

		мость, раздражительность.
Меланхолический	Легкие[↑]	Неверие в выздоровление, угнетение болезнью, депрессия (угроза суицида).
Апатический	Легкие[↓]	Полное безразличие к своей судьбе, пассивное выполнение назначений врача, неуверенность в себе, депрессия, меланхолия, вялость, усталость, забывчивость, бессонница, грусть, тоска.

[↑] – повышен энергообмен,

[↓] – снижен энергообмен

Болезнь начинается в тот момент, когда человек достигает своего физического и эмоционального предела. Эти пределы индивидуальны для каждого человека. Время достижения этих пределов зависит от того, какой у человека запас энергии, или сколько раз он пережил одну и ту же внутреннюю боль.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает в роли повреждающего.

Рассмотрев типы психической акцентуации и типы поведения пациентов, их эмоциональную реакцию на заболевание, можно предположить о поражении систем органов и подобрать правильную тактику общения с данным пациентом, а также выбрать методы диагностики и лечения пациентов.

Таким образом, знания об эмоциях, поведении человека, его реакции на болезнь и т.д. характерных каждому из органов, позволяет посмотреть на организм с точки зрения целостности и применять иные схемы лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – С-Пб.: Речь, 2000.– 238 с,
2. Гоникман Э. Психосоматика в восточной медицине. Клиника. Акупунктура. Гомеопатия. –М.: Велигор, 2007. – 232с.
3. Манегетти А. Психосоматика. Новейшие достижения. –М.:Онтотпсихология, 2008.– 624 с.
4. Оди П. Китайская медицина. – М.: Кладезь Букс 2011. – 210с.
5. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. – М.: Профит-Стайл, 2012.– 468с.

Т. Б. Мандзюк,

асистент кафедри хірургічної та дитячої стоматології,

Буковинський державний медичний університет

ПРОБЛЕМА ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В УКРАЇНІ

Інвалідність разом з показниками фізичного розвитку, групою медико-демографічних показників являється важливим індикатором стану здоров'я дитячого населення в Україні. Згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я – «це не тільки відсутність захворювань і фізичних дефектів, а стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя».

Людей з функціональними обмеженнями у всьому світі дуже багато, і кількість їх постійно зростає. Щонайменше кожен десятий мешканець світу має фізичні, розумові або сенсорні дефекти. Отже, кожна країна має вирішувати цілий комплекс проблем, щоб сприяти повноцінній інтеграції людей з функціональними обмеженнями у фізичне і соціальне середовище.

Ці проблеми включають багато аспектів: культурний, економічний, науково-технічний і технологічний, медичний, освітній. Тому, сучасний підхід до розуміння явища інвалідності не обмежується задоволенням потреб лише осіб з функціональними обмеженнями, а стосу-

ється й значної частини інших людей, багатьох аспектів соціального та економічного життя. Загальновідомо, що забезпечення сприятливих умов для повноцінної реабілітації та соціальної адаптації людей з функціональними обмеженнями відповідає інтересам не лише їх самих та членів їхніх родин, а й соціально економічним інтересам держави та суспільства.

Отже, проблема інвалідності серед інших соціальних, економічних та політичних проблем сучасного світу є актуальною для будь-яких країн. Саме її актуальність спонукає міжнародні інституції, національні уряди, громадськість різних країн приділяти велику увагу пошуку, розробці і впровадженню моделей соціальної підтримки, які б найбільше відповідали потребам людей з функціональними обмеженнями. Досліджуючи окремі аспекти соціальних проблем осіб з функціональними обмеженнями, треба чітко уявляти, наскільки значущим є взагалі явище інвалідності серед інших соціальних явищ сучасного українського суспільства.

На даний час в динаміці стану здоров'я дитячого населення України наявна негативна тенденція до підвищення частоти виникнення вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки, що на думку експертів призведе до збільшення дитячої інвалідності більше ніж у 2 рази [1, с. 28, с.42].

Кількість дітей із вродженими та набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки складають третину від аналогічних захворювань у дорослих. За статистичними даними, дитяче населення України зменшується, але питома вага співвідношення вроджених вад, пухлин, травматичних ушкоджень, запальних процесів та інших захворювань залишається на тому ж рівні. Діти з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки народжуються з частотою 1:600 – 1:700 пологів. Таким чином, кожного року надання спеціалізованої хірургічної допомоги потребують 800 хворих. Таким дітям проводять 3-4 операційних втручання, близько 35 разів вони звертаються до ортодонта. Їм потрібна постійна допомога логопеда та тривале, інтенсивне, своєчасне лікування [2, с. 226].

