

УДК 616.2-056.3-053.2:313.13 (575.2) (04)

СОСТОЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Булешов, Ж.К. Жумабеков

Рассмотрено состояние реабилитации детей-инвалидов в Южно-Казахстанской области и эффективность новых методических подходов к восстановительному лечению в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения и домашних условиях под контролем семейного врача.

Ключевые слова: инвалидность детей; реабилитация; восстановительное лечение; семейный врач; эффективность.

На основе международной статистической базы данных эксперты ООН сделали вывод, что доля лиц с ограниченной жизнедеятельностью составляет около 10 % населения земного шара (примерно 500 млн человек), из них более 100 млн – дети. В одних странах результаты общенациональных исследований выявляли более высокий процент детей с умственными и физическими недостатками (6–12 %), в других же, использующих более жесткие критерии отбора, – значительно меньший (0,3–3 %). Тенденция роста как общей, так и детской инвалидности в перспективе сохранится ввиду того, что состояние здоровья населения постоянно ухудшается, возможности социальной сферы значительно уменьшаются, движение по пути демократизации общественной жизни требует организации полноценного выявления и всеобъемлющего учета инвалидов [1, с. 45–46; 2, с. 83–84].

Проведенные исследования указывают на то, что значительный рост числа инвалидов обусловливался возрастающим ухудшением состояния здоровья детей, особенно проживающих в экономически развитых районах, где экологическое неблагополучие непосредственно связано с высокой концентрацией промышленных предприятий; расширением медицинских показаний и объема гарантируемых государством льгот; повышением отрицательного влияния различных социальных факторов.

Целью нашего исследования является получение объективной информации о состоянии реабилитационной помощи детям с тяжелыми хроническими и инвалидизирующими заболеваниями,

стойкими нарушениями в состоянии здоровья, способными привести или приведшими к ограничению свойственной возрасту ребенка жизнедеятельности и социальной адаптации, а также получение данных о реабилитационном потенциале детей-инвалидов. Для реализации цели разработана анкета по изучению деятельности реабилитационных отделений и центров подчиненных Министерству здравоохранения, Министерству социального обеспечения и Министерству образования Республики Казахстан. Анкета состоит из паспортной части и четырех разделов, отражающих все компоненты реабилитации, в том числе медико-социальную, социальную, педагогическую которые оценивались с применением критериальных показателей. Анализ анкет дает возможность оценить следующие моменты: во-первых, контингенты, прошедшие по возрасту; во-вторых, содержание компонента реабилитации; в-третьих, используемые методы и средства реабилитации, восстановительная терапия, наличие или отсутствие педагогического компонента реабилитации; эффективность медицинской, социальной и педагогической реабилитации. Анкета была разослана по всем районам и городам области. Получен материал из 13 районов и 3 городов, расположенных на территории Южно-Казахстанской области. Для получения прогноза показателей детской инвалидности был проведен расчет интенсивных показателей детской инвалидности по Южно-Казахстанской области и в разрезе административных районов за 2000–2009 гг. Источником информации для выявления реабилитационного потенциала детей-инва-

лидов послужили медико-социальные заключения на детей-инвалидов, собранные из районов Южно-Казахстанской области. Информация обработана с применением типового автоматизированного регистра детей-инвалидов, база данных которого формировалась на основе заключения на ребенка-инвалида и позволила оценить прогноз реабилитации. Тенденция показателей инвалидности определялась с использованием аппроксимирующей функции с последующей экстраполяцией многолетних ретроспективных данных на наступающие прогнозные годы. Оценка достоверности различий показателей инвалидности проведена с использованием критерия Стьюдента.

Реабилитационные анкеты проанализированы путем компьютерной обработки с помощью программного обеспечения Виндоус-статистик. В ходе осуществления научно-исследовательской работы нами были проанкетированы более 10 детских реабилитационных центров и отделений, находящихся в административных районах Южно-Казахстанской области. Изучена ведомственная принадлежность реабилитационных центров. Изучение показало, что наибольшее число реабилитационных учреждений находится в ведомстве системы здравоохранения. Следует отметить о незначительное число реабилитационных центров, находящихся в ведомстве системы образования. Положительным моментом является появление реабилитационных учреждений, имеющих двойное подчинение: таковых по результатам анализа оказалось три. В Южно-Казахстанской области детские реабилитационные учреждения распределены неравномерно. Четыре административных территории Южно-Казахстанской области реабилитационных центров вообще не имели. Через все реабилитационные центры и отделения прошли 8 % инвалидов из общего числа всех детей. Среди детей прошедших через реабилитационные учреждения 2 % представлено детьми раннего возраста (до 5 лет), 22,6 % – детьми в возрасте 5–9 лет, 46 % – школьниками до 15 лет и 5,8 % – детьми старшего школьного возраста, т. е. свыше 16 лет. Среди детей-инвалидов возрастной состав распределен следующим образом: 14,7 % – дети до 5 лет, 28,8 % – дети 5–9-летнего возраста, 50,4 % – школьники до 15 лет, 6 % – школьники старшего возраста. Анализ данных о доле детей-инвалидов среди всех прошедших через реабилитационные учреждения показывает, что наибольший удельный вес (29,9 %) они составляют в учреждениях смешанного подчинения, и далее следуют учреждения социальной помощи (27,2 %).

