

патологии по сердечно-сосудистым заболеваниям среди подростков оказалась более 65,7%, аритмии имели место у 57% юношей и 34,7% девушек.

Таким образом, проведенный нами анализ выявил, что значительная часть подростков имеет отклонения в состоянии здоровья. При высоком общем охвате ежегодно профилактическими осмотрами (96–98%) патологические состояния и заболевания среди осматриваемых детей выявляются в 2-6 раз реже, чем при использовании технологии АКДО.

СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИИ И ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Н.М. Громова, Т.К. Михалкина,
Г.П. Юркевич

*Старорусский политехнический колледж
Старая Русса, Новгородская обл., Россия*

История проблемы детской инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения неприязни, изоляции до концепций подготовки к труду будущих «неполноценных» членов, общество подошло к пониманию необходимости интеграции детей-инвалидов в социальную среду, адаптации их к условиям современной жизни. По данным Министерства здравоохранения и социального развития на август 2009 года, численность детей-инвалидов в России составляет 545 тысяч человек, 12,2% из них проживают в настоящее время в учреждениях-интернатах.

Численность детей, впервые признанных инвалидами, – 67 121 человек. 23,6% детей-инвалидов страдают заболеваниями различных органов и нарушений обмена веществ, 21,3% – умственными нарушениями и 23,1% детей-инвалидов имеют двигательные нарушения. Если в 2006 году на 10 тысяч населения РФ приходилось 199,6 детей-инвалидов, то в 2008 году этот показатель снизился и составил уже 191,8.

По данным Министерства образования, в 2008-2009 учебном году в обычных школах обучалось 142,659 тысяч детей-

инвалидов, в коррекционных классах обычных школ – 148,074 тысячи детей-инвалидов. В коррекционных школах и школах-интернатах – 210,842 тысячи детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

По данным министерства, в настоящее время существенно возросла обеспеченность этих детей средствами реабилитации (ортопедическими, протезными, памперсами и слуховыми аппаратами). На эти цели в 2008 году было выделено 1,2 миллиарда рублей.

В 2008 году была проведена диспансеризация 95% (более 333 тысяч) всех детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию. В 2009 году завершены выплаты в размере 100 тысяч рублей тем детям-инвалидам, которые нуждались в транспортных средствах, но предпочли денежные компенсации. К 2012 году все дети-инвалиды должны получить возможность обучаться дистанционно[1].

Всего в дистанционном обучении у нас нуждаются 35 тысяч детей-инвалидов. В первом полугодии 2009 года с учетом pilotных проектов, начатых в этом году, дистанционно обучаются более 2,5 тысячи детей-инвалидов.

Для решения задач дистанционного обучения детей-инвалидов нужно обеспечить им бесплатный доступ к информационным ресурсам и библиотечным фондам, а также подготовить специальные обучающие программы и кадры.

В связи с этим инвалидность перестает быть только проблемой узкого круга детей и их семей, а становится проблемой общества в целом.

Процесс адаптации ребенка имеет свои особенности по сравнению с адаптацией взрослых. Это объясняется тем, что детский возраст характеризуется:

- очень высоким темпом развития, в том числе, социального, совершенствованием всех систем организма;

- неразрывной связью между физическим, нервно-психическим и социальным развитием ребенка при опережающем развитии первого;

- ведущей ролью взрослого как важным фактором оптимизации адаптивного процесса.

В период детства усваиваются основные нормы общения, интенсивно усваиваются новые знания, формируется готовность ко многим видам деятельности. «Специфика взаимодействия биологической и социальной сторон адаптации человека в период детства выражается не только в большой пластичности человеческой природы, ее изменчивости под влиянием социального, но и в нарастающей гармонизации обеих сторон. Этот период характеризуется ускоренным нарастанием прогрессивных изменений и скрытым накоплением регressiveных».

Существенно осложняют адаптационный процесс возрастные кризисы. Первая попытка их систематизации и истолкования принадлежит Л.С. Выготскому (1972). Под «критическими» он понимает сравнительно кратковременные периоды развития, на протяжении которых происходят существенные перестройки в биологическом, социальном и психологическом развитии. В детском возрасте это парапубертатный (2-3,5 года) и пубертатный (12-15 лет). Внутренний конфликт истощает силы организма, ослабляет его адаптационные возможности.

Очевидно, что инвалидность у детей является фактором, затрудняющим течение адаптационного процесса и формирование адаптационного механизма.

