

УДК 616-053/2-036/865]-082(477.84)

Г.І. КОРИЦЬКИЙ

/КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»/

## Сучасний стан щодо надання допомоги дітям з особливими потребами в Тернопільському регіоні

### Резюме

#### Нынешнее состояние по оказанию медицинской помощи детям с особенными потребностями в Тернопольском регионе

Г.И. Корицкий

В статье приведены данные относительно нынешнего состояния по оказанию медицинской помощи детям с особенными потребностями по результатам основных показателей работы центра реабилитации.

**Ключевые слова:** детская инвалидность, реабилитация детей-инвалидов, центры реабилитации

### Summary

#### Condition to Help the Children with Disabilities in Ternopil Region

G.I Korytskyi

The article presents data on the state of care for children with disabilities for the results of the basic indicators rehabilitation center this category.

**Key words:** child disability, rehabilitation of disabled children, rehabilitation centers

Постійне погіршення стану здоров'я дітей викликає стурбованість на глобальному рівні. За останні десять років рівень загальної захворюваності дітей в Україні зріс в 1,2 разу, а поширеності захворювань – в 1,3 разу. У структурі захворюваності дітей захворювання нервової системи становлять 1,5%, а поширеність захворювань – 3,14% [1, 2, 4]. Перехід на нові стандарти обліку живонародженості призводить до зростання кількості зареєстрованих у дітей випадків перинатальної патології, в першу чергу – уражень центральної нервової системи плода, які є причиною дитячої інвалідності у понад 60% випадків [3, 7, 9].

Загальна світова тенденція також характеризується зростанням дитячої інвалідності. За даними ЮНЕСКО в 1989 році у світі було 514 млн інвалідів, в наші дні цифра наблизилася до 680 млн. Серед них – понад 100 млн становлять діти [5, 6, 8]. Статистичні дані Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України свідчать, що показник дитячої інвалідності в Україні має стійку тенденцію до зростання. Рівень загальної інвалідності дітей більше ніж за 10-річний період збільшився понад 98% (у 2002 р. – 163,9; у 2008 р. – 199,6; у 2010 р. – 204,3; у 2011 р. – 207,6 на 10 тисяч дітей).

За даними Європейської академії дитячої інвалідності у будь-якій країні світу 2–3% всіх дітей – це діти-інваліди, ще 10–20% – діти, які мають обмежені можливості здоров'я – відхилення у неврологічному здоров'ї (неуважність, погана успішність, порушення поведінки, головний біль, заїкання, енурез, різноманітні тики) і підлягають постійному медико-педагогічному супроводу. Якщо

співставити ці цифри з кількістю населення в Україні, картина мала б сумний вигляд – 1–1,5 млн дітей із обмеженими можливостями здоров'я та до 200 тисяч дітей-інвалідів. Державна статистика МОЗ України констатує дещо менші цифри: дітей-інвалідів – 160 тисяч, із них з патологією нервової системи – близько 100 тисяч [6–8]. Щорічно 16 тисяч дітей отримують статус дитини-інваліда, 20% із них – з причин хвороб нервової системи, насамперед дитячий церебральний параліч (ДЦП) – друга за частотою (після розумової ретардації) хвороба мозку, яка виникає в період раннього нейроонтогенезу і призводить до різноманітних рухових, психомовних, поведінкових порушень, які стають причиною інвалідності дитини, її ізоляції від однолітків і соціальної дезадаптації. Частота ДЦП в усіх країнах світу становить 2–3 випадки на 1000 дітей, в Україні хворих з ДЦП – близько 30 тисяч осіб [4, 6, 8].

На сьогодні для дітей-інвалідів та дітей з певними відхиленнями в Україні створюється система медико-соціальної амбулаторної допомоги у вигляді центрів реабілітації, що сприятиме рівномірному розподілу основного тягаря щодо піклування про таку дитину між державою та сім'єю.

