

ОБґРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА З ОБМЕЖЕННЯМИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

*М.М. Коренєв; Л.Ф. Богмат; Є.А. Михайлова, с.н.с.;
С.Р. Толмачова, с.н.с.; Т.Ю. Проскуріна; О.М. Тимофєєва;*

Є.Л. Ахназарянц; Н.С. Шевченко; С.О.

Чумак

Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України, м. Харків

ВСТУП

На сучасному етапі проблема соціального захисту дітей, а тим більше дітей-інвалідів, залишається не розв'язаною [1]. Негативні економічні умови сприяють блокаді профілактичної медицини. Непродумані реформи, перш за все, відбиваються на якісних характеристиках розвитку дітей, впливають на частоту розвитку несприятливих наслідків хронічних соматичних захворювань. Але за цим приховується ще більша кількість порушень нервово-психічного розвитку, які суттєво впливають на процеси навчання та виховання. Значно збільшується ризик формування покоління з середнім та низьким рівнем інтелекту [2].

У зв'язку з цим актуальною на сьогодні є проблема розроблення програм реабілітації дітей-інвалідів із хронічною соматичною патологією та з обмеженнями психічного та фізичного розвитку.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Для удосконалення методів реабілітації дітей-інвалідів і дітей з обмеженнями фізичних і розумових можливостей було визначено причини і фактори, що сприяють виникненню і формуванню інвалідності при хронічній соматичній патології.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проведені у 418 дітей і підлітків із хронічною соматичною патологією, у 234 із них був визначений статус дитини-інваліда, а в 184 цього статусу не було – вони склали групу порівнювання. Це були діти із серцево-судинними та ревматичними захворюваннями, патологією бронхолегеневої та сечовидільної систем, хворобами системи травлення та ендокринною патологією.

Проведено також клініко-епідеміологічне обстеження стану психічного здоров'я 3000 дітей дошкільного віку м.Харкова, 100 дітей-сиріт молодшого віку (від 0 до 3 років) та 104 учнів 1-3-х класів загальноосвітніх шкіл м.Харкова.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У загальній структурі інвалідності в Україні інваліди-дитинства складають від 10,0 % до 14,0 %. Останніми роками намітилась тенденція до збільшення їх питомої ваги [3].

У структурі дитячої інвалідності хронічна соматична патологія складає близько 32,0 – 35,0 %, але її частка у структурі інвалідності осіб молодого працездатного віку (до 39 років) складає вже більше ніж 56,0 %, і збільшення показника загальної інвалідності в цьому віці відбувається в основному за рахунок соматичної патології. Ці дані ще раз підкреслюють факт початку більшості хронічних соматичних захворювань саме в дитячому і підлітковому віці, та саме в даному віці вони потребують здійснення ефективних реабілітаційних програм, які дозволять попередити розвиток тяжких їх наслідків [4].

Міжнародна класифікація наслідків захворювань вводить три головні складові цих наслідків: порушення, обмеження життєдіяльності та соціальну недостатність. Вони необхідні для конструювання оцінок трьох головних цілей: попередження, реабілітації та вирівнювання можливостей - при формуванні політики та плануванні конкретних програм [5].

Соціальна недостатність у визначенні інвалідності є головним показником, а ступінь зменшення соціальних обмежень є найбільш суттєвим в оцінці ефективності реабілітаційних програм [6]. Разом із тим відновлення соціальної ролі хворого обов'язково проходить через зменшення обмежень його життєдіяльності, а це потребує першочергових втручань, що спрямовані на ліквідацію порушень.

Аналіз даних клініко-функціонального стану дітей-інвалідів та дітей із хронічною соматичною патологією без статусу "інвалід" дозволив виявити велику кількість патологічних симптомів, які свідчили про різний ступінь сформованості гемодинамічних, дисциркуляторних та метаболічних розладів, а також різний ступінь і глибину залучення до процесу на їх фоні органів і систем.

Із найбільшою частотою (від 30,0 % до 100,0 %) виявлялися серцево-судинні порушення та симптоми залучення до процесу органів травлення (від 16,0% до 74,0%), дещо рідше – органів сечовидільної (від 6,0 % до 45,8 %) та бронхолегеневої (від 10,0 % до 18,0 %) систем. Практично при всіх хронічних соматичних захворюваннях реєструвалася велика кількість патологічних симптомів та синдромів ураження нервової системи (від 20,0% до 76,0%).

Паралельно з порушеннями багатьох органів і систем у 86,0 % дітей із хронічною соматичною патологією встановлено багато форм психічних розладів, переважно невротичного регістру (фобії, дисомнічні порушення, тривожність), різке зниження інтелектуально-мнестичних функцій (пам'ять, концентрація уваги, труднощі у засвоєнні шкільної програми), а також клінічно окреслені симптомокомплекси у вигляді неврозоподібних розладів і неврозів.

Вегетативно-судинні порушення в 45,0 % випадків обрамляли психоневрологічні та соматичні розлади, сприяючи фіксації та прогресуванню тривожності та депресії [7]. У більшості дітей домінував феномен соціально-

психологічної ізоляції, самотності в макро- та мікросоціумі, в тому числі і в сім'ї, а також елементи прихованої та явної агресії, регресивність, відсутність життєрадісності, знижений фон настрою.

