27,3%) и 72 мальчика (72,7%).

Основные результаты исследования

37 детей (37,4%), родители которых были опрошены, обратились в клинику первично, 62 (62,6%) — повторно. У 76 (76,8%) пациентов причиной обращения являлось плановое обращение для осмотра и назначения лечения, у 21 (21,2%) — консультация, у 2 (2%) — ухудшение состояния.

Распределение детей по диагнозам представлено в табл. 1.

У 10 детей (10,1%) заболевание было диагностировано антенатально, у 28 (28,3%) — с рождения, у 60 (60,6%) — позже. Один из родителей не помнил, когда было диагностировано заболевание у ребенка.

Сопутствующие заболевания включали различные аномалии развития, недоношенность, болезни нервной системы и др. Частота различной сопутствующей патологии представлена в табл. 2.

Spina bifida наблюдалась у 3 пациентов (3,0%).

Инвалидность имели 15 (15,2%) детей, включенных в исследование. Средний возраст получения инвалидности составил $10,6 \pm 7,3$ мес. На вопрос «Есть ли у Вашего ребенка трудности с освоением социально необходимых навыков?» утвердительно ответили 10 (10,1%) респондентов.

В качестве метода лечения у всех пациентов применялся метод Понсети.

Таблица 1. Диагнозы детей, вошедших в исследование
Table 1. Diagnoses of children enrolled in the study

Диагноз	n	Доля, %
Врожденная двусторонняя косолапость	40	40,4
Врожденная правосторонняя косолапость	30	30,3
Врожденная левосторонняя косолапость	29	29,3
Всего	99	100,0

Таблица 2. Сопутствующие заболевания
Table 2. Comorbidities

Сопутствующие заболевания	Ответы		% наблюдений
	n	%	
Аномалии развития мочеполовой системы	8	24,2	32,0
Заболевания центральной нервной системы	7	21,2	28,0
Пороки развития верхних и нижних конечностей	6	18,2	24,0
Недоношенность	1	3,0	4,0
Аномалии развития лицевого черепа	2	6,1	8,0
Заболевания зрительного анализатора	2	6,1	8,0
Аутизм	1	3,0	4,0
Заболевания периферической нервной системы	2	6,1	8,0
Заболевания гепатобилиарной системы	2	6,1	8,0
Гемангиомы	1	3,0	4,0
Пороки развития передней брюшной стенки	1	3,0	4,0
Всего	33	100,0	132,0

Таблица 3. Как Вы узнали о возможности лечения в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова?
Table 3. How did you know about the possibility of treatment at N.F. Filatov Children's City Hospital?

Ответ	Частота	%
Направил врач поликлиники	36	36,4
Интернет	30	30,3
Рекомендация знакомых	27	27,3
Направил врач частной клиники	2	2,0
Ассоциация Понсети	1	1,0
Ребенок был на госпитализации в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова	2	2,0
Телевидение	1	1,0
Всего	99	100,0

89 детей (89,9%) получали лечение амбулаторно, 10 (10,1%) — в условиях стационара. Ранее 14 пациентов (14,1%) получали лечение в условиях стационара, 85 (85,9%) — амбулаторно. Для 10 респондентов (10,1%) лечение в стационаре являлось приоритетным, для 89 (89,9%) приоритетным являлось амбулаторное лечение.

36,4% (36 из 99) детей были направлены на лечение в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова врачом поликлиники, 30,3% (30 из 99) узнали о центре из интернета, 27,3% (27 из 99) — из рекомендаций знакомых. Результаты ответа на вопрос «Как Вы узнали о возможности лечения в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова?» представлены в табл. 3.

66 (66,7%) респондентов знали про метод лечения по Понсети, 33 (33,3%) — не знали.

