

АСТРАХАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

ЕРМОЛАЕВА ЮЛИЯ НИКОЛАЕВНА

**КОМПЛЕКСНОЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
(по материалам Астраханской области)**

14.00.52. – социология медицины

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор А.Г. Сердюков
Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор Г.Н. Голухов**

Астрахань - 2003

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ (по данным литературных источников)	11
ГЛАВА 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.	26
ГЛАВА 3. ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.	35
3.1. Эпидемиология детской инвалидности в Астраханской области.	35
3.2. Структура детской инвалидности по обусловившему заболеванию.	41
3.3. Структура детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья.	44
3.4. Структура детской инвалидности по ведущему ограничению жизнедеятельности.	47
ГЛАВА 4. АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВОСТИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИД- НОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.	50
ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА И ЕГО СЕМЬИ	59
5.1. Социально-гигиеническая характеристика семей, имеющих детей-инвалидов	59
5.2. Медицинская активность семей, имеющих ребенка-инвалида	64
5.3. Социально-экономические потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов	69

5.4. Факторы риска формирования инвалидизирующей патологии у детей	71
ВЫВОДЫ	76
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	80
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	83
ПРИЛОЖЕНИЯ	119

ВВЕДЕНИЕ

Детская инвалидность наряду с показателями заболеваемости, физического развития, группой медико-демографических критериев является одним из важных индикаторов состояния здоровья детского населения, характеризуя социально-экономическое развитие общества, эффективность проведения профилактических мероприятий, доступность и качество медицинской помощи (Д.И.Зелинская, 1995, 1997; Д.И.Зелинская, Ю.Е.Вельтищев, 1995, 2000; В.К.Овчаров 1997; И.А.Камаев, М.А.Позднякова, 1999).

Исследования в области детской инвалидности становятся все более актуальными в условиях стремительного нарастания проблем социального развития, растраты человеческого потенциала, разбалансированности межличностных отношений и показывают необходимость поиска решений не только медицинского, но и социального характера на качественно новом уровне. Значимость проблемы также обусловлена тем, что почти у 25% инвалидов в возрасте до 50 лет инвалидизация обусловлена заболеванием, перенесенным в детстве (В.К.Юрьев, Г.И.Куценко, 2000; С.В.Алексеев, О.И.Янушанец, В.М.Дорофеев, 2003).

В Российской Федерации удельный вес детей-инвалидов составляет 1,5% от всей детской популяции и в последние годы имеет тенденцию к росту (Л.П.Гришина, 1995; Г.В.Тарасова, 1996; В.К.Овчаров, 1997; Д.И.Зелинская, 1998; Э.И.Тыцкая, В.К.Гасников, 1998; Т.П.Грищенко, Г.И.Хрипунова, 1998; А.А.Баранов с соавт., 1993, 1999). Так в 2000 г. на учете в органах социальной защиты и здравоохранения РФ состояло 554,9 тыс детей-инвалидов до 15 лет включительно, что на 20% больше, чем в 1996г.

По мнению Л.Я.Гусевой с соавт. (1997), Д.И.Зелинской (1995), Э.Т.Танюхиной, А.А.Свинцова (1995) быстрый рост числа детей-инвалидов

обусловлен ухудшением общего состояния здоровья детей, увеличением хронических заболеваний, ведущих к инвалидности, расширением медицинских показаний, при которых ребенок признается инвалидом, расширением объема льгот таким лицам и повышением в последние годы отрицательного влияния социальных факторов.

Все вышеизложенное позволяет заключить, что детская инвалидность является социально значимой проблемой и достижение максимально возможного функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией невозможно без комплексного изучения медицинских и социальных факторов, влияющих на здоровье. Выявление современных тенденций детской инвалидности, решенных в категориальном поле социологии медицины, позволило предложить подходы по оптимизации и эффективности медико – социальных профилактических и реабилитационных мероприятий детскому населению данной категории, что имеет существенное преимущество перед односторонним учетом только медицинских или только социальных аспектов в проведении профилактической работы.

