

На правах рукописи

ЗНОБИНА ТАТЬЯНА ИВАНОВНА

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ
ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ИХ ВОЗРАСТНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Специальность:

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

14.00.54 – Медико-социальная экспертиза и
медико-социальная реабилитация

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2008 год

Диссертационная работа выполнена в ФГУ «Центральный НИИ
организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научные руководители:	доктор медицинских наук, профессор Цыбульская Инна Сергеевна
	доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Пузин Сергей Никифорович
Официальные оппоненты:	доктор медицинских наук, профессор Шарапова Елена Ивановна
	доктор медицинских наук, профессор Полунин Валерий Сократович
Ведущая организация:	Российский университет дружбы народов

Защита состоится 29 февраля 2008 года в 10 часов на заседании
Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и
информатизации здравоохранения Росздрава» (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава) по
адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Автореферат разослан ___ января 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета
кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Экономические и политические преобразования 90-х годов в России ухудшили социальный статус многих семей, что привело к падению рождаемости, снижению уровня репродуктивного здоровья, изменению качественных параметров воспроизводства населения. Все это негативно сказалось на здоровье воспроизводимого потомства на уровне популяции (Ваганов Н.Н., 1998; Баранов А.А., 1998, 2005; Шарапова О.В., 2001, Цыбульская И.С. и соавт., 2003; Суханова Л.П., 2006).

Существенно уменьшилось число детей и подростков: с 26,8% от всего населения страны до 20% в 2007 г. Значительно возросла заболеваемость: около половины рождающихся детей изначально больны; девять из десяти выпускников школ имеют хронические заболевания. Не менее 700 тысяч детей – социальные сироты; 4 млн. детей беспризорники. За последнее десятилетие значительно возросло число инвалидов по целому ряду соматических заболеваний, врожденным аномалиям развития и психическим расстройствам. Число детей-инвалидов превысило 617 тысяч (Алешковский И.А., Ильин И.В., 2007).

По результатам Всероссийской диспансеризации детей, в России в 2002 г., лишь 32,1% детей признано здоровыми; 16,2% имеют хроническую патологию (что на 1 млн. 118 тыс. детей превышает статистические данные); у 51,7% регистрируются функциональные отклонения, и они нуждаются в лечебно-коррекционных и реабилитационных мероприятиях. Результаты диспансеризации усугубляют пессимистичную перспективу сохранения генофонда нашей нации (Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.).

Улучшение здоровья детей является ключевой целью национального развития, т.к. именно здоровье детей определяет репродуктивный потенциал нации и является фактором национальной безопасности (Воронцов И.М., 1998; Бруй Б.П. с соавт., 1999; Богатырев В.С. с соавт., 1999; Шарапова О.В., Цыбульская И.С., 2000; Шарапова О.В., 2001, 2002; Щеплягина Л.А., 2002; Баранов А.А. и соавт., 2003; Римашевская Н.М., 2004; Лапин Ю.Е., 2007).

В современных условиях для повышения здоровья детского населения и предупреждения инвалидизации детей необходимы новые подходы к организации профилактической работы, в том числе использование потенциала не только медицинских, но и социальных учреждений, а также родителей (Васильева Е.В., 2007). При этом особую значимость приобретают научные исследования по изучению факторов, способствующих инвалидизации детей, и методов комплексной оценки состояния здоровья детей, включающей показатели качества жизни ребенка и условий жизни его семьи (Цыбульская И.С. и соавт., 2006; Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., 2007).

Цель исследования: социально-гигиеническое изучение формирования инвалидности у детей с учетом их возрастных особенностей и качества жизни.

Задачи исследования:

1. Определить структуру и динамику показателей детской инвалидности в России в возрастном аспекте за период 1996-2005 гг.;
2. Установить особенности главных нарушений, а также заболеваний, обуславливающих инвалидизацию детей, при меняющихся социально-экономических условиях жизни современной России;
3. Изучить качество жизни детей разных возрастов при разных типах их заболеваний (часто болеющие, с фоновыми и хроническими заболеваниями, дети-инвалиды);
4. Разработать предложения по предупреждению инвалидизации детей с учетом их возрастных особенностей и качества жизни.

Научная новизна исследования:

определяется использованием оригинальных методических подходов в оценке качества жизни (специально разработанных повозрастных опросных карт), а также использованием методологии оценки динамики структуры и темпов изменения среднегодовых показателей при переходе детей из одной возрастной группы в другую, а также в последовательные временные интервалы, характеризующие различные социально-экономические условия жизни общества. В результате получены новые данные о значении возрастных особенностей детей в адаптивной деятельности организма, обеспечении оптимального качества жизни и формировании патологических процессов с выходом в инвалидность в неблагоприятных условиях среды обитания ребенка на фоне недостаточности адаптивных возможностей, характеризующихся ухудшением физического, психо-эмоционального, социального и умственного функционирования. Выявлено, что наиболее низкие адаптивные возможности имеют дети 2-4-х лет. В условиях негативных изменений среды обитания в этом возрастном периоде и при переходе от возраста 0-4 к возрасту 5-9 лет происходит рост инвалидизации по характерным социально зависимым проявлениям (в связи с туберкулезом, болезнями органов пищеварения, крови). При длительно протекающих кризисных социальных и экономических ситуациях в обществе и нарастании бедности зафиксировано постоянное нарастание мультифакториальных инвалидизирующих заболеваний (сахарного диабета, психозов, умственной отсталости, бронхиальной астмы и др.).

Научно-практическая значимость проведенного исследования

определяется по трем уровням:

в индивидуальном плане:

- уточнены контингенты, среди которых наиболее вероятно развитие патологии, ее хронизация и инвалидизация ребенка;
- предложено с целью раннего выявления группы риска развития патологических состояний и инвалидизации и возможности проведения своевременных превентивных и коррекционных мероприятий использовать методику оценки качества жизни как доступный инструмент определения адаптационных возможностей детского организма в критические периоды роста и развития детей, начиная с первого года жизни;

на территориальном уровне:

- получены данные о возрастных особенностях выраженности адаптивных возможностей, периодах наибольшей восприимчивости и уязвимости при неблагоприятных воздействиях среды обитания. Эти данные целесообразно учитывать при составлении территориальных программ обследования детских коллективов, а опросники качества жизни использовать при проведении профилактических осмотров по возрастам: на первом году жизни, перед приемом в детский сад и в 6-летнем возрасте (при подготовке к школе), при переходе к предметному обучению в школе, перед первичной постановкой юношей на воинский учет;

на популяционном уровне:

- показано, что дети в процессе роста (особенно в критические периоды своего развития) резко, с ущербом для здоровья, реагируют на неблагоприятные изменения условий жизни.

Эти факты свидетельствуют о необходимости усиления государственных и общественных мер по улучшению социально-экономического положения семей в интересах детей.

Апробация результатов исследования:

Материалы диссертации доложены на конференции молодых ученых ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» в 2006 г.; на Всероссийской конференции «Новые организационные технологии в здравоохранении» 29-30 мая 2007 г., а также обсуждены и получили положительную оценку на заседании Апробационного совета ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» 4 июля 2007 г.

Публикации:

Основные положения диссертации изложены в семи опубликованных научных работах, из них в двух журналах, рекомендуемых ВАК РФ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Характер и степень проявления инвалидности у детей имеют выраженную зависимость от возраста, что в наибольшей мере проявляется в критические периоды их роста и развития. Регистрируемое статистикой в современной России увеличение за последнее десятилетие числа инвалидов в возрасте 0-4 лет и рост среди них патологии, характерной для более старших возрастов, является следствием раннего развития и более тяжелых проявлений патологических процессов, обуславливающих инвалидизацию детей.

2. При негативном воздействии среды обитания в возрастном периоде раннего детства в наибольшей степени проявляется патология, обусловленная нарушениями здоровья у матери (врожденные аномалии), инфекциями (в т.ч. туберкулезом), болезнями крови и пищеварения, а в пубертатном периоде – патологией регуляторных систем (в первую очередь эндокринной), а также кардиореспираторной системы и метаболических процессов, функционирующих в режиме напряжения при реализации пубертатного скачка роста.

3. При различных видах заболеваемости детей и особенно у детей-инвалидов значительно ухудшается качество жизни за счет нарастающих физических, психо-эмоциональных и социальных проблем, а также за счет снижения возможности обучения, что в наибольшей степени выражено у детей, проживающих в сельской местности.

4. При разработке мер профилактики нарушений здоровья детей и их инвалидизации на уровне популяции, территориальных образований, групп детского населения необходимо учитывать возрастные особенности и критические периоды роста и развития детей, а на индивидуальном уровне – определять такие качественные параметры, как степень отклонений от популяционных показателей физического, психо-эмоционального, социального и умственного функционирования, свидетельствующих о наличии и степени нарушений у ребенка адаптационных возможностей.

