

ОЦЕНКА ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006-2008 гг. ПО ДАННЫМ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов.

В аналитическом материале рассмотрены показатели первичной детской инвалидности в Волгоградской области, полученные на основании данных ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области».

В Волгоградской области показатель первичной детской инвалидности в 2008 г. составил 16,2 на 10 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет, что ниже уровня 2007 г. на 13,8% (2007 г. – 18,8 на 10 тыс. нас. 0-17 лет).

Наиболее высокие темпы изменения (прироста или убыли) показателя в 2008 г. отмечаются в Суровикинском (+169,5%), Ольховском (+84,7%), Еланском (+62,3%), Клетском (-74,5%), Нехаевском (-70,3%), Киквидзенском (-61,6%), Светлоярском (-61%) районах; наименьшие – в Камышинском (-1,2%), Новоаннинском (+2,6%) районах.

Ранговые места территорий Волгоградской области по уровню данного показателя распределились следующим образом: первое место занимает Суровикинский район (28,3 на 10 тыс. дет. нас. в возрастной группе 0-17 лет), второе – Ольховский (22,9 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет), третье – Михайловский (22,7 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет), четвертое – Палласовский (20,7 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет), пятое – Новоаннинский (19,5 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет)

В 2007 году лидирующие места занимали: Серафимовичский район (25,4 на 10 тыс. дет. нас. в возрастной группе 0-17 лет), второе – Быковский (24,8 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет), третье – Михайловский (24,2 на 10 тыс.

дет. нас. 0-17 лет), четвертое – Фроловский (24,0 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет), пятое – Киквидзенский (22,11 на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет).

В результате ранжирования территорий области по показателю первичной детской инвалидности (по методу перцентилей) выделены территории с очень низкими, низкими значениями, ниже и выше средних значениями, средними, высокими и очень высокими значениями показателя. Очень низкие значения в 2008 г. отмечены в Клетском и Нехаевском районах (в 2007 г. - Жирновском, Суровикинском); очень высокие – в Ольховском и Суровикинском районах (в 2007 г. - Быковском, Серафимовичском).

Результаты ранжирования также представлены на карте Волгоградской области (рис. 1).

