

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

С.Р. Толмачёва, А.М. Коломиец

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

Представлены данные о последствиях болезней у 110 детей-инвалидов с заболеваниями органов кровообращения и 115 – ревматоидным артритом. Установлено, что ведущими являются висцеральные, метаболические, двигательные и психологические нарушения. Ограничение жизнедеятельности у детей характеризуется снижением способности передвигаться, действовать руками и владеть телом при выполнении повседневных бытовых задач. Социальная недостаточность у них связана с ограничением физической независимости, мобильности и способности к получению образования. Деадаптированность к внешнему и внутреннему миру выявлена в 37,6% случаев. Обоснованы подходы к проведению реабилитационных мероприятий на различных уровнях последствий болезни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети-инвалиды, заболевания органов кровообращения, ревматоидный артрит, нарушения, ограничение жизнедеятельности, социальная недостаточность

В настоящее время болезням органов кровообращения и ревматическим заболеваниям принадлежит важное медико-социальное значение. Это связано с широкой распространенностью данной патологии, хроническим характером течения заболеваний, ранней инвалидизацией лиц молодого трудоспособного возраста, высокой летальностью, а также значительными экономическими затратами на лечение и реабилитацию этой категории больных [1,2].

Последствием врожденной либо приобретенной хронической патологии у детей является возникновение различного рода нарушений (недостатков), приводящих к снижению или ограничению тех или иных форм жизнедеятельности, свойственной возрасту ребенка, а в наиболее тяжелых случаях – к социальной дезадаптации [3].

В Украине до 1991 года инвалидность рассматривали как стойкую утрату трудоспособности, поэтому статистические показатели разрабатывались на 10 тыс. работающих, и эти данные не публиковались в открытой печати. С 1992 года показатели инвалидности разрабатываются отдельно для детского и взрослого населения [4].

По данным ВОЗ инвалиды составляют 10% всего населения планеты. В Украине зарегистрировано 2,57 млн. инвалидов, это – 5,24% от общей численности населения страны. Среди них инвалидов с детства 315,7 тыс., в том числе детей-инвалидов (Д-И) в возрасте до 16 лет -152,9 тыс. [5].

Вопросы экспертизы детской инвалидности приобрели особый государственный статус с 1991 года.

Положения Международной номенклатуры нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности нашли свое отражение в Приказе министерств охраны здоровья, труда и социальной полити-

ки, финансов Украины № 454/471/516 от 08.11.2001 г. “Об утверждении Перечня медицинских показаний, которые дают право на получение государственной социальной помощи детям-инвалидам в возрасте до 16 лет” [6]. При этом учитывается характер и прогноз течения основного заболевания, последствия которого явились причиной инвалидности ребенка, характер и степень тяжести ограничений жизнедеятельности, свойственные возрасту ребенка, состояние компенсаторных механизмов, направленных на восстановление нарушенных функций, возможность социальной адаптации и удовлетворение потребности в различных видах и формах медико-социальной помощи.

Юридическое оформление инвалидности означает не только приобретение законного права на получение социальных пособий и льгот, но и предоставление ребенку-инвалиду и его семье медицинской, образовательной, социальной и правовой помощи от государства.

Инвалидность у детей принципиально отличается от инвалидности взрослого населения. П.В. Юрьев (1993) определяет инвалидность у взрослых как «стойкое нарушение трудоспособности или ее ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием» [7]. Инвалидность у детей – это значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению и трудовой деятельности в будущем. Это определение построено на современной концепции ВОЗ, полагающей, что поводом для установления инвалидности является не сама болезнь или травма, а их последствия.

Для назревшей оптимизации медико-социальной помощи необходимо располагать сведениями об основных компонентах последствий болезни, проявление которых обуславливают проблемы и потребности Д-И и их семей.

Нарушения, затрагивающие функции отдельных частей организма, -это идеализированное понятие при хронических соматических заболеваниях. Обычным для организма являются сложные интегрированные виды патологии, соматопсихические состояния как последствия различных нарушений.

У детей с патологией органов кровообращения и ревматическими заболеваниями происходят сложные висцеральные и метаболические нарушения, расстройства питания, двигательные, психологические и уродующие нарушения, которые формируют различные ограничения жизнедеятельности [8, 9]. Это снижение способности передвигаться, действовать руками, владеть телом при решении некоторых бытовых задач, ухаживать за собой и общаться с окружающими. Социальная недостаточность детей может быть обусловлена, в значительной мере, ограничениями физической независимости, получении образования и способности к интеграции в общество.