Респонденты оценили качество оказываемой медицинской помощи на 10,0 (10,0; 10,0) баллов, доступность медицинской помощи — на 10,0 (10,0; 10,0) баллов, территориальную доступность — на 9,0 (7,0; 10,0) баллов, условия пребывания — на 10,0 (9,0; 10,0) баллов по шкале от 0 до 10 баллов. На 8 баллов и выше качество оказываемой медицинской помощи оценили 100% респондентов, доступность медицинской помощи — 92,9% (92 из 99), территориальную доступность — 69,7% (69 из 99), условия пребывания — 90,9% (90 из 99) респондентов. По результатам опроса, 100% респондентов (99 человек) посоветуют ДГКБ им. Н.Ф. Филатова другим.

Инвалидность имели 2 девочки из 27 (7,4%) и 13 мальчиков из 72 (18,1%), различия не были статистически значимыми ($p = 0,227$).

Наличие *spina bifida* статистически значимо коррелировало с наличием инвалидности. Инвалидность имели все дети со *spina bifida* (3 из 3, 100%) и 12 из 96 (12,5%) детей без *spina bifida* ($p = 0,003$).

Также *spina bifida* статистически значимо влияет на наличие трудностей с усвоением социально необходимых навыков. Так, трудности отмечались у 8 из 96 (8,3%) пациентов без *spina bifida* и у 2 из 3 (66,7%) детей со *spina bifida*. Различия статистически значимы ($p = 0,026$).

Ни один ребенок из 10 детей, у которых заболевание было диагностировано антенатально, не имел инвалидности, 4 из 28 пациентов (14,3%), у которых заболевание было установлено с рождения, имели инвалидность, 11 из 60 (18,3%) детей, у которых заболевание было диагностировано позже, имели инвалидность. Однако различия не были статистически значимыми ($p = 0,324$; табл. 4).

Если диагноз был установлен после рождения, время его постановки не различалось у детей с инвалидностью и без нее (1,0 (0; 2,0) мес против 0,75 (0; 1,0) мес соответственно; $p = 0,454$).

Ни у одного ребенка из тех, у кого заболевание установлено до рождения, не наблюдалось трудностей с усвоением социально необходимых навыков, у тех детей, забо-

Таблица 4. Доля детей с инвалидностью в зависимости от сроков постановки диагноза
Table 4. Percent of children with disabilities by the time of diagnosis

	В каком возрасте установлено заболевание?		
	Аntenатально, n (%)	С рождения, n (%)	Позже, n (%)
Нет инвалидности	10 (100)	24 (85,7)	49 (81,7)
Инвалидность	0 (0)	4 (14,3)	11 (18,3)
Всего	10	28	60

Таблица 5. Трудности с усвоением социально необходимых навыков и форма оказания медицинской помощи
Table 5. Difficulties in learning socially necessary skills and medical care

			В каких условиях лечились ранее?		Всего
			Амбулаторно	Стационарно	
Есть ли у Вашего ребенка трудности с усвоением социально необходимых навыков?	Нет	Количество, n	80	9	89
		Доля, %	94,1	64,3	89,9
	Есть	Количество, n	5	5	10
		Доля, %	5,9	35,7	10,1
	Всего	Количество, n	85	14	99
		Доля, %	100,0	100,0	100,0

ление у которых диагностировано с рождения, в 7,1% (2 из 28) случаев наблюдались трудности с усвоением социально активных навыков, при постановке диагноза после рождения — в 13,3% (8 из 60) случаев. Однако различия статистически незначимы ($p = 0,356$). Если диагноз был установлен после рождения, время его постановки не различалось у детей с трудностями в усвоении социально необходимых навыков и без них (1,5 (0,375; 2,0) мес против 0,5 (0; 1,0) мес соответственно; $p = 0,114$).

Время начала лечения также не различалось у детей с инвалидностью и без нее (1,0 (0,33; 2,0) мес против 1,0 (0,5; 1,5) мес соответственно; $p = 0,805$) и у детей с трудностями с усвоением социально необходимых навыков и без них (2,0 (0,875; 2,0) мес против 1,0 (0,5; 1,25) мес соответственно; $p = 0,110$).

В зависимости от времени постановки диагноза (антенатально или позже) статистически значимо различался возраст начала лечения ($p = 0,014$): лечение статистически значимо задерживалось при поздней постановке диагноза.