Объем и структура диссертации:

Диссертационная работа изложена на 188 страницах машинописного текста, включает 28 таблиц и 36 рисунков; состоит из введения, литературного обзора, описания методологии, методов и баз исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, предложений, списка литературы и двух приложений. Указатель литературы состоит из 229 публикаций (184 отечественных и 45 зарубежных авторов).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении отмечена актуальность исследования, определены цели и задачи, раскрыты научная новизна и практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Детская инвалидность и ее возрастные особенности (обзор литературы)» представлены данные отечественных и зарубежных авторов, посвященные анализу здоровья детей и детской инвалидности. Приведены современные представления о здоровье детей как «социальной ценности». Описаны периоды развития ребенка (от внутриутробного до подросткового и юношеского) и чрезвычайно важные данные о том, что при переходе от одного возрастного периода к другому и изменении генетической программы развития организм находится в неустойчивом состоянии. В это время внутреннее неблагополучие или внешний неблагоприятный фактор, психологические или социальные травмы могут, с большей вероятностью, чем в другие периоды, привести к срыву, дизадаптации, болезни, инвалидности, смерти. Поэтому эти переходные периоды оцениваются как «чувствительные» или «критические» периоды жизни (Цыбульская И.С., 1984; Вельтищев Ю.Е., 1994, 1998; Эльконин Д.Б., 1995; Falkner P., Tanner J. M., 1986; Gluckman P.D., 1993; Эриксон Э., 1996).

Рассматриваются проблемы заболеваемости и инвалидизации детей, факторы, способствующие развитию инвалидности и ее возрастные особенности.

Большое внимание уделено также исследованиям качества жизни в педиатрии. Изучение здоровья на основе определения адаптивности и качества жизни представляется важным как для детей-инвалидов и детей с различными хроническими заболеваниями, так и для здоровых детей. Этот метод позволяет следить за динамикой различных видов жизнедеятельности ребенка, изменениями его поведения и ощущений, своевременно, на ранних стадиях, уловить появление негативных процессов, уточнить (в определенных пределах) возможные причины ухудшения качества жизни ребенка и проследить за результативностью проводимых коррекционных мер.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» изложены этапы проведения работы. *Вначале была изучена нормативная база и данные литературы* по вопросам здоровья детей и его оценки, возрастных особенностей детского организма, современных представлений о качестве жизни детей, а также о детской инвалидности, ее возрастных особенностях и факторах, влияющих на инвалидизацию детей в разные периоды их жизни; изучен понятийный аппарат по вопросам, вошедшим в разработку.

На следующем этапе были определены базы исследования и социально-экономическая ситуация на территориях в анализируемые 1996-2005 гг.; разработана методология построения исследования: анализа данных статистики по России на основании тщательной проработки показателей, приведенных в статистической форме № 19 (по общей и первичной инвалидизации детей разных

возрастов, по главным нарушениям здоровья и заболеваниям, обусловившим инвалидность детей в динамике за 1996-2005 годы), а также представлена методология по возрастной оценке качества жизни детей.

На третьем этапе определили тенденции инвалидизации детей по возрастным периодам при стабильных и измененных социально-экономических условиях жизни.

На четвертом этапе изучили качество жизни детей в популяции, больных детей и детей-инвалидов путем анкетирования детей (а в раннем возрасте – их родителей и участковых врачей-педиатров).

На последнем этапе по результатам исследования, разработали теоретическое обоснование и практические предложения по профилактике детской инвалидности (табл. 1).

Таблица 1

Методика и организация исследования

Этапы исследования	Задачи этапа	Методы исследования	Источник информации	Объекты и объемы исследования
1.	Изучение литературы по теме	Аналитический	Данные отечественной и зарубежной литературы	229 публикаций, в т.ч.: 184 отечественных и 45 зарубежных авторов
2.	Определение возрастной структуры и динамики детской инвалидности в современной России	Статистический Аналитический	Ст.форма № 19	1996-2005 гг.
3.	Определение тенденций инвалидизации детей в динамике возрастных периодов при меняющихся социально-экономических условиях жизни современной России	Статистический Аналитический	Ст.форма № 19	Динамика по возрастных изменений по 17 классам заболеваний и 11 нозологиям за 1996-1998 1999-2001 2003-2005 гг.
4.	Изучение качества жизни больных детей и детей-инвалидов	Социально-гигиенический Анкетный опрос Математическая обработка данных	Опросники по определению качества жизни детей	7097 детей, из них: 3142 здоровых; 3955 больных, в т.ч.: 452 ребенка-инвалида
5.	Научное обоснование системных мер по профилактике инвалидизации детей с учетом их возрастных особенностей и качества жизни	На основании результатов научных исследований, полученных на предшествующих этапах работы		

Оценку статистических данных по детской инвалидности проводили как за весь период с начала существования статистической формы № 19 (1996-2005 гг.), так и по сгруппированным годовым интервалам, разграничивающим относительно стабильные годы жизни населения России (1996-1998 гг.) и годы, когда условия жизни семей и общества в целом негативно изменились в связи с дефолтом августа 1998 г. При этом сравнивали показатели последовательных трехлетних периодов: предефолтного (1996-1998) и двух постдефолтных – ближайшего (1999-2001 гг.) и отдаленного (2003-2005). Анализировали динамику изменения среднегодовых показателей по инвалидности детей за указанные годовые периоды и выводили усредненные показатели по различным классам и нозологиям. В дальнейшем использовали эти данные при расчетах изменения показателей по периодам, а также при определении темпов роста этих показателей.

Для выявления характера и степени изменения показателей у детей при переходе их в следующий возрастной период (из 0-4 в 5-9-летний; из 5-9 в 10-14-летний; из 10-14 в 15-17-летний) при относительно стабильных условиях жизни (в одном временном интервале) и рассчитывали разницу между ними в различных временных периодах. Сопоставляли также изменения показателей инвалидности, обусловленные различными причинами, у детей в одной возрастной группе по сравнению с данными предшествующей возрастной группы (5-9/0-4 лет и 10-14/5-9 лет). Полученные результаты позволили судить об изменении повозрастных показателей детской инвалидности в зависимости от условий жизни в базовом предефолтном, ближайшем и отдаленном постдефолтных периодах.

Анализ качества жизни с использованием опросников проводили на первом году жизни и далее по возрастным периодам 2-4; 5-7; 8-12 и 13-17 лет с использованием опросных карт, разработанных в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава».

Каждый из опросников включал три раздела: собственно оценку качества жизни (4 блока, характеризующих физическое, психо-эмоциональное, социальное и умственное функционирование ребенка – по образцу зарубежных аналогов), учет заболеваемости (часто болеющие, с фоновыми или хроническими заболеваниями, ребенок-инвалид) и социального статуса семьи ребенка (из неполной или многодетной семьи, уровень дохода, состояние жилья, конфликтная семья, наличие в семье лиц с вредными привычками и правонарушителей), а также данные о возрасте и месте жительства.

Каждый из 4-х блоков, характеризующих разные виды функционирования ребенка, содержит 5 возможных вариантов негативной оценки этого функционирования (физических и умственных возможностей, психо-эмоционального состояния и социальных контактов), которые могут наблюдаться в данном возрастном периоде.

Особенности функционирования детей оценивали по 5-балльной шкале выраженности нарушения функции (от «0» – когда функция не нарушена, до «4» – когда нарушения функции максимальны). Указанные значения суммировали отдельно по блокам и по всем их четырем видам. Суммарные значения характеризовали качество жизни данного ребенка в целом.

Своеобразие такого подхода заключается в том, что здесь акцент делается не на констатацию болезни, а на оценку адаптивных особенностей организма, компенсированности функций при сниженных адаптивных возможностях, выявление начальных признаков дизадаптации – с тем, чтобы имелась возможность путем своевременной медико-психолого-педагогической и социальной поддержки предупредить развитие патологии или хронизации процесса и инвалидизации ребенка. При этом учитываются признаки не только медико-биологической дизадаптации, но и другие дизадаптационные проявления – психологические (психо-эмоциональные) и социальные (проблемы взаимоотношения ребенка с семьей, сверстниками, взрослыми, наличие вредных привычек и пр.), что позволяет оценивать состояние ребенка как целостной личности в его среде обитания и своевременно выявлять нарушения (в процессе их формирования), определять дифференцированные группы детей и подростков, нуждающихся в обследовании и мерах активной поддержки.

Одновременный учет качества жизни и заболеваемости ребенка дает возможность установить, какое влияние оказывают на физическое, психо-эмоциональное, социальное и умственное функционирование детей *повторные острые заболевания* (часто болеющие дети), *фоновые заболевания* (гипотрофия, анемия, рахит, аллергические проявления у детей раннего и дошкольного возраста, неустойчивое артериальное давление у детей и подростков), *хронические заболевания, а также каково качество жизни у детей-инвалидов.*

Полученные по возрасту показатели качества жизни больных детей и детей-инвалидов сравнивали с популяционными данными, определенными на всем массиве обследованных детей за исключением детей-инвалидов (7097-452=6645) из всех семи федеральных округов России.

