

Вывод. Таким образом, характеризуя состояние здоровья детей и подростков Оренбургской области, следует отметить, что за последние годы улучшились отдельные медико-демографические показатели (рождаемость, младенческая смертность), снизились показатели первичной детской инвалидности, но сохраняется негативная тенденция в виде роста уровней заболеваемости детей и подростков.

УДК 616-053.2-056.266(470.41):614.1

З.М.Аминова¹, С.Ш.Яфарова², С.Я.Волгина³

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

¹ ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» МТЗ и СЗ РТ в городском округе «город Казань»

² МУЗ «Детская городская клиническая больница № 7» г. Казани

³ Кафедра педиатрии и перинатологии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Z. M. Aminova¹, S. Sh. Yafarova², S. Ya. Volgina³

CHILDHOOD INABILITY IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

¹ «Rehabilitation Centre for Disabled Children and Adolescents» in the municipal district «Kazan»

² ChildMunicipal Clinical Hospital № 7, Kazan

³ Pediatrics and Perinatology Department

Kazan State Medical Academy of the Federal Agency on Public Health Care and Social Development

Реферат. Представлены результаты медико-статистического анализа детской инвалидности в зависимости от пола в Республике Татарстан за период 1996—2006 гг. Распространенность детской инвалидности увеличилась за анализируемый период в 1,3 раза, однако выявлено замедление темпов ее роста с 1998 г. и стабилизация показателя с 2001 г. Среди мальчиков уровень инвалидности выше (58%), чем среди девочек. В структуре заболеваний, обуславливающих детскую инвалидность, лидируют психические расстройства, болезни нервной системы, инфекционные и соматические заболевания, врожденные аномалии. Представленную информацию необходимо учитывать при планировании реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями в зависимости от пола.

Ключевые слова: детская инвалидность, ее причины, распространенность, детская инвалидность в зависимости от пола.

Abstract. The article presents the results of medico-statistical analysis of childhood inability rate depending on sex of a child in the Republic of Tatarstan during 1996—2006. Childhood inability prevalence has increased 1.3 times during analyzed period. But the pace of its increase has slowed down from 1998 and index has stabilized from 2001. The level of inability is higher among boys (58%) than among girls. Psychic disorders, central nerve system diseases, infectious and somatic diseases and congenital anomalies cause childhood inability. Given information should be taken into account in the planning of rehabilitational aid to disabled children depending on their sex.

Key words: childhood inability, its courses, prevalence, childhood inability depending on sex.

Актуальность проблемы детской инвалидности обусловлена ее медицинским, социальным и экономическим значением. В Российской Федерации официальный статус «ребенок-инвалид» существует с 1979 г., с этого времени отмечался постоянный рост инвалидности детей. Среди разнообразных причин сложившейся ситуации наиболее значимыми явились ухудшение

Литература

1. «Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П.Щепин, и.А.Купеева, В.О.Щепин, Е.П.Какорина.-М.: ОАО Изд-во «Медицина»; Изд-во «Шико», 2007.—360 с.
2. Шаропова, О.В. Анализ младенческой смертности в Российской Федерации за период 2001—2005 гг. / О.В.Шаропова, Л.М.Цымлякова // Здравоохранение.—2007.—№ 8.—С. 16—32.

состояния здоровья детей, увеличение частоты хронических болезней, врожденной и наследственной патологии на фоне высокой заболеваемости родителей, особенно матерей, а также отсутствие нормальных условий для здорового образа жизни, ухудшение экологической обстановки. Динамика показателей связана также с изменениями нормативно-правовой базы. Так,

в 1996 г. введение в российскую педиатрическую практику «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» расширило показания для определения инвалидности [1, 2, 3, 5]. С 2000 г. в категорию «ребенок-инвалид» может входить гражданин до исполнения 18 лет, ранее — в возрасте 0—15 лет включительно [4].

Цель настоящего исследования заключалась в проведении медико-статистического анализа показателя инвалидности детей в зависимости от пола в Республике Татарстан за период с 1996 по 2006 г. [6, 7, 8].

Распространенность детской инвалидности, ее анализ в зависимости от пола. За последнее десятилетие распространенность детской инвалидности увеличилась с 145,1 до 194,4 на 10 000 детского населения (+34%; $p < 0,001$) (табл. 1). Наибольший темп роста (на 13%) отмечался в 1996—1997 гг. после вышеупомянутого расширения показаний для установления инвалидности. После передачи полномочий по установлению инвалидности в детские бюро медико-социальной экс-

пертизы с 1998 г. наблюдалось замедление роста показателя.

Уровень детской инвалидности среди мальчиков в среднем в 1,3 раза выше, чем среди девочек ($p < 0,001$) (рис. 1). Если в начале исследуемого периода разница между данными показателями была 29%, то в 2006 г. она составила 33%. Это связано с большим темпом роста инвалидности среди мальчиков за 10 лет (на 36% против 31% среди девочек). Анализ детской инвалидности по полу за все годы показал преобладание мальчиков (в среднем 58%).

Заболевания, послужившие причиной детской инвалидности. Ведущими причинами инвалидности детей 0—17 лет обоего пола за период 1996—2006 гг. в Республике Татарстан являлись психические расстройства (в 1996 г. — 27,8 на 10 000 всех детей; в 2006 г. — 43,1), болезни нервной системы (соответственно 32,2 и 42,7 на 10 000 детей) и врожденные аномалии (в 1996 г. — 26,2 на 10 000 детей; в 2006 г. — 34,1). Темп роста их уровней за это время составил соответственно +55%, +32,6% и +30,2% ($p < 0,001$).

Таблица 1

Динамика детской инвалидности в Республике Татарстан за 1996—2006 гг.

Год	Число детей-инвалидов	Прирост/убыль		Уровень детской инвалидности в РТ		
		Абс. число	Темп, %	на 10 000 детского населения	Прирост показателя	
					Абс. число	Темп прироста, %
1996	12980	—	—	145,1	—	—
1997	14440	+1460	+11,3	164,0	+18,9	+13
1998	15540	+1100	+7,6	179,8	+15,8	+9,6
1999	16070	+530	+3,4	187,9	+8,1	+4,5
2000	15754	-316	-1,9	186,7	-1,2	-0,6
2001	17173	+1419	+9	184,8	-1,9	-1,0
2002	17155	-18	-0,1	190,6	+5,8	+3,1
2003	16544	-611	-3,6	189,7	-0,9	-0,5
2004	15992	-552	-3,3	189,9	+0,2	+0,1
2005	15629	-363	-2,3	193,4	+3,5	+1,8
2006	15365	-264	-1,7	194,4	+1,0	+0,5

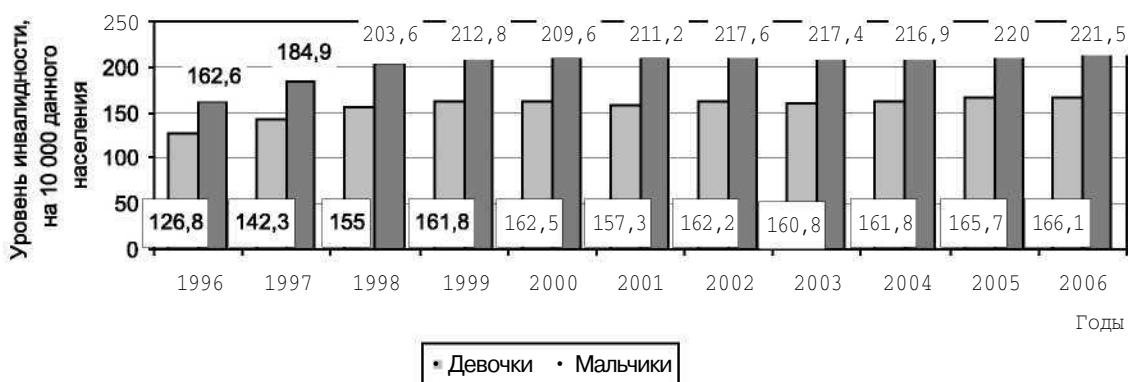


Рис. 1. Уровень детской инвалидности в Республике Татарстан в зависимости от пола (на 10 000 детей) (1996—2006 гг.)