**Мета дослідження:** оцінити стан надання медичної допомоги дітям з особливими потребами за результатами порівняльного аналізу основних інтегральних показників роботи центру ранньої медико-соціальної реабілітації для цієї категорії дітей з визначенням основних проблем та шляхів їх вирішення.

## Матеріали та методи дослідження

У ході дослідження проведено ретроспективний статистичний аналіз динаміки основних показників роботи центру реабілітації дітей з особливими потребами на підставі оцінки їх реабілітаційних карт та катамнестичного спостереження з підтвердженням позитивних змін у наданні медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

## Результати та їх обговорення

Протягом 2012 року спостерігалася тенденція до зниження темпів інвалідизації дитячого населення в Тернопільській області – зменшення абсолютної кількості дітей-інвалідів, показника дитячої інвалідності на 10 тисяч дитячого населення на фоні зниження загальної чисельності дитячого населення (табл. 1).

На даний час в динаміці стану дитячого населення відмічається багато несприятливих тенденцій – підвищення частоти вроджених та спадкових захворювань, висока питома вага дітей з патологією нервової системи, прогресуючий ріст хронічних форм алергічної патології, збільшення частоти ускладнень вірусних та паразитарних захворювань, у тому числі контрольованих інфекцій – дифтерії, поліомієліту, туберкульозу тощо.

В структурі причин дитячої інвалідності переважають порушення функцій нервової системи, розумова відсталість, нервово-психічні та нервово-м'язові дисфункції, скелетні порушення, дисморфогенетичні аномалії. За останні роки спостерігається збільшення показника вроджених вад розвитку, в тому числі вроджених вад серця, складних аномалій шлунково-кишкового тракту у новонароджених, яким проводяться коригуючі оперативні втручання, а також захворювань нервової системи та зниження показника

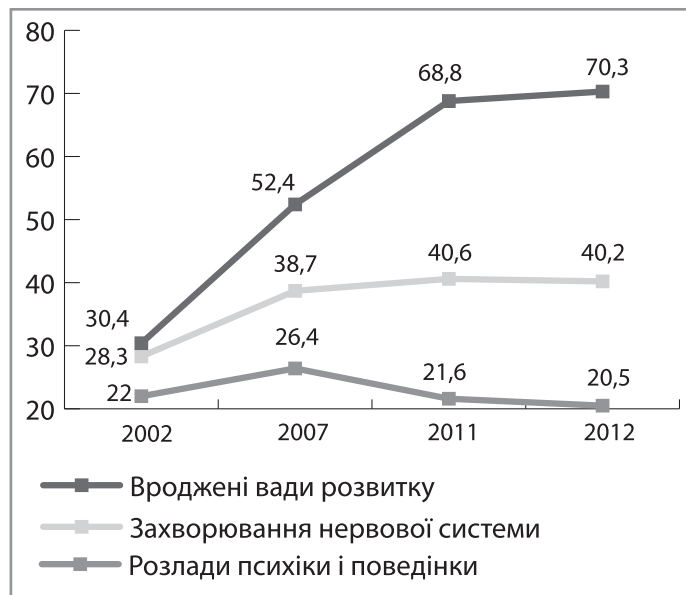


Рисунок. Структура дитячої інвалідності в Тернопільській області

розладів психіки і поведінки (табл. 2). В структурі дитячої інвалідності, як в цілому в Україні, так і в області, перше місце займають вроджені вади розвитку – 70,4 на 10 тисяч (2011 р. – 68,8); друге місце – захворювання нервової системи – 40,2 на 10 тисяч (2011 р. – 40,6); третє місце – розлади психіки і поведінки – 22,5 на 10 тисяч (2011 р. – 21,6) (рисунок).