Достоверность показателей оценивалась с применением метода Стьюдента.

В главе третьей «Структура и динамика детской инвалидности в современной России в возрастном аспекте» приведены данные статистики о числе детей-инвалидов разных возрастов и показателях инвалидности в расчете на 10 000 детского населения. Как показывают данные официальной статистики Росстата (абсолютные величины), наиболее многочисленной группой детей-инвалидов являются дети 10-14 лет и 15-17 лет (33,2 и 29,3%); инвалиды 5-9 лет и 0-4 лет составляют 22,9 и 14,6%. Инвалидность среди мальчиков регистрируется чаще, чем у девочек, и чем старше дети, тем эта разница больше (в 2006 г. число инвалидов мужского пола составило 58,4%, а девочек – 41,6%).

Показатели общей инвалидности за указанные годы увеличились, а впервые выявленная инвалидность, за исключением детей раннего возраста, уменьшилась. Наиболее выраженные изменения показателей зарегистрированы у детей 10-14 лет.

Впервые выявленная инвалидность по всем анализируемым возрастам (кроме 5-9-летних в абсолютном выражении) была максимальной в 1997 г., что объясняется улучшением регистрации по вновь введенной в 1996 г. статистической форме № 19. При пересчете на соответствующее население показатель детской инвалидности на 10 000 в 2005 году составил 201,1 (впервые установленной – 24,97).

За определяемый десятилетний период максимально возрос показатель общей инвалидности среди детей 10-14 лет (+50,48%) и в меньшей мере – среди детей 5-9 лет (+24,57%), 0-4 лет (+18,06%) и 15-17 лет (+7,53%) – табл. 2.

Таблица 2

Повозрастные показатели инвалидности у детей

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005/ 1996
<i>0-4 года</i>											
Всего	98,26	108,54	118,17	119,2	118,88	114,13	113,62	111,97	114,15	116,89	+18,96
Впервые	40,11	43,68	43,59	42,45	41,64	38,59	40,04	39,97	40,84	40,21	+0,25
<i>5-9 лет</i>											
Всего	160,72	185,49	198,95	207,31	212,59	214,28	202,37	200,66	200,19	200,21	+24,57
Впервые	31,23	32,90	30,71	29,64	28,94	25,63	26,00	24,90	23,80	23,78	-23,86
<i>10-14 лет</i>											
Всего	159,38	186,40	204,30	218,87	234,99	250,23	228,84	233,62	236,33	239,83	+50,48
Впервые	29,92	32,31	28,78	27,12	25,89	22,56	21,78	20,90	19,78	19,48	-34,89
<i>15-17 лет</i>											
Всего						202,34	228,27	238,22	242,50	245,45	+7,53
Впервые						18,20	19,22	17,91	17,54	17,26	-10,20
<i>0-17 лет</i>											
Всего						202,01	198,9ф	200,65	200,85	201,11	+1,09
Впервые						25,76	25,80	25,12	24,92	24,97	-3,22

В структуре «главных нарушений здоровья» у детей-инвалидов в России на протяжении последнего десятилетия в возрасте 0-4 и 5-9 лет ведущую роль играли двигательные расстройства, а в возрасте 10-14 и 15-17 лет – умственные. Во всех возрастных группах отмечен рост метаболических и ферментных нарушений (+27,6; +80,2; +122,6; +55,5%). Кроме того, у детей 0-4 лет максимально увеличились нарушения кардиореспираторных и пищеварительных функций (+71,2 и +64,5%); у детей 5-9, 10-14 и 15-17 лет – психологических (+55,5; +76,6; +27,1%) и умственных расстройств (+30,4; +67,8; +30,1%), соответственно. В результате к 2005 г., по сравнению с базовым 1996 г., у детей раннего возраста повысился ранг кардиореспираторных расстройств (4→3-е место), мочеполовых (11→9 место), метаболических и ферментных (13→11 место), пищеварительных (14→; 13 место); у детей 5-9 лет на первое место, потеснив двигательные нарушения, вышла сумма висцеральных и метаболических нарушений и расстройств питания; у 5-9 и 10-14-летних вырос ранг психологических расстройств; у 10-14 и 15-17 летних – кардиореспираторных и генерализованных нарушений; в 15-17 лет – нарушений крови и иммунной системы (табл. 3).

Отсутствие увеличения показателей умственных, а также языковых и речевых нарушений у детей 0-4 лет, по всей вероятности, является показателем не

улучшения здоровья детей данного возраста, а ухудшения их выявляемости и уменьшения внимания к детям в семьях, в частности, в отношении развития речевых навыков. Подтверждением этого можно считать установленный в процессе всеобщей диспансеризации детей 2002 г. высокий процент недовыявляемости ряда патологических проявлений, а также фиксируемое в статистической отчетной форме № 31 большое число детей, поступающих в детский сад из дома с нарушениями речи. И эти нарушения за время их пребывания в детском дошкольном учреждении практически не уменьшаются.

Относительно более низкие, по сравнению с другими возрастными периодами, показатели роста нарушений у 15-17-летних объясняются тем, что сведения о них стали возможными для учета только с 2001 г. – в период, когда наметилась тенденция стабилизации социально-экономической ситуации в стране.

Таблица 3

Динамика главных нарушений здоровья у детей (на 10 000 детей данного возраста)

Показатели (нарушения)	Изменения ранговых мест показателей							
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	2001	2005
	0-4		5-9		10-14		15-17	
Умственные	3	4	3	3	1	1	1	1
Другие психологические	8	8	7	↑ 6	7	↑ 6	6	6
Языковые и речевые	10	12	11	12	15	15	15	15
Слуховые и вестибулярные	9	10	6	7	6	7	7	8
Зрительные	6	6	5	5	4	5	4	5
Висцеральные и метаболические, расстройства питания:	2	2	2	↑ 1	2	2	2	2
- кардиореспираторные	4	↑ 3	4	4	5	↑ 4	5	↑ 4
- пищеварительные	14	↑ 13	15	15	14	14	13	14
- мочеполовые	11	↑ 9	9	11	8	11	11	11
- метаболические и ферментные	13	↑ 11	12	↑ 9	11	↑ 8	8	↑ 7
- крови и иммунной системы	15	15	14	14	13	13	14	↑ 13
- другие висцеральные	12	14	13	13	12	12	12	12
Двигательные	1	1	1	2	3	3	3	3
Уродующие	5	5	8	8	9	10	9	10
Общие и генерализованные	7	7	10	10	10	↑ 9	10	↑ 9

В структуре заболеваний, обусловивших инвалидизацию детей в современной России, также произошли изменения в связи с увеличением с 1996 по 2005 гг. во всех возрастах числа детей-инвалидов, больных туберкулезом (от +108 до +356%), сахарным диабетом (от +42 до +110%), психозами (от +44 до +91%), болезнями почек (от +15 до +82%), врожденными аномалиями (от +22 до +68%) – табл. 4.

Таблица 4

Динамика показателей заболеваний, обусловивших детскую инвалидность

Показатели (болезни)	Изменения ранговых мест показателей							
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	2001	2005 г.
	0-4 года		5-9 лет		10-14 лет		15-17 лет	
Инфекционные и паразитарные:	22	↑ 19	28	26	26	27	26	27
- туберкулез	30	28	30	↑ 28	30	↑ 29	30	↑ 28
Новообразования:	17	↑ 12	14	↑ 12	15	↑ 13	15	↑ 15
- злокачественные	28	↑ 27	22	↑ 21	22	23	21	22
Бол. крови, кроветворных органов и нарушение иммунных механизмов	24	↑ 23	27	23	23	24	23	24
Бол. эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ:	8	10	12	↑ 8	9	↑ 6	8	6
- сахарный диабет	26	↑ 21	18	↑ 13	14	↑ 9	13	↑ 10
- бол. щитов. железы	27	29	29	↑ 27	29	↑ 26	28	↑ 29
Психические расстройства и расстройства поведения:	3	4	3	↑ 2	2	↑ 1	1	1
- психозы	29	30	23	↑ 16	19	↑ 17	19	↑ 16
- умственная отсталость	6	10	4	4	2	2	2	2
- непсихотические нарушения органического генеза	16	25	15	17	17	↑ 11	17	17
Бол. нервной системы*:	1	2	1	1	1	3	3	3
- системные атрофии ЦНС	13	28	16	29	18	28	29	30
Болезни глаза и его придаточного аппарата	9	↑ 7	5	5	5	5	6	7
Болезни уха и сосцевидного отростка	10	↑ 8	6	7	6	7	9	9
Болезни системы кровообращения	25	↑ 24	26	↑ 25	27	↑ 22	25	↑ 20
Бол. органов дыхания:	15	↑ 14	8	↑ 9	7	↑ 10	10	↑ 11
- бронхиальная астма	18	↑ 16	20	↑ 11	10	12	11	12
Бол. органов пищеварения	20	↑ 17	21	22	20	21	20	23
Болезни кожи и подкожной клетчатки	19	↑ 23	24	24	25	25	24	26
Бол. костно-мышечной системы и соединительной ткани	12	13	9	10	8	8	7	8
Бол. мочеполовой системы:	14	↑ 11	13	14	12	14	16	18
- бол. почек	23	↑ 15	10	18	21	↑ 18	18	19
Состояния перинатального периода	7	19	25	30	28	30	31	31
Врожденные аномалии:	2	↑ 1	2	3	4	4	4	4
- нервной системы	5	↑ 6	11	15	16	19	27	↑ 25
- сердца	4	↑ 3	7	↑ 6	11	11	14	↑ 13
- хромосомные нарушения	11	↑ 5	20	↑ 9	24	↑ 20	22	↑ 21
Травмы, отравления	21	↑ 20	17	20	13	15	21	↑ 14
* - включая ДЦП	Данные за 1996 г. отсутствуют							

