

© К.С. Соловьева, К.А. Битюков, 2003

ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СВЯЗИ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗАДАЧИ ОРТОПЕДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

К.С. Соловьева, К.А. Битюков

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

Проанализированы статистические материалы Минздрава России и Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения, изучены медицинские документы 574 детей-инвалидов с ортопедической патологией. Выявлено, что инвалиды в связи с ортопедической патологией составляют 17,1% от общего числа детей-инвалидов. Из них первичная инвалидность зарегистрирована у 38,3%, повторная — у 61,7%. В структуре причин инвалидности вследствие ортопедической патологии болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составляют 27,7%, врожденные аномалии (пороки развития) и деформации костно-мышечной системы — 63%, последствия травм, отравлений и воздействия других внешних причин — 7,7%. Наиболее частыми причинами инвалидности являются врожденная косолапость (13,6%), врожденная патология тазобедренного сустава (15,1%), различные пороки развития кисти (11,7%), врожденный сколиоз (3,5%), сколиоз (7,7%), болезнь Пертеса (8,5%). Система освидетельствования детей с ортопедической патологией на МСЭК нуждается в дальнейшей разработке и совершенствовании по следующим параметрам: время первичного направления на МСЭК, выделение групп инвалидности в зависимости от тяжести и прогноза нарушений жизнедеятельности, длительность признаваемой инвалидности. Программы индивидуальной медицинской реабилитации для детей-инвалидов должны определять частоту осмотров в год, место проведения, сроки и объем рекомендуемых реабилитационных мероприятий, контроль за состоянием ребенка в процессе диспансеризации.

Based on the analysis of different documentation it was detected that children with orthopaedic pathology made up 17.1% of total invalids population. The main causes of pediatric invalidity due to orthopedic pathology are presented. Program of individual medical rehabilitation is suggested.

Федеральный закон РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.95 определяет, что инвалид — это лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты. Ребенок-инвалид — это ребенок с отклонениями в физическом и (или) умственном развитии, имеющий ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями и последствиями травм. Здесь необходимо отметить, что федеральный закон № 172-ФЗ от 17.06.00 повысил верхнюю границу детского возраста с 16 до 17 лет включительно.

Тенденция к росту числа детей-инвалидов наблюдается во всем мире. Среди факторов, провоцирующих возникновение инвалидности, — биологические (высокий уровень хронических, врожденных и генетических заболеваний родителей, патологии перинатального периода), медико-организационные (позднее выявление заболевания, неадекватность и недостаточность лечебных и реабилитационных мероприятий, низкая эффективность диспансерного наблюдения), социально-средовые

(ухудшение экологической обстановки, социальное неблагополучие семей, неблагоприятные условия труда женщин, отсутствие у ребенка условий для здорового образа жизни) [5, 9].

Проблема детской инвалидности чрезвычайно актуальна и важна для врачей лечебно-профилактических учреждений. Имеется много трудностей и нерешенных вопросов как в период признания ребенка инвалидом, так и в процессе проведения ему реабилитационных мероприятий [7]. До мая 2000 г. порядок признания ребенка инвалидом определялся приказом Минздрава РФ № 117 от 04.07.91 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет», где были сформулированы медицинские показания, дающие право на установление инвалидности на срок от 6 мес до 2 лет, на 2 года, от 2 до 5 лет, на 5 лет, до достижения 16-летнего возраста. Формулировки приказа были ориентированы на привычные для врача нозологические формы болезней и их синдромы. В настоящее время признание ребенка инвалидом осуществляется государственной службой медико-социальной экспертизы — МСЭК (педиатрические МСЭК) [6]. Инвалидность признается не в связи с определенной болезнью, а при сочетании: 1) анатомических и стойких функцио-

нальных нарушений, 2) ограничения жизнедеятельности, 3) социальной недостаточности. «Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», принятая Всемирной организацией здравоохранения и одобренная конференцией по X переосмотру Международной классификации болезней в 1989 г., предлагает единую концепцию определения последствий болезни [3].

