

УДК 616-037

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

© 2015 М.В. Дмитриева¹, Л.И. Мазур¹, О.В. Щербицкая²

¹Самарский государственный медицинский университет

²Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями, г. Самара

Статья поступила в редакцию 16.10.2015

В статье рассматривается организация комплексной реабилитации детей, родившихся недоношенными, а также технология реабилитационных мероприятий на базе реабилитационного центра. Анализ деятельности центра, мониторинг заболеваемости, приведшей к инвалидности, у детей данной категории позволяет сделать вывод о том, что комплексный подход к реабилитации положительно влияет на физическое и психоэмоциональное состояние детей.

Ключевые слова: дети, комплексная реабилитация, недоношенность, инвалидность, заболеваемость.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема недоношенных детей является актуальной во всем мире [8, 9]. Недоношенность рассматривается как маркер неблагоприятного внутриутробного и последующего постнатального развития детей, который значительно влияет на развитие хронической патологии и детской инвалидности [1, 2, 3, 5]. Практически каждый пятый ребенок, родившийся с массой тела 1500 г, имеет одну или несколько причин ранней инвалидизации [4]. Очевидно, именно маловесные недоношенные дети составляют группу наиболее высокого риска как инвалидизирующей патологии, так и стойких неинвалидизирующих расстройств; этот контингент детей нуждается в особенно насыщенной и комплексной реабилитации и в то же время в крайне осторожном прогнозе относительно их дальнейшего психофизического развития [6].

Для организации эффективного лечения детей, родившихся преждевременно, с различными нарушениями психоневрологического статуса врачам необходимо знать особенности организации и составляющие реабилитационного процесса, поскольку в раннем возрасте наиболее предпочтительны комплексные методы реабилитации [4]. В связи с вышеперечисленными проблемами возникла необходимость данного исследования.

Дмитриева Марина Владимировна, очный аспирант кафедры госпитальной педиатрии.

E-mail: marinadmitriewa@mail.ru

Мазур Лилия Ильинична, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии.

E-mail: mine22@yandex.ru

Щербицкая Оксана Владимировна, кандидат медицинских наук, директор ГКУ СО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». E-mail: jasher63@yandex.ru

Цель: изучить особенности организации реабилитационной помощи и структуру заболеваемости детей, родившихся с низкой массой тела, в условиях реабилитационного центра.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили реабилитационные карты детей дошкольного возраста, родившихся недоношенными, за период 2011-2014 гг. Единица наблюдения – ребенок в возрасте от 1,5 до 7 лет, родившийся недоношенным. Расчетная величина составила 96 детей.

База исследования – ГКУ СО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (г. Самара).

Информация заносилась в формализованную карту. Основные структурные элементы карты: общие сведения, клинко-функциональные характеристики, виды медико-социальной реабилитации. Основными методами исследования явились выкопировка данных из медицинской документации и статистический метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На базе ГКУ СО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» за годы работы сложился подход к детям с «особыми потребностями», который заключается в непрерывном сопровождении ребенка и его семьи, в создании условий для развития и расширения его возможностей и способностей. В реабилитационном процессе участвуют педиатры, неврологи, кинезотерапевты, физиотерапевты, дефектологи, логопеды, педагоги дополнительного образования, социальный педагог.

За период 2011-2014 гг реабилитационную помощь прошли 96 детей, родившиеся преждевременно, из них на кратковременном пребывании находились 69 детей (72%), в течение полного

Таблица 1. Количество родившихся недоношенными детей, получивших реабилитационные услуги (распределение по годам)

	Основная группа (n=96)	
	Абс. число	%
2011 г	18	6
2012 г	22	7
2013 г	19	5
2014 г	37	12

дня – 27 (28%). Инвалидность была выставлена в 91% случаев. Анализ таблицы 1 показывает, что количество недоношенных детей, получивших реабилитационные услуги, по годам составило: в 2011 году – 6% больных, в 2012 – 7%, в 2013 году – 5%, в 2014 году – 12% (Табл.1). Анализ исходных данных свидетельствует, что наибольший реабилитационный потенциал имеют дети, родившиеся с массой тела выше 1500 грамм.