А.А. Дыскин отмечает, что характер и степень социальной недостаточности существенным образом отличаются в ясельном, дошкольном, младшем и старшем школьном возрасте [10].

Огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребенка имеет его семья. Наличие инвалида в семье является фактором высокого социального риска и предопределяет его замкнутость, нарушение процесса адаптации и дальнейшей интеграции в общество [11].

Исследование заболеваемости Д-И не имеет полноценной картины без углубленного изучения важнейших характеристик основного заболевания и его последствий для жизнедеятельности ребенка.

Для детей с болезнями определенного класса свойственны конкретные виды нарушений и ограничений жизнедеятельности, которым необходимы и различные формы реабилитационных мероприятий. Известно, что наиболее тяжелым для реабилитации контингентом являются больные с висцеральной и метаболической патологией. Это, в основном, дети с болезнями органов кровообращения, ревматическими заболеваниями, бронхиальной астмой, сахарным диабетом и т.д.

В настоящее время практически отсутствуют работы, посвященные изучению по-

следствий болезней у детей с патологией сердечно-сосудистой системы и ревматическими заболеваниями. Это и определило необходимость выполнения данной работы.

Цель работы – дать характеристику последствиям болезней детей-инвалидов с заболеваниями органов кровообращения и ревматоидным артритом.

Работа является фрагментом НИР «Принципы реабилитации детей-инвалидов с соматической патологией и детей с ограниченными физическими и умственными возможностями» (№ гос.регистрации 0197U015092).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В условиях кардиоревматологического отделения Института охраны здоровья детей и подростков АМН Украины проведено комплексное клинко-психологическое обследование 110 Д-И с заболеваниями органов кровообращения (врожденные пороки сердца, сложные нарушения ритма, кардиомиопатии) и 115 – ревматоидным артритом (РА) в возрасте 5-18 лет.

Для оценки последствий болезней сердечно-сосудистой системы и ревматоидного артрита у Д-И использовали Международную номенклатуру нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (1994).

Уровень эмоционального стресса определяли по данным теста Люшера, а уровень адаптированности к внешнему и внутреннему миру – А.Фурмана.

Статистическая обработка полученных результатов произведена на персональном компьютере IBM PC. Использована программа Statgraphics plus 2.1 для Windows. Достоверность результатов оценивалась с помощью параметрических (Стьюдента) методов; для выявления характера взаимосвязи между показателями использовался метод рангового корреляционного анализа Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У Д-И с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и РА выявлены различные соматопсихические расстройства, степень выраженности которых была связана с тяжестью патологии. Так, если у больных с заболеваниями органов кровообращения тяжесть патологии зависела от наличия хронической сердечной недостаточности, то у Д-И с РА - степени активности иммунопатологического процесса, стадии рентгенологических изменений суставов, выраженности метаболических нарушений в соединительной, мышечной и костной тканях. И в обеих группах от психологического состояния ребенка и се-

ми, в которой он воспитывается.

Практически у всех обследованных (90,0%) установлены различные изменения со стороны нервной системы – от неспецифических астенических проявлений до очерченных психопатологических синдромов. Функциональные нарушения органов пищеварения встречались в 31,9% случаев, дыхания – 17,8%, мочевыделительной системы – 2,1% случаев у Д-И с патологией сердечно-сосудистой системы. У 52,3% обследованных с РА выявлены нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, 11,5% – органов дыхания и 5,3% – мочевыделительной системы. Активность воспалительного процесса у больных с РА коррелировала с рентгенологической стадией ($r=0,39$), нарушением функции суставов ($r=0,34$) и социальной недостаточностью ($r=0,31$).

Следовательно при заболеваниях органов кровообращения ведущее место принадлежит висцеральным и метаболическим нарушениям, а при РА – двигательным и метаболическим.

Ограничение жизнедеятельности соотносится со способностями в виде сложных действий и форм поведения, которые обычно представляются необходимым компонентом повседневной жизни. Всем больным с РА наиболее характерно снижение способности действовать руками (держат, поднимать, доставать, одеваться и т.д.), передвигаться (ходить, преодолевать препятствия или подниматься по лестнице, бегать, вставать на колени или низко нагибаться, поддерживать позу, управлять положением тела), владеть телом при решении повседневных бытовых задач (пользоваться транспортом, вести независимое существование, выполнять повседневные домашние дела) и снижение способности ухаживать за собой (соблюдать личную гигиену). А Д-И с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – снижение способности передвигаться, владеть телом при решении повседневных бытовых задач и адекватно вести себя (снижение способности к обучению, профессиональной подготовке или другому приобретению знаний). При установлении наличия и характера ограничения жизнедеятельности требуется определить может ли быть выполнено определенное действие.