Возросло также число детей-инвалидов при болезнях глаза, уха, крови и новообразований, в т.ч. злокачественных. По классам и нозологиям опережали в росте другие возрасты: 0-4-летние – в связи с врожденными пороками сердца (+74,4%); 5-9-летние – по туберкулезу (+356,0%) и психозам (+91,3%); 10-14-летние – по сахарному диабету (+110,4), болезням органов кровообращения (+96,95), болезням почек (+82,2%). В результате по целому ряду патологических

проявлений произошло значительное повышение ранга указанных причин инвалидности: новообразований и хромосомных нарушений (особенно в возрасте 0-4 лет); болезней крови и бронхиальной астмы (особенно в возрасте 5-9 лет); диабета, психозов и болезней органов кровообращения (в большей мере у детей 10-14 и 15-17 лет).

В главе четвертой «Сравнительная характеристика структуры и динамики детской инвалидности при различных социально-экономических условиях жизни общества» представлены данные об относительном увеличении целого ряда изучаемых показателей по всем возрастам в период 1999-2000-2001 гг. прошлого века – после дефолта 1998 г., когда в стране резко ухудшилось материально-экономическое положение населения.

Анализ базовых усредненных предефолтных показателей позволил установить, что наибольшие изменения инвалидизации детей в процессе роста происходят при переходе из возрастной группы 0-4 лет в группу 5-9 лет. Максимальные темпы увеличения числа инвалидов в это время наблюдаются по причине их заболевания психозами (+524,3%), сахарным диабетом (+307,0%), бронхиальной астмой (+220,3%), болезнями органов дыхания (+232,0), психическими заболеваниями в целом (+231,6), травмами и отравлениями (+178,6%), заболеваниями глаза (+158,7%), болезнями костно-мышечной и эндокринной систем (+147,5% и +133,1%) и др. Всего рост зарегистрирован по 15 из 17 учитываемых классов (88,2%).

При переходе детей из возрастной группы 5-9-летних в группу 10-14-летних темпы роста инвалидизации детей снижаются как в целом по классам болезней (увеличение показателей инвалидности по 11 из 17 классов – т.е. 64,7%), так и по отдельным классам: при болезнях костно-мышечной системы +119,7%; органов дыхания +65,5%; травмах +32,7%; болезнях пищеварительной и эндокринной систем +22% и +21,1%, заболеваний глаза +8,8% и т.п.

В ближайшие постдефолтные годы по всем учитываемым возрастным периодам произошло увеличение, по сравнению с показателями в исходные предефолтные годы, как главных нарушений здоровья детей, так и заболеваний, обусловивших их инвалидизацию, и темпов роста показателей при переходе детей из одного возрастного периода в следующий возрастной период (5-9/04 лет и 10-14/5-9 лет).

В отношении главных нарушений здоровья это касалось, прежде всего, языковых и речевых, «других психологических», зрительных, уродующих нарушений, а также нарушений функционирования пищеварительных,

кровенворных, мочеполовых органов, «других висцеральных функций». По отдельным возрастным периодам наблюдался в ближайшие постдефолтные годы выраженный рост метаболических и ферментных нарушений (у 0-4-летних); общих и генерализованных нарушений (у 5-9-летних); кардиореспираторных, слуховых и двигательных нарушений (у 5-9 и 10-14-летних). Все указанные выше нарушения были максимально выражены в ближайшие постдефолтные годы, а затем их проявления снижались (рис.1).

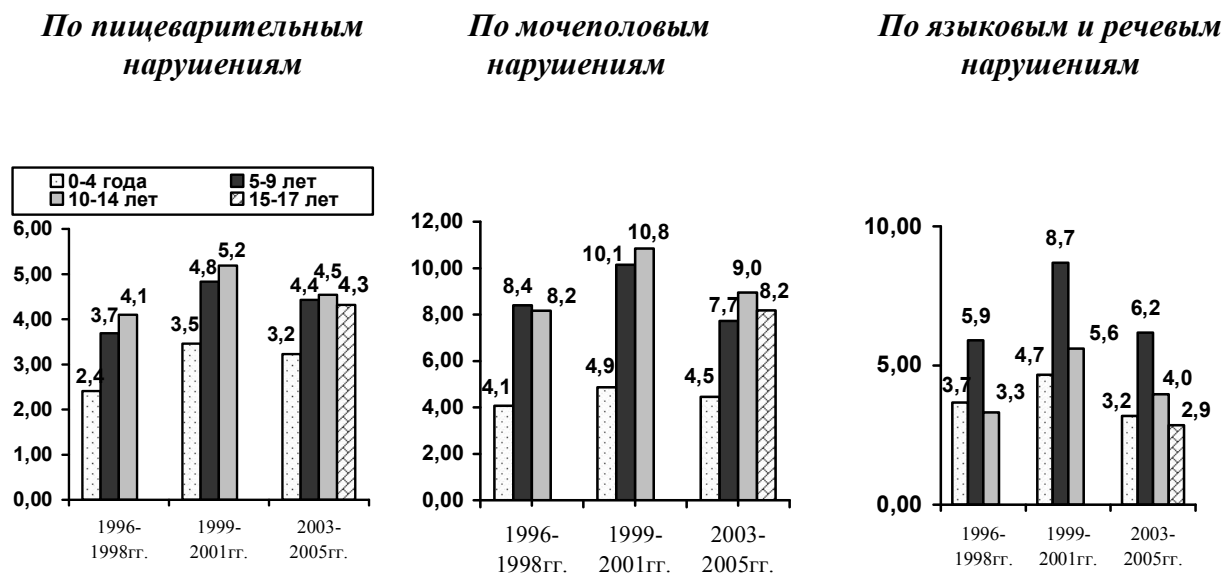
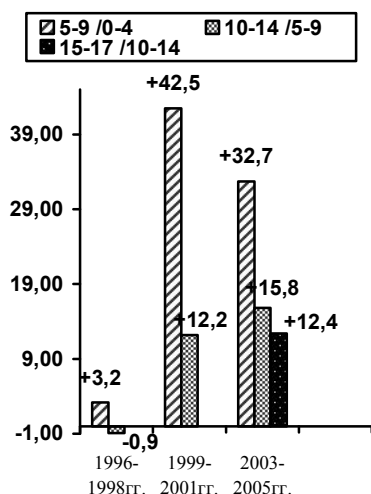


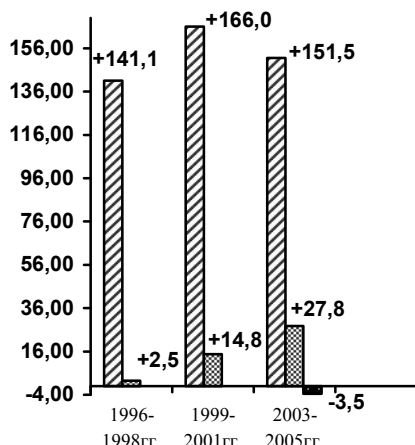
Рисунок 1. Динамика показателей детской инвалидности по главным нарушениям здоровья по возрастам и годовым периодам (на 10 000 соответствующего населения)

Темпы нарастания нарушений (соотношения показателей с аналогичными данными за предшествующий возрастной период) в ближайшие постдефолтные годы определялись повышенными для зрения, слуха, крови, кардиореспираторных, мочеполовых, двигательных нарушений. Максимальные темпы нарастания зарегистрированы в отношении общих и генерализованных нарушений от уровня у 0-4-летних к уровню в возрастном периоде 5-9 лет, когда показатель этого роста в ближайшем постдефолтном периоде (1999-2001 гг.), по сравнению с аналогичным показателем в базовом периоде, увеличился в 13 раз (с +3,2% до +43,4%) - рис.2.

