

На правах рукописи

Монахов Максим Вячеславович

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ
И ЕГО ВЛИЯНИЕ
НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2009 год

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Цыбульская Инна Сергеевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Кича Дмитрий Иванович

доктор медицинских наук, профессор Полунина Наталия Валентиновна

Ведущая организация:

ФГУ «Федеральное бюро
медико-социальной экспертизы»

Защита состоится 27 ноября 2009 года в 12 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

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Автореферат разослан 23 октября 2009 г.

**Ученый секретарь
диссертационного Совета
кандидат медицинских наук**

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В связи с реформированием политической и социально-экономической жизни общества почти одна треть граждан России стали иметь доход меньший, чем прожиточный минимум, в том числе и за счет более быстрого роста инфляции, чем рост материальных выплат на детей. Резко снизилась покупательная способность населения. Особенно ухудшилось положение семей с детьми (главным образом многодетных), тем более в отдаленных от центра регионах и на селе, где население изначально находилось в худших условиях более низкой инфраструктуры производственной и бытовой сфер, худших коммуникаций и условий для развития культуры и образования. В этих условиях семья, как социокультурная система не может осуществлять возложенный на нее весь комплекс разнообразных функций, чтобы обеспечить свое нормальное существование (Баранов А.А., 1999; Цыбульская И.С. с соавт., 2000; Варламова С.Н., с соавт., 2006). Разлад в этой системе нередко приводит к кризису и умиранию семьи (Данилова В.Н., 2005).

В последнее время значительно страдает репродуктивная функция семьи, что не только уменьшает численность потомства, но и состояние его здоровья (Суханова Л.П., 2006; Зелинская Д. И. 2008, и др.). Основной груз нездоровья ребенок приносит с собой при рождении. При этом все, или почти все зависит от состояния здоровья родителей, прежде всего, матери, витальности ее поведения, качества проживания семей, в которых рождаются дети, а также от степени позитивного отношения матери к появлению ребенка. (Альбицкий В.Ю. и соавт., 2001; Римашевская Н.М., 2004; Иванова А.Е. с соавт., 2006; Потапов А.И. с соавт., 2008). Особенно высоко негативное влияние на состояние здоровья потомства алкоголизации родителей (Соколовская Т.А. с соавт., 2009).

В процессе жизненного цикла потенциал здоровья не восстанавливается, а только снижается (Ашанина Н.М., 1997; Елисеева Е.В., 2004). При этом растет число детей-инвалидов и инвалидов с детства (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., 2008), что создает серьезные проблемы как для самих инвалидов, так и для общества.

В современных условиях укрепление института семьи и сохранение здоровья населения с самого раннего возраста является одной из приоритетных социальных задач государства, а настоящее научное исследование, посвященное проблемам качества жизни семей с детьми, его влияния на формирование заболеваемости и инвалидизации детей на последовательных этапах их жизни и поиску путей их профилактики, приобретает особую актуальность.

Цель работы: на основании медико-социального исследования качества жизни семей с детьми и показателей их здоровья научно обосновать систему организационных мер по улучшению положения семей в современном обществе, снижению заболеваемости и инвалидизации детей.

Задачи исследования:

1. Провести анализ динамических изменений формирования и распада семей, рождаемости и возрастного состава детей, их заболеваемости в современной России с определением коэффициентов инвалидизации детей;
2. Определить влияние на заболеваемость и инвалидизацию детей качества жизни семей, сопоставить качество жизни семей, воспитывающих практически здоровых детей и детей-инвалидов;

3. Дать оценку своевременности и качества оказываемой детям медико-социальной помощи и изучить предложения родителей по улучшению положения семей с детьми, в том числе с детьми-инвалидами;

4. Научно обосновать предложения по основным направлениям профилактики детской заболеваемости и инвалидности.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые, по единой методике проведены индивидуальная оценка качества жизни семей имеющих детей (в том числе детей-инвалидов) из различных субъектов Российской Федерации и математический анализ зависимости заболеваемости детей последовательных возрастных групп и детей-инвалидов от различных проявлений семейного неблагополучия, что явилось научным обоснованием предложений по улучшению качества жизни семей и профилактике детской заболеваемости и инвалидизации.

Научно – практическая значимость работы определяется самим предметом изучения – положения семей в современном российском обществе и влияния семейных факторов (различных проявлений качества жизни семей) на состояние здоровье детей на последовательных этапах их жизни.

Результаты комплексного исследования с применением математического аппарата предоставили объективные достоверные доказательства зависимости здоровья матерей и детей от социальных условий и качества жизни семей и позволили сформулировать научно обоснованные предложения по укреплению семьи и сохранению здоровья ее членов – в первую очередь путем применения социальных мер и улучшения здоровья матери.

В данной работе впервые проведен сравнительный анализ сроков установления инвалидности и диагностирования инвалидизирующего заболевания как показателя качества медицинского обслуживания детского населения, а также на большом материале определено мнение родителей о недостатках работы с семьями представителей органов власти, социальной защиты, здравоохранения и образования, что позволило обоснованно выдвинуть ряд предложений по улучшению положения семей с детьми и совершенствованию медико-социального обслуживания этих семей и детей-инвалидов.

Впервые проведены расчеты коэффициентов инвалидизации (КИ - соотношений заболеваемости детей, обусловившей инвалидность, и общей заболеваемости детей) в динамике и по территориям России. Этот показатель объективен и зависит от качественного состава контингентов больных и инвалидов, работы МСЭК и качества оказываемой детям медико-социальной помощи. Он может быть использован как инструмент определения степени предотвратимости инвалидности, оценки и прогнозирования ситуации, разработки стратегического направления профилактической и коррекционной деятельности государства и различных служб, ответственных за состояние семьи и здоровье детей.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы диссертации доложены на конференции молодых ученых ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» в 2006 г., а также получили положительную оценку на заседании Апробационного совета ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» 29 июня 2009 г. Материалы диссертации

использованы при написании пяти методических пособий на темы: «Дифференцированная оценка возрастных профилей медико-биологических, психологических и социальных проявлений дизадаптации детей в критические периоды их роста и развития в современных условиях» (2005); «Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни» (2005); «Принципы формирования популяционных регистров групп риска развития дизадаптационных проявлений в критические периоды роста и развития детей» (2005); «Технология комплексной реабилитации несовершеннолетних разных возрастных групп как форма социальной работы с семьями и детьми, профилактика их социальной дезадаптации и семейного неблагополучия» (2007) и «Социальный портрет несовершеннолетних разных возрастных групп в современной России» (2009), а также при проведении циклов постдипломной подготовки врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» при ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава».

Публикации. Основные положения диссертации изложены в 11 научных публикациях, в том числе в одном журнале, рецензируемом ВАК РФ и в коллективной монографии «Качество жизни и экономическая безопасность России, 2009 (раздел «Здоровье и качество жизни детей в современной России»).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Социально-экономические преобразования в обществе последних десятилетий способствовали ухудшению положения семей с детьми, их качества жизни и внутрисемейных отношений.

2. Низкое качество жизни семей с детьми оказывает достоверное влияние на задержку роста и нарушение питания плода, неврологические осложнения у новорожденного и младенца, задержку последующего нервно-психического и физического развития ребенка, частую заболеваемость и инвалидизацию – как предотвратимую, так и (в случае наибольшей дисфункциональности семей) непрототвратимую.

3. Поздняя диагностика инвалидизирующих заболеваний у детей свидетельствует о низком качестве их медико-социального обслуживания и способствует потере здоровья детей, особенно на селе, среди лиц женского пола.

4. Основными направлениями профилактики детской заболеваемости и инвалидности являются улучшение социального статуса и качества жизни семей, совершенствование медико-социальной помощи беременным женщинам и детям превентивного и коррегирующего характера.

Объем и структура работы.

Диссертация изложена на 190 стр. машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы, включающего 292 источника (из них 219 – отечественных и 73 – зарубежных). Диссертация иллюстрирована 83 таблицами, 14 рисунками и 1 схемой.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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

В первой главе «Семья и ее место в обществе (обзор литературы)» проанализированы данные отечественных и зарубежных авторов, посвященные структуре и функциям семьи и ее влиянию на здоровье детей. Освещено влияние социально-гигиенических характеристик семьи на формирование детского здоровья, выделены такие факторы риска, как неблагоприятные материально-бытовые условия, низкая медицинская активность и высокая частота семейных конфликтов. В России семья в условиях кризиса 90-х годов перестает быть ценностью для людей, исчезают мотивы, побуждающие их вступать в брак. Растет число разводов, распространяются идеалы однодетной или бездетной семьи; ослабляются родственных связей, распространяются различные формы девиантного семейного поведения (Антонов А.И., Медков В.М., 1999; Федотова Ю.В., 2003).

Нарушения в семейных взаимоотношениях нередко являются причиной возникновения различных заболеваний у детей и ведут к хронизации патологического процесса (Игнатьева Р. К., 1992; Баранов А.А., 1995; Лешкевич И.А с соавт., 1997; Hughes M.C., Zimin R., 1995; Lansky S. B., Cairns N. U., Hassanein R. et al., 1998 и др.). В то же время, болезнь и инвалидизация ребенка отрицательно влияет на жизнь самой семьи - возникают материальные трудности, напряженность в отношениях между родителями и т.п. (Г.Ю. Окунева, 1995). К сожалению, при изучении влияния различных болезней на семейное благополучие в литературе используются множество методик, что делает несопоставимыми результаты. Целый ряд работ выполнен на небольших выборках, и полученные результаты требуют уточнения.

Вторая глава «Материалы и методы исследования» посвящена описанию организации работы и характеристике баз исследования (схема 1). Работа выполнена в шесть этапов.

На первом этапе для решения поставленных задач сначала были проанализированы нормативная база и данные литературы по проблемам семьи, качеству ее жизни и влиянию условий жизни на здоровье ее членов; об оценке здоровья детей, возрастных особенностей детского организма, современных представлениях о значении и оценке качества жизни детей; 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.

Второй этап – организационный. Он включал: определение методов и объемов исследования, разработку семейных анкет и рассылку их по территориям РФ, получение согласия территорий на проведение этих исследований и определение социально-экономической ситуации на этих территориях.

Методика и организация исследования

Этапы исследования		Задачи этапа	Методы исследования	Источник информации	Объекты и объемы исследования
1.	1-я глава	Изучение проблемы и составление обзора литературы по теме	Аналитический	Отечественные и зарубежные публикации	292 публикации, в т.ч.: 219 отечественных авторов; 73 зарубежных авторов
2.	2-я глава	Определение методов, объемов и характеристика баз исследования (численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума; удельный вес безработных; структура потребительских расходов домашних хозяйств в городе и сел)	Статистический Аналитический	Статистические сборники Росстата: «Российский статистический ежегодник», «Регионы России», «Семья в России», «Демографический ежегодник России», «Здравоохранение России»	Динамические ряды за 1991-2007 гг.
3.	3-я глава	Изучение состояния общества, семьи и здоровья детей путем определения динамики общего и детского населения, брачности, разводимости, рождаемости, заболеваемости, инвалидности детей и коэффициентов их инвалидизации	Статистический Аналитический	Те же, а также формы ФСН: ф. №19 «Сведения о детях-инвалидах» ф. №32 «сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»; ф. № 31 «Сведения о медицинской помощи детям подросткам-школьникам» ф. №12 « Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» ф. №10 «Сведения о психических расстройствах» ф. № 11 «Сведения о заболеваниях наркологами расстройствами» ; по РФ и всем субъектам.	Динамические ряды за 1991-2007 гг.
4.	4-я глава	Определение влияния качества жизни семей, имеющих детей, на здоровье потомства и сравнительная оценка качества жизни семей, воспитывающих детей-инвалидов (1-я группа) и практически здоровых детей (2-я группа)	Социологический Математического анализа	Семейные анкеты для родителей, имеющих детей-инвалидов и практически здоровых детей	Семьи с детьми -3140 в т.ч. с детьми-инвалидами -2332 с практически здоровыми детьми - 808
5.	5-я глава	Оценка своевременности выявления инвалидизирующего заболевания и установления инвалидности у детей	Социологический	Семейные анкеты для родителей	Семьи с детьми-инвалидами -1783
		Изучение претензий родителей к органам власти, медицинским и социальным работникам и предложений по совершенствованию их работы	Социологический	Семейная анкета для родителей	Семьи с детьми -1264
6.		Разработка предложений по улучшению положения семей с детьми, в т.ч. с детьми-инвалидами, оформление диссертации	По результатам проведенных исследований и предложений, высказанных родителями		

На третьем этапе были изучены данные официальной статистики за 1991-2007 гг. по России, характеризующие масштабы изменений качества жизни семей (в том числе семей с детьми) под воздействием политических и социально-экономических процессов, происходящих в современном обществе.

На четвертом этапе на основании обработки 3140 собранных по территориям специальных семейных анкет с помощью методов математического анализа изучали влияние качества жизни семей на особенности роста, заболеваемости и инвалидизации воспитываемых ими детей на последовательных этапах их развития (плод, новорожденный, ребенок первого года жизни, последующие годы жизни). Провели также сравнение показателей качества жизни семей, воспитывающих детей-инвалидов (1-я группа-2332 семей) и практически здоровых детей (2-я группа-808 семей) Затем с помощью математического аппарата выделили факторы достоверного различия по этим группам.

На пятом этапе провели оценку качества оказываемой детям медицинской помощи с учетом своевременности выявления инвалидизирующего заболевания и установления инвалидности у детей, а также проанализировали мнение родителей о недостатках деятельности органов власти и различных учреждений и их предложения по улучшению качества жизни семей и здоровья детей.

На последнем этапе по результатам исследования были разработаны предложения по профилактике заболеваемости и инвалидизации детей совершенствованию качества жизни семей и детей.

В работе были использованы статистический, аналитический, социологический, социально-гигиенический методы исследования и методы математического анализа.

С использованием данных медицинской статистики рассчитывали коэффициент инвалидизации детей и подростков путем деления показателей заболеваний, обусловивших инвалидность, на аналогичный показатель общей заболеваемости). При этом учитывалась разница возрастных периодов в формах ФСН 19, 10 и 11, а также решалась проблема идентификации несовпадающих патологических проявлений при учете заболеваемости и инвалидности (использовался соответствующий алгоритм проведения перерасчетов показателей инвалидности и заболеваемости детей и подростков для возможности последующего определения коэффициентов их инвалидизации).

Объектами социально-гигиенического исследования являлась семья и здоровье воспитываемого в семье ребенка. Использовался метод анкетирования. Члены семей опрашивались сотрудниками медицинских учреждений субъектов Федерации, участвовавших в исследовании, проводимом ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» под эгидой Минздравсоцразвития Российской Федерации.

Разработанные анкеты для семей с практически здоровыми детьми включали нескольких блоков: паспортные данные, сведения о возрасте и

здоровье родителей, наличии в их жизни вредных привычек; течении беременности и родов у матери; о заболеваемости детей; основные сведения о семье и ее благосостоянии, претензиях к властным структурам, учреждениям здравоохранения и социального развития, а для семей с детьми-инвалидами – еще и сведения о времени установления инвалидности, ее предотвратимости, качестве жизни детей-инвалидов.

Состояние здоровья новорожденных детей оценивали по массе тела при рождении, доношенности, наличию врожденных аномалий; оценках по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минутах жизни; наличии респираторной, неврологической, гематологической, инфекционной патологии и неонатальной желтухи, а также по местопребыванию матери и ребенка в акушерском стационаре, особенностям терапии и исходам пребывания в роддоме. Состояние здоровья на первом году жизни анализировали по наличию задержек физического и нервно-психического развития, длительно текущих фоновых состояний (анемии, рахита, экссудативного диатеза), энцефалопатии. В последующем учитывались часто болеющие дети (ОРВИ 4 и более раз в году), инвалидизация детей.

В качестве методов математической статистики применяли корреляционный анализ с использованием стандартного пакета программ компьютерной обработки данных Base SAS. Оценку значимости различий проверяли путем применения дисперсионного анализа, ХИ-квадрат критерия Пирсона и критерия Дункана. Дополнительно к оценке силы и достоверности влияния факторов функционирования семьи на возникновение нарушений здоровья у потомства (с использованием ХИ-квадрат критерия) определяли ранг силы влияния по величине вероятности справедливости НУЛЬ-ГИПОТЕЗЫ (НО) и величине ХИ-квадрат статистики – с учетом количества состояний влияющего фактора.

Основную базу данных, которую в процессе исследования анализировали и обрабатывали математически, составили результаты анкетирования семей Центрального ФО (г. Москва, Ивановская, Орловская, Тульская, Курская обл.); Северно-Западного ФО (Архангельская обл.); Южного ФО (Ставропольский край, Калмыкия, Карачаево-Черкессия, Ростовская обл.); Приволжского ФО (Самарская обл., Пермский край, Мари-Эл, Мордовия); Уральского ФО (Тюменская, Свердловская обл., Ямало-Ненецкий АО); Сибирского ФО (респ. Алтай и Хакасия, Алтайский край, Иркутская обл.); Дальневосточного ФО (Респ. Саха-Якутия, Сахалинская обл., Еврейская АО).