Виходячи з аналізу захворюваності дітей України на запалення, пухлинні процеси щелепно-лицевої ділянки, відзначено, що вони на 25%-40% трапляються частіше, ніж у дорослих. Це зумовлено закономірностями анатомо-фізіологічного розвитку дитини. Наслідки цих захворювань небезпечні для розвитку організму, що вимагає звести до мінімуму вторинні дефекти і деформації щелепно-лицевої ділянки, рецидиви захворювань [5, с. 71].

Вади розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають 3-тє місце серед інших вроджених вад. 70 % з них складають вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, а 30%-різні форми крантосиностозів та черепно-лицевих дизостозів. Етіологія цих захворювань має мультифакторний характер. Проведені клініко-генеологічні дослідження показали, що у 85 % хворих вади щелепно-лицевої ділянки спорадичного характеру, а у 15 % – сімейного [3, с. 88].

Одними з найпоширеніших каліцтв у людини, котрі становлять близько 30 % всіх вроджених аномалій щелепно-лицевої ділянки, є незрощення верхньої губи і піднебіння. Причини, які зумовлюють каліцтво, вивчались ще в давні часи, проте до нашого часу питання етіології незрощення обличчя і піднебіння повністю не з'ясоване. Значне поширення мала теорія походження незрощень губи та піднебіння в результаті спадкових факторів.

Вроджені незрощення обличчя являють собою важку вадку розвитку, що призводить до серйозних наслідків: з моменту народження дитини яскраво виражене порушення функції губи і піднебіння (смоктання, ковтання, а в подальшому жування), що в свою чергу призводить до відхилення в розвитку дитини. Інколи, при аспірації вмісту порожнини рота – до летального наслідку в перші тижні життя. При незрощеннях піднебіння порушується правильне звукоутворення, з віком виявляється дефект мови: мова стає незрозумілою, з носовими звуками [4, с. 68].

У зв'язку з невинним ростом дитячої інвалідності в цілому, та інвалідності щелепно-лицевої ділянки зокрема, в Україні та у всьому світі, все більше уваги лікарями-дослідниками приділяється проблемі встановлення факторів формування даного явища, основними з яких є: 1) соціально – гігієнічні (незадовільні матеріально – побутові умови, шкідливі умови праці батьків та їх низький рівень матеріального забезпечення), 2) медико – демографні (багатодітна сім'я, відсутність в сім'ї одного з батьків), 3) соціально – психологічні (шкідливі звички або психічні захворювання батьків, неблагополучний психологічний клімат в сім'ї, низький рівень загальної і санітарної культури) [4, с. 69].

Серед медико – соціальних проблем сім'ї, що має дитину-інваліда, важливими є наступні:

1. Медичні, що пов'язані: з недостатньою інформованістю батьків з етіологією, перебігом і прогнозом захворювання дитини, вибору способів, методів та закладів для лікування, психологічної та педагогічної корекції дитини; зі ступенем готовності батьків до проведення відновлювальної терапії в домашніх умовах;

2. Психологічні, що викликані: занепокоєнням сім'ї за результат лікування та долю дитини, конфліктами між батьками, що пов'язані з пошуком «винуватців» в неповноцінності дитини; відсутності або недостатності допомоги по догляду за дитиною зі боку членів сім'ї та родичів; замкнутості в спілкуванні з друзями, сусідами і т.д.;

3. Економічні, що зумовлені: низьким рівнем матеріального забезпечення більшості сімей; труднощами в працевлаштуванні матерів дітей – інвалідів на роботу, додатковими витратами на лікування, консультування та реабілітацію дітей, придбання путівок в лікувально-профілактичні санаторії та інше;

4. Соціальні – пов'язані з відсутністю або недостатністю підтримки зі сторони державних організацій.

5. Педагогічні, що включають проблеми виховання, навчання, професійного орієнтування.

6. Юридичні: зумовлені незнанням і не використанням більшою кількістю сімей прав та пільг, що передбачені законодавством, внаслідок недостатньої кількості і низького рівня юридичних служб з даним контингентом населення.

Виділяють наступні групи факторів, що негативно впливають на здоров'я дітей: біологічні, демографічні, соціально – гігієнічні та медико – організаційні. Кожна з названих груп є мультифакторною, з різним ступенем впливу окремих складових. Найбільш значущими серед біологічних факторів вважають: супутні та спадкові захворювання батьків, наявні в анамнезі матері довготривале безпліддя або викидні, патологічне передлежання плоду, ускладнення при пологах та ін. Одним з основних демографічних факторів ризику – це вік матері старше 30 років. До факторів соціально – гігієнічного характеру відносять дію на організм екзогенних токсинів (алкоголь, наркотичні засоби, наявність професійних шкідливих впливів). В групу медико – організаційних факторів варто включати такі як: застосування стимулюючих препаратів при пологах, загального знеболення і оперативних втручань під час пологів, неправильна оцінка статусу новонародженого [1, с. 67].

