

нистически деформованої середовища взаємодії. Головною задачею Центру є відновлення рівня соціального функціонування, підвищення якості життя дітей і підлітків з гіперкінетичними розладами, дитячим аутизмом, ДЦП, синдромом Дауна і іншими нервно-психічними розладами.

Робота спеціалістів Центру ґрунтується на принципі поліпрофесійної команди з використанням мультимодальних методів.

В роботі Центру використовуються методи анималотерапії, ландшафт- і сад-терапії, ігрової психотерапії, арт-терапії (студія для малювання, лепки, піщаної терапії, глинотерапії), трудової терапії. При індивідуальній і груповій роботі використовуються різні елементи когнітивно-біхевіорального, раціонального, дитячого аналітичного, релаксаційного і інших методів психотерапії.

В дослідженні брали участь 200 сімей з дітьми, якими є розлади психічного розвитку і поведінки.

В ході роботи були сформовані 4 групи досліджуємих з різними нозологічними формами:

- групу 1 склав 51 дитина з діагнозом «гіперкінетичні розлади» (F90);
- групу 2 — 43 дитина з діагнозом «розлад соціального функціонування» (F94);
- групу 3 — 52 дитина з діагнозом «специфічні розлади розвитку шкільних навчальних навичок» (F81);
- групу 4 — 54 дитина з діагнозом «специфічний розлад розвитку рухових функцій» (F82).

Висновки

1. Основними критеріями ефективності роботи Центру є: стабілізація психоемоційної сфери дітей і підлітків з коморбідними захворюваннями неврологічного і поведінкового спектра, їх соціальна адаптація (взаємодія з ровесниками, вихователями, учителями, батьками), формування конструктивних патернів поведінки.

2. Проведений аналіз стану проблеми психічної патології неспіхотического реєстру у дітей підтвердив актуальність формування комплексного медико-психологічного супроводу даного контингенту.

3. Визначені принципи надання медико-психологічної допомоги дітям з психічними і поведінковими розладами, які дозволили посилити ефективність застосовуваних методів психокорекції.

4. Сформована система медико-психологічного супроводу дітей з психічними і поведінковими розладами.

5. Виділені основні критерії ефективності медико-психологічної корекції формування конструктивного типу сімейних взаємовідносин і соціальної адаптації.

6. Впровадження отриманих результатів на первинному етапі роботи Центру показало свою ефективність у 74,5 % дітей з діагнозом F90, 86,0 % дітей з діагно-

зом F94, 50,0 % дітей з діагнозом F81 і 48,1 % дітей з діагнозом F82, які отримують медико-психологічну корекцію.

УДК 614.2:614.8.067.3-053.3+614.812(477)

МОЙСЕЄНКО Р.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, м. Київ

РОЗВИТОК В УКРАЇНІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАНЬОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

Динаміка основних показників здоров'я дитячого населення сьогодні відзначається суттєвим накопиченням хронічної патології з раннього дитячого віку. Така ситуація зумовлена цілою низкою причин — від суттєвого погіршення екології, оточуючого середовища, способу життя батьків і самих дітей і до значного прогресу в медицині, що дає можливість вижити більшості малюків, у тому числі із тяжкою патологією.

Це накладає на суспільство відповідальність впровадити ефективні програми, спрямовані на посилення уваги до дітей з особливими потребами з самого раннього віку.

Україна має багато здобутків у цій сфері. Перш за все це стосується зниження за останні десятиріччя захворюваності немовлят більш як удвічі завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій, вирішенню низки питань, спрямованих на попередження вродженої та спадкової патології, вчасну діагностику хвороб та їх лікування. Впроваджено сучасні медико-соціальні реабілітаційні технології, вдалося створити понад 45 центрів медико-соціальної реабілітації в системі МОЗ України, робота яких перш за все спрямована на надання комплексної реабілітаційної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. Функціонує 226 центрів ранньої медико-соціальної реабілітації в системі Мінсоцполітики. Проте кожний із цих центрів, виконуючи дуже важливу роботу, має певні проблеми в наданні допомоги сім'ям із такими дітьми. На мій погляд, основними з них є відсутність комплексності послуг (медичних, педагогічних, соціальних, інших), недостатня сімейна центрованість, а також територіальна віддаленість, що значно ускладнює доступність допомоги.

Скільки ж дітей раннього віку (0–3 роки) за досвідом країн, де існує система надання комплексних медико-соціальних послуг (країни Європи, США тощо), потребують додаткових програм раннього втручання — реабілітації? Орієнтовно зазначається цифра близько 15 %, тобто в Україні це близько 200 тисяч дітей.

Найбільший вплив у ранньому дитячому віці, урахувавши пластичність процесів і можливість реального зменшення патологічних відхилень в організмі дитини, має саме втручання медичних технологій у комплексі з іншими. Проте чи в змозі 45 центрів системи МОЗ надати таку комплексну допомогу. На жаль, ні. Це центри, які в

більшості можуть надати таку важливу консультативну, діагностичну, лікувальну допомогу, включити елементи соціального та педагогічного супроводу сім'ї, у кращому випадку закласти елементи сімейної центрованості в реабілітаційні технології, але постійно ефективно спостерігати таких дітей невелика кількість центрів просто не в змозі.

