

педагогической реабилитации, реализации имеющегося потенциала и нахождение путей альтернативного трудоустройства детей и молодежи с инвалидностью. Оценена эффективность реабилитации.

Ключевые слова: детская инвалидность, дети и молодежь с особыми потребностями, медицинская реабилитация, педагогическая коррекция, трудовая и профессиональная ориентация, социальная адаптация.

Palamar I.V., Tarasiuk M.B., Tomchuk V.N., Nazarchuk L.A.

ADAPTION TO LIFE FOR CHILDREN AND YOUTH WITH SPECIAL NEEDS IN VINNYTSYA REGION

Summary. The complex rehabilitation system of the children with special needs in Vinnytsya regional center of the medical and social rehabilitation and employment "Promin" is presented in this article. The basic directions of social and educational rehabilitation, potential realization and finding of the ways for alternative employment of children and youth with disabilities are described. The effectiveness of rehabilitation is estimated.

Key words: children's disabilities, children and youth with special needs, medical rehabilitation, pedagogical correction, labor and professional orientation, social adaptation.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2011 р.

© Забур'янова В.Ю., Безсмертна Г.В., Вернигородська М.В.

УДК: 616.831-005:616-036.86-052:614.876

Забур'янова В.Ю., Безсмертна Г.В., Вернигородська М.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вулю Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів (вул. Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, Україна, 21100)

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС ІНВАЛІДІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Резюме. У 30 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією вивчали стан центральної нервової системи за даними ЕЕГ, РЕГ, КТ, МРТ та доплерографії екстракраніальних судин. Виявлено зміни біоелектричної активності мозку, зниження кровопостачання, наявність атеросклеротичних бляшок, потовщення КІМ каротидних судин, явища хронічної недостатності мозкового кровообігу, що має важливе значення при проведенні медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, медико-соціальна експертиза.

Вступ

Останнім часом накопичується все більше клінічних і експериментальних доказів про вразливість головного мозку людини під дією іонізуючого випромінювання [Логановський та ін., 2005; Денисюк, 2006]. В останні роки частіше відмічається формування в учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (УЛНА) екзогенноорганічних форм уражень головного мозку з неврологічними, когнітивними та емоційними розладами [Денисюк, 2006; Логановський, 2001]. Проведені дослідження головного мозку в УЛНА на ЧАЕС з використанням нейровізуалізації дозволили верифікувати наявність органічного ураження головного мозку [Логановський та ін., 2003; Бомко, 2004]. Тому дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) є суттєвою соціально-медичною проблемою сьогодення. ДЕ обумовлена недостатністю мозкового кровообігу, яка може бути як хронічною (внаслідок атеросклеротичного або діабетичного ураження стінки судин, артеріальної гіпертензії, венозного застою, змін реологічних властивостей крові, серцевої або легеневої недостатності тощо), так і обумовленою повторними гострими епізодами дисциркуляції [Адаменко та ін., 2008].

Визначення стану ЦНС та інших систем організму, що впливають на розвиток уражень головного мозку в осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, має велике значення не тільки для прогнозування перебігу зах-

ворювання і профілактики розвитку важких форм енцефалопатії, але й для вирішення питань медико-соціальної експертизи і вибору адекватних заходів реабілітації інвалідів з даною патологією.

Мета дослідження: вдосконалити підходи до оцінки впливу ДЕ на обмеження життєдіяльності осіб, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання, й оптимізувати реабілітаційні заходи.

Матеріали та методи

У клініці НДІ реабілітації інвалідів проаналізовано результати обстеження 30 осіб молодого віку із 6 областей України.

Для об'єктивізації стану ЦНС і серцево-судинної системи нами було призначено комплексне обстеження, що включало клінічні, інструментальні та лабораторні методи. Під час спостереження в клініці враховувались скарги пацієнтів, результати об'єктивного обстеження (неврологічний і психіатричний статуси), дані комп'ютерної електроенцефалографії (ЕЕГ), реоенцефалографії (РЕГ), реовазографії (РВГ), доплерографії інтра- й екстракраніальних судин. Особливого значення надавали аналізу даних комп'ютерної томографії мозку (КТ) і магнітно-резонансної томографії (МРТ). Бралась до уваги біохімічні дослідження крові з визначенням ліпідного профілю, коагулограми, гематокриту, глюкози.