Наличие инвалидности не влияло на то, в каких условиях ребенок получает лечение. 13 из 89 (14,6%) детей, получавших лечение амбулаторно, имели инвалидность, а среди пациентов, получавших лечение в условиях стационара, — 2 из 10 (20,0%) ($p = 0,646$).

До лечения в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова 4 из 15 (26,7%) детей с инвалидностью и 10 из 84 (11,9%) детей без инвалидности получали лечение в условиях стационара (различия статистически незначимы; $p = 0,218$).

Выбор амбулаторной или стационарной формы лечения не зависел от наличия трудностей с усвоением социально необходимых навыков: 8 из 89 (9,0%) детей, лечившихся амбулаторно, имели трудности с усвоением социально необходимых навыков, а среди пациентов, получавших лечение в условиях стационара, трудности с усвоением социально необходимых навыков имели 2 из 10 детей (20,0%) (различия статистически незначимы; $p = 0,266$).

Форма, в которой дети получали лечение ранее (амбулаторно или в условиях стационара), зависела от наличия трудностей с усвоением социально необходимых

навыков: 5 из 85 (5,9%) детей, лечившихся амбулаторно, имели трудности с усвоением социально необходимых навыков, а среди пациентов, получавших лечение в условиях стационара, трудности с усвоением социально необходимых навыков имели 5 из 14 (35,7%) детей (различия статистически значимы; $p = 0,005$; табл. 5).

Возраст детей не различался у тех, кто предпочитал амбулаторное лечение или лечение в условиях стационара (2,1 (0,7; 3,6) мес против 3,65 (0,6; 4,975) мес соответственно; $p = 0,309$).

Родители детей, имеющих *spina bifida*, равновероятно предпочитали лечение в амбулаторных условиях и в условиях стационара: лечение в стационаре являлось предпочтительным для 9 из 96 (9,4%) родителей детей без *spina bifida* и для 1 из 3 (33,3%) родителей детей, имеющих *spina bifida* ($p = 0,276$).

Возможно, в данном случае различия не достигли статистической значимости из-за малого количества детей, имеющих *spina bifida*, включенных в исследование.

Один респондент, ребенок которого получает лечение в стационаре, указал, что предпочтительной для них является амбулаторная форма медицинской помощи. Аналогично: один респондент, ребенок которого получает лечение амбулаторно, ответил, что для них предпочтительной является стационарная форма медицинской помощи (табл. 6).

Среди детей, получающих лечение амбулаторно, статистически значимо больше пациентов, которые предпочитают лечение в амбулаторных условиях ($p < 0,001$).

5 респондентов, дети которых ранее получали лечение в стационаре, указали, что предпочтительной для них является амбулаторная форма медицинской помощи. Кроме того, 1 респондент, ребенок которого ранее получал лечение амбулаторно, отметил, что для них предпочтительной является стационарная форма медицинской помощи (табл. 7).

Таким образом, в настоящее время форма получения лечения (амбулаторно / в стационаре; см. табл. 6) больше соответствует пожеланиям родителей, чем до начала лечения в центре амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии (см. табл. 7).

Таблица 6. Предпочтения при выборе формы медицинской помощи и форма лечения в настоящее время
Table 6. Preferences in the form of medical care and current form of treatment

Лечение в каких условиях для Вас является предпочтительным?		Форма лечения		Всего
		Амбулаторно	Стационарно	
Амбулаторно	Количество, <i>n</i>	88	1	89
	Доля, % среди предпочтительных форм лечения	98,9	1,1	100,0
	Доля, % среди форм лечения	98,9	10,0	89,9
В стационаре	Количество, <i>n</i>	1	9	10
	Доля, % среди предпочтительных форм лечения	10,0	90,0	100,0
	Доля, % среди форм лечения	1,1	90,0	10,1
Всего	Количество, <i>n</i>	89	10	99
	Доля, % среди предпочтительных форм лечения	89,9	10,1	100,0
	Доля, % среди форм лечения	100,0	100,0	100,0

