



УДК 616-053.2-036.865(477.84)

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ

Г.И. КОРИЦКИЙ*Тернопольская областная детская
клиническая больница, Украина**e-mail: kutor.todkl@ukr.net*

В статье представлены данные об уровне, структуре, распространенности детской инвалидности в Тернопольской области в сравнении со среднестатистическими показателями в Украине за период 2002-2012 годов, предложены реальные пути снижения показателей детской инвалидности. К концу 2011 года распространенность детской инвалидности увеличилась, достигнув в Тернопольском регионе 216,8 на 10 000 населения. В структуре детской инвалидности в области, как и в Украине, преобладают врожденные аномалии развития, заболевания нервной системы. Высокий уровень инвалидности среди детей диктует необходимость совершенствования методов профилактики, начиная с мероприятий по охране материнства и детства, с перинатального периода.

Ключевые слова: детская инвалидность, структура инвалидности, распространенность детской инвалидности.

Последние десятилетия характеризуются ухудшением здоровья детского населения, причинами которого могут быть изменения социально-экономических условий, питания населения, снижение уровня жизни. Детская инвалидность является важнейшей проблемой современного общества. По данным Всемирной организации здравоохранения, 2,5% общего количества детей составляют дети, соответствующие понятию инвалидности и нуждающиеся в помощи государства, из них 1% – тяжелые лежачие инвалиды, которых полностью адаптировать к социальной жизни очень трудно. Третья категория – 10-20% детей – не являются ни инвалидами, ни полностью здоровыми. Это дети с минимальной мозговой дисфункцией, нарушением поведения, плохо успевающие в школе, с какими-либо пограничными нарушениями неврологического статуса; и все они для лучшей адаптации в обществе требуют постоянной коррекции специалистов – врачей, педагогов, логопедов, психологов [5, 11].

На сегодняшний день в Украине зарегистрировано около 150 тыс. детей-инвалидов (приблизительно 2,5%), о которых шла речь выше, однако количество детей, нуждающихся в постоянной коррекции, в 10-20 раз больше [4, 5, 6, 8].

Инвалидность наряду с показателями заболеваемости, физического развития, группой медико-демографических критериев является важным индикатором состояния здоровья детского населения. В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения намечилось множество неблагоприятных тенденций: повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний, прогрессирующий рост хронических форм соматической патологии и, как результат, повышение общего числа детей с ограниченными возможностями [1, 3, 7, 8].

Лечебные учреждения первого, второго и третьего уровня своей деятельностью влияют на основные интегральные показатели, в том числе, детской инвалидности. Для оптимизации структурно-функциональной модели лечебного учреждения третьего уровня – областной детской больницы – проанализированы уровни структуры детской инвалидности.

Цель работы. Провести углубленное исследование динамики детской инвалидности за 10 последних лет в Тернопольской области, определить факторы риска, причины, формирующие детскую инвалидность, ее структуру, распространенность для подтверждения необходимости реабилитационной помощи детям-инвалидам на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ уровня, структуры и распространенности детской инвалидности в Тернопольской области за последние 10 лет, учитывая среднестатистические показатели Украины.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатель детской инвалидности в Украине имеет стойкую тенденцию к росту, по данным центра медстатистики МОЗ Украины (рис. 1). Уровень общей инвалидности детей более чем за десятилетний период увеличился более чем на 90% (в 1992 г. – 95,7; в 2006 г. – 194,4; в 2011 г. – 207,6 на 10000 детей). На сегодня, учитывая численность детского населения в Украине, печальными являются отечественные реалии: около 212 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, из них – до 85 тысяч детей с тяжелой инва-



лидностью, от 850 тыс. детей до 1 млн 700 тыс. – имеют определенные проблемы со здоровьем [5].