Для характеристики баз исследования использовались данные в динамике о численности населения с доходами ниже величины прожиточного минимума и уровня безработицы, которые показали значительный рост бедности населения после дефолта августа 1998 г., особенно выраженный в 1999-2001 гг.

В третьей главе «Состояние семей, тенденции заболеваемости и инвалидизации детей в современной России» проведен анализ статистических данных по России, характеризующих состояние семей с

детьми и здоровье детей. При этом показано, что численность постоянного населения России за годы политических и социально-экономических перемен постоянно убывала. За период с 1991 по 2007 гг. население России сократилось с 148,4 млн до 142,1 млн человек (т.е. уменьшилось на 6,3 млн человек). Максимальными темпами убыль населения происходила в Дальневосточном и Северо-Западном округах, а в абсолютном выражении в большей мере пострадало население Северо-Западного ФО, где убыль населения превысила один миллион семьсот пятьдесят тысяч человек.

Доля детей 0-17 лет составляла в России 1991 г. 27,0%, а к 2007 г. уменьшилась до 18,8% от общего числа населения страны, т.е. почти на 1/3, что, в первую очередь, обусловлено сокращением рождаемости.

По регионам в 1991 г. максимальный процент детей 0-17 лет регистрировался на Дальнем Востоке (30,4% от всего населения) и минимальный – в Центральном ФО (23,4%), а в 2007 г. максимальный процент детского населения зарегистрирован в ЮФО и он составил всего 21,9%. Наибольшие темпы снижения доли детского населения были выражены в СЗФО, СФО и ДВФО.

Общие коэффициенты брачности в России с 1960 по 2007 гг. уменьшились почти в 1,5 раза (с 12,5 до 8,9) – Рис 1.

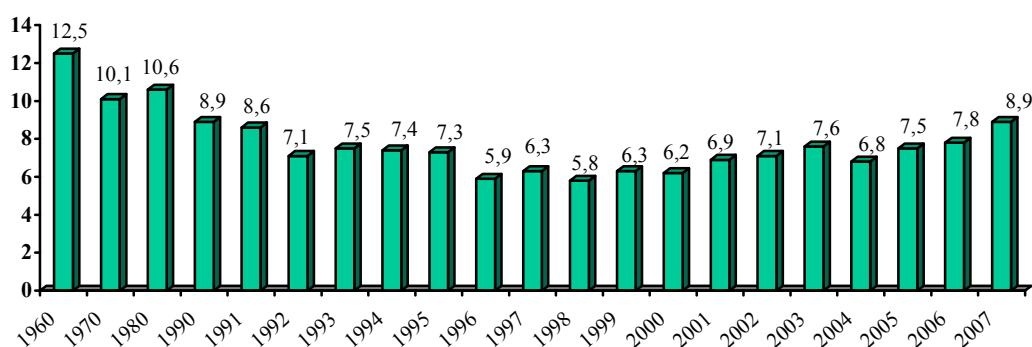


Рисунок 1. Коэффициенты брачности россиян (на 1000 населения)

Коэффициенты расторгнутых браков за то же время увеличились более, чем в 3 раза (с 1,5 до 4,8) - Рис 2.

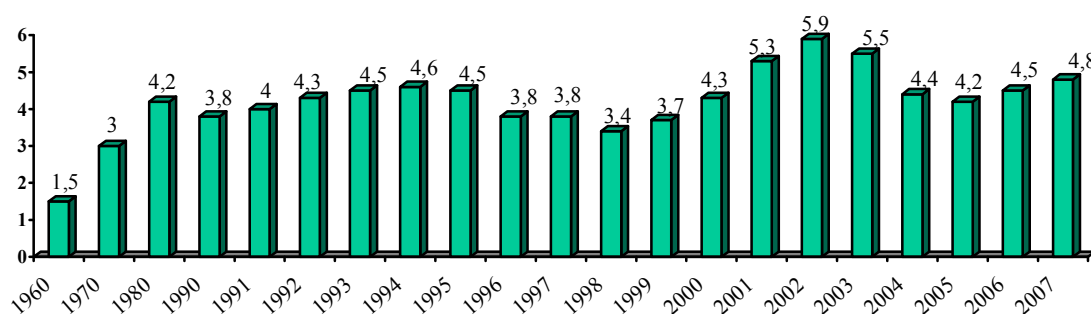


Рисунок 2. Коэффициенты разводов в РФ на 1000 населения

При этом в первой половине 90-х годов происходило омоложение лиц, вступающих в брак и осознанное ограничение гражданами деторождения, а во второй половине 90-х гг. максимально уменьшилось число вступающих в брак и нарастание числа внебрачных детей (Рис. 3).

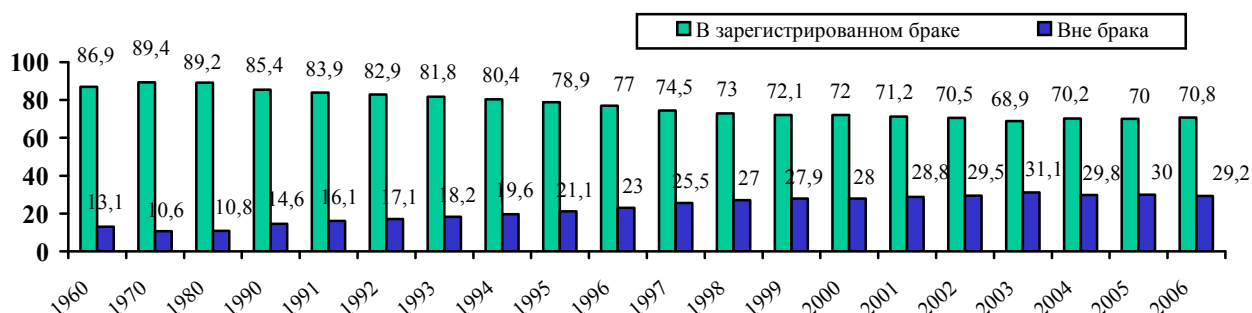


Рисунок 3. Родившиеся в РФ живыми в браке и вне его (в %)

По данным 2007 г. в России среди семейных ячеек, входящих в состав частных домохозяйств, 27,8% не имели детей; 46,3% были полными семьями; 22,9% – матери-одиночки и 3,0% – отцы с детьми. Преобладали семьи, имеющие одного ребенка (67,7%) и лишь 26,9% имели по два ребенка, а три и более детей – только 5,4%.

Многодетным семьям, живется намного труднее, чем имеющим 1-2-х детей, особенно тем, которые проживают в сельской местности. В основном это выражается тем, что членам семьи не хватает денег даже на еду. Соотношение частоты таких ответов при исследовании домохозяйств среди семей, имеющих четырех и более и одного ребенка в городе составляет 5,5 раза, а на селе – 9,2 раза (табл. 1).

Таблица 1

Распределение домашних хозяйств с различным числом детей 0-17 лет по оценке своего финансового положения в 2007 г.

(по данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств; в процентах от всех домохозяйств соответствующей категории)

Оценка домашних хозяйствами своего финансового положения	Число детей в домашних хозяйствах	Все домохозяйства				в городе				на селе				
		Все	число детей				число детей				число детей			
			1	2	3	4 и >	1	2	3	4 и >	1	2	3	4 и >
не хватает денег даже на еду	2,0	1,6	2,5	7,4	15,2	1,3	2,0	6,1	7,2	2,4	3,3	9,0	22,2	
затруднительно покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги	24,2	20,5	20,6	34,6	45,8	19,5	17,2	29,3	55,3	23,6	27,2	41,1	37,6	
не могут себе позволить покупку товаров длительного пользования	44,9	43,7	45,5	37,7	23,5	42,8	44,7	38,3	22,9	46,6	47,2	37,1	23,9	
средств достаточно, чтобы купить все, что считают нужным	2,3	4,8	2,2	0,8	2,9	5,9	2,7	0,8	6,1	1,3	1,3	0,8	0	
затруднились ответить	1,3	1,4	0,7	0,6	-	1,3	0,9	0,6	-	1,7	0,1	0,5	-	

Естественно, что при этом страдают психологическое состояние членов семьи, их психическое, соматическое и репродуктивное здоровье, нарушаются основы здорового образа жизни. В наибольшей степени к воздействию неблагоприятных средовых факторов восприимчивы беременные женщины и их потомство, дети раннего возраста и подростки.