Адаптивные возможности ребенка-инвалида ослабляются следующими обстоятельствами:

1. Недостаток физического здоровья. Дети, имеющие инвалидность, страдают заболеваниями, не связанными напрямую с их инвалидностью, чаще условно здоровых детей и чаще, чем дети, страдающие хроническими заболеваниями. Недостаток физического здоровья (нарушения речи, слуха, общей моторики) ограничивает физические возможности для общения.

2. Недостаток психологических возможностей для общения. Условия воспитания в закрытом учреждении или в замкнутом мире несчастливой семьи, обучение на дому, настороженное отношение сверстников, отношение гиперопеки со стороны

взрослых формируют личность, психологически и социально инфантильную, коммуникативно беспомощную.

3. Недостаток материальных средств для удовлетворения специфических потребностей детей-инвалидов (средства передвижения слуховые аппараты, специальные приспособления и т.д.), а также архитектурные и психологические барьеры общества в значительной мере ограничивают возможности ребенка-инвалида к социальному приспособлению.

Ограниченнность возможностей детей-инвалидов участвовать в деятельности, соответствующей их возрасту (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), лишает ребенка базы социальной адаптации. Как следствие, родители и общество стремятся уберечь такого ребенка от участия в адаптивных ситуациях, что не способствует формированию и укреплению адаптационного механизма и тормозит развитие личности ребенка.

Разнообразные психологические нарушения и расстройства, ограничение мобильности и независимости, нарушение способности заниматься обычной для своего возраста деятельностью - все эти нарушения наиболее прямо и непосредственно затрудняют социальную адаптацию детей-инвалидов и интеграцию их в общество. Специфика социальной адаптации этой категории детей связана с наличием у них особого состояния - социальной недостаточности.

Понятие социальной недостаточности включает в себя:

- ограничение способности к самообслуживанию,
- ограничение физической независимости,
- ограничение мобильности,
- ограничение способности адекватно вести себя в обществе,
- ограничение способности заниматься деятельностью, соответствующей возрасту,
- ограничение экономической самостоятельности,
- ограничение способности к профессиональной деятельности,
- ограничение способности к интеграции в общество.

На наш взгляд, понятие социальной недостаточности необязательно должно быть соотнесено с инвалидами, та или иная степень социальной недостаточности может быть выявлена и у лиц неинвалидов, попавших в сложную ситуацию (например, беженцы, оставшиеся без попечения родителей дети, жертвы насилия и военных конфликтов).

Незнакомая обстановка угнетает обычную активность детей. Это связано с недостаточной информированностью о новой среде. Поэтому при управлении адаптивным процессом следует учитывать, что одним из резервов его оптимизации могли бы стать:

- предварительное информирование субъекта о возможном изменении среды, обеспечение достоверной информацией в доступной форме,
- обеспечение преемственности между старыми и новыми условиями,
- развитие «обратной связи» субъекта со средой, позволяющей эффективно получать информационные сигналы среды, что позволило бы верно оценить ситуацию и перестроить поведение.

Успешность социальной адаптации ребенка-инвалида может быть связана с биологическими факторами: такими, как возраст, пол, характер инвалидности (зрение, слух, опорно-двигательный аппарат, психические, общие заболевания).

Что касается состояния здоровья детей как фактора социальной адаптации, то, на наш взгляд, наибольшее значение имеет не характер патологии, а степень физической и психической недостаточности, порожденной заболеванием. Анализ данных свидетельствуют, что 87% детей-инвалидов, имеющих адаптивные затруднения, являются инвалидами с рождения. И только 13% стали инвалидами в результате травм или заболеваний в более старшем возрасте.

Выше отмечалось, что в периоды возрастных кризисов адаптационные возможности снижаются. Однако в литературе укоренилось мнение, что чем младше ребенок-инвалид, тем легче ему адаптироваться и интегрироваться в среду сверстников: «В 6 лет барьер между ребенком-инвалидом и его здоровым сверстником

мало заметен, в 16 лет он практически не преодолим». Мы полагаем, что такой прямой зависимости нет, а динамика адаптивных возможностей детей-инвалидов сложнее.

Таким образом, для решения проблемы детской инвалидности необходимо комплексное решение 2-х задач:

1. Задача профилактики детской инвалидности - не лечить, а предупреждать заболевание, не компенсировать, а предупреждать изъяны системы воспитания и образования, не расширять до бесконечности систему специальных учреждений для инвалидов, а предупреждать возникновение и распространение инвалидности.