Відомим є факт, що стан здоров'я дитини напряму залежить від характеру перебігу внутрішньоутробного розвитку плоду. Якщо під впливом тих чи інших факторів на даному етапі відбувається затримка розвитку, дитина народжується з ознаками незрілості та гіпотрофії. Такі діти, так як недоношені, потребують спеціального догляду, а інколи і реанімаційних заходів. Незрілість та недоношеність не є основними причинами інвалідності, проте при комплексному впливі з іншими негативними факторами, наприклад за умови приєднання інфекції, несвоєчасної і/або неякісної медичної допомоги, при наявності супутньої патології, що значно погіршує стан, дані фактори можуть призвести до розвитку інвалідності [3, с. 87].

Профілактика дитячої інвалідності починається з охорони здоров'я сім'ї та стану здоров'я жінок репродуктивного віку, так як в більшості випадків у формуванні вроджених вад розвитку важливу роль відіграє спадковість, вроджена і перинатальна патологія, але й фактори, що пов'язані з заплідненням, виношуванням плоду і пологами.

Профілактика включає в себе три взаємопов'язані та послідовні рівні: 1) зниження частоти виникнення порушення функції (первинна профілактика); 2) обмеження ступеню розвитку інвалідності, що викликана порушенням функції (вторинна профілактика); 3) попередження переходу інвалідності у фізичні дефекти (третинна профілактика) [1, с. 74].

Останнім часом через складну соціально-економічну ситуацію в країні, зменшення обсягів фінансування галузі охорони здоров'я погіршилась якість лікування, відзначаються порушення етапності лікування хворих та дотримання термінів лікування. Відсутність комплексної їх реабілітації зумовила появу більшої кількості ускладнень після хірургічної корекції щелепно-лицьових вад розвитку, що потребує високої кваліфікації та досвіду роботи. [5, с. 72].

Аналізуючи результати роботи щелепно-лицьових відділень було відзначено, що діагностичні помилки, особливо при пухлинних процесах у дітей, мають тенденцію до зро-

стання. Крім того, збільшилась кількість важких вторинних деформацій після лікування вроджених та набутих захворювань щелепно-лицьової ділянки. Лікарі не завжди направляють важкохворих дітей до спеціалізованих відділень, намагаються лікувати їх власними силами, що на фоні їх недостатньої компетентності призводить до формування нових деформацій, погіршення стану хворого. Особливої уваги заслуговує лікування та реабілітація дітей із вродженими вадами щелепно-лицьової ділянки, які перебувають у будинках дитини та інтернатах.

Для обґрунтованої та ефективної роботи системи медико – соціальної допомоги дітям – інвалідам та їх сім'ям необхідні, перш за все, знання про розповсюдженість даного явища і структуру дитячої інвалідності в цілому [5, с. 71].

У зв'язку з тим, що комплексні соціально – гігієнічні дослідження різних контингентів дітей-інвалідів та сімей, що їх виховують, тільки набувають розповсюдження в нашій країні, єдиної методики щодо проведення вищезазначених досліджень на даний час не запропоновано.

Відновлюване лікування дітей – інвалідів не обмежується оперативним втручанням, медикаментозним та фізіотерапевтичним впливом, воно обґрунтоване довготривалими та різноманітними етапами медичної, педагогічної та соціальної корекції, а як показали дослідження велика кількість сімей, що мають дитину – інваліда проживають за важких матеріальних умов [1, с. 48].

Ставлення до захворювання дитини залишає свій відбиток на методах виховання, що призводить до формування певних характерологічних особливостей, рівня соціалізації, проходження етапів реабілітації після завершення оперативного втручання.

Провівши аналіз системи надання медико – соціальної та педагогічної допомоги хворим дітям, можна зробити певні висновки: її удосконалення повинне бути спрямоване не скільки на покращення лікувально – реабілітаційної бази, скільки на шляхи пошуку нових підходів та оптимізації методів роботи, розробки нових організаційних форм обслуговування даної частини дитячого населення нашої країни, що особливо важливе при недостатньому фінансуванні системи охорони здоров'я.