Навіщо взагалі впроваджувати додаткові послуги раннього втручання-реабілітації в системі охорони здоров'я?

Це обумовлюється цілим рядом причин:

- переходом на обслуговування лікарем загальної практики — сімейної медицини, сталим дефіцитом кадрів у системі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), передусім педіатрів;

- зростанням кількості дітей з особливими потребами (кількість дітей-інвалідів у дитячій популяції сягає близько 2 %);

- сучасними даними про розвиток мозку дітей раннього віку;

- стресом, який переживає сім'я у зв'язку порушеннями в розвитку або серйозними медичними станами, відсутністю достатніх знань та часу в лікарів та медсестер ПМСД;

- роллю стабільних відносин для розвитку дитини й теорією прихильності;

- впливом проживання в закритому закладі на розвиток дітей раннього віку;

- успіхом програм раннього втручання в інших країнах (США, Німеччина, Португалія, Росія тощо).

Що охоплює система раннього втручання? Визначення Європейської асоціації раннього втручання Eurlyaid (1993): «Раннє втручання являє собою всі види заходів, орієнтованих на розвиток дитини, а також на супровід батьків, які здійснюються безпосередньо і негайно після визначення стану та рівня розвитку дитини. Раннє втручання спрямоване як на дитину, так і на батьків, сім'ю та її соціальне оточення».

Російська асоціація раннього втручання в Стандартих вимогах до організації діяльності служби раннього втручання (2012), розроблених спільно з Європейською асоціацією з раннього втручання, визначає раннє втручання як «систему різних заходів, спрямованих на розвиток дітей раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком появи таких порушень, і заходів, орієнтованих на підтримку батьків».

На мій погляд, витоки цієї системи в країні починаються в малопотужних, поодиноких сьогодні центрах (кабінетах) катамнезу, які створюються в мережі перинатальних центрів (ПЦ) III рівня, яких побудовано в Україні лише 12. Проте почати спостереження в таких центрах (кабінетах) катамнезу зможуть тільки ті діти, які були народжені саме в ПЦ.

Дискусії, що точаться з приводу функцій таких центрів (кабінетів) катамнезу, в основному пов'язані з тим обсягом реабілітаційних послуг, які хотілося б надавати в них дітям. Центр (кабінет) катамнезу не

повинен надавати широкий спектр реабілітаційних послуг, ці заходи слід усе ж таки переносити в спеціалізовані реабілітаційні центри, і значну роль повинна відігравати мережа центрів раннього втручання, про які йтиметься нижче.

Склад персоналу центру (кабінету) катамнезу у ПЦ: лікар педіатр-неонатолог, дитячий невролог, кінезитерапевт (фізіотерапевт), сурдолог, дитячий офтальмолог, лікар УЗ-діагностики, лікар-функціоналіст, психолог, середній медперсонал.

Завдання такого центру (кабінету) катамнезу полягають у професійному консультуванні, діагностуванні, моніторингу, своєчасному направленні для консультування в інші лікувальні заклади протягом перших двох років дітей із певними проблемами у здоров'ї, які народились у ПЦ.

Для комплексної допомоги таким дітям сьогодні вкрай необхідно не втратити здобутки та напрацювання педіатричної мережі, яка в межах реформування буде сконцентрована на вторинному рівні надання допомоги.

Центри раннього втручання краще за все було б доцільно створити на базі наявних дитячих поліклінік, центрів ПМСД, будинків дитини, консультативно-діагностичних центрів II рівня із розрахунку орієнтовно на 1 на 15 тис. дітей (до 300 дітей 0–3 років обслуговування на рік).

Персонал центру раннього втручання міг би складатись орієнтовно з лікаря-педіатра або невролога дитячого, психолога, спеціального педагога, кінезитерапевта (фізіотерапевта), логопеда, середнього медперсоналу.

Які саме діти можуть входити до цільової групи і які критерії включення в програми раннього втручання? Передусім це діти від 0 до 3 років із порушеннями розвитку, відставанням або високим ризиком відставання в таких сферах:

- велика та тонка моторика, сенсорне сприйняття, когнітивна, комунікативна, адаптивна поведінка (навички самообслуговування та соціальні навички);

- генетичні порушення (синдром Дауна тощо);

- рухові порушення при різних неврологічних захворюваннях (ДЦП, нейром'язові захворювання тощо);

- стани після травм та оперативних втручань; множинні порушення;

- порушення аутистичного спектра;

- сенсорні порушення;

- недоношені, екстремально низька маса тіла при народженні тощо;

- діти, які мають виявлене відставання в розвитку;

- діти з соціально дезадаптованих сімей.

На жаль, сьогодні таким дітям приділяється мало уваги як через недостатність кваліфікації лікарів, так і через відсутність кадрів у мережі первинної медико-санітарної допомоги. Особливо це стосується сільського населення, населення маленьких міст та містечок.