По общим и генерализованным нарушениям



По зрительным нарушениям



По метаболическим и ферментным нарушениям

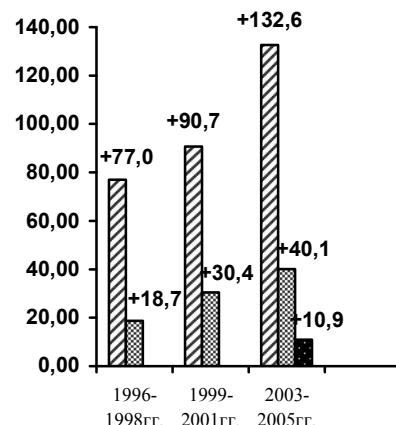
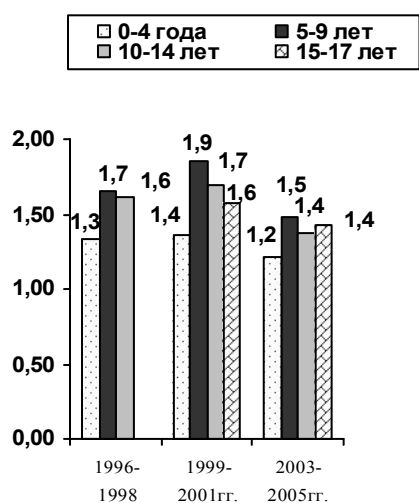


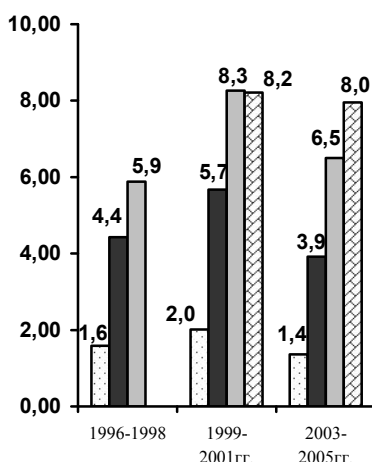
Рисунок 2. Темпы нарастания показателей детской инвалидности по главным нарушениям здоровья по возрастам и годовым периодам (в %)

Анализ частоты и темпов изменения заболеваний, обуславливающих инвалидность у детей разных возрастов при различных материально-экономических и социальных условиях жизни, показал, что дети всех возрастных групп в ближайшие постдефолтные годы при ухудшении условий жизни усиленно инвалидизируются по заболеваниям, которые условно можно отнести к возрастным социопатиям (туберкулез, инфекции, патология пищеварительных органов, травмы и отравления, болезни глаза), а затем эти показатели, как и главные нарушения здоровья, относительно снижаются, хотя большинство из них остаются выше исходных (рис.3.1).

По инфекциям



По травмам и отравлениям



По туберкулезу

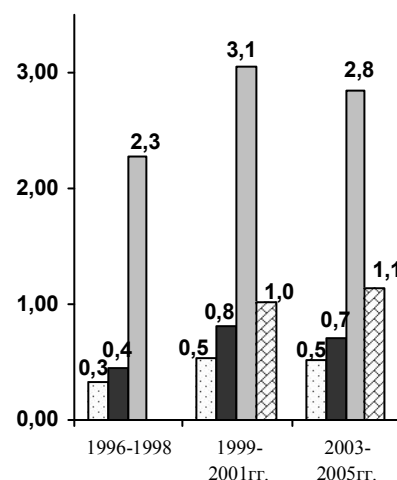


Рисунок 3.1. Показатели детской инвалидности по заболеваниям, обусловившим инвалидность по возрастам и годовым периодам (на 10 000 детей)

Кроме того, целый ряд показателей продолжает увеличиваться, обнаруживая постоянный рост значений, как-то: врожденные пороки развития, эндокринные расстройства (прежде всего сахарный диабет), психозы, умственная отсталость, болезни крови и системы кровообращения, новообразования (рис. 3.2).

По болезням кровообращения

По болезням эндокринной системы

По умственной отсталости

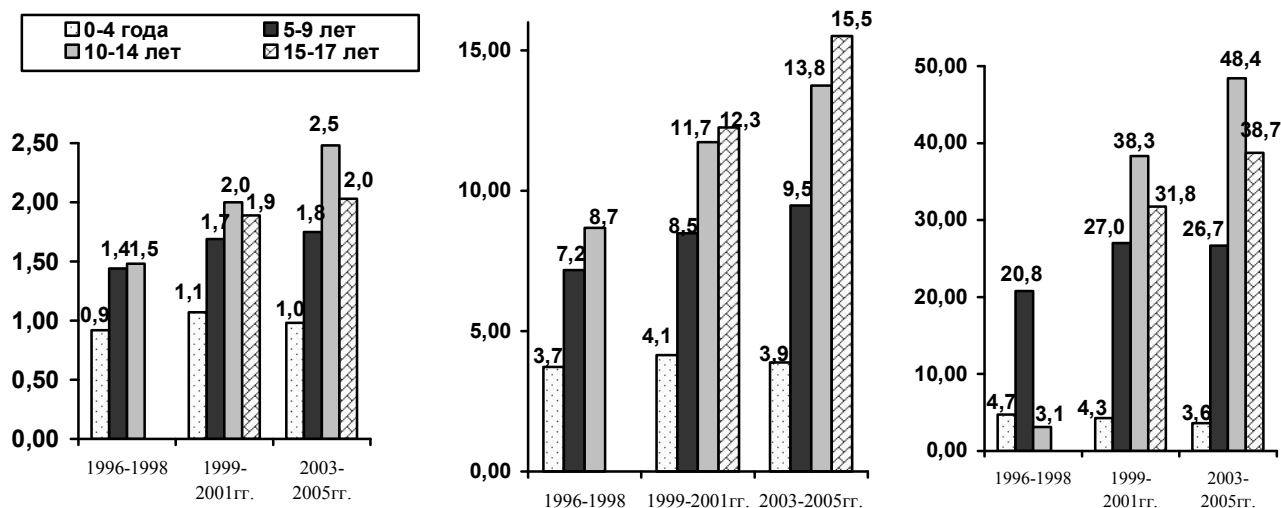


Рисунок 3.2. Показатели детской инвалидности по заболеваниям, обусловившим инвалидность по возрастам и годовым периодам (на 10 000 детей)

Максимальными темпами нарастания инвалидности в раннем постдефолтном периоде в критические периоды перехода от 0-4 к 5-9 гг. проявили себя такие заболевания, как туберкулез, психозы, в определенной степени умственная отсталость, болезни крови, почек и врожденные аномалии, а при переходе от 5-9 к 10-14 гг. – сахарный диабет, бронхиальная астма и новообразования.

По психическим расстройствам

По болезням крови

По сахарному диабету

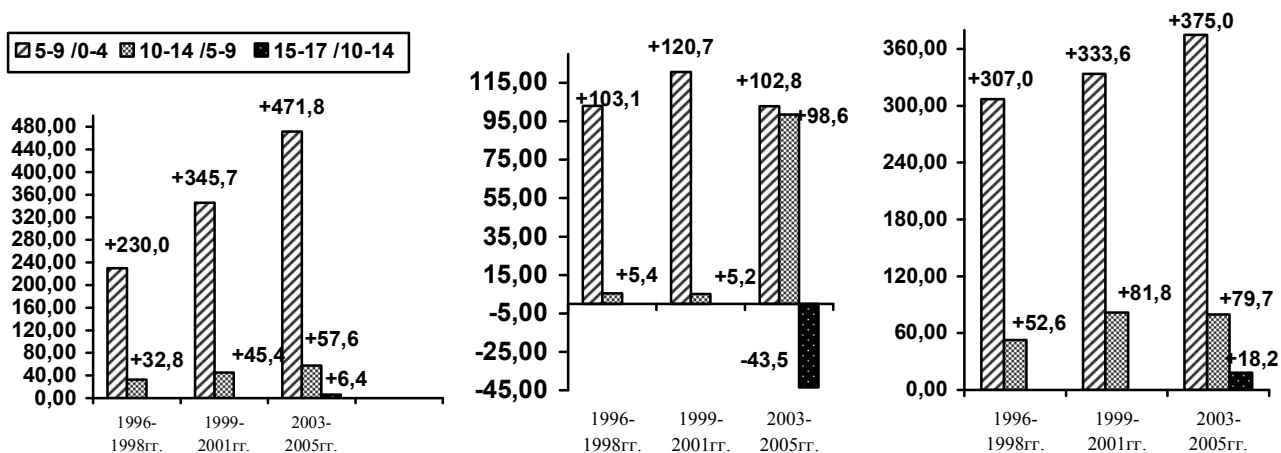


Рисунок 4. Темпы нарастания инвалидности, обусловленной заболеваемостью по возрастам и годовым периодам (в %)

Относительное снижение темпов роста зарегистрировано по всем возрастам в отношении инвалидизации детей в связи с травмами и отравлениями; для соотношения показателей 5-9-летних к показателям 0-4-летних – по болезням органов пищеварения и злокачественным новообразованиям, а для соотношения показателей 10-14-летних к показателям 5-9-летних – по инвалидизации в связи с костно-мышечной патологией, болезнями пищеварительных органов и врожденными пороками сердца.

