

С учетом актуальности и значимости проблемы бесплодия на этапе первичного звена (врачи общей практики, врачи-акушеры-гинекологи) необходимо продолжить раннее выявление супружеских пар, страдающих бесплодием, своевременное направление их в областное и межрайонные консультативно-диагностические отделения «Брак и семья», при неэффективности лечения бесплодия – на областную комиссию.

Литература:

1. Калинина Т. В. Общественное здоровье. Воспроизводство населения: рождаемость и репродуктивное поведение : учеб.-метод. пособие / Т. В. Калинина, П. Л. Мосько. – Минск: БелМАПО, 2021. – 40 с.

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

¹Кулик Ю.А., ²Козич А.А., ²Малышко Н.А.

¹Главное управление здравоохранения

Гродненского областного исполнительного комитета

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Детская инвалидность имеет социальный аспект, который включает не только состояние здоровья ребенка, но и условия, необходимые для достойного качества жизни, успешной социализации и самовыражения личности. Показатель инвалидности у детского населения наряду с показателем детской заболеваемости, младенческой и детской смертности характеризует состояние здоровья детского населения, эффективность мероприятий по охране здоровья матери и ребенка, социальную защиту детей с ограниченными возможностями и семей, воспитывающих детей-инвалидов, положение детей в стране [2].

Цель. Провести динамику детской инвалидности за 15 лет, определить тенденции возрастной и нозологической структуры как фактора признания ребенка с ограниченными возможностями.

Материалы и методы. Единица наблюдения – дети в возрасте 0-17 лет, признанные инвалидом, проживающие в Гродненской области. Объект исследования – инвалидность детского населения Гродненской области. При проведении исследования использовались материалы государственной статистической отчетности форма 1-дети «Отчет о медицинской помощи детям» за 2009-2023 годы главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома [4]. Аналитический метод причин общей и первичной детской инвалидности проводился по классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра [3].

Результаты. На территории Гродненской области численность детей-инвалидов в течение последних 15 лет поступательно нарастала. За 15 лет, с 2009 года, показатель общей инвалидности детей увеличился на 38,8%: с 14,7/1000 в 2009 году до 20,4 в 2023 году. Показатель первичной инвалидности за указанный период увеличился на 42,1%: с 14,5/10 тыс. детей в 2009 году до 20,6/10 тыс. в 2023 году [4]. Показатель общей инвалидности детей в городе превышает показатель среди сельских жителей на 19,6%: 21,6/1000 детей, проживающих в городе и 18,1/1000 сельских жителей 0-17 лет.

В динамике общей инвалидности детей 0-17 лет в возрастном аспекте за анализируемый период показатель общей инвалидности увеличивается с возрастом ребенка, и показатель увеличивается в каждой возрастной группе. В течение последних 15 лет значительный рост показателя общей инвалидности зарегистрирован в возрастной группе детей первого года жизни – на 89,5%. Показатели первичной инвалидности детей во все возрастные периоды, кроме детей 5-9 лет, имеют тенденцию к стабилизации. Наиболее высокие уровни первичной инвалидности характерны для детей раннего детского возраста.

В структуре причин установления инвалидности у детей сегодня, как и 15 лет назад, основное количество (60%) занимают врожденные аномалии развития, психические расстройства и болезни нервной системы. Однако в ранжировании причин инвалидизации детей 15 лет назад болезни нервной системы занимали второе место после врожденных пороков развития, а с 2020-х годов уступили позиции и занимают третье место после психических заболеваний.

Среди болезней нервной системы основной инвалидизирующей патологией является детский церебральный паралич. По данному классу заболеваний процент инвалидизации детей довольно высокий – до 15-17%, а по нозологической форме «детский церебральный паралич» процент инвалидизации детей выше 90%. Процент инвалидизации детей по классу «психические расстройства и расстройства поведения» составляет около 3%, в том числе по нозологической форме «умственная отсталость» – до 12-15%.

Среди врожденных аномалий развития основными нозологическими формами как причина определения инвалидности являются аномалии системы кровообращения, хромосомные нарушения и аномалии нервной системы.

За указанный период в 2 раза увеличилось число детей с ограниченными возможностями по причине заболеваний эндокринной системы: каждые 5 лет на 100 детей увеличивается число детей-инвалидов по данному классу болезней и на 50-70 детей по причине сахарного диабета. Пятое место в структуре детской инвалидности занимают новообразования. За указанный период удельный вес данной патологии составляет 6,0-6,5%.

Заключение. Неблагополучная эпидемиологическая ситуация и ее последствия, совершенствование методик выхаживания недоношенных детей, неонатальный скрининг как самый действенный метод диагностики и профилактики наследственных заболеваний, охват всех новорожденных детей аудиологическим скринингом, недоношенных детей – осмотром на ретинопатию недоношенных, внедрение высокотехнологичных оперативных вмешательств, пренатальная диагностика врожденной патологии, развитие института раннего вмешательства, современные подходы к лечению аллергических и аутоиммунных заболеваний, оказания всех видов медицинской помощи детям с орфанными заболеваниями, в том числе гарантированное государством обеспечение лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания, межведомственное взаимодействие по профилактике детского травматизма и ряд других медицинских и парамедицинских факторов способствовали тому, что за 15-летний период уменьшилось число детей с ограниченными возможностями по причине детского церебрального паралича, болезней органов дыхания, болезней кожи, болезней глаза, однако значительно увеличилось число детей данной группы по причине психических расстройств, болезней эндокринной системы, врожденных аномалий развития [1].

Литература:

1. Куркубет, Н. Ю. Анализ тенденций изменений детской инвалидности в Российской Федерации и Свердловской области / Н. Ю. Куркубет, А. С. Березина, А. В. Казанцева // Вестник Уральского государственного медицинского университета – 2018. – № 3. – Р. 65-68
2. Рожавский, Л. А. Медико-социальные проблемы детской инвалидности / Л. А. Рожавский / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 23-25.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10): краткий вариант. – Мн.: ООО «Асар», 2001. – 400 с.
4. Государственная статистическая отчетность, форма 1-дети «Отчет о медицинской помощи детям» за 2009-2023 годы главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома.