

Бурмистров К. Г.
K. G. Burmistrov

**ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
(НА МАТЕРИАЛАХ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ)**

**CHILD DISABILITY AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM
(BASED ON DATA FROM THE KHABAROVSK REGION)**



Бурмистров Константин Геннадьевич – специалист по социальной работе краевого государственного учреждения «Комсомольский-на-Амуре реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (Россия, Комсомольск-на-Амуре). E-mail: lord-kgb@mail.ru.

Konstantin G. Burmistrov - social service specialist, Regional Governmental Institution “Komsomolsk-on-Amur Rehabilitation Center for Physically Challenged Children and Juveniles”. E-mail: lord-kgb@mail.ru

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы детей-инвалидов. Представлен анализ основных показателей детской инвалидности. Указаны приоритетные направления социальной политики государства, способствующие снижению уровня инвалидизации детского населения.

Summary. The paper is concerned with the problems handicapped children have. A review of the main indicators of child disability is presented. Priority directions of the government’s social policy are specified that can contribute to the lowering of the rate of child disability.

Ключевые слова: детская инвалидность, показатели инвалидности детского населения, анализ структуры и динамики первичной инвалидности у детей.

Key words: child disability, child disability indicators, analysis of the structure and dynamics of primary disability among children.

УДК 316.356.2

За последние 15 лет в России впервые были осуществлены серьезные мероприятия по созданию доступной среды жизнедеятельности инвалидов. Принят ряд указов президентов и законодательных актов, создан в стране институт социальной защиты населения, разработаны информационные системы и программные средства по проблемам инвалидности, приняты меры по расширению общественного понимания потенциала и нужд инвалидов разных групп.

С принятием закона «О социальной защите инвалидов в РФ», который послужил основой для трансформаций в системе социальной защиты инвалидов, изменилось само содержание понятия «инвалид». В соответствии с первой статьей закона инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничениям жизнедеятельности, и вызывающее необходимость его социальной защиты. Произошло существенное расширение критериев установления инвалидности, поскольку ранее из всех ограничений жизнедеятельности принималось во внимание лишь ограничение трудоспособности.



Несомненным достижением является создание в стране реабилитационных центров, большого числа общественных организаций инвалидов, благотворительных фондов, проектов и программ по социальной защите и поддержке инвалидов.

Однако многие программы и проекты, в том числе и государственные, оказались неоправданно затратными, в то время как результативность их оказалась невысокой, а проблемы инвалидов оставались прежними.

Наиболее яркой иллюстрацией кризисной ситуации служат показатели детской инвалидности. Нами был проведён анализ детской инвалидности за 5 лет (2004 – 2008 гг.) в Хабаровском крае. Статистические данные отображает табл. 1.

Таблица 1

Уровень первичной детской инвалидности, %

Годы	Всего ВПИ (чел.)			% прироста (убыли) к предыдущему году			Уровень инвалидности на 10 тыс. детского населения		
	РФ	ДФО	Хабаровский край	РФ	ДФО	Хабаровский край	РФ	ДФО	Хабаровский край
2004	84585	4026	758	-4,6	-7,9	-1,3	29,2	27,7	25,4
2005	82389	4009	788	-2,6	-0,4	+4,0	28,3	27,6	27,3
2006	80890	4252	772	-1,8	+6,1	-2,0	29,0	30,4	27,9
2007	70212	3439	710	-13,2	-19,1	-8,0	26,0	25,5	26,5
2008	67121	-	729	-4,4	-	+2,7	25,4	-	27,9
	-20,65	-14,58	-3,83				-13,02	-7,95	+9,84

На основе данных табл. 1 можно сделать обобщения. Если с 2004 г. в России происходит снижение уровня первичной детской инвалидности (темп уменьшения составил -20,65 %), то по Дальневосточному региону (-14,58 %) и по Хабаровскому краю этот показатель изменился незначительно (-3,83 %). В 2008 г. по сравнению с предыдущим периодом показатель уровня даже возрос на 2,7 %. На 10 тыс. детского населения он ещё более значителен: РФ и ДФО опять демонстрируют снижение, в то время как по Хабаровскому краю данный показатель стабильно возрастает (общая динамика составила 9,84 %).

