

Назар аудару жетіспегендік синдромы және гипербелсенділіктен зардап шегетін балаларға назар аудару М.Т. Казбекова

Сонымен, НЖБСГ емдеуінде Пантокальцин қолдануы жоғары белсенділікпен сипатталады. Препараттың емдеуде қолдануының қауіпсіздігі, қосалқы әсерінің болмауы Пантокальцинді НЖБСГ емдеуіне қолдануға ұсынуға мүмкіндік береді. Пантокальцин қолдануының аясында нервті-психикалық және физикалық жүктемелерге төзімділік жоғарлады, әріптестермен қарым қатынастарда жанжалдық жағдайлар азайғанын зерттеулер көрсетеді.

Attention to children, suffering of the lack of attention syndrom and hyper activity M.T. Kazbekova

So, the usage of Pantocaltsin is characterized by highly effectiveness by care of SCAN. Safety of usage of the preparation, the lack of secondary action let to recommend Pantocaltsin for treating of SCAN. Researchers showed, that on the background of using Pantocaltsin the stability to nervous –psychical and physical works rose, conflict situations towards the contemporaries became less.

УДК 616.831-009.11-084-053.2

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ДЦП (НА ПРИМЕРЕ г.СЕМЕЙ)»

Р.К. Секенова, 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»*

Ведение. Актуальность обусловлена значительной распространенностью поражений опорно-двигательного аппарата и постоянным ростом количества детей-инвалидов с нарушениями соответствующих функций, несмотря на значительный прогресс медицины и развитие цивилизации. По статистическим данным Организации Объединенных Наций (ООН), инвалиды составляют около 10% населения земного шара - 500 миллионов человек.

Среди инвалидов особенно много лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (ОДА), в том числе с таким сложным заболеванием, как детский церебральный паралич (ДЦП).

За последние годы значительно возросло число детей, которым в первые месяцы жизни ставится диагноз ДЦП. По данным различных авторов (Никитина М.Н., Семенова К.Л., Махмудова Н.М., Белова Г.И., Бадалян Л.О., Серганова Т.И., и др.), на 1000 детей приходится 1,5-2,5 ребенка с ДЦП.

Инвалидность по ДЦП занимает первое место в структуре детской инвалидности по неврологическому профилю, и тяжесть ее обусловлена как двигательными, так психическими и речевыми нарушениями.

Клинические проявления ДЦП полиморфны и зависят от характера и степени нарушения развития и патологического состояния мозга в целом и преимущественно тех или иных его систем.

По степени тяжести различают три стадии ДЦП:

1 - легкая - больной самостоятельно себя обслуживает, ходит без посторонней помощи и без ортопедических изделий, интеллект сохранен;

2 - средняя - передвижение с большим трудом или с посторонней помощью, полностью себя не обслуживают, нарушена речь, координация движений, отсталость в умственном развитии;

3 - тяжелая - полная зависимость от посторонней помощи, ребенок не сидит, плохо держит голову, глубокое нарушение речи, страдает олигофренией.

Причиной является поражение развивающегося головного мозга вследствие воздействия кислородной недостаточности, нарушений кровообращения, токсических реакций, травмы, нарушения обмена веществ или др. в период беременности, родов или в первый месяц жизни.

В свою очередь эти воздействия провоцируются большим разнообразием неблагоприятных факторов, причем при ретроспективном анализе, не всегда, удаётся их установить.

Для диагностики ДЦП информативны следующие признаки:

- пре-перинатальные вредности в анамнезе;
- отягощенный акушерский анамнез;
- симптомы нарушения гемо-ликвородинамики в остром периоде;
- симптомы гипервозбудимости или угнетения в раннем возрасте;
- задержка психо-моторного и речевого развития различной степени выраженности;
- нарушения тонуса мышц по пирамидному, экстрапирамидному типу, гипотония, дистония;
- изменения сухожильных рефлексов;
- присутствие патологических рефлексов, оральных автоматизмов;
- выраженные синкинезии;
- активность тонических рефлексов, стойких позотонических рефлексов (состояние «детских» рефлексов);
- задержка установочных рефлексов;
- сочетание с гипертензионным, гидроцефальным, судорожным синдромами;
- в поздней резидуальной стадии – патологический двигательный стереотип, контрактуры, деформации.

Цель реабилитации - эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к выполнению бытовых и трудовых процессов, к обществу, восстановление личностных качеств человека.

Повышение качества жизни больных с ДЦП – это одна из важнейших целей реабилитации пациентов, независимо от тяжести болезни.

Отсутствие в широкой практике нашего здравоохранения грамотного планирования врачом комплекса реабилитационных мероприятий на различных этапах течения заболевания в каждом конкретном случае на основании системных представлений об особенностях лечения детей с ДЦП. Кроме того, в стране недостаточно представлена реабилитационная инфраструктура по этому заболеванию, а также организованная просветительская работа с населением. В результате часто,

реабилитация сводится к стихийно всплывающим перед родителями вариантам лечения ребёнка и текущими семейно-социальными обстоятельствами.

