

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**На правах рукописи
УДК: 616-036.86-053.2614.1-036.8**

КАСИМОВА Дильфуза Аббаровна

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
И ПУТИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г.ТАШКЕНТА)**

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

Ташкент – 2012

Работа выполнена в Ташкентской медицинской академии

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
МАМАТКУЛОВ Бахром Маматкулович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
ИСМАИЛОВ Саидмурод Ибрагимович
доктор медицинских наук, профессор
МАХМУДОВА Наима Махмудовна

Ведущая организация: **Ташкентский институт усовершенствования
врачей**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2012 года в _____ часов
на заседании Специализированного совета Д.087.09.03 при Ташкентской
медицинской академии (100109, Ташкент, ул. Фароби, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской
медицинской академии

Автореферат разослан «_____» _____ 2012 года

**Учёный секретарь
Специализированного совета д.м.н.**

Ф.И. Саломова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Детская инвалидность - одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. Число детей со стойкими нарушениями в состоянии здоровья постоянно возрастает, но существующая система медицинского обслуживания в недостаточной степени ориентирована на оказание им адекватной специализированной помощи и предупреждение инвалидизации (Овчаренко С.А., 1993; Асадов Д.А., Шарипова М.К., 2003).

На основании компьютерной базы данных, созданной по решению ВОЗ, экспертами ООН подсчитано, что лица с ограниченными возможностями составляют около 10% населения земного шара, в том числе детей - более 100 млн (отчёт ВОЗ, 1998). В настоящее время в России насчитывается 13 млн инвалидов, в том числе 2 млн детей. В США инвалидами вследствие различных заболеваний и состояний, ограничивающих функциональную и социальную активность, признано около 4,0% детского населения в возрасте до 18 лет. В Китае инвалидность соответствует 4,9% от всей популяции детей, в Великобритании - 2,6% (Перепелкина Н.Ю., 2003).

Инвалидность с детства, будучи сложной медико-социальной проблемой, наносит обществу значительный экономический ущерб, т.к., помимо лечения и содержания таких детей в специализированных учреждениях, государство выплачивает пособия по уходу за больными семьям, из сферы общественной деятельности исключаются взрослые члены семьи, ухаживающие за инвалидом с детства.

Семья имеет огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребёнка (Мартынов В.Л., 1990). Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, относятся к категории высокого социального риска. Это обусловлено большим числом негативно воздействующих на ребёнка социально-гигиенических, медико-демографических и психологических факторов (Позднякова М.А., Камаев И.А., Гурвич Н.И., 1998).

Детская инвалидность, служащая одним из критериев здоровья населения, сегодня представляет собой серьёзную медико-социальную проблему, решение которой зависит от медицинских, социально-гигиенических и экономических условий (Позднякова М.А., 2002).

Комплексная оценка инвалидности имеет большое информационное значение для системы здравоохранения, образования и социальной защиты, поскольку позволяет определить основные направления работы по совершенствованию медицинской помощи и системы реабилитации (Камсюк Л.Г., 1990).

Степень изученности проблемы. Проблеме инвалидности посвящён ряд исследований как отечественных, так и зарубежных учёных. Однако А.А. Баранов (1999), О.А. Карепанова (2006), М.М. Абзалов (2001), А.А. Абдуфаттаев (1993, 2004) в своих работах рассматривают в основном

клинические, экономические аспекты и реабилитацию инвалидов взрослого населения. Изучение структуры и уровня детской инвалидности, её организационных, медицинских, социально-гигиенических и социально-экономических особенностей до настоящего времени в нашей республике не проводилось. В то же время существующая демографическая и экономическая ситуация требует углублённого изучения детской инвалидности с целью развития системы профилактики для предупреждения всех видов инвалидности.

Необходимы углублённое изучение образа и условий жизни семьи, родителей во взаимосвязи с причиной детской инвалидности, выявление факторов риска, разработка комплексных системных мер по усилению профилактики инвалидизирующих заболеваний с целью ранней элиминации факторов «риска», профилактики различных хронических заболеваний и генетических пороков. Снижения уровня детской инвалидности можно добиться, разработав пути повышения эффективности медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований Ташкентской медицинской академии по проблеме: «Оценка значимости факторов экологии человека для распространённости отдельных форм заболеваний в Республике Узбекистан». Номер Государственной регистрации: 01070074.

Цель исследования: научное обоснование повышения качества медико-социальной помощи, усиления профилактики детской инвалидности на основе комплексного изучения причин и выявления факторов риска.

Задачи исследования:

1. Изучение динамики и поло-возрастных особенностей детской инвалидности.
2. Установление основных причин детской инвалидности и комплексная характеристика детей-инвалидов по полу, возрасту, социально-профессиональной принадлежности их семей.
3. Углублённое изучение условий и образа жизни детей-инвалидов и их семей, проживающих в г.Ташкенте и выявление факторов риска.
4. Интегрированная оценка состояния здоровья детей-инвалидов с учётом условий и образа их жизни и разработка прогностических таблиц по раннему выявлению факторов риска.
5. Разработка комплекса мер по улучшению медико-социальной помощи детям-инвалидам и снижению уровня детской инвалидности с позиции системного подхода.

Объекты и предмет исследования. Основные объекты наблюдения - дети-инвалиды, родители, условия и образа их жизни. Предмет исследования - оценка состояния здоровья и факторы, влияющие на заболеваемость, условия и образ жизни детей-инвалидов, их родителей и семей.

Методы исследования. Для решения поставленных задач были использованы медико-социальные, социально-гигиенические и математико-статистические методы.

Достоверность и обоснованность полученных результатов базируются на использовании апробированных методов, достаточном количестве проведённых исследований, результаты которых подвергнуты статистической обработке с учётом требований доказательной медицины.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Уровень детской инвалидности в г.Ташкенте остаётся относительно высоким, по характеру инвалидность в основном является врождённой. Ведущие причины детской инвалидности - болезни нервной системы, врождённые аномалии, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, что требует улучшения раннего выявления и осуществление мониторинга за детьми с хроническими заболеваниями, а также ретроспективного анализа причин, способствующих возникновению указанных заболеваний, приводящих к инвалидности.

2. К числу медико-биологических и социальных факторов риска детской инвалидности в период беременности следует отнести наследственность, родственные брачные связи, возраст вступления в брак, интервал между родами, исход предыдущей беременности, экстрагенитальные заболевания матери. В числе ведущих факторов, оказывающих существенное влияние на уровень детской инвалидности, необходимо отметить неблагоприятные жилищные условия, психологический климат в семье (частые конфликты, ссоры между членами семьи), вредные привычки родителей. Использование выявленных факторов риска при разработке профилактических и реабилитационных программ позволит уменьшить уровень медико-социальных последствий инвалидизирующих заболеваний и снизить риск формирования инвалидности у детей.

