

УДК 616-036.1

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Дмитриева М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, e-mail: marina_dmitriewa@mail.ru

На основании данных годовой отчетности проведен анализ показателей и изучена динамика распространенности, нозологической патологии инвалидности и эффективность реабилитационной помощи детям на базе МКУ г.о. Новокуйбышевск СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Светлячок» за период 2012–2014 гг. Оценивая данные, можно отметить, что количество выписанных детей «с улучшением» оставалось стабильно высоким, что, очевидно, связано с применением адекватных методик реабилитации (сочетание медикаментозного, физиотерапевтического лечения). В статье обозначена проблема детской инвалидности в регионе, которая представляет собой актуальную медико-социальную задачу, требующую систематического мониторинга и многоуровневого решения выявления различных патологий в ранние сроки и своевременного начала коррекционных мероприятий для улучшения показателей состояния здоровья у детей.

Ключевые слова: детская инвалидность, структура, реабилитация, реабилитационный центр, дети с ограниченными возможностями, критерии эффективности.

THE STRUCTURE OF THE CHILD'S DISABILITY AND THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION IN THE CENTER FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

Dmitriewa M.V.

Samara State Medical University, Samara, e-mail: marina_dmitriewa@mail.ru

On the basis of annual reports analysis of indicators and the dynamics of prevalence, nosological pathology of disability and the effectiveness of rehabilitation assistance to children on the basis of mku Novokuybyshevsk WITH "Rehabilitation center for children and adolescents with disabilities "Firefly" for the period 2012–2014 Assessing the data, it can be noted that the number of children discharged "with improvement" has remained consistently high, which is clearly associated with the use of adequate methods of rehabilitation (a combination of medication, physical therapy.) In the article outlines the problem of childhood disability in the region, which is an actual medico-social problem requires systematic monitoring and multi-level decision for detection of various pathologies in the early stages and timely start of corrective actions to improve health indicators in children.

Keywords: children's disability, structure, rehabilitation, rehabilitation center, children with disabilities, performance criteria.

Уровень инвалидности детей, наряду с заболеваемостью и смертностью, – ведущий показатель, характеризующий, с одной стороны, состояние здоровья детского населения, а с другой – положение детей в стране, уровень развития и эффективность деятельности государственных систем и негосударственных организаций, оказывающих помощь детям-инвалидам, а также служб, ответственных за проведение политики по предупреждению инвалидности среди детей [2].

Особого внимания заслуживает анализ детской инвалидности. Важность оценки данного показателя предопределяется тем, что распространенность и структура детской инвалидности, с одной стороны, являются важнейшими характеристиками здоровья

населения территории, а с другой – создают предпосылки для падения трудовых ресурсов на территории и ставят дополнительные задачи перед системой социальной защиты населения [1]. Органы здравоохранения в своей работе широко используют показатели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состояния здоровья населения и дальнейшей реабилитационной помощи инвалидам. Сплошное изучение распространенности детской инвалидности, ее динамики и тенденций по классам обусловивших заболеваний, ведущим нарушениям и жизнеограничениям проводится на основе обязательной государственной отчетности.

Распространенность и нозологическая структура детской инвалидности зависят от возраста ребенка и имеют свои региональные особенности. В этой связи мероприятия по снижению детской инвалидности и реабилитационные программы должны носить региональный характер.

Целью настоящей работы стало изучение динамики распространенности и нозологической структуры детской инвалидности, эффективность реабилитации в условиях реабилитационного центра городского округа Новокуйбышевска Самарской области за 2012–2014 гг.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 858 детей-инвалидов от 0 до 18 лет, получающих реабилитационную помощь на базе муниципального казенного учреждения городского округа Новокуйбышевск Самарской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями “Светлячок”» за период 2012–2014 гг. Для реализации поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ показателей детской инвалидности по данным годовой отчетности. В процессе проведения исследования были выделены три группы детей в зависимости от года: 272 ребенка – 2012 год, 287 – 2013 год, 299 – 2014 год. Дизайн исследования – одномоментное, контролируемое.

