



УДК 616-08-039.71-085-053.2

БАЛЫЧЕВЦЕВА И.В., ВИСЯГИН В.Б., ЩУР Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ЦЕНТРЫ В ДОМАХ РЕБЕНКА — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ

Резюме. В статье изложены материалы об открытии медико-реабилитационных центров при домах ребенка Донецкой области. Представлены подходы, условия, возможности и методы реабилитации, используемые в лечении и восстановлении детей-инвалидов.

Ключевые слова: реабилитация, медико-реабилитационные центры, дети.

По сравнению с 2005 годом количество детей-сирот в Украине уменьшилось с 96 тысяч до 93 тысяч.

По состоянию на 1 апреля 2013 года зарегистрировано 92 988 детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки. Со слов министра труда и социальной политики Украины Натальи Королевской, 63 051 ребенок пребывает под опекой, 17 800 — в интернатах, 5131 ребенок — в детских домах семейного типа, а 7006 — в приемных семьях. Количество детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, в Украине составляет более 1 % от всех детей, а 74 % из них являются социальными сиротами.

Соответственно, возник вопрос: что делать с прекрасной материально-технической базой домов ребенка и как поступить с персоналом?

На основании этого и для выполнения Государственной целевой программы реформирования системы учреждений для детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, утвержденной Кабинетом министров Украины от 17.10.2007 № 1242 (одной из целей является усиление превентивной работы и поддержки семей с детьми, которые оказались в сложных жизненных обстоятельствах), было утверждено распоряжение Главного управления здравоохранения Донецкой области о создании и порядке функционирования отделений медико-социальной реабилитации открытого типа в домах ребенка (приказ № 8 от 10.01.2013).

В Донецкой области были открыты четыре отделения медико-социальной реабилитации на базах домов ребенка — Донецкого областного специализированного дома ребенка, городского специализированного дома ребенка г. Донецка, областного специализированного дома ребенка г. Макеевки и

Краматорского дома ребенка. В центры направляются дети, которые проживают в семьях и нуждаются в проведении медико-социальной реабилитации. Дети принимаются в центры в возрасте до 4 лет на основании заявления родителей, срок проведения медико-социальной реабилитации составляет 45 дней, в случае необходимости по решению лечебно-консультативной комиссии дома ребенка срок пребывания в отделении может быть продлен до 90 дней. В течение года каждому ребенку может быть проведено не более двух курсов медико-социальной реабилитации.

При направлении ребенка в центр медико-социальной реабилитации учитывается профиль дома ребенка. Например, в Макеевский реабилитационный центр направляются ВИЧ-инфицированные дети, реконвалесценты пневмоцистной пневмонии, туберкулеза, оппортунистических инфекций, в остальные центры — дети с хромосомной патологией, задержкой статомоторного и психического развития, с последствиями перенесенных нейроинфекций, врожденными аномалиями опорно-двигательного аппарата, врожденным гипотиреозом, умственной отсталостью легкой и средней степени, расстройствами речи и т.д.

Под реабилитацией понимают активные мероприятия, целью которых является полное восстановление функции, нарушенной вследствие заболевания или травмы, либо оптимальная реализация физического, психического и социального потен-

© Балычевцева И.В., Висягин В.Б., Щур Н.В., 2014

© «Здоровье ребенка», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

циала инвалида с активной интеграцией его в общество.

Реабилитация как наука рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и его функциональные возможности в повседневной жизни после завершения лечения.

Реабилитация в педиатрии имеет свою специфику в силу особенностей детского организма. Последствия многих заболеваний, дефекты развития существенно нарушают адаптивные способности детского организма, не позволяя считать такого ребенка вполне здоровым. В уставе Всемирной организации здравоохранения определено, что здоровье — это состояние физического, духовного и социального благополучия при отсутствии болезней или физических дефектов. Восстановление здоровья заболевшего ребенка во всех аспектах, в том числе и функциональном, должно быть в центре внимания врача-педиатра [1].

Реабилитация в педиатрии — важное звено в системе детского здравоохранения. Реабилитация начинается с момента возникновения заболевания, травмы или дефекта развития и заканчивается восстановлением физического, психического и социального благополучия.

Целью реабилитации в детской практике является возвращение больному ребенку здоровья, а также восстановление его физических и психических функций до оптимального уровня.

Принципы реабилитации, которые существуют в настоящее время, были разработаны в начале XX века: 1) начало реабилитации с момента начала болезни или травмы; 2) комплексное восстановление организма во всех аспектах его функционирования; 3) внедрение последних достижений науки в реабилитационный процесс; 4) доступность реабилитации.