В Российской Федерации с 1991 до 2000 г. отмечался ежегодный рост показателя распространенности детской инвалидности. В 2001 г. впервые зафиксировано его снижение за счет возрастной группы от 0 до 15 лет. Возможно, это произошло вследствие применения МСЭЖ более четких критериев для признания инвалидности. В статистические данные Минздрава России за 2001 г. в общее число детей-инвалидов были впервые включены дети в возрасте до 17 лет. Общая численность детей-инвалидов составила 617 096 (189,3 на 10000 детей), среди них мальчиков — 58,1%, девочек — 41,9%. По возрасту дети распределились следующим образом: 0–4 года — 11,9%, 5–9 лет — 23,5%, 10–14 лет — 40,3%, 15 лет — 10,0%, 16–17 лет — 14,3%. У 13,5% из этих детей инвалидность была установлена впервые. По отношению к лицам всех возрастов, впервые признанных инвалидами в 2001 г., дети-инвалиды составили 6,9% [1].

Целью настоящего исследования было изучение показателей инвалидности у детей в связи с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и последствиями травм, а также вопросов медицинской реабилитации этих детей в процессе наблюдения у ортопеда.

Использовались статистические материалы о здоровье населения и деятельности учреждений здравоохранения Минздрава России [1] и Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга с 1991 по 2002 г. [2], отчеты ортопедов детских поликлиник Санкт-Петербурга по диспансеризации детей-инвалидов с 1996 по 2002 г., карты развития и диспансерные карты 574 детей-инвалидов с ортопедической патологией, находящихся на учете у районных ортопедов детских поликлиник города.

Инвалидность у детей в связи с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и последствиями травм

Как уже говорилось выше, ребенок от 0 до 17 лет с ортопедической патологией может быть признан инвалидом при сочетании трех факторов.

1. Нарушения в состоянии здоровья

Двигательные нарушения — потеря или аномалия анатомической структуры или функции, приводящая к нарушениям движений: головы, шеи, туловища, конечностей. Нарушения могут быть вследствие кривошеи, сколиоза, полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, отсутствия дистальной части одной или более

конечностей, отсутствия или нарушения произвольных движений четырех конечностей (квадриплегия), нижних конечностей (паралегия), верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия). Двигательные нарушения могут быть связаны также с ослаблением мышц, извращением двигательной функции одной или более конечностей, с ненормальными движениями.

Уродующими признаются только те нарушения, которые могут помешать или расстроить взаимоотношения индивидуума с другими людьми. Выделяются уродующие нарушения головы, туловища, конечностей (незавершенная дифференциация частей конечностей, деформации, синостоз, контрактура, синдактилия и др.), уродующие рубцы, в том числе после ожогов.

2. Ограничение жизнедеятельности

Это полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять деятельность, считающуюся нормальной для данного возраста (самообслуживание, самостоятельное передвижение, действия руками, владение телом, адекватное поведение), связанная с выявленными нарушениями. Ограничение жизнедеятельности в зависимости от ее тяжести может быть нескольких видов: трудности в деятельности; деятельность при помощи вспомогательных средств (ортезы, протезы, костыли и т.д.); деятельность при содействии других лиц; зависимая деятельность.

Исходя из прогноза ограничение жизнедеятельности может быть: временным или постоянным; обратимым или необратимым; прогрессирующим или не прогрессирующим.

3. Социальная недостаточность

Нарушения и ограничения жизнедеятельности определяют социальную недостаточность ребенка. Она может возникнуть из-за ограничения: физической независимости, мобильности, способности к получению образования, способности к профессиональной деятельности, экономической самостоятельности, способности к интеграции в общество.

Таким образом, анатомические и стойкие функциональные нарушения при последствиях травм, врожденных и приобретенных заболеваниях и деформациях опорно-двигательного аппарата, тяжесть ограничения жизнедеятельности и его прогноз служат основанием для направления ребенка на медико-социальную экспертизу.

Из статистических данных Минздрава России за 2001 г. мы выделили детей, получивших инвалидность в связи с ортопедической патологией (табл. 1–3). Проведенный анализ показал, что среди всех детей-инвалидов эти дети составляют 17,1%, тогда как двигательные и уродующие нарушения, обуславливающие нарушения жизнедеятельности, имеются у каждого третьего освидетельствованного.

