

УДК 616.7-053.2-036.82

С.А. Мокия-Сербина, А.Н. Бузоверя

Медико-социальная реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Кривой Рог,
КУ «Криворожская городская клиническая больница №8», Украина

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.4(76):129-131; doi10.15574/SP.2016.76.129

В статье по материалам детского ортопедотравматологического центра г. Кривого Рога представлен анализ инвалидности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Показано, что комплексная поэтапная медико-социальная реабилитация решает задачи восстановления физиологического, социального статуса ребенка-инвалида, интеграции его в социум.

Ключевые слова: реабилитация, опорно-двигательный аппарат.

Введение

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднением в самообслуживании, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками.

Семья в одиночку не готова к тому, чтобы воспитывать полноценную личность и адаптировать ребенка-инвалида к реальным жизненным условиям. «Особый» ребенок ограничен в свободе и социальной значимости. У него высокая степень зависимости от семьи, ограничены навыки взаимодействия в социуме. В силу особенностей здоровья, состояния нужд и способностей детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, им необходима профессиональная помощь специалистов. Эта помощь должна носить не только медицинский характер, она должна быть комплексной, затрагивать все стороны жизни такого ребенка.

История борьбы с детским «калечеством» берет начало в средних веках. Особенно активными в этом святом деле реабилитации детей были врачи-ортопеды.

В 1936 г. на III международной конференции по борьбе с детским «калечеством» Vozidar Spicik говорил: «Мы, ортопеды, горды тем, что мы первые энергично настаиваем на выявлении социальной стороны как неотъемлемой части нашей клинической деятельности и что мы первыми стали считать каждого ортопедического пациента активным и продуктивным членом общества, которому следует приписывать экономическую ценность нормального человека».

Основоположник детской ортопедии Г.И. Турнер подчеркивал, что забота о детях-инвалидах — это, прежде всего, государственная задача, что восстановление трудоспособности возможно у значительной части детей-инвалидов, что нужны специальные учреждения, центры для их лечения, обучения и трудоустройства.

Динамика детской инвалидности в стране остается отрицательной. Отмечен рост общего количества инвалидов детства, который в 2000 г. составлял 155,8, а в 2012 г. — 209,6 на 10000 детей до 17 лет [3]. При этом количество детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата увеличилось на 24% [2]. Среди причин инвалидности четвертое место занимает патология опорно-двигательного аппарата. Аномалии развития опорно-двигательного аппарата составляют 29,9% всех пороков развития. По данным ВОЗ, на каждые 1000 новорожденных приходится в среднем 18 детей с врожденными деформациями опорно-двигательного аппарата. Среди врожденных

пороков развития наиболее часто встречается врожденная косолапость (1:1000) и врожденный вывих бедра (5:1000).

Медико-социальная реабилитация направлена на поддержание и улучшение состояния здоровья детей-инвалидов путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, в решении других медико-социальных проблем жизнедеятельности.

Цель работы: совершенствование медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы исследования

Проведена статистическая оценка показателей инвалидности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в г. Кривой Рог. Представлен анализ поэтапной медико-социальной их реабилитации.

Результаты исследования и их обсуждение

Детская ортопедотравматологическая служба представлена городским детским ортопедотравматологическим центром на базе КУ «Криворожская городская клиническая больница №8», в котором осуществляется амбулаторно-консультативная, диагностическая и стационарная помощь.

Всего для оказания специализированной стационарной помощи детскому населению (140000) г. Кривого Рога и 5 сельским районам выделено 40 коек.

Помимо лечебно-профилактической работы одним из важных разделов работы Центра является определение инвалидности у детей с повреждениями опорно-двигательного аппарата (приказ МЗ Украины 454/471/516 от 08.11.2001 года). Согласно приказу, дети имеют право на получение государственной социальной помощи сроком на пять лет.

В 2014 г. на учете состояло 203 ребенка-инвалида с поражением опорно-двигательного аппарата, из них впервые выявлено 18 (8,8%), что несколько больше, чем в 2010 г. (17 детей, 8,3%). Из них у 126 детей была врожденная патология, у 71 ребенка — приобретенная и у 6 детей — как следствие травмы.

В структуре детей с врожденными заболеваниями преобладают врожденные пороки развития конечностей — аплазии, синдактилии, фоккомемии, макродактилии, симфалангии (43 ребенка — 21,2%); второе место занимают дети с оперированной врожденной косолапостью

(40 детей — 19,7%), третье — с врожденным вывихом бедра (24 ребенка — 11,8%). Следует отметить, что благодаря внедрению современных методов диагностики (УЗИ, КТ) удалось снизить инвалидность у детей с врожденным вывихом бедра (2010 г. — 17,0%). Ранняя диагностика и своевременно начатое лечение способствовали выздоровлению 98% детей. За последние два года инвалидность была оформлена у троих детей: один ребенок — с неврвимым вывихом, второй — поздняя диагностика, третий — отказ родителей от операции.