Серед дітей-інвалідів переважають жителі села – 56–58%, міські жителі складають 42–44%. Доведено наявність суттєвих відмінностей медико-соціальних чинників дитячої інвалідності у міській та сільській місцевості. Зокрема, у селі достовірно вищий відсоток несвоечасно взятих на облік вагітних (близько третини), вдвічі більше жінок, які не знаходилися на диспансерному обліку, переважна більшість – не проходили ультразвукове дослідження. У 50% випадків інвалідність дітей встановлюється несвоечасно, що призводить до пізнього початку лікування та реабілітації. Сільські діти менш соціально адаптовані, потребують всебічної соціальної допомоги, 54,1% із них не охоплюються жодними формами навчання та виховання.

Зважаючи на проблему дитячої інвалідності, необхідно акцентувати увагу на доцільності її попередження шляхом удосконалення організації якісної медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим та інтенсивного впровадження сучасних перинатальних технологій, розвитку центрів планування сім'ї та репродукції, дитячої та підліткової гінекології.

З метою виконання Національної державної комплексної програми «Реабілітація дітей з інвалідністю на 2004–2011 роки» в області розроблено програму «Про схва-

Таблиця 1. Основні показники дитячої інвалідності в Тернопільській області

Показник	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Абсолютне число дітей-інвалідів	4550	4688	4656	4572	4578	4490
Показники дитячої інвалідності на 10 тисяч дитячого населення	198,5	209,6	212,4	212,5	216,8	215,5
У звітному році стали інвалідами	641	593	491	504	509	454
Показник первинної інвалідності на 10 тисяч дитячого населення	28,0	26,5	22,4	23,4	24,1	21,8

Таблиця 2. Структура дитячої інвалідності в Тернопільській області

Патологія	Абсолютне число		Показник на 10 тисяч дітей		Вперше визнані інваліди		Показник на 10 тисяч дітей	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Вроджені аномалії	1465	1453	70,3	68,8	137	165	6,6	7,8
Захворювання нервової системи	837	858	40,2	40,6	69	56	3,3	2,7
Розлади психіки та поведінки	568	661	24,8	27,4	22	35	1,0	1,4
Всього в області	4490	4578	215,5	216,8	454	509	21,8	24,1

лення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів», в рамках якої відкрито обласний центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів з ураженням нервової системи та вродженою патологією, де активно проводиться діагностична та лікувальна робота. Реабілітаційний центр оснащений сучасним обладнанням – електроенцефалографом, електроміографом, апаратом для ультразвукового обстеження судин головного мозку, що надає можливість застосувати широкий спектр нейрофізіологічних досліджень. На базі центру працюють лікар-невролог (діагностує та призначає адекватне лікування), лікар-рефлексотерапевт, лікар-ЛФК (розробляє комплекс індивідуальних вправ для кожної дитини), психолог, логопед, педагог-дефектолог, середній медичний персонал – медсестра-масажист, інструктор ЛФК, які надають висококваліфіковану консультативно-діагностичну та лікувальну реабілітаційну допомогу дітям з моменту народження. У роботі центру успішно застосовується програма ТанDEM – спільна робота лікаря, батьків і соціальних педагогів. Основними принципами відновного лікування є ранній початок, індивідуальність, комплексність та послідовність при проведенні реабілітації. Пріоритетним напрямом є робота з дітьми першого року життя. В структурі захворюваності чільне місце займають різні форми ДЦП (до 22% від загальної кількості дітей), а також вроджена патологія (табл. 3).

Центр реабілітації дітей з ураженням центральної нервової системи забезпечує відновлення практичних фізичних навичок за допомогою комплексу реабілітаційних заходів: масажу, рефлексотерапії, індивідуальних занять лікувальною фізкультурою, занять на спеціалізованих тренажерах, водолікування. Для кожної дитини підбирається індивідуальний комплекс фізичних вправ, спрямований на вдосконалення нервово-рефлекторних зв'язків, формування рухових навичок, покращення функціонального стану центральної та периферичної нервової системи. Завдяки регулярним заняттям лікувальною фізкультурою зміцнюється воля хворих, впевненість у своїх силах, позитивна мотивація щодо

