

УДК 616.831-009.11-053.2

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ДЦП (НА ПРИМЕРЕ г.СЕМЕЙ)

О.Т. Жужжанов, А.А. Ерембаева

Департамент по контролю и социальной защите комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Восточно-Казахстанской области, г.Семей, АО «Медицинский университет г. Астана»

Введение. Численность детей-инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает. Дети с тяжелыми двигательными нарушениями, вследствие детского церебрального паралича (ДЦП), имеющие статус инвалида, нуждаются в особой заботе, общество обязано предоставить им условия не только для лечения, но и для успешной социальной адаптации, полноценного развития, обучения, получения образования.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из серьезнейших проблем человеческого сообщества. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения головного мозга ребенка на различных этапах онтогенеза.

Также известно, что к большому сожалению, ДЦП нельзя вылечить, поскольку практически невозможно его продиагностировать у новорожденных. Вылечить нельзя, но оказать существенную помощь и поддержку больному, облегчить ему жизнь и улучшить ее качество можно и нужно.

Церебральный паралич часто не обнаруживается сразу при рождении, так как все новорожденные плохо владеют своим телом. Их движения и действия подчинены примитивным рефлексам и вызываются автоматическими реакциями нервной системы. Примитивные рефлексы вызывают у них и изменения мышечного тонуса, и движения конечностей. По мере того как развивается головной мозг, развивается и растет сам младенец; у здорового ребенка постепенно исчезают примитивные рефлексы и появляется способность ко все более и более точному сознательному управлению движениями различных частей тела.

В то же время у ребенка, больного церебральным параличом, примитивные рефлексы сохраняются дольше, чем обычно, то есть после 6 месяцев, мешая нормальным движениям и значительно задерживая развитие двигательных функций у ребенка. Ребенок с трудом осваивает такие простые возрастные навыки, как умение сидеть, переворачиваться, ползать, ходить, смеяться и говорить. Присутствие примитивных рефлексов даже у взрослых является основным признаком церебрального паралича.

Церебральный паралич нарушает не только функции головного мозга по контролю и координации движений, но и дальнейшее развитие у ребенка простых и сложных двигательных навыков, которые у здоровых детей достигаются благодаря точному и хрупкому равновесию между сигналами головного мозга, контролирующими сознательные и произвольные движения. Примером грубой двигательной функции является ходьба, примером тонкой двигательной функции является рисование. Хотя развитие двигательных функций замедляется, познавательные способности (восприятие реальности, мышление и память) и речевые навыки могут не затрагиваться болезнью и нормально развиваться.

Справедливо замечание, что деятельность врача любой специальности должна оцениваться с позиций

реабилитационного эффекта. Показателен анализ случаев детской неврологической инвалидности, позволивший выявить комплекс инвалидирующих факторов: запоздалая диагностика (57,2%) и, как следствие, поздно начатая терапия (52,2%), нерегулярное (31,4%), несоответствующее и непреемственное лечение (17,7%), низкий социально-бытовой уровень.

Больной ребенок требует повышенного внимания, особой заботы, иных сил, времени и финансовых расходов по его содержанию, развитию и воспитанию.

Дети с ограниченными возможностями, с точки зрения педагогики, являются детьми «с особыми образовательными потребностями», для обучения которых необходимо создание специальных условий, специальной образовательной среды, пребывание в специализированных дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ). Основными задачами ДОУ являются воспитание и развитие ребенка в соответствии с его возможностями, максимальная адаптация в социуме, подготовка для дальнейшего обучения в школе. Но контингент специализированных дошкольных учреждений составляют дети, способные к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Дошкольные образовательные учреждения для детей с тяжелыми двигательными нарушениями вследствие ДЦП отсутствуют. Таким образом, дети с тяжелыми формами ДЦП лишены возможности общения со сверстниками, их вынужденное «заточение» в собственных квартирах затрудняет развитие способностей, коммуникативных навыков, усиливает ощущение неполноценности. Дети находятся вне системы подготовки к школе и к началу школьного обучения они оказываются несостоятельными в овладении школьными навыками. Следовательно, функции воспитания и подготовки ребенка к школьному обучению должна взять на себя семья.

Тем не менее, включение родителей в коррекционно-образовательный процесс является важнейшим условием полноценного развития ребенка с особыми образовательными потребностями. В решении этой сложной задачи семье нужны грамотные помощники.

Создание гибкой системы альтернативного образования предполагает организацию разнообразных форм воспитания и обучения в условиях дополнительного образования. На наш взгляд, именно дополнительное образование в сотрудничестве с учреждениями социальной реабилитации может взять на себя функции социально-педагогической коррекции, адаптации и интеграции в общество детей с ограниченными возможностями, тем самым, социализируя семью в целом. Проведение комплексных социально-педагогических мероприятий с «особым» ребенком - процесс многоуровневый. Базовым уровнем этого процесса выступает работа с семьей. В последнее время все большую значимость приобретает проблема социальной адаптации не только детей, страдающих церебральным параличом, но и семьи, в которой они воспитываются.

