

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В КАЗАХСТАНЕ

УДК 6142:159.938.362.63:616-036.88-053.2-08

Байсеркина Ф.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», Казахстан, Астана

## MEDICAL SOCIAL PROBLEMS OF REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN IN KAZAKHSTAN

Bayserkina F.

«National Children's Rehabilitation Center», Republic of Kazakhstan, Astana

### Введение

Реабилитация – от позднелатинского «rehabilitation» – «восстановление». Комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов [1].

Основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать инвалида способным к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественно-трудовую жизнь общества.

На современном этапе особого внимания заслуживает проблема детской инвалидности, так как данная социально-гигиеническое явление затрагивает интересы всех слоев общества и волнует каждое государство, ибо под понятием «инвалид» понимается лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и вызывающих необходимость его социальной защиты.

Главным результатом медико-социальной реабилитации, как направления социальной работы, является достижение такого состояния ребенка-инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям. При этом под социальными функциями (их еще называют социальными умениями) понимаются трудовая деятельность, обучение, способность к чтению, письму, коммуникативная способность и другие.

Восстановительное лечение детей-инвалидов не ограничивается оперативным вмешательством, медикаментозным и/или физиотерапевтическим воздействием, оно складывается из длительных и многообразных этапов медицинской, социальной психологической коррекции. В понятие реабилитации детей, имеющих психофизиологические отклонения, входят следующие важнейшие моменты: развитие жизненно необходимых навыков, обучение, по возможности, чтению и письму, адаптация к детскому коллективу, которые должны осуществляться повседневно и ежеминутно [1, 2, 3].

В настоящее время признана эффективной система круглогодичного оздоровления и реабилитации детей-инвалидов на базе специализированных детских учреждений. Данная организационная форма позволяет использовать не только традиционные способы терапии, но и методы лечебной педагогики, психоло-

гической коррекции в сочетании с адаптацией детей в коллективе.

### Цель исследования

Разработать модели управления системы профилактических и лечебно-реабилитационных мер по снижению инвалидности детей.

### Материалы и методы

Большое значение в оценке реабилитационной помощи имеет прогнозирование возможности реабилитации. Для его проведения нами проанализировано 895 медико-социальных заключений на детей-инвалидов (форма № 080/у-96) из тринадцати районов Южно-Казахстанской области, в том числе 89 медико-социальных заключений на детей в возрасте 0–4 года.

Для оценки прогноза использованы следующие критерии:

- возможное выздоровление;
- возможно улучшение;
- возможная помощь;
- устойчивое снижение жизнедеятельности;
- нарастающая недееспособность;
- неопределенный прогноз.

### Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование показало необходимость обоснования системы медико-организационного обеспечения детей, в которой следует предусмотреть как профилактические мероприятия, направленные на предупреждение и минимизацию последствий болезни, так внесение корректив в существующую реабилитационную сеть для дезадаптированных лиц.

Система профилактических мероприятий основана, прежде всего, на сопоставлении данных о распространении детской инвалидности в различных возрастных группах детского населения, и ее причинной структуре. Как показал проведенный анализ, максимальные значения показателя впервые выявленной инвалидности отмечены в раннем возрасте (0–4 года). Сопоставляя эти данные с причинной структурой детской инвалидности в этом возрасте, удалось выявить, что ведущей патологией, формирующей нарушения, приводящие к инвалидности в данной возрастной группе, являются врожденные аномалии развития и заболевания нервной системы, и, прежде всего ДЦП. Одновременно, следует отметить, что распространенность инвалидности в данной возрастной группе наименьшая.

Известно, что в раннем возрасте система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий является в наибольшей степени эффективной [2].

