



КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Ж.К. Жумабеков

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

Среди многих актуальных медицинских проблем особого внимания заслуживает проблема детской инвалидности. Значимость этой проблемы аргументирована чрезвычайно убедительными данными многочисленных исследователей и международной статистикой, согласно которым число инвалидов велико во всем мире, а в последние годы наблюдается тенденция к его неуклонному росту из года в год [1,2,3,4]. Так, количество детей-инвалидов в нашей Республике на 1 января 1995 года достигло 29 тысяч (0,5% или 5,5 на 1000 детского населения), а в настоящее время (2006г) проживает свыше 50 тысяч детей-инвалидов, что составляет 11,4 на 1000 детского населения [4,5,6]. Аналогичные показатели отмечаются и в странах ближнего зарубежья. Например, в Российской Федерации, также с 1996г. (когда был введен соответствующий статистический учет) происходило постоянное увеличение числа детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет (с 462275 в 1996г. до 554867 в 2000г. и 620342 в 2002г.), а показателя инвалидности на 10 000 детей (с 144,87 в 1996г. до 203,44 в 2000г. и 206,33 в 2001г.) [6].

Лица с ограничениями жизненных и социальных функций («дезабилные лица» по терминологии ВОЗ) составляют около 10% населения земного шара и, что очень важно, среди них более 120 млн. детей и подростков [7].

В то же время, органы социальной защиты населения не имеют статистической информации о причинах детской инвалидности, целевых социальных программ, направленных на ее предупреждение. Поэтому большой интерес представляют клинические аспекты и причины, формирующие детскую инвалидность [8]. Поэтому проблема взаимозависимости инвалидности и заболеваемости играет большую роль при принятии решений по улучшению здоровья населения [8,9].

Это обусловлено тем, что сведения о грузе болезней, приводящих к детской инвалидности, важны, во-первых, для обеспечения целенаправленной работы службами первичной профилактики, во-вторых, они определяют необходимость целевых ресурсов здравоохранения и установления дополнительных социально-экономических расходов для обеспечения потребностей лицами с ограниченными возможностями. Кроме этого, более точная информация о грузе болезней по их последствиям – полезная и необходимая информация для развития реабилитационной службы [4,5,6].

Вместе с тем, в докладе ЮНИСЕФ «Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ /СНГ и Балтии» (2005г.) показано, что причиной роста уровня инвалидности является улучшение диагностики и увеличение числа обращений по поводу установления инвалидности, а не рост заболеваемости [9].

В связи с этим, был начат проект «Всемирный груз заболеваемости» (GBD), целью которого является описание здоровья, причин его потери и наиболее вероятных тенденций с поправкой на инвалидность (DALY) [10]. Учитывая, вышеизложенное, в последние годы публикуются отдельные работы, в которых приводятся данные о частоте инвалидности при различных заболеваниях. Так, в Российской Федерации, согласно данным В.А Таболина с соавт. (2003), распределение детей-инвалидов по главному нарушению в состоянии здоровья на 10 000 соответствующего населения выглядит следующим образом: висцеральные и метаболические нарушения вследствие соматических заболеваний - 39,4; двигательные нарушения - 36,9; умственные нарушения - 27,6; другие психические заболевания - 8; зрительные нарушения - 12,4; слуховые и вестибулярные - 8,9; уродующие - 8,7 [11].

В структуре заболеваний, приведших к инвалидности у детей, врожденные пороки развития занимают 1-3 место. Доля детей с пороками выше в группах низкой и чрезмерно высокой массы тела, а также среди детей, родившихся у матерей старше 35 лет [12].

Согласно данным отечественных исследователей в экологически неблагоприятных районах Приаралья, Карагандинской, Актюбинской и Кызылординской областей закономерны увеличение частоты патологического течения беременности, рост мертворождаемости, ухудшение показателей физического развития детей, повышение общей заболеваемости и заболеваний нервной системы, а также хронической соматической патологии, обуславливающих инвалидизацию [5,13-16]. В структуре инвалидности детей 4-5 места, после врожденных пороков развития, болезней нервной системы и психических нарушений, делят заболевания дыхательной системы и эндокринные расстройства [17].

Рост инвалидности детей вследствие эндокринной патологии обусловлен не только сахарным диабетом, но и заболеваниями других желез внутренней секреции, в частности, - патологией щитовидной железы [15,18].



В структуре ревматических болезней детского возраста большой удельный вес (по данным 1999-2001гг.) занимают болезни костно-мышечной системы, распространенность которых имеет тенденцию к нарастанию, особенно по сравнению с предыдущими годами: в 1995 году зарегистрировано 934100 детей с этой патологией, а в 2001 – 1457780 [19].