Все реабилитационные мероприятия базируются на трех основных подходах: 1) интеграция всех методов; 2) гармонизация и сочетаемость средств; 3) индивидуальный подход к реабилитируемому.

Основными среди реабилитационных мероприятий являются логотерапия, или выработка позитивной мотивации, психотерапия, т.е. лечение болезненных нарушений путем воздействия на психику, соматотерапия, куда входят физио-, механо-, рефлекс-, бальнео-, фармако-, курортотерапия и т.д.

Реабилитационные мероприятия у детей младшего возраста осуществляются в нескольких направлениях: 1) медицинское — диагностика, лечение и профилактика; 2) физическое — лечебная физическая культура (ЛФК), механо- и трудотерапия, которые направлены на повышение работоспособности организма; 3) психологическое — направленное на ускорение процесса адаптации реабилитируемого к новому состоянию.

Все эти мероприятия призваны решить такие задачи: 1) ускорение процесса восстановления нарушенной функции; 2) ускорение выработки компен-

сации утерянной функции; 3) разработка адаптации ребенка при наличии неустраняемого дефекта; 4) предупреждение развития у инвалида госпитализма и иждивенчества.

Компенсация нарушения функции может быть осуществлена только при условии мобилизации всего организма целиком [1].

В Донецком областном специализированном доме ребенка с момента его открытия курс реабилитации прошли 29 детей. Наиболее часто поступали дети с задержкой психоречевого развития, детским церебральным параличом (ДЦП).

Под психическим развитием ребенка понимают сложный, генетически обусловленный процесс последовательного созревания высших психических функций, реализующийся под влиянием различных факторов внешней среды. К основным психическим функциям относятся: гнозис (узнавание, восприятие), праксис (целенаправленные действия), речь, память, чтение, письмо, счет, внимание, мышление (аналитико-синтетическая деятельность, умение сравнивать и классифицировать, обобщать), эмоции, воля, поведение, самооценка и др. [1, 2].

В.В. Лебединский (2003) выделяет шесть основных видов нарушений психического развития у детей:

1. Необратимое психическое недоразвитие (олигофрения).
2. Задержанное психическое развитие (обратимое — полностью или частично).
3. Поврежденное психическое развитие — деменция (наличие предшествующего периода нормального психического развития).
4. Дефицитарное развитие (в условиях нарушений зрения, слуха, соматической патологии).
5. Искаженное психическое развитие (ранний детский аутизм).
6. Дисгармоническое психическое развитие (схизопатии).

Задержки психического развития у детей и их коррекция являются актуальной проблемой детской психоневрологии. Термин «задержка психического развития» (ЗПР) был предложен Г.Е. Сухаревой еще в 1959 г. Под задержкой психического развития понимают замедление нормального темпа психического созревания по сравнению с принятыми возрастными нормами. ЗПР начинаются в раннем детском возрасте без предшествующего периода нормального развития, характеризуются стабильным течением (без ремиссий и рецидивов в отличие от психических расстройств) и тенденцией к прогрессивному нивелированию по мере взросления ребенка. Интеллектуальная недостаточность в дошкольном возрасте маскируется речевыми расстройствами. О ЗПР можно говорить до младшего школьного возраста. Сохраняющиеся признаки недоразвития психических функций в старшем возрасте свидетельствуют об олигофрении (умственной отсталости) [3].

Возрастные нормативы нервно-психического развития могут помочь определить сильные и слабые стороны в развитии ребенка и тем самым выделить приоритетные направления в реабилитационной работе. Обучение новым навыкам и умениям надо проводить постепенно, малыми этапами.

В реабилитационном процессе принимают участие педиатр, невролог, психиатр, физиотерапевт, психолог, педагог, логопед-дефектолог, музыкальный работник, инструктор ЛФК. По показаниям приглашаются другие специалисты.

Комплекс предусматривает одновременное воздействие на все звенья патогенеза хронического психоэмоционального стресса, лежащего в основе выраженной задержки психического развития, и направлен на нормализацию показателей эмоционального статуса путем расширения социальных контактов, на стимуляцию положительных эмоций, познавательной деятельности и снижение тревоги. С этой целью проводятся ароматерапия, арт-терапия, используется методика Монтессори.

Арт-терапия — это лечение искусством психических или психосоматических заболеваний. Человек избавляется от негативных эмоций, мыслей и чувств, «прорабатывая» их через творческое переживание.