Системный подход к лечению детей с ДЦП предполагает применение различных методик, исходя из того, какие направления лечения и в каких объёмных соотношениях нужны конкретному ребёнку на конкретном возрастном этапе.

Профилактика ДЦП - это: здоровый образ жизни родителей, контроль течения беременности, оптимальное родовспоможение, профессиональный ранний неврологический скрининг.

Первичная профилактика:

а) предупреждение неблагоприятного внутриутробного воздействия на плод (инфекции, токсические вещества);

б) квалифицированное акушерское пособие во время родов (предупреждение асфиксии, внутричерепных кровоизлияний);

в) правильное ведение новорожденного в постнатальном периоде;

Вторичная профилактика:

а) своевременная диагностика и оптимальное лечение больного, особенно в ранней и начальной резидуальной стадии, с учетом формы ДЦП;

б) диспансерное наблюдение за больным детьми, повторные курсы восстановительного лечения, при необходимости ортопедические операции;

в) использование всех возможностей для профилактики задержки психического развития, достижения больным максимально доступного уровня общего образования;

г) мероприятия по раннему развитию трудовых навыков, профессиональному обучению и рациональному трудоустройству.

Третичная профилактика:

а) предупреждение срывов компенсации у детей;

б) ортопедическая помощь нуждающимся в ней больным;

в) создание благоприятных условий для обучения;

Создание в семье, где живет больной ребенок, необходимых условий для его реабилитации – обязательно, но, с учетом объективной реальности, не все родители могут это обеспечить (платные массажи, физиотерапия и т.д. на дому), некоторые родители имеют низкий социальный и интеллектуальный статус + вредные привычки. Поэтому ведущую роль в реабилитации детей с ДЦП должны играть все же бесплатные госучреждения.

Для оказания эффективной комплексной помощи эти больные нуждаются в прохождении курсов лечения в специализированных центрах, где им будет обеспечен

весь спектр необходимого лечения, включая индивидуальную протезно-ортопедическую помощь. Так как подход к лечению детей с ДЦП основан на принципе группового лечения. Но это не лечение группы детей, а лечение одного ребенка группой специалистов. Эта группа должна состоять из: педиатра, детского невропатолога, детского ортопеда, ортопеда-протезиста, физиотерапевта, психолога, социального работника и родителей. Не укомплектованность штатов узкими специалистами: неврологами, логопедами, реабилитологами и участковыми педиатрами в территориальных поликлиниках, отсутствие отделений реабилитационной направленности в лечебных учреждениях не позволяют обеспечить потребности всех нуждающихся инвалидов детей ДЦП в проведении восстановительного лечения.

Победить последствия ДЦП можно, и чем раньше начато лечение, тем больше шансов достичь успеха. При должной реабилитации ребенок может забыть об инвалидности, стать самостоятельным человеком и полноценным членом общества.

Прежде всего, необходимо формирование толерантного отношения в обществе к детям с ограниченными возможностями. От позитивного отношения родителей и общественности зависит и реабилитация. Основными принципами являются адаптация больных к жизни, своевременность, взаимосвязанность, непрерывность реабилитационных мероприятий. Этапность социальной и медицинской помощи больным в зависимости от возраста: специализированный ясли - сад, школа-интернат, профессионально-техническое училище, техникум.

Снижение заболеваемости и инвалидности вследствие ДЦП – одна из сложных и неотложных социальных задач. Решение её возможно только в результате совместных усилий врачей, органов социальной защиты, средств массовой информации.

Материалы и методы исследования. Нами проведен социологический опрос семей, имеющих детей больных ДЦП. Анализ результатов социологического опроса свидетельствует о том, что наибольший процент опрошенных - 29,9% выразили пожелание, что для скорейшего восстановления здоровья необходимо своевременное и адекватное проведение лечения, 18,9% опрошенных - своевременное обращение за медицинской помощью, доступность лечения - 16,8%, снижение цен на медицинские препараты в 5% случаев.

Анализ мнений родителей также показал, что 95% детей инвалидов с ДЦП систематически наблюдались в поликлинике по месту жительства. Результаты отражены в таблице.

Таблица 1. – Сведения анкетного опроса родителей детей инвалидов с ДЦП.

Что необходимо для скорейшего выздоровления	Все мал+дев	Проценты	м	ДИн	ДИв
Своевременное обращение за медицинской помощью	45	18,9	2,55	13,994	23,98
Своевременное и адекватное проведение лечения	71	29,9	2,98	24,126	35,79
Доступность лечения	40	16,8	2,43	12,109	21,65
Снижение цен на мед. препараты	12	5,0	1,42	2,2719	7,855
Желание самого больного	6	2,5	1,02	0,5317	4,532

Проведенные нами исследования показали, что качество консультации коррелирует (индекс корреляции = 0,38) с социальной категорией родителей и со стационарным лечением (индекс корреляции = 0,39).

