

В.К. Юрьев, А.А. Наумова, А.Д. Рубин, А.Р.Ким

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
Якутская детская специализированная больница восстановительного лечения

Экстремальные природно-климатические условия Крайнего Севера (длительный период низкой температуры воздуха, сильные ветры, резкие перепады атмосферного давления, дефицит солнечной радиации и т.д., слабая минерализация воды рек Севера, малое употребление в пищу овощей и фруктов) оказывают неблагоприятное влияние на здоровье детей. Экологические и медико-социальные факторы Крайнего Севера оказывают комплексное воздействие на организм ребенка, вызывая напряжение адаптационных механизмов, снижая его функциональную и иммунологическую реактивность. Низкие показатели здоровья детей указывают на необходимость проведения специальных реабилитационных мероприятий, которые должны быть включены в программы оздоровления детского населения северных регионов [1, 2].

Республика Саха (Якутия), с присущими ей экстремальными природно-климатическими условиями, неудовлетворительно развитой социально-экономической инфраструктурой, интенсивным освоением природных богатств, имеет одни из самых неблагоприятных показателей здоровья детского населения в Российской Федерации. Общая заболеваемость среди детей возросла во всех возрастных группах на 78% за пять лет, заболеваемость новорожденных увеличилась на 39%, по данным профилактических осмотров у 75% детей выявлены отклонения в состоянии здоровья, нуждаются в лечебно-оздоровительных мероприятиях более 42% детей г. Якутска (23 тыс.). Распространенность детской инвалидности увеличилась и составляет 253,6 против 239,8 в 2003 г. на 10000 детского населения, таким образом, каждый 40-й ребенок, проживающий в г. Якутске, имеет инвалидность. В структуре детской инвалидности I место занимают врожденные аномалии развития – их удельный вес 32,4%, II – класс заболеваний нервной системы (25,1%), III – заболевания органов дыхания (6,2%), IV – болезни уха и сосцевидного отростка (4,2%), V ме-

сто – болезни костно-мышечной системы (4,1%). В структуре 2003 г. первое место занимали болезни нервной системы. Это говорит о настоятельной необходимости развития реабилитационной помощи детям Якутии [3, 4].

Результаты анализа деятельности детской реабилитационной службы в Республике Саха и их обсуждение. С 1993 г. в связи с открытием в г. Якутске реабилитационного отделения появилась возможность внедрения новой медицинской программы, направленной на организацию и проведение комплексной восстановительной, реабилитационной помощи детям. Муниципальное учреждение «Детская специализированная больница восстановительного лечения» (ДСБВЛ) организовано на основании Распоряжения Министерства юстиции РС(Я) № 1258-п-01 от 10.10.2001 г. ДСБВЛ имеет 155 коек: 50 коек круглосуточного и 105 – дневного пребывания, где получают специализированное, восстановительное и реабилитационное лечение дети с неврологической, ортопедической и психосоматической патологией в возрасте от 3 месяцев до 17 лет [3].

Основной целью деятельности больницы является раннее предупреждение хронической патологии и детской инвалидности путем проведения комплексного оздоровления детей, разработки индивидуальных схем и реабилитационных мероприятий с учетом возрастных особенностей ребенка и степени выраженности болезни. Основные направления работы Детской специализированной больницы восстановительного лечения: оказание комплексной медико-психолого-педагогической и социальной реабилитационной помощи детям, подросткам и их семьям; разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации; осуществление координационной, методической, научно-исследовательской деятельности по вопросам профилактики, восстановительного лечения и реабилитации; оказание консультативно-методической помощи семьям, воспитывающим

детей и подростков, имеющих отклонения в психическом, физическом, репродуктивном развитии; организационно-методическая помощь педагогам, социальным и медицинским работникам, учреждениям по вопросам обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и реабилитации; организация системы постоянного повышения квалификации и подготовки специалистов по актуальным вопросам детской и подростковой реабилитации; организационно-методическая деятельность совместно с лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями по вопросам профилактики, организации восстановительного лечения и реабилитации детей; научно-практическая деятельность совместно с МИ ЯГУ, ИФиС ЯГУ, вузами России; гигиеническое просвещение и пропаганда здорового образа жизни, сотрудничество со средствами массовой информации.

За 12 лет в реабилитационных отделениях ДСБВЛ пролечено более 23 тысяч детей с неврологической, ортопедической и соматической патологией. За время работы реабилитационных отделений произошло улучшение показателей деятельности коечного фонда: среднегодовая занятость койки увеличилась на 23%; средняя продолжительность пребывания на койке сократилась от 21 дня (2001) до 14,2 (2004); увеличился оборот койки до 22; выполнение плана койко-дней ежегодно увеличивается от 104 до 127% (табл.1).

Из общего числа пролеченных детей и подростков доля городских жителей составила 89,5%, сельских жителей – 10,4, детей-инвалидов – 10,4%. По возрастному составу удельный вес детей до двух лет – 24,9%, от 3 до 6 – 24,1, от 7 до 17 лет – 50,9%.