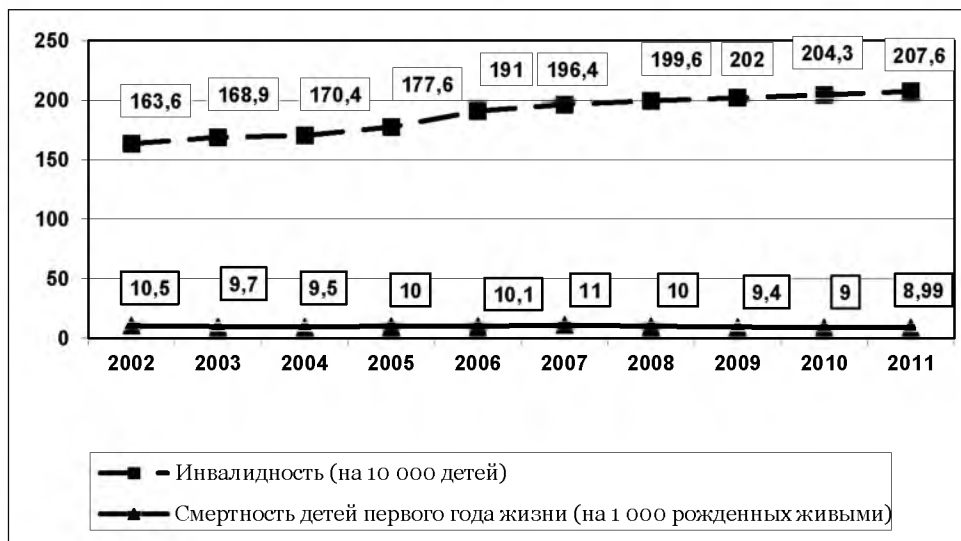


Рис. 1. Динамика основных показателей здоровья детского населения Украины

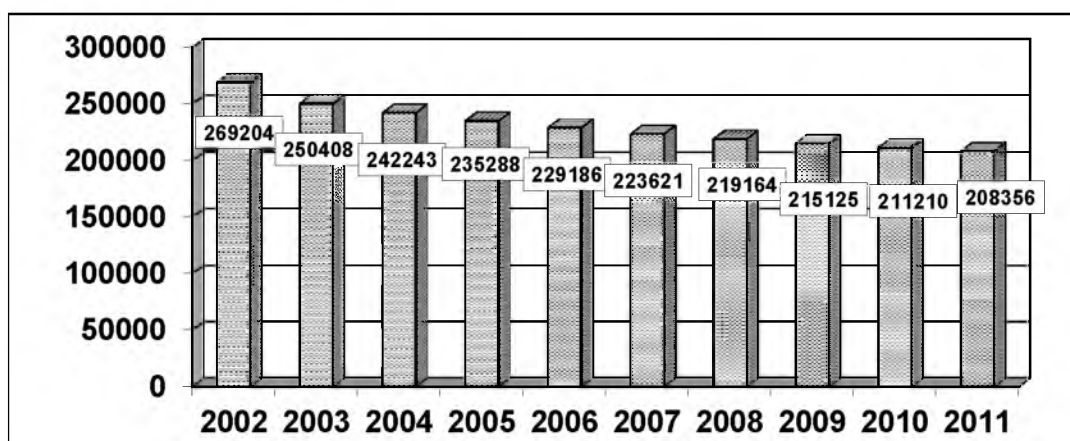
Анализ показателей детской инвалидности в области на протяжении 10 лет показал неуклонное увеличение абсолютного числа инвалидов с параллельным уменьшением количества детского населения (за 10 лет – сократилось на 60848), что свидетельствует о нарастании темпов детской инвалидности в области (табл. 1, рис. 2).

Уровень детской инвалидности в регионе превышает средний по Украине и не имеет тенденции к снижению.

Таблица 1

Динамика детской инвалидности в Тернопольской области (2002-2011 гг.)

| Показатели | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Количество детей-инвалидов | 3073 | 3097 | 3234 | 4071 | 4400 | 4550 | 4688 | 4656 | 4572 | 4578 |
| Уровень детской инвалидности в области (на 10 тыс. дет. населения) | 133,1 | 134,1 | 136,2 | 168,0 | 187,0 | 198,5 | 209,6 | 212,4 | 212,5 | 216,8 |
| Показатели детской инвалидности по Украине (на 10 тыс. дет. населения) | 163,6 | 168,9 | 170,4 | 177,6 | 191,0 | 196,4 | 199,6 | 202 | 204,3 | 207,6 |
| Количество детей, впервые ставшие инвалидами | 399 | 404 | 474 | 737 | 651 | 641 | 593 | 491 | 504 | 509 |
| Уровень первичной инвалидности (на 10 тыс. дет. населения) | 17,3 | 17,4 | 20,4 | 30,4 | 27,7 | 28,0 | 26,5 | 22,4 | 23,4 | 24,1 |
| Уровень первичной инвалидности по Украине (на 10 тыс. дет. населения) | 19,1 | 19,4 | 20,5 | 23,4 | 22,3 | 22,4 | 22,1 | 22,2 | 22,8 | |



▣ Количество детского населения

Рис. 2. Количество детского населения в Тернопольской области

Распространенность детской инвалидности увеличилась, и темп ее прироста за последнее десятилетие составил более 62% по области и более 26% по Украине (табл. 2). В конце 2011 года показатель детской инвалидности достиг 216,8 на 10 000 населения (в Украине – 207,6).

На сегодняшний день в динамике состояния здоровья детского населения отмечаются много неблагоприятных тенденций – повышение частоты врожденных наследственных заболеваний; высокий удельный вес детей, родившихся глубоко недоношенными, травмами и патологией центральной нервной системы; прогрессирующий рост хронических форм патологии и болезней аллергического генеза, увеличение частоты осложнений вирусных и паразитарных заболеваний, в том числе контролируемых инфекций, и как результат этого – повышение общего числа детей-инвалидов [2].

Таблица 2

Динамика уровня детской инвалидности в области (2002-2011 гг.)

| Годы | Количество детей | Количество детей-инвалидов | Показатель инвалидности (на 10 000 детей) | Показатель инвалидности (на 10 000 детей) в Украине |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|---|---|
| 2002 | 269294 | 3073 | 133,1 | 163,9 |
| 2005 | 235288 | 4071 | 168,0 | 177,6 |
| 2011 | 208356 | 4578 | 216,8 | 207,6 |
| Динамика за 10 лет | - 60848 - (22,61%) | + 1505 + (32,88%) | + 62,88% | + 26,66% |

Анализ структуры детской инвалидности в области показывает, что первые ранговые места продолжают занимать врожденные аномалии, болезни и нарушения функции нервной системы, психические расстройства (табл. 3, 4).

Увеличение показателя общей детской инвалидности происходит за счет значительного роста множественных врожденных пороков развития: в том числе врожденных пороков сердца, сложных врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных, которым проводятся корректирующие оперативные вмешательства, роста болезней эндокринной системы, в том числе впервые выявленного сахарного диабета. Увеличилось количество детей с нарушением слуха, зрения, болезнями органов дыхания. Болезни органов кровообращения являются основной патологией, приводящей к инвалидности молодого населения трудоспособного возраста, и одновременно одной из главных причин смертности в Украине, поэтому диагностика и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у детей остается одной из актуальнейших медицинских проблем в педиатрии. Среди детей-инвалидов преобладают жители села (57-58%), городские жители составляют 42-43%.



Таблица 3

**Структура детской инвалидности по области за 2002-2006 гг.
(на 10 тыс. детского населения)**

| Нозологии | Уровень на 10 тыс. детского населения | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 |
| Новообразования | 5,1 | 5,3 | 4,5 | 4,2 | 4,1 |
| Болезни эндокринной системы | 12,2 | 11,1 | 8,7 | 8,5 | 8,0 |
| В т. ч. сахарный диабет | 7,0 | 6,6 | 4,5 | 4,5 | 4,3 |
| Болезни крови и органов кроветворения | 1,6 | 1,5 | 1,3 | 1,5 | 1,6 |
| Расстройства психики и поведения | 29,0 | 27,4 | 19,8 | 21,6 | 22,0 |
| Болезни нервной системы | 36,6 | 33,2 | 29,6 | 28,9 | 28,3 |
| В т. ч. ДЦП | 21,3 | 19,6 | 17,5 | 16,9 | 16,5 |
| Болезни глаза | 10,8 | 9,3 | 8,2 | 8,6 | 9,1 |
| Болезни уха | 12,2 | 10,8 | 9,1 | 8,4 | 8,1 |
| Болезни органов кровообращения | 2,0 | 1,9 | 1,3 | 0,9 | 0,8 |
| Болезни органов дыхания | 10,8 | 9,3 | 7,2 | 6,6 | 6,5 |
| Болезни органов пищеварения | 3,2 | 2,7 | 2,2 | 2,2 | 2,8 |
| Болезни мочевой системы | 2,7 | 2,3 | 1,6 | 1,9 | 1,8 |
| Болезни костно-мышечной системы | 9,5 | 7,8 | 5,4 | 6,1 | 7,3 |
| Врожденные аномалии | 46,0 | 40,9 | 34,0 | 32,0 | 30,4 |
| Травмы и отравления | 3,8 | 3,2 | 2,4 | 1,9 | 1,7 |
| Всего по области | 187,0 | 168,1 | 136,2 | 134,1 | 133,1 |

В структуре детской инвалидности наблюдается увеличение уровня врожденных пороков развития, болезней нервной системы и постепенное снижение нарушений психики и поведения (рис. 3).

