

було відмінностей у структурі категорій ІМВ та характері мікрофлори (домінував *St. aureus*)

2. Застосування діагностично-лікувального алгоритму ІМВ, який передбачає диференційоване лікування ІМВ, залежно від її категорії, забезпечило зменшення кумулятивної частоти видалення катетера через ІМВ з 17,8% до 5,9%, $p=0,026$ та збільшення середнього терміну функціонування катетера до $1024 \pm 13,1$ доби проти $930,1 \pm 32,2$ доби, $p=0,031$.

3. Наявність асоціації мікроорганізмів при ІМВ була пов'язана із більшою частотою видалення катетера (50,0%) ніж монокультура збудника – (16,3%), $p=0,005$.

Література

1. Mary Anne Luzar Exit-site infections in continuous ambulatory peritoneal dialysis: a review. *Perit Dial Int*, Vol. 11, pp 333-340, 1991

2. Beth Piraino, Judith Bernardini Catheter-related Peritonitis Peritoneal Dialysis International, Vol. 33, pp. 592-595

3. Z. J. Twardowski and B. F. Prowant Current approach to exit-site infections in patients on peritoneal dialysis *Nephrol Dial Transplant* (1997) 12: 1284-1295

4. Мішалов В.Г., Гойда С.М., Заводовський Є.С., Маркулан Л.Ю., Кучма І.Л. Профілактика диспозиції катетера Tenckhoff в черевній порожнині Хірургія України 1 (53) 2015 73

Мишалов В.Г.¹, Заводовський Є.С.¹, Гойда С.М.¹, Маркулан Л.Ю.¹, Кучма І.Л.²

Результаты дифференцированного лечения инфекции места выхода / туннельной инфекции катетера Tenckhoff при проведении перитонеального диализа у больных с терминальной стадией хронической болезни почек

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца¹

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика²

Резюме. Инфекция места выхода катетера Tenckhoff (ИМВ) возникает в 0,05 - 1,05 случаях на пациента в год и является фактором риска прекращения перитонеального диализа (ПД).

Цель работы. Оценка эффективности дифференцированного лечения ИМВ в сравнительном трехлетнем проспективном исследовании.

Материалы и методы исследования. Обследовано и пролечено 141 больного, которые получали заместительную терапию методом ПД.

В группе С (73 больных) лечение и профилактика ИМВ осуществлялись без дифференцированного подхода; в группа О (68 больных) - применен дифференцированный подход с учетом категории ИМВ. Группы были репрезентативными по гендерным, возрастным показателям, сопутствующей патологии.

Результаты исследования. В течении трех лет ИМВ возникла в 67 (47,5%) больных. В группе О трехлетняя частота ИМВ была достоверно ниже - 26 (38,2%); больных по сравнению со в группе С - 41 (56,2%), $p = 0,033$. В группе О кумулятивная частота ИМВ была ниже в течении всех трех лет исследования. В структуре категорий возникающих ИМВ не было достоверных различий между группами. Чаще всего встречалась сомнительная ИМВ 46,3%, острая ИМВ 43,3%, инфекция муфты 10,4%.

Кумулятивная частота удаления катетера из-за ИМВ составила

17,8% в группе С и 5,9% в группе О. $p = 0,026$. Средний срок функционирования катетера в ходе исследования: в группе О - $1024 \pm 13,1$ суток, в группе С - $930,1 \pm 32,2$ суток, $p = 0,031$.

Выводы

1. Применение профилактических мероприятий позволило снизить трехлетнюю частоту ИМВ с 56,2%, до 38,2%, $p = 0,033$ и увеличить средний срок перитонеального диализа без ИМВ с $729,8 \pm 41,2$ суток до $854,9 \pm 3,5$, 2 суток, $p = 0,023$.

2. Применение дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма в ИМВ, обеспечивает уменьшение частоты удаления катетера из-за ИМВ с 17,8% до 5,9%, $p = 0,026$ и увеличение среднего срока функционирования катетера до $1024 \pm 13,1$ суток против $930,1 \pm 32,2$ суток, $p = 0,031$.