В главе пятой «Качество жизни детей разных возрастов в зависимости от состояния их здоровья» дана характеристика обследованных детей с точки зрения их повозрастной заболеваемости, приведены показатели качества жизни в популяции детей с учетом их возрастного состава. Представлены данные о том, что среди обследованных число детей с отклонениями в здоровье различного характера составило 55,7%. Наибольшее число часто болеющих детей выявлено в возрасте 2-4 лет (43,9%), далее их число убывает. Фоновые заболевания (анемия, рахит, гипотрофия, аллергия) преобладали среди детей первого года жизни (35,3%). Хронические заболевания с возрастом нарастают от одного до 17 лет с 5,2% до 32,8% (т.е. в 6,3 раза), а число инвалидов увеличилось с годовалого до 12-летнего возраста в 4,4 раза (с 2,3% до 10,2% от числа одновозрастного контингента детей) – табл. 5.

Таблица 5

Повозрастное распределение детей в соответствии с частотой и видом их заболеваемости*

Контингенты детей**	% детей с различными видами заболеваний в популяции		Возрастной состав (в %)				
			1 год	2-4 года	5-7 лет	8-12 лет	13-17 лет
	абс.	%					
Часто болеющие	1764	26,5	16,5	43,9	31,0	22,0	19,1
Дети с фоновыми заболеваниями	1591	23,9	35,3	23,2	23,0	22,0	22,2
Дети с хроническими заболеваниями	1619	24,4	5,2	20,6	19,3	31,2	32,8

* - из числа больных детей в данном разделе исключены дети-инвалиды (3955-452=3503)

** - число детей с разными видами заболеваний в сумме выше числа больных детей т.к. в ряде случаев имело место сочетание разных видов заболеваемости у одного ребенка

По результатам социологического исследования повозрастных нарушений физического, психо-эмоционального, социального и умственного функционирования детей пяти возрастных групп в популяции суммарная балльная оценка качества жизни была наиболее благоприятной в возрасте одного года и наименее благоприятной в возрасте 2-4 лет. Проблемы с физическим функционированием определяются наиболее выраженными в возрасте 2-4 и 8-12 лет; психо-эмоциональные – в 2-4 и 5-7 лет. В подростковом возрасте показатели физического функционирования улучшаются, психо-эмоционального сохраняются умеренными, а социального и умственного функционирования – относительно ухудшаются (табл. 6).

Таблица 6

Повозрастные показатели балльной оценки качества жизни в популяции детей (n=6645)

Виды функционирования	1 год		2--4 года		5-7 лет		8-12 лет		13-17 лет	
	показатель	±m	показатель	±m	показатель	±m	показатель	±m	показатель	±m
Физическое	1,4	0,2	3,8	0,1	3,1	0,1	5,1	0,1	4,1	0,1
Психо-эмоциональное	1,4	0,2	5,8	0,1	5,3	0,1	4,2	0,1	4,2	0,1
Социальное	1,2	0,2	6,1	0,1	4,1	0,1	3,3	0,1	3,5	0,1
Умственное	1,5	0,2	4,9	0,1	4,8	0,1	4,1	0,1	5,0	0,1
Сумма баллов	5,5		20,6		17,3		16,7		16,8	

На основании сравнения составляющих качества жизни у больных детей с популяционными данными выявлены два заслуживающих особого внимания факта: значительное превышение у больных детей популяционных показателей на первом году жизни (особенно в случаях хронических заболеваний у младенцев) и нарастание ухудшения показателей качества жизни, по сравнению с популяционными данными, после 5-7-летнего возрастного периода (особенно у часто болеющих и страдающих «фоновыми» заболеваниями).

Анализ особенностей качества жизни при соматических заболеваниях показал, что повышение, по сравнению с популяционными, суммарных баллов, свидетельствующее о наличии негативных проявлений в функционировании организма, наблюдается при заболеваниях органов пищеварения (максимально 36,2 баллов в возрасте 2-4 лет), болезнях органов дыхания (23,7 баллов в 2-4 года), при заболеваниях крови (24,6 баллов в возрасте 2-4 лет), кожи и подкожной клетчатки (22,7 баллов в интервале 2-4 лет).

Инвалидизация детей наиболее часто происходит при заболеваниях центральной нервной системы и органов чувств (45,2%), при эндокринных расстройствах (в 36,4%), заболеваниях мочеполовых органов (21,6 %), патологии опорно-двигательного аппарата (19,5%) и при психических расстройствах (17,9%).

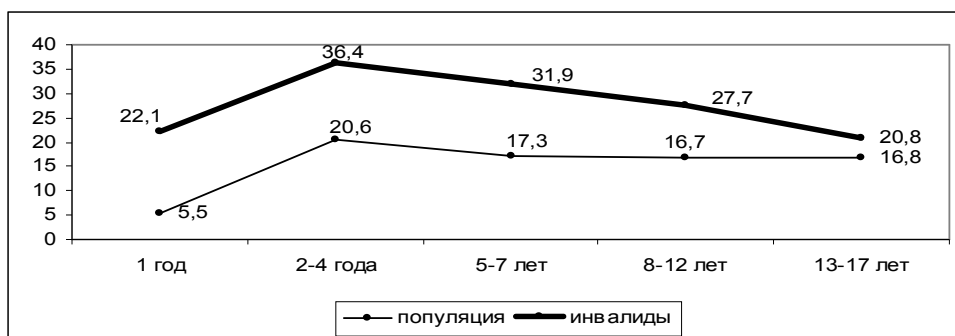
Таблица 7

Повозрастная частота детей с заболеваниями, обусловившими их инвалидность (% по отношению к числу больных детей в популяции с указанными нозологиями)

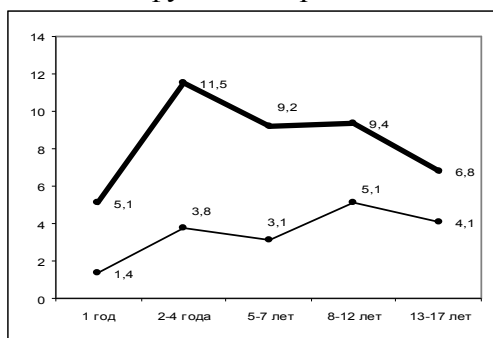
Заболевания	Всего % инвалидов среди больных	Возрастной состав детей-инвалидов по нозологиям				
		1 год	2-4 года	5-7 лет	8-12 лет	13-17 лет
ЦНС и органов чувств	45,2	25,0	53,1	52,1	47,2	38,5
Психические	17,9	0,0	0,0	16,7	33,3	28,6
Крови	9,1	0,0	0,0	6,3	0,0	60,0
Эндокринной системы	36,4	0,0	0,0	50,0	38,1	35,7
Органов дыхания	10,4	0,0	0,0	11,1	10,2	15,2
Сердечно-сосудистой системы	7,0	11,1	5,9	14,3	8,3	5,2
Органов пищеварения	2,3	0,0	0,0	0,0	4,5	1,8
Мочеполовых органов	21,6	0,0	6,7	20,0	36,3	14,3
Опорно-двигательного аппарата	19,5	0,0	0,0	17,6	24,4	22,2

Оценка качества жизни детей-инвалидов выявила большие проблемы физического и умственного их функционирования на протяжении всего периода детства (рис.5 с таблицей цифровых значений).