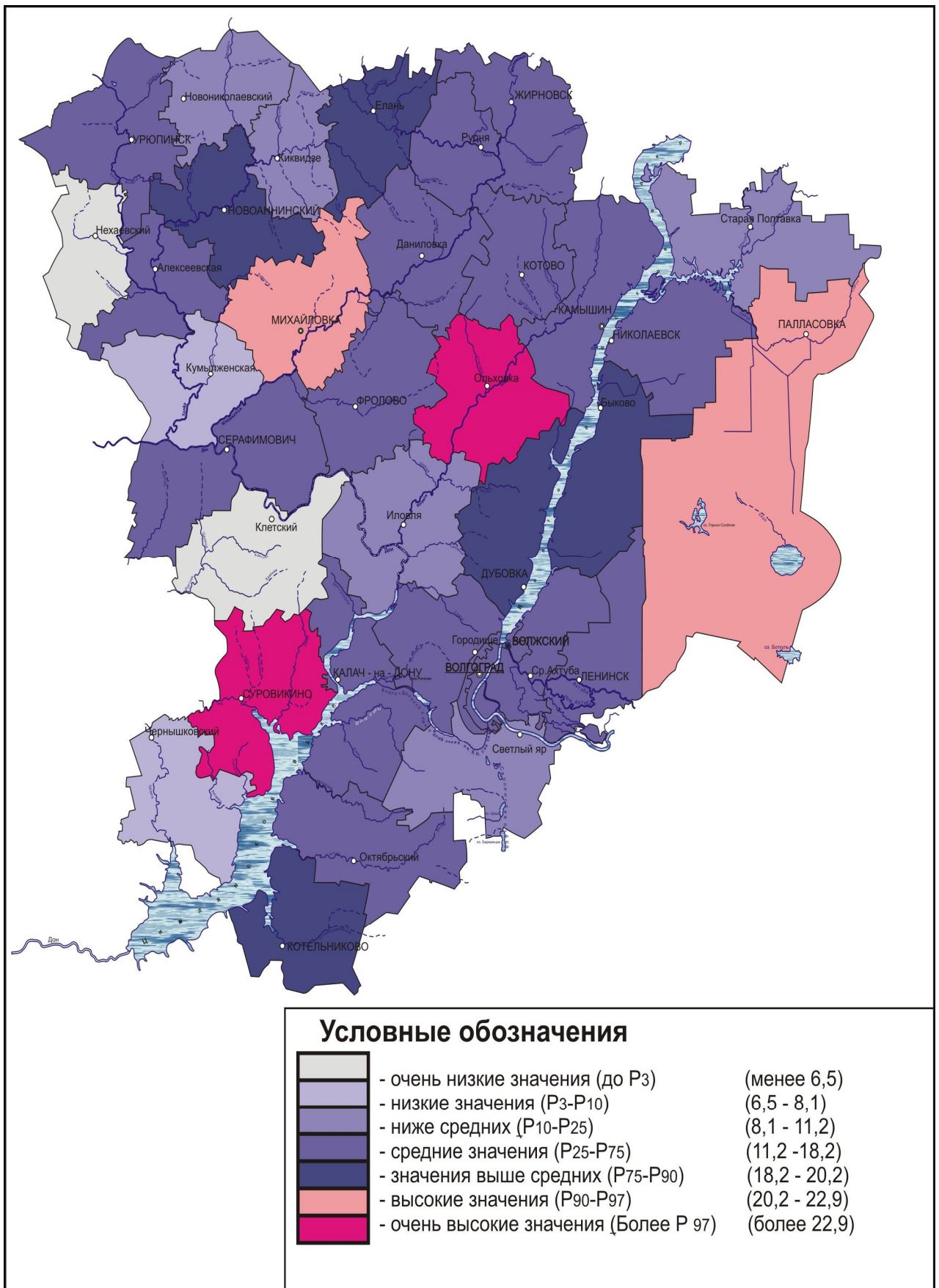


Рис. 1. Ранжирование территорий Волгоградской области по уровню первичной детской инвалидности (показатель на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет) (2008 год)

Коэффициент вариации (V) показателя первичной детской инвалидности на административных территориях Волгоградской области в 2008 году составил 35%, что свидетельствует о большом разбросе анализируемого показателя. В 2007 г. разброс показателя был средний (25%).

Показатели первичной детской инвалидности по причинам в динамике за период 2006-2008 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Первичная инвалидность детей Волгоградской области по основным причинам в 2006-2008 году

Наименование причины (классы и отдельные болезни)	Показатель на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет		
	2006 год	2007 год	2008 год
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	5,6	5,9	3,9
Психические расстройства и расстройства поведения	2,8	2,96	2,9
Болезни нервной системы	2,3	2,5	3,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1,4	1,4	0,3
Туберкулез	1,1	1,2	1,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,99	0,8	0,6
Новообразования	0,99	0,9	0,8
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,9	0,3	0,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,8	0,7	0,6
Болезни глаза и придаточного аппарата	0,7	0,6	0,5

В структуре первичной детской инвалидности в Волгоградской области в 2008 году на первом месте - врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 24,0%, на втором –

болезни нервной системы (19,5%), на третьем – психические расстройства и расстройства поведения (18,1%), на четвертом – туберкулез (9,1%), на пятом – новообразования (5,0%) (рис. 2).