С 2001 г. произошло увеличение распространенности психических расстройств на 20,1% ($p < 0,001$), болезней нервной системы — на 5,4% ($p < 0,05$); достоверного роста уровня врожденных аномалий не было.

Важно отметить, что суммарно группа инфекционных и соматических болезней составила в 2006 г. 20,7%, и в структуре инвалидности ей также принадлежала лидирующая позиция. Наиболее распространены из данной группы болезни

эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ. Темп их роста с 1996 по 2006 г. составил +107,4% (с 5,93 до 12,3 на 10 000 детей; $p < 0,001$). Среди эндокринной патологии ведущей причиной детской инвалидности являлся сахарный диабет (57%), за 10 лет его распространенность увеличилась в 2,3 раза ($p < 0,001$).

Заболевания, послужившие основной причиной инвалидности, среди мальчиков и девочек в целом аналогичны общей (рис. 2). Однако во втором

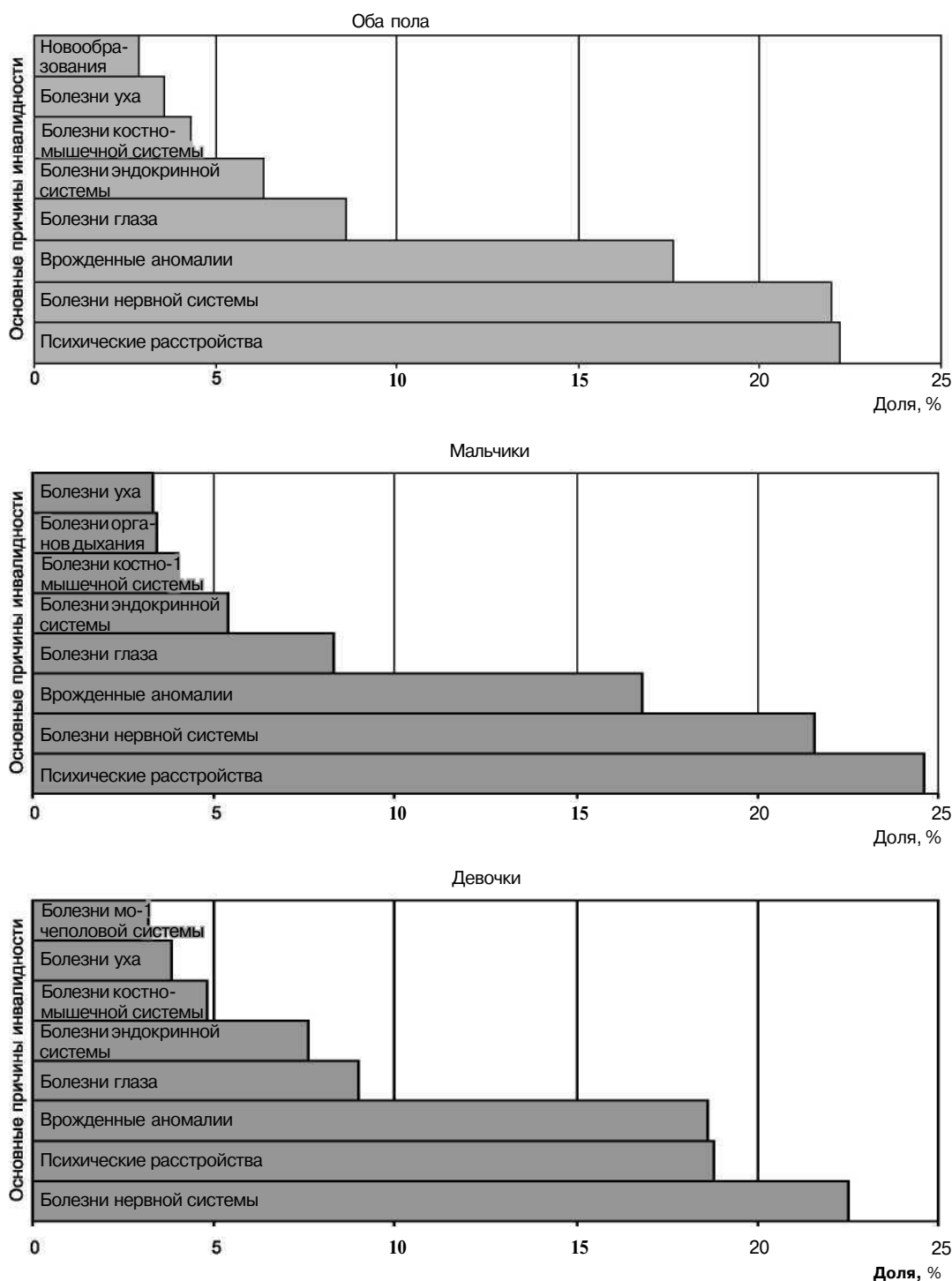


Рис. 2. Структура основных причин инвалидности в зависимости от пола ребенка (2006 г.)

случае лидировали болезни нервной системы, им уступали психические расстройства. В 2006 г. среди девочек относительно чаще причинами инвалидности были также болезни уха и сосцевидного отростка (7-е место), мочеполовой системы (8-е место), у мальчиков — болезни органов дыхания (7-е место), органа слуха (8-е место), травмы и отравления (10-е место).