Цель исследования.

Дать комплексную социологическую характеристику состояния проблемы детской инвалидности и выработать предложения по снижению и предупреждению инвалидизации детского населения в Астраханской области.

Задачи исследования.

-исследовать динамические и структурные особенности общей и первичной детской инвалидности с учетом возраста, пола и места проживания детей-инвалидов;

-изучить структуру детской инвалидности по обусловившему заболеванию с учетом места проживания детей-инвалидов;

-изучить структуру детской инвалидности по главному нарушению и ведущему ограничению жизнедеятельности с учетом места проживания детей-инвалидов;

-определить порайонные особенности тенденций и уровней общей детской инвалидности в Астраханской области с разработкой картограмм очаговости патологии;

-дать социологическую характеристику ребенка-инвалида и его семьи, выявить факторы медико-демографического, наследственно-семейного и социального характера, влияющие на инвалидизацию детского населения Астраханской области, а также изучить потребности семей с детьми-инвалидами в основных видах медицинской и социальной помощи;

-разработать рекомендации по снижению распространенности детской инвалидности, а также выделить приоритетные профилактические мероприятия, направленные на минимизацию последствий болезней, ведущих к инвалидности детей.

Объект исследования – дети-инвалиды Астраханской области.

Предмет исследования – медико-социальная характеристика ребенка-инвалида и его семьи.

Научная гипотеза исследования. Быстрое нарастание числа детей-инвалидов, масштабность проблемы в медицинском и социальном плане диктует необходимость постоянного социологического мониторинга за факторами медико-демографического, наследственно-семейного и социального характера, влияющими на инвалидизацию детей, а также за потребностями семей, имеющих ребенка-инвалида, в основных видах медицинской и социальной помощи. Предполагается, что проведенное социологическое исследование состояния проблемы детской инвалидности с учетом региональных особенностей будет способствовать более эффективному внедрению систем медико-социального обеспечения, направленных на предупреждение инвалидности, прогнозирование

последствий болезней у детей, страдающих инвалидизирующими заболеваниями, и наиболее успешной интеграции их в социум.

Научная новизна настоящего исследования заключается в том, что впервые проведено комплексное социологическое исследование состояния проблемы инвалидности детского населения Астраханской области за 7-летний период.

Научная новизна исследования раскрывается в положениях, выносимых на защиту:

1. Проведенное комплексное социологическое исследование состояния проблемы детской инвалидности в различных возрастно-половых группах в Астраханской области позволило выявить региональные закономерности формирования профиля патологии, а также явилось базой для определения основных направлений развития адекватной системы медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детского населения в условиях конкретного региона на современном этапе.

2. В ходе социологического исследования семей, имеющих ребенка-инвалида, очерчен круг основных факторов, действующих на формирование и развитие инвалидизирующей патологии у детей. Установлено, что ведущую роль в формировании инвалидности у детей играют врожденная и перинатальная заболеваемость, болезни матери во время беременности, врожденная и наследственная патология и травмы в родах.

3. В результате исследования выявлены характерологические модели образа и условия жизни семей, воспитывающих детей-инвалидов, которые отличаются признаками неблагополучия по медико-демографическим параметрам, материальному и жилищно-бытовому уровню, психологическому микроклимату и медицинской активности. Эти семьи нуждаются в комплексной медицинской, психолого-педагогической,

социально-правовой и экономической помощи со стороны органов здравоохранения и социальной защиты населения.

4. Ранжирование административных районов с составлением картограмм формирования показателей детской инвалидности обосновывает влияние климато-географических, социально - экономических и экологических особенностей Астраханской области на здоровье детского населения, а также позволяет принимать обоснованные управленческие решения в системе охраны здоровья детей для каждого административно-территориального образования.

