

**СЕКЦІА 12. НАУК МЕДИЧНОЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ (МЕДИЦИНСКІЕ НАУКИ)**

*ПОД-СЕКЦІЯ 7. Клиническая медицина.*

**Гера Олег Володимирович**

дитячий невролог, старший ординатор Бориславської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для дітей із порушеннями ОРА

**МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ І ДЦП**

Аномальний розвиток емоційної сфери дітей із ДЦП зумовлений органічним ураженням головного мозку, що призводить до моторних і сенсорних затримок у розвитку, обмеження рухливості та дієвості, порушення соціальних контактів, а також умовами виховання, навчання й оточення, які можуть стати подальшим фактором закріплення негативної емоційно-вольової реакції. Формування позитивної емоційно-вольової реакції є важливим чинником подальшого самовираження особистості, подальшої мотивації до життя, а значить – подолання хвороби. Метою реабілітаційного процесу в БСЗШ є подолання емоційних порушень і корекція психічних розладів у дітей з ДЦП. Наш досвід, як і досвід наших попередників, показує, що при доланні спадкових, хронічних захворювань вагомим критерієм є подолання таких порушень: у пізнавальній сфері, в емоційно-вольовій, особистісній. Чим істотніші розлади в цих сферах, тим менш прогностичним є результат реабілітації. В середньому за 20 останніх років в БСШ на 100 дітей припадає: 50-55% дітей із зниженим інтелектом; 70-80% дітей з неврозами; 10-16% дітей з поведінковими розладами; з порушеннями органів чуттів: зору – 50 – 60%; мови – 50 – 60%; слуху – до 10%. Байдужість дитини до власної долі є показником незначних порушень у пізнавальній сфері, грубих особистісних порушень і є складовою психоорганічного синдрому. Для дітей із ДЦП характерною вадою є незрілість особистості за типом функціональної й органічної інфантильності з розвитком в подальшому наступних психічних порушень: церебрастенії, психоастенії, психопатії, які в подальшому знаходять своє відображення в жестах, поведінці, поставі, соціальному розвитку, самообслуговуванні.

Порушення емоцій є одним із проявів невротичної реакції. Неврози – хронічні функціональні розлади нервової системи, зумовлені неузгодженістю: систем (як міжсистемне порушення – порушення фізіологічного відновлення між емоціями, вегетативною, моторною та іншими системами); компонентів систем (як внутрішньосистемне порушення – між симпатичною та парасимпатичною, синхронізуючою та де синхронізуючою НС); півкуль (як міжпівкулеве порушення).

Тому в основу корекції емоційних порушень, які завжди були виразником ступеню важкості хронічного процесу в БСШ з 1998 року, було віддано пріоритети психосоматичному підходу до ведення хронічно хворої дитини. Психофармакологія базувалася на неврологічних дослідженнях стану вегетативної нервової системи, стану мікроциркуляторного руслу, математичного моделювання реабілітаційного процесу впродовж року та реакції на додаткові зміни у дитини в ході самого

процесу фізіології вікового розвитку дитини та особливостях патофізіологічних порушень, на важкості порушень основного захворювання та ступені супутніх порушень. Із врахуванням вище вказаного було сформовано стандарт етапності проведення впродовж року фармакологічної корекції для утримування стабільної працездатності, а для збереження стабільного психічного й емоційного стану дитини – медикаментозна корекція проводилася за місяць до кризових періодів дитини, що давало змогу знизити афективні розлади у дітей і використовувати середні дози препаратів, уникати додаткової госпіталізації в психоневрологічні відділення м. Львова.

Причини невротичних розладів у дітей із ДЦП можна диференціювати на: а) функціональні (перенапруження збудження, перенапруження гальмування, перенапруження рухливості нервових процесів); б) органічні; в) дисгормональні.

Суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм навчального процесу та відпочинку, режимні норми дня, збереження однієї години денного сну після обіду для дітей молодшої школи, спеціально розроблений режим рухової активності впродовж тижня, місяця, року, ортопедичний диференцьований режим навантажень, врегульований режим корекційних занять і самопідготовки в день, дві з половиною години медичних процедур у другій половині дня – все це дало змогу до мінімуму звести суб'єктивні фактори, які могли б зашкодити здоров'ю дитини.

