

Главное бюро
медико-социальной экспертизы
по Омской области
Министерства труда и социальной
защиты Российской Федерации,
г. Омск

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2007–2013 гг.

В статье рассмотрена динамика показателей и структура первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения у детей в возрасте до 18 лет в Омской области в 2007–2013 гг.

Ключевые слова: инвалидность, дети, психические расстройства и расстройства поведения.

Инвалидность детей вследствие психических расстройств и расстройств поведения занимает одно из ведущих ранговых мест в структуре нозологических форм [1, 2]. В целом в Российской Федерации (далее — РФ) в структуре инвалидности у детей лидируют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, на которые приходится от 60 до 70 % в разные годы. За период 2002–2010 гг. распространенность инвалидности у детей, обусловленной психическими расстройствами и расстройствами поведения, увеличилась на 15,4 % [3].

Цель исследования: изучение структуры первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Омской области в 2007–2013 гг.

Объект исследования: число детей, впервые признанных инвалидами (далее — ВПИ) вследствие психических расстройств и расстройств поведения.

Материалы: акты и протоколы освидетельствования в бюро МСЭ, сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет по форме № 7-Д (собес) за 2007–2013 гг.

Объем исследования: 1595 наблюдений, период наблюдения 2007–2013 гг.

По Омской области за 2007–2013 гг. в структуре первичной детской инвалидности вследствие всех классов болезней первое ранговое место по среднему удельному весу занимали врожденные аномалии развития — 30,1 %; на втором ранговом месте психические расстройства и расстройства поведения (далее — ПРиРП) — 25,2 %; на третьем — болезни нервной системы (12,1 %).

Удельный вес ПРиРП (табл. 1) снижался с 24,1 % в 2007 г. до 20,9 % в 2008 г., регистрировался рост до 25,2 % в 2009 г. и снижение до 23,4 % в 2010 г. с последующим ростом до 28,9 % в 2011 г. и снижением до 26,6 % в 2013 г. Число детей ВПИ вследствие ПРиРП составило 232 чел. в 2007 г., умень-

шилось в 2008 г. до 173 чел. с последующим ростом до 268 чел. в 2011 г. и снижением до 252 чел. в 2013 г. Всего за 2007–2013 гг. детей ВПИ вследствие ПРиРП — 1595 чел., в среднем в год — 228 чел. (температура прироста +8,6 %).

Число детей ВПИ вследствие ПРиРП в муниципальных образованиях (далее — МО) области (табл. 2) составило в среднем в год 124 ребенка, температура прироста +6,4 %. Число детей ВПИ вследствие ПРиРП в г. Омске составило в среднем 104 ребенка в год (+11,2 %). Удельный вес детей-инвалидов вследствие ПРиРП, проживающих в МО области, в 2007–2013 гг. варьировал в интервале 50,7–59,7 %, в среднем составил 54,3 % от общего числа детей ВПИ вследствие ПРиРП. Удельный вес детей, проживающих в г. Омске, варьировал в пределах 40,3–49,3 % и в среднем составил 45,7 %.

Уровень первичной детской инвалидности вследствие ПРиРП увеличился на 13,6 %. В динамике интенсивный показатель имел тенденцию к снижению с $5,9 \pm 0,38$ случая до $4,5 \pm 0,34$ в 2007–2008 гг. с последующим ростом до $7,3 \pm 0,44$ в 2011 г. и снижением до $6,7 \pm 0,42$ в 2013 г.; среднемноголетний интенсивный показатель составил $6,0 \pm 0,39$. По Сибирскому федеральному округу (далее — СФО) интенсивный показатель регистрировался в пределах $5,1 \pm 0,11$ – $6,7 \pm 0,13$: снижение с $6,6 \pm 0,12$ до $5,1 \pm 0,11$ в 2007–2009 гг. с ростом до $6,7 \pm 0,13$ в 2011 г. и снижение до $6,3 \pm 0,13$ в 2013 г.; темп убыли –4,5 %; среднемноголетнее значение уровня — $6,0 \pm 0,12$ случаев на 10 тыс. детского населения. По РФ уровень варьировал в интервале от $4,8 \pm 0,04$ до $5,5 \pm 0,04$ на 10 тыс. детского населения со среднемноголетним значением $5,3 \pm 0,04$; темп прироста +7,8 %.

