

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

ПОВТОРНАЯ ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2007–2013 гг.

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

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

Умственная отсталость является основным заболеванием среди психических расстройств, являющихся причиной инвалидности детей [1–3]. В РФ в структуре причин общей детской инвалидности психические расстройства стабильно занимают первое место, на их долю приходится 23,8 %; наиболее значимой в развитии инвалидизирующих состояний при психических заболеваниях является умственная отсталость (70,9 % у детей и 75,9 % у подростков) [4].

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

Объект исследования: число детей, повторно признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения (далее — ПРиРП), умственной отсталости.

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: 6205 наблюдений, период наблюдения 2007–2013 гг.

В структуре повторной детской инвалидности от всех нозологических причин первое ранговое место занимали врожденные аномалии развития со среднемноголетним удельным весом 31,6 %, на втором ранговом месте ПРиРП — 26,7 %. Третье ранговое место занимали болезни нервной системы — 11,9 %.

Число детей, повторно признанных инвалидами (далее — ППИ) вследствие ПРиРП, уменьшилось с 938 чел. в 2007 г. до 866 чел. в 2008 г., увеличилось до 1132 детей в 2009 г. с последующим снижени-

ем до 730 детей в 2013 г.; в среднем — 886 детей в год; темп убыли — 22,2 %. Удельный вес детей ППИ вследствие ПРиРП за 2007–2013 гг. составил 25,2 % — 25,2 % — 31,6 % — 28,2 % — 28,9 % — 22,7 % — 24,8 % от общего числа детей ППИ вследствие всех классов болезней; со среднемноголетним удельным весом 26,7 % (средний удельный вес детей, ППИ вследствие других классов болезней, составил 73,3 %). По СФО регистрировалось снижение числа детей с 13575 чел. в 2007 г. до 10063 чел. в 2013 г. (–25,9 %); среднее число детей — 11705 чел. в год. По РФ отмечалось снижение числа детей ППИ вследствие ПРиРП с 74604 чел. в 2007 г. до 58252 чел. в 2013 г. (–21,9 %), среднее число в год — 65271 ребенок.

Уровень повторной детской инвалидности вследствие ПРиРП в регионе (табл. 1) имел тенденцию к снижению с $23,7 \pm 0,77$ в 2007 г. до $19,3 \pm 0,71$ случая на 10 тыс. детского населения в 2013 г. (–18,6 %), среднемноголетний интенсивный показатель составил $23,4 \pm 0,78$. По СФО интенсивный показатель имел тенденцию к снижению с $33,8 \pm 0,29$ в 2007 г. до $25,4 \pm 0,25$ в 2013 г. (–24,9 %), в среднем составил $29,9 \pm 0,27$. По РФ отмечалось снижение уровня с $27,6 \pm 0,10$ в 2007 г. до $21,6 \pm 0,09$ на 10 тыс. детского населения в 2013 г. (–21,7 %), в среднем составил $24,7 \pm 0,10$ на 10 тыс. детского населения.

В структуре ППИ вследствие ПРиРП выявлено, что удельный вес мальчиков в среднем составил 68,0 % от общего числа детей ППИ вследствие ПРиРП; девочек — 32,0 %. Доминировали дети возрастной категории от 8–14 лет со среднемноголетним удельным весом 56,1 % (мальчики — 38,5 %; девочки — 17,6 %) от общего числа детей ППИ вследствие ПРиРП. Второе место занимали дети от 4–7 лет — 22,2 % (мальчики — 14,6 %, девочки — 8,6 %).

Характеристика детей ППИ вследствие ПРиРП в Омской области, СФО, РФ в 2007–2013 гг.
(абс., на 10 тыс. детского населения, М±m)

Год	Дети повторно признанные инвалидами вследствие ПРиРП					
	Омская область		СФО		РФ	
	абс.	уровень	абс.	уровень	абс.	уровень
2007	938	23,7±0,77	13575	33,8±0,29	74604	27,6±0,10
2008	866	22,5±0,76	13107	33,4±0,29	72275	27,4±0,10
2009	1132	29,8±0,88	12109	31,2±0,28	68595	26,3±0,10
2010	956	25,4±0,82	11244	29,0±0,27	64183	24,7±0,10
2011	852	23,2±0,79	10918	28,1±0,27	59207	22,8±0,09
2012	731	19,7±0,73	10921	28,1±0,27	59783	22,5±0,09
2013	730	19,3±0,71	10063	25,4±0,25	58252	21,6±0,09
Среднее значение	886	23,4±0,78	11705	29,9±0,27	65271	24,7±0,10