Ключевые слова: инфекция места выхода катетера Tenckhoff, профилактика, лечение.

V.H. Mishalov¹, Ye.S. Zavadovskyi¹, S.M. Hoida¹, L.Yu. Markulan¹, I.L. Kuchma²

Results of Differential Treatment of Tenckhoff Catheter Exit Site / Tunnel Infection when Performing Peritoneal Dialysis in Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease

O.O. Bohomolets National Medical University¹

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education²

Abstract. Tenckhoff catheter exit site infection (ESI) occurs in 0.05-1.05 cases per a patient per year and is a risk factor of loss of peritoneal dialysis (PD).

Objective. Evaluation of ESI differentiated treatment in the comparative three-year prospective study.

Materials and methods. Examination and treatment of 141 patients receiving renal replacement therapy by PD.

In Group C (73 patients) treatment and prevention of ESI was carried out without a differentiated approach; at Group M (68 patients) was applied differentiated approach considering the category of ESI. Groups were divided by gender, age, and concomitant pathology.

Results. Within three years ESI occurred in 67 (47.5%) patients. In Group M three-year frequency of ESI was significantly lower: 26 (38.2%) as compared with the patients in Group C - 41 (56.2%), $p = 0.033$. In Group M cumulative frequency of ESI has been lower for all three years of study. Between the structures of ESI categories that emerged for the first time there was no significant difference between groups. Most equivocal ESI met was 46.3%, acute ESI 43.3% and 10.4% cuff infection.

The cumulative incidence of catheter removal because of ESI was 17.8% in Group C and 5.9% in Group M, $p=0.026$. The average period of a catheter functioning was: Group M - 1024 ± 13.1 days, Group C - 930.1 ± 32.2 days, $p=0.031$.

Conclusions

1. The use of prevention allowed us to reduce the three-year rate of ESI from 56.2% to 38.2%, $p = 0.033$, and increase the average term of peritoneal dialysis without ESI from 729.8 ± 41.2 to 854.9 ± 35.2 days, $p = 0.023$.

2. The use of differential diagnostic and treatment algorithm to ESI, reduce the frequency of catheter removal by ESI from 17,8% to 5,9%, $p = 0,026$ and the increase in the average lifetime of the catheter to 1024 ± 13.1 to 930.1 ± 32.2 days, $p = 0,031$.

Keywords: Tenckhoff catheter, exit site infection, prevention, treatment.

Надійшла 02.10.2015 року.

УДК 616.7-053.2-036.82

Мокия-Сербина С.А., Бузоверя А.Н.

Комплексная этапная реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

КУ «Криворожская городская клиническая больница №8», Украина

mokiya@ukr.net

Резюме. Среди причин инвалидности детей в Украине четвертое место занимает патология опорно-двигательного аппарата.

Цель работы: совершенствование реабилитационной помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата. **Результаты**

работы. Детская ортопедо-травматологическая помощь в г.Кривом Роге представлена детским ортопедо-травматологическим центром (40 коек), 3 специализированными детскими садиками (350 мест) и ортопедическими группами в 10 детских

садах (200 детей), санаторной школой-интернат на 220 мест для детей больных сколиозом. В 2014 году на учете состояло 203 детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи, из них 126 (62,1%) – с врожденной патологией, 71 (34,9%) – с приобретенной, 6 (13,0%) – с последствиями травм. Схема ранней комплексной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата предусматривает стационарный лечебно-реабилитационный этап, амбулаторно-поликлинический, при значительном нарушении мобильности детей – домашний этап медицинской реабилитации. Поздняя медико-социальная реабилитация проводится в специализированных детских дошкольных учреждениях (дети с врожденными пороками развития) и в санаторной школе-интернат (дети со сколиозом II-III степени). Условия, необходимые для успешного выполнения программы реабилитации: активное желание ребенка, участие в реабилитационном процессе необходимых специалистов; активное вовлечение в процесс членов семьи ребенка. В результате внедрения этапной комплексной реабилитации удалось уменьшить количество детей с врожденным вывихом бедра, имеющих право на государственную социальную помощь (11,8% против 17,0% в 2010 году). Прекращение при снижении темпов прогрессирования сколиоза отмечено у 98,0% наблюдаемых детей. **Выводы.** Комплексная этапная реабилитация детей с поражением опорно-двигательного аппарата решает задачи восстановления физиологического, социального статуса ребенка-инвалида, интеграции его в социум через совокупность накопленных нашим центром приемов и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребенка. Активное вовлечение семьи ребенка и самого ребенка в процесс реабилитации – ключевой принцип центра, который соответствует принципам лечения с учетом центральной роли семьи.