В структуре инвалидности детей с приобретенными заболеваниями преобладают сколиозы (36 детей — 17,7%), остеохондропатии (19 детей — 7,9%). Дети-инвалиды с последствиями травм составляют 2,95% (6 детей).

Для проведения медико-социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в городе имеется санаторная школа-интернат на 220 мест для больных сколиозом детей, три специализированных детских сада на 350 мест и ортопедические группы в 10 детских садах (200 детей).

Все структурные подразделения детского ортопедо-травматологического центра в своей работе реализуют концепцию поэтапной комплексной реабилитации. Комплекс реабилитационных мероприятий включает медицинские, психологические, педагогические, юридические, социальные и другие мероприятия, что в современных условиях является стандартом оказания реабилитационной помощи [1].

Первый этап — стационарный — предусматривает проведение дифференцированного лечения основного заболевания с включением методов физиотерапии, ЛФК, массажа, индивидуальную и семейную психотерапию, обучение основам самообслуживания. На этом этапе лечащий врач составляет индивидуальный план медико-социальной реабилитации. В соответствии с планом он привлекает к реабилитационному процессу физиотерапевта, инструктора ЛФК, массажиста, психолога.

Медико-социальная реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе включает дальнейшее проведение физиотерапии (все виды электролечения, теплелечения — озокерит, парафин), массаж, ЛФК.

Пациенты после тяжелых травм и тяжелых инвалидизирующих заболеваний, у которых значительно нарушена мобильность, в связи с чем они не могут посещать поликлинику, переводятся на домашний этап медицинской реабилитации. К реабилитационному процессу привлекаются родственники, медицинские работники обучают их приемам ЛФК, массажа, ухода за больными. Реабилитация на дому решает проблемы психологической адаптации детей и родителей, улучшает качество жизни ребенка и его окружения.

Поздняя медико-социальная реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводится в специализированных детских дошкольных учреждениях и санаторной школе-интернате.

Врожденные пороки развития являются основной патологией детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи, посещающих специализированные детские дошкольные учреждения.

Инвалидность этих детей значительно ограничивает их жизнедеятельность и приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста, потери контроля над своим поведением, а также способности к самообслуживанию, передвижению и ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата испытывают серьезные затруднения с передвижением.

В их социальной адаптации определяется два направления. Первое направление имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе — приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

В своей работе специалисты дошкольных учреждений широко используют методы глино-, трудо-, арт-, музыка-, библиотерапии. Чрезвычайно важно, чтобы реабилитация была комплексной и направлена не только на детей, но и на всю семью в целом. Медицинская реабилитация включает физиолечение, ЛФК, массаж.

В общеобразовательной санаторной школе-интернате обучаются дети, имеющие право на получение государственной и социальной помощи, прооперированные по поводу сколиоза II–III степени. Эти дети, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют социального обучения и воспитания. Но все они нуждаются в медицинской реабилитации, особых условиях жизни, обучении и последующей трудовой деятельности. В связи с этим главным заданием санаторной школы является восстановление и укрепление здоровья в сочетании с общеобразовательной подготовкой, оказание им квалифицированной психолого-педагогической помощи.

Организация лечебно-профилактической и реабилитационной работы санаторной школы-интерната проводится с учетом клинических проявлений болезни и включает специфическую медикаментозную, физио-, гидро-, климатотерапию, лечебную физкультуру, массаж, плавание. При проведении оздоровительных мероприятий используют как восстановительный, так и дозированный и тренировочный режимы.

В комплексную реабилитацию детей включают также музыка-, библио-, трудотерапию, игровую терапию, выезды на природу и др. Хочется отметить, что именно при этих методах восстановления дети учатся принимать себя такими, какие они есть, познавать новые эмоциональные ощущения, радость общения, радость совместной творческой деятельности, обретают уверенность в себе, в своих силах и способностях. Такое общение побуждает к проявлению лучших человеческих качеств.

Санаторно-курортный этап реабилитации осуществляется в санаториях «Соленый лиман», «Орленок» им. Крупской, им. Боброва, детском костно-туберкулезном санатории и других. Эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации значительно возрастает, когда санаторно-курортные факторы адекватно подобраны к имеющейся у ребенка патологии.

В результате такой преемственности и благодаря высоким адаптационным возможностям детского организма удается достигать достаточно высокой эффективности медико-социальной реабилитации.

Хороший реабилитационный потенциал мы отметили при врожденных аномалиях опорно-двигательного аппарата и сколиозах после их радикальной коррекции.

Выводы

Комплексная поэтапная медико-социальная реабилитация детей с поражением опорно-двигательного аппарата решает задачи восстановления физиологического, социального статуса ребенка-инвалида, интеграции его в социум через совокупность накопленных нашим Центром приемов и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребенка.