Таблица 2

ПРиРП в структуре повторной детской инвалидности в Омской области в 2007–2013 гг. (абс., %)

Год	Число детей, ППИ от всех причин		ПРиРП из числа детей ППИ									
			Умственная отсталость		Органические расстройства		Расстройства психологического развития		Шизофрения		Прочие	
	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес	абс.	уд. вес
2007	3726	100,0	655	17,6	186	5,0	33	0,9	57	1,5	7	0,2
2008	3443	100,0	579	16,8	179	5,2	42	1,2	62	1,8	4	0,1
2009	3583	100,0	781	21,8	240	6,7	36	1,0	66	1,8	9	0,3
2010	3385	100,0	620	18,3	243	7,2	31	0,9	60	1,8	2	0,1
2011	2944	100,0	509	17,3	259	8,8	19	0,6	63	2,1	2	0,1
2012	3221	100,0	429	13,3	243	7,5	17	0,5	42	1,3	0	0,0
2013	2938	100,0	400	13,6	275	9,4	17	0,5	38	1,3	0	0,0
Среднее значение	3320	100,0	567	17,1	232	7,1	28	0,8	55	1,6	4	0,1

девочки — 7,6 %). Среднегодовалый удельный вес подростков от 15–17 лет составил 18,6 % (третье место); мальчики — 13,1 %, девочки — 5,5 %. На четвертом месте — дети от 0–3 лет — 3,1 % (мальчики — 1,8 %; девочки — 1,3 %).

Уровень среди мальчиков в среднем составил 30,9 случая на 10 тыс. соответствующего населения, среди девочек — 15,5. Преобладали дети от 8–14 лет со среднегодовалым уровнем 74,4 на 10 тыс. соответствующего населения (мальчики — 50,2 на 10 тыс. соответствующего населения, девочки — 24,2). Второе место занимали дети от 4–7 лет со среднегодовалым интенсивным показателем 49,2 (мальчики — 31,4; девочки — 17,8). Третье место — подростки от 15–17 лет — 45,3 на 10 тыс. соответствующего населения (мальчики — 31,2; девочки — 14,1). Дети от 0–3 лет — на четвертом месте — 5,5 на 10 тыс. соответствующего населения (мальчики — 3,1; девочки — 2,4).

В структуре ПРиРП первое ранговое место занимала умственная отсталость со среднегодовалым удельным весом 17,1 % от общего числа детей ППИ вследствие всех причин (табл. 2). На втором ранговом месте — органические расстройства различного генеза (7,1 %). Третье ранговое место занимала шизофрения (1,6 %). На четвертом месте — расстройства психологического развития (0,8 %) и на пятом месте — прочие ПРиРП (0,1 %). Регистрировалось снижение числа детей ППИ вследствие умственной отсталости с 655 чел. в 2007 г. до 579 чел. в 2008 г. и ростом до 781 чел. в 2009 г.

с последующим снижением до 400 чел. в 2013 г.; темп убыли — 38,9 %. Удельный вес умственной отсталости от общего числа детей ППИ вследствие всех причин варьировал от 13,3 до 21,8 % с тенденцией к снижению.

Анализ нозологической структуры повторной инвалидности показал, что удельный вес детей-инвалидов вследствие умственной отсталости уменьшился с 69,8 % до 66,9 % в 2007–2008 гг., увеличился до 69,0 % в 2009 г. с последующей тенденцией к снижению до 54,8 % в 2013 г.; в среднем — 63,4 % в год; мальчики — 40,9 %, девочки — 22,5 % от общего числа детей ППИ вследствие ПРиРП. Среди возрастных групп данной патологии преобладали дети от 8–14 лет со средним удельным весом 35,5 % (тенденция к снижению с 40,7 % до 33,5 % в 2007–2013 гг.): средний удельный вес мальчиков — 23,0 %, девочек — 12,5 %. Второе место занимали дети от 4–7 лет — 13,5 % (интервал от 12,1 % до 16,9 %): мальчики — 8,4 %, девочки — 5,1 %. На третьем месте — дети от 15–17 лет (11,9 % в среднем: мальчики — 8,1 %, девочки — 3,8 %) с тенденцией к снижению с 13,8 % до 6,3 % в 2007–2013 гг. В возрастной группе от 0–3 лет отмечалось снижение с 2,4 % до 1,0 % в 2007–2009 гг. с ростом до 3,4 % в 2013 г.; в среднем — 2,5 % (мальчики — 1,4 %, девочки — 1,1 %).