Проблемы развития, воспитания, обучения и социальной адаптации детей с ДЦП и их родителей требуют дальнейшего изучения и поиска новых подходов к

улучшению качества их жизни, интеграции в общество. Увеличением количества детей с диагнозом ДЦП и незначительным числом учреждений, в том числе учреждений дополнительного образования, использующих инновационные подходы к созданию условий для успешной социальной адаптации детей с сохранным интеллектом на этапе подготовки их к школьному обучению. Необходимость подготовки детей с тяжелыми формами ДЦП к школьному обучению и отсутствие разработанных программ дифференцированного обучения детей с ДЦП с учетом степени тяжести двигательных и интеллектуальных нарушений, отсутствие дошкольных образовательных учреждений для детей данной категории.

75% матерей, имеющих детей с ДЦП, были вынуждены оставить работу. Поэтому неудивительно, что у половины детей с ДЦП задержка психического развития социально обусловлена, она развивается в результате обездвиженности ребенка, отсутствия его общения с детьми.

Материал и методы исследования. Проведен корреляционный анализ 237 историй болезни детей больных ДЦП с целью выявления наиболее значимых факторов влияющих на инвалидность при ДЦП, на результаты амбулаторного и стационарного лечения, воз-

растной структуры первичных инвалидов с ДЦП, распространенность случаев полноты, уровня и качества обследования больных детей с ДЦП, проведения реабилитационных мероприятий, реабилитационного прогноза, реабилитационного потенциала больных детей с ДЦП, проблемы помощи семье, воспитывающей ребенка с ДЦП, образование детей с ДЦП по ВКО г.Семей.

Большинство больных детей инвалидов с ДЦП составили лица мужского пола -136 человек - 57,4%, а лица женского пола составили -101 человек - 42,6%.

Рассмотрение повозрастных показателей частоты инвалидности детей с ДЦП отдельно у мальчиков и девочек позволило выявить некоторые следующие особенности.

Многочисленную группу составили дети до 3 лет и составляет 53, 59%, на 2 месте дети от 3 до 7 лет – 31,2%, на 3 месте дети инвалиды от 7 до 12 лет - 31,2%, от 12 до 14 лет – 2,11 %, от 14 до 16 лет - 1,7%.

В возрастном аспекте структура инвалидности вследствие ДЦП выглядела следующим образом: до 3 лет: мальчиков – 54,4%, девочек - 52,5%; от 3 до 7 лет: мальчиков - 30,1%, девочек - 32,%; от 7 до 12 лет: мальчиков - 11,0%, девочек - 11,9%; от 12 до 14 лет: мальчиков – 2,9%, девочек - 1,0%; от 14 до 16 лет: мальчиков – 1,5%, девочек - 2,0%.

Таблица 1. - Распространенность случаев наличия реабилитационного потенциала детей инвалидов с ДЦП

Реабилитационный потенциал	Количество	Проценты	м	ДИн	ДИв
Высокий	5	2,11	0,93	0,2801	3,939
Удовлетворительный	48	20,25	2,61	15,137	25,37
Низкий	184	77,64	2,71	72,332	82,94
Всего	237				

Анализ наблюдений о наличии реабилитационного потенциала свидетельствует о том, что из 237 опрошенных родителей детей инвалидов с ДЦП, в 77,64% случаев отмечается низкий реабилитационный потенциал, в 20,2% удовлетворительный реабилитационный потенциал.

По принадлежности к социальной категории родителей детей инвалидов с ДЦП, выявлено, что значителен первичный выход на инвалидность среди рабочих 53,6%, нежели служащих родителей детей инвалидов с ДЦП 27,9%, без профессии составляют 18,0%. При этом работающие матери составили 60,3%, не работающие 39,2%, работающие отцы составили 46,0%, не работающие 37,0%.

По результатам наших исследований социальная категория родителей коррелирует (индекс корреляции = 0.38) с качеством консультации. Работает мать коррелирует (индекс корреляции = 0.49) с работает в семье отец, и с местом жительства (индекс корреляции = 0.41). То есть имеется взаимосвязь с этими факторами при инвалидизации детей больных ДЦП.

При изучении регионального выхода на инвалидность вследствие ДЦП выявлено, что его величина неодинакова в городской и сельской местности по Семипалатинской области. Выход на инвалидность вследствие ДЦП по месту жительства выглядел следующим образом: в сельских районах – 37,6%, в городской местности – 62,4% .

Согласно нашим исследованиям преобладание инвалидов вследствие ДЦП в городской местности объясняется, очевидно, большей численностью населения, уровнем промышленного развития и рядом других негативных факторов, продолжающейся урбанизацией и научно-технической революцией.

Учитывая наш Семипалатинский регион, была проанализирована связь заболевания с Семипалатинским ядерным полигоном. Анализ показал, что причиной инвалидности - 88.1% - не связано с воздействием ионизирующего излучения на Семипалатинском ядерном полигоне, 11,3% связано с воздействием ионизирующего излучения (учитывая чрезвычайные зоны радиации) и 0.42% другая причина инвалидности.

Таблица 2. - Образование детей больных ДЦП.