фізичних вправ прискорює відновлення порушених функцій. В центрі успішно працює апаратний комплекс біологічно-зворотного зв'язку «Амблор», який контролює інтенсивність та ефективність реабілітаційного процесу, застосовується робота на рефлекторно-навантажувальному пристрої для дітей з ДЦП «Гравістат» та «Параподій». Водолікування сприяє гармонійному розвитку дитини, здійснює позитивний вплив на органи дихання, серцево-судинну та нервову систему, зміцнює опорно-руховий апарат; рекомендується з перших днів життя. Рефлексотерапія забезпечує позитивні зміни в руховій сфері, гальмуючи патологічні рефлекси, нормалізує реакцію на оточуюче середовище, покращує контакт при спілкуванні та викликає позитивні емоції, активізує передмовний і мовний розвиток. Цей метод використовується з першого місяця життя, коли рефлекторна сфера найбільш активна і легше піддається впливу, ще не має стійкої фіксації патологічних механізмів захворювання.

В центрі працюють педагог-дефектолог та логопед, основним завданням яких є стимуляція інтонованого голосового спілкування та сенсорний розвиток дитини. Дефектологічно-логопедична робота здійснюється в режимі партнерства «дитина-батьки-фахівець» з метою навчання батьків щодо продовження відновного лікування в домашніх умовах. В центрі проводяться групові та індивідуальні заняття психолога з дітьми, які перебувають на лікуванні, консультування щодо покращення взаємодії батьків і дітей та заходів, які сприятимуть соціальній адаптації (сімейне консультування).

На сьогоднішній день в регіоні створено мережу медико-соціальних центрів, у яких проводиться реабілітація дітей-інвалідів, зокрема обласний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи в КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня», міський центр реабілітації у міській дитячій клінічній лікарні, центр реабілітації у Заліщицькому обласному дитячому санаторії, центр реабілітації у Микулинецькій обласній фізіотерапевтичній лікарні, центр реабілітації на базі обласної комунальної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації у с. Більче-Золоте (табл. 4). В лікувальному процесі Микулинецької обласної комунальної фізіотерапевтичної лікарні використовуються: природна сірководнева вода, торф'яні грязі для аплікацій, апаратна фізіотерапія, масаж, лікувальна фізкультура, гідромасаж, озокеритотерапія у поєднанні з медикаментозною терапією.

Водночас в Тернопільській області функціонує система соціальних центрів реабілітації під егідою Фонду соціального захисту інвалідів: Шумський центр ранньої реабілітації дітей-інвалідів, Чортківський комунальний центр ранньої соціальної реабілітації, Зборівський та Козівський центри ранньої реабілітації дітей-інвалідів, Золотопотоцьке відділення ранньої соціальної реабілітації (Бучач), центр ранньої реабілітації дітей-інвалідів у смт. Мельниця-Подільська, де щорічно оздоровлюється понад 100 дітей. В 2010 році створено обласний багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр в м. Тернопіль та м. Заліщики. У регіоні розроблено програму соціальної реабілітації дітей-інвалідів на 2011–2015 роки, основним завданням якої є адекватна адаптація їх до умов життя, сприяння їх соціалізації.

**Таблиця 3.** Структура захворюваності дітей у центрі реабілітації

Роки	2009	2010	2011	2012
Всього	568	590	741	745
Діти-інваліди	309 (55 %)	319 (54 %)	336 (45 %)	337 (45 %)
З діагнозом ДЦП	150 (27%)	162 (27 %)	171(23 %)	165 (22 %)
Вроджені аномалії	50 (9%)	54 (10%)	55 (7,4%)	58(7,8%)

Примітка: ДЦП – дитячий церебральний параліч.

