

Лазаренко К.П.

Харківський національний медичний університет

Кафедра гігієни та екології №2

Асистент

Білера Н.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра гігієни та екології №2

Асистент

Логвінов Д.І.

Харківський національний медичний університет

Кафедра гігієни та екології №2

Асистент

АКТУАЛЬНІСТЬ ТА СОЦІАЛЬНА ЗНАЧИМІСТЬ ПРОБЛЕМИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДІТЕЙ НА ХВОРОБИ ОПОРНО-РУХОВОГО АППАРАТУ

Незадовільні показники стану здоров'я дітей та підлітків, що навчаються в навчальних закладах, є актуальною проблемою сьогодення. Неухильне зниження числа практично здорових дітей, зростаючий потік дітей, що страждають хронічною патологією та інвалідів, розглядається багатьма дослідниками сьогодні як національна трагедія України.

Століття розвинених технологій диктує свої умови життя, як дорослим, так і дітям.

Учні багато часу проводять у школі, інтенсивні інтелектуальні навантаження переносяться і додому: деколи домашні завдання діти закінчують пізно увечері. З цього слідує, що дитина практично весь день знаходиться у вимушеному положенні, сидячи. В результаті - проблеми зі здоров'ям, у тому числі, порушення постави від ступеня «сутулість» до сколіотичної постави. Як наслідок - перенапруження мускулатури при даній патології і болі в області спини. Важливо відзначити, що при посиленні патології, страждає весь

організм дитини, адже відхилення від норми кістково-м'язового апарату призводить до зміщення внутрішніх органів і, як наслідок, до порушення їх функцій. [1, с.130]

Враховуючи соціальну значимість захворюваності працездатного населення, необхідно відзначити, що одна з першопричин усіх хвороб дорослого населення прихована в первинному придбанні даної патології в дитячому віковому періоді з подальшою хронізації процесу і приєднанням ускладнень.

Гострота проблеми хвороб опорно-рухового апарату у дітей обумовлена не тільки їх значною поширеністю, але і раннім початком, швидкістю зниження соціальної адаптації дитини.

Актуальність та соціальна значимість проблеми адаптації дітей до навчальних навантажень в школах визначається також величезним економічним збитком, який обумовлений високою захворюваністю і інвалідизацією школярів.[2, с.177-178].

Дослідженнями ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», зробленими у 2014 році, визначено що поширеність захворювань серед дітей шкільного віку в Україні залишається досить високою, досягаючи 2000 ‰, хоча в останні 3 роки, за даними офіційної статистики, її зростання припинилося. У структурі захворюваності школярів як і раніше лідирує патологія органів дихання, травлення, ока та придаткового апарату, кістково-м'язової системи, збільшилася питома вага ендокринної патології. На жаль, справжня поширеність деяких захворювань, за результатами досліджень Інституту, в кілька разів перевищує показники офіційної статистики. Це стосується, насамперед, психічних розладів і порушень поведінки, захворювань опорно-рухового апарату і серцево-судинної системи та ендокринних захворювань.

Дані офіційної статистики свідчать про несприятливі тенденції ортопедичної захворюваності дитячого населення України - зростання хвороб опорно-рухового апарату серед дітей віком 0-14 років. У міру дорослішання дітей збільшується поширеність інвалідності, зумовленої ортопедичною

патологією. При профілактичних оглядах виявлено зростання порушень постави та сколіозу за час перебування дітей у дошкільних освітніх установах.

У структурі ортопедичної патології у дітей найбільша частка припадає на деформації стопи - 78,9% і порушення постави - 63,2%. Поєднання зазначеної ортопедичної патології має місце у 65,4% дітей.

Факторами ризику розвитку ортопедичної патології у дітей є наявність захворювань опорно-рухового апарату у родичів по батьківській лінії, хвороби кістково-м'язової системи у матері, несприятливий перебіг вагітності (гестоз, загроза переривання вагітності і гіпоксія плода різної етіології), професійні шкідливості і куріння у обох батьків, низький середній дохід сім'ї на людину. [3]

Нормальний хребет - це потужна, добре збалансована кістково-м'язово-зв'язкова система, хребет обов'язково реагує спочатку функціонально, а потім і морфологічно на всі постійно діючі фактори екзо- або ендогенного характеру. Хребет нормально розвинутої дитини росте, зберігаючи або "нарощуючи" фізіологічну кривизну та зменшує її глибину. Ортопедичні відхилення, що з'являються в дитячому віці, ведуть до виникнення неприродних вигинів і викривленням хребта. Порушення постави є преморбідним станом.

Всі структури в організмі людини перебувають у нерозривній єдності функціонального і механічної взаємодії. При ураженні хребта виникає порушення іннервації і кровопостачання пов'язаних з ним внутрішніх органів; при ураженні внутрішніх органів хронічне підпорогове болюче подразнення буде викликати м'язовий спазм і вегетативне порушення кровопостачання на рівні хребта. Пояснюється це тісними вегетативними зв'язками хребта з різними внутрішніми органами.