3. Медико-социальный анализ хронических заболеваний, причин детской инвалидности и использование прогностической таблицы позволяют осуществлять перспективное наблюдение за беременными женщинами и родильницами, семьями с факторами риска, проводить дифференцированную оценку причин детской инвалидности, разрабатывать и осуществлять индивидуальные целенаправленные профилактические мероприятия и вносить необходимые коррективы в диспансеризацию будущих матерей, начиная с подросткового возраста.

4. С целью систематического осуществления оценки и анализа состояния здоровья женщин-матерей и их детей необходимо формирование базы данных социального статуса семей, совершенствования организации медицинской помощи, направленной на дальнейшее снижение уровня детской инвалидности, повышения качества жизни детей-инвалидов, с использованием многоуровневой программы профилактики детской инвалидности на уровне СВП, семейных поликлиник города и области.

Научная новизна. Впервые разработана методика комплексного изучения когорты семей, обеспечивающая сопоставимость оценки условий

формирования инвалидности детей и позволяющая определить основные причины и особенности детской инвалидности. Выявлены основные закономерности и непосредственные причины её возникновения. Основная доля в структуре и уровне детской инвалидности приходится на болезни нервной системы, врождённые аномалии, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Изучение условий и образа жизни семей детей-инвалидов и сопоставление их с семьями здоровых детей (метод «случай-контроль») помогли выявить ведущие факторы риска детской инвалидности и разработать прогностические таблицы для предупреждения причин, способствующих её развитию. В формировании детской инвалидности значимыми факторами являются образ жизни родителей, тип взаимоотношений в семье, жилищные условия, вредные привычки родителей, наличие хронических и экстрагенитальных заболеваний у матери, наследственность и факторы акушерско-гинекологического анамнеза.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Результаты проведённых с позиции системного подхода исследований позволили разработать и внедрить комплекс научно-обоснованных профилактических мероприятий по снижению детской инвалидности, улучшению медико-социальной помощи семьям детей-инвалидов. Разработаны прогностические таблицы для раннего выявления факторов риска, способствующих формированию детской инвалидности. Внедрены методические рекомендации «Болалар саломатлиги ва хавф омилларини ўрганишда далилларга асосланган тиббиёт усулларини кўллаш» (28.10.2011), «Прогнозирование риска и многоуровневая программа профилактики детской инвалидности» (9.12.2011), «Prediction of risk and multilevel program of prevention the children invalidity» (Methodical recommendations) (9.12.2011), утверждённые Министерством здравоохранения Республики Узбекистан и рекомендованные для широкого внедрения в деятельность лечебно-профилактических учреждений республики.

Реализация результатов. Разработанные методические рекомендации, программы по многоуровневой профилактике детской инвалидности, а также прогностические таблицы внедрены в работу лечебно-профилактических учреждений Республики Узбекистан и используются в учебном процессе на кафедрах медицинских вузов, что подтверждено актами о внедрении (18 актов). Получено заключение отдела по координации научно-исследовательской деятельности Министерства здравоохранения Республики Узбекистан о внедрении материалов диссертационной работы в практическое здравоохранение (27.02.2012 №83/30).

Апробация диссертации. Результаты исследований доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых учёных, аспирантов и соискателей Ташкентской медицинской академии (Ташкент 2009, 2010, 2011); на республиканских конференциях «Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет» (Ташкент, 2010); «Гигиенические проблемы охраны здоровья населения на современном этапе и пути их решения» (Ташкент, 2010); на кафедральном и меж. кафедральном

научных семинарах Ташкентской медицинской академии (Ташкент, 2011, 2012); на заседании координационного совета Мин. здрава РУз по общественному здоровью и здравоохранению (Ташкент, 2012); на научном семинаре Специализированного совета Д.087.09.03 при Ташкентской медицинской академии (Ташкент, 2012).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликовано 15 работ, в том числе 4 журнальных статьи, 1 из них в Российской Федерации, 8 тезисов и 3 методических рекомендации.

Объём и структура диссертации. Диссертация, изложенная на 121 странице компьютерного набора, состоит из введения, обзора литературы, характеристики объёма и методов исследований, 3-х глав результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Диссертация иллюстрирована 18 таблицами и 10 рисунками, 3 схемами и содержит 6 приложений. Библиографический указатель включает 179 источников, в том числе 55 авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложены актуальность изучаемой проблемы, связь исследовательской работы с тематическими планами НИР, цель и задачи, научная новизна, научная и практическая значимость результатов исследования, основные положения, выносимые на защиту, внедрение результатов в практику здравоохранения, апробация, структура и объём диссертации.

В первой главе «Обзор литературы» проведён анализ источников литературы по изучаемой проблеме. Проанализированы результаты исследований 179 работ преимущественно за последние 10 лет.

Во второй главе подробно описаны методы исследования, обосновано использование необходимых математических и статистических показателей, повышающих достоверность полученных результатов. Изучение контингента инвалидов с детства, причин возникновения инвалидности и оказания им медико-социальной помощи проводилось в несколько этапов.

На первом этапе проанализированы официальные данные (2001-2011 гг.), предоставленные Главным управлением здравоохранения, г.Ташкента, городской ВТЭК, Министерством здравоохранения, Министерством труда и социальной защиты, а также материалы государственной статистики, характеризующие динамику детской инвалидности в республике и в г.Ташкенте.

Число детей-инвалидов ежегодно в среднем варьирует от 5131 до 6500. Проанализированы данные о состоянии здоровья детей-инвалидов, уровне их медицинского обслуживания по годам, районам и поликлиникам г.Ташкента, что позволило правильно выбрать базы (районы, поликлиники) и объекты (дети-инвалиды и их семьи, здоровые дети и их семьи).

На втором этапе (2008-2010 гг.) изучены структура, уровень и основные причины детской инвалидности, а также организация им медико-социальной помощи. Исследования проводились сплошным методом в семейных

поликлиниках, расположенных на территории Шайхонтахурского, Олмазарского, Чиланзарского и Мирзо Улугбекского районов г.Ташкента.

Источниками сведений о детях-инвалидах и их семьях служили первичные учётные документы: карты амбулаторного больного ребёнка-инвалида, акты освидетельствования, журналы и отчёты поликлиник о детях-инвалидах, а также отчётные материалы РТМО и ГУЗ г.Ташкента о детях-инвалидах. Всего в 4-х районах проанализированы данные о 2200 детях-инвалидах, которые внесены в разработанную нами «Карту изучения причин детской инвалидности».