**Таблиця 4.** Результати оздоровлення дітей-інвалідів в центрах Тернопільського регіону

Центри	2010		2011		2012	
	Всього	Із них інваліди	Всього	Із них інваліди	Всього	Із них інваліди
Обласний центр	590	319	771	336	745	337
Заліщики	341	223	140	94	411	175
Микулинці	382	115	210	138	144	38

## Висновки

Високий показник дитячої інвалідності в області зумовлений комплексом соціально-економічних причин, зокрема недосконалістю існуючої системи медичного забезпечення, недостатньо якісною пренатальною діагностикою, оскільки збільшується кількість дітей з недіагностованими вродженими вадами розвитку, водночас – недостатньою укомплектованістю посад дитячих спеціалістів вторинної ланки (неонатологів, дитячих неврологів, дитячих ортопедів, дитячих окулістів), що також призводить до несвоєчасного виявлення та лікування вроджених вад розвитку, хромосомних аномалій. Крім того, має значення перехід на реєстрацію глибоко недоношених дітей (з екстремально і дуже малою масою тіла) з недостатнім забезпеченням умов виходжування цієї категорії дітей, починаючи з пологових будинків районів області (II рівня надання допомоги).

Основним завданням щодо запобігання дитячої інвалідності є своєчасне виявлення ризику народження дитини-інваліда, раннє виявлення захворювань, які загрожують інвалідизацією, рання превентивна терапія і реабілітація, які або дозволяють запобігти дитячій інвалідності, або значно підвищують рівень функціональної і соціальної адаптації дитини з обмеженими можливостями здоров'я. Незважаючи на те, що питома вага суто медичних проблем у формуванні здоров'я особи становить не більше 10–12%, саме медичні аспекти збереження здоров'я у ранньому дитячому віці мають значно більший вплив, ніж у наступних вікових групах. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я 2/3 причин, які формують стан здоров'я в майбутньому, зумовлені чинниками, які впливають саме в період вагітності, пологів та першого року життя. Тому одним із основних завдань політики досягнень охорони здоров'я в Європейському регіоні є забезпечення здорового початку життя, збільшення частки новонароджених без вродженої патології та інвалідності.

## Список використаної літератури

1. Анализ состояния здоровья детского населения / Засыпка Л.И., Вегержинская Н.Д., Максименко Ю.А. [и др.] // Здоровье женщины. – 2009. – №8 (44). – С. 156–158.
2. Антипкін Ю.Г. Вплив факторів навколишнього середовища на стан здоров'я дітей раннього віку / Ю.Г. Антипкін, Ю.Г. Резниченко, М.О. Ярцева // Перинатология и педиатрия. – 2012. – №1 (49). – С. 48–51.
3. Гойда Н.Г. Аналіз стану здоров'я дітей та жінок в Україні / Н.Г. Гойда // Мистецтво лікування. – 2005. – №10 (26). – С. 14–15.
4. Козьякин В.И. Метод Козьякина – система интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Руководство реабилитолога [Электронный ресурс] / Козьякин В.И., Бабадагы М.О., Лунь Г.П. [и др.] // Международная клиника восстановительного лечения. – 2011. – Режим доступа: <http://www.reha.lviv.ua/index.php?id=118&L=3>.
5. Кульчицька Т.К. Стан здоров'я дітей: регіональний аспект / Т.К. Кульчицька // Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 2008. – С. 90–91.
6. Мартинюк В.Ю. Соціальна педіатрія в Україні: концепція, завдання, перспективи / В. Ю. Мартинюк // Соціальна педіатрія. – 2011. – №1. – С. 17–23.
7. Моїсеєнко Р.О. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України // Р.О. Моїсеєнко, Я.І. Соколовська, Т.К. Кульчицька, Т.М. Бухановська // Современная педиатрия. – 2010. – №3 (31). – С. 13–17.
8. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи: навч.-метод. посібн. / За ред. В.Ю. Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.
9. Слабкий Г.О. Характеристика здоров'я дитячого населення України // Г.О. Слабкий, Т.К. Кульчицька, В.В. Лазорішинець, Н.С. Бедій // Современная педиатрия. – 2009. – №6 (28). – С. 35–40.