В структуре гастроэнтерологической инвалидности у детей наиболее частой причиной инвалидности являются хронические вирусные гепатиты (19,4%), врожденные аномалии толстой кишки (12,9%), целиакия (11,5%), муковисцидоз (8,3%) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (7,8%). На прочие причины детской инвалидности, включающие в себя около 30 различных диагнозов, приходится 40.1% [20]. Однако большая часть этих работ посвящена изучению состояния и болезней периода новорожденности и раннего возраста, как причины детской инвалидности, поскольку антенатальные и перинатальные факторы очень важны в формировании здоровья и инвалидности у детей во все возрастные периоды.

Вместе с тем, в целом отечественные и зарубежные данные литературы, подтверждают единое мнение исследователей, что достижения перинатологии в 90-е годы привели не только к увеличению выживаемости младенцев, но и к росту инвалидизирующих расстройств у выживших детей [25]. В исследовании D.Wilson-Costello и соавт. (2005г.) показано увеличение в 22 раза частоты инвалидизации детей при преждевременных родах чем у детей, родившихся в срок [22].

В обзоре, приведенном Victor V.V., Yu H. в монографии «Недоношенность» (1991г.), удельный вес выживших недоношенных детей колеблется от 12 до 67%, а доля детей, ставших инвалидами, - от 13 до 35%. 10-20% детей с очень низкой массой тела при рождении становятся в последующем инвалидами [23].

Вместе с тем, в связи с внедрением передовых технологий в медицинскую практику, в частности в интенсивную терапию, значительно возросло число детей, выживающих после тяжелой травмы головы. Однако, многие из них имеют неврологические, нейропсихологические и поведенческие проблемы не только в остром, но и в отдаленном периоде. При тяжелых церебральных повреждениях, потребовавших применения методов интенсивной терапии и реанимации, инвалидность возникла в 97% случаев [24].

Введение с 1993 года международных критериев живо- и мертворождения сформировало новую ситуацию, когда одно из приоритетных мест в охране материнства и детства должна занять система выхаживания новорожденных с

малой массой тела. В результате выхаживание глубоконедоношенных детей имеет неутешительный прогноз: каждый пятый ребенок, родившийся с массой тела 1500 граммов, имеет одну или несколько причин ранней инвалидизации с детства. У 80% выживших детей развивается детский церебральный паралич, у 5-8%-умственная отсталость, у 3-5%-декомпенсированная гидроцефалия, у 2-3% - эпилепсия, у 3% - слепота, у 1% -тугоухость [25,26].

Происходящая революция в неонатологии, меняя подходы к оказанию медицинской помощи новорожденным и способствуя снижению их летальности, не может не оказывать своего влияния на состояние здоровья детей в последующие периоды жизни. Уровень инвалидности у детей, перенесших в периоде новорожденное критическое состояние и получавших интенсивную терапию и реанимацию, составил 21,8%. Среди недоношенных детей уровень инвалидности был достоверно выше (24,9%), чем у доношенных (15,7%).

У детей с тяжелыми гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС с ранним дебютом и стойким течением неонатальных судорог, ранними структурными изменениями головного мозга, отмечены трансформация судорожного синдрома в раннюю детскую форму эпилепсии и формирование ДЦП. Особого внимания заслуживают дети с перинатальной энцефалопатией (ПЭП), которая и после «снятия с учета» продолжает существовать в латентной субкомпенсированной форме и под влиянием провоцирующих факторов в последующем является причиной срыва механизмов адаптации [28].

Таким образом, исследований, посвященных клиническим аспектам детской инвалидности, касающихся формирования самой инвалидности в детском возрасте, прогнозирования исходов болезней, частоты перехода тяжелых хронических форм заболеваний в инвалидизирующие, все еще недостаточно. Нам представляется, что изучение закономерностей формирования инвалидизирующих состояний при различных заболеваниях позволит:

- лучше определить реальное число детей с ограничениями жизни и социальной недостаточностью, которые, по сути, являются инвалидами и требуют поддержки со стороны государства и общества;
- планировать развитие реабилитационной помощи детям, страдающим хроническими формами заболеваний;
- разрабатывать адекватные лечебно-профилактические и реабилитационные программы для детей-инвалидов.