В качестве причин инвалидизации мальчиков с 1996 по 2006 г. выступало большинство классов болезней, чья распространенность увеличилась: психические и эндокринные расстройства (соответственно +64,8% и +98,3%; $p < 0,001$), врожденные аномалии (+33,8%; $p < 0,001$), болезни нервной системы (+31,3%; $p < 0,001$), органа зрения (+38,6%; $p < 0,001$), костно-мышечной системы

(+26,0%; $p < 0,001$), органов дыхания (+34,9%, $p < 0,001$), инфекционные и паразитарные заболевания (+134,5%; $p < 0,001$), новообразования (+45,3%; $p < 0,001$), травмы и отравления (+25,1%; $p < 0,05$). Однако за период 2001—2006 гг. отмечался достоверный рост показателей только первых трех групп [соответственно +22,8% ($p < 0,001$); +28,3% ($p < 0,001$); +7,8% ($p < 0,05$)], а также уменьшение в качестве причины инвалидизации уровня болезней органов дыхания (-16,7%; $p < 0,05$) и мочеполовой системы (-17,5%; $p < 0,05$), отдельных состояний перинатального периода (-60,8%; $p < 0,01$) (рис. 3).

Среди девочек за анализируемый период возросла распространенность следующих основных заболеваний, ставших причинами их инвалидности:

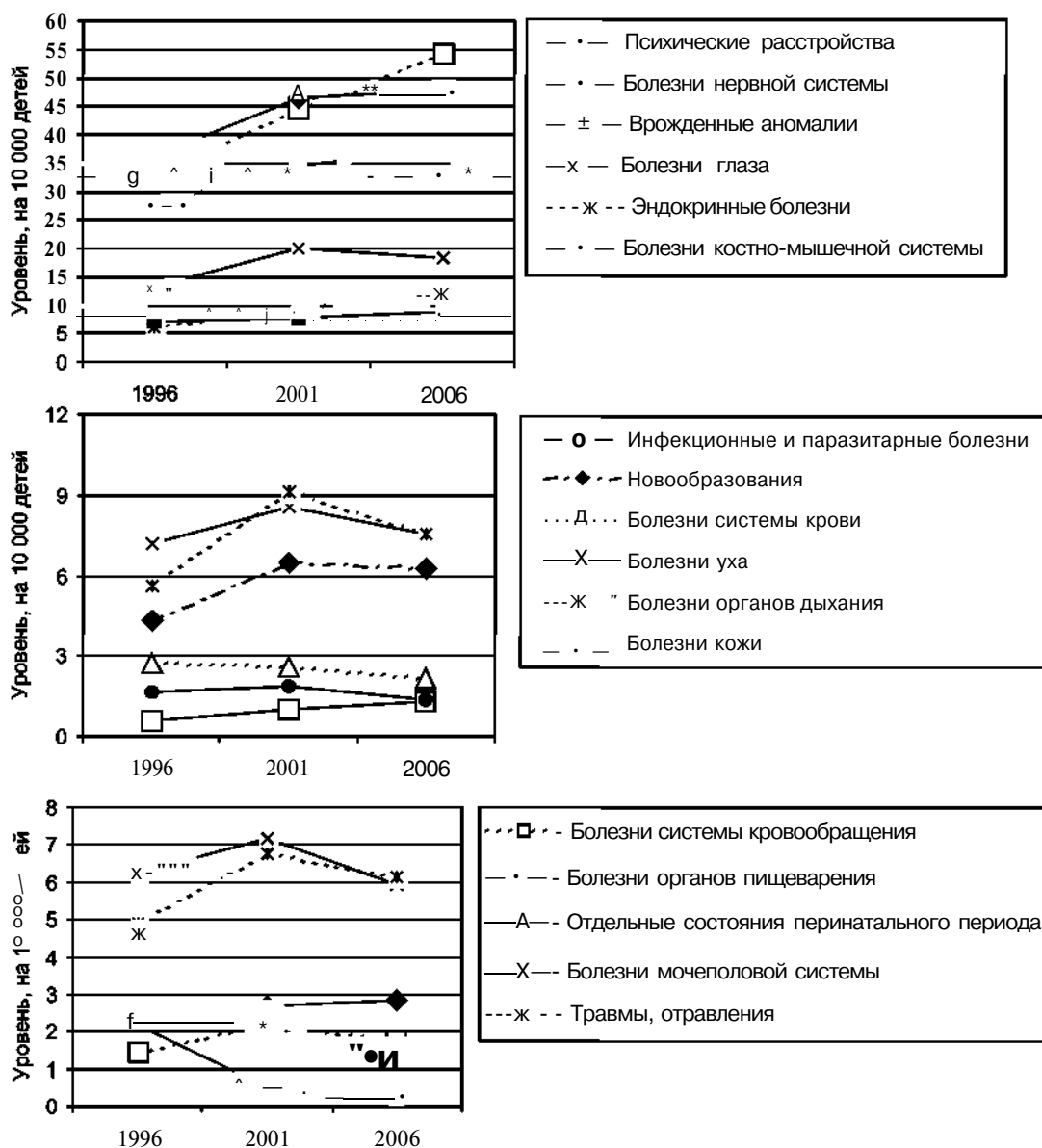


Рис. 3. Динамика распространенности заболеваний, послуживших причинами инвалидности мальчиков (1996, 2001, 2006 гг.)

болезней нервной системы (+33,2%; $p < 0,001$), психических расстройств (+39,7%; $p < 0,001$), врожденных аномалий (+25,6%; $p < 0,001$), болезней глаза (+77,9%; $p < 0,001$), эндокринной (+118,6%; $p < 0,001$) и костно-мышечной систем (+27,6%; $p < 0,01$), а также инфекционных заболеваний (+111,8%; $p < 0,05$), новообразований (+36,5%; $p < 0,01$). С 2001 по 2006 г. произошло достоверное

увеличение показателей болезней нервной системы (+8,7%; $p < 0,05$), психических и эндокринных расстройств (соответственно +15,1% и +33,5%; $p < 0,001$). За данный промежуток времени произошло снижение в качестве причины инвалидности уровня болезней уха (-15,6%; $p < 0,05$) и органов дыхания (-24,4%; $p < 0,01$), отдельных состояний перинатального периода (-52,3%; $p < 0,05$) (рис. 4).