В структуре госпитализированной заболеваемости среди выписанных больных первое место занимают болезни нервной системы – 72,5%, в том числе с ДЦП ежегодно проходят до 120 пациентов; во втором месте – болезни органов дыхания – 13,8%; на третьем месте – болезни костно-мышеч-

Таблица 1

Основные показатели деятельности ДСБВЛ за 1996-2004 гг.

Показатель	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Число коек	155	155	155	155	155	155	155	155	155
в т.ч.: стационарных	50	50	50	50	50	50	50	50	50
дневного пребывания	105	105	105	105	105	105	105	105	105
Кол-во поступивших	1758	1828	2090	2026	2322	2423	2597	3205	3454
в т.ч. до 1 года		150	308	370	354	290	333	453	504
Кол-во выписанных	1707	1834	2188	1951	2273	2409	2663	3297	3418
в т.ч. до 1 года		206	316	346	346	285	340	452	507
Проведено к/дней	42537	40860	45584	40413	47177	47614	51134	51402	48633
в т.ч. до 1 года	1226	3805	5229	7035	6039	5438	6136	6367	7605
Выполнение плана к/дней, %	100	96,6	101	97,3	97,9	98,9	127	100	112
Среднегодовая занятость	274	263,6	294,1	260,7	304,3	307	329	331,6	313,7
Ср. продолж. пребывания на койке, дней	24,9	22,2	20,1	20,7	20,7	19,7	19,2	15,6	14,2
Оборот койки	11	11,8	14,1	12,6	14,6	15,5	17,0	21,3	22,0
Из выписанных: город, %	85,5	86,1	89,8	93,0	90,0	86,9	89,5	90,2	87,1
село, %	14,5	13,9	10,2	7,0	10,0	13,1	10,5	9,8	12,9
Имеющие инвалидность, %	8,3	16,2	7,9	8,7	10,4	9,7	10,1	13,0	10,9
Эффективность лечения, %		89,0	86,8	84,8	89,1	89,6	95,3	98,0	91,3

ной системы – 5,4% (табл.2). Ежегодно возрастает число госпитализированных детей и детей-инвалидов с заболеваниями систем эндокринной, нервной, костно-мышечной, уха, органов пищеварения. ДСБВЛ ежегодно проводит оздоровление более 1500 детей и подростков в летний период.

На базе Детской специализированной больницы восстановительного лечения функционирует мобильная выездная бригада по работе с детскими дошкольными учреждениями

г. Якутска. В состав бригады входят педиатр, невропатолог, отоларинголог, окулист, ортопед, инструктор по лечебной физкультуре, массажист. Под контролем специалистов проводится медосмотр по скрининговой программе «АСПОН-Д», по работе оздоровительной программы дополнительно работают специалисты: невролог, окулист, отоларинголог, ортопед, педиатр.

Так, по данным такого обследования, из 200 детей (ясли-сад «Теремок») имели дисгармоничное развитие 60%,

из них с дефицитом массы тела – 45%, с избытком массы тела – 12%. Общая заболеваемость составила 2181,8 на 1000 осмотренных, к I группе отнесены 1,3, ко II – 69, к III группе – 29,7%. Число дней-пропусков по болезни на 1 ребенка в 2002 г. составило 14,6 против 20,8 в 2001 г. В структуре выявленной патологии ведущее место занимали болезни костно-мышечной системы, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы и глаз. Рост заболеваемости, увеличение темпов прироста распространенности функциональных отклонений и хронической патологии у детей и подростков определяют приоритетность профилактических и оздоровительных мероприятий, изыскание новых подходов в совершенствовании медицинского обеспечения в образовательных учреждениях.

При организации оздоровительных мероприятий наиболее рационально выделение групп детей: с ортопедической патологией; заболеваниями органов дыхания; нарушениями обмена веществ и эндокринной патологией, заболеваниями органов пищеварения. С целью сохранения и восстановления здоровья детей в образовательных учреждениях нами разработана и внедрена Программа по охране здоровья детей в условиях дошкольного учреждения.

Заключение. Своевременно начатая, адекватно подобранная индивидуальная программа реабилитации, включающая лечебно-диагностические, оздоровительные, психолого-педагогические и социальные коррекции

Таблица 2

Структура выписанных больных по ДСБВЛ за 1996-2004 гг.

[illegible]

онные технологии, позволяет предупредить социальную и школьную дезадаптацию у ребенка, прогрессирующее основное заболевание, предотвратить детскую инвалидность. Однако для полной реализации комплексной программы оздоровления и медицинской реабилитации детей в Республике Саха (Якутия) необходимо решить ряд проблем:

1. В республике не развита санаторно-курортная служба для детей и детей-инвалидов.

2. Отсутствует соответствующая санитарно-гигиеническим требованиям материально-техническая база для размещения Детской специализированной больницы восстановительного лечения.