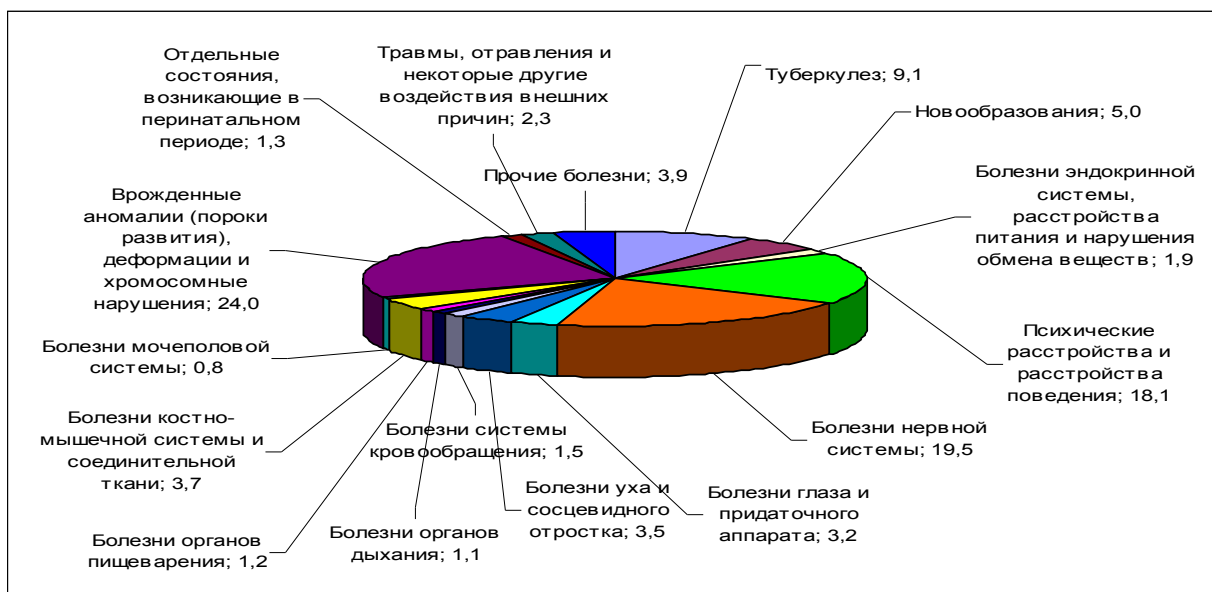


Рис. 2. Структура (%) первичной детской инвалидности Волгоградской области в 2008 году

В 2007 году структура основных причин первичной детской инвалидности была несколько иной: первое место - врожденные anomalies (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 31,3%, второе – психические расстройства и расстройства поведения (15,8%), третье – болезни нервной системы (13,1%), четвертое – болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (7,3%), пятое – туберкулез (6,4%).

Уровни показателя первичной детской инвалидности различны в городских и сельских поселениях. Значения показателя за период 2006-2008 гг. представлены на рис. 3. В городских поселениях этот показатель стабильно выше, чем в сельских.

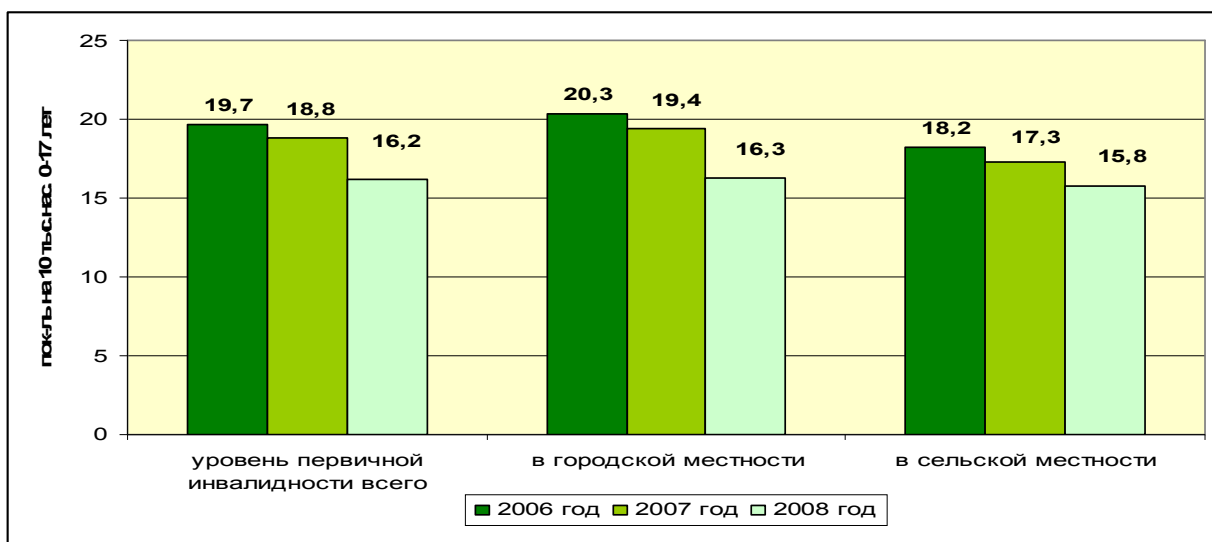


Рис. 3. Уровни первичной детской инвалидности в Волгоградской области в 2006-2008 гг.

Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения являются главной причиной первичной инвалидизации детей в области. Значительно выше среднеобластного значения (3,9 на 10 тыс. нас. 0-17 лет) в 2008 г. этот показатель (на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет) в Еланском (6,7), Быковском (5,9), Урюпинском (5,8), Котельниковском (5,5), Суровикинском (5,4), Ольховском (5,1), Михайловском (5,0) районах.

У детского возрастного контингента 0-17 лет в городских поселениях показатель первичной инвалидности, обусловленной ВПР, выше, чем в сельских поселениях, и темп убыли данного показателя за период 2006-2008 гг. так же выше (таблица 2).