Необхідною умовою вважається розробка комплексного інтегрального підходу до вирішення проблеми підвищення ефективності процесів лікування та реабілітації вказаного контингенту, основними принципами якого є:

- рання діагностика основного захворювання, прогнозування його наслідків і своєчасного оформлення інвалідності;
- своєчасне консультативно – діагностичне обстеження та складанням схеми реабілітаційної програми;
- етапність в наданні медико – соціальної та психологічно – педагогічної допомоги з моменту встановлення діагнозу основного захворювання;
- диференціювання методів відновлювального лікування залежно від специфіки наявних порушень функцій;
- робота з сім'ями методами переконання з метою забезпечення їх активної участі в процесі реабілітації.

Отже, вивчення проблеми дитячої інвалідності в Україні є важливим та актуальним, особливо в даний кризовий період, коли страждають в першу чергу соціально незахищені люди в, тому числі діти – інваліди.

ЛІТЕРАТУРА

1. Каменев И.А. Детская инвалидность / И.А. Каменев, М.А. Позднякова, -Нижний новгород, 1999. – 155 с.
2. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология детского возраста / Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко, И.Л. Чехов, – ООО Книга плюс – 2005.
3. Ковач І.В. Динаміка зміни активності маркерів запалення ротової рідини у дітей з розщілинами твердого та м'якого піднебіння / І.В. Ковач, М.Ю. Пивоваров // Вісник стоматології. – 2013. – №2 – С. 87– 88.

4. Ковач И.В. Изменение физических свойств ротовой жидкости у детей с расщелинами твердого и мягкого неба в динамике / И.В. Ковач, М.Ю. Пивоваров, А.В. Вербицкая.// Современная стоматология. 2013. – №3 – С. 68, 69.
5. Езвущко С.В. Взаємозв'язок між фізичним розвитком та зубошелепними аномаліями у дітей /С. В. Безвущко, Н.Л. Чухрайс.// Вісник стоматології. – 2013. – №3 (84) – С.71-72.

Н. А. Пересадин,
доктор медицинских наук, профессор
Н. Б. Рябенко,
кандидат медицинских наук, ассистент
Т. В. Дьяченко,
кандидат медицинских наук
С. С. Гуртовая,
старший лаборант кафедры,

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСМИССИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В МИРЕ И В УКРАИНЕ. ОЧЕРЕДНЫЕ ВЫЗОВЫ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Хорошо известно, что трансмиссивные заболевания (ТЗ) по – прежнему представляют собой одну из самых актуальных и затратных проблем современной медицинской науки и практики; распространенность и поражаемость населения ТЗ во многом обусловлена наблюдаемыми в последнее время изменением биотических и метеорологических факторов глобального характера, детерминированных доминантой «всеобщего потепления» большом количестве регионов планеты.

Трансмиссивные болезни (лат. transmissio – перенесение на других) среди всей инфекционной патологии человека несут на себе не менее 17% глобального социально – экономического и финансового бремени совокупных заболеваний инфекционной природы – вирусных, бактериальных, паразитарных; при ТЗ источник инфекционного начала, как правило, должен иметь эффективного переносчика, в роли коего выступают клещи, мошки, комары, слепни, мокрецы, блохи, вши, клопы [1]. Именно в организме этих живых переносчиков совершаются полные циклы развития возбудителей ТЗ. Сам научный термин «ТЗ» был предложен и внедрен в обиход медицины известным паразитологом, ученом с мировым именем Евгением Никаноровичем Павловским, создавшим учение о природно – очаговых болезнях еще в 40-50-х годах XX столетия.

Выделению ТЗ в особую группу для пристального изучения и разработки соответствующих мероприятий по отношению к ним предшествовал длительный исторический период развития и становления трансмиссивной теории в эпидемиологической науке вообще и в клинической инфектологии, в частности [2].

Наиболее яркие примеры «драматической медицины» связаны с именами Г.Н. Минха и О.О. Мочутковского, осуществившими героические опыты с самозаражением, что позволило установить наличие возбудителей сыпного и возвратного тифов в крови больных людей и дало возможность этим исследователям впервые высказать идею о ведущей роли именно кровососущих насекомых в передаче возбудителей паразитарных тифов. В конце 19 – го века, а также в первые годы XX столетия гипотезы о передаче патогенного начала членистоногими получают научное обоснование путем целенаправленно осуществленных тщательно подготовленных экспериментов, подтвержденных исследованиями Мансона, Смита, Брюса и Росса. Качественно новый и принципиально важный этап эволюции трансмиссивной теории связан с открытием Е.Н. Павловским в 1939 – 1940 гг. феномена природной очаговости ТЗ и созданием учения о природно – очаговых заболеваниях человека и животных.

На сегодняшний день группа ТЗ включает в себя более 200 нозологических форм, вызываемых вирусами, бактериями, простейшими и гельминтами, которые принято делить на облигатные ТЗ и факультативные ТЗ [3].