Через учреждения системы образования и здравоохранения проходит наименьшее число де-

тей-инвалидов (8,4 и 6 % соответственно). Результаты исследований позволяют сделать вывод о том, что реабилитационные мероприятия в учреждениях всех ведомств охватывают небольшое число детей раннего возраста, что объясняется недостаточным выявлением нарушения (последствий болезни из-за сложности их диагностики) вследствие возрастных особенностей детей данной группы. С другой стороны, недооценивается значимость своевременного выявления нарушений и раннего проведения реабилитационных мероприятий. Восстановительное лечение детей на современном этапе в амбулаторно-поликлинических условиях обуславливает необходимость всестороннего изучения организации этого вида медицинской помощи и обоснования комплекса предложений по повышению его эффективности, включая меры по улучшению работы с семьями детей нуждающихся в восстановительном реабилитационном мероприятии. Изучение отношений семьи к проведению восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях методом анкетирования и интервьюирования показало, что подавляющее большинство (97,2 %) родителей считали его проведение обязательным. Тем не менее, полный курс назначенного лечения в условиях поликлиники был завершён только у 67 % детей-инвалидов. Рекомендации по реабилитации в домашних условиях путем проведения занятий лечебной гимнастикой и проведением отдельных видов массажа осуществлялись еще в меньшей степени (48,9 %). По мнению экспертов, в значительной степени незавершение назначенного лечения связано с недостаточной санитарно-просветительной работой с родителями в период проведения курса восстановительного лечения. Данные опроса показали, что более 1/3 (36,5 %) матерей не знали причин возникновения заболевания, его возможных последствий в связи с чем занимались с ребенком не систематически или вообще не выполняли назначенных процедур, что снижало эффективность лечения среди детей-инвалидов. Важную роль в организации работы амбулаторно-поликлинического учреждения с семьей в период проведения ребенку восстановительного лечения играет практическое обучение родителей технике выполнения массажа и методике проведения комплекса лечебной гимнастики в домашних условиях.

Анализ показал, что инструктивно-методические занятия по обучению родителей практическим навыкам проведения на дому лечебно-восстановительных мероприятий в 39,4 % случаев проводились менее четырех раз. По нашему мнению, для получения родителями устойчивых навыков проведения

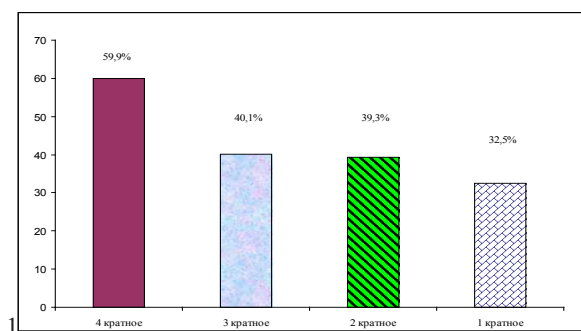


Рисунок 1 – Зависимость улучшения состояния детей-инвалидов от кратности проведения курсов по подготовке родителей в % к проведению реабилитационных мероприятий на дому

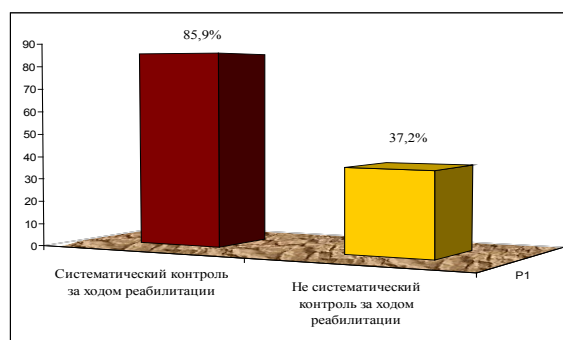


Рисунок 2 – Уровень завершенности лечения реабилитационных мероприятий среди детей-инвалидов в зависимости от систематичности контроля за ходом процесса реабилитации со стороны амбулаторно-поликлинических учреждений

комплексов лечебной гимнастики и массажа необходимо не менее 7–10 занятий с обязательным показом всех элементов на ребенке-инвалиде (рисунок 1).