Ключевые слова: реабилитация, опорно-двигательный аппарат, дети.

Постановка проблемы и анализ последних исследований. Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушением в развитии, затруднением в самообслуживании, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками.

«Особый» ребенок ограничен в свободе и социальной значимости. У него есть высокая степень зависимости от семьи, ограничены навыки взаимодействия в социуме. В силу особенностей здоровья, состояния нужд и способностей детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, им необходима профессиональная помощь специалистов. Эта помощь должна носить не только медицинский характер, она должна быть комплексной, затрагивать все стороны жизни такого ребенка.

Динамика детской инвалидности в стране остается отрицательной. Отмечен рост общего количества инвалидов детства, который в 2000 году составлял 155,8 детей на 10000, в 2012 году составлял 209,6 на 10000 детей до 17 лет [1]. При этом количество детей-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата увеличилось на 24%. Среди причин инвалидности четвертое место занимает патология опорно-двигательного аппарата. Аномалии развития опорно-двигательного аппарата составляют 29,9% всех пороков развития [2]. По данным ВОЗ на каждые 1000 новорожденных приходится в среднем 18 детей с врожденными деформациями опорно-двигательного аппарата. Среди врожденных пороков развития наиболее часто встречается врожденная косолапость (1:1000) и врожденный вывих бедра (5:1000).

Цель работы: совершенствование реабилитационной помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы исследования

Проведена статистическая оценка показателей инвалидности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, проживающих в г.Кривом Роге. Представлена схема оказания комплексной этапной реабилитационной помощи.

Результаты исследования и их обсуждение

Детская ортопедо-травматологическая служба представ-

лена городским детским ортопедо-травматологическим центром на базе КУ «Криворожская городская клиническая больница №8», в котором осуществляется амбулаторно-консультативная, диагностическая и стационарная помощь. Всего для оказания специализированной стационарной помощи детскому населению (140000) г.Кривого Рога и 5 сельским районам выделено 40 коек.

Для проведения медико-социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в городе имеется 3 специализированных детских сада на 350 мест и ортопедические группы в 10 детских садах (200 детей), санаторная школа-интернат на 220 мест для детей больных сколиозом.

Помимо лечебно-профилактической работы одним из важных разделов работы центра является определение инвалидности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (Приказ МЗ Украины 454/471/516 от 08.11.2001 года). Согласно приказа дети имеют право на получение государственной социальной помощи сроком на 5 лет.

В 2014 году на учете состояло 203 детей-инвалидов, с поражением опорно-двигательного аппарата, из них впервые выявлено 18 (8,8%). При этом, 126 (62,1%) детей с врожденной патологией, 71 (34,9%) ребенок - с приобретенной и 6 (13%) детей - с последствиями травм.

В структуре детей с врожденными заболеваниями преобладают врожденные пороки развития конечностей – аплазии, синдактилии, фоккомии, макродактилии, симфалангии (43 ребенка - 21,2%), второе место занимают дети с оперированной врожденной косолапостью (40 детей - 19,7%), третье - с врожденным вывихом бедра (24 ребенка - 11,8%).

В структуре инвалидности детей с приобретенными заболеваниями преобладают сколиозы (36 детей - 17,7%), остеохондропатии (19 детей - 7,9%).