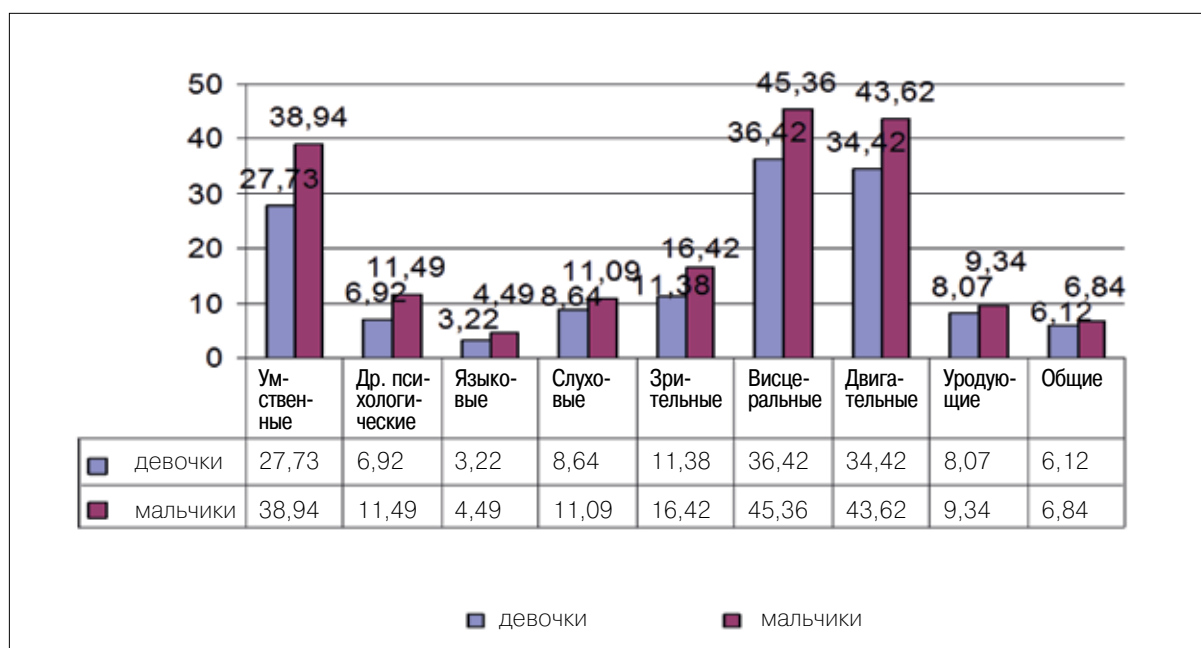
Известно, что в раннем возрасте система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий является в наибольшей степени эффективной в силу того, что вес фактора накопления «груза» патологии

в этом возрасте наименьший. Однако, дети этой возрастной группы во всех учреждениях реабилитации составили всего 21%, а в системе здравоохранения 22,5%.

На рис. 1, 2 представлено число детей раннего возраста, прошедших через реабилитационные учреждения разного профиля.



**Рис. 1.** Динамика распространенности психологических, вестибулярных нарушений, потери зрения на оба глаза среди детей-инвалидов обоего пола в 2012 году (на 10000 детей соответствующего возраста)



**Рис. 2.** Распространенность нарушений в состоянии здоровья среди инвалидов мальчиков и девочек 2012 году (на 10000 детей соответствующего пола в возрасте 0–15 лет)