Ранняя помощь за данный период оказана 8% детей первых лет жизни (от 0 до 3 лет). Программа раннего вмешательства включает в себя оценку психической деятельности детей раннего дошкольного возраста по шкале «RCDI-2000» и анализ таких областей развития как: социальная (общение), самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие и понимание речи, консультирование, индивидуальные и групповые занятия, музыкальные занятия. Все формы работы направлены на семью в целом. Получая столь разнообразную и комплексную помощь с первых дней жизни ребенка, родители быстрее справляются с кризисом принятия обстоятельств, связанных с особенностями развития их ребенка.

Оценивая массу тела и срок гестации, мы установили, что у большинства детей (46%) превалировала низкая масса тела при рождении (НМТ) – от 1500,0 до 2499,0 г и срок гестации 32-37 недель. Следует отметить, что 33 ребенка (34%) родились с очень низкой массой тела (ОНМТ), т.е. с массой тела от 1499,0 г до 1000,0 г и сроком гестации 29-31 недель, а 19 детей (20%) с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении – менее 999,0 г и сроком гестации менее 29 недель (рис. 1).

В структуре заболеваний, приведших к инвалидности, у недоношенных детей лидирующие позиции заняли психические расстройства и расстройства поведения в 29% случаев (умственная отсталость, астено-невротический синдром, аутизм, расстройства аутистического спектра) и болезни нервной системы в 27% случаев (детский церебральный паралич, гидроцефалия, эпилепсия, системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (псевдобульбарный синдром, энцефаломалиция, резидуально-органические поражения головного мозга). Врожденные anomalies (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения представлены врожденными anomalies нервной системы (гипоплазия мозолистого тела и червя мозжечка, anomaly Арнольда-Киари, порэнцефалическая киста), системы кровообращения (открытый артериальный проток), органов пищеварения (атрезия пищевода), костно-мышечной системы (плоскостопие, вальгусная установка стоп, косолапость). Болезни глаза и его придаточного аппарата, проявляющиеся косоглазием, миопией, частичной атрофией зрительного нерва, встречались у 9% исследуемых детей, что явилось осложнением ретинопатии в раннем неонатальном периоде (рис. 2).

Особое значение для снижения инвалидности с детства имеет проблема диспансерного наблюдения и реабилитации данного контингента детей. Технология реабилитационных мероприятий состоит из нескольких этапов: первичного консультирования, разработки программы реабилитации и ее реализации, коррекции реабилитационных мероприятий, оценки эффективности реабилитации (рис. 3).

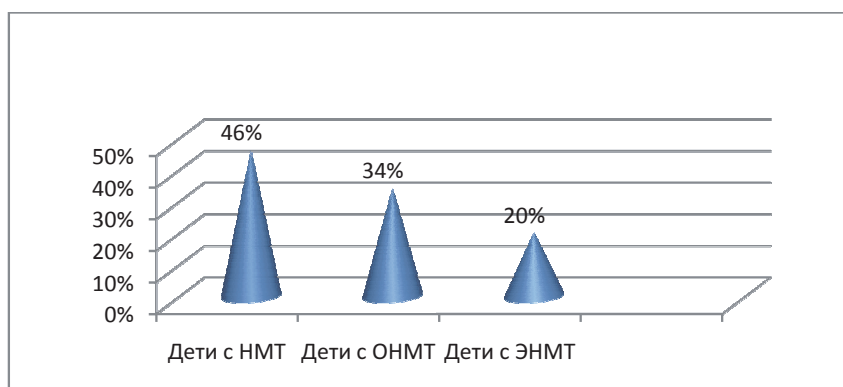
**Рис. 1.** Распределение исследуемых детей в зависимости от массы тела при рождении



Рис. 2. Структура заболеваний, приведших к инвалидности, у недоношенных детей дошкольного возраста