Таблица 7. Предпочтения при выборе формы медицинской помощи и форма лечения до начала наблюдения в центре амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии
Table 7. Preferences in the form of medical care and a form of treatment before the start of observation in outpatient center of surgery, traumatology and orthopedics

Лечение в каких условиях для Вас является предпочтительным?		В каких условиях лечились ранее?		Всего
		Амбулаторно	Стационарно	
Амбулаторно	Количество, <i>n</i>	84	5	89
	Доля, % среди предпочтительных форм лечения	94,4	5,6	100,0
	Доля, % среди форм, в которых лечение проводилось ранее	98,8	35,7	89,9
В стационаре	Количество, <i>n</i>	1	9	10
	Доля, % среди предпочтительных форм лечения	10,0	90,0	100,0
	Доля, % среди форм, в которых лечение проводилось ранее	1,2	64,3	10,1
Всего	Количество, <i>n</i>	85	14	99
	Доля, % среди предпочтительных форм лечения	85,9	14,1	100,0
	Доля, % среди форм, в которых лечение проводилось ранее	100,0	100,0	100,0

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Результаты проведенного исследования говорят о высокой удовлетворенности пациентов лечением. Особенностью оказания помощи детям с ортопедической патологией в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ является возможность получения ее пациентами как в условиях стационара, так и в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии. Однако необходимым представляется дальнейшее улучшение преемственности, в том числе посредством ранней диагностики ортопедической патологии.

Ограничения исследования

Ограничением нашего исследования является малый размер выборки (*n* = 99).

Кроме того, ограничением являлся факт проведения анкетирования в отношении удовлетворенности лечением непосредственно в учреждении, в котором это лечение проводилось, что не может не оказывать косвенного влияния на ответы респондентов.

Интерпретация результатов исследования

Наиболее часто сопутствующие заболевания у пациентов с косолапостью были представлены аномалиями развития мочеполовой системы (32,0%), болезнями цент-

ральной нервной системы (28,0%), пороками развития верхних и нижних конечностей (24,0%), *spina bifida* (3,0%). Аналогично: по данным литературы, врожденная патология стоп, в том числе косолапость и косой таран, может иметь генетическую природу и сочетаться с другими врожденными аномалиями [8–12]. Распространенность врожденных деформаций стоп, связанных с другим врожденным дефектом или синдромом, составляет около 0,7 на 1000 рождений [13]. Может наблюдаться сочетание врожденной деформации стопы с врожденным вывихом бедра [8, 14], олигодактилией [8], амниотическими перетяжками [15]. Косолапость может встречаться в сочетании с синдромом Дауна [16].

Инвалидность имели 15 (15,2%) детей, включенных в исследование, только 10 из них имели трудности с усвоением социально необходимых навыков. По данным литературы, инвалиды с ортопедической патологией составляют 17,1% от общего количества детей-инвалидов, а косолапость занимает второе место среди причин инвалидности у детей с ортопедической патологией (13,6%) после врожденной патологии тазобедренного сустава (15,1%) [17].

Все пациенты получили возможность лечения в той форме, которая для них является предпочтительной. Это может быть причиной высокой удовлетворенности респондентов лечением.

Однако проведенный опрос выявил некоторые недостатки, устранение которых может являться целью развития медицинской помощи на ближайшие годы. Например, территориальную доступность медицинской помощи респонденты оценили в среднем на 9,0 (7,0; 10,0) баллов, для определенной доли (30 из 99; 30,3%) респондентов территориальная доступность нуждается в улучшении (они оценили ее на 7 баллов из 10 и ниже). Согласно данным литературы, в Москве наблюдается более благоприятная ситуация с оказанием детской хирургической помощи и ее территориальной доступностью, чем в других регионах (например, в Московской области), что еще больше подчеркивает необходимость дальнейших улучшений [18].

Кроме того, только 36,4% (36 из 99) детей были направлены на лечение в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова врачом поликлиники, остальные узнали о такой возможности из интернета, от знакомых и др. 33 (33,3%) респондента не знали про метод лечения по Понсети. Такие результаты могут свидетельствовать о низкой осведомленности врачей, работающих по районному принципу, о возможности получения пациентами специализированной медицинской помощи.