В МО области уровень первичной детской инвалидности вследствие ПРиРП имел тенденцию к снижению с $6,2 \pm 0,55$ до $4,7 \pm 0,48$ на 10 тыс. соответствующего населения в 2007–2008 гг., возрос до $9,0 \pm 0,70$ в 2011 г. и снизился до $7,2 \pm 0,62$ в 2013 г. (+16,1 %), среднемноголетний показатель

Удельный вес детей ВПИ вследствие ПРiРП в 2007–2013 гг. (абс., %)

Год	Число детей, ВПИ вследствие всех классов болезней в регионе		из них число детей, ВПИ вследствие ПРiРП		
	абс. число	прирост / убыль, %	абс. число	прирост / убыль, %	удельный вес
2007	961	–	232	–	24,1
2008	828	– 13,8	173	– 25,4	20,9
2009	813	– 1,8	205	+ 18,5	25,2
2010	883	+ 8,6	207	+ 1,0	23,4
2011	926	+ 4,9	268	+ 29,5	28,9
2012	940	+ 1,5	258	– 3,7	27,4
2013	948	+ 0,9	252	– 2,3	26,6
Среднее значение	900	–	228	–	25,2

Таблица 2

Первичная инвалидность вследствие ПРiРП у детей Омской области в 2007–2013 гг. (абс. число, на 10 тыс. детского населения, М±m, %)

Год	Впервые признано инвалидами вследствие ПРiРП								
	Омская область			МО области			г. Омск		
	абс. число	УА-вес	уровень	абс. число	УА-вес	уровень	абс. число	УА-вес	уровень
2007	232	100	5,9 ±0,38	125	53,9	6,2 ±0,55	107	46,1	5,5 ±0,53
2008	173	100	4,5 ±0,34	92	53,2	4,7 ±0,48	81	46,8	4,3 ±0,47
2009	205	100	5,4 ±0,37	113	55,1	5,9 ±0,55	92	44,9	4,9 ±0,51
2010	207	100	5,5 ±0,38	105	50,7	5,5 ±0,53	102	49,3	5,5 ±0,54
2011	268	100	7,3 ±0,44	160	59,7	9,0 ±0,70	108	40,3	5,7 ±0,54
2012	258	100	6,9 ±0,43	141	54,7	7,8 ±0,65	117	45,3	6,1 ±0,56
2013	252	100	6,7 ±0,42	133	52,8	7,2 ±0,62	119	47,2	6,1 ±0,55
Среднее значение	228	100	6,0 ±0,39	124	54,3	6,6 ±0,58	104	45,7	5,3 ±0,52
Прирост/убыль, %	+ 8,6	100	+ 13,6	+ 6,4	–	+ 16,1	+ 11,2	–	+ 10,9

составил $6,6 \pm 0,58$. В г. Омске уровень первичной инвалидности от этих причин снижался с $5,5 \pm 0,53$ до $4,3 \pm 0,47$ на 10 тыс. соответствующего населения в 2007–2008 гг. с последующим ростом до $6,1 \pm 0,55$ в 2013 г.; темп прироста +10,9 %; среднегодовое интенсивный показатель составил $5,3 \pm 0,52$.

По Омской области в структуре ПРiРП у детей впервые признанных инвалидами первое ранговое место занимала умственная отсталость со средним удельным весом — 58,4 %. Удельный вес умственной отсталости в 2007–2013 гг. имел разнонаправленную динамику: снижение с 62,5 % до 52,0 % в 2007–2008 гг., рост до 65,4 % в 2009 г. с последующим снижением до 55,6 % в 2010 г.; в 2011 г. составил 61,6 % с дальнейшим снижением до 56,0 % в 2013 г. от общего числа ПРiРП. Уровень первичной детской инвалидности вследствие умственной отсталости (табл. 3) снижался с $3,7 \pm 0,30$ случая до $2,3 \pm 0,24$ на 10 тыс. детского населения в 2007–2008 гг. с последующим ростом до $3,5 \pm 0,30$ в 2009 г. и снижением до $3,1 \pm 0,28$ в 2010 г.; вновь рост до $4,5 \pm 0,34$ на 10 тыс. детского населения в 2011 г. и последующее снижение до $3,7 \pm 0,31$ в 2013 г.; в среднем интенсивный показатель составил $3,5 \pm 0,29$.