Таблица 2

Показатели первичной детской инвалидности, обусловленной ВПР, в городских и сельских поселениях Волгоградской области в 2006-2008 году
(на 10 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет)

Наименование	2006 год	2007 год	2008 год	Динамика 2007/2008 гг. (%)
Городские поселения	6,1	6,3	4,1	-34,9
Сельские поселения	4,6	4,9	3,3	-32,7
Область всего	5,6	5,9	3,9	-33,9

Аномалии системы кровообращения в 37% случаев являются причиной первичной детской инвалидности от ВПР в 2008 г., положительным является факт уменьшения этого показателя (на 10 тыс. дет. нас. 0-17 лет) за период 2007-2008 гг. (рис. 4).

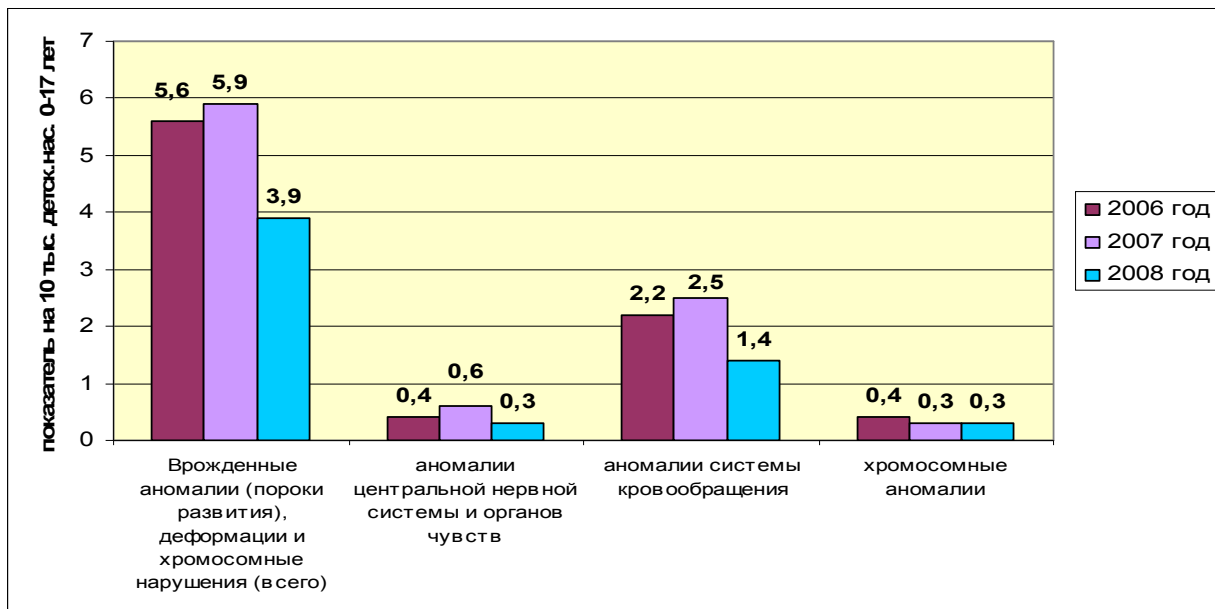


Рис. 4. Показатели первичной детской инвалидности, обусловленной ВПР, в Волгоградской области за период 2006-2008 гг. по основным причинам

Анализ структуры первичной инвалидности в городских и сельских поселениях также выявляет ряд существенных различий (рис. 5, 6):



Рис. 5. Структура (%) первичной детской инвалидности в городских поселениях Волгоградской области в 2008 году