Результати. Обговорення

Серед обстежених було 70% учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС і 30% осіб, що проживають на радіаційно забрудненій території. Переважно більшість хворих (83,3%) МСЕК направили в інститут на консультацію щодо винесення експертного рішення; 16,7% оскаржували рішення обласних МСЕК. Серед останніх 2 чол. претендували на визнання їх інвалідами і 3 чол. - на підвищення групи інвалідності. Більшість осіб (76,6%) в минулому вже визнавались МСЕК інвалідами, переважно 3 групи; 23,3% проходили освідчення вперше. В обстеженому контингенті переважали чоловіки (66,7%) порівняно з жінками (33,3%). Вік обстежених коливався від 29 до 45 років.

Типовими скаргами хворих були головний біль, запаморочення, зниження пам'яті, коливання артеріального тиску, загальна слабкість. У 23,3% випадків спостерігались напади за типом симпато-адреналових, які вимагали введення судинних, знеболюючих, заспокійливих препаратів. У поодиноких випадках пацієнти скаржились на утруднення ходи, слабкість у ногах, що змушувало їх триматись за сторонні предмети.

Неврологічний статус переважної більшості хворих характеризувався легкою асиметрією носогубних складок; у позі Ромберга пацієнти були хитні, координаційні проби виконували нечітко. В 43,3% випадків спостерігався симптом Марінеско-Родовічі; в 16,7% - зміни сухожилкових і періостальних рефлексів. В окремих випадках визначено зниження м'язової сили в кінцівках, підвищення м'язового тону в них, гіпостезію, ністагм при погляді в сторони, симптоми орального автоматизму.

За даними психіатричного обстеження, в 26,7% пацієнтів визначались зміни, що в основному характеризувались сповільненням темпу сенсомоторних реакцій, зниженням концентрації уваги, зменшенням мнестичної функції, а також наявністю тривоги, депресії і соціальної дисфункції. У кожного десятого виявлена легка чи помірна деменція органічного походження.

На ЕЕГ у всіх хворих виявлено зміни біоелектричної активності загально- мозкового характеру. В 53,3% зареєстровано дезорганізацію біоелектричної активності мозку, в 36,7% - явища іритації ритму. В поодиноких випадках реєструвалась пароксизмальна активність головного мозку.

За даними РЕГ і РВГ, в переважній більшості випадків відзначалось зниження кровопостачання головного мозку і кінцівок.

Методи об'єктивної нейровізуалізації (КТ і МРТ) діагностували ДЕ (переважно II ст.) у всіх обстежених пацієнтів, причому виявлені зміни були різноманітними: залишкові явища перенесеного інсульту та інфаркту головного мозку, явища хронічної недостатності мозкового кровообігу, гіпертонічної та атеросклеротичної ангіопатії, атрофічні, гліозні зміни головного мозку, кістоподібні вклучення, порушення ліквородинамічної функції, розширення шлуночків, цистерн, субарахної-

дальних просторів тощо.

Детально характеризуючи основний діагноз пацієнтів з ДЕ, слід відмітити, що серед усіх обстежених хворих частка осіб з ДЕ II ст. (переважно змішаного генезу) склала 83,3%. У 60% пацієнтів ураження головного мозку супроводжувались вестибуло-атактичними порушеннями, майже у половини (46,6%) - ліквородинамічними розладами, у 36,7% - вазо-вегетативною дисфункцією. Емоційно-лабільні чи астеничні розлади різного ступеня важкості діагностовано у 63,3% обстежених, легка чи помірна деменція - у 33,3%. Серед супутньої патології провідне місце займає остеохондроз хребта: він виявлений у 76,7% обстежених. На другому місці перебувають захворювання органів шлунково-кишкового тракту: хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки, хронічний гепатит, хронічний панкреатит; частка осіб з даною патологією склала 66,7%. У значній частині обстежених (56,7%) виявлена артеріальна гіпертензія (переважно есенціальна, II ст.), яка є фактором, що сприяє розвитку і прогресуванню атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, гострого порушення мозкового кровообігу. У 40% осіб діагностована ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги, переважно II функціонального класу (в 4 випадках - II - III і III ФК). Половина пацієнтів мала патологію судин кінцівок, що в більшості випадків проявлялась як ангіодистонічний синдром або ангіотрофоневроз нижніх кінцівок чи вторинний синдром Рейно з хронічною артеріальною недостатністю I або I-II ст. У 4 хворих діагностована варикозна хвороба нижніх кінцівок з хронічною венозною недостатністю I, II і II-III ст.