Результаты и их обсуждение. Мы провели общую оценку численности детской популяции в городе Новокуйбышевске Самарской области за период 2012–2014 гг. Выявлено, что, несмотря на уменьшение численности детского населения за данный период с 18846 до 18562 человек, анализ структуры показал устойчивую тенденцию к повышению количества детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) от 0 до 18 лет с 1,4 % (272) до 1,6 % (299), что связано с ухудшением качественных показателей здоровья детей. Дети с ограниченными возможностями – самая уязвимая часть детского населения. Контингент этих детей очень разнообразен: как инвалиды, так и неучтенные инвалиды, к которым относятся дети с ограничениями, но не имеющие статус инвалида. Среди детей с ОВЗ в городе Новокуйбышевске количество неорганизованных детей увеличилось на 10,04

% (с 29 до 62 детей), дошкольников – на 8,43 % (с 38 до 67 человек), школьников на 18,38 % (со 101 до 166 детей) и студентов на 0,97 % (с 1 до 4 человек) (рис. 1).

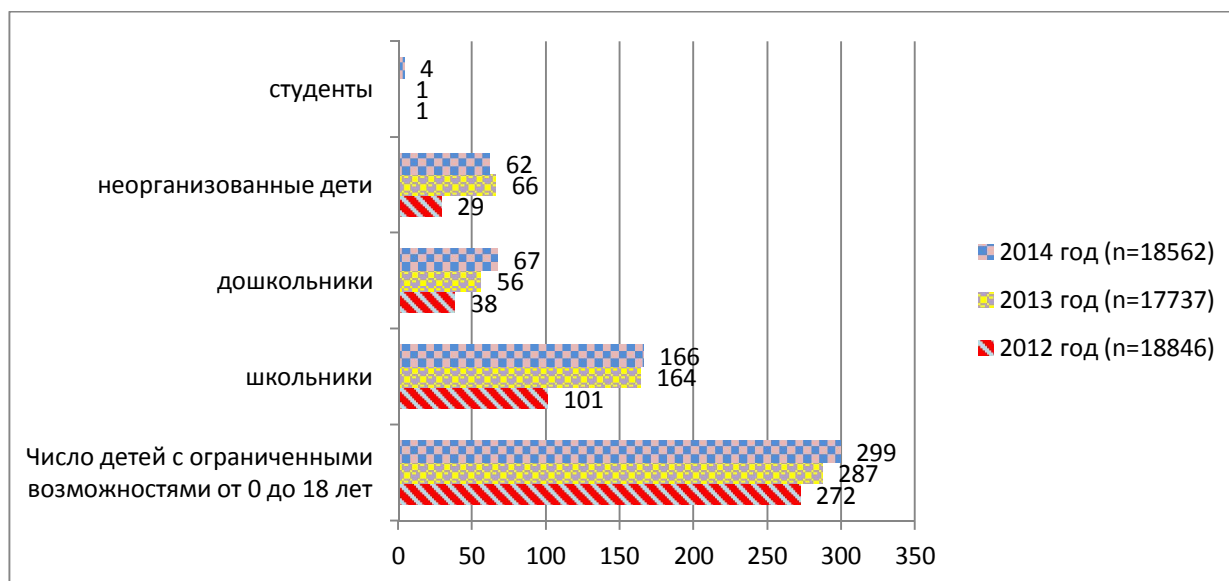


Рис. 1. Число детей с ограниченными возможностями от 0 до 18 лет в городском округе Новокуйбышевске Самарской области за период 2012–2014 гг.

В условиях реабилитационного центра увеличение количества детей-инвалидов в 2014 году в сравнении с 2012–2013 гг. происходило за счет детей в возрасте от 0 до 4 лет. Число детей-инвалидов в возрасте от 16 до 18 лет снизилось незначительно за исследуемый период – с 14,7 % до 12,7 %. Среди детей в возрасте от 0 до 18 лет значительную часть занимала группа детей – от 10 до 16 лет, на которых приходилось около 37 % за все изучаемые года. За весь анализируемый период распространенность впервые установленной инвалидности у мальчиков была выше, чем у девочек, во всех возрастных группах (табл.1).

Таблица 1

Динамика поло-возрастной структуры у детей-инвалидов в возрасте от 0 до 18 лет за период 2012–2014 гг.