Причины, формирующие детскую инвалидность, коренным образом отличались от таковых у взрослого населения. Современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, травмированным в родах детям и детям с врожденными пороками развития, которые впоследствии и становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность. По данным многофакторного анализа ведущими причинами, определяющими инвалидность в детстве, явились тяжесть патологии, характер течения заболевания, отсутствие медицинской реабилитации и ранний возраст возникновения болезни.

В структуре первичной инвалидности в 2005 – 2006 гг. первое место занимали врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; второе – психические расстройства. В 2007 г. психические расстройства вышли на первое место. Болезни нервной системы стабильно занимают третье место. В 2005 г. на долю этих трех классов болезней приходилось 59,7 %, в 2006 г. – 62,2 %, в 2007 г. – 68,9 % от всей инвалидизирующей патологии. Параметры инвалидности по классам болезней приведены в табл. 2.

Таблица 2

Уровень первичной инвалидности детского населения по классам болезней
 (на 10 тыс. детского населения), %

Классы болезней	2005 г.		2006 г.		2007 г. Хабаровский край
	Хабаровский край	РФ	Хабаровский край	РФ	
Психические расстройства	5,8	5,4	6,2	5,8	7,5
Врождённые аномалии	6,7	5,8	6,6	6,1	6,6
Болезни нервной системы	3,8	4,7	4,5	4,8	4,1
Болезни костно-мышечной системы	1,5	1,6	1,8	1,8	1,3

Сравнивая интенсивные показатели отдельных форм болезней, занимающих три первых ранговых места, необходимо отметить, что уровень психических расстройств увеличивается (5,8 – 6,2 – 7,5 %); врожденных аномалий – стабильный (6,7 – 6,6 – 6,6 %); болезней нервной системы в 2007 г. – снизился до 4,1 % по сравнению с 2006 г. (4,5 %), но остается выше уровня 2005 г. (3,8 %). Показатели инвалидности указаны в табл. 3.

Таблица 3

Показатели инвалидности у детей в динамике по годам

Год	Признано инвалидами всего	Прирост (убыль), %, к предыдущему году	Признано первично		Прирост (убыль), %, к предыдущему году	Признано повторно		Прирост (убыль), %, к предыдущему году
			абс.	%		абс.	%	
2005	3558	+1,7	788	22,1	+4,0	2770	77,9	+1,1
2006	3756	+5,6	772	20,6	-2,0	2984	79,4	+7,7
2007	3652	-2,8	710	19,4	-8,0	2942	80,6	-1,4

В 2005 – 2006 гг. отмечалось увеличение общего числа признанных инвалидами детей с темпом прироста 1,7 % в 2005 г., 5,6 % в 2006 г. В 2007 г. этот показатель снизился на 2,8 % за счет общего числа признанных инвалидами детей. За анализируемый период отмечается снижение числа впервые признанных инвалидами с убылью на 2,0 % в 2006 г. и 8,0 % в 2007 г.

В общем, в течение последних лет наблюдается тенденция к снижению числа детей-инвалидов, с 2004 по 2008 гг. их количество уменьшилось на 27,6 %.

В результате анализа инвалидности детей по Хабаровскому краю было выявлено, что для 1/3 инвалидов медицинские проблемы являются первоочередными в их жизнедеятельности. Для остальных больных первоочередными остаются проблемы, касающиеся их образа жизни, бытовых условий.

В течение трех лет самой многочисленной среди впервые признанных инвалидами является возрастная группа от 0 до 3 лет. Основной патологией, приводящей к первичной



инвалидности в этом возрасте, являются врождённые аномалии (42,7 %) и болезни нервной системы (31,2 %). Во всех возрастных группах преобладают дети-инвалиды мужского пола.

Структуру инвалидности демонстрирует табл. 4, которая подтверждает этот вывод.

Таблица 4

Структура первичной инвалидности у детей по возрасту и полу в динамике 2005 – 2007 гг.