Для изучения социально-гигиенических, биологических, медицинских и других факторов, влияющих на формирование детской инвалидности, на третьем этапе исследования было проведено социологическое исследование в семьях, имеющих детей-инвалидов (случай), и семьях, имеющих здоровых детей (контроль) методом «случай-контроль» и пара-копий.

Основную группу (группа случай), составили 300 детей с наиболее распространённой инвалидизирующей патологией (психоневрологические, костно-мышечные и врождённые аномалии) и члены их семей. В качестве контрольной группы («копи-пара») взяты 300 здоровых детей (I и II группы здоровья в основном сопоставимого возраста и пола), проживающих в тех же районах и обслуживаемых теми же семейными поликлиниками, что и дети-инвалиды (зонное исследование). Информацию собирали методом анкетирования и интервьюирования женщин-матерей и выкопировкой данных из медицинской документации ребёнка-инвалида по специально разработанной «Анкете изучения медико-социальной помощи, условий и образа жизни детей-инвалидов».

Основные параметры образа жизни семьи оценивались 4 группами факторов:

- 1) социально-гигиенические факторы;
- 2) наличие хронических и экстрагенитальных патологий у женщин-матерей;
- 3) факторы акушерско-гинекологического анамнеза;
- 4) биологические факторы, характеризующие ребёнка-инвалида.

На четвёртом этапе для определения риска возникновения детской инвалидности использовали один из современных методов доказательной медицины и клинической эпидемиологии: метод случай-контроль и показатель отношения шансов (Маматкулов Б., Ла Морт, Рахманова Н., 2011; Маматкулов Б., Авезова Г., Касимова Д., 2011).

Методом «случай-контроль» рассматривает частоту воздействия факторов риска. Принципиальный план исследования «случай-контроль» (рис.1) заключается в том, что сначала на основании выборки популяции отбирают две сопоставимые (по материалам и признакам) группы пациентов, но одну с инвалидностью (случай), а другую (контроль) – без изучаемого признака (инвалидности). Затем в обеих группах ретроспективно определяют частоту воздействия изучаемого фактора.

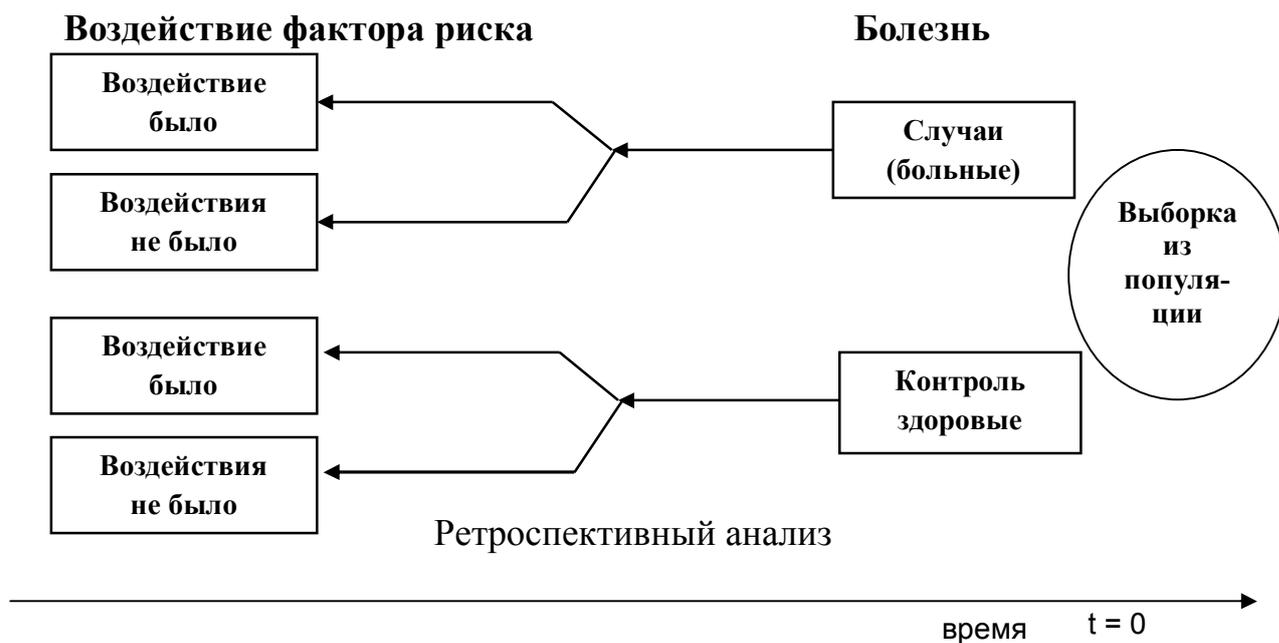


Рис.1. Дизайн исследования «случай - контроль»

На пятом этапе для решения поставленных задач и обеспечения выхода результатов в практику здравоохранения с позиции системного подхода разработан научно-обоснованный комплекс профилактических мероприятий по улучшению состояния здоровья, медицинского обслуживания и оценке причин и уровня детской инвалидности с учётом условий и образа жизни, факторов риска и этапности оказания медицинских услуг.

В процессе обработки и анализа материалов исследования применялись принципы и методологии доказательной медицины и вариационной статистики: вычисляли относительные и средние величины с расчётом средней ошибки (m) и доверительного коэффициента (t) и вероятности ошибки (p) коэффициент парной корреляции, показатель соответствия χ^2 .

В третьей главе описаны некоторые закономерности, возрастнополовые особенности детской инвалидности и её динамики по г.Ташкенту. Уровень общей детской инвалидности в г.Ташкенте в течение 11 лет колебался с 110,7‰ в 2005 году до 74‰ в 2011 году. За 11 лет показатель общей инвалидности детей снизился на 28,1%.

Необходимо помнить, что каким бы низким не был уровень детской инвалидности, даже единичные случаи её сопровождаются тяжёлыми последствиями социального, медицинского, морального, экономического характера как для самого ребёнка-инвалида, так и для его семьи, общества и государства в целом. Из всех детей-инвалидов 53,6% составили мальчики, 46,4% - девочки. Анализ структуры заболеваний, формирующие детскую инвалидность, показал, что в 61,2% случаев она имела наследственный - врождённый характер, в 38,8% - приобретённый.