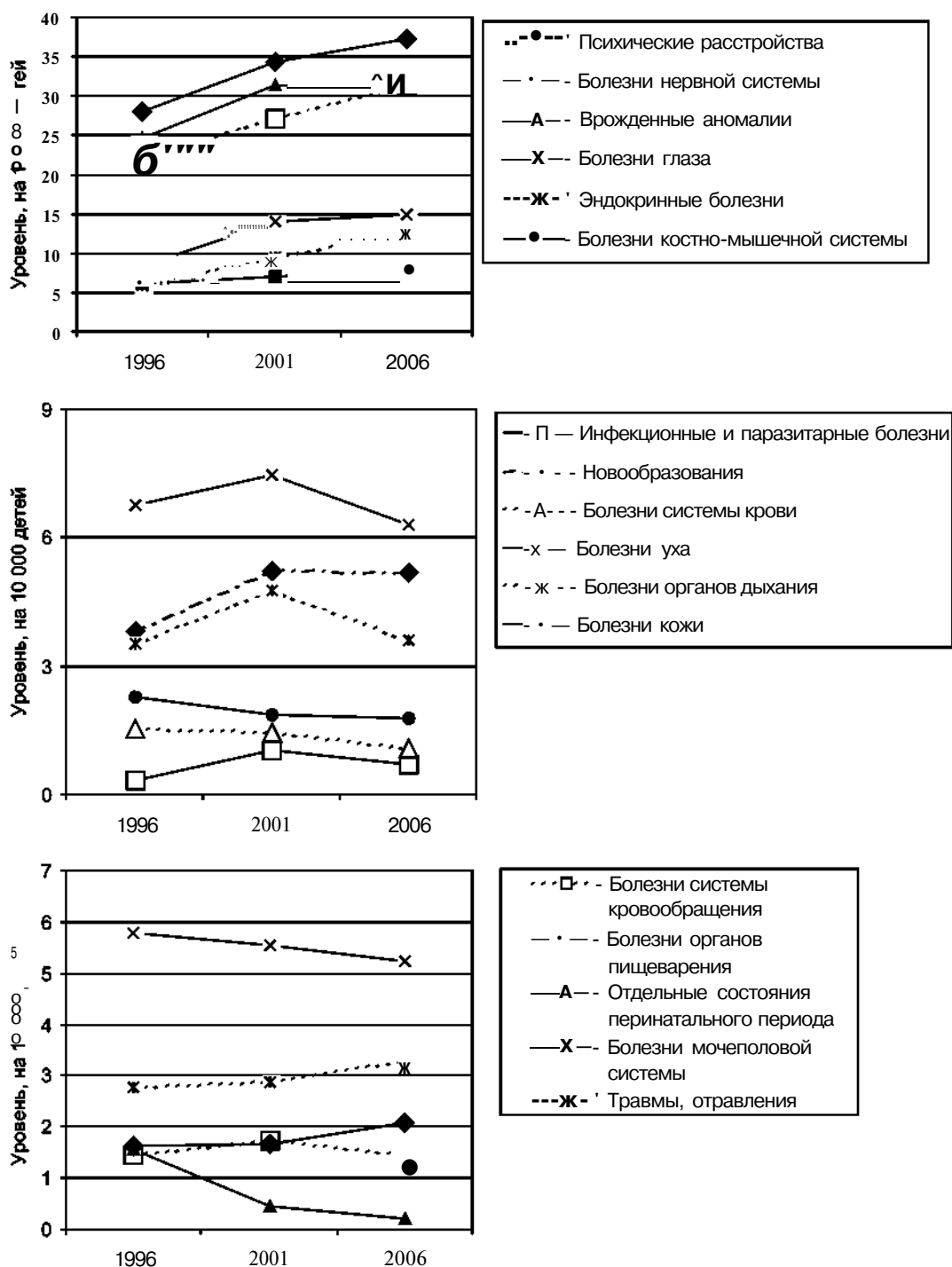


Рис. 4. Динамика распространенности заболеваний, послуживших причинами инвалидности девочек (1996, 2001, 2006 гг.)