Образование		М	м	ДИн	ДИв
		Percent			
Учащиеся начальных классов	16	6,751	1,63	3,5567	9,945
Учащиеся начальных классов на дому	25	10,55	2	6,6377	14,46
Учащиеся средней школы	6	2,532	1,02	0,5317	4,532
Учащиеся по общим предметам на дому	33	13,92	2,25	9,5164	18,33
Учащиеся школ интернатов для слабослышащих детей, детей с ограниченными возможностями	6	2,532	1,02	0,5317	4,532
Всего	151	63,71	3,12	57,591	69,83

Как видно из данной таблицы большинство детей инвалидов с ДЦП обучаются на дому по общеобразовательной программе 13,92%. Также было выявлено в ходе исследования, что 66,2% детей инвалидов имеют низкую успеваемость в школе, 19,8% детей удовлетворительную и отличную успеваемость в школе лишь 11.3% детей.

Изучение качества жизни среди больных детей инвалидов с ДЦП по уровню материального благосостояния выявил следующую картину: доход на 1 члена семьи свыше 5000 тенге наблюдался в 16,5%, на уровне 4000 тенге - 30,4 %, 3000 тенге - 31.7%, 2000 тенге - 18,6%, 1000 тенге – 2.9%.

Таблица 3. - Распределение уровня доходов в семьях больных детей с ДЦП

Доходы на 1 члена семьи	Количество	Проценты	м	ДИ н	ДИ в
1000тенге	7	2,954	1,1	0,7981	5,109
2000 тенге	44	18,57	2,53	13,615	23,52
3000 тенге	75	31,65	3,02	25,724	37,57
4000 тенге	72	30,38	2,99	24,525	36,23
5000 тенге	39	16,46	2,41	11,735	21,18
Всего:	237				

Таким образом, низкий материальный уровень среди изучаемого контингента в преобладающем большинстве случаев не позволял им пройти полноценное обследование.

Согласно нашим исследованиям доходы коррелируют (индекс корреляции = 0.45) с причиной отказа от обследования и с реабилитационным потенциалом (индекс корреляции 0.43).

В подтверждении вышеизложенного представляет значительный интерес данные социологического опроса, подтвердившие снижение качества жизни у обследуемого контингента.

Литература:

1. Макаров А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Методические рекомендации. Санкт Петербург.-1998 г. - С.320-329
 2. Динамика показателей первичной инвалидности в Республике Казахстан – Астана. – 2008. – С. 4-7, 172-204.

3. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М. 1999 г. – С.- 328.
 4. Прогнозирование возможностей социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов с последствиями детского церебрального паралича. Методические рекомендации стр. 14, 1990г, Ленинград
 5. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. - М.: Медицина, 1979. - 280 с.
 6. Титова Н.С. Перинатальная патология ЦНС у новорожденных: Учебное пособие для студентов и врачей-интернов. - Харьков: ХГМУ, 2002. - 86 с.
 7. Сугак А.Б. Состояние церебральной гемодинамики при перинатальной энцефалопатии у детей: Дис... канд. мед. наук. - М., 1999.
 8. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. - Казань, 1995. - 367 с.
 9. Монтгомери Т.Р. Ранняя диагностика детского церебрального паралича // Педиатрия. - 1993. - № 5. С.89-91.

БМП ауру мүгедек балалардың мүгедектік және оңалту потенциалының (Семей қ. мысалында) болжау белгілері

О.Т. Жузжанов, А.А. Ерембаева

Шығыс Қазақстан облысы, Семей қаласы бойынша Қазақстан Республикасының еңбек және тұрғындарының әлеуметтік бақылау және әлеуметтік қорғаныс комитетінің Департаменті, АҚ «Астана қаласының Медициналық университеті»

Баланың БМП пайда болуының себебі, ереже түрде, бірнеше факторлардың нашар әсерінен болады: бұл туған кездегі травмалар және анада жіті не созылмалы аурулардың болуы, бала гипоксиясы және т.б. Факторлар көп болуы, ал оның қорытындысы біреу болуы мүмкін – орталық нерв жүйесінің, мидың зақымдалуы және өмір бойы адамның толық дамуына кедергі келтіруі. БМП балалардың және олардың ата- аналарының даму, тәрбиелеу, оқу және әлеуметтік бейімделу мәселелері әрікарай зерттеу және олардың өмірінің сапасын жақсарту үшін жаңа көз қарастарды, қоғамға интеграциялауға талаптайды.

Rehabilitation potential and prophylaxis of invalidity among the children invalids with CCP(on the example of town Semey)»

О.Т. Zhuzhanov А.А. Erembaeva

Department on control and social defense of the committee and social defense of Ministry of labor social defense of the population of Republic of Kazakhstan by East – Kazakhstan oblast, town Semey, AS «Medical university of t.Astana»

The cause of CCP of the child, as a rule, is unfavorable being of several factors: the labor traumas and presence of sharp or chronic diseases of the mother, and also the hypoxia of a child and others. There may be many factors, but the result may be one – the involvement of the central neural system, of brain, and of no possibility of normal development of the man throughout all his life. Problems of development, bringing up, studying and social adaptation of the children with CCP and their parents demand following researching and finding the new approaches for making the quality of their life, their integration to the society.