		2012 год (n=272)		2013 год (n=287)		2014 год (n=299)	
		Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Доля (%)	Абс.
Возраст детей	От 0 до 4 лет	47	17,27	59	20,55	60	20,06
	От 4 до 10 лет	85	31,25	85	29,61	92	30,76
	От 10 до 16 лет	100	36,76	107	37,28	109	36,45
	От 16 до 18 лет	40	14,7	36	12,54	38	12,7
Пол детей	Мальчики	144	52,94	152	52,96	158	52,84
	Девочки	128	47,05	135	47,03	141	47,15

Причины детской инвалидности изучаются во всех странах мира [5]. Так, в Российской Федерации в структуре причин инвалидности детей в возрасте 0–15 лет в 1996 году первое место занимали болезни нервной системы, второе – психические расстройства и расстройства поведения и третье – врожденные аномалии. В 2005 г. на первое место вышли психические расстройства и расстройства поведения, а болезни нервной системы стали занимать второе место [2]. В г. Ташкенте (Д.А. Касимов) ведущие причины инвалидности – болезни нервной системы, врожденные пороки развития. В нашем исследовании получились сходные данные. Мы установили, что первое место в структуре инвалидности среди детей в возрасте 0–18 лет, так же, как за все предыдущие года, стабильно принадлежало врожденным аномалиям и болезням нервной системы. В 2012 г. оно составляло 27,2 %, в 2013 г. – 26,4 %, в 2014 г. – 24,08 % (табл. 2).

В структуре всех приведших к инвалидности болезней нервной системы наибольший удельный вес заняли церебральный паралич и другие паралитические синдромы, эпизодические и пароксизмальные расстройства; системные атрофии нервной системы, воспалительные заболевания – встречались с наименьшей частотой.

Таблица 2

Структура инвалидности по обусловившему ее заболеванию среди детей в возрасте 0–18 лет за 2012–2014 гг.

№ п/п	Классы болезней	Заболеваемость					
		2012 год (n=272)		2013 год (n=287)		2014 год (n=299)	
		Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)
1	Врожденные аномалии [пороки развития] и болезни нервной системы	90	27,2	75	26,4	72	24,08
2	Врожденные аномалии [пороки развития] и болезни органов чувств	37	11,2	45	15,8	50	16,72
3	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	38	11,5	35	12,3	28	9,36
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	30	9,1	24	8,5	17	5,68
5	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	25	7,5	23	8	20	6,68
6	Психические расстройства и расстройства поведения	24	7,3	14	4,9	3	1,0
7	Болезни системы Кровообращения	24	7,3	17	5,9	15	5,01

8	Болезни органов пищеварения	3	0,9	3	0,1	2	0,66
9	Болезни крови, кроветворных органов, отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	14	4,2	9	3,1	12	4,01
10	Болезни мочеполовой системы	7	2,1	7	2,5	4	1,33
11	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	25	7,5	23	8	20	6,68
12	Новообразования	5	1,5	5	1,8	6	2,0
13	Болезни органов дыхания	7	2,1	6	2,1	5	1,67
14	Прочие	26	7,87	14	4,9	3	1,0

Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения заняли третье место. Максимальный уровень регистрировался в 2013 году – 12,3 %, а далее стал уменьшаться – 9,36 % в 2014 г. Чаще всего врожденные аномалии отмечались в возрасте от 0 до 4 лет, по мере взросления распространенность уменьшалась и достигала минимального уровня в возрасте 15–17 лет. Лидирующую позицию среди врожденных аномалий занимали врожденные аномалии сердца (открытое овальное окно, открытый артериальный проток) и системы кровообращения, нервной системы.

Уровень инвалидности, связанной с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ, связан с развитием заболеваний щитовидной железы и сахарного диабета, которые чаще встречались у детей школьного возраста.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани заняли пятое место в ранговой структуре. Уровень инвалидности достоверно снижался с 7,5 до 6,68 % за период. Самой частой причиной являлись остеопатии и хондропатии, юношеский артрит, системные поражения соединительной ткани.

Частота встречаемости инвалидизирующей патологии, связанной с болезнями крови, кроветворных органов, у детей в условиях центра за 2012–2013 гг. уменьшался с 4,2 до 3,1 %, тогда как в 2014 году – снова увеличился до 4,01 %. Наиболее значимыми в формировании инвалидности при данной патологии являлись нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния.

Инвалидность, связанная с болезнями органов пищеварения, в динамике за 2012–2014 гг. имела тенденцию постепенного снижения во всех возрастных группах. Максимальный

уровень отмечался за весь исследуемый период в 2012 году и достигал 0,9 %.