Второе место в структуре ПРiРП занимали органические расстройства различного генеза (травмы,

интоксикации и инфекции, эпилепсия, смешанные причины) со средним удельным весом 26,7 % (рост в 2,5 раза — с 14,6 % в 2007 г. до 36,1 % в 2013 г.). Уровень первичной детской инвалидности вследствие органических расстройств в динамике имел тенденцию к росту с $0,9 \pm 0,15$ до $2,4 \pm 0,25$ на 10 тыс. детского населения (+166,7 %), в среднем составив $1,6 \pm 0,20$.

На третьем месте — расстройства психологического развития со средним показателем удельного веса 8,9 % (снижение в 3,4 раза — с 15,1 % в 2007 г. до 4,4 % в 2013 г.). Интенсивный показатель первичной детской инвалидности вследствие расстройств психологического развития имел тенденцию к снижению с $0,9 \pm 0,15$ в 2007 г. до $0,3 \pm 0,08$ в 2013 г.; темп убыли –66,7 %; средний уровень — $0,5 \pm 0,11$ на 10 тыс. детского населения.

Четвертое место занимала шизофрения со средним удельным весом 5,3 % (варьирование в пределах от 3,0 % до 10,6 %). Уровень первичной детской инвалидности вследствие шизофрении снизился с $0,4 \pm 0,10$ до $0,2 \pm 0,07$ в 2007–2009 гг., возрастал до $0,6 \pm 0,12$ в 2010 г. с последующим снижением до $0,2 \pm 0,07$ на 10 тыс. детского населения в 2013 г.; темп убыли –50,0 %; среднее значение уровня — $0,3 \pm 0,08$ на 10 тыс. детского населения.

Динамика уровней первичной детской инвалидности вследствие ПРИРП по нозологическим формам в Омской области в 2007–2013 гг. (абс., на 10 тыс. детского населения)

Класс болезней по МКБ-10	Год															
	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		Среднее значение	
	абс.	уровень ±0,38	абс.	уровень ±0,34	абс.	уровень ±0,37	абс.	уровень ±0,38	абс.	уровень ±0,44	абс.	уровень ±0,43	абс.	уровень ±0,42	абс.	уровень ±0,39
ПРИРП всего, из них:	232	5,9 ±0,38	173	4,5 ±0,34	205	5,4 ±0,37	207	5,5 ±0,38	268	7,3 ±0,44	258	6,9 ±0,43	252	6,7 ±0,42	228	6,0 ±0,39
Умственная отсталость	145	3,7 ±0,30	90	2,3 ±0,24	134	3,5 ±0,30	115	3,1 ±0,28	165	4,5 ±0,34	143	3,8 ±0,31	141	3,7 ±0,31	133	3,5 ±0,29
Органические расстройства	34	0,9 ±0,15	48	1,2 ±0,17	43	1,1 ±0,17	52	1,4 ±0,19	80	2,2 ±0,24	84	2,3 ±0,24	91	2,4 ±0,25	62	1,6 ±0,20
Расстройства психологического развития	35	0,9 ±0,15	27	0,7 ±0,13	16	0,4 ±0,10	14	0,4 ±0,10	14	0,4 ±0,10	20	0,5 ±0,11	11	0,3 ±0,08	20	0,5 ±0,11
Шизофрения	16	0,4 ±0,10	8	0,2 ±0,07	9	0,2 ±0,07	22	0,6 ±0,12	8	0,2 ±0,07	11	0,3 ±0,08	9	0,2 ±0,07	12	0,3 ±0,08
Прочие	2	0,05 ±0,03	0	0,0	3	0,1 ±0,05	4	0,1 ±0,05	1	0,03 ±0,02	0	0,0	0	0,0	1	0,04 ±0,02

На пятом месте прочие ПРИРП со средним удельным весом 0,7 % (колебание в пределах от 0,4 % до 1,9 %) и средним уровнем — 0,04±0,02 на 10 тыс. детского населения.