Экспертная оценка показала, что занятия в основном проводились формально, занимали небольшой промежуток времени, родители не получали навыков проведения массажа и лечебной гимнастики, не практиковалась также выдача памяток и брошюр.

Данные опроса подтверждают наше наблюдение: при опросе матерей отмечено, что только в 12,2 % случаев матери по собственной инициативе записывали необходимые сведения и лишь в 9 % случаев получали памятки и методические пособия.

Между тем от степени владения родителями навыками проведения детям массажа, лечебной

гимнастики в определенной степени зависят результаты восстановительного лечения.

Подтверждением этому являются результаты восстановительного лечения на дому родителями, среди которых занятия проводились более четырех раз и при этом выздоровление и улучшение состояния детей наступало в 59,9 % случаев. Там, где среди родителей занятий проводились однократно, улучшение было отмечено только в 32,5 % случаев.

Исследование также показало, что завершение назначенного курса восстановительного лечения в значительной степени зависит от регулярности и своевременности контроля со стороны поликлиники за выполнением всех назначенных процедур и эффективностью лечения. Так, в группе детей, где контроль за выполнением назначенного

Таблица 1 – Прогноз распространенности инвалидности до 2014 г. в региональном аспекте (на 10000 детей в возрасте 0–15 лет)

Район	Годы				
	2010	2011	2012	2013	2014
Мактааральский	241,0	297,9	368,1	455,0	562,3
Сайрамский	239,4	294,9	363,3	447,5	551,3
Сарыагашский	237,8	292,0	358,6	440,2	540,6
Шардаринский	236,2	289,1	353,9	433,1	530,0
Туркестанский	234,7	286,2	349,2	426,1	519,7
Байдыбекский	233,1	283,4	344,6	419,1	509,6
Отрарский	231,6	280,6	340,1	412,2	499,6
Ордабасинский	230,0	277,9	335,7	405,5	489,9
Туйкубасский	228,5	275,1	331,3	398,9	480,3
Арысский	227,0	272,4	326,9	392,4	471,0
Толевийский	225,5	269,7	322,7	386,0	461,8
Казыгуртский	224,0	267,0	318,4	397,7	452,8
По области	229,1	276,6	334,1	403,4	487,1