Годы Пол\возраст	2005 г.				2006 г.				2007 г.			
	муж	жен	всего		муж	жен	всего		муж	жен	всего	
			абс.	%			абс.	%			абс.	%
0-3 года	175	132	307	39,0	181	126	307	39,8	148	131	279	39,3
4-7 лет	98	52	150	19,0	85	62	147	19,0	83	60	143	20,1
8-14 лет	135	69	204	25,9	128	81	209	27,1	127	57	184	25,9
15-17 лет	67	60	127	16,1	69	40	109	14,1	61	43	104	14,7
Всего	475	313	788	100	463	309	772	100	419	291	710	100

В силу своих специфических особенностей психические расстройства и болезни эндокринной системы уже на ранних этапах заболевания приводят к тяжелым и стойким нарушениям здоровья. Каждое пятилетие уровень инвалидности в детском возрасте вследствие психических расстройств увеличивается на 20 %, а вследствие болезней эндокринной системы и обмена веществ – на 45 %.

Основными факторами риска инвалидности является низкий уровень материального благосостояния, образования и культуры населения. Накоплению «бремени» тяжелых нарушений здоровья в детской популяции способствуют низкий уровень организации медико-социальной помощи населению, недоступность специализированной и высококвалифицированной медицинской и реабилитационной службы на территориях с низкой плотностью населения.

Высокий уровень заболеваемости и инвалидности среди детей и подростков свидетельствует о необходимости взаимодействия между медицинскими службами, социальной защитой, образованием, общественными объединениями и семьей.

В Хабаровском крае социальная политика по отношению к детям с ограниченными возможностями направлена на профилактику заболеваемости и инвалидности у детей, их социальную защиту. Конечным результатом реализации этой политики должно быть предупреждение и снижение инвалидности среди детей и подростков.

Опыт тесного сотрудничества педиатров, педагогов, психологов и социологов продолжает накапливаться, но желательный уровень еще не достигнут.

Динамика показателей по детской инвалидности по Хабаровскому краю и в целом по России свидетельствует о том, что данное положение требует новых, более эффективных подходов.

Приоритетом социальной политики в настоящее время должны стать реабилитационные направления, адекватные состоянию экономики в стране и планируемым затратам на социальные программы и проекты.

Нельзя не учитывать и сложившуюся в стране практику ведомственного подхода к решению социальных проблем. В связи с этим нам представляется чрезвычайно важным

Бурмистров К. Г.

**ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
(НА МАТЕРИАЛАХ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ)**

установление межведомственной координации и неформальное взаимодействие по вопросам социальной политики министерств, ведомств, государственных и общественных организаций.

Не менее актуальной проблемой является привлечение к решению задач национального здоровья проектов и программ на основе социального взаимодействия и партнерства, в том числе привлечение к социальной политике негосударственных средств и частного капитала. В стране отсутствуют стимулы для функционирования неправительственных учреждений социальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический материал по итогам выполнения краевой целевой программы «Социальная поддержка граждан пожилого возраста, инвалидов, малоимущих семей с детьми и других категорий граждан на 2006 год», отдельных нормативных правовых актов Российской Федерации, Хабаровского края и органов местного самоуправления в сфере социальной поддержки отдельных категорий граждан за 2008 год. – Хабаровск, 2009.
2. Основные показатели инвалидности в Хабаровском крае 2006 – 2008 гг. – Хабаровск, 2009.
3. Основные показатели инвалидности в Хабаровском крае 2005 – 2007 гг. – Хабаровск, 2008.
4. Пузин, С. Н. Оценка динамики первичной инвалидности в Российской Федерации за 10 лет (1996-2005) и прогноз на 2006-2010 гг. / С. Н. Пузин, Л. П. Гришина, В. В. Беличенко // Мед.-соц. эксперт. и реабил. – 2007. – № 3. – С. 32-34.
5. Социально-экономические аспекты инвалидности / под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. – М., 2006. – 137 с.
6. Управление государственных служб медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Хабаровского края. Материалы семинара – совещания «Актуальные вопросы реабилитации инвалидов в Хабаровском крае». – Хабаровск, 2003. – С. 17-19.
7. Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю». Основные показатели инвалидности в Хабаровском крае 2004-2006 годы. – Хабаровск, 2007. – С. 19-23.