Исследовались показатели заболеваемости и среднегодовые темпы ее роста среди новорожденных, детей первого года жизни, 0-14-летних и 15-17-летних за три принципиально разных периода: 1991-1995 гг. (время шоковых реформ); 1995-2000 гг. (годы, дефолта, максимального нарастания бедности) и последующего периода 2000-2007 гг. (относительной стабилизации жизни общества).

Среди новорожденных максимальными темпами растут врожденные аномалии и патология перинатального периода, в том числе внутриутробная гипоксия (в 2,3 раза) и замедление роста и недостаточность питания плода (3,8 раза). В период шоковых реформ в наибольшей степени увеличивались гематологические нарушения, внутриутробные инфекции, замедление роста и недостаточность питания (табл. 2).

Таблица 2

Показатели (на 1000 живорожденных) и темпы заболеваемости (в %) новорожденных детей

Показатели заболеваемости	Показатели по годам				Среднегодовые темпы(%)			Соотношен 2007/ 1991 (разы)
	1991	1995	2000	2007	1991- 1995	1995- 2000	2000- 2007	
ВСЕГО родились больными и заболели	173,7	285,2	380,0	388,5	+16,1	+6,6	+0,3	>в 2,2
Патология перинатального периода	147	320	502	530	+29,4	+11,4	+0,8	>в 3,6
в т.ч.: -в/у гипоксия	61,91	127,3	176,3	144,7	+26,4	+7,7	-2,6	>в 2,3
-замедление роста и недостаточность питания	23,6	52,2	81,4	89,1	+30,3	+11,2	+1,4	>в 3,8
-родовая травма	23,8	32,5	41,1	35,2	+9,2	+5,3	-2,1	+47,9
-респираторный дистресс-синдром	14,4	19,8	18,1	19,5	+9,4	-1,7	+1,1	+35,4
-инфекции, специф. для перинат.периода	6,9	16,4	24,6	18,8	+34,4	+10,0	-3,4	>в 2,7
-гематологические нарушения	2,3	6,6	10,4	12,4	+46,80	+11,5	+2,7	>в 5,4
Врожденные аномалии	1,9	2,6	2,9	3,1	+9,2	+2,3	+0,99	>в 1,6

На первом году жизни в первой половине 90-х годов преобладал рост перинатальной патологии, а после дефолта выявилось также максимальное увеличение анемии и болезней мочеполовой системы (табл. 3).

Таблица 3

Показатели (на 1000) и темпы заболеваемости (в %) детей первого года жизни

Заболеваемость	Показатели по годам				Среднегодовые темпы			Соотношен. 2007/ 1991 (раза)
	1991	1995	2000	2007	1991- 1995	1995- 2000	2000- 2007	
Перинатальная патология	167,9	303,2	528,6	477,1	20,1	+10,6	-1,4	>в 2,8
Анемия	-	82,5	136,5	119,7	-	+10,5	-1,7	-
Рахит	-	57,4	70,1	52,0	-	+4,4	-3,7	-
Болезни органов пищеварения	55,2	89,8	128,1	154,9	15,7	+5,4	+3,0	>в 2,8
Болезни мочеполовой системы	14,0	24,0	35,4	49,3	17,9	+9,5	+5,6	>в 3,5
Б.нервной системы и орг. чувств	142,6	210,1	259,6	303,2	11,8	+4,7	+2,4	>в 2,1
Врожденные аномалии	26,3	39,1	54,2	73,9	12,2	+7,7	+5,2	>в 2,8

В целом среди детей 0-14 лет в первой половине 90-х гг. максимальными темпами росли показатели болезней системы кровообращения, мочеполовой и костно-мышечной систем, а во второй половине выросли темпы роста новообразований, болезней крови, нервной системы и органов чувств, а также врожденных аномалий (табл. 4).

Таблица 4

Показатели (на 100 000) и темпы заболеваемости (в %) детей 0-14 лет

Заболеваемость	Показатели по годам				Среднегодовые темпы			Соотношен. 2007/ 1991 (раза)
	1991	1995	2000	2007	1991- 1995	1995- 2000	2000- 2007	
Новообразования	113,3	147,3	228,4	384,5	+7,5	+11,0	+9,8	>в 3,4
Бол системы крови и кроветворной ткани	461,8	700,5	1210,4	2035,5	+12,9	+14,4	+9,7	>в 4,4
Бол.нервной системы и органов чувств	6296,6	7442,0	11518,4	14873,3	+4,6	+11,0	+4,2	>в 2,4
Бол.сис.кровообращения	204,6	397,8	667,2	956,7	+23,6	+13,5	+6,2	>в 4,7
Бол.сис.пищеварения	4060,7	5317,5	6538,7	8581,8	+7,7	+4,6	+4,5	>в 2,1
бол.мочеполовой системы	808,1	1291,4	2062,4	3128,7	+15,0	+11,9	+7,4	>в 3,9
Бол.костномышечная сис.	912,8	1577,9	2904,0	3986,6	+18,2	+16,6	+5,3	>в 4,4
Врожденные аномалии	311,1	376,2	659,5	1104,5	+5,2	+15,1	+9,6	>в 3,6

Среди подростков рост показателей за периоды 1995-2000-2007 гг. определялся максимально высоким и имел наиболее широкий спектр с преобладанием болезней системы кровообращения, крови и костно-мышечной системы. При этом максимальный среднегодовой рост был выражен в период шоковых реформ, а в период формирования нового кризиса в настоящем веке вновь выявилось относительное увеличение среднегодового роста болезней кровообращения, пищеварения, травм и отравлений, осложнений беременности и родов (табл. 5).

Таблица 5

Показатели и темпы заболеваемости подростков 15-17 лет
(на 100 000 15-17-летних)

Заболеваемость	Показатели по годам				Среднегодовые темпы			Соотношен. 2007/1991 (раза)
	1991	1995	2000	2007	1995- 1991	1995- 2000	2000- 2007	
Новообразования	67,1	129,0	223,6	342,7	23,0	+14,7	+2,5	>в 5,1
Болезни эндокринной системы	522,0	1140,9	2152,8	2525,0	29,7	+17,7	+2,5	>в 4,8
Болезни крови	110,7	282,4	479,3	814,6	38,8	+14	+10,0	>в 7,4
Бол. системы кровообращения	388,5	638,2	939,9	1691,7	16,1	+9,5	+11,4	>в 4,4
в т.ч.: -артериал..гипертензия		56,9	114,5	203,0		+20,3	+11,0	>в 3,6*
Бронхиальн. астма	39,9	68,1	108,3	138,2	17,6	+11,8	+3,9	>в 4,6
Болезни системы пищеварения	2912,9	4263,4	4358,2	6473,7	11,6	+0,5	+7,1	>в 2,2
Болезни мочеполовой системы	1059,7	2450,6	3774,2	5757,9	32,8	+10,8	+7,5	>в 3,8
-в т.ч. расстройства менструации	60,1	253,2	882,1	1470,1	80,3	+49,7	+9,5	>в 2,2
-осложнения беременн. и родов	187,1	450,4	522,1	785,4	35,2	+3,2	+7,2	>в 3,6
Симптомы, признаки и не точно обозначенные состояния	164,8	260,9	689,9	2274,2	14,6	+32,9	+32,8	>в 2,3
Травмы и отравления	8551,8	8914,9	9643,7	13795,0	1,1	+1,6	+6,1	>в 3,8

Проведены расчеты Коэффициента Инвалидизации – соотношения показателей заболеваемости, обусловившей детскую инвалидность (по классам заболеваний и нозологиям) и общей заболеваемости (по тем же классам и нозологиям) для детей двух возрастных периодов – 0-14 и 15-17 лет). За основу взяты значения КИ 1996 (для заболеваний «органические непсихотические расстройства», «психозы» и «психо-эмоциональные расстройства» – 2001 г.). По исходным данным, наибольший КИ зарегистрирован при детском церебральном параличе, сахарном диабете, нарушениях свертываемости крови, психозах и умственной отсталости (КИ от 0,200 и выше). Средние значения КИ (от 0,050 до 0,200) имели врожденные аномалии, новообразования, бронхиальная астма, туберкулез и органические непсихотические расстройства. При остальных классах и нозологиях КИ определялся ниже значения 0,050. Такое распределение дало нам основание отнести инвалидность по заболеваниям с КИ максимальным к категории непредотвратимых; со средним значением – к условно предотвратимым и минимальным – к предотвратимым.