Кроме того, необходима оценка тяжести ограничения жизнедеятельности (отсутствие ограничений, трудности в деятельности, деятельность при содействии других, зависимость деятельность и полная неспособность). 1/3 обследованных Д-И нуждаются в содействии другого лица в выполнении повседневных бытовых проблем.

Нарушения и ограничение жизнедеятельности формируют социальную недостаточность. У Д-И обеих групп она связана с ограничением физической независимости, мобильности и способности к получению образования.

Особую значимость имеют вопросы, касающиеся психической дезадаптации Д-И. На развитие и прогрессирование сомато-психических нарушений у детей оказывают влияние уровень эмоционального стресса и неадаптированность к внешнему и внутреннему миру. Установлено, что высокий уровень эмоционального стресса значительно ($p<0,02$) чаще регистрируется у Д-И с РА (42,3%), чем у больных с заболеваниями органов кровообращения (27,5%). Очевидная неадаптированность достоверно ($p<0,001$) чаще встречается в группе детей с РА, чем с патологией сердечно-сосудистой системы (соответственно 62,4% и 39,2%). Дезадаптированность к внешнему и внутреннему миру выявляется с одинаковой частотой в обеих группах обследованных (у 37,6% Д-И с РА и 37,3% – заболеваниями органов кровообращения). Это, как правило, было связано с проблемами в школе и внесемейным окружением.

Следовательно у Д-И с патологией сердечно-сосудистой системы и РА происходят сложные висцеральные, метаболические, двигательные и психологические нарушения, которые приводят к ограничению жизнедеятельности, а в наиболее тяжелых случаях – к социальной недостаточности.

При составлении индивидуальных дифференцированных программ реабилитации необходимо учитывать имеющиеся у больного ребенка нарушения и ограничения жизнедеятельности, а также профиль лечебного учреждения. В программы реабилитации Д-И с хроническими соматическими заболеваниями целесообразно раннее включение

психокорректирующих мероприятий.

Таким образом, увеличение общей численности детей-инвалидов, превалирование в структуре инвалидности категории детей с выраженными нарушениями функций и значительными ограничениями деятельности, требуют коренного пересмотра системы оказания медико-социальной помощи больным с хронической соматической патологией и их семьям, а также совершенствование профилактики детской инвалидности. И это должно быть приоритетным направлением в системе здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. У детей-инвалидов с хроническими со-

матическими заболеваниями выявлены различные соматопсихические нарушения, степень выраженности которых зависела от тяжести патологии.

2. Для больных с заболеваниями органов кровообращения характерны висцеральные, метаболические и психологические нарушения, а для детей с ревматоидным артритом – двигательные, метаболические и психологические.
3. У 37,6% детей-инвалидов установлена дезадаптированность к внешнему и внутреннему миру.

Перспективным исследованием в данном направлении является совершенствование медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с хронической соматической патологией на различных уровнях последствий болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камаев И.А., Позднякова М.А. Детская инвалидность. - Нижний Новгород. - 1999. - 156 с.
2. Коваленко В.М., Дорогой А.П., Корнацкий В.М. и др. // Укр. кардіол. ж. - 2003. - № 6. - С. 9-12.
3. Баранов А.А., Игнатъевна Р.К., Каграманов В.И. // Педиатрия. - 1994. - № 6. - С. 28-32.
4. Топка В.П., Сергиени Е.В., Войтчак Т.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов.- Днепропетровск. - 1994. - Вып. 27. - С. 3-8.
5. Марунич В.В. // Охорона здоров'я України. - 2002. - № 3-4 (6-7). - С.18-24.
6. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: Руководство по классификации болезней и причин инвалидности. - М. - 1994. - 106 с.
7. Юрьев П.В. Здоровье населения и методы его изучения: Уч.-метод. пос. -С.-П. - 1993. - С. 73-79.
8. Геппе Н.А., Шахбазян И.Е., Лыскина Г.Л. // Педиатрия. - 1995. - № 4. - С.102-104.
9. Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Михайлова Э.А., Толмачева С.Р. Инвалидность детей с хронической соматической патологией. - Харьков: Основа. - 2002. - 210 с.
10. Дыскин А.А. // Педиатрия. - 1996. - №5. - С. 83-88.
11. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия: Курс лекций. -С.-П.: Ривьера. - 1996. - 298 с.