Уровень повторной детской инвалидности вследствие умственной отсталости снижался с 32,9 случая на 10 тыс. детского населения до 29,9 в 2007–2008 гг., увеличивался до 40,9 в 2009 г.

с тенденцией к снижению до 21,0 в 2013 г.; в среднем составив 29,7 (мальчики — 18,8; девочки — 10,9). Изучение динамики гендерно-возрастных критериев в данной нозологической форме выявило, что наибольший среднемноголетний уровень регистрировался у детей от 8—14 лет — 47,7 на 10 тыс. соответствующего населения (снижение с 51,7 до 45,4 в 2007—2008 гг. и рост до 67,4 в 2009 г. с последующим снижением до 38,5 в 2013 г.; темп убыли — 25,5 %). Уровень среди мальчиков в среднем составил 30,4 на 10 тыс. соответствующего населения (варьирование в интервале от 22,7 до 42,5), среди девочек — 17,3 (колебание в пределах 12,9—24,9). На втором месте — дети от 4—7 лет со среднемноголетним уровнем 30,3 на 10 тыс. соответствующего населения (рост с 34,3 до 40,4 в 2007—2009 гг. и снижение до 20,0 в 2013 г.): мальчики — 18,3; девочки — 12,0. Дети от 15—17 лет занимали третье место — 29,2 (снижение с 27,7 до 23,5 в 2007—2008 гг. с ростом до 40,9 в 2009 г. и снижение до 14,6 в 2013 г.): мальчики — 19,5, девочки — 9,7. На четвертом месте дети от 0—3 лет — 4,4 (интервал от 2,7 до 5,4 с тенденцией к росту): мальчики — 2,3; девочки — 2,1.

Таким образом, в Омской области за изучаемый период повторная детская инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения занимала второе ранговое место; умственная отсталость являлась ведущей причиной инвалидности в структуре ПРИРП; по гендерному признаку преобладали мальчики; высокий удельный вес детей-инвалидов регистрировался в возрастных категориях от 8—14 лет и от 4—7 лет.

Книжная полка

Донсков, С. И. Группы крови человека: руководство по иммуносерологии / С. И. Донсков, В. А. Морков. — М. : Бино, 2014. — 1016 с. — ISBN 978-5-9518-0569-0.

В руководстве обобщены имеющиеся в литературе сведения о групповых антигенных системах, коллекциях и сериях эритроцитов человека, а также результаты собственных исследований авторов в области иммуносерологии и практического обеспечения иммунологической безопасности гемокомпонентной терапии.

Представлены данные о номенклатуре групп крови, серологических свойствах и химической структуре, генетике, геногеографии, значении в трансфузиологии и акушерстве, связи с заболеваниями и возможной роли в биологии человека. Изложены правила подбора совместимых эритроцитов для переливания. Получила дальнейшее развитие концепция совместимой крови, основанная на учете 10 трансфузионно опасных антигенов эритроцитов.

Руководство предназначено для врачей-лаборантов станций и отделений переливания крови, трансфузиологов лечебно-профилактических учреждений, акушеров и гинекологов, антропологов, судебных медиков, преподавателей и слушателей медицинских учебных заведений, организаторов здравоохранения.

Мюллер, С. Нуклеиновые кислоты: от А до Я / С. Мюллер. — М. : Бино-Пресс, 2013. — 413 с. — ISBN 978-5-9963-0376-2.

В научном издании, написанном коллективом авторов из Германии и других европейских стран, а также из России, США и Израиля, на современном уровне рассмотрены практически все аспекты, связанные со строением, синтезом, модификацией, функционированием ДНК и РНК.

Даны определения ключевых биохимических терминов и понятий, а также некоторые механизмы в сопровождении наглядных рисунков и схем.

Книгу можно использовать как настольное справочное издание в научной лаборатории и учебном процессе.

Для научных сотрудников (в том числе в смежных областях), преподавателей, студентов.

Библиографический список

1. Войтенко, Р. М. Детская социальная психиатрия / Р. М. Войтенко — СПб. : МЕДЕЯ, 2009. — 284 с.
2. Адаптационные возможности развития детей, страдающих умственной отсталостью, в условиях специальных коррекционных школ-интернатов VIII вида / [Г. А. Павлов 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. 274—275.
3. 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.
4. 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. — 46 с.

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