Spina bifida является тяжелым пороком развития центральной нервной системы и часто приводит к инвалидизации, по данным многих авторов [19, 20], хотя сама по себе не является прямым основанием для установления инвалидности. В нашем исследовании *spina bifida* статистически значимо влияла на наличие трудностей с усвоением социально необходимых навыков.

Ни один ребенок из детей, у которых заболевание было диагностировано антенатально, не имел инвалидности. 14,3% детей, у которых заболевание было установлено с рождения, имели инвалидность, 18,3% детей, у которых заболевание было диагностировано позже, имели инвалидность ($p = 0,324$). Если диагноз был установлен после рождения, время его постановки не различалось у детей с инвалидностью и без нее.

Аналогично: ни у одного ребенка из тех, у кого заболевание установлено до рождения, не наблюдалось трудностей с усвоением социально необходимых навыков, у тех детей, заболевание у которых диагностировано с рождения, в 7,1% случаев наблюдались трудности с усвоением социально активных навыков, при постановке диагноза после рождения — в 13,3% случаев ($p = 0,356$). Если диагноз был установлен после рождения, время его постановки не различалось у детей с трудностями в усвоении социально необходимых навыков и без них.

Учитывая небольшие объемы выборок, включенных в данное исследование, фактически являющееся пилотным, мы предполагаем, что при увеличении объемов исследования возможно выявление статистически значимых различий: среди пациентов с антенатально диагностированной патологией доля детей, имеющих инвалидность и трудности с усвоением социально необходимых навыков, ниже, однако для оценки взаимоотношения этих факторов требуются дальнейшие исследования.

Другие авторы указывают на возможность эффективной антенатальной диагностики врожденных деформаций стоп [21] и на ее критическую значимость [22], однако в настоящее время в литературе нет данных, позволяющих оценить медико-социальную и экономическую эффективность ранней диагностики косолапости.

В зависимости от времени постановки диагноза (антенатально или позже) статистически значимо различался возраст начала лечения ($p = 0,014$): лечение статистически значимо задерживается при поздней поста-

новке диагноза, что может влиять на прогноз, согласно данным литературы [23].

Наличие инвалидности не влияло на то, в каких условиях ребенок получает лечение. 14,6% получавших лечение амбулаторно имели инвалидность, в условиях стационара доля детей с инвалидностью составила 20,0% ($p = 0,646$). До лечения в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова 26,7% детей с инвалидностью и лишь 11,9% детей без инвалидности получали лечение в условиях стационара ($p = 0,218$; возможно, отсутствие статистически значимых различий в данном случае связано с небольшими объемами выборок). Более того, форма, в которой дети получали лечение ранее, зависела от наличия у них трудностей с усвоением социально необходимых навыков. 5,9% пациентов, лечившихся амбулаторно, имели трудности с усвоением социально необходимых навыков, а среди детей, получавших лечение в условиях стационара, трудности с усвоением социально необходимых навыков имели 35,7% ($p = 0,005$).

В нашем центре увеличилась доля детей с инвалидностью, наблюдающихся амбулаторно, — это говорит о том, что наличие инвалидности не влияет на выбор родителей и предпочтение медицинской помощи в стационарных или амбулаторных условиях. Как продемонстрировал проведенный опрос, выбор амбулаторной или стационарной формы лечения также не зависит от наличия у ребенка трудностей с усвоением социально необходимых навыков.

Один респондент, ребенок которого получает лечение в стационаре, указал, что предпочтительной для них является амбулаторная форма медицинской помощи. Аналогично: один респондент, ребенок которого получает лечение амбулаторно, ответил, что для них предпочтительной является стационарная форма медицинской помощи. Однако 5 респондентов, дети которых ранее получали лечение в стационаре, указали, что предпочтительной для них является амбулаторная форма медицинской помощи, и 1 респондент, ребенок которого ранее получал лечение амбулаторно, отметил, что для них предпочтительной является стационарная форма медицинской помощи. Таким образом, в настоящее время большее число родителей удовлетворены формой получаемого лечения.