В г.Ташкенте вместе со снижением уровня детской инвалидности ежегодно уменьшается также удельный вес впервые взятых на учёт детей. В 2005 году удельный вес впервые взятых на учёт детей-инвалидов составил $15,3 \pm 0,42\%$, к 2011 году он снизился до $11,5 \pm 0,43\%$. В г.Ташкенте из общего числа детей-инвалидов прибывшие из других регионов в среднем составляют $4,0 \pm 0,10\%$, причём этот показатель за изучаемые годы существенно не изменился, что требует более глубокого анализа. Сплошное углублённое изучение детской инвалидности, проведённое в 4-х районах г.Ташкента, позволило установить, что уровень инвалидности детей в 0-16 лет (за 2008-2010 гг.) в среднем составил 75,8 на 10 тыс. детского населения. Распространённость инвалидности существенно варьировала в зависимости от возраста детей - от 59,6 случая у детей 0-2 лет до 89,2 случая – в возрасте 5-6 лет на 10 тыс. детского населения. Выявленные различия являются следствием неудовлетворительной диагностики инвалидизирующих заболеваний и несвоевременного их установления. Так, в возрасте до 1 года диагноз основного заболевания был установлен лишь у 35% детей, впоследствии получивших официальный статус инвалида. Кроме того, ситуацию усугублял скрытый характер течения некоторых инвалидизирующих заболеваний.

Общий показатель инвалидизации мальчиков за изучаемый период составил 86,3 случая, девочек - 66,4 случая на 10 тыс. детского населения соответствующего пола. В среднем показатель инвалидизации мальчиков на 19,9 случая на 10 тыс. детей больше, чем девочек ($p < 0,001$). Возможно, это объясняется особенностями гисто- и онтогенеза, более высокой распространённостью травматизма, а также характером, образом жизни и наличием множественных факторов риска среди мужчин любого возраста.

В структуре детской инвалидности ведущее место занимали болезни нервной системы (31,7%), врождённые аномалии (пороки развития) (28,0%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,8%). Следующие место занимали болезни уха и сосцевидного отростка (6,6%) и психические расстройства (4,4%). Эти 5 классов болезней по существу определяют 78,5% всех причин детской инвалидности в г. Ташкенте. Поэтому органы здравоохранения, прежде всего, должны проводить комплекс профилактических мер, направленных на предупреждение возникновения этих заболеваний.

В четвёртой главе представлена социально-гигиеническая характеристика условий и образа жизни детей-инвалидов и их семей и прогнозирование риска детской инвалидности. Снижение детской инвалидности не может быть осуществлено без изучения формирующих её причин и факторов. Изучение социально-гигиенических факторов, условий и образа жизни семей показало, что большинство матерей имели высшее (33,2%), среднее и средне-специальное (65,3%) образование. 38,3% матерей детей-инвалидов были рабочими, 28,7% служащими, каждая третья домохозяйкой. Огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребёнка имеет его семья. Семьи, воспитывающие

детей-инвалидов, относятся к категории высокого риска. Исследование жилищных условий детей и их семей показало, что шанс родиться и стать инвалидом среди детей из семей с неблагоприятными жилищными условиями в 2,45 раза выше, чем среди детей из семей с хорошими жилищными условиями. Для детей-инвалидов характерны неудовлетворительные жилищно-бытовые условия (недостаточная жилплощадь, отсутствие удобств, отдельной комнаты для инвалида).

Воспитание ребёнка, тем более больного, - непростой и кропотливый процесс. Важную роль здесь играют не только условия, но и уклад жизни: взаимоотношения супругов, общий тон доброжелательности, оптимизм определяющий прогноз и исход заболевания.

Плохие и не всегда спокойные взаимоотношения между родителями отмечались в 21,7% семей, имеющих детей-инвалидов. В 8,2% семей между членами семьи частыми явлениями, были конфликты и ссоры 51,5% респондентов отметили, что ссоры, конфликтные ситуации в их семьях бывают редко. 18,3% родители часто употребляли спиртные напитки, из них отцы составляли 98,8%. Ссоры и конфликты в семьях в основном были вызваны материальными затруднениями (51,9%) и жилищной неблагоустроенностью (19,8%). В 17,7% семей они возникали в связи с трудностями воспитания больного ребёнка-инвалида, в каждой пятой семье - из-за злоупотребления мужем алкоголем. В то же время в каждой четвертой (25,6%) семье присутствовали оптимизм и уверенность в благоприятном исходе заболевания.

Отношение шансов в семьях с неблагоприятным психологическим климатом составило 2,0. Если ссоры случаются редко, то отношение шансов составляет 2,50. При частых конфликтных ситуациях, ссорах в семьях, отношение шансов увеличивается до 4,65 раза. В семьях, где один из родителей злоупотребляет алкоголем, отношение шансов было равно 1,73. В сохранении своего здоровья и здоровья будущего поколения, укреплении уверенности и оптимизма у членов семьи большое значение имеет физическая активность родителей и по возможности детей-инвалидов. В (51%) семей родители не занимаются утренней зарядкой и физкультурой, более чем в половине (52%) не соблюдают режим питания, 2/3 родители не придерживаются режима отдыха, неправильно организуют свой досуг и досуг ребёнка-инвалида.

При изучении распространённости факторов медико-социального риска отмечено, что в семьях с детьми-инвалидами относительно высок удельный вес матерей, имевших к моменту рождения хронические соматические и гинекологические заболевания: В основной группе, где матери в анамнезе имели пороки сердца, отношение шансов составляло 2,1, гипертоническую болезнь - 3,17, инфекционные заболевания - 2,35. Факторами риска возникновения детской инвалидности служат также заболевание почек у матерей и анемия. Отношение шансов при этом составило соответственно 2,35 и 1,88. Необходимо отметить, что профилактическую работу по

предотвращению детской инвалидности необходимо начинать с оздоровления будущих матерей ещё в подростковом возрасте.

Среди биологических факторов обращает на себя внимание неблагоприятный акушерский анамнез. До настоящего времени в г.Ташкенте сохраняются характерные только для среднеазиатских республик родственные браки: в близкородственном браке состояли родители 6,0% семей, имеющих детей-инвалидов. 17,5% семей имели отягощённую наследственность, 12,5% семей-ребёнка с врождённой аномалией. Семьи с родственным брачным союзом являются одним из существенных факторов риска формирования детской инвалидности. Риск возникновения детской инвалидности высок у лиц, состоящих в близкородственном браке (ОШ<3,53), а также в семьях с далёким родственным браком (ОШ 2,23).

