

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З КУКСАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Інвалідність дітей та дорослих з дитинства є важливою державною медико-соціальною проблемою і одним з показників стану здоров'я населення країни. За останні роки загальна кількість дітей-інвалідів збільшилась майже на 25%.

Медичної реабілітації потребують практично всі діти-інваліди, протезно-ортопедичної допомоги – 38%, протезування кінцівок – 2-7% дітей-інвалідів. Тому стало за необхідне розробити організаційно-методологічні підходи до реабілітації дітей з куксами нижніх кінцівок, які б максимально охоплювали всі ланки реабілітаційного процесу.

Під нашим спостереженням було 87 дітей з куксами нижніх кінцівок, з яких 29 мали уроджену куксу, 57 – післяампутаційну куксу. Пацієнти були поділені на підгрупи: I – однобічна кукса стегна, II – однобічна кукса гомілки, III – однобічна кукса стопи, IV – відсутність обох нижніх кінцівок на різних рівнях, V – комбінації дефектів нижніх та верхніх кінцівок. Основною причиною травматичних ампутацій у дітей була транспортна травма (58,6%). 94,8% дітей з куксами після ампутації були забезпечені протезами у строк від 3 місяців після операції. При первинному зверненні виявлено велику кількість пороків та хвороб кукс у дітей обох клінічних груп.

Запропонований комплекс консервативних реабілітаційних заходів включав розробку послідовності, строк та місце їх проведення та уточнював об'єм необхідних медичних заходів (медикаментозне лікування, ЛФК, масаж, ФТЛ). Це дозволило досягти хороших результатів в 57-100% випадків. Оперативна корекція була спрямована

на усунення пороків і хвороб на етапах підготовки до протезування та користування протезом. Оперативно лікувались 77,6% дітей з куксами внаслідок ампутації, з них 48,3% дітей оперувались два і більше разів. З куксами внаслідок уродженого недорозвинення оперувались 41,1% дітей, з них 27, 6% – два і більше разів.

Протезування дітей починалось після загоєння післяопераційної рани або з початком ходьби дитини з уродженим недорозвиненням кінцівки. Застосовувались конструкції протезів, розроблені в УкрНДІпротезування. При протезуванні дітей до трьох років з куксою стегна колінний шарнір не використовувався, а в протезах гомілки застосовувалась гільза на стегно з шинами. Була виявлена закономірність корекції довжини заміни протезів стегна та гомілки в залежності від віку дитини. Корекція потребувалась у термін користування протезами від 4 до 8 місяців.

Диспансерне спостереження за дітьми проводилось на етапі користування протезом один раз на 4-6 місяців, при виявленні патологічних змін кукси або невідповідності протеза діти підлягали стаціонарному лікуванню.

Розроблені організаційно-методичні підходи до реабілітації дітей з куксами нижніх кінцівок представлені у вигляді комплексної програми реабілітації, в яких закріплена взаємодія всіх складових реабілітаційного процесу. Виконання запропонованих заходів дозволило відмовитись від використання паличок або милиць у 69% дітей з куксами внаслідок ампутації та у 93,1% з куксами внаслідок уродженого недорозвинення.