За период 2012–2014 гг. выявлялась небольшая тенденция к увеличению удельного веса среди всех причин врожденных аномалий и болезней органов чувств (с 11,2 до 16,72 %) и новообразований, включая оперированные опухоли (с 1,5 до 2,0 %). Это увеличение связано с возрастными особенностями. Так, согласно литературным данным, при переходе от возраста к возрасту распространенность инвалидности в связи с новообразованиями в России увеличивается, достигая максимума к 15–17 годам, и более половины в структуре занимают злокачественные новообразования лимфоидной, кровяной и родственной им тканей [2].

Необходимо отметить, что в целом в 2014 году по сравнению с 2012 и 2013 годами структура детской инвалидности в реабилитационном центре по обусловившему заболеванию не изменилась.

Критерием эффективности комплексной реабилитации является динамика в клинической картине с лабораторным и функциональным подтверждением [3, 4]. Анализ статистических данных эффективности комплексной реабилитации детей показал, что минимальный уровень детей без улучшения состояния здоровья зафиксирован в 2012 году (0 %), а со значительным улучшением – в 2013 году и составил 41 % (рис. 2).

Оценивая данные, можно отметить, что количество выписанных детей «с улучшением» оставалось стабильно высоким, что, очевидно, связано с применением адекватных методик реабилитации (сочетание медикаментозного, физиотерапевтического лечения).

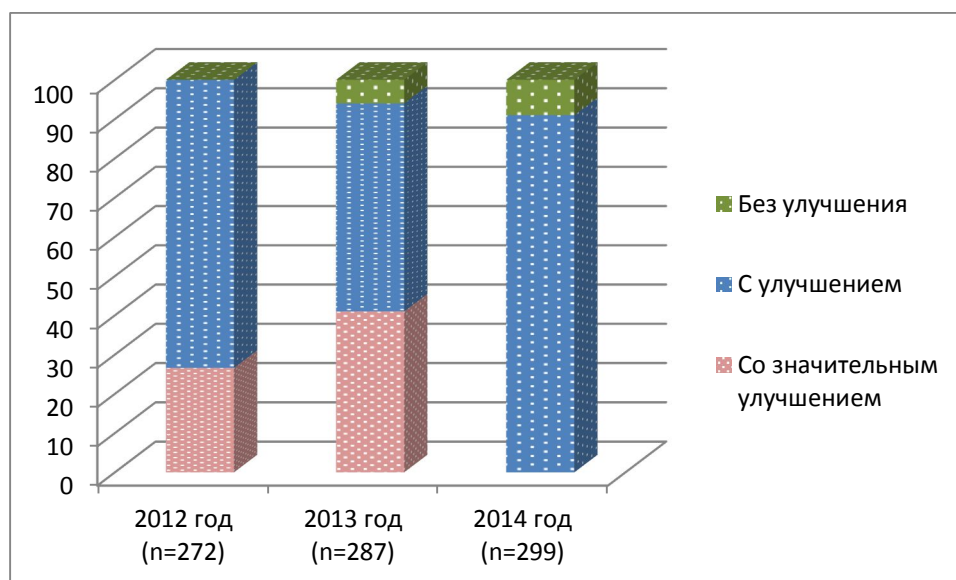


Рис. 2. Статистические данные за период 2012–2014 гг., отражающие динамику эффективности реабилитации у детей (%)

В период с 2012 по 2014 гг. отмечалось уменьшение оказания стационарной помощи детям на 25,57 %; амбулаторная помощь не изменялась за весь исследуемый период и была

оказана 50 % детей (рис.3). За период 2012–2014 гг. увеличилось количество детей, получающих санаторно-курортное лечение и обследование на 5,0 % (2012 г. – 8,08 %, 2014 г. –13,08 %). Данная помощь была оказана в санатории ФГБУЗ МРЦ «Сергиевские минеральные воды» ФМБА России, в санаториях г. Анапы и г. Сочи.