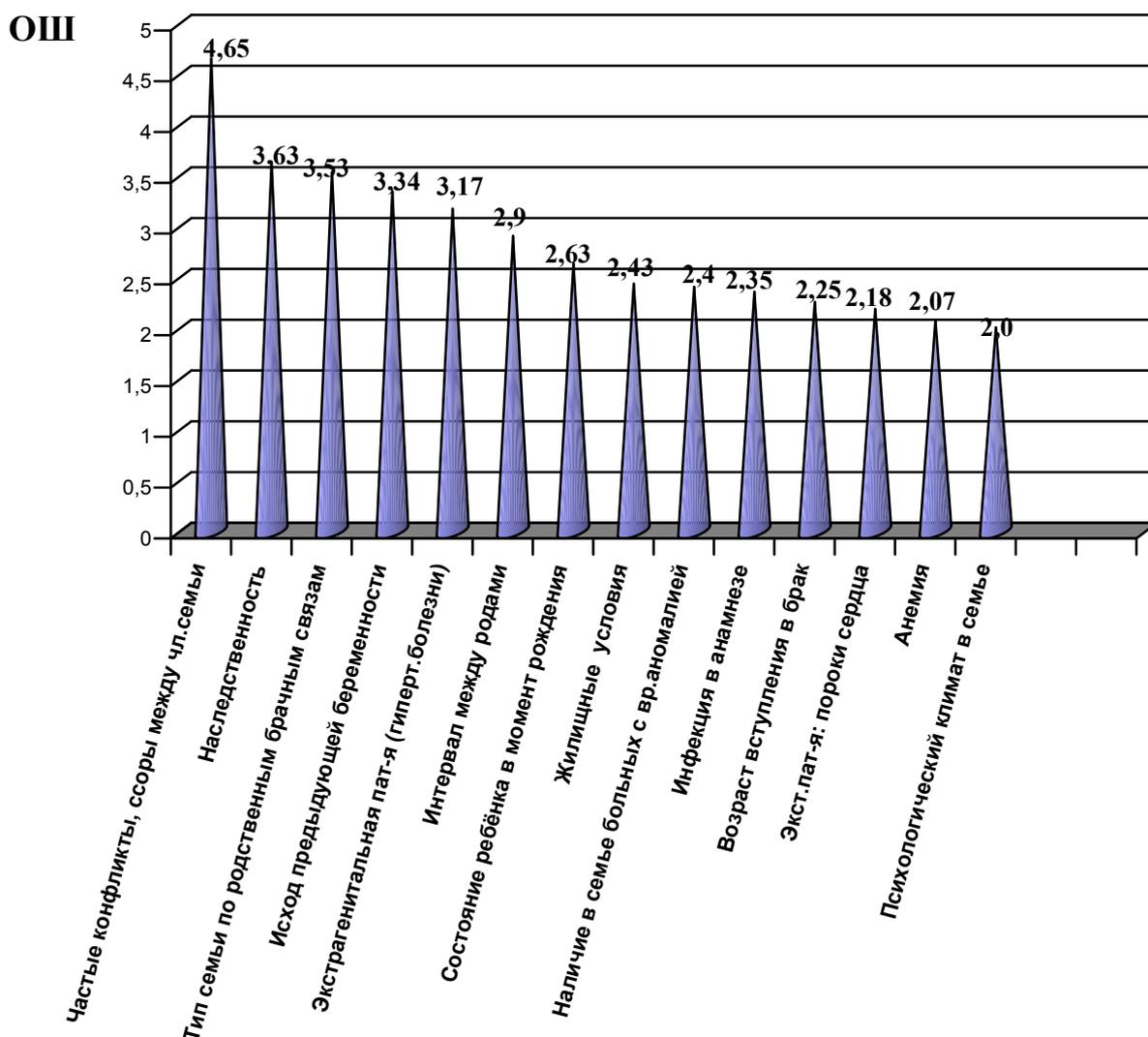


Рис. 2. Ранговые места ведущих факторов риска детской инвалидности.

Высоким фактором риска рождения ребёнка-инвалида является наличие в семье наследственных и мультифакториальных заболеваний. По нашим данным, в 22,5% семей основной группы имелись различные симптомы и синдромы, передающиеся из поколения в поколение. Наиболее часто встречались симптомы умственной отсталости, пороки развития сердечно-сосудистой системы, тугоухость и глухота, патология органов зрения и т.д. Необходимо заметить, что в половине таких семей признаки наследственной патологии присутствуют у близких родственников, причём в 11,3% случаев – это родители, в 19,3% - родные братья и сёстры ребёнка. Наличие наследственного фактора (ОШ 3,63), врождённых аномалий у членов семьи (ОШ 2,45), ранний (до 17-лет) возраст вступления в брак (4,7%) (ОШ 2,25), короткий интергенетический интервал (ОШ 2,90) являются существенными факторами риска формирования детской инвалидности (ОШ 2,45). Таким образом, поиски дальнейших путей снижения детской инвалидности, анализ показателей отношения шансов позволили определить значимость каждого из перечисленных факторов риска (рис.2).

Для раннего выявления группы женщин, беременных, рожениц, родильниц с факторами риска появления детской инвалидности, а также семей, имеющих риск рождения ребёнка-инвалида, нами составлена прогностическая таблица, главное назначение которой является определение групп семей с разной вероятностью возникновения риска детской инвалидности.

Таблица 1
Диапазоны и группы риска детской инвалидности

Диапазон риска	Размер риска	Группа риска
Наименьшая вероятность	14-21,66	Благоприятный прогноз
Средняя вероятность	21,67-29,33	Внимание
Наибольшая вероятность	29,34-39,55	Неблагоприятный прогноз
Весь диапазон	14-39,55	

В нашем исследовании весь диапазон риска был разделён на три поддиапазона, или интервала: наименьшая, средняя и наибольшая вероятность риска возникновения детской инвалидности (табл.1), т.е. группы благоприятного прогноза, внимания и неблагоприятного прогноза. Формирование здорового образа жизни, психологического климата и регулирование рождаемости, сохранение и улучшение здоровья девушек, женщин-матерей, борьба с вредными привычками родителей - мощный резерв укрепления здоровья и снижения детской инвалидности.

В пятой главе приводятся данные о медико-социальной помощи и реабилитации детей-инвалидов.