Все структурные подразделения детского ортопедо-травматологического центра в своей работе реализуют концепцию этапной комплексной реабилитации. Комплекс реабилитационных мероприятий включает медицинские, психологические, педагогические, юридические, социальные и другие мероприятия, что в современных условиях является стандартом оказания реабилитационной помощи. Особенностью этапной комплексной реабилитации, проводимой детским ортопедо-травматологическим центром, является вовлечение в процесс как самого ребенка, так и членов его семьи.

Первый этап – стационарный, предусматривает проведение дифференцированного лечения основного заболевания с включением методов физиотерапии, ЛФК, массажа, индивидуальную и семейную психотерапию, обучение основам самообслуживания. На этом этапе лечащий врач составляет индивидуальный план медико-социальной реабилитации. В соответствии с планом он привлекает к реабилитационному процессу физиотерапевта, инструктора ЛФК, массажиста, психолога.

Медицинская реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе включает дальнейшее проведение физиолечения (все виды электролечения, теплотечение – озокерит, парафин), массаж, ЛФК.

Пациенты, после тяжелых травм и тяжелых инвалидизирующих заболеваний, у которых значительно нарушена мобильность в связи с чем они не могут посещать поликлинику, переводятся на домашний этап медицинской реабилитации. К реабилитационному процессу привлекаются родственники, медицинские работники обучают их приемам ЛФК, массажа, ухода за больными. Реабилитация на дому решает проблемы психологической адаптации детей и родителей, улучшает качество жизни ребенка и его окружение.

Поздняя медико-социальная реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводится даль-

ше в специализированных детских дошкольных учреждениях и санаторной школе-интернате.

Врожденные пороки развития, являются основной патологией детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи, посещающих специализированные детские дошкольные учреждения.

Инвалидность этих детей значительно ограничивает их жизнедеятельность и приводит к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста, потери контроля за своим поведением, а также способности к самообслуживанию, передвижению и ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата испытывают серьезные затруднения с передвижением.

В их социальной адаптации определяется два направления. Первое направление имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе - приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

В своей работе специалисты дошкольных учреждений широко используют методы глино-, трудо-, арт-, музыка-, библиотерапии. Медицинская реабилитация включает физиолечение, ЛФК, массаж. Чрезвычайно важно, чтобы реабилитация была комплексной и направлена не только на детей, но и на всю семью в целом, что дает возможность продолжать ее в повседневной среде ребенка.

В общеобразовательной санаторной школе-интернат обучаются дети, со сколиозом II-III степени. Они, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют социального обучения и воспитания. Но все они нуждаются в медицинской реабилитации, особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В связи с чем, главным заданием санаторной школы есть восстановление и укрепление здоровья в сочетании с общеобразовательной подготовкой, оказание им квалифицированной психолого-педагогической помощи.

Организация лечебно-профилактической и реабилитационной работы санаторной школы-интернат проводится с учетом клинических проявлений болезни и включает специфическую медикаментозную, физио-, гидро-, климатотерапию, лечебную физкультуру, массаж, плавание. При проведении оздоровительных мероприятий используют как восстановительный, так и дозированной и тренировочный режимы. Проведение медицинской реабилитации предусматривает участие семьи в командном лечении.

В комплексную реабилитацию детей включают также музыка-, библио-, трудотерапию, игровую терапию, выезды на природу и др.

Санаторно-курортный этап реабилитации осуществляется в санаториях «Соленый лиман», «Орленок», им. Крупской, им. Боброва, детском костно-туберкулезном санатории и других. Эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации значительно возрастает, когда санаторно-курортные факторы адекватно подобраны к имеющейся у ребенка патологии.

В результате такой преемственности в оказании реабилитационной помощи и благодаря высоким адаптационным возможностям детского организма удается достигать достаточно высокий показатель эффективности реабилитации.

Хороший реабилитационный потенциал мы отметили при врожденных аномалиях опорно-двигательного аппарата и сколиозах. Благодаря ранней диагностике, своевременному лечению с последующей этапной комплексной реабилитацией, удалось уменьшить количество детей с врожденным вывихом бедра, имеющих право на государственную социальную помощь (11,8% против 17,0% в 2010 году).