Основні напрямки роботи медичного відділення спецшколи, спрямованої на подолання емоційних розладів у дітей з ДЦП та порушеннями опорно-рухового апарату, наступні: етико-деонтологічні засади медичної реабілітації дітей із ДЦП; психогігієна і психопрофілактика в системі медичної реабілітації дітей із ДЦП; фізична реабілітація дітей із ДЦП, що мають емоційні порушення; корекція мовних порушень і вад основних аналізаторів (органів чуття: зору, слуху); клінічна терапія емоційних порушень; параклінічні методи контролю за станом здоров'я дітей із порушеннями ОРА і ДЦП.

*Етико-деонтологічні засади медичної реабілітації дітей із ДЦП.* Основою успішної реабілітації є її комплексність – спільність мети і єдиноспрямованість зусиль усіх учасників реабілітаційного процесу: медиків, педагогів, психологів, соціальних працівників, батьків тощо. Зasadничо важливим принципом спільної роботи є забезпечення емоційної рівноваги, котра ґрунтується на особливостях ставлення в системі «учень-медпрацівник». Отже, деонтологія виступає підґрунтям успішної медичної реабілітації.

*Психогігієна і психопрофілактика в системі медичної реабілітації дітей із ДЦП.* Ці галузі психіатрії забезпечують гармонійний розвиток особистості та визначають умови для повного прояву її позитивних властивостей у всіх сферах діяльності. Основним завданням психогігієни є вивчення умов життя (включаючи зовнішнє середовище та конкретні соціальні умови) людини з метою виявлення факторів, які позитивно чи негативно впливають на психічне здоров'я, і розробку на цій основі рекомендацій та нормативів: психогігієнічних умов праці, побуту, відпочинку; психогігієнічного виховання, психічного розвитку, укріплення та збереження психічного здоров'я.

Чим визначаються психогігієнічні заходи? По-перше, віковими особливостями. По-друге, індивідуально-типологічними властивостями дітей

(темпераментом, характером, здібностями, гендерними характеристиками). По-третє, характером трудової та навчальної діяльності. По-четверте, міжперсональними стосунками (внутрішньосімейними, виробничими, соціальними тощо).

Психопрофілактика забезпечує попередження переходу емоційних захворювань у хронічну форму. Саме соціально-трудова реабілітація є невід'ємною складовою психопрофілактики. Загалом, психопрофілактику можна диференціювати на первинну, вторинну і третинну. Первинна психопрофілактика забезпечує попередження появи психічної хвороби чи формування дисгармонічної структури особистості. Основними заходами її є такі: первинна провізорна профілактика (охорона здоров'я наступних поколінь, оздоровлення побуту, праці, життя, створення умов для формування здорової сім'ї та вдосконалення виховання); первинна генетична профілактика (науковий прогноз можливих наслідків спадкових психічних захворювань для психічного здоров'я наступних поколінь; оздоровлення спадковості без шкоди і дискримінації особи; медико-генетичні консультації); первинна ембріологічна профілактика (оздоровлення жінки; гігієна шлюбу і зачаття, гігієна вагітності, охорона процесу запліднення та виключення потенційно небезпечних шкідливих факторів); первинна постнатальна профілактика (раннє виявлення вад розвитку в новонароджених, своєчасна корекція і забезпечення поетапного розвитку дитини, підлітка, юнака).

Вторинна профілактика спрямована на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного захворювання. Вона включає такі заходи: ранню діагностику, прогноз та попередження небезпечних для життя хворого станів; ранній початок лікувально-корегуючих заходів, швидке досягнення максимально повної ремісії або повної редукції хвороби; виключення можливості рецидивного перебігу; довготривалу підтримувальну корекцію психіки хворого після хвороби або в період ремісії.

Третинна профілактика спрямована на попередження психічної інвалідації при затяжному, хронічному перебігу хвороби. При цьому застосовують медикаментозні й коригувальні методи терапії для переривання хронічного перебігу хвороби, покращення умов життя і побуту хворих, систематичного проведення заходів реадптації та активного праце- і побутовлаштування в період ремісії.

*Фізична реабілітація дітей із ДЦП, що мають емоційні порушення.* Фізкультура, ЛФК, механотерапія, гімнастика, ігрова терапія складають систему фізичної реабілітації в нашому закладі. Вона сприяє розвитку рухових можливостей, стабілізації емоційної сфери, підвищенню інтелектуальних і комунікативних функцій. Ці складові фізичної реабілітації вдосконалюють наявні та формують нові моторні функції, форми пересування й засвоєння важливих для щоденного життя навичок. Фізична реабілітація будується на основі класичних методик кінезотерапії з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Запорукою її ефективності є дотримання потрібного рухового режиму, фізичних навантажень, відпочинку відповідно до конституційних можливостей дитини і важкості захворювання.