Система здравоохранения вносит в реабилитацию детей, страдающих тяжёлыми хроническими заболеваниями, и инвалидов, у которых сформировалось ограничение возможностей, весомый вклад. Охват детей-

инвалидов реабилитационной помощью ежегодно увеличивается. Так, в 2005 году реабилитационной помощью были охвачены $97,1 \pm 0,21\%$ детей-инвалидов, а к 2010 году этот показатель увеличился до $99,7 \pm 0,07\%$. С каждым годом возрастает удельный вес детей-инвалидов, охваченных стационарной и санаторной помощью, и снижается удельный вес детей-инвалидов реабилитированных, в условиях амбулатории и домашних условиях. Однако удельный вес последних составляет $53,6\%$. Удельный вес реабилитированных в условиях санатория в среднем составляет $3,3 \pm 0,09\%$ что, на наш взгляд, является недостаточным.

Медицинская реабилитация включает также мероприятия, направленные на восстановление здоровья и организацию учебной или трудовой деятельности. Так, по нашим данным, $2/3$ всех детей-инвалидов ($66,2 \pm 0,31\%$) нуждались в учёбе. Из всех нуждающихся в учёбе более $3/4$ детей ($77,1\%$) учатся в школах и спецшколах, каждый девятый ребёнок-инвалид учится дома и лишь $13,9 \pm 0,22\%$ не охвачены учёбой по разным причинам, прежде всего, по состоянию здоровья, которое не позволяет ребёнку заниматься учёбой. Одним из важных показателей, характеризующих эффективность реабилитации, является удельный вес детей, снятых с учёта в связи с выздоровлением. Результаты исследования показали, что ежегодно с учёта снимаются $22,9 \pm 0,22\%$ детей-инвалидов, из них каждый третий в связи с выздоровлением. $4,1 \pm 0,21\%$ детей-инвалидов выбывают в связи со смертью, при этом показатель летальности на 1000 детей-инвалидов составил $9,4 \pm 0,51$ случаев.

Учитывая необходимость решения актуальных проблем охраны материнства и детства, нами с позиции системного подхода разработана многоуровневая программа профилактики детской инвалидности для семей с высоким риском развития инвалидизации детей и детей с хронической патологией. Программа предполагает 2 этапа (уровня) проведения мероприятий. Первый этап - оценка и анализ состояния здоровья детей, социального статуса семьи, факторов риска и качества организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста и детям (на уровне СВП, семейных поликлиник, ЦРП). Мероприятия второго этапа включают формирование базы данных, совершенствование принципов медицинского наблюдения, оздоровление и реабилитацию детей, а также создание семейных школ здоровья с учётом структуры инвалидности, подготовку образовательных материалов для медицинского персонала, социальных работников, педагогов и семей детей-инвалидов (на уровне района - РМО, ЦРБ, ЦГБ).

Среди мероприятий первого уровня ведущими следует считать выделение групп риска (детей с хронической патологией, семьи с факторами риска) с помощью прогностических таблиц для раннего их выявления и оздоровления. Мероприятия второго уровня включают мониторинг состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, детей-инвалидов, эффективности медико-социальных мероприятий, реабилитационной, образовательной и просветительской работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённые исследования позволили сформулировать следующие **выводы:**

1. В последние годы наметилась чёткая тенденция к снижению уровня детской инвалидности. Уровень детской инвалидности за изучаемый период в г.Ташкенте составил 75,8 случая на 10 тыс. детей. Самый высокий уровень детской инвалидности установлен у детей в возрасте 5-6 лет (89,2‰) и 15-16 лет (82,6‰). Уровень инвалидности среди мальчиков существенно выше (86,3‰), чем среди девочек (66,4‰) ($p < 0,001$). Детская инвалидность в основном является врождённой (61,2%). Относительно высок удельный вес детей, прибывающих из других регионов ($4,0 \pm 0,10\%$).

2. Основными причинами детской инвалидности в г.Ташкенте были 5 классов болезней: заболевания нервной системы, врождённые аномалии (пороки развития), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни уха и сосцевидного отростка, психические расстройства. В структуре причин детской инвалидности они составили 78,5%.

Особенности распространённости и структуры инвалидизирующей патологии обуславливали специфику соответствующих нарушений, связанных с расстройствами питания, висцеральными и метаболическими проблемами, а также с двигательными и умственными нарушениями.

3. Система здравоохранения вносит большой вклад в реабилитацию детей, страдающих тяжёлыми хроническими заболеваниями, имеющих инвалидность. Основная часть детей-инвалидов проходит реабилитацию в условиях стационара ($42,9 \pm 0,27\%$) и в амбулатории ($44,9 \pm 0,27\%$). Учёбой охвачена основная часть детей: $54,1 \pm 0,33\%$ из них учатся в школе, $8,9 \pm 0,18\%$ - дома, $23,0 \pm 0,27\%$ - в спецшколах. Благодаря оказываемой детям-инвалидам медико-социальной помощи в г.Ташкенте ежегодно увеличивается число детей, снимающихся с учёта в связи с выздоровлением ($34,4 \pm 0,61\%$), и снижается удельный вес детей, снимающихся в связи со смертью ($4,1 \pm 0,21\%$). Важнейшей задачей системы здравоохранения является профилактика инвалидности и развитие реабилитационной помощи детям-инвалидам.

4. Большинство матерей детей-инвалидов в анамнезе имеют хронические патологии и экстрагенитальные заболевания, неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез: 24,8% из числа опрошенных женщин-матерей к моменту рождения ребёнка имели анемию, 27,3% - различные инфекционные заболевания, 10,4% - заболевания почек, 5,3% - пороки сердца, 13,4% - гипертоническую болезнь.

5. На основании многомерной комплексной интегрированной оценки определены наиболее значимые факторы риска, влияющие на формирование детской инвалидности: неблагоприятные жилищные условия, неблагоприятный психологический климат в семье, вредные привычки родителей, частые конфликты и ссоры между членами семьи, тяжёлые экстрагенитальные заболевания и хронические формы патологии матери,

ранний возраст вступления в брак, родственные брачные связи и исход предыдущей беременности, короткий интергенетический интервал, отягощённая наследственность.

6. Выявленные ведущие факторы риска оказывают влияние через организм матери на плод во время беременности и родов, а также после рождения в дальнейшей жизни ребёнка и в основном являются управляемыми, поскольку основные факторы - культурный уровень и уровень медицинских знаний, медицинская активность родителей, условия и образ их жизни можно улучшить. Использование выявленных факторов риска при разработке профилактических и реабилитационных программ позволит уменьшить уровень медико-социальных последствий инвалидизирующих заболеваний и снизить риск формирования инвалидности у детей.

7. Использование разработанных нами прогностических таблиц позволяет в ранние сроки до наступления инвалидности выявить семьи, с риском возникновения детской инвалидности врачами первичного звена здравоохранения, отнести их к той или иной группе прогноза, что в свою очередь позволит разрабатывать и осуществлять целенаправленные профилактические мероприятия и вносить необходимые коррективы в диспансеризацию будущих матерей, начиная с подросткового возраста.