Заболевания костно-мышечной системы определяют первичную инвалидность детей и подростков в возрастающей по мере увеличения возраста пропорции: в группе 0–4 года инвалиды вследствие

Табл. 1. Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности у детей: распространенность среди населения и удельный вес в общей структуре причин детской инвалидности

Классы, группы заболеваний	Показатель	
	на 10000 соответствующего населения	% от общего числа детей-инвалидов
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (исключая реактивные артропатии, ювенильный артрит, системные поражения соединительной ткани)	7,6	4,0
Врожденные аномалии (исключая аномалии нервной системы, системы кровообращения и хромосомные нарушения)	18,9	10,0
Травмы, отравления и последствия воздействия других внешних причин	5,8	3,1
Итого		17,1

Табл. 2. Двигательные и уродующие нарушения: распространенность среди населения и частота у всех детей-инвалидов вне зависимости от диагноза

Нарушения в состоянии здоровья	Показатель	
	на 10000 соответствующего населения	% от общего числа детей-инвалидов
Двигательные нарушения	43,9	23,2
Уродующие нарушения	10,2	5,4
Итого		28,6

Табл. 3. Ограничения жизнедеятельности: распространенность среди населения и частота у всех детей-инвалидов вне зависимости от диагноза

Вид ограничения жизнедеятельности	Показатель	
	на 10000 соответствующего населения	% от общего числа детей-инвалидов
Ограничение способности передвигаться	49,7	26,3
Ограничение способности действовать руками	6,8	3,6
Ограничение способности владеть телом	10,1	5,3
Итого		5,2

ортопедической патологии составляют 1,5% от общего числа детей-инвалидов данного возраста, в группе 5–9 лет — 6,8%, в группе 10–15 лет их доля достигает 9,2%.

Представляют интерес сравнение первичной и общей детской инвалидности и коэффициент накопления инвалидности (кратность увеличения контингента детей-инвалидов). У девочек отмечается более высокий уровень накопления инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы, у мальчиков — вследствие травм. Трехкратное превышение показателей общей инвалидности над первичной характерно для врожденных аномалий опорно-двигательного аппарата [8].

Ряд положений, касающихся освидетельствования детей с патологией опорно-двигательного аппарата, требует уточнений.

1. Обычно вопрос об установлении инвалидности должен рассматриваться *после* проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Это применимо к последствиям травм. Врожденные же и приобретенные ортопедические заболевания являются первично хроническими, их лечение не может считаться законченным до окончания роста ребенка. Поэтому целесообразно направлять ребенка на МСЭК сразу же при обнаружении ортопедического заболевания, имеющего длительное хроническое течение, с указанием тяжести нарушения жизнедеятельности и ее прогноза [7].

2. Понятие *тяжесть* ограничения жизнедеятельности уже предполагает различные степени необходимого ухода за ребенком-инвалидом, что может соответствовать группам инвалидности у взрослых. Так, например, трудности в деятельности и деятельность при помощи вспомогательных средств (ортезы, протезы, костыли и т.д.) соответствуют III группе инвалидности взрослых, деятельность при содействии других — II группе, а зависима деятельность — I группе. Вопрос о выделении групп или степеней инвалидности у детей остается открытым.

3. *Прогноз* ограничения жизнедеятельности (временное или постоянное, обратимое или необратимое, прогрессирующее или не прогрессирующее) должен определять срок, на который признается инвалидность. Опыт применения приказа Минздрава РСФСР № 117 показал, что для большинства ортопедических заболеваний оптимальным является срок инвалидности до 5 лет. В настоящее время МСЭК предлагает только 1 год с последующим переосвидетельствованием еще на год [6]. Для детей с ортопедической патологией, учитывая возможную потерю коррекции в процессе роста и необходимость очень длительного лечения, этот срок недостаточен [4].

Таким образом, вопросы освидетельствования детей с ортопедической патологией нуждаются в дальнейшей разработке по следующим направлениям: время первичного направления на МСЭК,

выделение групп инвалидности в зависимости от тяжести и прогноза нарушений жизнедеятельности, длительность признаваемой инвалидности.

Медицинская реабилитация детей-инвалидов с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и последствиями травм

Все дети-инвалиды нуждаются в адекватном лечении и реабилитации. В постановлении Минтруда № 14 от 14.12.96 «Об утверждении примерного положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида» эта программа определяется как «перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний». Реабилитация инвалидов — система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий.

Медицинская реабилитация включает в себя восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование. Врач-ортопед (или детский хирург) принимает на диспансеризацию ребенка-инвалида с патологией опорно-двигательного аппарата и проводит ему лечение с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функциональных возможностей до социально значимого уровня, для профилактики развития отдаленных ортопедических последствий [4]. Применительно к детям, у которых до лечения в силу врожденной патологии нормальное функционирование органов и систем отсутствовало, этот процесс носит название *абилитации* — создания функции заново.