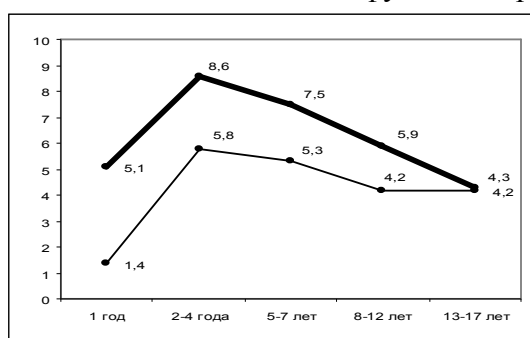
Суммарная балльная оценка



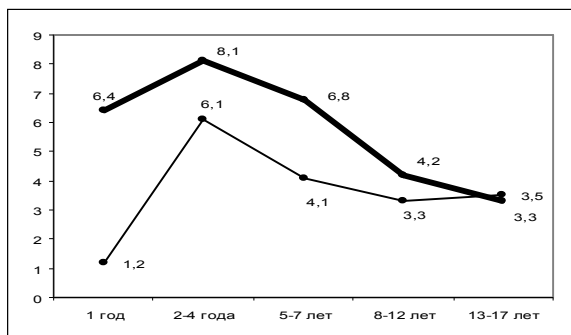
Физическое функционирование



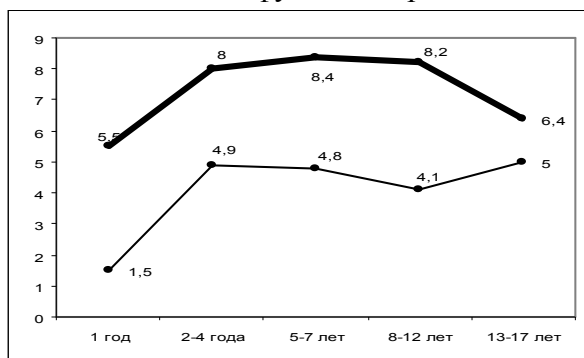
Психо-эмоциональное функционирование



Социальное функционирование



Умственное функционирование



Показатели функционирования	1 год			2--4 года			5-7 лет			8-12 лет			13-17 лет		
	показатель	±m	t	показатель	±m	t	показатель	±m	t	показатель	±m	t	показатель	±m	t
:- физическое	5,1	0,9	3,8	11,5	0,4	17,4	9,2	0,3	16,8	9,4	0,3	15,9	6,8	0,3	8,2
- психо-эмоциональное	5,1	0,9	3,8	8,6	0,5	5,7	7,5	0,4	5,7	5,9	0,3	5,4	4,3	0,3	0,3
- социальное	6,4	0,9	5,7	8,1	0,5	3,8	6,8	0,4	6,6	4,2	0,3	2,8	3,3	0,4	0,8
- умственное	5,5	0,9	4,3	8,0	0,5	6,0	8,4	0,4	9,7	8,2	0,3	14,3	6,4	0,3	4,1
Сумма баллов	22,1			36,2			31,9			27,7			20,8		

Рисунок 5. Графические данные оценки качества жизни детей-инвалидов по

сравнению с популяционными данными и их цифровое значение (в баллах)

Контингент детей-инвалидов проанализирован также по их дееспособности. Для этого были выделены три группы: дети, которые не нуждаются в специальных вспомогательных средствах (60,3%); дети, которым для оптимального существования необходимы коляски, протезы, другие вспомогательные средства (30,2%) и инвалиды с полной потерей зрения, сознания, способности передвижения, требующие специального индивидуального ухода (9,5%).

Качество жизни детей, которым необходимы вспомогательные средства, определяется худшим по сравнению с общей группой детей-инвалидов и группой, дети которой обходятся без вспомогательных средств (максимальный суммарный балл в 2-4 года составляет у них соответственно 47,4; 36,2 и 27,2 баллов при 20,6 баллов в популяции). Наибольшая разница выражена в отношении физического, психо-эмоционального и умственного функционирования, которые остаются нарушенными при росте ребенка и определяются таковыми даже у детей-подростков.

Дети-инвалиды с наибольшими потерями дееспособности имеют максимальные значения суммарного балльного показателя (в 2-4 г. – 58,0 баллов).

Показатели функционирования у детей этой группы отличаются от популяционных данных в разы (в 2-4 г. по физическому функционированию – в 4,3 раза; по умственному – в 3,2 раза; психо-эмоциональному – в 2,2 раза и социальному – в 2,1 раза). Ни один из показателей качества жизни в подростковом возрасте не становится равным таковому в популяции. Более того, показатели психо-эмоционального и социального функционирования у этих детей в возрастном интервале 13-17 лет вновь ухудшаются.

Установлена также разница качества жизни детей-инвалидов с условиями их проживания в городской и сельской местности. В наибольшей степени эта разница выражена на первом году жизни и носит она парадоксальный характер, что выражается малым количеством проблем качества жизни у детей-инвалидов на селе (6,0 баллов по сравнению с 17,4 в условиях города). Такую большую разницу можно объяснить только худшим медицинским обслуживанием жителей села и недовыявляемостью патологии в раннем возрасте. В последующие периоды жизни балльная оценка качества жизни у сельских детей (и в популяции и в случаях их инвалидизации) постоянно определялась более высокой, по сравнению с таковыми у детей, проживающими в городских условиях, что свидетельствовало о наличии на селе большего количества проблем как физического, так и иных видов функционирования детей.

Все сведения о качестве жизни детей-инвалидов высоко достоверны.

В «Заключении» обобщены и обсуждены данные, изложенные по главам. Особое внимание уделено: 1) - развитию дизадаптационных проявлений и нарушению качества жизни детей в возрасте 2-4 лет (при их первичной социализации) и связи указанных явлений с преходящим ростом в этом возрасте

уровня инвалидности, обусловленной в основном социопатическими нарушениями здоровья при неблагоприятных социально-экономических условиях жизни семьи; 2) - постоянному росту мультифакториальных заболеваний как причины детской инвалидности. Представлено также научное обоснование необходимости как в медицинском, так и в социальном плане применения ранних мер по профилактике инвалидизации детей и показана целесообразность оценки качества их жизни как действенного инструмента определения адаптивных возможностей организма, особенно в критические периоды роста и развития детей, а также выбора сроков и направленности превентивных и коррекционных мер воздействия.

ВЫВОДЫ

1. Число детей-инвалидов в современной России регистрируется наибольшим среди детей 10-14 лет и 15-17 лет (33,2 и 29,3%) и реже встречается среди 5-9-летних и 0-4-летних (22,9 и 14,6%, соответственно). За последние годы число детей-инвалидов увеличилось в двух возрастных категориях: максимально среди 0-4-летних (с 1996 по 2005 гг. на 22,6%) и в меньшей степени среди 15-17-летних (с 2001 по 2005 гг. на 9,4%), а показатели детской инвалидности возросли на 19,96 и 7,53 в расчете на 10 000 соответствующего населения.

Впервые выявленная инвалидность за анализируемые годы несколько увеличились только в раннем возрасте (среди 0-4-летних с 1996 по 2005 гг. +0,25%). В то же время во всех возрастных группах произошло *изменение структуры детской инвалидности: среди главных нарушений здоровья* увеличилось число висцеральных (в первую очередь кардиореспираторных и пищеварительных) расстройств и наблюдается их более ранняя манифестация - уже в возрасте 0-4 лет; у детей 15-17 лет, наряду с метаболическими и ферментными нарушениями, значительно возросло число умственных и психологических расстройств. *В спектре заболеваний, обусловивших инвалидизацию детей,* во всех исследуемых возрастах увеличилось число детей-инвалидов, страдающих туберкулезом (от +108 до +356%), сахарным диабетом (от +42 до +110%), психозами (от +44 до +91%), болезнями почек (от +15 до +82%), врожденными аномалиями (от +22 до +68%), а также болезнями глаза, уха, крови и новообразованиями, в т.ч. злокачественными. В результате по целому ряду патологических проявлений произошло повышение ранга таких причин инвалидности, как туберкулез, сахарный диабет, болезни системы кровообращения и хромосомные нарушения – во всех возрастах. Наиболее значительный ранговый рост выявлен у детей 0-4 лет в отношении новообразований и хромосомных нарушений (с 17 на 12 место и с 11 на 5 место); в возрасте 5-9 лет – в отношении болезней крови, бронхиальной астмы и психозов (с 27 на 23 место; с 20 на 11 место; с 23 на 16 место); у детей 10-14 и 15-17 лет - по сахарному диабету (с 14 на 9 и с 13 на 10 место), болезням системы кровообращения (с 27 на 22 и с 25 на 20 место).

2. Сравнение показателей числа детей-инвалидов, характера расстройств здоровья и темпов их нарастания при базовом уровне относительной социально-экономической стабильности (1996-1998 гг.), при максимально выраженной дестабилизации социально-экономической жизни россиян (1999-2001гг.) и в

последующие «постдефолтные» годы (2003-2005) вскрыло явную зависимость указанных показателей инвалидизации детей от социально-экономических факторов: у детей в «неблагополучные» годы максимально нарастают психические расстройства (в т.ч. психозы, «другие психологические нарушения» и наиболее отставленная по времени регистрации умственная отсталость), а также висцеральные и метаболические расстройства (в первую очередь, метаболические и ферментные нарушения), болезни органов кровообращения, сахарный диабет, бронхиальная астма, болезни мочеполовой и костно-мышечной системы, травмы и отравления, злокачественные новообразования. Инвалидизация детей в связи с явными социопатическими изменениями в организме со временем снижается, а имеющая в основе мультифакториальные заболевания непрерывно увеличивается.