Сравнение интенсивных показателей мальчиков и девочек за 2006 г. показало, что среди первых достоверно чаще встречались болезни крови (в 2 раза; $p < 0,001$), психические расстройства (на 73,8%; $p < 0,001$), болезни нервной системы (на 28,2%; $p < 0,001$), глаза (на 22,0%; $p < 0,001$), органов дыхания (в 2,1 раза; $p < 0,001$), врожденные аномалии (на 20,4%; $p < 0,001$), травмы (на 87,2%; $p < 0,001$), заболевания уха (на 19,3%; $p < 0,05$), органов пищеварения (на 36,2%; $p < 0,05$), инфекционные (на 79,2%; $p < 0,05$).

Выводы:

1. Распространенность детской инвалидности в Республике Татарстан выросла за период 1996—2006 гг. с 145,1 до 194,4 на 10 000 детей. Следует отметить, что с 2001 г. отмечается стабильность показателя.

2. Уровень детской инвалидности среди мальчиков в среднем в 1,3 раза выше, чем среди девочек (в 2006 г. — соответственно 221,5 и 166,1 на 10 000 детей).

3. Среди детей-инвалидов преобладают мальчики (58%).

4. Основными причинами инвалидности детей 0—17 лет являются психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные аномалии, болезни глаза, эндокринной и костно-мышечной систем.

5. В зависимости от пола ребенка структура заболеваний, обуславливающих инвалидность детей, имеет некоторые особенности. Среди девочек лидируют болезни нервной системы, среди мальчиков — психические расстройства. Из группы инфекционно-соматической патологии среди девочек преобладают болезни эндокринной, костно-мышечной и мочеполовой систем, среди мальчиков — эндокринная, костно-мышечная патология и болезни органов дыхания.

6. В группе мальчиков по сравнению с девочками выше распространенность психических расстройств, врожденных аномалий развития, болезней нервной системы, глаза, крови, органов дыха-

ния, травм, а также заболеваний уха, органов пищеварения, инфекционных болезней.

7. Полученные в исследовании данные важны при определении необходимого объема и характера реабилитационной помощи, планировании мероприятий по первичной и вторичной профилактике инвалидности детей в зависимости от пола.

Литература

1. Баранов, А.А. Социальные и организационные проблемы педиатрии: избранные очерки / А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий.—М.: Издательский дом «Династия», 2003.—512 с.
2. Гришина, Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема / Л.П.Гришина, Д.И.Лаврова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.—2006.—№ 2.—С.27—30.
3. Инвалидность детского населения России / А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, Д.И.Зелинская [и др.].—М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008.—240 с. Серия «Социальная педиатрия».—Вып. 7.
4. О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Закон Российской Федерации «О государственных пенсиях в Российской Федерации» от 17.07.1999 г. № 172.
5. Социально-гигиеническое значение и пути снижения детской смертности и инвалидности от врожденных пороков развития / В.Ю.Альбицкий, Л.Н.Шайхутдинова, Л.А.Никольская, М.Ю.Абросимова // Российский медицинский журнал.—2002.—№ 2.—С.12—14.
6. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2000—2004 годы): учеб.-метод, пособие / К.Ш.Зыятдинов, А.А.Гильманов, В.Г.Шерпутовский [и др.].—Казань, 2007.—256 с.
7. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2002—2006 годы): учеб.-метод, пособие / К.Ш.Зыятдинов, А.А.Гильманов, В.Г.Шерпутовский [и др.].—Казань, 2007.—268 с.
8. Статистика здоровья населения и здравоохранения: учеб.-метод, пособие / К.Ш.Зыятдинов, А.А.Гильманов, Н.И.Молокович [и др.].—Казань, 2000.—198 с.