Рівень емоційного стресу дітей і підлітків - інвалідів із соматичною патологією у більшості (84,0%) був високим і надвисоким (6,0 %).

Ці явища суттєво впливали на загальний стан хворої дитини й потребували зусиль, спрямованих на їх ліквідацію або хоча б на зменшення. При значному їх рівні реабілітаційні заходи були малоефективними.

Встановлено також, що на формування нервово-психічних розладів, психічної дезадаптації дітей із хронічною соматичною патологією, а також на ефективність реабілітаційних заходів суттєвий вплив мав рівень психологічного здоров'я сім'ї.

Найбільш значний вплив на нього мали: схожість сімейних цінностей, функціонально-рольова узгодженість, соціально-рольова адекватність, адаптивність у мікросоціальних відношеннях, емоційне задоволення.

Дослідження показали, що здоровий психологічний клімат у 80,0% дітей-інвалідів був відсутній. Дестабілізуючий вплив на нього мали: низький рівень психологічного сприйняття в сім'ї дитини - інваліда, низький ступінь внутрішньосімейної взаємодії, відсутність взаєморозуміння, взаємотерпіння, зниження соціально-рольової адекватності батьків, низький їх загальноосвітній рівень, низький матеріальний рівень, відсутність роботи у батьків та сприятливого прогнозу майбутнього.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у дітей із хронічною соматичною патологією виникають порушення функціонування не тільки систем, що призвели до інвалідності, але й численне залучення до процесу інших органів і систем у зв'язку з наявністю запальних, дисциркуляторних і метаболічних розладів.

Порушення функціонування на їх фоні центральної нервової системи сприяє формуванню психоневрологічної симптоматики, психічних та психологічних порушень. Низький рівень психологічного здоров'я сім'ї поглиблював нервово-психічні розлади, ще більше сприяв соціальній дезадаптації дітей із хронічною соматичною патологією, тобто формуванню їх інвалідності.

Все це визначає багатоплановість підходів щодо змісту та форм реабілітаційних програм для дітей-інвалідів і програм попередження розвитку інвалідності у дітей із хронічною соматичною патологією.

Відновлення функціонально-метаболічних взаємовідношень можливе лише при комплексному лікуванні не тільки систем, що призвели до інвалідності, але також і систем, які залучені до процесу на етапах розвитку хронічного соматичного захворювання.

Особливого значення у формуванні соціальної дезадаптації дітей-інвалідів психічного здоров'я та психологічного реагування дитини та членів її сім'ї потребує вміщення в реабілітаційні програми, крім патогенетичних засобів, також і методів, спрямованих на відновлення психічного і психологічного їх здоров'я, що дозволить попередити розвиток і прогресування соціальної дезадаптації.

Як відомо, за останні 10 років майже в 3,5 разу збільшилась кількість інвалідів, в основному дітей і підлітків, у зв'язку із психічними розладами [8]. У структурі психічних розладів у інвалідів дитинства старших від 14 років, переважає олігофренія (68,0%), шизофренія (11,9%), епілепсія (9,4%), органічні захворювання ЦНС (10,7 %).

Разом із тим рання інвалідизація, що формується до повноліття та перед працездатним віком, є основною категорією дітей і підлітків, що потребує проведення специфічних засобів профілактики подальшого прогресування розладів психіки, соціальної їх дезадаптації.

У процесі клініко-епідеміологічного дослідження 3000 дітей дошкільного віку було визначено поширеність і структуру психічних розладів у дітей дошкільного віку популяції м. Харкова.

Проведені дослідження встановили, що у 40,5 % дітей існують явні ознаки ретардації психічного розвитку, а у 21,6 % спостерігаються нервово-психічні розлади, що потребують спеціалізованої медичної та психологічної допомоги.

Як відомо, одна із складових затримки психічного розвитку – це порушення інтелектуальної діяльності. Тому вивчення особливостей пізнавальної діяльності є досить важливим етапом у визначенні стану психічних функцій дитини.

Проведені дослідження дозволили виділити групу дітей із різними порушеннями пізнавальних функцій. Для цього проводилося експериментально-психологічне дослідження із встановленням характеристик пам'яті, уваги та працездатності, зорово-об'ємного сприйняття, особливостей вербально-логічного мислення, сформованості, об'ємних уявлень та розуміння складних логіко-граматичних мовних конструкцій.

Аналіз отриманих даних дозволив виділити чотири групи дітей.

До першої групи увійшли 25,0% дітей, у яких можна було констатувати виразні ознаки педагогічної занедбаності, але вони легко навчалися в ході експерименту, що свідчить про високі потенційні можливості цих дітей.

Другу групу склали (12,7 %) діти з явними емоційними проблемами, які не проявляли активності у виконанні завдань, але при індивідуальному обстеженні виконували всі завдання на рівні, що відповідає віку.