5. Определение роли социально-гигиенических и медико-биологических факторов в развитии детской инвалидности в современных условиях крайне низкого воспроизводства населения имеет приоритетное значение в вопросах планирования медико-социального обеспечения. Особое внимание при разработке и внедрении программ работы с семьей ребенка-инвалида следует уделять проведению психологической консультации родителей и формированию у них положительных реалистических установок в отношении исхода заболевания ребенка в целях оптимизации абилитационно-реабилитационного процесса.

Методологическая база исследования.

Исследование проводилось в категориальном поле социологии медицины, поскольку его предметом являлась медико-социальная характеристика детей-инвалидов и их семей, для изучения которой необходимо применение социологических методов исследования. Методология социологии медицины позволяет применить интегративный подход к изучению состояния проблемы детской инвалидности, а также медико-социальных факторов, влияющих на инвалидизацию детского населения.

Научно-практическая значимость работы состоит в том, что результаты исследования дают комплексную социологическую характеристику

состояния проблемы детской инвалидности с учетом межрайонных особенностей в Астраханской области и являются основой для разработки приоритетных направлений в развитии службы охраны материнства и детства региона.

Данные проведенного исследования обосновывают необходимость выделения научно-практической программы по предупреждению инвалидизации детского населения и улучшению состояния здоровья детей-инвалидов.

В ходе исследования создан медико-социальный портрет семей, воспитывающих ребенка-инвалида, и предложены подходы по оптимизации и эффективности медико-социальных мероприятий населению данной категории.

Публикация и реализация результатов работы. Основные положения диссертации отражены в 10 опубликованных научных работах. Основные положения и результаты работы докладывались и обсуждались на 7 научно-практических конференциях и конгрессах различного уровня: «Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения» (М, 2003); VIII Конгресс педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии» (М, 2003); IV Российской научный форум «Охрана здоровья матери и ребенка-2002» (М, 2002); IV Российский форум «Мать и дитя» (М, 2002); 68-я итоговая научная сессия КГМУ и отделения медико-биологических наук Центрально-Черноземного научного центра РАМН (Курск, 2002); II Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» (М, 2003); II Конференция «Практикующий врач» (Рим, 2003).

Внедрение результатов исследования в практику. Основные положения диссертации используются при проведении ежегодных заседаний коллегий Департамента здравоохранения Астраханской области «Итоги работы учреждений здравоохранения департамента Администрации Астраханской

области»; для подготовки и издания сборников «Состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Астраханской области (статистические материалы к итоговой коллегии департамента здравоохранения Астраханской области)», предназначенных для главных врачей лечебно-профилактических учреждений области. Результаты работы используются при организации занятий с врачами, организаторами здравоохранения и студентами на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Астраханской государственной медицинской академии.

Структура диссертации. Диссертация изложена на 146 страницах машинописного текста, содержит 17 таблиц и 19 рисунков. Структурно работа состоит из введения, 5 глав, выводов, предложений, списка литературы (всего 344 источника, из них - 295 отечественных и 49 зарубежных) и приложений.

ГЛАВА I

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

(по данным литературных источников)

Среди социально-экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, видное место занимает проблема инвалидности и помощи лицам с ограниченными жизненными физическими и психическими возможностями. Состояние этой проблемы наряду с демографическими показателями и заболеваемостью населения является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны [200, 239]. Особую актуальность проблема инвалидности приобретает при рассмотрении ее с позиции потерь трудового потенциала и качества жизни населения. Предупредить инвалидность – это, значит, сохранить потенциальное здоровье трудящихся и, следовательно, увеличить производительные силы страны [42, 71, 108]. В этом аспекте особого внимания заслуживает детская инвалидность, где ведущими причинами являются болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития [14, 29, 38, 122, 124, 131, 182, 189, 288, 246].

Показатели состояния здоровья детского населения, в том числе детская инвалидность, являются важнейшими маркерами качества работы здравоохранения и должны служить основой при планировании медицинской помощи [207]. По мнению европейских экспертов ВОЗ, даже в экономически развитых странах нет свидетельств того, что здоровье подрастающего поколения становится лучше. Несмотря на наблюдающееся падение уровня перинатальной и младенческой смертности в последние десятилетия, распространенность умственных и физических недостатков, а также хронической патологии в детской популяции остается практически неизменной [73, 132, 155, 172, 175, 186, 284, 297, 302, 303, 306, 307, 327, 335, 342, 344].