На сегодняшний день существуют доказательства в поддержку такого подхода к лечению, когда тренировка осуществляется в повседневной среде ребенка. Активное вовлечение семьи ребенка и самого ребенка в процесс принятия решений путем совместной постановки целей — это

ключевой принцип, который соответствует принципам лечения с учетом центральной роли семьи. Следовательно, привлечение семьи к реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата — это одно из направлений деятельности врача общей практики — семейного врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронников В. А. Комплексный подход к реабилитации (абилитации) детей с церебральными параличами с позиции международной классификации функционирования / В. А. Бронников // Новые реабилитационные технологии социальной адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья: материалы межрегиональной науч.-практ. конф. ГОУ ВПО «УдГУ». — Ижевск, 2010. — С. 11—17.
2. Корж М. А. Роль інституту імені професора М.І. Ситенко у розвитку на Україні санаторно-курортної допомоги дітям з ортопедо-травматологічною патологією / М. А. Корж, А. І. Корольков // Современные аспекты медицинской реабилитации детей с инвалидизирующими заболеваниями: материалы науч.-практ. конф. — Алушта, 2012. — С. 39—42.
3. Моїсеєнко Р. О. Окремі питання розвитку соціальної педіатрії в Україні / Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. — 2013. — № 5 (53). — С. 24—28.

Медико-соціальна реабілітація дітей із порушеннями опорно-рухового апарату

С.О. Мокія-Сербіна, А.М. Бузоверя

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг

КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня №8», Україна

У статті за матеріалами дитячого ортопедотравматологічного центру м. Кривого Рогу представлений аналіз інвалідності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Відзначено, що комплексна поетапна медико-соціальна реабілітація вирішує завдання відновлення фізіологічного, соціального статусу дитини-інваліда, інтеграції її у соціум.

Ключові слова: діти, реабілітація, опорно-руховий апарат.

Medical and social rehabilitation of children with disorders of the musculoskeletal system

S.A. Mokiya-Serbina, A.M. Busoverya

SI «Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Public Health of Ukraine», Krivoy Rog

CI «Clinical Hospital №8 of Krivoy Rog», Ukraine

Analysis of disability of children with disorders of the musculoskeletal system were presented in the article on the materials the children's orthopedic and trauma center in Krivoy Rog. It was shown that the complex phased medical-social rehabilitation solves the problem of recovering the physiological, social status of the disabled child and its integration into society.

Key words: children, rehabilitation, musculoskeletal system.

Сведения об авторах:

Мокія-Сербіна Светлана Алексеевна — д.мед.н., проф. каф. педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Бузоверя Анна Николаевна — врач ортопед-травматолог, зав. детского ортопедо-травматологического центра г. Кривого Рога КУ «Криворожская городская клиническая больница №8».

Статья поступила в редакцию 25.04.2016 г.

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПРО АЛЛЕРГИЮ

ВОЗДУХ – ЭТО ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМО



Каждый день мы совершаем
24 000 вдохов



В день мы съедаем 2 кг пищи и выпиваем 3,7 кг жидкости. При этом вес воздуха, который мы вдыхаем, составляет **13,9 кг¹**

СТАТИСТИКА: АЛЛЕРГИЯ В МИРЕ

Каждый **5-й** житель планеты страдает аллергией²

Во всей Европе около **10% детей** страдают от астматических симптомов²

Закономерность возникновения аллергии²:

если один родитель страдает на аллергию, то вероятность возникновения ее у ребёнка – 30-40%

если оба родителя страдают на аллергию, то вероятность – до 75-80%

Наиболее распространённая форма аллергии – **аллергический ринит**: на 50 млн. больных аллергией 40 млн. страдает ринитом²

Около **50 видов** растений провоцируют поллинозы (аллергия на пыльцу)³

В УКРАИНЕ



Аллергией страдает примерно **25% украинцев** (10 млн человек)³

АЛЛЕРГИЯ НА ПЫЛЬЦУ: ВРЕМЯ ЦВЕТЕНИЯ³

Апрель-май



Дуб



Ясень



Береза



Орех



Тополь



Клен

Июнь-август



Пырей



Рожь



Мятлик



Кукуруза



Костер



Тополиный пух

Август-октябрь



Амброзия



Конопля



Лебеда

СОВЕТЫ ПО ОЧИСТКЕ ВОЗДУХА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ



Используйте очиститель воздуха (кондиционер или ионизатор не могут заменить фильтровые очистители)



Меняйте вовремя фильтры



Проветривайте квартиру минимум 2 раза в день по 30 минут



В сухом воздухе пыль не оседает часами, поэтому необходима влажная уборка и контролируемое увлажнение. Оптимальный уровень влажности воздуха – 40-60%



Заведите комнатные растения – они выделяют кислород

ОЧИСТИТЕЛЬ ОЧИЩАЕТ ВОЗДУХ ОТ



бактерий



мельчайших
загрязняющих
частиц



вирусов



аллергенов



химических
соединений
(толуола,
формальдегидов)



сигаретного
дыма

ECARF

European
Centre for
Allergy
Research
Foundation

Климатический комплекс Philips 2-в-1 AC4080 рекомендован
Европейским центром для Исследовательского фонда аллергии

¹ <http://www.philips.co.in/c-m-ho/air-purifier-and-air-humidifier#slide-4>

² Данные ВОЗ

³ Данные Ассоциации аллергологов Украины <http://www.aalu.org.ua/>

PHILIPS