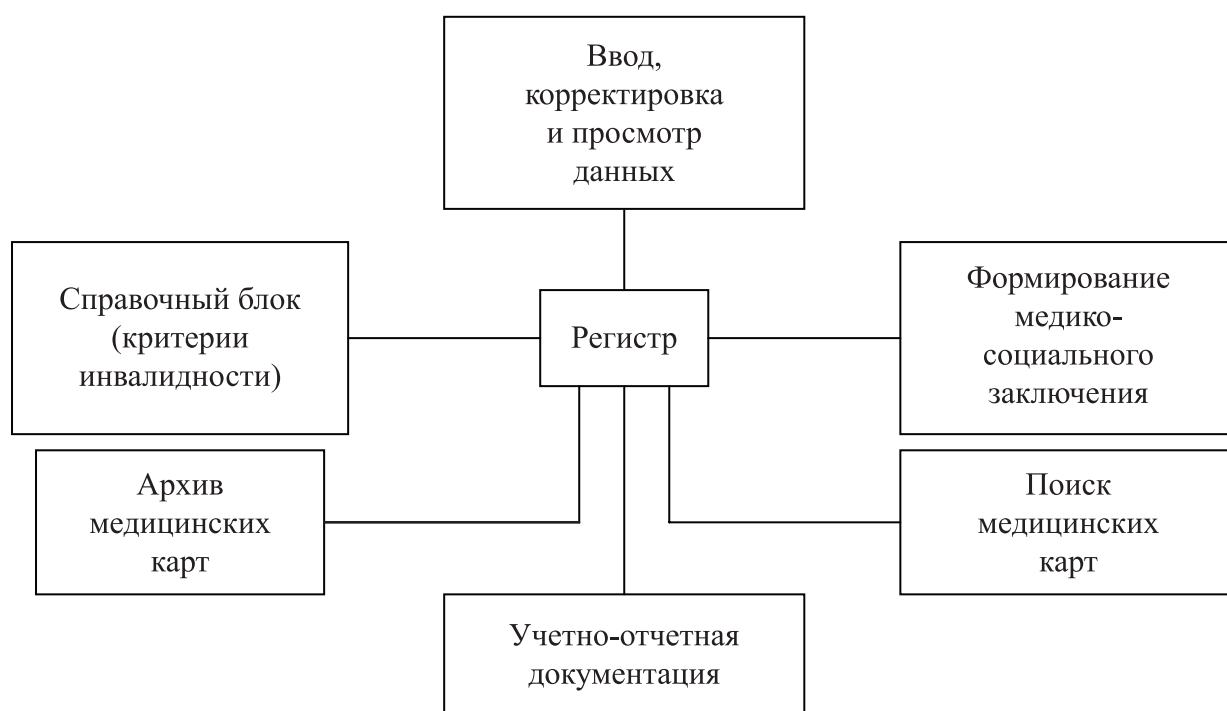


Рисунок 3 – Функциональная схема регистра детей-инвалидов

лечения осуществлялся систематически, 85,9 % детей-инвалидов завершили лечение полностью, а в группе детей-инвалидов, где контроль осуществлялся несистематически, лечение завершили только 37,2 % детей-инвалидов (рисунок 2).

Таким образом, результаты исследований дают основание считать, что недостаточная работа в семье ребенка, нуждающегося в реабилитации и восстановительном лечении, обусловлена, прежде всего, недостаточной теоретической и практической подготовкой врачей в этой области, неудовлетворительным обеспечением амбулаторно-поликлинического учреждения методическими разработками, недооценкой врачами возможности семьи и реабилитации детей-инвалидов в домашних условиях.

Нами была выполнена работа по прогнозу распространенности детской инвалидности до 2014 г. (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, до 2014 г. прогнозируется рост распространенности детской инвалидности. При этом в районах с более низким исходным уровнем распространенности темпы роста и прогнозируемый уровень к 2014 г. более высокие, а в районах с более высоким исходным уровнем распространенности прогнозируемый уровень и темпы роста более низкие. Предполагаемый показатель распространенности детской инвалидности будет колебаться по районам Южно-Казах-

станской области в пределах от 452,0 до 562,0 на 10000 детей в возрасте от 0 до 16 лет. Однако следует учесть, что прогноз может быть существенно скорректирован в условиях реализации системы медико-организационного обеспечения детей, направленной на предупреждение и минимизацию последствий болезней.

Нами совместно с сотрудниками вычислительного центра Южно-Казахстанской фармацевтической академии впервые предложена новая технология анализа и контроля за состоянием здоровья детей-инвалидов на основе типового автоматизированного регистра детей-инвалидов для поликлинической сети, который был разработан в рамках целевой программы “дети-инвалиды” (рисунок 3).

Ввод в действие автоматизированного регистра детей-инвалидов в качестве типовой поликлинической системы будет иметь большое значение для здравоохранения и социальной защищенности детей, так как позволит обеспечить однотипный полноценный учет детей-инвалидов и получить более полное представление об их состоянии здоровья, потребности в лечении, реабилитации и вспомогательных средствах.

Полученные научные результаты позволили совершенствовать первичную профилактику и реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение состояния здоровья детей-инвалидов ЮКО.

В основу первичной профилактики болезней, приводящих к инвалидизации, положены медико-биологические, социально-гигиенические и эколого-гигиенические мероприятия. В целях улучшения качества реабилитации детей-инвалидов рекомендуется совершенствовать качество диспансеризации, амбулаторной и стационарной помощи, а также медико-санитарной помощи инвалидам, оказываемых на дому.

Как показал анализ, использование за исследуемые годы усовершенствованной модели первичной профилактики и реабилитации детей-инвалидов значительно повысило эффективность медико-социальной помощи инвалидам. Улучшились клинические показатели, сократился удельный вес инвалидов, имеющих высокие степени потери трудоспособности, повысились показатели функциональных способностей.

Таким образом, полученные нами научные результаты подтверждают необходимость постоянно-

го совершенствования профилактических и реабилитационных мероприятий с учетом не только степени потери трудоспособности, но и по состоянию основных функциональных способностей детского организма.

Литература

1. Булешов М.А. Мектеп жасындағы балалар мен жасөспүрүмдердүң денсаулығы мен дене бүтүмүнүң даму мәселелерү / М.А. Булешов, А.М. Жаксыбергенов, Г.С. Адильбекова // “Вестник” Южно-Казахстанской медицинской академии. Шымкент, 2008. № 2 (39).
2. Жумабеков Ж.К. Перинатальная патология центрально-нервной система в структуре инвалидности детей / Ж.К. Жумабеков и др. // Сб. научн. тр. респ. научн.-практ. конф. “Проблемы развития высокоспециализированной медицинской помощи детям”. Алматы: НЦП и ДХ, 2008.