До третьої групи увійшли діти (29,8 %), які звертали на себе увагу порушеннями динамічного характеру з боку психічної діяльності. У однієї частини з них був низький темп діяльності, а в іншій це проявлялося руховим розгальмуванням, труднощами концентрації. Але, незважаючи на особливості порушення динаміки психічної діяльності, розвиток мислення відповідав віковій нормі.

До четвертої групи увійшли діти (31,9 %), у яких затримка інтелектуального розвитку підтверджена експериментально. Відмічались порушення як динамічного, так і змістовного характеру інтелектуальної діяльності. Підказування у ході експерименту не впливали суттєво на результати виконаних завдань. Спостерігалось високе виснаження психічних процесів за астеничним типом.

Отже, використання експериментальних діагностичних процедур є необхідним для об'єктивізації порушень психічної діяльності дитини і обов'язковою умовою для проведення диференційованих реабілітаційних заходів.

Велика питома вага хвороб ЦНС, яка супроводжується в 97,5 % випадків інтелектуальною ретардацією, диктує необхідність пошуку нових методичних підходів щодо діагностики та профілактики розвитку ранньої психічної інвалідизації.

Клініко-патофизиологічні дослідження психічного здоров'я дітей молодшого шкільного віку, що мають труднощі у навчанні та ознаки шкільної дезадаптації (14,4%), показали, що різке зниження інтелектуально-мнестичних функцій виявляється в поєднанні із віковою декомпенсацією та резидуально-органічною церебральною недостатністю. Практично всі діти цієї групи (за винятком однієї дитини) виховувалися у деструктивних та неповних сім'ях.

Психодіагностичне обстеження цих дітей показало, що лише у 75,0% школярів рівень інтелектуальних досягнень відповідав віковій нормі, як правило низькому рівню; 12,5 % дітей демонстрували зниження загального інтелектуального показника до рівня олігофренії, а 12,5 % - до граничного рівня. Мінімальні показники інтелектуальної діяльності дітей цієї групи за деякими субтестами свідчили про недостатню збереженість візуальної перцепції, зниження продуктивності зорової пам'яті, порушення зорово-моторної координації, недостатній рівень розвитку аналізу і синтезу.

Ці дані свідчать про необхідність диференційованого підходу щодо медико-психологічної та соціальної допомоги дітям із легкою інтелектуальною недостатністю, практично в усіх вікових групах, що дозволить попередити розвиток стійкої психічної, а в подальшому й соціальної їх дезадаптації.

ВИСНОВКИ

1. В результаті дослідження встановлена особлива значущість у формуванні соціальної дезадаптації дітей-інвалідів, психічного здоров'я та психологічного реагування дитини й членів її сім'ї потребує вміщення в реабілітаційні програми, крім патогенетичних засобів, також і засобів, спрямованих на відновлення психічного і психологічного здоров'я, що дозволить попередити розвиток і прогресування соціальної їх дезадаптації.

2. Для вирішення проблеми реабілітації дітей-інвалідів необхідно створити єдину національну систему реабілітації, яка могла б об'єднати зусилля як реабілітаційних служб, так і зусилля самого суб'єкта реабілітації і членів його сім'ї на всіх рівнях державних установ, що ставлять перед собою різнопланові цільові установки та вирішують різного рівня завдання.

3. Оцінка ефективності реабілітаційних заходів у дітей із хронічною соматичною патологією та у дітей з обмеженнями психічного розвитку підтвердила необхідність їх проведення з моменту констатації захворювання та комплексної дії заходів на всі складові процесу формування наслідків хвороб.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Международная номенклатура нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности, адаптированный вариант. - М., 1994. - 106 с.
2. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней/Н.Р.Палеев, В.Н. Краснов, Л.А. Подрезова и др. // Вест. Рос. Акад. мед. наук. - 1998. - №5. - С. 3-7.
3. Роль реабилитации в сохранении здоров'я детей на современном этапе/Р.В. Богатырёва, Н.П. Дриневский, Е.Н. Торбань, Н.Г. Гойда и др.//Медицинская реабилитация в педиатрии. - 1998. - №6. - С. 3-6.
4. Сердюк А.И. Некоторые особенности психологического статуса больных соматическими заболеваниями // Новые горизонты клиники внутренних болезней: Сб. научных трудов. - 1998. - С.19-23.
5. Bach S.R., Tilton M.C. Life satisfaction and well-being measures ventilator assisted individuals with traumatic tetraplegia// Arch. Phys. Med. Rehabil. - 1994. - №75. - P.626-632.
6. Chibnall S., Tait R. The Pain Disability Index: factor structure and normative data//Arch.Phys. Med. Rehabil. - 1994. - №75. - P. 1082 - 1086.
7. Kwiterovich P.O. Prevention of coronary disease starting in childhood: what risk factors should be identified and treated? // Coronary Artery Dis. - 1993. - №4. - P. 611-630.
8. World Health Organization. Nomenclature of Impairments, Disabilities and disadvantages (DES / ICD/ C/89. 20; Annex 4). - P. 18-33.

Надійшла до редколегії 7 квітня 2003р.