Причины детской инвалидности разнообразны, их много, но особое место занимает организационный характер причин. Высокий показатель детской инвалидности обусловлен целым комплексом социально-экономических факторов, в частности несовершенством существующей системы медицинского обеспечения, некачественной пренатальной диагностикой, поскольку увеличивается количество детей с недиагностированными или несвоевременно диагностированными врожденными пороками развития, хромосомными аномалиями, а также немаловажное значение имеет переходна регистрацию глубоко недоношенных с недостаточным обеспечением условий к выхаживанию этой категории детей, начиная со II уровня оказания помощи.

Современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, с врожденными пороками развития, травмированным в родах или перенесшим тяжелую асфиксию, которые впоследствии становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность. По данным многофакторного анализа, ведущими причинами, определяющими инвалидность в детстве, явились тяжесть патологии, характер течения заболевания, отсутствие медицинской реабилитации и ранний возраст возникновения болезни [10].



Таблица 4

**Структура детской инвалидности по области за 2007-2011 гг.
(на 10 тыс. детского населения)**

| Нозологии | Уровень на 10 тыс. детского населения | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 |
| Новообразования | 5,7 | 5,9 | 5,9 | 5,9 | 5,7 |
| Болезни эндокринной системы | 14,6 | 13,6 | 14,3 | 14,3 | 13,2 |
| В т. ч. сахарный диабет | 8,2 | 7,2 | 7,6 | 7,6 | 7,4 |
| Болезни крови и органов кроветворения | 1,5 | 1,5 | 1,8 | 1,9 | 1,5 |
| Расстройства психики и поведения | 21,6 | 22,4 | 23,7 | 25,1 | 26,4 |
| Болезни нервной системы | 40,6 | 40,5 | 40,7 | 39,9 | 38,7 |
| В т. ч. ДЦП | 22,1 | 21,4 | 21,8 | 22,0 | 21,5 |
| Болезни глаза | 10,5 | 10,1 | 9,9 | 10,1 | 10,5 |
| Болезни уха | 13,0 | 13,2 | 13,4 | 13,0 | 12,9 |
| Болезни органов кровообращения | 3,3 | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 2,3 |
| Болезни органов дыхания | 12,7 | 12,7 | 12,9 | 12,2 | 11,9 |
| Болезни органов пищеварения | 3,3 | 3,6 | 4,1 | 3,9 | 3,5 |
| Болезни мочевой системы | 4,0 | 3,4 | 3,1 | 3,0 | 3,1 |
| Болезни костно-мышечной системы | 9,8 | 10,0 | 10,1 | 10,9 | 10,4 |
| Врожденные аномалии | 68,8 | 65,0 | 61,7 | 58,8 | 52,4 |
| Травмы и отравления | 5,1 | 5,3 | 5,6 | 5,6 | 4,5 |
| Всего по области | 216,8 | 212,5 | 212,4 | 209,6 | 198,5 |

Первичная инвалидность до 2005 года катастрофически увеличилась до 30,4 на 10 тыс. детей, после чего, начиная с 2006 года, наметилась тенденция к снижению (2011 г. – 24,1). В структуре первичной детской инвалидности в Тернопольском регионе на I месте – врожденные аномалии развития – 2002 г. – 5,2; 2007 г. – 9,3; 2011 г. – 7,8; на II месте – болезни нервной системы – 2002 г. – 2,9; 2007 г. – 4,4; 2011 г. – 2,7; на III месте – расстройства психики и поведения – 2002 г. – 2,3; 2007 г. – 2,1; 2011 г. – 2,1 и болезни эндокринной системы – 2002 г. – 1,0; 2007 г. – 1,6; 2011 г. – 2,1 (рис. 4).

