

Ерембаева А.А.

**ОЦЕНКА УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ДЦП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

A.A. Ereмбаeva

**EVALUATION OF THE ORGANIZATION OF REHABILITATION SERVICES FOR DISABLED CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

УДК: 616.831-036.865-08-039.76-08

Данная статья посвящена уровню организации реабилитационных услуг для детей-инвалидов с церебральным параличом в Республике Казахстан; болезнь считается основным фактором отключения. Автор попытался объяснить термины "восстановительное лечение" и "реабилитация", обратил внимание на число детских реабилитационных учреждений, заботы и проблемы реабилитации детей с церебральным параличом.

This article is devoted to the level of organization of rehabilitation services for disabled children with cerebral palsy in the Republic of Kazakhstan; the disease is regarded as a major disabling factor. The author tried to explain the terms "restorative treatment" and "rehabilitation", brought attention to the number of children's rehabilitation facilities and concerns and issues of rehabilitation of children with cerebral palsy.

По данным Министерства здравоохранения РК на 01.01.2008 года в Республике насчитывалось 43 472 ребенка-инвалида, т.е. 1,2% от всего детского населения. В Казахстане ежегодно рождаются свыше 300 тысяч детей. Из 1000 родившихся каждый четвертый ребенок имеет ту или иную патологию, что определяет состояние здоровья этих детей в последующие годы и влияет на их дальнейшее психическое и физическое развитие. Кроме того, 5,5% новорож-

денных по тем или иным причинам рождаются недоношенными, среди которых в дальнейшем формируется больший процент детей с различными аномалиями развития и детей с ограниченными возможностями. В целом в год рождаются свыше 4 тыс. детей с подобными патологическими изменениями.

Основной причиной инвалидизации детей является тяжелое поражение центральной и периферической нервной системы (врожденные пороки развития, онкологические заболевания ЦНС, перенесенные нейроинфекции: менингиты, менингоэнцефалиты, полирадикулоневриты и пр., последствия тяжелых черепно-мозговых травм), что нередко приводит к умственной и физической неполноценности. Часть этих детей находится в интернатных учреждениях Министерства труда и социальной защиты.

Согласно ведомственной статистической отчетности МЗ РК, формы №52-здрав, с 2000 года по 2008 год отмечается увеличение числа детей с ДЦП до 16 лет на 343 человека с 8412 до 8755, в среднем на 4%.

Динамика детской инвалидности с ДЦП в возрасте до 16-ти лет в общей структуре детской инвалидности за 2000-2008 годы представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Динамика детской инвалидности с ДЦП в возрасте до 16-ти лет в общей структуре детской инвалидности за 2000-2008 годы**

№	Годы	Всего детей инвалидов (абс)	Из них с невр. заболевл. (абс)	Из них с невр. заболевл. %	Всего С ДЦП (дбс)	с ДЦП из числа инвалидов с неврол. заболевл. %
1	2000	43393	13554	31,2	8412	62,1
2	2001	44666	13997	31,3	8455	60,4
3	2002	45131	14236	31,5	8539	60,0
4	2003	46779	14655	31,3	8742	59,6
5	2004	42996	13859	32,2	8286	59,8
6	2005	44965	14538	32,3	8383	57,6
7	2006	45230	14389	31,8	8282	57,5
8	2007	43472	14283	32,8	8301	58,1
9	2008	44574	14942	33,5	8755	58,6

Из таблицы, следует, что в общей структуре детской инвалидности 1/3 (31-33,5%) составляют больные с неврологическими заболеваниями, из них на долю ДЦП приходится более половины случаев (57,5-62,1%).

К примеру, по данным Р.Г. Юрьевой в структуре детской инвалидности Санкт-Петербурга с 2000 по 2006 гг. первое-второе место занимали болезни нерв-

ной системы (18,9-27,0%), что ниже наших данных. Доля ДЦП в общей структуре детской инвалидности составила 19,4-19,6%.

Таким образом, ДЦП является тяжелым инвалидизирующим и распространенным заболеванием, составляющим основной процент всех неврологических заболеваний детского возраста.

Лечебно-реабилитационная помощь этой категории пациентов, в основном оказывается в условиях

стационаров и поликлиник. Первые реабилитационные учреждения в республике стали появляться 15 лет назад, с начала 90-х годов прошлого столетия, которые размещались в нетиповых, приспособленных помещениях, без соответствующего оборудования и подготовки специалистов. За последнее десятилетие стали открываться новые центры реабилитации в различных ведомствах, как в государственном, так и негосударственном секторах. В 2007 году в перечень специальностей был включен врач-реабилитолог.

Вместе с тем, имеется ряд проблем в организации службы реабилитологии. До сих пор имеет место терминологическая путаница и неверное толкование значения "восстановительное лечение" и "реабилитация". В связи с этим хотелось отметить, что восстановительное лечение направлено на восстановление нарушенных функций, а комплексная реабилитация - на восстановление личности и ее полноценной жизни в условиях повседневной деятельности.