По оценкам экспертов ООН, лица с ограниченными жизненными и социальными функциями составляют около 10% населения земного шара, из них более 100 млн. — дети и подростки. По данным ВОЗ, за период 1975—2003 гг. число инвалидов в мире возрастет на 200 млн и составит 587 млн человек, из них детей-инвалидов 175 млн [235]. В "Государственном докладе "О положении инвалидов в Российской Федерации" [85] отмечено, что «... тенденция роста как общей, так и детской инвалидности сохранится».

Данные официальной статистики и специальных исследований, проведенные за последние годы на различных территориях России, свидетельствуют, что в настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения наметились неблагоприятные тенденции, а именно, отмечается рост показателей заболеваемости по всем нозологиям [35, 83, 84, 112, 115, 116, 130, 214, 234, 237, 238, 295]. Профиль современной патологии детей характеризуется высокой долей общесистемных поражений, прогрессирующим ростом хронических форм патологии, врожденных и наследственных заболеваний, которые приводят к развитию тяжелых последствий болезней и социальной дезадаптации [11, 25, 26, 34, 36, 62, 72, 80, 114, 118, 136, 207, 210, 238, 243, 255, 260, 268, 274, 281, 283]. Изучению частоты и структуры инвалидности среди детского населения посвящено много исследований [2, 38, 118, 119, 122, 145, 151, 178, 184, 185, 215, 216, 230, 250, 253, 270].

Большое значение в привлечении внимания к проблемам детской инвалидности имела Конвенция ООН о правах ребенка (1989) [158], ратифицированная нашей страной в 1990 г. В ней признаются необходимость иметь четкие представления о численности и распространенности инвалидизирующих патологий, потребности в различных видах медицинской и социальной помощи и факторах, обуславливающих формирование инвалидности, а также особые нужды неполноценного ребенка в отношении медицинского обслуживания, восстановления здоровья, необходимость

оказания поддержки детям-инвалидам, поскольку реабилитационные мероприятия в детском возрасте наиболее эффективны [24, 197, 271, 272].

Наличие детей-инвалидов, имеющих право на получение социальных пособий и льгот, в России не признавалось до 1979 года, когда Минздравом СССР был принят приказ N 1265 "О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет". Активно развиваться проблема детской инвалидности начала в 90-е годы вместе с формированием государственной политики в области детской инвалидности, когда были принят ряд законов и правительственные акты Российской Федерации, направленных на защиту прав и поддержку той части населения страны, в том числе детского, которая в силу своей социальной дезадаптации оказалась в наиболее сложном положении в обществе с неустойчивым социально-политическим устройством и экономикой.

Дефиниция понятия "ребенок-инвалид" наиболее полно дана в медицинских показаниях для установления инвалидности, утвержденных приказом Минздрава РСФСР от 04.07.91 N 117 [218]. Она отображает современные концепции ВОЗ, полагающей, что поводом для установления инвалидности у детей является не "утрата трудоспособности, как у взрослых, и не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящей к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности" [102, 217].

Последовавшее за этим введение в практику ЛПУ новой учетной формы "Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида" N 80/у-96 (по приказу МЗ РФ N 95) дало возможность уже в 1996 г. внедрить повсеместно государственную статистическую отчетность о детях-инвалидах и получить информацию об их численности, заболеваниях, обусловивших возникновение инвалидности, и распределении детей-инвалидов по главному нарушению здоровья и возрасту, обобщенную затем в Государственный

доклад Совета по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации «О положении инвалидов в Российской Федерации» (1998) [85].