В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова накоплен большой опыт амбулаторного лечения хирургической патологии, много лет функционирует центр амбулаторной хирургии на базе больницы, имеющей стационарные отделения [24–26], что позволяет гибко подстраиваться под индивидуальные медицинские особенности течения заболевания у каждого пациента, а также учитывать пожелания родителей при выборе формы медицинской помощи. Полагаем, что вышесказанное является причиной высокой удовлетворенности пациентов (их законных представителей) получаемым лечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе результатов опроса родителей детей с врожденной косолапостью об удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии было определено, что наблюдается высокая удовлетворенность родителей и официальных представителей медицинской помощью, оказанной их детям в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. Среди пациентов с антенатально диагностированной патологией доля детей, имеющих инвалидность и трудности с усвоением социально необходимых навыков, ниже, однако для оценки взаимоотно-

ношения этих факторов требуются дальнейшие исследования. Лечение статистически значимо задерживается при поздней постановке диагноза, чему способствует наблюдающаяся низкая осведомленность врачей, работающих по районному принципу, о возможности получения пациентами специализированной медицинской помощи. Также было показано, что наличие инвалидности не влияет на предпочтения при выборе формы медицинской помощи. Выбор родителями амбулаторной или стационарной формы лечения также не зависит от наличия у ребенка трудностей с усвоением социально необходимых навыков и наличия *spina bifida*.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Ansar A, Rahman AE, Romero L, et al. Systematic review and meta-analysis of global birth prevalence of clubfoot: a study protocol. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019246. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019246>
2. Клычкова И.Ю., Кенис В.М., Коваленко-Клычкова Н.А. Лечение вторичных деформаций стоп у детей с врожденной косолапостью // *Гений ортопедии*. — 2011. — № 2. — С. 91–98. [Klychkova IYu, Kenis VM, Kovalenko-Klychkova NA. Treatment of secondary deformities of the feet in children with congenital clubfoot. *Orthopaedic Genius*. 2011;(2):91–98. (In Russ).]
3. Макаров А.Б. Врожденные и приобретенные пороки развития опорно-двигательного аппарата в детском возрасте, приводящие к инвалидности // *Профессиональное образование Арктических регионов*. — 2018. — № 5. — С. 36–42. [Makarov AB. Vrozhdennye i priobretennye poroki razvitiya oporno-dvigatel'nogo apparata v detском возрасте, privodyashchie k invalidnosti. *Professional'noe obrazovanie Arkticheskikh regionov*. 2018;(5):36–42. (In Russ).]
4. Liu Y, Zhao D, Zhao L, et al. Congenital Clubfoot: Early Recognition and Conservative Management for Preventing Late Disabilities. *Indian J Pediatr*. 2016;83(11):1266–1274. doi: <https://doi.org/10.1007/s12098-015-1860-x>
5. Ponseti IV, Smoley EN. The classic: congenital club foot: the results of treatment. 1963. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467(5):1133–1145. doi: <https://doi.org/10.1007/s11999-009-0720-2>
6. Spiegel DA, Loder RT. Leg-length discrepancy and bone age in unilateral idiopathic talipes equinovarus. *J Pediatr Orthop*. 2003;23(2):246–250.
7. Брызгалов С.А., Игнатов А.Д., Мазур В.Г. и др. Комплексный подход к лечению врожденной косолапости // *Вестник Приднестровского университета. Серия: Медико-биологические и химические науки*. — 2017. — № 2. — С. 25–30. [Bryzgalov SA, Ignatov AD, Mazur WG, et al. Integrated approach in the treatment of a congenital clubfoot. *Vestnik Pridnestrovskogo universiteta. Seriya: Mediko-biologicheskie i khimicheskie nauki*. 2017;(2):25–30. (In Russ).]
8. Wynne-Davies R. Family studies and the cause of congenital club foot. talipes equinovarus, talipes calcaneo-valgus and metatarsus varus. *J Bone Joint Surg Br*. 1964;46:445–463.
9. Chan Y, Selvaratnam V, Garg N. A Comparison of the Dobbs Method for Correction of Idiopathic and Teratological Congenital Vertical Talus. *J Child Orthop*. 2016;10(2):93–99. doi: <https://doi.org/10.1007/s11832-016-0727-7>
10. Alae F, Boehm S, Dobbs MB. A new approach to the treatment of congenital vertical talus. *J Child Orthop*. 2007;1(3):165–174. doi: <https://doi.org/10.1007/s11832-007-0037-1>
11. Stern HJ, Clark RD, Stroberg AJ, Shohat M. Autosomal dominant transmission of isolated congenital vertical talus. *Clin Genet*. 1989;36(6):427–430.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