В Республике Казахстан имеются 23 различных учреждений, с разной ведомственной принадлежностью, занимающихся реабилитацией детей.

Из общего числа представленных организаций - 11 учреждений (47,8%) находятся в ведомстве здравоохранения, в 5 частных центрах (22,7%) департаменты здравоохранения размещают государственные заказы на осуществление реабилитационной помощи.

Из 11 учреждений здравоохранения - 6 (54,5%) имеют статус реабилитационного центра, самостоятельного юридического лица, а остальные 5 в городах Кызылорда, Уральск, Петропавловск, всего лишь - реабилитационные отделения в составе стационаров или поликлиник, при этом только в два отделения госпитализируются больные с неврологической патологией, в другие 3 - дети с разными соматическими заболеваниями.

Психо-неврологический профиль отмечен у 4-х центров из 6, 2 других - общесоматических центра, в составе которых, имеется небольшое количество неврологических коек, где получают лечение дети с неглубокой патологией.

В городах Костанай, Джезказган, вовсе отсутствуют подобные учреждения.

Таким образом, в системе здравоохранения нейрореабилитацией занимаются только 4 центра, что составляет 36,4%.

Прежде всего необходимо формирование толерантного отношения в обществе к детям с ограниченными возможностями. От позитивного отношения родителей и общественности зависит и реабилитация. Основными принципами являются адаптация больных к жизни, своевременность. Взаимосвязанность, непрерывность реабилитационных мероприятий. Этапность социальной и медицинской помощи больным в зависимости от возраста: специализированный ясли-сад, школа-интернат, профессионально техническое училище, техникум.

Медицинская реабилитация включает: своевременные и достаточные лечебно-восстано-

вительные мероприятия, проводимые с учетом возраста больного. Особое значение имеет разумное сочетание консервативного и оперативного лечения. Оперативное лечение осуществляется с целью предупреждения и коррекции стойких контрактур и деформаций. Эффективное рациональное протезирование больных.

Все инвалиды в РК охвачены гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи. При этом необходимо отметить, что объем бесплатной гарантированной помощи растет ежегодно. Так, расходы на охрану материнства и детства за последние 5 лет возросли более чем в 5 раз, с 8576099 в 2003 году до 45176606 в 2007 году.

Раннее развитие трудовых навыков с учетом ограничений, обусловленных характером дефекта. Профорентация и обучение доступным профессиям в зависимости от особенностей и выраженности нарушения функций и их влияние на жизнедеятельность больных.

Считается, что 50-60% больных в позднем резидуальном периоде ДЦП работают или учатся, более 30% могут приобрести специальность, получить высшее образование. Лица с сохранным интеллектом несмотря на выраженные двигательные нарушения могут быть приспособлены к отдельным видам труда в индивидуальных, в частности в домашних условиях.

Специфической терапии ДЦП не существует. И имеющиеся в настоящее время методы лечения не приносят удовлетворения ни медикам, ни пациентам, ни их родителям. По мнению К.А.Семеновой (1999) и других авторов (2005), для больных с резидуальной стадией ДЦП действенных методов реабилитации до настоящего времени предложено недостаточно. Общепринятое лечение зарубежом основывается на кинезотерапии, педагогической коррекции, ортезировании и применении вспомогательных технических средств.

В Республике имеют место дефицит учреждений, занимающихся реабилитацией детей с ограниченными возможностями, слабая материально-техническая база имеющихся центров, а также недостаточный профессионализм специалистов, что в совокупности является одним из факторов, оказывающих отрицательное влияние на состояние здоровья детей и исход заболевания.

#### Литература:

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2005 году. - Статистический сборник МЗ РК. - Астана, 2006. - 257 с.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2007 году. - Статистический сборник МЗ РК. - Астана, 2008. - 312 с.
3. Юрбева Р.Г. Научное обоснование организации восстановительного лечения детей с ограниченными возможностями. - Автореф. дисс. к.м.н. - СПб.- 2007.- 25 с.
4. Попова Т.В. Основные направления совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Казахстан //Consilium для практикующих врачей. - Алматы, 2009. - №1-2(17). - С. 4-6.

5. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции - Москва, "Книжная палата", 1996, 248 С.
6. Балаева JT.C., Лаврентьева Е.Б., Карахан Н.М. Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитационных мероприятий в домах ребенка. - //Вопросы практической педиатрии. - М.: Династия, 2009. - т.4. - №2. - С. 72-76.
7. Белоусова Е.Д. Эпилепсия и спастические формы детского церебрального паралича //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М., 2003. - №2. - С. 32-37.
8. Булекбаева Ш.А "Разработка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий при различных формах ДЦП", диссертация, Астана 2009г
9. Материалы 8 заседания Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве РК от 23.04.2008 г.

**Рецензент: д.м.н., профессор Игисинов Н.С.**

---