

# ОЦЕНКА НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 616-036.86-053.2:376

**Оспанова Ш.Х.** директор по стратегическому планированию.

*Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана, Республика Казахстан*

## Введение.

Значительная распространенность заболеваний нервной системы, сложность и стойкость функциональных нарушений, сопровождающихся утратой не только трудоспособности, но и навыков самообслуживания, ставит проблему реабилитации в ранг важнейших медико-социальных проблем.

В то же время в медицинской практике известны многочисленные случаи, когда даже самые безнадежные больные восстанавливаются [1].

Анализ детской инвалидности в Казахстане показывает, что за период с 2001 по 2009 годы в Республике Казахстан 63 тысячи детей (в среднем ежегодно 7 тысяч) впервые получили категорию инвалидов. В структуре детской инвалидности преобладают следующие болезни: психические расстройства и расстройства поведения – 13%, болезни нервной системы – 34%, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 25%, болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ – 3%, новообразования – 2%.

72% всей детской инвалидности составляют нервно-психические расстройства и врожденные аномалии, лидером среди которых являются болезни нервной системы (34%), из них 20% – дети с детским церебральным параличом (ДЦП) [2].

ДЦП объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения в пренатальный, натальный или постнатальный периоды (Семенова К.А. с соавт., 1972). В клинической картине ДЦП преобладают двигательные расстройства, нарушения речи и психики. В реабилитационной практике врачи имеют дело уже со свершившимся фактом – рождение жизнеспособного ребенка, и на первый план выходит задача восстановления нарушенных функций у этого ребенка.

## Материал и методы.

Комплексный подход, как основа системы реабилитации больных с ДЦП в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» (далее РДРЦ), позволяет компенсировать или частично компенсировать неврологический дефицит пациентов, добиться адекватной социальной адаптации, и, в конечном счете, улучшить качество жизни.

Комплексная реабилитация в детском реабилитационном центре проводится в трех направлениях: медицинском, педагогическом и социальном. Основной целью реабилитации является интеграция детей в общество, первичной задачей которой является обучение навыкам самообслуживания и бытовой адаптации.

Выработке навыков бытового самообслуживания придается большое значение, т.к. осваивая их, больные в меньшей степени зависят от посторонней помощи и могут активно приспосабливаться к различным жизненным ситуациям. Такое приспособление в зарубежной литературе получило название Activity of Daily Living (ADL) (Коган О.Г., Найдин В.Л.1988) – активность в повседневной жизни, которая включает в себя способность самостоятельного пользования туалетом, ванной, приборами для бритья, еды, автомашиной и др.

Для определения уровня зависимости инвалидов от посторонней помощи были разработаны различные шкалы, применяемые в реабилитологии: индекс активностей повседневной жизни Бартела, Ноттингемский десятипунктный индекс активностей повседневной жизни и др. [3,4]

В РДРЦ шкала по Бартели модифицирована для детей с ограниченными возможностями. Оценка проводится по следующим критериям: умение ребенка умываться, чистить зубы, пользоваться полотенцем, расчесываться, приводить постель и комнату в порядок, владение навыками одевания и раздевания, застегивания пуговиц, молнии, обувания, умение шнуровать, чистить обувь, самостоятельно принимать пищу, пользоваться туалетом, ванной, душем, владение навыками стирки личных вещей и др. (всего 20 критериев). При поступлении каждый ребенок с ограниченными возможностями проходит оценку на наличие навыков самообслуживания по 10-15 бальной системе.

Оценка навыков по модифицированной шкале Бартели позволяет установить уровень зависимости ребенка от посторонней помощи. Оценка уровня зависимости производится по сумме баллов: полная зависимость – от 0 до 60 баллов, умеренная зависимость – от 61 до 125 баллов и легкая или незначительная зависимость – от 126 до 190 баллов. Максимальное количество, 220 баллов свидетельствует об отсутствии зависимости пациента от посторонней помощи. По результатам оценочных данных определяется реабилитационный потенциал ребенка и разрабатывается индивидуальная реабилитационная программа.

Навыки самообслуживания прививаются на занятиях эрготерапии с применением наглядных пособий и приспособлений, и закрепляются во время всех режимных моментов. В рамках комплексной программы реабилитации в центре имеется три кабинета Монтессори для детей от 0 до 3 лет, с 3 до 6 лет и с 6 до 9 лет, костюмерная, парикмахерская, зимние сады, прилегающие к центру земельные участки, швейная и столярная мастерские, кабинет трудотерапии. На занятиях в этих подразделениях центра дети также развивают мелкую и общую моторику. Комплекс мероприятий способствует психо-эмоциональному «раскрытию» ребенка, что способствует повышению эффективности реабилитации.

После проведенного комплексного лечения проводится повторная оценка навыков с целью определения уровня эффективности проведенных реабилитационных мероприятий и проводится сравнительный анализ навыков до и после лечения. За период существования РДРЦ (с сентября 2007г) средний показатель эффективности реабилитационных мероприятий составил 10-12%.