И.В. Крестьяшин

<https://orcid.org/0000-0002-9131-9847>

А.Ю. Разумовский

<https://orcid.org/0000-0002-9497-4070>

В.М. Крестьяшин

<https://orcid.org/0000-0003-3118-9566>

А.М. Чмыхова

<https://orcid.org/0000-0002-8248-5085>

Л.С. Золотарева

<https://orcid.org/0000-0001-7662-8257>

12. Dobbs MB, Schoenecker PL, Gordon JE. Autosomal dominant transmission of isolated congenital vertical talus. *Iowa Orthop J*. 2002;22:25–27.
13. Byron-Scott R, Sharpe P, Hasler C, et al. A South Australian Population-Based Study of Congenital Talipes Equinovarus. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2005;19(3):227–237. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2005.00647.x>
14. Paton RW, Choudry Q. Neonatal Foot Deformities and Their Relationship to Developmental Dysplasia of the Hip: An 11-year Prospective, Longitudinal Observational Study. *J Bone Joint Surg Br*. 2009;91(5):655–658. doi: <https://doi.org/10.1302/0301-620X.91B5.22117>
15. McKinney J, Rac MWF, Gandhi M. Congenital Talipes Equinovarus (Clubfoot). *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(6):B10–B12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.022>
16. Foley C, Killeen OG. Musculoskeletal anomalies in children with Down syndrome: an observational study. *Arch Dis Child*. 2019;104(5):482–487. doi: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315751>
17. Соловьева К.С., Битюков К.А. Проблема детской инвалидности в связи с ортопедической патологией и задачи ортопеда при проведении медицинской реабилитации // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. — 2003. — Т. 10. — № 4. — С. 18–22. — doi: <https://doi.org/10.17816/vto200310418-22> [Solovieva KS, Bitukov KA. The problem of childhood disability due to orthopedic pathology and the tasks of an orthopedist during medical rehabilitation. *N.N. Priorov Journal of Traumatology and Orthopedics*. 2003;10(4):18–22. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.17816/vto200310418-22>]
18. Розинов В.М., Ваганов Н.Н., Горбачев О.С. Детская хирургия в России — предварительные итоги оптимизации // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. — 2016. — Т. 6. — № 3. — С. 8–18. [Rosinov VM, Vaganov NN, Gorbachyov OS. Pediatric surgery in Russia — preliminary results of optimization. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2016;6(3):8–18. (In Russ).]
19. Курцер М.А., Притыко А.Г., Спиридонова Е.И. и др. Открытая внутриутробная хирургическая коррекция spina bifida у плода // *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение*. — 2018. — Том. 6. — № 4. — С. 38–44. — doi: <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-14004> [Kurtser MA, Prityko AG, Spiridonova EI, et al. Open fetal surgery for spina bifida. *Obstetrics and Gynecology. News. Views. Education*. 2018;6(4):38–44. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-14004>]
20. Морозов С.Л., Полякова О.В., Яновская Н.В. и др. Spina Bifida. Современные подходы и возможности к диагностике, лечению и реабилитации // *Практическая медицина*. — 2020. — Т. 18. — № 3. — С. 32–37. — doi: <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2020-3-32-37> [Morozov SL, Polyakova OV, Yanovskaya NV,

et al. Spina Bifida. Modern approaches and opportunities for diagnosis, treatment and rehabilitation. *Practical Medicine*. 2020;18(3):32–37. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2020-3-32-37>