Цілі і завдання системи раннього втручання, починаючи з центрів (кабінетів) катамнезу:

— раннє виявлення порушень та своєчасне направлення до необхідних фахівців на консультування;

— забезпечення послуг міжсекторальних (медичних, соціальних, психологічних, педагогічних) для уникнення затримки розвитку або мінімізація цієї затримки, у тому числі спостереження в домашніх умовах;

— надання допомоги батькам для їх адаптації та створення оптимальних умов для розвитку та навчання дитини;

— формування та розвиток здатності до самостійного життя в суспільстві;

— підвищення рівня компетентності батьків та інших членів сім'ї;

— сприяння соціальній інтеграції сім'ї й дитини;

— запобігання інституціоналізації дитини.

Раннє втручання дозволяє зекономити кошти на лікування, спеціалізовані програми та послуги, а також збільшити надалі продуктивність в дорослому віці, за розрахунками Varet (2000) в США, від 30 до 100 тис. дол. США на дитину.

Сьогодні створення додаткових елементів системи реабілітації потребує ресурсів, як фінансових, так і кадрових, значного посилення нормативно-правового регулювання створення системи реабілітаційних послуг для дітей, впровадження міждисциплінарного підходу, переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності. Затримка в цій роботі і надалі залишає дітей раннього віку без достатньо ефективних програм реабілітації, сталого моніторингу за їх виконанням, а також не використовується для відновлення здоров'я найбільш важливий для розвитку дитини ранній віковий період.

Висновки. Таким чином, сьогодні в Україні існує потреба в суттєвому реформуванні мережі надання реабілітаційних послуг для дітей раннього віку з обмеженнями життєдіяльності. Така система повинна бути суттєво розширена, починаючи від центрів (кабінетів) катамнезу у перинатальних центрах до центрів раннього втручання, які треба формувати на принципах доступності (загальна, територіальна, фінансова), міждисциплінарності, різноманітності програм і послуг; сімейної центрованості; надання послуг, які охоплюють всі сторони життя дитини.

УДК 616.899-053.1-53.2-036.81+614.2:616.8-036.81

ПОРОШИНА Е.В., ЕВДУЩЕНКО Т.Г., ЕВТУШЕНКО О.С., ЯНОВСКАЯ Н.В.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДАУНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Актуальность. Синдром Дауна — это врожденное нарушение развития, проявляющееся преимущественно умственной отсталостью, нарушением развития костной системы и другими физическими аномалиями.

Последние научные работы опровергают многие сделанные ранее заключения, в том числе утверждение, что дети с синдромом Дауна обычно имеют сильно выраженное или глубокое отставание в умственном развитии. Интеллектуальную деятельность некоторых детей можно назвать пограничной или находящейся в пределах между низкой и средней, и только совсем немногие дети имеют сильно выраженную задержку интеллектуального развития.

Материалы и методы. В течение 3 лет увеличилось число детей с синдромом Дауна, прошедших лечение в центре реабилитации: в 2011 году — 9 детей, в 2012 году — 19 детей, в 2013 году — 20 детей. Это дети в возрасте от 1 до 15 лет.

Все дети осматриваются педиатром, неврологом, психиатром, психологом и логопедом. Дополнительно консультируются окулистом и сурдологом (т.к. часто встречаются сопутствующие нарушения зрения и слуха).

С раннего возраста моторные и речевые функции развиваются с задержкой: держать голову начинают с 4–5 мес., сидеть — с 8–9 мес., ходить — к 2 годам. Первые слова появляются к 2 годам, фразовая речь — к 4 годам.

Интеллектуальное недоразвитие имеет специфические особенности: мышление тугоподвижно, но развивается благодаря способности к подражанию. Характерна большая сохранность эмоциональных и личностных проявлений, благодаря этому дети хорошо адаптируются в семье и обществе.

Состояние речевой функции мы оцениваем согласно балльной шкале, включающей такие показатели, как степень выраженности алалии, моторной афазии, апраксии, состояние тонуса артикуляционной мускулатуры, объем активных движений языка. У детей дошкольного возраста определяем уровень интеллектуального развития с применением теста прогрессивных матриц по Равену. Оценивается от 0 до 2 баллов. Детей школьного возраста оцениваем по шкале Векслера: 6 вербальным и 5 невербальным субтестам: осуществление простых обобщений, конкретизация понятий, нахождение общего, определение понятий, подбор противоположностей, нахождение лишнего понятия (определение интеллектуального индекса — IQ 0–100 баллов). Уровень социальной адаптации определяем для решения вопроса о возможности и форме обучения.

Клинико-инструментальное обследование включает: УЗДГ головного мозга и шеи (специфическая патология сосудов), ЭЭК (функциональная незрелость мозга: увеличено количество медленных колебаний, не оформлен альфа-ритм, отмечается низкая реактивность электрических потенциалов мозга на внешние раздражения), ЭМГ, МРТ головного мозга (недоразвитие лобных долей, ствола и мозжечка), ЭКГ, ЭхоКГ (врожденные пороки сердца).

В центре проводится комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий:

1. Различные виды рефлексотерапевтического воздействия: скальп-терапия на 1-ю и 2-ю зоны речи и аф-