2. Задача социальной адаптации и реабилитации детей-инвалидов, что предполагает снижение степени инвалидности до возможно полной реабилитации либо реализации мер, помогающих приспособиться к жизни, получить образование и работу, обрести достоинство и социальную ценность. Содержание работы различных учреждений, занятых проблемой инвалидности, должно все больше определяться конечными социальными, а не только клинико-физиологическими показателями.

Решение первой задачи предполагает:

- повышение качества жизни будущих родителей;
- пропаганду здорового образа жизни, исключающего возможность применения алкоголя и наркотиков, исключение профессиональной вредности;
- оздоровление населения, особенно женщин репродуктивного возраста;
- повышение качества дородовой диагностики и системы родовспоможения, ранней послеродовой реанимации и реабилитации
- проведение эффективной работы по профилактике детского травматизма;
- повышение качества медицинского обслуживания детей, особенно часто болеющих, страдающих хроническими заболеваниями.

Для решения второй задачи необходимо:

- признание равенства в правах здоровых и инвалидов, осуществление на деле принципа "равных возможностей";

- признание «особых» прав инвалидов, возникающих в связи инвалидностью, и обеспечение таких потребностей, как потребность в передвижении, в доступе к объектам социальной инфраструктуры, в возможности овладения знаниями, в рациональном трудовом устройстве, в социально-психологической адаптации, в материально-бытовой и финансовой поддержке;
- создание системы эффективной реабилитации, профессиональной ориентации, а в последующем - трудовой подготовки и трудоустройства, вплоть до индивидуального приспособления рабочего места;
- придание проблеме социальной адаптации детей-инвалидов статуса государственной и разработка комплексных мер по созданию системы эффективного управления процессом их социального приспособления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <http://www.rian.ru/society/20090917/185412439.html>

СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Г. Гусейнов

*Дагестанская государственная
медицинская академия
Махачкала, Россия*

Проблема лечения огнестрельных переломов не исчерпывается оптимизацией только механических условий их сращения. Кроме анатомической репозиции и стабильной фиксации костных отломков, необходимо заживление раны. Показания для той или иной разновидности дерматопластики диктуются конкретными условиями: площадью, конфигурацией и глубиной раневого дефекта, инфицированностью или нагноением раны, фазой раневого процесса и т.д. Оптимальным видом кожной пластики является тот, который в кратчайший срок и наиболее простым путем обеспечивает полноценное закрытие раны. Мы приводим способы оптимизации лечения ран, примененные у 42 больных с открытыми и огнестрельными переломами

длинных костей нижних конечностей в возрасте от 15 до 58 лет.

Свободная дерматопластика широко распространена, и главным преимуществом ее является возможность одномоментного закрытия достаточно крупных дефектов кожи. Однако при инфицированных ранах она неприемлема из-за высокого риска осложнений. Несвободная кожная пластика местными тканями предпочтительнее в силу оптимальных биологических условий заживления: лучшего кровоснабжения лоскута и полного соответствия его реципиентной области. Однако и она имеет недостатки, к которым относится возможность замещения лишь сравнительно небольших дефектов кожи, необходимость мобилизации краев раны и дополнительных разрезов. В 1976 году Radovas впервые предложил метод дерматоэкстензии – пластику дефектов постепенно растягиваемыми соседними участками кожи. Это дало импульс для развития целого направления в реконструктивной хирургии. При лечении 14 больных, у которых имелись раневые дефекты кожи поврежденных сегментов, был успешно применен наш способ дистракционной аутодерматопластики (патент на изобретение РФ № 2215480), позволивший приступить к замещению раневого дефекта, не дожидаясь купирования гнойного процесса. Сущность способа заключается в том, что вдоль краев раны проводится пара спиц Киршнера таким образом, чтобы кожа по краям раны была дробно нанизана на спицы. Под их надкожные отрезки проводится капроновая нить, натяжением концов которой спицы и края раны постепенно сближаются, а концы нити связываются провизорным узлом. Через некоторое время натяжение нити ослабевает из-за эластических свойств кожи и действия известного эффекта Г.А.Илизарова, согласно которому напряжение растяжения тканей вызывает их регенерацию и рост. Каждый день производится «перешнуровка» раны с сокращением ее площади и возобновлением первоначального натяжения нити. При достижении полного закрытия раны накладываются вторичные швы с сохранением натяжения нити еще на некоторое время.

Тот же принцип использован нами в устройстве из деталей аппарата Илизарова