

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

Е. А. Рига, И. В. Гордиенко, Н. В. Коновалова, Р. В. Марабян

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В приоритетах национального плана действий в рамках глобальной стратегии ООН «Каждая женщина, каждый ребенок» определено повышение качества оказания медицинской помощи детям после рождения. Важными показателями, характеризующими долгосрочные последствия у младенцев с преждевременным рождением, считаются преждевременный разрыв плодных оболочек, бронхолегочная дисплазия, тяжелые поражения мозга, ретинопатия недоношенных. Наличие каких-либо из этих трех проблем или их сочетание достоверно ухудшает отдаленные последствия. Кроме этого, преждевременное рождение детей сопровождается высоким риском возникновения у них не только соматической патологии, но и неврологических и психических нарушений. В мире активно продолжают изучение отдаленных последствий преждевременного рождения. Ранний возраст жизни любого ребенка характеризуется уникальными процессами, которые проявляются в приобретении ребенком множества психомоторных навыков: сочетание и целенаправленность действий, вертикализация и устойчивость, формирование абстрактного мышления (поиск спрятанного предмета), ассоциаций (сравнение животного объекта с нарисованным в книге), игровой деятельности и социального контакта (отражение взаимоотношений ребенка со взрослыми «своей-чужой») и т. п., что связано с высокой нейропластичностью головного мозга. Мировой опыт показывает, что одной из очень эффективных моделей предупреждения задержки и нарушений развития детей, родившихся преждевременно, является своевременная диагностика нарушений развития, направление их в реабилитационные услуги. Современным сервисом для предупреждения инвалидизации на доказательном уровне является раннее вмешательство. Раннее вмешательство это система медико-социальной-психолого-педагогической помощи, аккумулировала в себе все прогрессивные тенденции: семейно-центрированный подход, принцип командной междисциплинарного оказания помощи, функциональный подход к реабилитации и ориентация на нормализацию жизни семьи.

Цель исследования. Изучить особенности развития детей раннего возраста, родившихся преждевременно для оптимизации реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное наблюдательное исследование. Под наблюдением в реабилитационном центре Харьковского областного специализированного дома ребенка №1 (ХОСБД) за период 2011-2015 гг. находилось 172 ребенка с гестационным возрастом 22-36 недель и 6 дней. Оценка реабилитационных программ проводилась с помощью шкалы KID-RCDI-2000, разработанными Г. Айртоном (США) в

русскоязычной версии. Проводили анкетирование поведения детей по 216 пунктам по следующим доменам развития: социо-эмоциональный (40 пунктов), самообслуживание (40 пунктов), крупная моторика (30 пунктов), мелкая моторика (30 пунктов), развитие речи (41 пункт), понимание речи (40 пунктов). В пределах каждого домена развития порядок вопросов был случаен. Уровень развития определяли по рекомендованным методике баллами: «возрастной нормальный балл», «возрастная граница легкого отставания», «возрастная граница отставание», которые представлены в таблицах и на линейной шкале развития, благодаря которому за каждым доменом определялись соответствие развития возрасту ребенка, категории «нормальное развитие», «легкое отставание», «отставание».