21. Burgan HE, Furness ME, Foster BK. Prenatal ultrasound diagnosis of clubfoot. *J Pediatr Orthop*. 1999;19(1):11–13.

22. Погосян ИА, Челчушев ДА, Соснин ЕБ. Опыт применения метода I. Ponseti в лечении различных видов эквино-кава-варусной деформации стопы у детей // *Системная интеграция в здравоохранении*. — 2011. — Т. 3. — № 13. — С. 30–37. [Pogosyan IA, Chelchushev DA, Sosnin EB. Application of the method I. Ponseti in the treatment of different types of equinovarus deformities of foot in children. *System Integration in Health Care*. 2011;3(13):30–37. (In Russ).]

23. El Batti S, Solla F, Clément JL, et al. Initial treatment of congenital idiopathic clubfoot: Prognostic factors. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2016;102(8):1081–1085. doi: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.07.012>

24. Крестьяшин И.В., Разумовский А.Ю., Крестьяшин В.М. и др. Стационарзамещающие технологии как инструмент для успешной работы детского центра амбулаторной хирургии и ортопедии // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. — 2016. — Т. 146. — № 7. — С. 25–28. [Krest'yashin IV, Razumovskiy AYU,

Krest'yashin VM, et al. Modern technologies substituting outpatient for inpatient care in the work of the children's centre of outpatient surgery, traumatology and orthopedics. *Siberian Medical Journal (Irkutsk)*. 2016;146(7):25–28. (In Russ).]

25. Крестьяшин И.В., Выборов Д.Ю., Крестьяшин В.М. и др. Современные критерии отбора пациентов для успешной совместной работы хирургического и анестезиологического звена в условиях центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии // *Детская хирургия*. — 2015. — Т. 19. — № 3. — С. 40–43. [Krest'yashin IV, Vyborov DYU, Krest'yashin VM, et al. Modern criteria for the selection of patients for the successful joint work of surgeons anesthetologists at a center of outpatient surgery, traumatology and orthopedics. *Russian Journal of Pediatric Surgery = Detskaya Khirurgiya*. 2015;19(3):40–43. (In Russ).]

26. Крестьяшин И.В., Коварский С.Л., Крестьяшин В.М. и др. Современные стационарзамещающие технологии в работе детского центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии // *Детская хирургия*. — 2014. — Т. 18. — № 5. — С. 53–56. [Krest'yashin IV, Kovarsky SL, Krest'yashin VM, et al. Modern technologies substituting outpatient for inpatient care in the work of the children's centre of outpatient surgery, traumatology and orthopedics. *Russian Journal of Pediatric Surgery = Detskaya Khirurgiya*. 2014;18(5):53–56. (In Russ).]

ВАКЦИНЫ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ. РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией: Л.С. Намазовой-Барановой, Н.И. Брико,
И.В. Фельдблюм
М.: ПедиатрЪ, 2021. — 648 с.

В монографии представлены новые сведения о роли иммунопрофилактики в программировании и сохранении здоровья человека, описаны иммунобиологические препараты для активной и пассивной иммунизации детей и взрослых разных возрастных групп и разного состояния здоровья. Особое внимание уделено описанию инфекционных болезней, предотвратимых с помощью вакцинации. Отдельная глава посвящена новой коронавирусной инфекции COVID-19, в том числе, принципам плановой вакцинации в период пандемии, описаны новые препараты для защиты от SARS-CoV-2.

Монография адресована специалистам, занимающимся проблемами вакцинации — педиатрам, терапевтам, хирургам, акушерам-гинекологам, гериатрам, эпидемиологам, врачам других специальностей, преподавателям высшей школы и колледжей по медицинским и биологическим специальностям, студентам медицинских и фармацевтических вузов и колледжей, а также ординаторам и аспирантам.