К методам арт-терапии относятся изотерапия (выражение чувств и эмоций через рисунок), фототерапия, сказкотерапия, песочная терапия, лепка (пластилин и глина), музыкотерапия и др.

Методы арт-терапии используются при работе с психологическими травмами, потере близкого человека, при психосоматических проявлениях, работе с чувствами и эмоциями. Методы арт-терапии используются у детей от 3 лет.

Основные принципы методики Монтессори — игровая форма обучения и самостоятельное выполнение упражнений. Методика Монтессори основана на индивидуальном подходе к ребенку: малыш сам выбирает дидактический материал и продолжительность занятий, развивается в собственном ритме. Ключевая особенность методики Монтессори — создание специальной развивающей среды (Монтессори-среды), в которой ребенок сможет и захочет проявить свои индивидуальные способности. Занятия по методике Монтессори не похожи на традиционный урок. Материалы Монтессори позволяют ребенку самому увидеть и исправить свои ошибки. Роль Монтессори-педагога состоит не в обучении, а в руководстве самостоятельной деятельностью ребенка. Методика Монтессори помогает развить внимание, творческое и логическое мышление, память, речь, воображение, моторику. Методика Монтессори уделяет особое внимание коллективным играм и заданиям, помогающим освоить навыки общения, а также освоению бытовой деятельности, что способствует развитию самостоятельности.

На повышение адаптивных возможностей организма направлена витаминотерапия, фитотерапия,

физиотерапия (широко применяются электрофорез по Новожилову с новокаином при парезе, дарсонвализация воротниковой зоны при задержке речи, амплипульс-терапия при спастических парезах), общий и сегментарный массаж. Для повышения функциональной активности щитовидной железы рекомендуется ежедневный прием препаратов йода в возрастной дозировке. Профилактика и лечение фоновой патологии (рахит, анемия, гипотрофия), острых и хронических заболеваний органов дыхания проводятся в соответствии с имеющимися рекомендациями и приказами.

У подавляющего большинства детей с выраженной задержкой нервно-психического развития определяется задержка речи, как активной, так и понимаемой, поэтому большое внимание должно уделяться коррекции речевых нарушений. Для этого проводится дифференцированный логопедический массаж, артикуляционная гимнастика, логоритмика, пальчиковая гимнастика.

Учитывая высокую частоту нарушений моторного развития, используются кондуктивная терапия, лечебная физкультура, кинезотерапия.

Сейчас производители медицинского оборудования предлагают множество средств, которые помогают больным. Среди них наиболее востребованы вертикализаторы и подъемники.

Возможность находиться в вертикальном положении больным ДЦП и людям, перенесшим спинномозговую травму, дарят вертикализаторы. Их конструктивные возможности позволяют ускорить реабилитацию пациентов и избежать негативных последствий, вызванных продолжительным нахождением в положении лежа, с помощью уникальной российской разработки, которую медики называют «костюм космонавта». Своим появлением тренажер для больных детей обязан космической медицине. Изначально костюм придумали для космонавтов, у которых в условиях невесомости атрофируются мышцы. Он действует по принципу эспандера. Еще одно уникальное свойство тренажера — его можно настроить под любого ребенка. Врач определяет проблемные мышцы, которые нуждаются в тренировке. Костюмы помогают фиксировать спину, руки и ноги и заново учат малышей двигаться, ходить. Кстати, эти костюмы — уникальное российское изобретение, аналогов которому в мире нет.

Для более эффективного выполнения физических упражнений также используется тренажер Гросса, который позволяет при недостаточной функции мышц создавать облегченные условия для их работы, дозируя оптимальную нагрузку на опорно-двигательный аппарат, обеспечивая тем самым нормальную подвижность в суставах. Даже тем детям, которые не владеют двигательными функциями, тренажер дает возможность выполнять различного рода упражнения в естественном вертикальном положении, совершать перемещения во всех плоскостях пространства (вперед, назад, в сторону, вверх, вниз) и вращаться вокруг своей оси,

не сковывая движения рук, ног, а также страхует от падения [4].

Тренажер позволяет обучать больного произвольным движениям и статике, а также решать частичные задачи: расслаблять мышцы при наличии гипертонуса и гиперкинеза, стимулировать функции ослабленных мышц и обеспечивать нормальную подвижность в суставах. С помощью тренажера можно тренировать, соразмерять и регулировать пространственные, временные и динамические параметры движений, развивать координационные способности, установочные рефлексы, на основе которых формируется передвижение, обеспечивающие присаживание, сидение, стояние, переступание, ходьбу, вращение, умение кататься на велосипеде, роликовых коньках, выполнять элементы спортивных игр.