Высокий уровень детской инвалидности свидетельствует о необходимости создания действенных методов взаимодействия между государственными службами охраны здоровья, социальной защиты, общественными организациями и семьей.

Учитывая результаты анализа уровня, структуры детской инвалидности в области, внедрения Национальной государственной комплексной программы «Реабилитация детей с инвалидностью на 2004-2011 годы», разработана и реализована программа «Поддержка Концепции ранней социальной реабилитации детей-инвалидов», в рамках которой в 2002 году открыт областной центр реабилитации детей с органическим поражением нервной системы. Одновременно на областном уровне разработана программа социальной реабилитации детей-инвалидов на 2011-2015 гг.

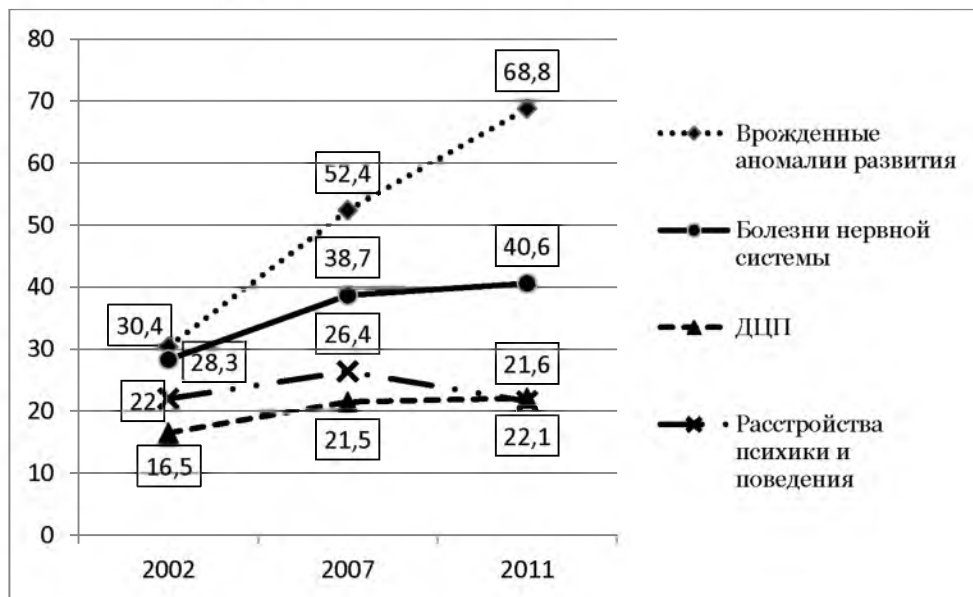


Рис. 3. Структура детской инвалидности по области за 2002-2011 гг. (10 тыс. дет. населения)

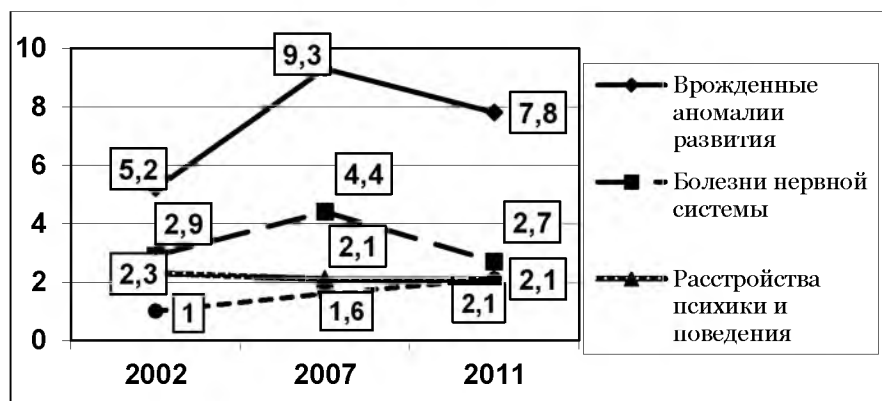


Рис. 4. Динамика основных показателей первичной инвалидности в области

Насегодняшний день в регионе функционирует сеть медико-социальных центров для реабилитации детей-инвалидов, активно работает система социальных центров реабилитации, которые курируются Фондом социальной защиты инвалидов, а также созданы многопрофильные учебно-реабилитационные центры в городах Тернополь, Залещики. Существующая система реабилитации способствует улучшению обслуживания детей с отклонениями в развитии, повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

Выводы.