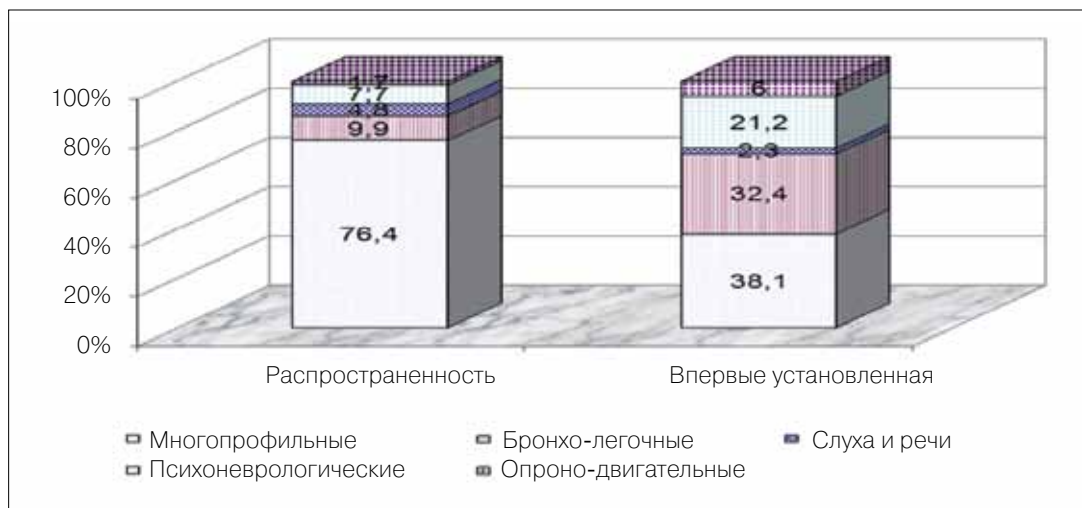
Как видно из рисунка, наибольшее число детей получило реабилитационную помощь в многопрофильных реабилитационных учреждениях (62,2%) и учреждениях психоневрологического профиля (27,8%). Дети-инвалиды раннего возраста в основном получают реабилитационную помощь в психоневрологических учреждениях реабилитации (38,6%), опорно-двигательного профиля (23,9%), многопрофильных (22,5%), слуха и речи (10,3%).

Как уже было отмечено ранее, в возрастной группе 5–9 лет распространенность детской инвалидности составляет 159,1 на 10000 детей соответствующего возраста, что превышает аналогичный показатель в группе детей 0–4 года в 1,5 раза (№ 3).

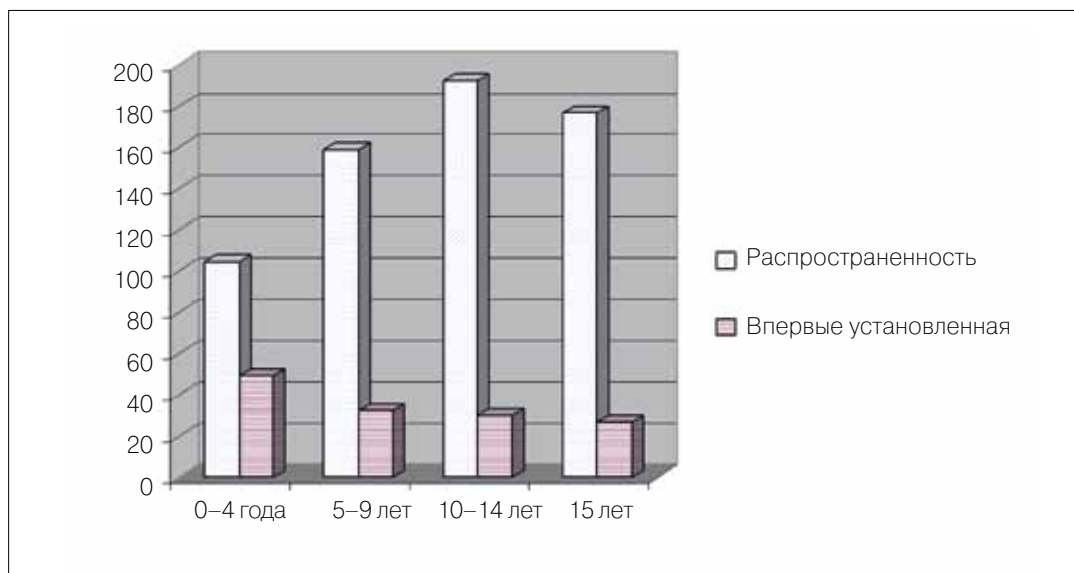
Вместе с тем, число детей с впервые установленной инвалидностью в этой возрастной группе уменьшается в 1,3 раза. Таким образом, увеличивается разница между распространенностью и частотой инвалидности, что свидетельствует о накоплении «груза» инвалидности. Структура причин инвалидности в этой возрастной группе по обусловившему ее заболеванию такая же, как и в возрастной группе 0–4 года, однако показатели распространенности заболеваний нервной системы и психических расстройств значительно превышают таковые в раннем возрасте.