Анализ гендерных показателей первичной инвалидности показал, что среди мальчиков и девочек преобладала умственная отсталость со средним удельным весом 38,2 % и 20,2 % соответственно. На втором ранговом месте находились органические расстройства со средним удельным весом 20,9 % у мальчиков и 5,8 % у девочек; на третьем ранговом месте — расстройства психологического развития — 7,5 % и 1,4 % соответственно; на четвертом месте шизофрения — 3,8 % и 1,5 % соответственно; на пятом — прочие ПРИРП — 0,6 % и 0,07 % соответственно. В структуре первичной детской инвалидности вследствие ПРИРП удельный вес инвалидов-мальчиков увеличился с 62,1 % до 76,9 % в 2007–2008 гг. с последующим уменьшением до 68,2 % в 2012 г. и ростом до 71,4 % в 2013 г.; в среднем составил 71,0 % от общего числа детей ВПИ вследствие ПРИРП. Удельный вес девочек ниже и с обратной тенденцией: снижение с 37,9 % до 23,1 % в 2007–2008 гг. с последующей тенденцией к росту до 31,8 % в 2012 г. и снижением до 28,6 % в 2013 г.; в среднем составил 29,0 %.

При анализе возрастной структуры первичной инвалидности вследствие ПРИРП выявлено, что дети возрастной категории от 8–14 лет преобладали со среднемноголетним удельным весом 42,2 % от общего числа детей ВПИ (в динамике регистрировалась тенденция к снижению с 48,7 % в 2007 г. до 40,5 % в 2013 г.). Удельный вес мальчиков в среднем составил 29,8 % (колебание в пределах 24,4 % до 34,6 %); доля девочек составила в среднем 12,4 % (тенденция к снижению с 17,2 % до 12,3 %) от общего числа детей ВПИ вследствие ПРИРП. Среди детей от 8–14 лет среднемноголетний уровень составил 14,4 на 10 тыс. соответствующего возраста. В динамике регистрировалось его снижение с 15,3 до 9,6 в 2007–2008 гг. с последующим ростом до 15,9 в 2013 г.; темп прироста +3,9 %. Среди мальчиков среднемноголетний уровень составил 9,9 на 10 тыс. соответствующего населения (снижение с 9,7 до 7,8 в 2007–2008 гг. и рост до 10,9 в 2013 г.; темп прироста +12,4 %); среди девочек — 4,5 (снижение с 5,6 до 1,8 в 2007–2008 гг. и рост до 5,0 в 2013 г.; темп убыли –10,7 %).

На втором месте — дети возрастной группы от 4–7 лет со средним удельным весом 40,3 % (рост с 32,4 % до 48,4 % в 2007–2012 гг. и снижение до 44,4 % в 2013 г.). Среднемноголетний показатель удельного веса среди мальчиков равен 30,0 % (рост с 19,0 % до 33,7 %); у девочек — 10,3 % (колебание в пределах 6,8–13,4 %). Среднемноголетний интенсивный показатель данной группы детей составил 22,9. В динамике отмечалось снижение показателя с 21,1 до 15,8 в 2007–2008 гг. с последующим ростом до 30,2 в 2011 г. и снижением до 26,5 в 2013 г.; темп прироста +25,6 %. Среди мальчиков среднемноголетний уровень составил 16,7 на 10 тыс. соответствующего населения (рост с 12,2 в 2007 г. до 21,9 в 2011 г. и снижение до 19,8 в 2013 г.; темп прироста +62,3 %); среди девочек — 6,2 на 10 тыс. соответствующего населения (снижение с 8,9 до 3,8 в 2007–2008 гг.; увеличение до 4,4 в 2009 г.; вновь снижение до 3,4 в 2010 г. с ростом до 8,3 в 2011 г. и снижением до 6,7 в 2013 г.).

Третье ранговое место занимали дети в возрасте от 15–17 лет со средним удельным весом 10,1 % (колебание в интервале 6,6–14,5 % с тенденцией к снижению). Удельный вес мальчиков составил в среднем 6,0 % с тенденцией к росту с 5,6 % до 8,7 % в 2007–2010 гг. и снижением до 3,2 % в 2013 г.; удельный вес девочек — 4,1 % (колебание от 2,7 % до 5,8 %). Среднемноголетний уровень первичной инвалидности среди подростков

равен 6,2 на 10 тыс. соответствующего населения. В динамике отмечался рост показателя с 4,8 в 2007 г. до 8,7 в 2010 г. и снижение до 5,4 в 2012 г. с последующим ростом до 6,2 в 2013 г.; темп прироста +29,2 %. Среди мальчиков уровень в среднем составил 3,5 на 10 тыс. соответствующего населения (рост с 2,8 до 5,1 в 2007–2010 гг. и снижение до 2,5 в 2013; темп убыли –10,7 %); средний уровень среди девочек — 2,7 на 10 тыс. соответствующего населения (увеличение с 2,0 до 2,2 в 2007–2008 гг.; снижение до 1,6 в 2009 г. и ростом до 3,6 в 2010 г. с последующим снижением до 2,3 в 2012 г. и ростом до 3,7 в 2013 г.; темп прироста +85,0 %).