1. Детская инвалидность в Тернопольской области за период 2002-2011 годов имеет тенденцию к росту, превышая в последние годы среднеукраинские показатели, что является результатом отрицательного воздействия на здоровье детей биологических, медико-социальных и экологических факторов, а также свидетельством несовершенства методов первичной профилактики инвалидности.

2. На протяжении последних лет в структуре заболеваний, приводящих к инвалидности у детей, три ранговых места принадлежат врожденным аномалиям, болезням нервной системы, психическим расстройствам и расстройствам поведения.

3. Эффективность реабилитации детей-инвалидов обусловлена организацией медицинских, социально-психологических мероприятий, с активной деятельностью социальных служб, организацией поддержки семьи. Реализация областной комплексной программы является резервом снижения детской инвалидности. Немаловажное значение имеет отношение родителей к здоровью ребенка, уходу за ним и последовательность проведения реабилитационных мероприятий.



4. Необходимо улучшить качество пренатальной диагностики и выявить врожденных пороков развития. Активизировать санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам профилактики заболеваний нервной системы и врожденных пороков развития. Ввести проспективное консультирование супружеских пар семей, в которых родились дети с врожденными пороками развития, в медико-генетической консультации.

Литература

1. Богатирьова, Р.В. Генетико-демографічні процеси серед населення України / Р.В. Богатирьова, О.В. Линчак, О.І. Тимченко // Журнал НАМН України. – 2012. – Т.18. – №1. – С. 81-91.
2. Бронников, В.А. Влияние перинатальных факторов риска на тяжесть спастических форм детских церебральных параличей / В.А. Бронников // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 3. – С. 42.
3. Доценко, В.И. Современные немедикаментозные методы восстановительного лечения в нейрореабилитации детей / В.И. Доценко, А.Л. Куренков, В.Д. Шевченкова // Российский педиатрический журнал. – 2008. – № 3. – С. 43-47.
4. Зелинская, Д.И. О реализации Федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» / Д.И. Зелинская // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 1. – С. 8-11.
5. Маргинюк, В.Ю. Соціальна педіатрія в Україні: концепція, завдання, перспективи / В.Ю. Маргинюк // Соціальна педіатрія. – 2011. – № 1. – С. 17-23.
6. Позднякова, М.А. О результатах регионального мониторинга детской инвалидности / М.А. Позднякова // Российский педиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С. 36-38.
7. Орда, О.М. Охорона здоров'я дітей в Україні на етапі реформування галузі / О.М. Орда, Р.О. Мойсесенко // Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі. – К., 2004. – С. 20-21.
8. Основы медико-социальной реабилитации детей с органическим поражением нервной системы: навчально-методичний посібник / за ред. В.Ю. Маргинюка, С.М. Зінченко. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.
9. Стан первинної та загальної інвалідності серед дитячого населення м. Києва та заходи щодо її попередження / В.Г. Майданник, Р.М. Макомела, Л.В. Ковінько, Л.В. Романенко // Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі: 11 з'їзд педіатрів України, 7-10 грудня 2004 р.: матеріали з'їзду. – К., 2004. – С. 24.
10. Толмачева, С.Р. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов с хронической патологией / С.Р. Толмачева // Medical practice. – 2007. – № 1 (55). – С. 12-15.
11. Health for all. Statistical Data Base. Vers. – Copenhagen, 2009. – Vol.2.

STATE OF THE PROBLEM OF CHILDHOOD DISABILITY IN TERNOPIL REGION

G.I. KORYTSKYI

*Ternopil Regional Children
Clinical Hospital, The Ukraine*

e-mail: kutor.todkl@ukr.net

The article presents data on the level, structure, prevalence of childhood disability in Ternopil region and the Ukraine for the period 2002-2012, offered ways to reduce the rates of childhood disability. By the end of 2011, the prevalence of childhood disability has increased, reaching an index of 216.8 per 10 000 populations. In the structure of childhood disability in the region and in the Ukraine prevalent congenital anomalies, diseases of the nervous system. High levels of disability among children required improved methods of prevention, which should start with measures on maternity and childhood, from the perinatal period.

Keywords: children's disability, the structure of disability, prevalence of childhood disability.