3. Отсутствуют нормативные документы по статусу учреждения, штатному обеспечению, подготовке кадров по восстановительному лечению и медицинской реабилитации в системе здравоохранения.

4. Отсутствуют научно обоснованные стандарты и критерии оценки эффективности восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

В связи с вышеизложенным, нам представляется необходимым:

1) разработать и внедрить единый межведомственный комплексный подход в организации восстановительного лечения и реабилитации детей с участием заинтересованных министерств и ведомств, которые непосредственно занимаются воспитанием, обучением, охраной здоровья подрастающего поколения;

2) предусмотреть дальнейшее совершенствование технологий восстановительного лечения путём разработки стандартов лечения и критериев эффективности медицинской реабилитации для различных групп больных;

3) продолжить разработку нормативно-правовой базы для осуществления деятельности учреждений здравоохранения восстановительного лечения и реабилитации (в т.ч. утвердить структуру, типовое положение, штатное расписание, нормативы оснащения, нагрузки, стандарты оказания помощи с введением восстановительного лечения и реабилитации в Базовую программу обязательного медицинского страхования);

4) развивать и совершенствовать систему подготовки специалистов-реабилитологов в медицинских вузах и факультетах последипломного образования.

С учетом реализации предложенных мероприятий система восстановительного лечения и реабилитации детей и подростков Республики Саха (Якутия) может быть рекомендована для внедрения в других регионах Крайнего Севера Российской Федерации.

Литература

1. Абсава Т.А. Комплексная медико-социальная оценка здоровья детей Республики Коми (по материалам г.Ухты): Дис. ... канд.мед.наук.-СПб., 1995.-222 с.
2. Рубин А.Д. Научные основы организации лечебно-профилактической помощи детям в условиях реформирования здравоохранения Кольского Севера: Дис. ... канд.мед.наук.-СПб.,1998.-193 с.
3. **Современные** аспекты профилактики, оздоровления и реабилитации детей в условиях Крайнего Севера: Материалы республиканской научно-практической конференции.-Якутск, 2004.-236 с.
4. Юрьев В.К., Юрьев В.В., Лихтшагоф А.З. и др. Дети Республики Саха: Состояние здоровья, условия и образ жизни.-Якутск,1996.-92 с.

Н.Т. Тунян

СРАВНИТЕЛЬНАЯ СТРУКТУРА ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА РОССИИ

Оториноларингологическая патология занимает особое место в педиатрии. Распространенность заболеваний уха, горла и носа, широко варьируя в зависимости от места и способа проведения обследования, остается высокой. В Центрально-Сибирском регионе она составляет до 71,5% среди детей в возрасте до 14 лет [6].

Неблагоприятные климатические условия Севера, низкая температура, повышенная влажность, резкое изменение атмосферного давления, полярная ночь, а также бытовые условия и питание, определяющие низкий уровень естественной резистентности организма, дефицит клеточного и гуморального звеньев иммунитета, – все это создает условия для повышенной заболеваемости населения [4].

В условиях Крайнего Севера особое значение имеют вопросы функционирования и патологии дыхательной системы. Это объясняется в первую

ТУНЯН Наира Тиграновна – к.м.н., доцент СПб-го государственного университета и СПб ГПМА.

очередь тем, что в структуре патологии Севера поражения дыхательной системы, в том числе верхних дыхательных путей, имеют наибольший удельный вес и у детей составляют до 40% [7]. Высокую ЛОР-заболеваемость в районах Крайнего Севера (Таймырский АО, Эвенкийский АО, Республика Саха (Якутия)), прежде всего у коренного населения, отмечают О.А.Грушевская и соавт. (1990). При этом доля хронических гнойных средних отитов у детей достигает 28,1%, а патологии верхних дыхательных путей 64,8%. В структуре общей заболеваемости населения удельный вес болезней уха, горла, носа, включая ангину, составляет в среднем 10-12% от общей заболеваемости населения и наиболее распространены среди детей и лиц молодого возраста [5].

Однако планируя лечебно-профилактические мероприятия детскому населению, следует исходить из различной структуры ЛОР-заболеваемости у приезжих, родившихся на Край-

нем Севере и коренных жителей. При анализе ЛОР-патологии у детей этих групп выявлено, что если удельный вес ЛОР-заболеваемости у них приблизительно одинаков и колеблется от 28 до 34% от общей заболеваемости, то по отдельным нозологическим формам имеется существенная разница. У приезжих в первые 3 года в связи с адаптацией к метеорологическим условиям заметно преобладает гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца – 45,8%, а также острые заболевания верхних дыхательных путей – 33%. У родившихся в Заполярье и у детей коренного населения патология лимфоглоточного кольца встречается в 34,4% случаев, а острые заболевания верхних дыхательных путей – в 25,5% случаев. Однако в этой группе высока заболеваемость хроническим тонзиллитом – 20,7%, у приезжих эти же цифры составляют 18% [2]. У детей коренных народов Севера по сравнению с приезжими значительно выше заболеваемость острым и хроничес-