Три группы заболеваний – нервной системы, психические болезни и врожденные аномалии – занимают 70,8% всей нозологической структуры инвалидности. Таким образом, структура причин детской инвалидности в этой части идентична в двух возрастных группах, но значимость указанных заболеваний в возрасте 5–9 лет существенно повышается.

Следует отметить, что в возрастной группе 5–9 лет повышается также роль бронхолегочных заболеваний, болезней костно-мышечной, мочеполовой, эндокринной системы, новообразований и травм (рис. 3, 4).



**Рис. 3.** Число детей в возрасте 5–9 лет, прошедших через реабилитационные учреждения разного профиля (в %)



**Рис. 4.** Уровень распространенности и частоты детской инвалидности в различных возрастных группах (на 10000 детей соответствующего возраста)

Так как в рассматриваемой возрастной группе ведущие заболевания, приведшие к инвалидизации детей, аналогичны соответствующим группам заболеваний в возрасте от 0 до 4-х лет, можно полагать, что профилактические меры, направленные на предупреждение соответствующей патологии, являются общими для обеих возрастных категорий.

Все вышеизложенное подтверждается результатами исследования распространенности детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья. Первые три места в структуре детской инвалидности по этому признаку определяют те же виды нарушений, что и в раннем возрасте, однако распространенность их статистически досто-

верно увеличивается в 1,2 раза (двигательные), 1,6 раза (висцеральные и метаболические) и 2,1 раза (умственные). У детей 5–9 лет повышается роль зрительных и слуховых нарушений. Это в определенной мере можно связать с недостаточностью выявления слуховых и зрительных нарушений в раннем возрасте. Поэтому в системе профилактических мероприятий важное значение имеют скринирующие программы, направленные на своевременное выявление нарушений функций. В настоящее время уже внедрен аудиологический скрининг новорожденных. Следует отметить, что распространенность уродующих нарушений сокращается. Сопоставление роли уродующих нарушений в структуре всех нарушений корригирующих методов медицинской помощи в раннем возрасте.

Особого внимания заслуживают висцеральные и метаболические нарушения, значимость которых среди всех нарушений существенно увеличилась [2]. Следует отметить, что в структуре этих нарушений наряду с теми, которые являются следствием наследственных заболеваний обмена веществ, повышается роль соматических заболеваний. В первую очередь это нарушения кардиореспираторной функции, которые занимают 38,8% в этой группе нарушений, и нарушения мочеполовой системы – 19,1%.

Однако анализ содержания работы многопрофильных реабилитационных учреждений диктует необходимость пересмотра некоторых положений. Как показали наши исследования, реабилитационная помощь детям, в том числе инвалидам, с висцерально-метаболическими нарушениями оказывается в многопрофильных реабилитационных отделениях, число которых превышает количество центров в 2,5 раза. Учреждения этого профиля имеются в основном в системе здравоохранения – 90% от всей численности. Анализ деятельности реабилитационных учреждений многопрофильного типа показал, что большинство отделений не располагают достаточной базой функциональной диагностики, дающей возможность оценить эффективность проводимой реабилитации. В силу того, что часть из них трансформировалась из бывших отделений восстановительного лечения детских поликлиник или отделений физиотерапии без изменения функции и содержания работы, они в большинстве не выполняют возложенных на них задач реабилитации.

В возрастной группе 10–14 лет следует подчеркнуть следующую особенность. В структуре нарушений, приводящих к развитию инвалидности, ведущее место принадлежит висцеральным и метаболическим нарушениям, составляющим 25% от всех видов нарушений. Это свидетельствует о том, что рассматриваемой возрастной группе существенно нарастает «груз» инвалидности. Неслучайно распространенность детской инвалидности в 1,2 раза, а к возрастной группе 0–4 года в 1,8 раза и является самой высокой среди всех возрастных групп. По остальным видам нарушений ведущими являются такие же, как и в возрасте 5–9 лет. В возрастной группе 10–14 лет увеличивается разрыв между частотой и распространенностью инвалидизации, достигая максимальных значений – 158,5 на 10 000 детей соответствующего возраста.