Анализ работы районных ортопедов детских поликлиник Санкт-Петербурга с 1996 по 2002 г. по диспансеризации детей-инвалидов показал, что наибольшее число инвалидов приходится на возраст от 10 до 14 лет. Среди нозологических форм преобладает врожденная ортопедическая патология (косолапость, врожденный вывих бедра, множественные пороки развития, патология кисти и др.). Этой группе больных инвалидность впервые устанавливается в возрасте до 3 лет и на более длительные сроки. В среднем и старшем возрастах к перечисленным выше нозологическим формам добавляется приобретенная патология — болезнь Пертеса, диспластический сколиоз, последствия травм и остеомиелита. Этой группе больных инвалидность назначается на 1 год и, как правило, продлевается еще раз [5].

В течение года комплексное консервативное лечение в поликлиниках и реабилитационных центрах получают не менее 83% инвалидов с заболеваниями и последствиями повреждений органов опоры и движения, около 9% направляются в стационары для хирургического лечения (причем более половины оперируются неоднократно), санаторное лечение получают 13%, обеспечиваются протезны-

ми изделиями 21% инвалидов. При обследовании через 1 год ухудшение отмечено только у 3,3% детей, у половины детей состояние оставалось стабильным и у 46% наступило улучшение, вследствие чего инвалидность у них была снята.

Для получения более полного представления о структуре инвалидности при заболеваниях и повреждениях органов опоры и движения были проанализированы истории развития и карты диспансерного наблюдения 574 детей-инвалидов, находящихся на учете у районных ортопедов амбулаторно-поликлинических учреждений Санкт-Петербурга. Среди них мальчиков было 296 (52%), девочек — 276 (48%). Первичная инвалидность зарегистрирована у 38,3% детей, повторная — у 61,7%. Нозологические формы, явившиеся причиной инвалидности, распределялись по пяти классам МКБ-Х:

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) — 159 детей (27,7%). Преобладающими здесь были сколиоз (7,7%) и болезнь Пертеса (8,5%);

- врожденные аномалии (пороки развития) и деформации костно-мышечной системы (Q65-Q89) — 362 ребенка (63%). Наиболее часто встречались врожденная косолапость (13,6%), врожденная патология тазобедренного сустава (15,1%), разнообразные пороки развития кисти (11,7%), врожденный сколиоз (3,5%);

- последствия травм, отравлений и воздействия других внешних причин (блок T90-T98) — 44 ребенка (7,7%);

- последствия инфекционных болезней (блок B90.2) — 2 больных (0,4%);

- новообразования (блоки D16-D18) — 7 больных (1,2%).

Были проанализированы реабилитационные мероприятия, назначенные районными ортопедами при наиболее распространенных нозологических формах, и проведена экспертная оценка примененных медицинских мероприятий. С участием экспертов составлены оптимальные индивидуальные программы медицинской реабилитации для детей-инвалидов на год, в которых определены:

- частота осмотров в год (один, два раза или более);

- рекомендуемые реабилитационные мероприятия (например, курсовое восстановительное лечение, реконструктивные операции, санаторно-курортное лечение и т.д.);

- место проведения (поликлиника, стационар, реабилитационный центр, специализированное детское дошкольное учреждение, школа-интернат, санаторий и т.д.);

- объемы назначаемого лечения (например, два курса массажа по 20 процедур, из которых один — в поликлинике, второй — в санатории);

- сроки проведения намеченных мероприятий (например, весна и осень);

- контроль за состоянием ребенка в процессе диспансеризации (повторные анализы, рентгенография).

В условиях обязательного медицинского страхования в объемах реабилитационных мероприятий целесообразно выделять обязательные и дополнительные мероприятия. Например, курс электролечения 10 — обязательно, 10 — по потребности.

Задачи врача-ортопеда в процессе диспансерного наблюдения ребенка-инвалида не ограничиваются только назначением лечебно-диагностических мероприятий. Он участвует в профессиональной ориентации детей и подростков, соответствующей индивидуальным возможностям каждого из них и запросам общества. Врач психологически поддерживает как инвалида, так и семью, в которой растет и воспитывается ребенок-инвалид, планомерно обучает родителей навыкам и приемам обеспечения лечебно-оздоровительного режима для больного, чтобы реабилитационная работа не прерывалась за воротами лечебного учреждения, а продолжалась в семье. Успех в реабилитации может быть достигнут только при совместной скоординированной деятельности медицинских работников, воспитателей, педагогов и работников социальной сферы.