Результаты. При проспективном наблюдении 92 ребенка имели дефицит функций и развили инвалидность вследствие детского церебрального паралича (ДЦП) (n=59), тяжелых нарушений зрения (n=21), тяжелых нарушений зрения, слуха и ДЦП (n=21), три ребенка умерли на первом году жизни. До 2012 года в ХОСБД детям раннего возраста предоставлялись реабилитационные услуги, которые включали в себя общий массаж, лечебную физкультуру. Данный вид услуг получили 13 недоношенных детей. С 2012 года реабилитационные услуги для детей включали интенсивный формат их предоставления - круглосуточная форма пребывания в группах медико-социальной реабилитации продолжительностью четыре недели. На протяжении 2012 полный курс реабилитационной терапии по модели №1 получили 33 преждевременно рожденных ребенка. С 2013 года кроме двухлетнего курса круглосуточной формами пребывания в группах медико-социальной реабилитации в течение четырех недель включено амбулаторный прием, предполагающий длительное сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями с обучением семьи философии и технологиям раннего вмешательства, которые родители выполняют дома. По этой модели полный курс реабилитационной терапии получили 69 из 98 недоношенных детей. Учитывали процент детей, которые в течение года улучшали развитие в каждом отдельном домене благодаря полученным баллам и перехода с уровня «легкое отставание» до уровня «нормальное развитие», с уровня «отставание» к «легкое отставание». Благодаря использованию сочетания реабилитационных программ и раннего вмешательства, удалось оптимизировать когнитивное развитие - у 21 (30,4%), развитие речи - у 34 (49,2%), понимание языка - в 26 (37,6%), социо-эмоциональное развитие - у 35 (50,8%), адаптативного развитие - у 26 (37,6%). Таким образом, следует считать, что среди детей инвалидов реабилитационный потенциал имеет каждый второй-третий ребенок, но каждый ребенок требует сугубо индивидуального подхода к реабилитации с учетом отклонения со стороны каждого домена развития. Поскольку у детей раннего возраста наблюдались различные патологические состояния, которые приводили к нарушениям функций и развития, анализ проведен у детей в зависимости от сочетания этих форм. Установлено, что наименьший

реабилитационный потенциал имели дети с сочетанием нарушений функции зрения, слуха и моторного развития.

Выводы. Для оптимизации реабилитационных подходов у детей раннего возраста, родившихся преждевременно, следует использовать инструменты для развития основных доменов (когнитивного, моторного, речи и ее понимания, социо-эмоционального, адаптативного). Наименьший реабилитационный потенциал имеют дети с сочетанием нарушений функций зрения, слуха и моторного развития, что ставит вопросы организации своевременной их диагностики и коррекции.

ВНЕШНИЙ ВИД ВРАЧА КАК АТРИБУТ ЕГО ИМИДЖА

Ю. И. Ровкач, И. С. Задора, А. И. Совецкая

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В сфере услуг, к которой относится и медицина, большое значение имеет имидж работника. Именно он формирует у пациента представление не только о враче как специалисте, но и об организации здравоохранения в целом. Врачебный имидж включает внутренний и внешний компоненты. Составляющим элементом внешнего компонента является внешний вид врача. «По внешнему виду не судят только самые непроницательные люди» писал О. Уайльд. Доверие и расположение пациента можно потерять с первого мгновения, если внешний вид врача не удовлетворит его.

Цель исследования: выявить особенности мнения населения о внешнем виде врача как атрибуте его имиджа.

Материалы и методы. В исследование включено 200 жителей Республики Беларусь (28,5% мужчин и 71,5 % женщин), среди которых 68 детей школьного возраста (12,8±1,02 лет), 42 человека (22,3±1,98 лет), обучающихся по специальности «Педиатрия» и 42 студента (18,7±0,79 лет) – по специальности «медико-профилактическое дело» УО «Белорусский государственный медицинский университет», 46 человек взрослого населения (42,3±14,17 лет). Применялись следующие методы: исторический, социологический и статистический – критерий соответствия (χ^2) для оценки достоверности разности сравниваемых величин.

Результаты и их обсуждение. Внешний вид врача важен для 83% респондентов: для 87,5% школьников и 91,7% взрослого населения. С давних времен профессия врача ассоциировалась с белым халатом. До второй половины XIX века хирурги не использовали халатов. Фартук и нарукавники использовались только во время проведения операций. Врачи не носили никакой спецодежды в отличие от сестер милосердия, для которых униформа существовала с давних пор. Традиционный наряд сестры милосердия – это темное длинное платье с белым передником и белый платок-косынка. В середине XIX века в одежде сестер преобладал черный цвет, платки уступили место чепчикам. Английский врач Джозеф Листер в 1860-х годах создает учение об антисептике, и с этого начинается история медицинских халатов.