Накопление «груза» болезней может косвенно свидетельствовать о недостаточном объеме и качестве профилактической работы, направленной на предупреждение хронизации болезней, что приводит к развитию тяжелых нарушений и ограничений жизнедеятельности [4]. В то же время это критический возрастной период, характеризующийся началом нейро-эндокринной перестройки организма ребенка, формированием половой и психо-социальной зрелости. Однако, педиатрическая служба недостаточно ориентирована на особенности формирования здоровья и развития болезней в пубертатном периоде, что может усиливать эффект неблагоприятного влияния окружающей среды и образа жизни на здоровье.

Все изложенное убеждает в необходимости сосредоточения усилий в области профилактики инвалидизации детей старших возрастов на совершенствовании организационной системы медицинского обеспечения.

### Заключение

Развитие реабилитационной службы для детей раннего возраста является перспективным направлением, что будет способствовать снижению «груза» инвалидности в более старших возрастных группах. Учитывая высокий удельный вес висцерально-метаболических нарушений уже в раннем возрасте, целесообразно развивать реабилитационную службу в направлении профилактики и коррекции этих нарушений.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лисовский В. А., Евсеев С. П., Голофеевский В. Ю. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебн. пособие / Под ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Бархатов М.В. Опыт восстановительной коррекции детей раннего возраста с заболеваниями нервной системы // Бархатов М.В., Бочкун – Жирикова А.В., Галактионова М.Ю. / Вопросы современной педиатрии № Актуальные проблемы педиатрии: материалы IX Конгресса педиатров России. – М., 2004. – Т. 3, С. 47–51.
3. Pislser. P.B. Rehabilitation medicine/ P.B. Pislser, I.B. Cameron, S.F. Wilson// Med.J.Aus. – 2002. – Vol.177-№7. – P. 385–392.
4. Камсюк Л.Г. Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов. //Педиатрия. 1990. № 2. – С. 11–14.

### REFERENCES:

1. Lisovsky V. A., Evseev S. P., Golofeevsky V. Yu. [Integrated disease prevention and rehabilitation of sick and disabled: Study guide] / ed. by S. P. Evseev. – M.: Soviet sport, 2001. – 320 p.
2. Barkhatov M.V. [Experience of regenerative correction in young children with diseases of the nervous system] // Barkhatov M.V., Bochkun – Zhirikova A.V., Galaktionova M.Yu. / [Issues of modern pediatrics № Actual problems of pediatrics: materials of the IX Congress of Russian pediatricians] – M., 2004. – v. 3, p. 47–51.
3. Pislser. P.B. Rehabilitation medicine/ P.B. Pislser, I.B. Cameron, S.F. Wilson// Med.J.Aus. – 2002. – Vol. 177– №7. – P. 385–392.
4. Kamsyuk L.G. [Problems of medical and social rehabilitation of disabled children.] // Pediatrics. 1990. № 2. – p. 11–14.

---

#### РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются проблемы реабилитации детей инвалидов в Казахстане, где все более заметным становится поворот от «культуры полезности» к «культуре достоинства». В контексте данной концепции человек с ограниченными возможностями независимо от своей дееспособности и полезности для общества рассматривается как объект, медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи, ориентированной на создание условий для полной самореализации его личности.

**Ключевые слова:** дети, детская инвалидность, ограничение жизнедеятельности.

#### ABSTRACT

This article discusses problems disabled children in Kazakhstan, which is becoming increasingly apparent shift from a «culture of utility» to a «culture of dignity». In the context of this concept, people with disabilities, regardless of their capacity and usefulness for society is considered as an object of medical, social, psychological and educational assistance, aimed at creating conditions for full self-realization of its personality.

**Keywords:** children, children's disability, Disability.

---

#### Контакты:

**Байсеркина Ф.** E-mail: [aigul288@rambler.ru](mailto:aigul288@rambler.ru), [abdis@yandex.ru](mailto:abdis@yandex.ru)

---