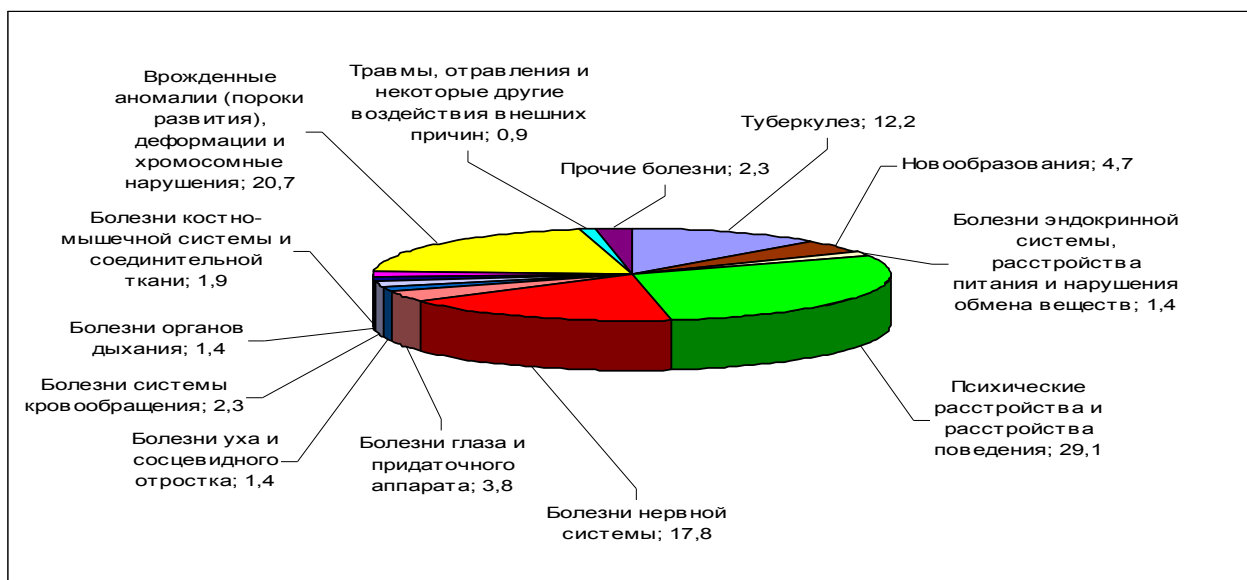


Рис. 6. Структура (%) первичной детской инвалидности в сельских поселениях Волгоградской области в 2008 году

На первом месте в 2008 г. в городских поселениях находятся врожденные аномалии (25,3%), а в сельских поселениях - психические расстройства и расстройства поведения (29,1 %), на втором в городах – болезни нервной системы (20,2%), в селах – ВПР (20,7%), на третьем в городах – психические расстройства (13,7%), и в селах - болезни нервной системы (17,8%).

В 2007 г. ВПР лидировали в структуре первичной детской инвалидности как в городских (32,5%), так и в сельских поселениях (28%).

Туберкулез как причина первичной детской инвалидности в сельских поселениях имеет в 2008 г. удельный вес в 1,5 раза больший, чем в городах Волгоградской области (12,2 и 7,9% соответственно).

Влияние социально-экономических факторов на формирование первичной детской инвалидности административных территорий Волгоградской области подтверждает проведенный корреляционный анализ за 2007-2008 гг., в результате которого получена статистически достоверная *обратная связь слабой силы* между показателем первичной детской инвалидности (на 10 тыс. детск. нас. 0-17 лет) и количеством жилой площади на 1 человека (m^2) ($P = 0,05$; коэффициент корреляции Пирсона $r = -0,25$), а также расходами на здравоохранение ($r = -0,27$) (учитываемые показатели:

процент квартир, не имеющих водопровода; процент квартир, не имеющих канализации; удельный вес жилплощади, оборудованной центральным отоплением; среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работающих в экономике; количество жилой площади на 1 человека; расходы на здравоохранение; обеспеченность врачами на 10 тыс. нас.).

Отрицательное воздействие неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье населения области подтверждается выявлением за период 2007-2008 гг. статистически достоверной *прямой слабой связи* между показателем первичной детской инвалидности и валовыми выбросами в атмосферу (т/га) ($r = 0,21$).

При проведении корреляционного анализа между показателем первичной детской инвалидности, обусловленной ВПР, и вышеперечисленными факторами статистически достоверной связи выявлено не было.

Среди факторов, провоцирующих возникновение инвалидности у детей, можно выделить следующие: биологические - высокий уровень хронических, врожденных и генетических заболеваний родителей, патологии перинатального периода; медико-организационные - позднее выявление заболевания, продолжительность периода от выявления инвалидизирующего заболевания до оформления инвалидности и начала реабилитации, низкая эффективность диспансерного наблюдения, практическое отсутствие реабилитационных служб для детей первых лет жизни; социально-средовые - ухудшение экологической обстановки, социальное неблагополучие семей, неблагоприятные условия труда женщин, отсутствие возможности для здорового образа жизни.

Для повышения эффективности профилактики детской инвалидности целесообразно углубленное изучение причин детской инвалидности в регионе и в разрезе отдельных территорий, организация массового скрининга новорожденных, совершенствование диспансеризации детей, укрепление материально-технической базы женских консультаций и

родовспомогательных учреждений диагностической, реанимационной и др. необходимой аппаратурой.

В первую очередь это должно касаться территорий с наиболее высоким уровнем первичной детской инвалидности: Суровикинский, Ольховский, Михайловский, Новоаннинский, Палласовский районы.