*Корекція інтелектуальних, мовних порушень і вад основних аналізаторів (органів чуття – зору, слуху).* Виходячи із системного бачення психосоматичного функціонування людини, медична реабілітація ґрунтується на взаємозалежності усіх сфер психічної діяльності. Одним із засобів виступає сенсорна корекція (сенсорна

кімната), комп'ютерні програми розвивального і навчального характеру (для розвитку дрібної моторики і об'єму рухів у вражених кінцівках, корекції зору і мови, слуху).

*Клінічна терапія емоційних порушень.* Наш досвід показує, що у випадках, коли під час соціальної кризи (наприклад, 1995-1996 рр.) припинялося на один рік медикаментозне фінансування, то впродовж наступних трьох років (1997-1999) епідемії дитячих інфекційних захворювань тривали до шести місяців у році і в ці роки фінансові витрати на медикаменти в чотири рази перевищили потреби на лікування. З 2002 року при наявності профілактичного лікування «весна – осінь» епідемічні спалахи не перевищували одного місяця в рік, а з 2005 року, коли була в повній мірі реалізована програма профілактичних заходів, захворюваність дітей знизилася в чотири рази, епідспалахи стали рідкісним явищем з коротким терміном і легкими наслідками, що, загалом, вплинуло на зменшення астеничних проявів у учнів і дало змогу скерувати результати реабілітаційного процесу на зростання фізичного потенціалу у дітей, про що свідчать результати функціональних проб в останні три роки.

В 2010 - 2012 роках ефективність реабілітації сягнула 92-95%:

**Результати лікування дітей з нічним енурезом у 2010-2012 роках**

Рік	Кількість дітей	Добрий результат	Задовільний результат	Незадовільний результат
2010	10	7	3	0
2011	10	7	3	0
2012	11	7	4	0

**Результати реабілітації дітей з неврозами та межовими станами у 2010-2012 роках**

Рік	Кількість дітей	Добрий результат	Задовільний результат	Незадовільний результат
2010	68	50	10	1
2011	72	60	10	2
2012	60	50	10	0

Медична реабілітація емоційних розладів у дітей з опорно-руховими порушеннями в БСШ сприяла наступним результатам: 1. Зниженню соматичних захворювань з 2002-2012.в порівнянні з 90 роками в 4-и рази і, відповідно, зниженню астеничних розладів у дітей з порушеннями ОРА. 2. Підвищенню фізичного рівня і активності учнів, рухливості, виносливості, підвищенню компенсаторних можливостей дітей (стійкості до хворіб, зниженню ускладнень від захворювань і важких їх перебігів, зменшенню скерування дітей на стацікування в медичні заклади області). 3. Зниженню інвазивних і збільшенню консервативних методик в реабілітації дітей з ДЦП. 4. Покращенню функцій хворих органів чуттів. 5. Підвищенню рівня самообслуговування, культурно-етичного розвитку, соціальної адаптації, активної позиції у самоактуалізації. 6. Корекції поведінкових розладів у дітей середніми і малими дозами психотропних препаратів, зниженню до мінімуму

ізоляції в психоневрологічних відділеннях. 7. Збереженню постійно поступальної динаміки впродовж навчального року, яка об'єктивно підтверджена параклінічними методами, ефективністю близько 90%. 8. Коротким термінам дезадаптації дітей від одного до двох місяців, а не до шести місяців, як було в 1990-их роках.

Загалом, у спецшколі відпрацьована оптимальна матеріально-технічна база для медичної реабілітації та діагностична параклінічна база для контролю за станом здоров'я дітей, штат медперсоналу, методики реабілітації та способи їх реалізації. Рационально опрацьований також режим корекційної і навчальної роботи, фізичної активності, праці та відпочинку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, що мають емоційно-вольові розлади. Для корекції емоційних розладів було оптимізовано вже перевірені методи, які стали базовими в подоланні емоційних і рухових розладів у процесі реадaptaції дітей із порушеннями ОРА і ДЦП, що покращило психічний статус дітей із комбінованими розладами та в осіб зі зниженим інтелектом і невротичними розладами в період пубертату.

На сучасному етапі виникає потреба оновлення арсеналу психотерапевтичних методів подолання емоційних порушень, особливо загострюваних за умов підвищеної стресогенності історико-суспільного техногенного буття загалом і за умов закритого психо-соціального простору спецшколи зокрема.