Одной из деятельности центра является медико-социальная реабилитация – терапия фоновых состояний, профилактика вторичных осложнений основного заболевания, наблюдение за особенностями физического развития детей. К видам медицинской реабилитации также относят охранительный режим, лечебную физкультуру, занятия по развитию двигательной активности, массаж, диетическое питание, медикаментозное поддерживающее и противорецидивное лечение, различные физиотерапевтические методы. Для восстановительного лечения детей, родившихся с низкой массой тела, используются физиотерапевтические методы: теплолечение, электрофорез с медикаментами, магнитотерапия, водолечение, рефлексотерапия, гидрокинезотерапия, позици-

онная гимнастика, ЛФК, целенаправленные физические нагрузки, цветотерапия, ароматерапия. С 2014 года в центре применяются инновационные методики, такие как: кинезиотейпирование (октябрь 2014 г.), эрготерапия (ноябрь 2014 г.). Все дети получают симптоматическую лекарственную терапию, направленную на коррекцию энцефалопатических и вегетативных дисфункций (кортексин, пантогам, пантокальцин), улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон), антипсихотические препараты (сонапакс). Социализация и реабилитация недоношенных детей старшего дошкольного возраста продолжается в программе психолого-педагогического сопровождения. Социально-педагогическая реабилитация в центре включает нейропсихологическую