Анализ проведенных функциональных исследований показал, что в исследуемой нами популяции больных детей с ДЦП компьютерная томография (КТ) проведена среди лиц мужского пола – 33,8%, среди лиц женского пола – 22,7%, магнитно-резонансная томография среди лиц мужского пола – 28,6%, женского пола -

20,7%. Из-за недостаточных материальных возможностей не проведено КТ у лиц мужского пола – 22,7%, у лиц женского пола – 22,7%, МРТ не проведено у лиц мужского пола – 23,5% больным, женского пола – 28,7%. Это свидетельствует о том, что не всем категориям больным, были доступны наиболее информативные и прогностические методы исследования, что обусловлено недостаточной оснащенностью лечебных учреждений данной аппаратурой, а также материальными возможностями больных.

Таблица 2. - Кратность лечения детей больных ДЦП в течении года

Кратность лечения					
1 раз в год	143	60,34	3,18	54,109	66,57
2 раза в год	80	33,76	3,07	27,735	39,78
более 2 раз в год	7	2,954	1,1	0,7981	5,109
не лечился	7	2,954	1,1	0,7981	5,109

Изучая данный вопрос, видно, что 60,3% детей инвалидов с ДЦП лечились стационарно 1 раз в год, 2 раза в год 33,7% детей, более 2 раз в год 2,9% детей и 2,9% не лечились стационарно.

По результатам наших исследований реабилитационный потенциал коррелирует (индекс корреляции = 0.43) с доходом. Комплексная оценка позволяет вынести суждение о наличии и степени ограничений жизнедеятельности освидетельствуемого лица, его социальной недостаточности, инвалидности, необходимых мерах социальной помощи и защиты, включая реабилитацию, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз.

На тяжесть инвалидности вследствие ДЦП оказывали значительное влияние:

- медицинские факторы: течение родов, факторы риска, то есть осложненный акушерский анамнез матери, степень выраженности инвалидизирующего синдрома и осложнений, своевременно проведенный полный курс лечения в стационаре;

- социальные факторы: возраст ребенка, образование, социальная категория родителей;

- биологические факторы: реабилитационный потенциал больного.

Умеренное влияние на инвалидность оказывали некоторые медицинские факторы: полнота обследования, социальные факторы, место жительства, влияние Семипалатинского ядерного полигона, пол, доходы семьи.

Практически не влияли на инвалидность такие медицинские показатели как: кратность обращения за медицинской помощью, социальные факторы: национальность.

Представленный нами мониторинг состояния инвалидности вследствие ДЦП позволяет сделать вывод о недостаточности мер профилактики, диагностики, несовершенную организацию восстановительного лечения и низком качестве жизни обследованных нами инвалидов, являющихся наиболее незащищенными в социальном плане контингентом.

Из проведенного нами исследования следует, что предупредить развитие ДЦП можно: при квалифициро-

ванном акушерском пособии во время родов (предупреждение асфиксии, внутричерепных кровоизлияний), правильном ведении новорожденного в постнатальном периоде, при оптимальном лечении больного, особенно в ранней и начальной резидуальной стадии, с учетом формы ДЦП, диспансерном наблюдении за больным детьми, повторных курсов восстановительного лечения, при необходимости ортопедические операции.

Литература:

1. Цукер Б.М. «Детский церебральный паралич» БМЭ, - М.-1959г, - стр.43-66.
2. Цукер Б.М. «Основы невропатологии детского возраста», - М.,1947г. - стр.334-344.
4. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Санкт-Петербург.- Издательство «Дидактика Плюс», Москва - Институт общегуманитарных исследований, -2001. - 271 С.
5. Fletcher N.A., Foley J. //J. Med. Genet. – 1993. – Vol. 30. – P. 44-46
6. 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.
7. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. – Избранные очерки. - Москва, 1999. - С.297.
8. Jorch G. Causes of perinatal brain damage //Zentral Gynakol. - 1995. - Vol. 117. - №4. - P. 175-180.
9. The Cerebral Palsies. Causes, Consequences and Management /Eds G. Miller, G.D. Clark. - Boston: Butterworth Heinemann, 1998.
10. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. СПб: Изд-во «Дидактика плюс».- 2001.-С.-272.
11. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб: Речь.-2003.-С.-400.
12. Иванова В.С. Динамическое состояние инвалидности и взаимодействие в семье как психологическая проблематика (на примере детей с ДЦП) г. Томск.- Вестник ТГПУ.-2009.-Выпуск (80). С-113.

БМП ауру мүгедек балалардың оңалту потенциалы және профилактика мүгедектікті алдын алу (Семей қ. мысалында)»

Р.К. Секенова, 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»

Ауру этиологиясы кеңінен тараған және әртүрлі екені туралы қорытынды жасауға болады. Церебральдық бұзылыстар себептері әлі аяғына дейін зерттелмеген, сонымен қатар, өз уақытында басталған, оңтайлы, жүйелі емдеуден БЦП көбінің клиникалық формалары имеют благоприятный прогноз кәлеуметтік, еңбек және физикалық реабилитацияға оңтайлы болжамы бар.

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

R.K. Sekenova, A.A. 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»

We can make a conclusion, that the etymology of the illness is very extensive and different, causes of cerebral disturbances do not been researched, but at the same time by the timely begun, adequate, systemic care the most of clinical forms of DCP have the favourable prognosis for the social, labor and physical rehabilitation.