Тренажер позволяет восстанавливать подвижность больных после тяжелых спинномозговых травм и ДЦП.

Тренажер Гросса позволяет создать условия для развития координированной работы опорно-двигательного аппарата, моторики и стабилизации опороспособности, что необходимо для формирования естественной схемы движения и положений тела, т.е. тех основ управления движениями, которые недоступны больному с патологией мышечного тонуса.

При недостаточной функции мышц создаются облегченные условия для их работы, и одновременно тренажер предохраняет больного от возможного падения и травм.

Специально для детей с ДЦП активно используют тренажер MOTOmed Gracile 12. Тренажер позволяет уменьшить спастичность, ощутить безболезненные ноги, улучшить ходьбу, уменьшить потребность в посторонней помощи, улучшить самочувствие, стать подвижнее [5].

Использование такого рода тренажеров позволяет количественно и точно дозировать физическую нагрузку в процессе занятия, а также подбирать индивидуальный режим двигательной активности с последующим анализом тренировки на основе полученных результатов. Занятия на тренажере проводятся по принципу выполнения циклических стереотипных локомоторных актов рук или ног, что способствует моделированию выработанных

в эволюции пространственно-временной организации (паттерн) нейромышечной активности (Hummelsheim & Freivogel, 2003).

Данная особенность метода является предпосылкой формирования и закрепления более «физиологического» паттерна по отношению к существующему «патологическому». Кроме того, регулярные занятия на тренажере могут способствовать укреплению паретичных мышц, улучшению в них кровообращения и обменных процессов, восстановлению нарушенных функций, а также улучшению психоэмоционального фона больного. Средняя длительность занятия — 15–20 минут. Учитывая возраст детей и их не очень высокую выносливость и усидчивость, проводится тренировка либо нижних, либо верхних конечностей (чаще у детей с акушерскими парезами верхней конечности или гемипаретической формой ДЦП с преимущественным поражением верхней конечности). Используется режим пассивной, активной и сервотренировки (с использованием активно-пассивного режима и «спазмконтроля»).

Таким образом, открытие медико-реабилитационных центров, в которых разработан индивидуальный подход к лечебно-реабилитационным мероприятиям, дает новые возможности детям-инвалидам для социальной адаптации.

Список литературы

1. Скоромец А.П. Задержки психического развития и принципы их коррекции / А.П. Скоромец, И.А. Крюкова, И.Л. Семичова [и др.] // *Лечащий врач*. — 2011. — № 5. — С. 28–32.
2. Смирнова Е.О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Методическое пособие для практических психологов / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Детство-Пресс, 2005. — 14 с.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. — М.: Медицина, 1985. — 148 с.
4. Гросс Н.А. Оптимизация процесса реабилитации детей-инвалидов средствами физической культуры / Гросс Н.А., Гончарова Г.А., Горбунова Е.А. // *Образование и инвалидность: нормативно-правовые аспекты: материалы конф.* — М., 2005. — С. 65–68.
5. Иванова Г.Е. Применение аппарата MOTOmed фирмы RECK Medizintechnik (Германия) / Г.Е. Иванова, Е.А. Ковряжкина // *Медицинский алфавит. Больница — все для ЛПУ*. — 2009. — № 1. — С. 4–9.

Получено 16.05.14 ■

Баличевцева І.В., Вісягин В.Б., Шур Н.В.
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

МЕДИКО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЦЕНТРИ В БУДИНКАХ ДИТИНИ — НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ДІТЕЙ

Резюме. У статті викладені матеріали про відкриття медико-реабілітаційних центрів при будинках дитини Донецької області. Наведені підходи, умови, можливості та методи реабілітації, що використовуються в лікуванні та відновленні дітей-інвалідів.

Ключові слова: реабілітація, медико-реабілітаційні центри, діти.

Balychevtseva I.V., Visyagin V.B., Schur N.V.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

MEDICAL AND REHABILITATION CENTERS IN CHILDREN'S HOUSES — NEW OPPORTUNITIES FOR TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN

Summary. The article presents data on the opening of medical and rehabilitation centers at the children's houses of Donetsk region. Approaches, terms, possibilities and methods of rehabilitations used during the treatment and restoration of disabled children are provided.

Key words: rehabilitation, medical and rehabilitations centers, children.