3. Регистрируемое при специальном социологическом исследовании качество жизни детей имеет четко выраженную зависимость как от возраста, так и от характера заболеваемости. У детей часто болеющих и особенно страдающих фоновыми заболеваниями достоверно высоки негативные проявления физического, (максимально в 8-12 лет), психо-эмоционального и социального (в большей мере в возрасте 2-4 лет), а также умственного функционирования (максимально в 13-17 лет). У детей с хронической патологией повышенный, по сравнению с популяционным, уровень проблем качества жизни четко регистрируется уже на первом году, но особенно эта разница по сравнению с популяцией на первом году велика у детей-инвалидов. По физическому, психо-эмоциональному и умственному функционированию она составляет 3,0-3,6 раза, а по социальному – 5,3 раза. После максимальных нарушений в 2-4 года показатели качества жизни у инвалидов улучшаются, а по психо-эмоциональному и социальному функционированию к 13-17 годам они приближаются к популяционным значениям. Чем ниже дееспособность у детей-инвалидов, тем выше разрыв в показателях качества жизни у них с аналогичными показателями в одновозрастной популяции детей. Показатели нарушенного качества жизни детей, проживающих в сельской местности, выше, чем у городских детей; их возрастная динамика выражается ухудшением психо-эмоционального и социального функционирования в подростковом возрасте, т.е. более неблагоприятна.

4. Борьба с детской инвалидностью должна носить профилактический характер на всех этапах, обуславливающих низкие адаптивные возможности детского организма и развитие патологических состояний, способствующих их хронизации и формированию инвалидности, в первую очередь, социально-экономического характера. Определение качества жизни детей является действенным инструментом для оценки их адаптационных возможностей, особенно в критические периоды роста и развития. В случаях превышения популяционных показателей по проблемам физического, психо-эмоционального, социального и умственного функционирования ребенка (что свидетельствует о недостаточности адаптивных возможностей его организма) следует относить детей к группе повышенного риска развития хронической патологии и инвалидизации – и применять комплекс медико-социальных и психолого-педагогических

превентивных мер как общего, так и специфического (в соответствии с выявленными проблемами) характера.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Исходя из результатов проведенного исследования, основные мероприятия по профилактике инвалидизации детей должны, в первую очередь, включать улучшение социального положения семей, совершенствование медико-социальной помощи населению и оптимизацию адаптационно-компенсаторных возможностей материнского и детского организмов.

Предложения по профилактике детской инвалидности:

I. На правительственном уровне:

необходима разработка новой Концепции и Государственного Плана сохранения здоровья нации на основе «здорового старта жизни», соответствующая финансовая поддержка, законодательное определение проблемы воспроизводства здорового поколения, источников средств для реализации этого Плана; системы контроля за его выполнением, в том числе:

- законодательное сопровождение мероприятий по обеспечению социального благополучия и здоровья семей – родителей и детей;
- финансирование реальных профилактических действий поддержки беременных женщин и семей с детьми во всех регионах России;
- в сфере медико-социальной поддержки здоровья беременных женщин и детей;
- внедрение института уполномоченных по делам ребенка;
- создание единой системы выявления и учета семей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- создание модели социальных служб по реализации социальной политики в интересах детей;
- обеспечение информационной безопасности детей;
- создание межведомственных руководящих органов на разных уровнях власти.

II. На региональном уровне:

обязательна реализация направлений, разработанных на государственном уровне, для чего на уровне субъектов Федерации необходимо:

- принятие закона, обеспечивающего социальную поддержку беременных и граждан, имеющих детей (в том числе семей, взявших детей-сирот на воспитание);
- создание службы защиты прав детства в лице ответственного за соблюдение прав ребенка;
- создание сети учреждений социальной направленности (или

- соответствующих подразделений в профильных учреждениях) для поддержки семьи и оздоровления родителей и детей; финансовое и кадровое обеспечение деятельности этих подразделений;
- координирование деятельности и осуществление партнерства в сфере образования, здоровья и социального развития в интересах детей;
 - создание информационной системы учета семей и детей групп риска хронизации заболеваний и инвалидизации и оказываемой им помощи;
 - обеспечение постоянного доступа граждан к обучающим материалам по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний и инвалидизации детей.

III. На уровне учреждений:

В детской поликлинике:

- тесная связь и преемственность в работе акушера и участкового педиатра в обслуживании беременной и кормящей женщины и ее ребенка, подготовка матери к родам, уходу за ребенком, раннее выявление неблагоприятного течения перинатального периода, ранняя «абилитация» младенца, а при необходимости – проведение «раннего вмешательства» и коррекционно-реабилитационных мероприятий, предупреждающих хронизацию патологического процесса и инвалидизацию ребенка;
- тщательное наблюдение за детьми на протяжении первого года жизни с соблюдением регламентированных осмотров их специалистами, проведения обследований, соблюдением правил грудного вскармливания, своевременности и полноты прививок;
- периодическое обследование детей (при соответствующем опросе матерей) на предмет выявления дизадаптационных проявлений и нарушения качества жизни ребенка, используя для этого разработанные в ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава возрастные опросники. Наиболее важные периоды для оценки качества жизни – при постановке новорожденного на учет, в конце первого и второго года жизни, при поступлении в детский сад и его окончании, при поступлении в школу и окончании первого класса, при переходе к предметному обучению, в возрасте 14-15 лет и перед окончанием школы, а также по показаниям – при жалобах на ухудшение самочувствия, после перенесенных заболеваний, операций и т.п. При выявлении выраженных отклонений от популяционных нормативных значений показаны углубленное обследование и обязательное проведение оздоровительных или лечебных мероприятий;
- желательно укрепление и модернизация отделения социального патронажа (расширение кадрового состава за счет добавления к социальному работнику медицинского, а также психолога, социального

педагога, юриста), что позволит выявлять, вести документацию и оказывать помощь не только детям из социопатических семей и с девиантным поведением, но и участвовать в выявлении и поддержке неполных, дисфункциональных и малообеспеченных семей и детей с нарушением качества жизни (проблемами физического, психо-эмоционального, социального и умственного функционирования) и высоким риском хронизации патологических процессов и инвалидизации.

В детских образовательных учреждениях:

- необходимо в детских садах отойти от чрезмерного увлечения обучающей деятельностью, подготовкой к школе и усилить воспитательную, оздоровительную и развивающую деятельность, направленную на развитие личности, привитие навыков гигиены и здорового образа жизни, а в школах – дозировать учебную нагрузку, также больше внимания уделять воспитательной и оздоровительной деятельности, занятиям физической культурой и спортом;
- следует так изменить работу в детских образовательных учреждениях медицинских работников, психологов, социальных педагогов, чтобы с их помощью наладить контроль за показателями качества жизни (физического, психо-эмоционального, социального и умственного функционирования) детей, особенно в критические периоды их жизни, роста и развития, и обеспечить реализацию коррекции выявляемых нарушений. Необходимо эту деятельность работников детских образовательных учреждений расценивать как профилактическую – с соответствующей оплатой.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Знобина Т.И. Разработка подходов к проблеме изучения и оценки качества жизни детей разных возрастов в современной России/ Бахадова Е.В.// Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Сб. научн. тр. ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». 2006. – С. 275-281;
2. Знобина Т.И. Психические расстройства у детей и подростков /Дмитриева О.В., Фурс В.А.// Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Сб. научн. тр. ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». 2006. – С. 287-293;
3. Знобина Т.И. Применение оценки качества жизни детей в системе раннего выявления и коррекции нарушения их здоровья/ Бахадова Е.В. //Новые технологии в современном здравоохранении. Сб. научн. тр. ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», часть первая. 2007. – С. 181-185;
4. Знобина Т.И. Показатели качества жизни больных детей и детей-инвалидов / Цыбульская И.С., Бахадова Е.В., Стерликов С.А., Соколовская Т.А., Монахов М.В., Азарко В.Е.// Информационное письмо. 2007. – 56 с.
5. Знобина Т.И. Дифференцированный подход к разработке мер профилактики инвалидизации детей с учетом возрастных особенностей и критических периодов их развития// Новые технологии в современном здравоохранении. Сб. научн. тр. ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», часть первая. 2007. – С. 194-199.
6. Знобина Т.И. Профилактика детской инвалидности – важнейшая проблема современной России /Азарко В.Е., Бахадова Е.В.// Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. Том 53. №1. – С. 71-76.
7. Знобина Т.И. Медико-социальные аспекты заболевания и инвалидизации детей в современной России / Азарко В.Е., Цыбульская И.С., Уткина Г.Ю.// Российские медицинские вести. 2008. Том XIII. № 1. – С.42-46.