Комплексне, ретельне обстеження кожного направлено на консультацію хворого дало змогу не тільки чітко сформулювати основний і супутній діагноз, але й зробити обґрунтований висновок, що допомагає МСЕК у винесенні експертного рішення щодо визнання цих хворих інвалідами 3 групи. При визначенні обмеження життєдіяльності враховувались обмеження здатності до виконання трудової діяльності I ст., а також здатності до пересування I ст.

У трьох із п'яти випадків оскарження хворими рішення МСЕК встановлено, що підстав для його зміни на даний час немає; в 2 випадках було рекомендовано МСЕК змінити рішення. В першому з них у зв'язку з виявленою патологією нервово-психічної сфери та серцево-судинної системи і з урахуванням прогресуючого перебігу захворювання рекомендовано пролонгувати хворому 3 групу інвалідності від захворювання, пов'язаного з виконанням службових обов'язків з ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС та визначити йому 60% втрати працездатності. В другому випадку рекомендовано визнати пацієнта інвалідом 2 групи. Наведемо приклад.

Хворий С., визнавався МСЕК інвалідом 3 групи від захворювання, пов'язаного з ліквідацією наслідків аварії на ЧАЕС, протягом 7 років. Претендує на 2 групу інвалідності. Основний діагноз: ДЕ II змішаного генезу

(дисметаболична та дисциркуляторна) з наслідками ГПМК у вигляді розсіяної неврологічної симптоматики, виступило-атактичними розладами. Помірна деменція змішаного генезу. Супутній діагноз: ГХ III, ІХС ФК III, хронічний панкреатит, хронічний гепатит, хронічний холецистит, ЦД II типу, поширений остеохондроз хребта. Висновок: за результатами обстеження і спостереження в клініці інституту встановлено, що наявна у хворого комплексна серцево-судинна, неврологічна, ендокринологічна, гастроентерологічна патологія призводить до значного порушення функції органів та обмеження здатності хворого до пересування І-II ст., самообслуговування І-II ст., трудової діяльності II ст., що дозволяє визнати хворого інвалідом 2 групи від захворювання, пов'язаного з ліквідацією наслідків аварії на ЧАЕС, та визначити йому 70% втрати професійної працездатності.

Таким чином, при винесенні експертного рішення значну увагу слід надавати повноті обстеження хворого та особливостям перебігу захворювання.

Прогресуванню органічних уражень головного мозку сприяють дефекти діагностики ДЕ і недостатня оцінка її етіологічних та патогенетичних механізмів та, як наслідок, неадекватна терапія цієї патології у осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання. Спостереження в клініці інституту дозволили рекомендувати комплекс реабілітаційних заходів, що включають, насамперед, засоби впливу на етіологічні фактори розвитку патології мозку - атеросклерозу та гіпертонічної хвороби, на покращення мозкового кровообігу, покращення метаболізму мозку. Добре зарекомендували себе препарати метаболічно-судинного напрямку - ци-

тофлавін, актовегін, ноотропи - амінолон, луцетам; церебролізін, вітамінотерапія - аевіт, нейрорубін. Широко використовували ЛФК, голкорексфлексотерапію.