При різних порушеннях постави страждає не тільки опорно-руховий апарат, але і внутрішні органи. Згідно з результатами численних досліджень хребет може бути ініціатором різних вісцеральних порушень. У дітей з порушеннями постави знижені фізіологічні резерви дихання і кровообігу, відповідно порушені і адаптивні реакції, що робить дітей з аномаліями постави схильними

до захворювань легенів і серця. Так при значній вираженості грудного кіфозу, деформується грудна клітка скорочення її рухливості призводить до зниження легеневої вентиляції, порушення газообміну, що сприяє частим простудним захворюванням, гострим бронхітам, пневмонії, бронхіальній астмі. Для цієї соматичної патології характерне зниження статичної витривалості організму, діти швидко втомлюються, у школярів знижується працездатність.

Кількість дітей з діагнозом сколіоз зростає в 2,5 рази в першому класі і в 8,7 рази - до кінця періоду навчання. Порушення постави збільшується в 1,9 рази до закінчення школи. Серед функціональних порушень домінує патологія з боку кістково-м'язової системи, нервової системи та психічної сфери. Порушення постави у дітей і підлітків, ведуть до певних проблем психолого-соціальної значущості, наприклад невдоволення своїм тілом у підлітків і виникнення різного роду комплексів на цьому ґрунті, які можуть перейти у доросле життя.[4, с. 90-93]

Залишається невирішеним комплекс проблем, пов'язаних з медико-соціальним забезпеченням і фінансуванням, наприклад як корсетотерапії, яка забезпечується на бюджетній основі тільки дітям і підліткам з підтвердженою інвалідністю, повноцінне лікування та реабілітація таких пацієнтів, що стає можливим тільки за умови цілодобового перебування пацієнта в умовах реабілітаційного і лікувального закладу протягом тривалого часу.

Крім цього залишаються відкритими ряд клінічних питань: відсутність ефективної і безпечної діагностики порушень постави, брак знань про вплив порушень постави на вісцеральні процеси і відсутність повної інформації про вплив порушень постави на стан саногенетичної системи організму.

Не можна виключити зв'язок зниження або зриву адаптаційного компонента саногенетичної системи організму та дисфункції вегетативної нервової системи з порушеннями постави різного ступеня вираженості.

При всій різноманітності вроджених і рано набутих захворювань і пошкоджень опорно-рухового апарату у більшості таких дітей спостерігаються подібні проблеми. Провідним у клінічній картині є руховий дефект (затримка

формування, недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій). Частина дітей з такою патологією не мають відхилень у розвитку пізнавальної діяльності і не вимагають спеціального навчання і виховання. Але всі діти з порушеннями опорно-рухового апарату потребують особливих умов життя, навчання і подальшої трудової діяльності.[5, с.64; 6].

Основною метою спеціального освітнього стандарту для учнів з порушеннями опорно-рухового апарату є коригування змісту і розробка його змін і доповнень, що враховують рухову недостатність, а також визначення змісту трудової підготовки та корекційних предметів, спрямованих на виправлення множинних вад розвитку.

Існуючі спеціалізовані установи (спеціалізовані школи-інтернати) здатні забезпечувати позитивний лікувально-оздоровчий ефект поряд з проведенням загальноосвітнього процесу та створенням умов для соціально-психологічної реабілітації дітей зі сколіозом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пискунова Л.В., Прусов П.К., Самойлов Ю.А. К вопросу о причинах низкой двигательной активности у школьников // Материалы научно-практической конференции «Медицина, физкультура и спорт. Итоги, перспективы развития». Ижевск, 2000. - С. 130.
2. Симанова С.Н., Киргизов И.В., Терлецкая Р.Н. Медико-социальные особенности формирования ортопедической патологии у дошкольников // Вопросы современной педиатрии.-Москва, 2010.- № 1.- С.177-178.
3. Дворяковский И.И. Изменения опорно-двигательного аппарата и их коррекция при нарушениях осанки у детей: автореф. дис. канд. биол. наук. — М., 1999.
4. Пыжевская О.П., Орехова Н.М. Некоторые аспекты психологического состояния и самооценки пациентов со сколиозом, находящихся на лечении в специализированной школе-интернате // Материалы международного симпозиума «Адаптация различных систем организма при сколиотической

деформации позвоночника. Методы лечения»: Тезисы докладов. – Москва, 2003. – С. 90-93.

5. Халемский Г.А. Коррекция нарушений осанки у школьников. — СПб: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2001.- С. 64.

6. Шитиков Т.А. Эффективность комплексной реабилитации детей и подростков с нарушениями осанки и функциональными сколиотическими деформациями: дис. канд. мед. наук. М., 2004.