8. Разработанные дифференцированные индивидуальные планы наблюдения и внедрение современной комплексной многоуровневой программы детской инвалидности с позиции системного подхода дают возможность элиминировать факторы риска, сохранять и укреплять здоровье женщин, способствуют рождению здорового ребёнка и сохранению его здоровья период дальнейшего развития, а по отношению к имеющемуся ребёнку-инвалиду позволяют укрепить его здоровье, улучшить качество жизни, осуществить эффективную реабилитацию.

Практические рекомендации

1. Для предотвращения и снижения уровня болезней и врождённых аномалий необходимо усилить их профилактику: а) ограничение деторождения в случаях высокого риска наследственной и врождённой патологии; б) элиминация генетически поражённого плода в ранние сроки беременности при наличии возможностей дородовой диагностики патологии плода. Этот подход направлен на регулирование самой супружеской парой функции репродукции путём ограничения или полного отказа от деторождения; в) формирование здорового образа жизни и оздоровление среды обитания человека.

2. Активное выявление и реабилитацию детей с психоневрологическими отклонениями необходимо проводить уже в родильных комплексах путём обязательного осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий всех новорождённых группы риска силами специалистов, так как в более старших возрастах реабилитационные мероприятия уже малоэффективны.

3. Врачи СВП, семейных поликлиник при посещении семьи или во время осмотра женщин в поликлинике с помощью прогностической таблицы в каждом конкретном случае выявляют соответствующие факторы риска для конкретной женщины, которая планирует рождение ребёнка. Количество прогностической информации обо всех факторах риска суммируется, определяется группа риска для будущей матери и её семьи или ребёнка-инвалида. С учётом группы риска врачами соответствующих учреждений здравоохранения необходимо разрабатывать дифференцированные индивидуальные планы наблюдения за беременными женщинами и детьми-инвалидами.

4. С целью систематического осуществления оценки и анализа состояния здоровья женщин-матерей и их детей, социального статуса семьи, совершенствования организации медицинской помощи, формирования базы данных для дальнейшего снижения уровня детской инвалидности, повышения качества жизни детей-инвалидов регулярно использовать разработанную многоуровневую программу профилактики детской инвалидности на уровне СВП, семейных поликлиник города и области.

4.1. На первом этапе (на уровне СВП, семейных поликлиник ЦРП) врачи должны проводить оценку и анализ состояния здоровья детей, женщин детородного возраста, социального статуса семьи (с учётом факторов риска), и качества организации медицинской помощи: определение уровня организации медицинской помощи, диспансеризация использование стационарного, санаторно-курортного лечения ребёнка-инвалида.

4.2. На втором этапе, на уровне в РТМО, ЦРБ, ЦГБ и области следует организовать мониторинг: формировать базы данных о состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста, детей с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов, изучить эффективность медико-социальных, реабилитационных, образовательных мероприятий, совершенствовать принципы медицинского наблюдения, оздоровления и реабилитации детей, а также создать семейные школы здоровья с учётом структуры инвалидности, готовить образовательные материалы для медицинских работников, педагогов и семей детей-инвалидов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Касимова Д.А. Возрастно-половые особенности детской инвалидности // Патология. – Ташкент, 2010. – №2-3. – С.132-136.
2. Касимова Д.А., Маматкулов Б.М. Медико-социальные аспекты детской инвалидности // Врач-аспирант. – Воронеж, 2011. – № 2,3 (45). – С. 512-516.
3. Касимова Д.А. Социально-гигиенические факторы риска детской инвалидности // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2011. – №4. – С.27-29.
4. Касимова Д.А. Основные закономерности динамики детской инвалидности // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2012. – №1. – С. 40-42.

5. Касимова Д.А. Детская инвалидность - важнейший показатель здоровья населения // Дни молодых учёных: Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов ТМА. – Ташкент, 2009. – С. 44-45.
6. Касимова Д.А. Некоторые особенности изучения детской инвалидности. // Дни молодых учёных: Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов ТМА. – Ташкент, 2009. – С. 46-47.
7. Касимова Д.А. Методологические основы детской инвалидности в г.Ташкенте // Дни молодых учёных: Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и магистрантов ТМА. – Ташкент, 2009. – С.48-49.
8. Касимова Д.А. Структура и уровень детской инвалидности (по материалам Мирзо Улугбекского района) // Дни молодых учёных ТМА. – Ташкент, 2011. – С. 32.
9. Касимова Д.А. Влияние социально-гигиенических факторов на уровне детской инвалидности (по материалам Чиланзарского района в г. Ташкенте) // Дни молодых учёных ТМА: Материалы научно-практической конференции магистрантов. – Ташкент, 2011. – С.107.
10. Касимова Д.А. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в здравоохранении // Гигиенические проблемы охраны здоровья населения на современном этапе и пути их решения: Материалы научно-практической конференции. – Ташкент, 2010. – С.155-156.
11. Маматкулов Б., Азимов Р., Авезова Г., Касимова Д., Инаков Ш. Доказательная медицина как инструмент повышения качества медицинской помощи // Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет: Республиканская конференция, – Ташкент, 06.2010. – С.132.
12. Касимова Д.А. Пути повышения качества детской инвалидности в условиях первичной медико-санитарной помощи // Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет: Республиканская конференция. – Ташкент, 2010. – С.136.
13. Маматкулов Б.М., Авезова Г.С., Қосимова Д.А. Болалар саломатлиги ва хавф омилларини ўрганишда далилларга асосланган тиббиёт усулларини қўллаш: Илмий-услубий қўлланма. – Тошкент, 2011. – 156.
14. Касимова Д.А. Прогнозирование риска и многоуровневая программа профилактики детской инвалидности: Научные-методические рекомендации. – Ташкент, 2011. – 15с.
15. Kasimova D.A. Prediction of risk and multilevel program of prevention the children invalidity: Methodical recommendations. – Tashkent, 2011. – 13 p.

РЕЗЮМЕ

диссертации Касимовой Дильфузы Аббаровны на тему: «Медико-социальные аспекты детской инвалидности и пути её снижения (по материалам г.Ташкента)» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: дети-инвалиды, здоровье, заболеваемость, условия и образ жизни, факторы риска, реабилитация.

Объекты исследования: оценка состояния здоровья, причин детской инвалидности, условия и образ жизни родителей, детей-инвалидов и их семей.

Цель работы: научное обоснование повышения качества медико-социальной помощи, усиления профилактики детской инвалидности на основе комплексного изучения причин и выявления факторов риска.