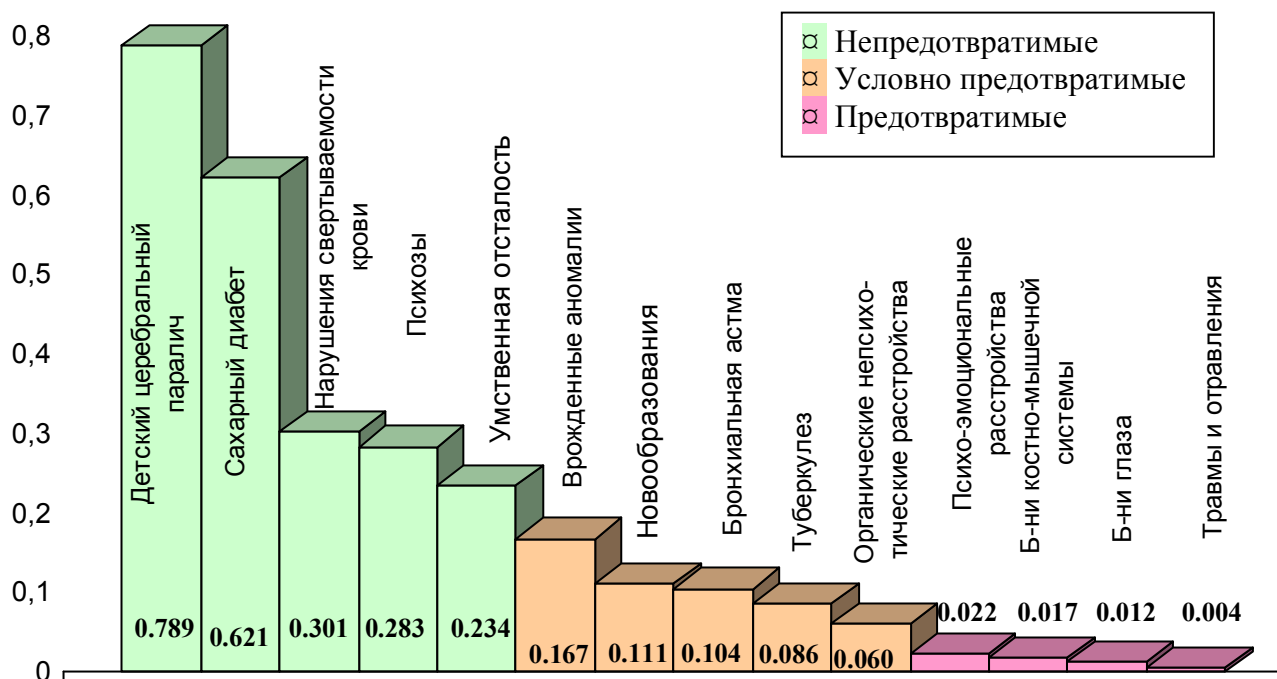


Рисунок 4. Коэффициент инвалидизации у детей РФ 0-14 лет (исходные показатели за 1996 и частично 2001 г.)

Динамика значений КИ по указанным трем категориям за десятилетие (с момента введения отчетной формы № 19 – «Сведения о детях-инвалидах») выявила рост КИ, свидетельствующих о непредотвратимой инвалидности и снижение КИ, характерных для условно предотвратимой и предотвратимой инвалидности (рис. 5).

Исключение составили показатели КИ по туберкулезу, которые за исследуемые годы резко возросли и достигли значений, характерных для непредотвратимой инвалидности. Подобная динамика свидетельствует о росте частоты и тяжести этого социально обусловленного заболевания и косвенно – о несвоевременном и неадекватном его лечении. Снижение КИ практически при всех условно предотвратимых и особенно в случаях предотвратимой инвалидности расценивается нами как результат ужесточения правил признания ребенка инвалидом.

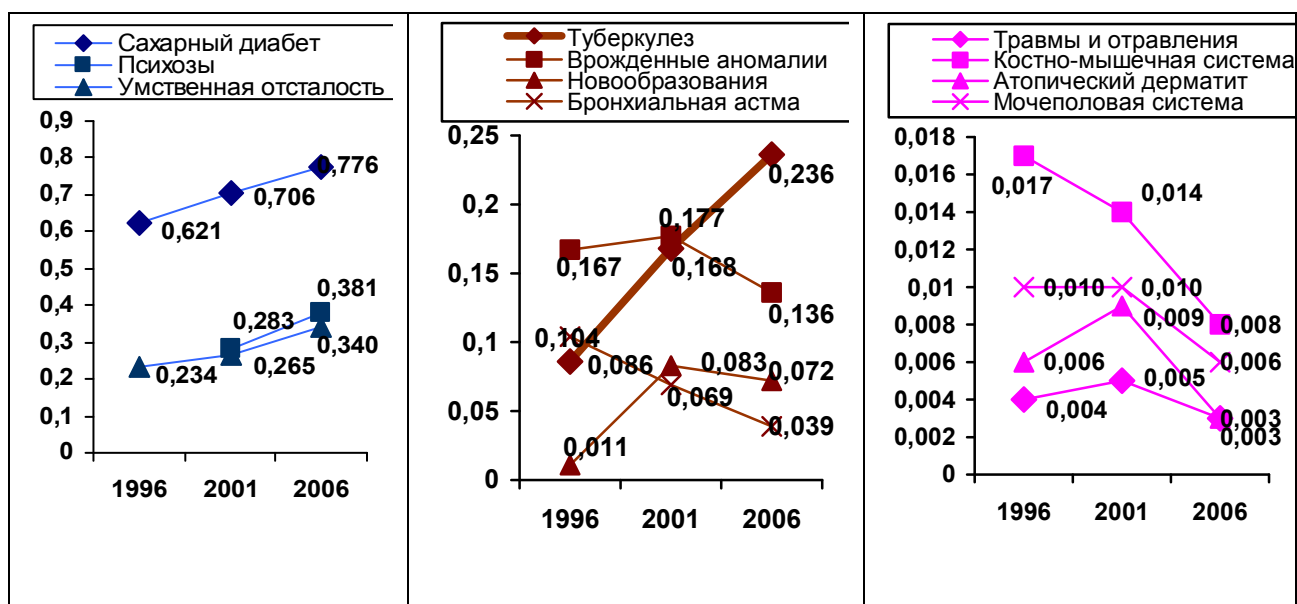


Рисунок 5. Динамика показателей коэффициента инвалидности у детей 0-14 лет за 1996-2006 гг.

В четвертой главе «Влияние качества жизни семей, имеющих детей, на здоровье потомства» приведены результаты математического анализа частоты и достоверности влияния семейных особенностей и качества жизни семей на здоровье потомства по данным анкетирования родителей.

При этом выявлено, что на задержку роста и недостаточность питания плода, гипотрофию оказывает наибольшее влияние: низкий подушевой доход семьи – менее 2000 рублей (установлена прямая связь массы тела и затрат на питание, $p=0,0358$), а также неблагоприятные жилищные условия (менее 6 кв.м. на человека); недостаточность в рационе питания беременной мясных и молочных продуктов, овощей и фруктов.

В периоде новорожденности до 20,0% детей из семей с минимальным среднедушевым доходом нуждались в реанимационно-интенсивной помощи и чаще находились в наблюдательном отделении роддома, куда в основном переводятся мать и ребенок при наличии инфекционно-воспалительных осложнений. В это отделение попадали в основном дети при наличии экономических проблем в семье. Дети малообеспеченных семейств (со среднедушевым доходом ниже 2000 руб.) в соответствии со своим неудовлетворительным состоянием чаще нуждались в переводе из акушерского стационара в больницы на второй этап выхаживания и лечения.

На первом году жизни негативное влияние бедности определяет формирование задержек физического и нервно-психического развития детей. Дети из малообеспеченных семей болеют достоверно чаще, чем из семей с высоким достатком. Среди часто болеющих детей преобладают те, кто живет в семье, мало употребляющей мясо, молоко, овощи (без картофеля) и фрукты. Наряду с патологией нервно-психического развития, дефицит питания способствует возникновению анемии, рахита, энцефалопатии.

Особое внимание обращают на себя математически доказанные факты неблагоприятного влияния на состояние и развитие детей конфликтных внутрисемейных отношений и внутрисемейного насилия. Так у детей периода новорожденности статистически достоверно нарастает частота задержек роста и нарушений питания, неврологической патологии, увеличивается потребность в реабилитационно-интенсивной помощи новорожденному (особенно часто при конфликтных отношениях и сексуальном насилии в семье), а в последующие периоды детства – способствуют задержке психо-неврологического развития, формированию энцефалопатии и экссудативного диатеза, заболеваемости детей. При физическом насилии максимально часто регистрируются умственные и психологические нарушения (табл.7).