Удельный вес детей-инвалидов по данным Саратовской области [92], Удмуртии [188] составляет 1,5% от всей детской популяции, по данным других регионов Российской Федерации показатели общей детской инвалидности колеблются в пределах 49,8-201⁰/000 [38, 44, 95, 121, 143, 182, 251, 254, 269], а различных видов нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности среди детей доходит до 256-558,0⁰/000 [81, 117, 133, 138, 146, 188].

По мнению Л.Я.Гусевой с соавт. [96], Д.И.Зелинской [118], Э.Т.Танюхиной, А.А.Свинцова [251], С.Я.Сарычевой [230], Т.С.Щуплецовой [287, 288] быстрый рост числа детей-инвалидов обусловлен ухудшением общего состояния здоровья детей, увеличением хронических заболеваний, ведущих к инвалидности, изменением возрастной структуры населения, расширением медицинских показаний, при которых ребенок признается инвалидом, расширением объема льгот таким лицам и повышением в последние годы отрицательного влияния социальных факторов.

Г.В.Тарасова [253] на основе использования интенсивных показателей о детях-инвалидах, получающих социальные пенсии, провела сравнительный анализ региональной распространенности детской инвалидности по территориям России. В результате установлено, что наибольшая распространенность детской инвалидности наблюдается в наиболее экономически развитых районах. Одной из причин высокой детской инвалидности в экономически развитых регионах является высокая концентрация промышленных предприятий и сложившаяся неблагоприятная для здоровья экологическая ситуация. Усложняющаяся из года в год экологическая обстановка в РФ и странах мира является одной из важных причин существенного ухудшения качества здоровья детского населения [21, 27, 115, 166, 167, 267, 300, 304, 305, 326, 328, 329, 337, 338]. По данным

исследований Ю.Е.Вельтищева [1996], Л.А.Щеплягиной с соавт. [1994], В.И.Юрченко с соавт. [1992] в регионах экологического неблагополучия в 1,5 раза и более возрастает показатель инвалидности с детства [63, 109, 144, 286, 292].

Ряд исследователей отмечают, что официальные статистические данные о детской инвалидности занижены [38, 62, 132]. В отдельных случаях имеют место как недооценка врачами характера нарушений и ограничений у ребенка, так и неготовность, нежелание родителей по психологическим мотивам признать, что ребенок является инвалидом и оформить инвалидность [90, 91, 96, 138, 141, 142, 145, 146, 204, 207, 253, 343]. Особенno часты случаи не оформления пенсий детям в сельской местности, когда дети-инвалиды не попадают в поле зрения медицинской и социальных служб [70, 78, 82, 179, 256].

В.В.Ковалев с соавт. [152], сравнив число инвалидов в возрасте 16 лет вследствие психических заболеваний с числом, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах детей с тяжелыми формами умственной отсталости, заведомо приводящих к инвалидности, обнаружили, что на большинстве территорий Российской Федерации число состоящих на учете в диспансерах детей, фактически являющихся инвалидами, больше численности детей, которые юридически признаны инвалидами вследствие психических расстройств.

В.И.Каграманов, 1995 [138], проанализировав сроки оформления инвалидности у детей г. Липецка, пришел к выводу, что у 39,9% детей-инвалидов пенсия по инвалидности была оформлена только после достижения 16 лет, кроме того, пенсия оформлялась лишь у каждого 5-6 ребенка, из числа имеющих выраженные нарушения умственного и физического развития.

Предположение о том, что в России проживает не менее 1 млн детей-инвалидов высказывают Ю.Е.Вельтищев, 1994 [62], Н.Н.Ваганов с соавт.,

1997 [207], объясняя недоучет сложностью выявления и определения инвалидности у детей раннего возраста, а также недоиспользованием врачами-педиатрами всех возможностей, заложенных в Приказе Минздрава РФ №117, согласно которому внедрена гибкая система установления инвалидности на различные сроки, в том числе на срок от 6 месяцев до 2 лет, при довольно широких медицинских показаниях.