Инвалидность означает необходимость социальной защиты. Социальная защита инвалидов — это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества (статья 2 Федерального закона «О социальной защите инвалидов»).

Ортопед должен знать международные и российские законодательные акты, обеспечивающие правовую защиту и финансовую поддержку детей-инвалидов и их семей. Некоторые из этих актов непосредственно относятся к процессу лечения и реабилитации:

- санаторно-курортное лечение (льгота на приобретение путевки для ребенка и сопровождающего взрослого в соответствии с программой индивидуальной реабилитации);
- транспортное обслуживание (льгота при проезде на городском и пригородном транспорте, на железнодорожном и авиатранспорте с 01.10 по 15.05, бесплатный проезд к месту обследования и лечения один раз в год туда и обратно вместе с сопровождающим);
- предоставление оговоренных в приказах Минздрава России вспомогательных и транспортных средств инвалидам, их ремонт (кресло-коляска и прогулочное кресло-коляска — для детей старше 3 лет при параличах или выраженных парезах одной и более конечностей, при культях обеих голеней или ампутации более высокого уровня; вспомогательные бытовые средства — для облегчения социально-бытовой адаптации при культях кисти с отсутствием четырех пальцев, при выраженных контрактурах суставов конечностей, при «болтающемся» суставе, при культе стопы). К вспомога-

тельным средствам относятся также протезно-ортопедические изделия, ортопедическая обувь, обувь на протезы, ортопедические аппараты;

- социально-бытовое обслуживание инвалидов: изготовление и ремонт протезных изделий, обеспечение приборами для социальной адаптации.

Порядок предоставления всех льгот определяется законодательными актами, постановлениями Правительства РФ, местных административных органов.

Сейчас в России действуют более 200 медицинских учреждений, имеющих в своей структуре реабилитационные отделения и кабинеты, где оказывается комплексная реабилитационная помощь детям-инвалидам. Частично восстановительное лечение проводится в специализированных детских дошкольных и школьных учреждениях, однако количество мест в них недостаточно практически во всех регионах России. Отделения реабилитации испытывают острую потребность в научно-методической помощи. Существенным препятствием для развития детской реабилитационной службы является недостаточное материально-техническое оснащение специализированных учреждений, отсутствие кадров, особенно амбулаторного звена.

Таким образом, реабилитация детей-инвалидов нуждается в совершенствовании и постоянном внимании к этой проблеме Правительства России, Министерства здравоохранения и общественности. Основными направлениями профилактики инвалидности являются ранняя диагностика и лечение врожденной ортопедической патологии, совершенствование профилактических и лечебных технологий, направленных на предотвращение прогрессирования патологического процесса, внедрение современных комплексных реабилитационных технологий.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения: Статистические и информационные материалы* Министерства здравоохранения Российской Федерации. — М., 1991–2002.
2. *Здоровье населения Санкт-Петербурга и деятельность учреждений здравоохранения города: Статистические материалы* Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга. — СПб, 1991–2003.
3. *Международная номенклатура нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности*. — М., 1994.
4. *Мирзоева И.И., Соловьева К.С., Давыдова Т.А.* Диспансеризация детей-инвалидов с ортопедической и ортопедо-неврологической патологией: Пособие для врачей. — СПб, 1996.
5. *Поздникин Ю.И., Соловьева К.С., Давыдова Т.А.* //Вестн. травматол. ортопед. — 2002. — N 1. — С. 3–6.
6. *Постановление Минтруда и Минздрава Российской Федерации № 1/30 от 29.01.97 «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы»*. — М., 1997.
7. *Пронина Е.В., Лупанова Р.И.* //Материалы Российского национального Конгресса «Человек и его здоровье». — СПб, 2002. — С. 345–346.
8. *Свинцов А.А.* //Пробл. соц. гиг. и истории медицины. — 1996. — N 6. — С. 10–16.
9. *Танюхина Э.И., Свинцов А.А.* //Здравоохран. Рос. Федерации. — 1996. — N 3. — С. 32–35.