

ВОЗМОЖНОСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Ракова С.Н., Гринюк К.И., Милюк Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Стойкое нарушение слуха у детей - это серьезная проблема. Согласно статистическим исследованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) снижение слуха встречается у 1-2% детей, их них 0,02% составляют дети с нейросенсорной тугоухостью тяжелой степени. Это объясняется тем, что число детей с тугоухостью и глухотой не снижается, а многие факторы, воздействующие на орган слуха растущего организма ребенка, приобретают в современных условиях все большее значение.

Дети с стойким нарушением слуха нуждаются в ранней диагностике что, позволяют в настоящее время провести эффективные, современные методы лечения и реабилитации. Глухой ребенок - это не только медицинская, но и социальная проблема воспитания, образования и адаптации пациента в сложных современных условиях. Снижение слуха в возрасте до 2-3-х лет часто приводит к задержке не только речевого развития, но и оказывает неблагоприятное воздействие на интеллектуальное и психомоторное развитие ребенка, что затрудняет его общение с окружающими и изолирует его от общества.

Цель. Оценить социальную адаптацию детей после хирургического лечения, у разных по возрасту детей (по материалам амбулаторных карт и историй болезни УЗ»ГУК» г. Гродно).

Методы исследования. Нами проведен анализ 288 медицинской документации (амбулаторные карты, карты стационарного пациента) пациентов с нейросенсорной тугоухостью, которые состоят на диспансерном учете у сурдолога. На базе поликлиники УЗ «ГУК» г. Гродно.

Результаты и их обсуждение. Выделена основная группа детей в возрасте от 0 до 5ти лет .

Данная группадетей является самой значимой, так как при своевременном и правильном лечении есть большая вероятность, что ребенок будет правильно развиваться и не отставать от сверстников,ходить в общеобразовательную школу, полноценно находиться в социуме.

По данным амбулаторных карт УЗ «ГУК» составлены таблицы.

Таблица 1. – Лечение детей в зависимости от степени заболевания.

| Степень нейросенсорной тугоухости | 1 ст | 2ст | 3ст | 4 ст |
|-------------------------------------|------|-----|-----|------|
| общее количество больных | 4 | 3 | 8 | 20 |
| наблюдение | 3 | | | 3 |
| наблюдение + консервативное лечение | 1 | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|---|
| консервативное лечение + СА | | 3 | 6 | 5 |
| СА ,отказ от КИ | | | 1 | 8 |
| СА,кандидат на КИ | | | 1 | 1 |
| Нуждается в слухопротезировании | | | | 3 |

Из таблицы выделим следующее:

- Количество детей с слуховым аппаратом - 14, что составляет 40% из данной выборки.
- Количество детей, которым применяют схему СА + КИ – 2, что составило 6%.
- Количество детей, чьи семьи отказались от проведения КИ – 9, что составило 26%.

Таблица 2. – Зависимость места обучения детей от возраста выполнения КИ

| Место обучения | Дети оперированные до 3х лет | Дети оперированные от 3 до 5 | Дети оперированные после 5ти |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Массовая школа | 11 | 6 | 4 |
| Массовая школа ,специализированный класс | 5 | 2 | |
| Специализированная школа | 1 | 4 | 3 |
| Массовый дет сад | 6 | | |
| Специализированный дет сад | 2 | 1 | |

Выводы. По полученным данным из приведенных выше таблиц можно сделать следующий вывод. У детей с нейросенсорной тугоухостью 3-й и 4-ой степени, резистентных к консервативному лечению и тенденцией к дальнейшему снижению слуха, необходимо как можно раньше провести хирургическое лечение, а именно КИ, так как в отличии от взрослых нервная система детей более пластичная и возможна полная социальная адаптация, в результате это поможет ребёнку быть полноценным в обществе и избежать инвалидности. При современном и правильном подходе к лечению, соблюдении всех рекомендаций наблюдается нормальное развитие речи, что позволяет ребёнку пойти в общеобразовательную школу. При анализе амбулаторных карт детей г. Гродно, можно сказать следующие:

- Ранняя кохлеарная имплантация детей (до 3-х лет), дает возможность детям развиваться и не отличаться от сверстников.
- При возможности проведения КИ у детей, которым было проведено слухопротезирование и второе ухо глухое, необходимо использовать схему СА+КИ. Это дает стереослух и как следствие лучшую адаптацию в речеговорящей среде.
- Рост детей с проведенной кохлеарной имплантацией, увеличивает количество пациентов, которые вернулись в речеговорящую среду, что уменьшает инвалидизацию от данной патологии и это оказывает положительные экономический эффект .

Отдельную социальную проблему составляют семьи, которые отказываются от проведения КИ. По статистике большую часть из них, представляют глухонемые семьи, которые не хотят, чтобы их дети слышали тем самым нарушая права ребенка, так как каждый ребёнок имеет право на слух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушением слуха: Методическое пособие [Текст] / Т.В. Николаева. – М.:Издательство «Экзамен», 2006. – 112 с.
2. Парсонс Т. Система современных обществ [Текст] / Т. Парсонс/ Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева // Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998. –270 с.
3. Плуталова Л.Л. Кохлеарная имплантация в реабилитации лиц с нарушениями слуха. Сурдопедагогика [Текст] / Л.Л. Плуталова / под ред. Е.Г. Речицкой. – М., 2004. – 400 с.
4. Пудов В.И., Ланцов А.А., Королева И.В., Реабилитация и оценка слухоречевого развития детей с кохлеарными имплантами [Текст] / А.А. Ланцов, И.В. Королева, В.И. Пудов
5. О.Г. Хоров и авт., Ранняя диагностика, лечение и реабилитация новорожденных и детей младшего возраста с нарушением слуха. Методические рекомендации. Гродно. ГрГМУ 2006.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ МЕТОДОМ ИАГ-ЛАЗЕРНОЙ ДИСЦИЗИИ

Романчук В.В.¹, Лагута Е.В.¹, Сухоносик О.Н.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Вторичная катаракта является одним из отдаленных осложнений экстракапсулярной экстракции катаракты, которое может существенно снижать функциональную эффективность хирургического вмешательства, касающуюся остроты зрения, четкости, а в ряде случаев, полей зрения, а также вызывать зрительные нарушения дезадаптировать пациента с профессиональной и социальной точки зрения. Помутнение задней капсулы хрусталика диагностируют в 4-90 % случаев, в зависимости от исходной причины катаракты, оно имеет тенденцию к росту по мере увеличения времени, прошедшего после операции, и практически у каждого четвертого-пятого пациента требует вмешательства для восстановления зрительных функций. Сроки выполнения лазерной дисцизии задней капсулы относительно времени проведения экстракции катаракты у большинства больных составляют от 1 до 4 лет.