С момента внедрения государственной статистической отчетности по детям-инвалидам на основе Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности по официальным данным Минздрава РФ число детей-инвалидов увеличилось на 128,6 тыс. человек (30,2%) и составило в 2000г. 554,9 тысяч (1996г. - 426,3 тысяч). В целом уровень детской инвалидности составил 177,4 на 10 000 детей в возрасте до 16 лет (1996г. - 150,6 на 10 000 детей) [238]. В отечественной литературе прогнозирование уровня и тенденций распространенности детской инвалидности в региональном аспекте представлены в работе Д.И.Зелинской, Л.С.Балевой [121]. Для получения прогноза по детской инвалидности ими были использованы данные за 1985-1997гг. Было установлено, что прогнозируемый уровень к 2002 году будет колебаться по районам РФ в пределах от 452,0 до 562,0 на 10 000 детей в возрасте от 0 до 16 лет.

Патология нервной системы, психические заболевания и врожденные аномалии занимают основное место среди всех состояний, ведущих к инвалидности детей [131, 182, 288] и в сумме составляют по данным разных авторов от 65,4 до 80,0% в структуре причин инвалидности с детства [14, 29, 38, 122, 124, 246]. По данным многих исследователей [2, 61, 121, 124, 153, 168, 216, 263, 287, 288] болезни нервной системы и органов чувств занимают в структуре детской инвалидности ведущее место, по результатам исследований В.И.Рольник [223], Р.К.Игнатьевой [133], Г.Ю.Окуневой [202], Э.В.Гурьяновой с соавт. [94], С.Я.Сарычевой [230], Н.Г.Веселова [67] -

второе место. Поражения нервной системы в виде последствий полиомиелита наблюдались в 11,1-23,5%, инфекционные поражения головного мозга в 5,4-14,5%, наследственные дегенеративные заболевания - в 8,3-9,9%, гидроцефалия - в 5,4% случаев [224, 277, 287]. По данным других авторов, основное значение имеют последствия перенесенных воспалительных и вирусных заболеваний (92,1%), а на наследственно-дегенеративные заболевания приходится лишь 7,9% [190].

Многими исследователями отмечается рост врожденных пороков и наследственных болезней среди инвалидизирующей патологии детского населения [45, 47, 48, 105, 298, 301, 305, 306]. В Российской Федерации ежегодно рождается около 40000 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, это примерно 1 из 10 рожденных детей, из них более половины, как показывает практика, признаются в дальнейшем инвалидами [143, 177, 207, 238]. П.В.Новиков, 1994 [194], Н.П.Бочков, 1995 [45] считают, что в России 3,0-5,5% детей страдают врожденными и наследственными болезнями, которые в развитых странах обуславливают до 50% инвалидности с детства.

Изучение контингента детей-инвалидов позволило Р.К.Игнатьевой с соавт. [196] выявить, что с возрастом увеличивается число детей, основным проявлением патологии которых является умственная отсталость (12,3% в группе детей в возрасте до 7 лет и 33,9% - в группе детей в возрасте 10-14 лет) и расстройства поведения (9,2% - в группе детей в возрасте до 7 лет и 37,9% - в возрасте 10-14 лет).

С возрастом удельный вес детей со стойкими нарушениями в состоянии здоровья нарастает. В возрастной группе 10-15 лет Р.К.Игнатьевой таких детей было зарегистрировано в 3,4 раза больше, чем в раннем детском возрасте (0-3 года). По мере взросления увеличивался удельный вес лиц, как с умственными, так и с физическими нарушениями, однако наиболее значителен он был в отношении интеллектуальных (в 8,3 раза) и сенсорных

(в 8 раз) нарушений [132, 133]. У детей старших возрастных групп возрастает также роль травматизма и приобретенной патологии [89, 98, 104, 122, 149, 241, 252, 309, 311, 317, 322, 325, 330, 331, 334, 340]. В работах Н.А.Геппе с соавт. [1995], В.И.Каграманова [1996], И.П.Катковой [1997], Б.Т.Величковского [1994] было отмечено повышение роли соматической патологии в формировании детской инвалидности [60, 76, 138, 146]. Накапливающийся «груз» детской инвалидности требует не только дополнительных ресурсов в здравоохранении, но и значительного социально-экономического вклада для обеспечения потребностей детей с ограниченными возможностями [207, 316].