## Результаты и обсуждение.

Проведен анализ реабилитации 991 пациента с зависимостью от посторонней помощи. Из них 331 (31,4%) ребенок с легкой зависимостью от посторонней помощи, 307 пациентов (31,0%) с умеренной зависимостью и 337 (37,6%) – с полной зависимостью от посторонней помощи. В результате комплексной реабилитации 58 пациентов (5,8%) переведены из группы с полной зависимостью в группу детей с умеренной зависимостью от

посторонней помощи, 51 пациент (5,14%) из группы с умеренной зависимостью перешли в группу легкой зависимостью и 18 пациентов после комплексной реабилитации научились обходиться без посторонней помощи.

Представляем несколько клинических случаев оценки навыков бытовой адаптации и навыков самообслуживания.

Ребенок А., 27.06.06 года рождения. Карта №1528, время пребывания 20.04.11-12.05.11. адрес проживания г. Алматы. Диагноз: ДЦП, атонико-астатическая форма, средней степени тяжести. При поступлении тестирован по шкале, набрано 85 баллов (38,6%), что соответствует умеренной зависимости ребенка от посторонней помощи. В результате комплексной реабилитации (занятия ЛФК, БОС-опорно-двигательный, гидрокинезотерапия, постурография, занятия с психотерапевтом, физиопроцедуры, сенсорная интеграция, занятия в кабинете Монтессори, аводроме и др.) научился самостоятельно чистить зубы, с посторонней помощью расчесывать волосы, заправлять постель, одеваться, застегивать пуговицы, шнуровать обувь, принимать пищу, рисовать, складывать личные вещи. При выписке при тестировании набрал 130 баллов (59%). Приобретенные навыки составили 20,4%. Из группы умеренной зависимости переведен в группу с легкой зависимостью от посторонней помощи.

Ребенок Б., 28.03.07 года рождения. Карта №1519. Дата пребывания 19.04.-12.05.11., адрес проживания: Мангистауская область, г. Актау. Диагноз: ЗППР на фоне резидуально-органического поражения головного мозга. При поступлении набрал 60 баллов (27,3%) – полная

зависимость от посторонней помощи. Приобретенные навыки: с посторонней помощью научился расчесывать волосы, застегивать пуговицы, пользоваться молнией, пользоваться унитазом, работать с ножницами, клеем, пластилином, иглой. При выписке сумма баллов составила 90 (40,9%), что позволило перевести ребенка из группы полной зависимости в группу умеренной зависимости. Улучшение составило 13,6%.

Ребенок В., 04.10.08 года рождения. №3315, дата пребывания 03.12.10.-24.12.10., адрес проживания: ВКО, г. Усть-Каменогорск. Диагноз: ДЦП, спастическая диплегия, средней степени тяжести. При поступлении общий балл по шкале – 65 (29,5%), умеренная зависимость от посторонней помощи. В результате реабилитационных мероприятий (занятия ЛФК, БОС-психоэмоциональный, гидрокинезотерапия, постурография, индивидуальные занятия с игротерапевтом, агротерапевтом, в кабинете трудотерапии, костюмерной и парикмахерской) ребенок научился самостоятельно умываться и пользоваться полотенцем, принимать пищу, включать и выключать освещение. С посторонней помощью работать с пластилином, тестом, перекладывать предметы из одной руки в другую. При выписке общая сумма баллов – 90 (40,9%), улучшение навыков самообслуживания и бытовой адаптации на 11,4%.

#### Заключение.

Таким образом, оценка навыков самообслуживания детей с ограниченными возможностями является важным диагностическим критерием, позволяющим определить степень зависимости ребенка от посторонней помощи, определить его реабилитационный потенциал, четко спланировать методы и курс реабилитации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барбашова З.И., Жуков К.К., Бакланова СМ., Григорьева Г.И., Нестеров В.П. Изменение резистентности организма, функционального состояния тканей и биохимических процессов в них при гипокинезии / В кн: Адаптация к мышечной деятельности и гипокинезия. — Новосибирск, 1970. — С. 26—36.
2. Булекбаева Ш.А. Право на здоровье детей с ограничениями жизнедеятельности / Материалы научно-практической конференции «Демографическая ситуация в Республике: проблемы и перспективы» 2010 г. - стр.164-166.
3. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии / Москва, Медицина, 1988. -301 с.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация / Москва, изд. «Антидор». – 2002. – 124с.

**Резюме.** Оценка навыков самообслуживания детей с ограниченными возможностями является важным диагностическим критерием, позволяющим определить степень зависимости ребенка от посторонней помощи, определить его реабилитационный потенциал, четко спланировать методы и курс реабилитации.

**Ключевые слова:** оценка навыков самообслуживания, дети с ограниченными возможностями, комплексная реабилитация.

**Abstract.** Inculcation of skills of self-service to children with the limited possibilities in complex rehabilitation is the initial stage of integration of children in a society. For an establishment of level of dependence of the child from assistance the modified estimated scale is used. For the purpose of definition of level of efficiency of the spent rehabilitation actions the comparative analysis of skills before treatment is carried out.

**Key words:** children with the limited possibilities, skills of self-service, complex rehabilitation.

#### КОНТАКТЫ:

Оспанова Шолпан Хожановна.

E-mail: sholpan.ospanova.66@mail.ru