Однако в любом случае связь между заболеваемостью и инвалидностью остается неясной и требует более пристального изучения.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.И. Детская инвалидность. Прилож. к журналу «Рос. вестн. перинатал. и педиатрии», М., 1995; 53с.
2. Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности. Росс. педиатрический журнал. 2005; 2: 4-8.
3. Dekel R., Solomon Z., Bleich. The contribution of social disability to the evaluation of mental disability among PTSD veterans. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 2004; (15) 3: 400-406.
4. Байсалбаева Ш.А. Медико-социальные исследования детской инвалидности и обоснование критериев социальной недостаточности. Автореф. дисс. ...к.м.н., Алматы, 1999; 29с.
5. Оспанова Г.А. Клинико-экспертные подходы к оценке ограничения жизнедеятельности у детей. Автореф. дисс. ...к.м.н, Астана, 2006; 17с.
6. Знобина Т.И., Азарко В.Е., Бахадова Е.В. Профилактика детской инвалидности. Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2008; 1: 71-77.
7. Тенгебаева А.А. Актуальные проблемы детской инвалидности. Экология и здоровье детей. Сборник научных трудов V Республиканской конференции. Атырау. 2004; 322-324.
8. Цыбульская И.С., Бахадова Е.В., Знобина Т.И. и соавт. Показатели качества жизни детей в современной России. Информационное письмо М., 2007; 56 с.
9. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии. Доклад ЮНИСЕФ, 2005.
10. Murray C.J.L., Lopez A.D., Mathers C.P. *Bull. Wld Hlth Org.*, 2000; (78) 8: 981-994.
11. Таболин В.А., Харченко В.И., Лисичкин Г.С., Михайлова Р.Ю., Вирин М.М. Взаимосвязь экономического положения современной России с уровнями смертности, продолжительности жизни и показателями здоровья населения. Педиатрия. 2003; 3: 66-90.
12. Демикова Н.С. Мониторинг врожденных пороков развития и его значение в изучении их эпидемиологии. Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 4: 13-17.
13. Мажитова З.Х., Куанова Л.Б., Изтлеуова А.Ж., Женсикбаева Ш.К. Характеристика детской инвалидности в зоне экологической катастрофы Приаралья. Педиатрия и детская хирургия Казахстана. 1998; 1-2: 34-36.
14. Жалгасбаев Г.Ш. О состоянии детской инвалидности в Кызылординской области по материалам педиатрического отдела медико-социальной экспертизы. Материалы VI съезда детских врачей Казахстана, Алматы, 2006; 69.
15. Такирова А.Т., Диканбаева С.А., Алиханова К.А. и др. Структура и первичная инвалидность вследствие сахарного диабета у детей по Карагандинской области. Материалы VI съезда детских врачей Казахстана, Алматы, 2006; 218-219.
16. Ким Н.П., Раимкулова О.Б., Накупова Г.Е., Тен Р.П., Фомина З.И. Уровень и структура детской инвалидности в Астане. Астана Медициналы журналы. 2003; 2: 144-145.
17. Астафьева Н.Г. Медико-социальная экспертиза подростков с хроническими заболеваниями легких. Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 6:23-26.
18. Поляков А.Я., Петруничева К.П., Михеев В.Н. Распространенность увеличения щитовидной железы у школьников, проживающих в крупном промышленном центре Сибири. Педиатрия. 2004; 2:76-78.
19. Кузьмина Н.Н. Современные проблемы педиатрической ревматологии. Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 2:4-9.
20. Ямолдинов Э.Ю., Ожегов А.М., Мякишева Л.С. и соавт. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения у детей и подростков Удмурдской республики. Педиатрия. 2004; 2:78-80.
21. Барашнев Ю.И. Инвалидность с детства. Перинатальная неврология, М.: Медицина, 2001; 549-557.
22. D. Wilson-Costello D. et all. *Pediatrics*. 2005; (115) 997-1003.
23. Victor V.Y., Yu H. Недоношенность М., 1991.
24. Александрович Ю.С. Клинико-физиологические и нейропсихологические предпосылки изменения качества жизни детей, перенесших нейро-интенсивную терапию черепно-мозговой травмы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, СПб, 2004.
25. Володин Н.Н. Практические вопросы профилактической перинатологии в Российской Федерации. Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 4: 4-7.
26. Шилко В.И., Зеленцова В.Л., Попова Н.П. Опыт реабилитации недоношенных детей с перинатальным поражением мозга. Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 2: 43-47.
27. Аранскинд Е.В., Уфимцева Л.А., Сурова Э.Т. и соавт. Состояние здоровья детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности. Педиатрия. 2004; 1: 39-42.
28. Великанова Л.П. Клинико-эпидемиологический мониторинг состояния нервно-психического здоровья детей и подростков. Педиатрия. 2004; 1:67, 70.