По данным Д.И.Зелинской, Л.С.Балевой [2001], Р.К.Игнатьевой [1992], И.А.Камаева, М.А.Поздняковой [1999], З.А.Хуснутдиновой с соавт. [1996] во всех возрастных группах детей установлено статистически достоверное превышение распространенности стойких нарушений среди мальчиков [121, 132, 143, 271, 272].

По данным официальной статистики наибольший удельный вес в структуре причин инвалидности детского населения составляют висцеральные, метаболические нарушения и расстройства питания (25,3%), двигательные (23,9%) и умственные нарушения (19,2%), далее от 8,7 до 2,5% занимают зрительные, другие психологические, уродующие, слуховые и вестибулярные, общие и генерализованные, языковые и речевые нарушения [238]. На подобное ранговое распределение нарушений в состоянии здоровья детей-инвалидов указывают ряд исследователей [121, 133, 142, 143, 271].

По данным Д.И. Зелинской [1998] ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов представлены снижением способности к приобретению знаний и запоминанию (15,9% и 3,5%), восприятию и адекватному интерпретированию внешних событий (9,2% и 4,1%); способности видеть и слышать (7,7% и 5,2%), преодолевать препятствия (7,2%), владеть телом,

действовать руками и перемещаться (3,93%; 3,85%; 3,5%); ограничением возможности к самообслуживанию (8,7%) [117].

У многих детей риск инвалидности существует задолго до рождения [8, 122]. В исследованиях Р.К.Игнатьевой, В.И.Рольник показано, что 62,2-67,6% заболеваний, приведших к возникновению у детей недостатков в умственном и физическом развитии, отнесены к разряду врожденной патологии вследствие органического поражения ЦНС в антенатальном периоде развития [132, 223].

Роль патологии, возникающей в перинатальном периоде, и являющейся основой младенческой смертности [58, 193, 266, 273], также существенна и в хронизации заболеваний и инвалидизации детей [18, 37, 41, 58, 123, 127]. В последнее десятилетие ухудшение здоровья беременных женщин, наблюдающееся в РФ и за рубежом, прогрессирующий рост числа родов с различными осложнениями [15, 120, 164, 207, 238, 258, 266, 296, 324], а также наблюдаемые нарушения здоровья девочек-подростков [36, 87, 93, 293, 229, 240], создающие в будущем патологические отклонения в протекании их беременностей и родов, все эти обстоятельства в совокупности привели к резкому ухудшению большинства показателей здоровья детей и качества здоровья новорожденных [3, 4, 30, 32, 34, 50, 54, 59, 65, 113, 125, 132, 134, 160, 168, 208, 319, 333], требующее длительного и дорогостоящего лечения, которое не всегда предупреждает инвалидизацию [55, 100, 142, 162, 207, 212]. По оценкам экспертов, к 2015 г. доля здоровых детей среди новорожденных может сократиться до 15-20%, а доля новорожденных, страдающих врожденными и приобретенными хроническими болезнями, увеличится до 20-25%. Создается замкнутый цикл: больная мать — больной ребенок — больной подросток — Больная мать — больной ребенок. Продолжительность этого цикла в среднем 20 — 22 года, и с каждым таким циклом потенциал здоровья населения снижается [59, 65, 208].

По данным В.И.Кулакова, Т.М.Доценко с соавт. [163, 164] факторы перинатального риска формируют у детей раннего возраста особый преморбидный фон, способствующий развитию самых разнообразных клинических синдромов. Исследования отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что у новорожденных детей они обусловлены, прежде всего, поражением центральной нервной системы и легких гипоксического и инфекционного генеза, у детей более старшего возраста - нарушениями иммуногенеза с рецидивированием тяжелых вирусно-бактериальных инфекций и склонностью к острым метаболическим расстройствам (заболевания мочевыводящих путей обструктивного генеза, дискинезия желудочно-кишечного тракта) [6, 9, 20, 228, 231, 249, 262, 264, 265, 289, 308, 310, 314].