На четвертом месте дети-инвалиды возрастной категории от 0–3 лет со средним удельным весом 7,4 % (с тенденцией к снижению показателя от 9,4 % до 7,5 %); мальчики составили в среднем 5,2 % (от 1,0 % до 10,4 %; с тенденцией к снижению); доля девочек — 2,2 % (варьирование от 0,5 % до 3,5 %). Среднемноголетний уровень первичной инвалидности составил 3,5 на 10 тыс. детей соответствующего возраста. В динамике отмечалось снижение показателя с 5,1 в 2007 г. до 1,5 в 2010 г. и ростом до 3,7 в 2013 г.; темп убыли –27,5 %. Среди мальчиков уровень в среднем составил 2,4 на 10 тыс. соответствующего населения (колебание в пределах от 0,4 до 4,0); темп убыли –3,1 %; среди девочек — 1,1 (интервал от 0,2 до 1,9; темп убыли –68,4 %).

Таким образом, в Омской области за анализируемый период первичная детская инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения превалировала среди детей, проживающих в МО области; по гендерным характеристикам преобладали мальчики; высокий удельный вес детей-инвалидов отмечался в возрастных категориях от 8–14 лет и от 4–7 лет; в структуре психиче-

ских расстройств и расстройств поведения первое ранговое место занимала умственная отсталость. Проведенный анализ подтверждает необходимость разработки региональной целевой программы по профилактике инвалидности у детей при данных нозологических формах.

Библиографический список

1. Менделевич, Б. Д. Научное обоснование совершенствования психиатрической помощи детскому населению (комплексное социально-гигиеническое и медико-организационное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2010. — С. 46.
2. Анализ эффективности исполнения индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в Ростовской области / [Л. Г. Синьчук и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация в педиатрии : Материалы Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию педиатрической службы медико-социальной экспертизы Алтайского края. — Барнаул, 2008. — С. 289–292.
3. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации / А. А. Баранов [и др.] // Российский педиатрический журнал. — М., 2012. — № 6. — С. 4–9.

АРГАТ Юрий Николаевич, руководитель бюро № 21-филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России, врач по медико-социальной экспертизе первой категории, психиатр высшей категории.

Адрес для переписки: 644031, г. Омск, ул. 22-я Линия, 58а.

Статья поступила в редакцию 03.09.2014 г.

© Ю. Н. Аргат

Книжная полка

Рослый, И. М. Правила чтения биохимического анализа / И. М. Рослый, М. Г. Водолажская. — М. : МИА, 2014. — 100 с. — ISBN 978-5-8948-1943-3.

Руководство предназначено врачу любой специальности. Изучение медицинской биохимии читателю предложено начать с отбора и врачебного осмысления той информации из фундаментальной биохимии, которая необходима врачу для практического использования в конкретной ситуации с конкретным пациентом. Одновременно эта информация должна дать ориентиры на глубинное (вплоть до молекулярного уровня) понимание патологии с учетом основных биохимических процессов, которые более известны в теории как патогенетические механизмы и редко упоминаются (хотя непременно должны упоминаться) в практике врача.

Семнадцать правил чтения биохимического анализа представлены в виде текста, цветных иллюстрированных схем, кратких формул и комментариев, что делает медицинский курс доходчивым для широкого круга читателей: студентов медицинских университетов, академий, факультетов, врачей, научных сотрудников, абитуриентов. Книга адаптирована для любознательного человека, который интересуется собственным организмом, хочет иметь современные научные представления о самом себе.

Руководство подготовлено главным научным сотрудником НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, ведущим научным сотрудником ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора РФ, д.м.н. Игорем Михайловичем Рослым.

Основы обеспечения качества в гистологической лабораторной технике / Под ред. П. Г. Малькова, Г. А. Франка. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 176 с. — ISBN 978-5-9704-3009-5.

Издание предназначено специалистам в области гистологической технологии и микроскопической техники. Рекомендовано к использованию в системе среднего и дополнительного профессионального образования лаборантов, фельдшеров-лаборантов и медицинских лабораторных техников (технологов) патолого-анатомических отделений. Также будет полезно врачам-патологоанатомам и руководителям патолого-анатомических отделений.