Проте проблема реабілітації інвалідів з ДЕ не може обмежуватись лише медичними завданнями. Це широке коло питань має постійно перебувати в сфері діяльності урядових структур, соціальних закладів. Важливу роль у реабілітаційному процесі відіграють медико-соціальні експертні комісії, які розробляють та контролюють виконання індивідуальних програм реабілітації.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Недостатнє клінічне, функціональне обстеження і неврахування наявності поєднаної патології та прогресуючого перебігу захворювання утруднює медико-соціальну експертизу і реабілітацію осіб з ДЕ, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

2. Для об'єктивізації стану ЦНС, серцево-судинної та інших систем організму необхідне проведення комплексного обстеження, до складу якого мають входити не лише клінічні, інструментальні і лабораторні дослідження, а й найсучасніші методи об'єктивної нейровізуалізації - КТ та МРТ.

3. Розв'язання складної проблеми реабілітації постраждалих від іонізуючого випромінювання осіб з ДЕ неможливе без сумісних зусиль державних установ, медичних і соціальних закладів.

Подальші дослідження стану ЦНС хворих з ДЕ сприятимуть покращенню медико-соціальної експертизи і реабілітації цих осіб.

Список літератури

- Адаменко Р.Я. Принципи лікування хронічної судинної патології головного мозку /Р.Я.Адаменко, А.Л.Сіделковський, В.Г.Федорець //Журнал практ. лікаря. - 2008. - №3. - С. 18-25.
- Бомко М.О. Морфометрична нейровізуалізаційна характеристика органічного ураження головного мозку у віддалений період впливу іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи /М.О.Бомко //Укр. медичний часопис. - 2004. - Т.2. - №40. - С. 96-101.
- Верифікація органічного ураження головного мозку у віддалений період гострої променевої хвороби /К.М.Лобановський, О.М.Коваленко, К.Л.Юр'єв [та ін.] //Укр. медичний часопис. - 2003. - Т.6, №38. - С. 70-78.
- Денисюк Н.В. Хроническая цереброваскулярная патология у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленный период после облучения /Н.В.Денисюк //Укр. медичний часопис. - 2006. - Т.53, №3. - С. 123-132.
- Логановский К.Н. Нейрофизиологические основы формирования экзогенно-органических церебральных нарушений после воздействия ионизирующих излучений /К.Н.Логановский //Журнал психиатр. мед. психол. - 2001. - Т.1, №8. - С. 70-75.
- Логановський К.М. Малі дози іонізуючого опромінення і нейро-психіатричні ефекти: огляд сучасних доказів /К.М.Логановський, К.Ю.Антипчук, М.О.Бомко //Журнал практичного лікаря. - 2005. - №4. - С. 19-29.

Забурьянова В.Ю., Безсмертная Г.В., Вернигородская М.В.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ЧАЭС ИНВАЛИДОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Резюме. У 30 больных с дисциркуляторной энцефалопатией изучали состояние центральной нервной системы за данными ЭЭГ, РЭГ, КТ, МРТ и доплерографии экстракраниальных сосудов. Выявлены изменения биоэлектрической активности мозга, снижение кровоснабжения, наличие атеросклеротических бляшек, утолщение КИМ каротидных сосудов, явления хронической недостаточности мозгового кровообращения, которые имеют важное значение при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, медико-социальная экспертиза.

Zaburyanova V.Y., Bezsmertna G.V., Vernigorodska M.V.

PARTICULARITIES MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION OF DISABLED YOUNG ADULTS WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY SUFFERED THE CHERNOBYL ACCIDENT

Summary. In 30 patients with dyscirculatory encephalopathy studied indices of status central nervous system according to the EEG,

REG, CT, MRI and Doppler of extracranial vessels. The changes in the bioelectric activity of the brain, decreased blood supply, presence of atherosclerotic plaques, thickening KIM carotid vascular effects of chronic insufficiency of cerebral circulation, which is of great importance in the medical and social expertise and rehabilitation of disabled persons are revealed.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, medical and social expertise.

Стаття надійшла до редакції 20.12.2011 р.

© Малачкова Н.В.