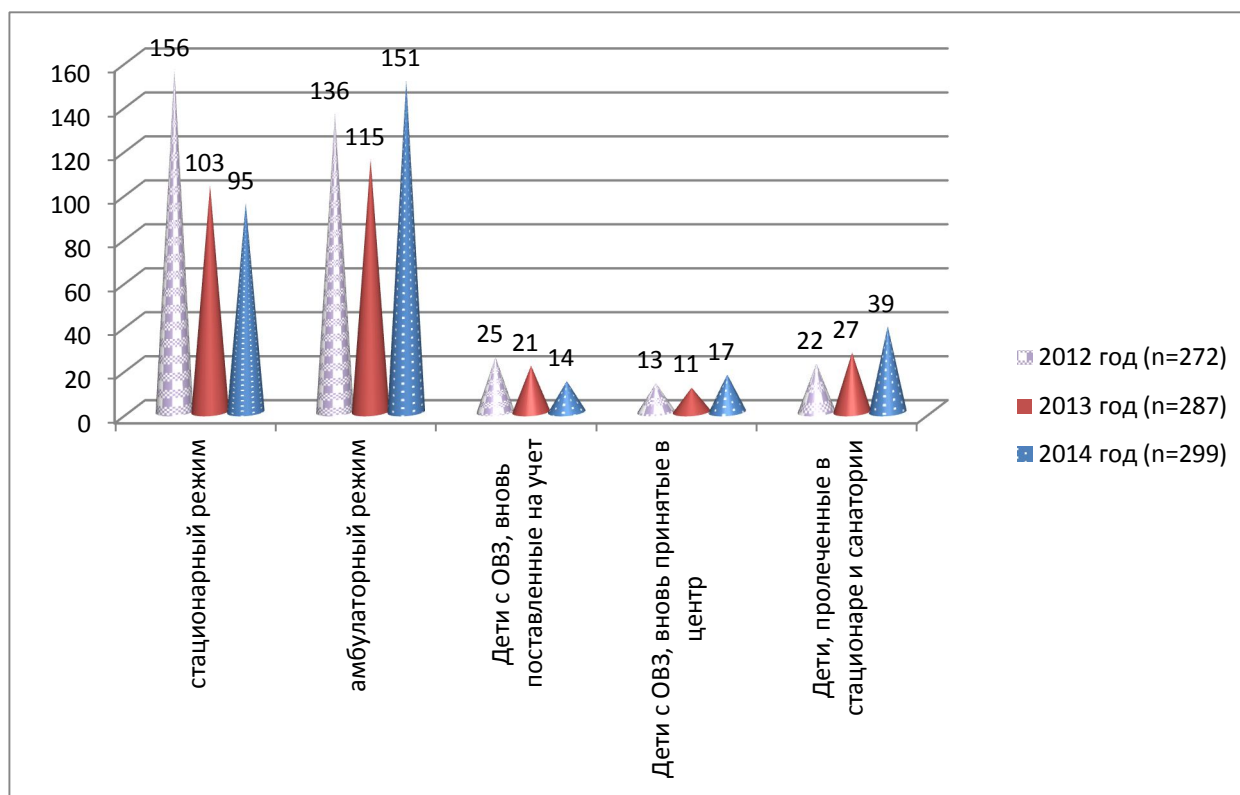


Рис. 3. Статистические данные за период 2012–2014 гг., отражающие динамику количества детей, прошедших курс реабилитации (%)

Таким образом, подтверждено, что проблема детской инвалидности в регионе представляет собой актуальную медико-социальную задачу, требующую систематического мониторинга и многоуровневого решения.

Главными приоритетами на ближайшую перспективу должны стать профилактика детской инвалидности, а не ее снижение, и улучшение медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями, в том числе инвалидам, на основе национальной оценки потребностей и проверки качества предоставляемых услуг. В контексте профилактики детской инвалидности необходимо рассматривать ее предотвратимость.

Список литературы

1. Анаева Л.А., Жетишев Р.А., Крымукова М.А., Ацканова Б.Л. Динамика распространенности и нозологической структуры детской инвалидности в Кабардино-Балкарии // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10-9. – С. 1680-1684.

2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения России. – М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008. – 240 с. (Серия «Социальная педиатрия»; Вып.7).
3. Дмитриева М.В. Особенности комплексной реабилитации детей, родившихся с низкой массой тела: материалы научно-практической конференции с международным участием «Молодые учёные XXI века – от идеи к практике», посвященной 85-летию Клиник СамГМУ. Самара, 2015. – С. 113-114.
4. Дмитриева М.В., Мазур Л.И., Щербицкая О.В. Организация комплексной реабилитации детей, родившихся с низкой массой тела, в условиях реабилитационного центра // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, № 5-3. – С.758-761.
5. Дмитриева М.В., Мазур Л.И., Щербицкая О.В. Структура инвалидизирующей патологии у детей дошкольного возраста, родившихся недоношенными // Инновационные направления в научной и образовательной деятельности: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 3 ч. Общество с ограниченной ответственностью "НОВАЛЕНСО". – 2015. – С. 40-44.