Таблица 7

Показатели достоверной связи качества жизни семей со здоровьем детей*

Патология	Полнота семьи	Жилище		Материальный достаток		Ограничение		Семейные Отношения	
		коммунал. квартир. общежитие	S<6 кв.м	ср.мес. доход <2000 рублей	само-оценка	мясных и молочных продуктов	овощей (без карт.) и фруктов	конфликтные	Насилие
п/год	Гипотрофия	+			+		+	+	
	Задержка роста И нарушение развития			+		+		+	+
	Оценка по шк.Апгар I м			+				+	
новорожд.	Реанимация				+				+
	Респираторные расстр.	+					+	+	+
	Неврологическ. расстр		+	+			+	+	+
	Обсервац.отделение		+	+	+	+			+
	Перевод на 2-ой этап						+		псих.,сек
Младенец	Задержка физического развития			+			+	+	сексуаль.
	задержка нервно-психического развития		+		+	+	+	+	Психолог
	Энцефалопатия		+	+			+	+	+
	Рахит						+		+
	Анемия			+	+		+	+	+
	Экссудативный диатез			+			+	+	
Реб.старше год	Частые ОРВИ					+	+	+	Психолог
	Имеется инвалидность	+	+		+	+	+	+	
	Инв.непредотвратима.	+	+	+	+	+	+	+	Психолог
	Мед.активность семьи (вакцинация ребенка)	+	+	+	+	+	+	+	

* + - p<0,050

затенение обозначает показатели, ранг которых = 1

Кроме анализа влияния социальных факторов на здоровье всего исследуемого массива детей, было проведено сравнение основных показателей качества жизни и здоровья потомства в семьях, воспитывающих детей-инвалидов (1-я основная группа) и практически здоровых детей (2-я контрольная группа). Семьи с детьми-инвалидами достоверно отличаются от контроля более старшим возрастом при рождении ребенка (и отца и матери) и более частым наличием инвалидности у матери.

Способствуют инвалидизации детей: многодетность семьи, ее проживание вне крупных городов, неудовлетворительное состояние жилья, более низкие материальная обеспеченность и уровень образования, а также особенности семейного микроклимата (табл. 8).

Таблица 8

**Сравнительные данные показателей качества жизни семей,
воспитывающих детей-инвалидов и практически здоровых детей (в %)**

		1 группа	2 группа	1 группа/ 2 группа (%)
Возраст родителей более 30 лет	матери	29,96	53,25	+53,25
	отца	37,80	29,99	+29,99
Мать-инвалид		13,72	4,54	+202,20
Число детей в семье 3 и более		13,1	6,6	+98,48
Проживание в городах:	областного значения	49,59	54,18	-8,47
	районного значения	20,63	15,90	+29,75
Условия проживания (нет канализации)		2,67	0,96	+178,13
Почти весь бюджет уходит на питание		4,32	1,81	+138,67
Уровень образования родителей (незаконченное среднее, начальное, неграмотность)	матери	3,90	1,8	+116,67
	отца	3,39	2,67	+26,97
Регулярное употребление в пищу мясных продуктов		28,95	34,49	-16,06
Плохие взаимоотношения между членами семьи в т.ч.:		5,14	2,88	+78,47
-психологическое насилие		4,01	1,69	+137,28
-проблемы экономического характера		25,5	16,95	+50,44

Негативное влияние на развитие и состояние плода и последующую инвалидизацию ребенка имеет также употребление матерью алкоголя до и во время беременности. Среди семей, где есть дети с ограниченными возможностями, матери и отцы, по их собственному признанию, употребляли алкоголь чаще, чем родители детей-неинвалидов. В наибольшей степени эта разница выражена в отношении эпизодического приема алкоголя (в 1-ой группе в 2,3 раза чаще, чем во 2-ой). Обращает на себя внимание тот факт, что после небольшого уменьшения приема алкоголя в процессе беременности матерями, относящимися к 1-ой группе, они снова после рождения ребенка возвращались к привычному для них употреблению алкогольной продукции, а матери 2-ой группы, которые отказались во время

беременности от приема алкоголя, после рождения ребенка алкоголь не принимали. Отцы обеих групп после рождения ребенка увеличили прием алкоголя, но в случаях практически здоровых детей это увеличение составляло только 0,86% (незначительно), а в семьях с ребенком-инвалидом достигало 10,0% (табл. 9).

Таблица 9

Показатели алкоголизации родителей по группам обследованных
(в % к числу опрошенных)

Контингенты (употребление алкоголя)	Мать			Отец		
	1 группа	2 группа	Соотношение 1гр./2гр.	1 группа	2 группа	Соотношение 1гр./2гр.
Всего	4,16	2,97	+40,0%	18,33	13,36	+37,2
Эпизодически	2,66	1,16	>2,3 раза	7,92	4,50	>2,3 раза
Ежедневно	0,94	0,74	+27,0%	7,16	5,37	+33,3%
До наступления беременности	3,42	2,22	+54,1%	14,69	15,07	
Во время беременности	1,84	1,61	+38,5%			
После рождения ребенка	3,13	1,61	+64,5	16,17	15,2	+9,9%
Внутригрупповое соотношение приема алкоголя «после/до» рождения ребенка	-8,5%	- 27,5%		+10,0%	+0,86 %	

Семейные проблемы, обусловленные наличием ребенка-инвалида, в свою очередь, влияют на весь уклад жизни семьи и определяют ее социальный статус и взаимоотношения членов семьи. Для этих семей характерен более частый уход из семьи отцов; отсутствие работы у матери (в большей степени) и отца; вынужденный переход к надомному труду; неудовлетворительное состояние жилья; материальные трудности, заставляющие большую часть заработка тратить на питание; ограничение в рационе питания дорогостоящих мясных продуктов и относительно высокий процент неблагоприятных взаимоотношений между членами семьи. Основными причинами конфликтов в семье детей-инвалидов являются психологические и экономические проблемы, а также психологическое и сексуальное насилие.

В пятой главе «Оценка своевременности и качества оказываемой детям медико-социальной помощи» по данным анкетирования семей, имеющих детей-инвалидов, установлена значительная доля несвоевременного выявления инвалидизирующих заболеваний у детей, что свидетельствует о низком качестве оказываемой детям медико-социальной помощи, особенно в Северо-Западном и Сибирском ФО, в сельской местности и среди девочек. Так, в СЗФО одновременное установление инвалидности и диагностирование инвалидизирующего заболевания, по свидетельству родных, осуществлялось среди мальчиков лет: в городе в 50% случаев и в селе – в 66,7%, а среди девочек – соответственно в 66,7 и 100,0%.

Дополнительное анкетирование тех же семей в отношении их претензий к учреждениям здравоохранения, органам социальной защиты и органам

власти выявило наибольший их интерес к деятельности властных структур (по этим вопросам высказали свои замечания максимальное число семей – 910). Основными проблемами, волнующими родителей, по данным проведенного исследования, являются низкие пособия на детей и неадекватные потребностям пенсии детям с ограниченными возможностями (об этом высказались 57,7% пожелавших участвовать в обсуждении – табл.10).

Таблица 10

Замечания к органам власти, высказанные родителями
(в % к числу опрошенных по дифференцированным группам)

Территории Замечания	РФ		ЦФО, СЗФО		ЮФО, ПрФО		УФО, СФО, ДФО		Всего 1гр.+2 гр
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр	
Несоответствие законов и правовых актов потребностям инвалидов	5,4	1,0	1,9	2,1	3,3	0,0	11,1	0,0	4,0 (36)
Недостаточный экологический контроль	11,2	7,9	16,2	5,7	9,3	13,3	7,7	5,5	10,1 (92)
Отсутствие целевых программ	1,2	0,3	0,0	0,7	1,1	0,0	2,4	0,0	0,9 (8)
Низкие пенсии и пособия на детей	54,0	65,1	66,1	68,0	56,3	59,0	39,3	67,1	57,7 (525)
Низкая зарплата специалистов, Работающих с детьми	1,2	8,3	1,9	7,1	1,1	10,0	0,5	8,2	3,5 (64)
Дороговизна лекарственных препаратов	11,9	6,9	4,2	1,4	13,1	14,4	18,8	8,2	10,2 (93)
Недостаточное финансирование строительства жилья	13,8	9,2	8,3	12,9	15,8	3,3	17,8	9,6	12,3 (112)
Недостаточное количество спортплощадок и оздоровительных учреждений для детей	1,3	1,3	1,4	2,1	0,0	0,0	2,4	1,4	1,3 (12)
Итого	100 (607)	100 (303)	100,0 (216)	100,0 (140)	100,0 (183)	100,0 (90)	100,0 (208)	100,0 (73)	100,0 (910)

Большие нарекания вызывают у родителей также низкое качество медицинской помощи в связи с недостаточной компетенцией специалистов (26,4%), небрежным и грубым отношением к пациентам со стороны медицинских работников (26,0%).

Недовольство родителей высказывают и в отношении высокого удельного веса платных услуг, недостаточной обеспеченности санаторно-курортной помощью, недостатками в проведении профилактической работы с детьми по формированию здорового образа жизни и санитарно-просветительной работы с родителями (чаще в семьях с практически здоровыми детьми).

Поднятые родителями проблемы присущи практически жителям всех регионов России, хотя и имеются отличия по территориям (табл. 11).

Замечания к органам здравоохранения, высказанные родителями здоровых детей и детей-инвалидов

(в % к числу опрошенных по дифференцированным группам)

Территории Замечания	РФ		ЦФО, СЗФО		ЮФО, ПрФО		УФО, СФО, ДФО		Всего 1гр.+2гр.)
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	
Недостаточное обеспечение обслуживания, медикаментами, несоблюдение санитарно-противоэпидемического режима	24,7	22,7	29,0	20,8	25,7	24,0	18,9	24,4	24,1 (105)
Недостаточное внимание, грубое отношение медработников	30,7	13,4	25,0	13,2	31,5	4,0	35,8	19,5	26,0 (113)
Низкое качество медицинской помощи, недостаточное количество специалистов и компетентных медицинских кадров	17,7	49,6	17,0	52,8	15,7	56,0	21,1	41,5	26,4 (115)
Высокий удельный вес платных услуг	20,6	12,6	23,0	9,4	23,0	16,1	14,7	14,6	18,4 (80)
Недостаточно медицинской информации и санитарно-просветительной работы	6,3	1,7	6,0	3,8	4,1	0,0	9,5	0,0	5,1 (22)
Итого	100 (316)	100 (119)	100,0 (100)	100,0 (53)	100,0 (121)	100,0 (25)	100,0 (95)	100,0 (41)	100,0 (435)

До 568 семей высказали свое недовольство недостаточным вниманием и малоактивной помощью со стороны органов социальной защиты (48,1%) – чаще родителями, имеющими детей-инвалидов, что свидетельствует о трудностях, с которыми сталкиваются эти родители при решении организационных вопросов в учреждениях социального профиля (табл. 12).

Таблица 12

Высказанные родителями замечания в отношении работы органов социальной защиты

(в % к числу опрошенных по дифференцированным группам)

Территории Замечания	РФ		ЦФО, СЗФО		ЮФО, ПрФО		УФО, СФО, ДФО		Всего 1гр.+2гр.)
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	
Невыполнение законов	2,8	1,0	4,3	2,9	0,6	0,0	3,5	0,0	2,5 (14)
Недостаточное внимание и активность социальных работников	50,0	38,1	52,2	41,2	48,1	41,2	50	31,0	48,1 (273)
Отсутствие адресной помощи	9,8	9,3	3,1	11,8	16,1	2,9	9,9	13,8	9,7 (55)
Отсутствие программ по профориентации	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2 (1)
Отсутствие информации о льготах и психологической работе с семьей	8,1	9,3	5,6	8,8	5,4	8,8	14,1	10,3	8,3 (47)
Недостаточность санаторно-курортных путевок	29,1 (137)	42,3 (41)	34,8 (56)	35,5 (12)	29,2 (49)	47,1 (16)	22,5 (32)	44,9 (13)	31,2 (178)
Итого	100 (471)	100 (97)	100,0 (161)	100,0 (34)	100,0 (168)	100,0 (34)	100,0 (142)	100,0 (29)	100,0 (568)

**Замечания к органам здравоохранения, высказанные родителями
здоровых детей и детей-инвалидов**

(в % к числу опрошенных по дифференцированным группам)

Замечания	РФ		ЦФО, СЗФО		ЮФО, ПрФО		УФО, СФО, ДФО		Всего 1гр.+2гр.
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	
Недостаточное обеспечение оборудованием, медикаментами, несоблюдение санитарно-противоэпидемического режима	24,7 (78)	22,7 (27)	29,0 (29)	20,8 (11)	25,7 (31)	24,0 (6)	18,9 (18)	24,4 (10)	24,1 (105)
Недостаточное внимание, Грубое отношение медработников	30,7 (97)	13,4 (16)	25,0 (25)	13,2 (7)	31,5 (38)	4,0 (1)	35,8 (34)	19,5 (8)	26,0 (113)
Низкое качество медицинской помощи, недостаточное количество специалистов и компетентных медицинских кадров	17,7 (56)	49,6 (59)	17,0 (17)	52,8 (28)	15,7 (19)	56,0 (14)	21,1 (20)	41,5 (17)	26,4 (115)
Высокий удельный вес платных услуг	20,6 (65)	12,6 (15)	23,0 (23)	9,4 (5)	23,0 (28)	16,1 (4)	14,7 (14)	14,6 (6)	18,4 (80)
Недостаточно медицинской информации и санитарно-просветительской работы	6,3 (20)	1,7 (2)	6,0 (6)	3,8 (2)	4,1 (5)	0,0 (0)	9,5 (9)	0,0 (0)	5,1 (22)
Итого	100 (316)	100 (119)	100,0 (100)	100,0 (53)	100,0 (121)	100,0 (25)	100,0 (95)	100,0 (41)	100,0 (435)

В соответствии с высказанными претензиями родители обеих групп детей дали свои предложения, которые сводятся к повышению качества жизни семей, особенно семей с детьми-инвалидами, обеспечению при необходимости санаторно-курортной помощью, активизации санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни.

В «**Заключении**» изложены итоги проведенной работы, которые четко указывают на необходимость усиления профилактической деятельности в интересах здоровья будущего поколения и обозначают направления этой деятельности – возрождение института семьи, участие государства и общества в социальной защите семей, усиление медико-социальной помощи беременным женщинам – будущим матерям.

ВЫВОДЫ

1. Политические и социально-экономические процессы, происходящие в России с начала 90-х годов определили омоложение лиц, вступающих в брак, учащение разводов и рождения внебрачных детей, а также среднегодовое нарастание заболеваемости детей всех возрастов, максимально выраженное в первой половине последнего десятилетия XX века, темпы которого сохранялись относительно высокими в 1996-2000 гг. и максимально снизились в 2001-2007 гг. Так, у новорожденных среднегодовой прирост перинатальной патологии составлял на протяжении указанных трех периодов: +29,4%; +11,4%; +0,8%; у детей первого года жизни аналогичный прирост был равен: + 20,1%, +10,6%, -1,4%; у детей 0-14 лет максимальный среднегодовой прирост определялся по болезням системы кровообращения и соответствовал: +23,6%, +13,5%, +6,2%; а у подростков 15-17 лет по болезням крови: +38,8%, +14,0%, +10,0%, соответственно.

2. Коэффициент Инвалидизации (КИ) (соотношение показателей заболеваемости, обусловившей инвалидность, и общей заболеваемости детей) соответствующих возрастов позволяет дифференцировать предотвратимую (менее 0,50), условно предотвратимую (от 0,50 до 0,200) и непретвратимую (0,200 и более) инвалидность, а также определять качество оказываемой детям медицинской помощи и соблюдения правил назначения инвалидности: неадекватное повышение КИ свидетельствует о несвоевременном (запоздалом) присвоении ребенку статуса инвалида, а неадекватное его снижение – об изменении (или несоблюдении) правил присвоения детям статуса инвалида.

3. Выявлена достоверная связь ($p < 0,050$) низкого качества жизни семей, воспитывающих детей, с задержкой роста и ухудшением питания плода, более частыми респираторными и неврологическими осложнениями у новорожденного и младенца; задержками нервно-психического и физического развития, частыми заболеваниями и инвалидизацией детей – как предотвратимой, так и (в случаях наибольшей дисфункциональности семей) непретвратимой.

4. Ранжирование воздействующих социальных факторов по частоте «откликов» (нарушений здоровья) показало, что ведущим в нарушении здоровья детей является фактор жилья (менее 6 кв. м на одного члена семьи), при котором в качестве первого ранга выступают: оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни, неврологические расстройства у новорожденного, энцефалопатия, анемия, экссудативный диатез на первом году жизни, низкий уровень медицинской активности (вакцинации детей). На втором месте стоит ограничение (отсутствие) в рационе питания белковых продуктов (мяса и творога). В этих случаях у детей в качестве «отклика» первого ранга выступают: гипотрофия плода, задержка физического развития младенца и частая заболеваемость ОРВИ. Резкое ограничение в рационе семьи овощей и фруктов обуславливает максимально высокий ранг респираторных расстройств у новорожденных и необходимость долечивания их на втором этапе. Среднемесячный доход менее 2000 рублей обуславливает первый ранг пребывания матери и ребенка в обсервационном отделении акушерского стационара, что в основном связано с наличием инфекции), а психологическое насилие в семье – первый ранг задержки психического развития детей.