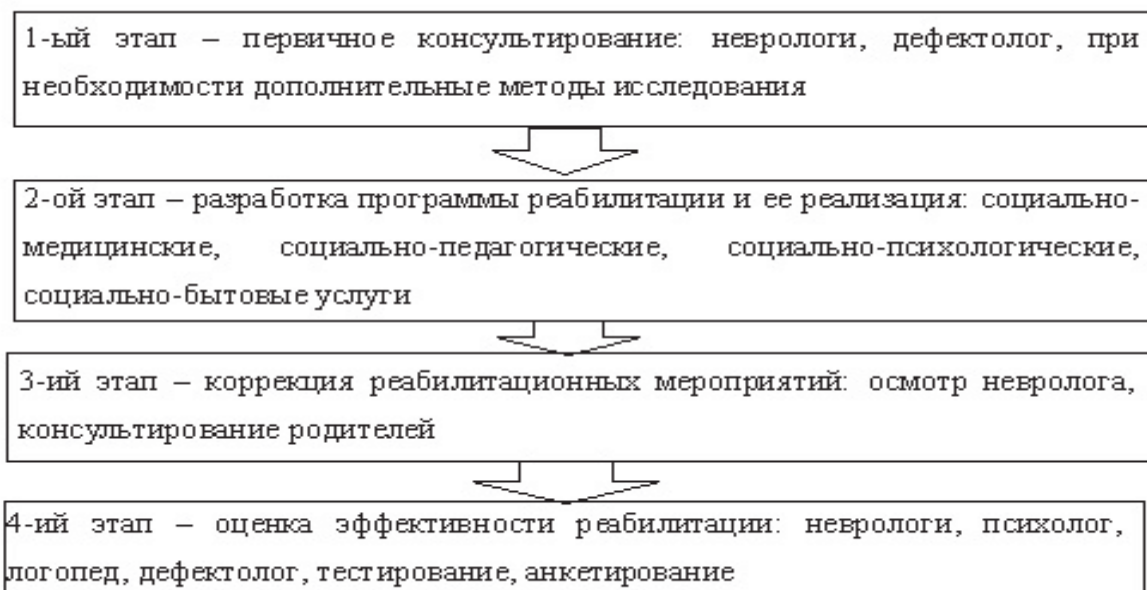


Рис. 3. Технология реабилитационных мероприятий на базе реабилитационного центра

и педагогическую диагностику для определения уровня знаний, умений и навыков в своей возрастной группе, соответствующую коррекцию в виде терапии творчеством, психогимнастики, семейной психокоррекции, коррекции познавательных процессов. Используется педагогическая работа по системе Монтессори, методике Е. Стребелевой, разработкам Гербовой, Архиповой. Кроме того, широко внедрены в практику работы центратгарденотерапия, эстетотерапия, музыкотерапия, метод социо-культурного проектирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ деятельности центра, а также мониторинг состояния здоровья недоношенных детей позволяет сделать вывод о том, что комплексный подход к реабилитации положительно влияет на физическое и психоэмоциональное состояние детей-инвалидов, позволяет им более успешно адаптироваться в социуме. Результатами данной комплексной реабилитации являются: компенсация неврологических нарушений – при легких и среднетяжелых формах, смягчение моторных и сенсорных расстройств – при тяжелых формах. Таким образом, объединение медицинской, психологической, социальной и педагогической моделей в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, дающей возможность получения максимально положительного эффекта. Возникает необходимость внедрения плана действия по межведомственному взаимодействию с учреждениями здравоохранения, формирования единой базы данных и алгоритма движения, непрерывного наблюдения и комплексного сопровождения ребенка, рожденного преждевременно.

THE ORGANIZATION OF COMPLEX REHABILITATION FOR PREMATURE CHILDREN IN THE REHABILITATION CENTER

© 2015 M.V. Dmitriewa¹, L.I. Mazur¹, O.V. Sherbitskaya²

¹ Samara State Medical University

² Regional Rehabilitation Center for Children and Youth with Disabilities

The article deals with the organization and technology-based complex rehabilitation of premature children in the rehabilitation center. The analysis of the center's activities, the monitoring of disease leading to children disability of this category suggests that a comprehensive approach to rehabilitation has a positive effect on the physical and emotional state of children with disabilities.

Keywords: children, complex rehabilitation, premature birth, disability, morbidity.

Marina Dmitrieva, Postraduate Student of the Chair of Hospital Pediatrics. E-mail: marina_dmitriewa@mail.ru
Lilya Mazur, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Chair of Hospital Pediatrics. E-mail: mine22@yandex.ru
Oksana Scherbitskaya, Candidate of Medical Science, Director of GKY SO "Regional Rehabilitation Center for Children and Youth with Disabilities". E-mail: jasher63@yandex.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова М.В., Уткузова М.А., Карпов А.М. Рождение недоношенного ребенка – жизненный кризис семьи // Вестник современной клинической медицины. 2013. Т.6. № 1. С. 45–48.
2. Власова Е.В., Блохина С.И., Ерина Е.Л., Старшинова А.В. Проблемы организации медико-социальной помощи недоношенным детям и их семьям // Системная интеграция в здравоохранении. 2008. № 1. С. 31–37.
3. Волянюк Е.В., Сафина А.И. Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни // Вестник современной клинической медицины. 2013. Т.6. № 6. С.59–62.
4. Гергет О.М., Девярых Д.В., Михаленко И.В. Применение искусственных нейронных сетей для дифференциальной диагностики ишемических и геморрагических перинатальных поражений ЦНС у новорожденных детей различного срока гестации // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. 2013. - № 3-2 (91). С. 13–16.
5. Гончарова О.В., Соколовская Т.А., Куранов Г.В. Реабилитация детей: принципы и направления // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2015. № 2. С. 5–9.
6. Кольчугина Е.Н., Фролова И.В., Иванова И.В. Катамнез психо-соматического развития детей, родившихся недоношенными // Тольяттинский медицинский консилиум. 2011. № 1–2. С. 52–54.
7. Шавалиев Р.Ф., Клетенкова Г.Р., Гайнетдинова Д.Д. Мультидисциплинарная этапная реабилитация новорожденных детей с перинатальной патологией в условиях детской многопрофильной больницы // Вестник современной клинической медицины. 2013. Т.6. № 1. С.90–94.
8. Gravett MG, Rubens CE, Nunes TM. Globalreport on pretermbirth and stillbirth (2 of 7): discoveryscience // BMC Pregnancy Childbirth. 2010. № 21. P.10.
9. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ. National, regional, and worldwide estimates of pretermbirthrates in the year 2010 with timetrends since 1990 for selectedcountries: a systematicanalysis and implications. // Lancet. 2012. Vol. 379, № 9832. P.2162–2172.