Методы исследования: медико-социальные, социально-гигиенические, математико-статистические.

Полученные результаты и их новизна: Выявлены ведущие причины детской инвалидности. Основная доля в структуре и уровне детской инвалидности приходится на болезни нервной системы, врождённые аномалии, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и др. Изучение условий и образа жизни семей детей-инвалидов и сопоставление их с таковыми семьях здоровых детей помогли определить отношение шансов, выявить ведущие факторы риска детской инвалидности, разработать прогностические таблицы для предупреждения причин, способствующих развитию детской инвалидности. В формировании детской инвалидности значимыми факторами являются образ жизни родителей, тип взаимоотношений в семье, жилищные условия, вредные привычки, наличие хронических и экстрагенитальных заболеваний матери, наследственность и факторы акушерско-гинекологического анамнеза (родственный брачный союз, возраст вступления в брак, интервал между родами, исход предыдущей беременности и состояние ребёнка в момент рождения).

Практическая значимость: разработаны прогностические таблицы для раннего выявления факторов риска, способствующих формированию детской инвалидности, а также методические рекомендации по профилактике детской инвалидности и улучшению качества медико-социальной помощи детям инвалидам и их семьям.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Разработанные рекомендации внедрены в деятельность работы лечебно-профилактических учреждений Республики Узбекистан и в учебный процесс на кафедрах медицинских вузов. Внедрение методических рекомендаций позволило в ранние сроки выявить семьи с факторами риска, улучшить качество медицинской помощи детям-инвалидам (18 актов).

Область применения: здравоохранение, лечебно-профилактические учреждения (СВП, семейные поликлиники), медицинские вузы республики.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Касимова Дильфуза Аббаровнанинг 14.00.33 –Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш ихтисослиги бўйича “Болалар ногиронлигининг тиббий-ижтимоий қирралари ва уни камайтириш йўллари (Тошкент шаҳар материаллари асосида)” мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: ногирон-болалар, саломатлик, касалланиш, турмуш шароити, тарзи ва хавф омиллар.

Тадқиқот объекти: ногирон-болалар, уларнинг сабаблари турмуш тарзи ва турмуш сифати, ота-оналари саломатлиги.

Ишнинг мақсади: болалар ногиронлигининг сабабларини, хавф омилларини комплекс ўрганиш асосида тиббий-ижтимоий ёрдамнинг сифатини ошириш, болалар ногиронлигининг профилактикасини кучайтириш бўйича илмий асосланган тадбирлар ишлаб чиқиш.

Тадқиқот усуллари: тиббий-ижтимоий, ижтимоий–гигиеник, математик – статистик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: болалар ногиронлигининг етакчи сабаблари аниқланди. Болалар ногиронлигининг даражаси ва структурасида етакчи ўринларни асаб тизими касалликлари, туғма аномалиялар, суяк-мушак ва бириктирувчи тўқима тизими касалликлари эгаллади. Ногирон ва соғлом болаларнинг уй шароити, турмуш тарзини қиёсий ўрганилди, шанслар нисбатини аниқланиб, болалар ногиронлигини шакллантирувчи етакчи хавф омиллар аниқланди, уларни олдини олиш бўйича прогностик жадвал ишлаб чиқилди. Болалар ногиронлигининг шаклланишида ота-оналарнинг турмуш тарзи, зарарли одатлари, оиладаги ўзаро муносабатлар, уй шароити, онадаги мавжуд сурункали ва экстрагенитал касалликлар ҳамда акушер-гинекологик анамнез (қариндошлар ўртасидаги никоҳ, онанинг никоҳга ўтиш ёши, туғруқлар орасидаги давр, ҳомиладорлик асоратлари ва чақалақнинг туғилган даврдаги ҳолати) катта аҳамиятга эга.

Амалий аҳамияти: тадқиқот натижасида болалар ногиронлигини шакллантирувчи хавф омилларини барвақт аниқлаш имконини берувчи прогностик жадвал тузилди. Болалар ногиронлигини олдини олиш, уларга кўрсатилаётган тиббий-ёрдамнинг сифатини яхшилаш бўйича илмий асосланган чора-тадбирлар ишлаб чиқилди.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: Тадқиқот натижалари, ишлаб чиқилган тавсияларни соғлиқни сақлаш амалиётига тадбиқ этиш натижасида ногиронларга кўрсатилаётган тиббий-ёрдам сифатини яхшилашга эришилди (18 та далолатнома).

Қўлланиш соҳаси: соғлиқни сақлаш, даволаш-профилактика муассасалари, (ҚВП, оилавий поликлиникалар) Ўзбекистон Республикаси тиббиёт олий ўқув юртлари.

RESUME

Thesis of Kasimova Dilfuza Abrarovna on "Medical and social aspects of childhood disability and ways to reduce (on materials of Tashkent)" for the degree of candidate of medical sciences in specialty 14.00.33 - Public health and health care

Key words: Health, disabled children, the incidence of the conditions and way of life for families, risk factors, rehabilitation.

Objects of research: Assessment of health status, causes of childhood disability conditions and lifestyle of parents of children with disabilities and their families.

Purpose of work: the scientific rationale for improving the quality of health care and social assistance, strengthening the prevention of childhood disability in a comprehensive study of the causes and identify their risk factors.

Methods of research: Medico-social, social hygiene, mathematics and statistics.

Obtained results and their novelty: The leading causes of childhood disability are determined. The bulk of the structure and level of child disability related to illness of the nervous system, congenital anomalies, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. The study of the conditions and life style of families and children with disabilities in comparison with families of healthy children allowed determining the odds ratio, identifying the leading risk factors of childhood disability, developing a prognostic table of prevention the causes contributing to the development of childhood disability. In the formation of childhood disability are important factors in life parents, the type of relationship in the family, living conditions, bad habits, presence of chronic diseases and extra genital mother, heredity factors, and obstetric and gynecological history (akin to marriage, age at marriage, interval between births, the outcome of previous pregnancy and the baby at birth).

Practical value: Prognostic tables developed for the early detection of risk factors contributing to the formation of childhood disability, as well as guidelines for the prevention of childhood disability.

Degree of embed and economic efficiency: The recommendation is the introduction to the work of medical institutions of the Republic of Uzbekistan and used in teaching in the departments of medical schools. Implementation guidelines allowed in the early stages to identify families with risk factors, improve the quality of care for children with disabilities.

Field of application: Healthcare, treatment-prophylactic institutions (rural medical points, family polyclinics), institutes of higher education of Republic of Uzbekistan.