УДК: 617.751.6-053

Малачкова Н.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра очних хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГОСТРОТИ ЗОРУ У ДІТЕЙ З ДІАГНОЗОМ АМБЛІОПІЯ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ

Резюме. У статті розглянуто показники динаміки гостроти зору у дітей Вінницької області за останні 5 років, які знаходяться на диспансерному нагляді з діагнозом амбліопія у Вінницькій обласній клінічній лікарні. Проаналізовані адекватність і своєчасність проведення діагностичних і лікувальних заходів, що може внести ефективні зміни в лікувальний процес.

Ключові слова: амбліопія, плеоптичне лікування, гострота зору.

Вступ

Амбліопія є однією із частих причин зниження гостроти зору. У світі нараховується більше 1,5 мільйона сліпих дітей. Амбліопія посідає одне із головних місць у структурі захворюваності та слабкозорості дітей. За даними різних авторів, розповсюдженість рефракційної амбліопії при гіперметропії становить від 12,5% до 70%. Розповсюдженість амбліопії при косоокості становить від 69,9% до 87%. Близько 80% дітей інвалідів по зору потребують відновного лікування [Аветисов, 1968; Grosvenor, 1996].

Існуючі сучасні методи лікування дітей з діагнозом амбліопія досить часто дають недостатні результати відновлення функції зорового аналізатора. Згідно з класичною сенсорною теорією [Хьюбел, 1990], втрата центрального зору у пацієнтів з амбліопією є наслідком тривалого пригнічення гальмування в зоровій корі імпульсів, які надходять від амбліопічного ока внаслідок ураження ЦНС, зокрема латерального колінчастого тіла або інших структур мозку. Проте не всі випадки зниження зору у хворих на амбліопію можна пояснити саме гальмуванням [Аветисов, 1968; Слышалова и др., 2004; Хьюбел, 1990].

Недостатня ефективність відомих методик лікування амбліопії, потреба їхнього тривалого застосування, неможливість наперед прогнозувати остаточний результат лікування потребують найбільш раннього втручання, комплексного підходу в діагностиці, лікуванні та реабілітації дітей [Аветисов и др., 2005; Campbell et al., 1978].

Відомо, що саме за рахунок зорового аналізатора відбувається сприйняття 90% інформації про навколишній світ. Освітня діяльність дитини, як відомо, потребує відповідних фізіологічних механізмів. При їх незрілості виникають труднощі, які призводять до зниження засвоєння навчального матеріалу, успішності в

навчанні та загального рівня здоров'я дитини.

Значна кількість дітей з діагнозом амбліопія наближуються за своїми показниками до слабкозорих, мають обмежене поле зору, знижені характеристики показників кольорової та контрастної чутливості, що в подальшому обмежує їх працездатність та професійну орієнтацію тощо.

Все вище перераховане наводить на думку про необхідність подальшого пошуку новітніх підходів до діагностики, лікування.

Матеріали та методи

За даними статистичних звітів за 2010-2011 роки у Вінниці та Вінницькій області, на диспансерному обліку перебуває близько 1570 дітей різного віку з діагнозом амбліопія. Приблизно третина із них мають діагноз амбліопія високого ступеня.

Проведено аналіз структури та основних характеристик функцій органа зору у дітей з діагнозом амбліопія різного ступеня, які перебувають на диспансерному нагляді безпосередньо у Вінницькій дитячій обласній клінічній лікарні. Вивчено медичні картки 99 дітей (37 дівчат та 62 юнаки) віком від 5 до 18 років з усіх районів Вінницької області. Проведено аналіз загального рівня здоров'я, наявності супутньої патології (неврологічних проблем), обсяг та якісно-кількісні характеристики діагностично-лікувальних процедур у досліджуваних.

Дітей у віці від 5 до 7 років (дошкільний вік) було 6 чоловік, що складало 6,05%, у групі дітей від 8 до 10 років, що відповідало молодшому шкільному віку, налічувалося 20 чоловік - приблизно 20%, та юнаків і дівчат віком 11-18 років 73 (73,95%).

Серед досліджуваних у 18,18% дітей, окрім офтальмологічного діагнозу амбліопія, в медичній карті