За последние 2 года инвалидность была оформлена 3

детям (1 ребенок с невыправимым вывихом, 1 – с поздней диагностикой, 1 – отказ родителей от операции). Прекращение или снижение темпов прогрессирования сколиоза отмечено у 98,0% наблюдаемых детей.

Хочется отметить, что именно при этих методах восстановления, дети учатся принимать себя такими, какие они есть, познавать новые эмоциональные ощущения, радость общения, радость совместной творческой деятельности, обретают уверенность в себе, в своих силах и способностях. Такое общение побуждает к проявлению лучших человеческих качеств.

Выводы

1. Комплексная этапная реабилитация детей с поражением опорно-двигательного аппарата решает задачи восстановления физиологического, социального статуса ребенка-инвалида, интеграции его в социум через совокупность накопленных нашим центром приемов и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребенка.

2. Активное вовлечение семьи ребенка и самого ребенка в процесс реабилитации - ключевой принцип центра, который соответствует принципам лечения с учетом центральной роли семьи.

Литература

1. Моисєенко Р.О. Окремі питання розвитку соціальної педіатрії в Україні //Современная педиатрия.-2013.-5(53).-С.24-28.
2. Корж М.А., Корольков А.І. Роль інституту імені професора М.І.Ситенку у розвитку на Україні санаторно-курортної допомоги дітям з ортопедо-травматологічною патологією //Современные аспекты медицинской реабилитации детей с инвалидизирующими заболеваниями. Материалы научно-практической конференции. Алушта, 2012.-С.39-42.

S.A. Mokiia-Serbina, A.N. Buzoveria

Complex Stage Rehabilitation of Children with Disorders of the Musculoskeletal System

Dnipropetrovsk Medical Academy of MHC of Ukraine
Kryvorizhzhia City Clinical Hospital No.8, Ukraine, mokiya@ukr.net
Abstract. Among the causes of children disabilities in Ukraine the pathology of the musculoskeletal system occupies the fourth place.

Objective: improvement of rehabilitative care to children with disorders of the musculoskeletal system.

Results. Pediatric orthopedic-and-trauma care in Kryvyi Rih is provided in children's orthopedic trauma center (40 beds), 3 specialized kindergartens (350 places) and orthopedic groups in 10 kindergartens (200 children), sanatorium boarding school with 220 places for children suffering from scoliosis. In 2014 there were registered 203 children eligible to receive state social assistance, of which 126 (62.1%) were with a congenital disorder, 71 (34.9%) with the acquired one, and 6 (13.0%) with the consequences of injuries. The system of early comprehensive rehabilitation of children with disorders of the musculoskeletal system provides inpatient treatment-and-rehabilitation stage, outpatient-polyclinical, and home stage of rehabilitation in case of a significant disorder of the children's mobility. Late medico-social rehabilitation is carried out in specialized preschool institutions (children with congenital malformations) and sanatorium boarding schools (children with degrees II-III scoliosis). The conditions necessary for the successful performing of the rehabilitation program are the following: active desire of the child; participation in the rehabilitation process of the necessary specialists; active involvement of the child's family members into the process. As a result of implementing the complex stage rehabilitation it became possible to reduce the number of children with congenital hip dislocation eligible for state social assistance (11.8% vs. 17.0% in 2010). Stopping at slowing of the scoliosis progression was noted in 98.0% of the observed children.

Conclusions. Complex stage rehabilitation of children with disorders of the musculoskeletal system solves the issues of reconstructing of the physiological, social status of the disabled child and its integration into society through a set of the techniques and methods collected by our center to ensure the progressive development of the child. The active involvement of the child's family and the child itself into the process of rehabilitation is the key principle of the center, which is consistent with the principles of treatment, taking into account the central role of the family.

Keywords: rehabilitation, musculoskeletal system, children.

Поступила 05.10.2015 года.