5. Установлено более низкое качество жизни семей с детьми-инвалидами (по сравнению с семьями, имеющими практически здоровых детей) в отношении состояния жилищных условий (нет канализации: 2,67 и 0,96%), материальной обеспеченности (почти весь бюджет семьи уходит на питание: 4,32 и 1,80%), рациона питания (регулярное употребление мясных продуктов: 28,95 и 34,49%); нарушений внутрисемейных отношений (конфликты: 5,14 и 2,88%; психологическое насилие в семье: 4,01 и 1,69%); употребления родителями алкоголя (матерями: 4,16 и 2,97% и отцами: 18,33 и 13.36%, соответственно).

6. Значительная роль в заболеваемости и инвалидности детей принадлежит низкому качеству медицинской помощи, оказываемой детям, в частности, поздней диагностике инвалидизирующих заболеваний, о чем свидетельствует тот факт, что заболевания, обуславливающие инвалидность диагностируются одновременно с присвоением ему статуса ребенка-инвалида. Особенно часто такое положение вещей наблюдается у девочек, проживающих в сельской местности (в СЗФО - 66,7% у мальчиков и 100,0% у девочек).

7. Выявлена неудовлетворенность родителей качеством оказываемой их детям медико-социальной помощи: недостаточностью внимания и малой активностью социальных работников (48,1%); недостаточностью санаторно-курортных путевок для детей (31,2%), а также низким качеством оказываемых медицинских услуг (26,4% замечаний у семей с детьми-инвалидами и 49,6% – у семей со здоровыми детьми) в виде: недостаточного внимания и грубого отношения персонала (30,7% родителей детей-инвалидов); недостаточного обеспечения оборудованием и медикаментами, несоблюдением санитарно-противоэпидемического режима (24,1%).

8. На основании результатов исследования, замечаний и предложений родителей сформулированы научно обоснованные предложения по основным направлениям профилактики детской заболеваемости и инвалидности, главные из которых – улучшение социального статуса и качества жизни семей, совершенствование медико-социальной помощи беременным женщинам и детям превентивного и коррегирующего характера.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

На федеральном уровне:

- Провести оценку достаточности государственных мер по поддержке семьи и профилактике детской заболеваемости и инвалидности и внести изменения в соответствующие разделы законодательства, с последующей их реализацией;
- Усилить профилактику детской заболеваемости и инвалидности – путем улучшения акушерско-гинекологической и терапевтической помощи женщинам активного фертильного возраста;
- Активизировать пропаганду здорового образа жизни, сделав акцент на влиянии приема алкоголя (в любых спиртосодержащих напитках в период планирования, вынашивания беременности и послеродовом временном интервале обоими родителями) на генетическое, психическое и соматическое здоровье последующего поколения.
- Ограничить доступность и привлекательность для молодежи слабоалкогольных напитков, путем лицензирования наравне с крепкими алкогольными продуктами.

- Обеспечить контроль над реализацией системы присвоения детям статуса инвалида, исключить незаконное регулирование численности детей-инвалидов со стороны административных структур;

На территориальном уровне:

- Активизировать профилактическую работу по возрождению института семьи, поднятию престижа семьи и семейных ценностей, в первую очередь, – духовного общения и воспитания детей;
- Усилить работу с отцами семейства, активно привлекая их к улучшению семейного климата, воспитания детей и приобщения всех членов семьи к навыкам здорового образа жизни;
- Увеличить информационную составляющую в работе с населением, специалистами, имеющими дело с детьми и самими детьми по вопросам внешнесредовых факторов риска развития длительно текущих фоновых заболеваний, хронических заболеваний и инвалидизации детей; о правах лиц с ограниченными возможностями;
- С целью своевременного проведения корректирующих мероприятий и диспансерного наблюдения, активизировать работу по совершенствованию своевременного выявления заболеваний детей, обуславливающих инвалидность (в первую очередь, врожденных аномалий и наследственных заболеваний, детского церебрального паралича, туберкулеза, сахарного диабета, психических расстройств, заболеваний почек, системных заболеваний ЦНС и соединительной ткани);
- Ввести в широкую практику усовершенствованную систему активного и динамического патронажа беременных и их семей с оценкой качества жизни женщины в период вынашивания ребенка с последующей корректировкой выявленных нарушений ее репродуктивного здоровья, соматического и психологического состояния.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Монахов М.В. Дифференцированная оценка возрастных профилей медико-биологических, психологических и социальных проявлений дизадаптации детей в критические периоды их роста и развития в современных условиях/ Цыбульская И.С., Бахадова Е.В., Буркова А.С., Дмитриева О.В.; Монахов М.В., Пучков К.Г.; Соколовская Т.А., Соломенникова О.А., Суханова Л.П.; Фурс В.А., Цыбульский В.Б.// Методическое пособие. – М: ФГУ ЦНИИОИЗ, 2005. – 47 с.
2. Монахов М.В. Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни/ Сон И.М., Цыбульская И.С., Байбарина Е.Н., Буркова А.С., Дмитриева О.В., Монахов М.В., Пучков К.Г., Соколовская Т.А., Стерликов С.А.; Суханова Л.П.//Методическое пособие. – М.:ФГУ ЦНИИОИЗ. – 2005. – 27 с.
3. Монахов М.В. Принципы формирования популяционных регистров групп риска развития дизадаптационных проявлений в критические периоды роста и развития детей/ Цыбульская И.С., Бахадова Е.В., Буркова А.С., Дмитриева О.В., Монахов М.В., Пучков К.Г., Соколовская Т.А., Соломенникова О.А., Стерликов С.А., Фурс В.А., Цыбульский В.Б.// Методическое пособие. – М: ФГУ ЦНИИОИЗ. – 2005. – 88 с.
4. Монахов М.В. Показатели социально-гигиенического исследования состояния современной семьи Поволжья и Сибири/ Монахов М.В., Армашевская О.В.//Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России – Сб. научн. трФГУ ЦНИИОИЗ. – М., 2006, – С.281-287
5. Монахов М.В. Показатели качества жизни больных детей и детей-инвалидов/Цыбульская И.С., Стерликов С.А., Соколовская Т.А., Монахов М.В., Азарко В.Е.//Информационное письмо. – М: РИО ЦНИИОИЗ, 2007. – 56 с.
6. Монахов М.В. Технология комплексной реабилитации несовершеннолетних разных возрастных групп как форма социальной работы с семьями и детьми, профилактика их социальной дизадаптации и семейного неблагополучия (на базе ЦСПСиД «Гармония» г.Коломны Московской области)/ Цыбульская И.С., Бахадова Е.В., Армашевская О.В., Цыбульский В.Б., Монахов М.В., Соколовская Т.А., Стерликов С.А., Пучков К.Г., Сергеева Т.Ю., Кулешова Л.В. и др.//Методическое пособие. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2007 – 232 с.
7. Монахов М.В. Состояние семей в современной России и здоровье детей/Монахов М.В., Соколовская Т.А.//Российский вестник перинатологии и педиатрии. – М, 2008. – № 1 (53). – С. 77-82;
8. Монахов М.В. Анализ своевременности диагностирования инвалидизирующих заболеваний у детей и удовлетворенности родителей оказанной им медико-социальной помощи/ Монахов М.В., Армашевская О.В.// «Социальные аспекты здоровья населения» информационно-аналитический вестник ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. – М, 2008, № 4, <http://vestnik.mednet.ru/content/view/93/30/>; (дата обращения 21 сентября 2009 г.)
9. Монахов М.В. Качество жизни семей, имеющих детей с ограниченными возможностями/Монахов М.В.//Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. – М, 2009, № 1, <http://vestnik.mednet.ru/content/view/113/30/>; (дата обращения 21 сентября 2009 г.)
10. Монахов М.В. Социальный портрет несовершеннолетних разных возрастных групп в современной России/ Цыбульская И.С., Цыбульский В.Б., Бахадова Е.В., Стерликов С.А., Соколовская Т.А., Армашевская О.В., Монахов М.В., Рыжкова А.А.//Методическое пособие. – М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2009 г. – 112 с.;
11. Монахов М.В. Здоровье и качество жизни детей в современной России/Цыбульская И.С., Бахадова Е.В., Монахов М.В.//в кн. «Качество жизни и экономическая безопасность России»/Под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2009. – С. 355-384.