И.П.Каткова, В.В.Кузнецова отмечают, что причиной заболеваний, приведших к инвалидности ребенка, в 65,3% случаев явились врожденная и перинатальная заболеваемость. Несмотря на это, диагноз заболевания, послуживший причиной инвалидности, только у 9,3% детей был установлен сразу после рождения в возрасте 0-7 дней. Как правило, это были тяжелые поражения центральной нервной системы, врожденные пороки развития [147]. Данный факт связан с тем, что у детей раннего возраста трудно объективно оценить степень функциональных нарушений. По данным ряда исследований чаще всего диагноз устанавливался в течение первых трех лет жизни и в более старшем возрасте [124, 133, 146, 185].

Ранняя диагностика инвалидизирующей патологии становится возможной при помощи введения в педиатрическую практику групп риска новорожденных. В нашей стране предложено несколько различных методик для прогнозирования развития наиболее тяжелых заболеваний. Для работы в условиях детской территориальной поликлиники удобной является прогностическая таблица для определения риска инфекционной патологии у детей, разработанная В.Г.Артемовым, Б.А.Замотиным [22]. В целях

совершенствования экспертизы детской инвалидности в Санкт-Петербурге была разработана программа для раннего выявления (в первые три года жизни) детей с психическими и физическими отклонениями в развитии [154]. В Нижнем Новгороде разработана таблица для прогнозирования риска инвалидизирующей патологии нервной системы, врожденных пороков развития и психических расстройств и содержащая перечень необходимых профилактических мероприятий для определенных групп детей с повышенным риском. Прогнозирование риска инвалидизации предложено проводить как минимум на трех этапах: до наступления беременности, во время беременности, сразу после рождения ребенка [142, 143].

Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что для разработки мер профилактики инвалидности, совершенствования медико-социальной и реабилитационной помощи, как детям-инвалидам, так и тяжелобольным лицам важное значение имеют сведения о причинах, способствующих возникновению и формированию патологии психического и физического развития в детском возрасте [5, 135, 307, 315, 316, 318, 321, 332, 336, 341].

В последние годы с целью выявления факторов, оказывающих влияние на развитие инвалидизирующей патологии, изучения недостатков в медицинской помощи и потребностей данного контингента детей и их семей выполнен ряд социально-гигиенических исследований [57, 91, 118, 145, 150, 168, 179, 185, 199, 201, 204, 216, 230, 297, 299]. Особенно наглядны примеры так называемых комплексных посемейных исследований, охватывающие, по возможности, все стороны семейной жизни (материальную обеспеченность, уровень культуры, жилищные условия, питание, воспитание детей, внутрисемейные отношения, обеспеченность медицинской помощью и многие другие) и их влияние на здоровье членов семей [219, 200].

Н.Г.Веселов предложил классифицировать факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье детей на 3 группы: 1) социально-

гиgienические (плохие материально-бытовые условия, вредные условия работы родителей и их низкое материальное положение); 2) медико-демографические (многодетная семья, отсутствие в семье одного из родителей, наличие ребенка с врожденными аномалиями, случаи мертворождения в семье, смерть ребенка в возрасте до 1 года); 3) социально-психологические (вредные привычки или психические заболевания родителей, неблагоприятный психологический климат в семье, низкая общая и санитарная культура) [68].

М.В.Грба, анализируя риск возникновения инвалидности с детства вследствие психической патологии, выявил определяющую роль медико-биологических факторов. В структуре причин, приведших к возникновению инвалидности, высокий удельный вес занимала наследственная отягощенность и алкоголизм родителей [86].

В исследовании С.А.Овчаренко приводятся данные о том, что наиболее весомыми и значимыми в инвалидизации оказались следующие причины и факторы: неудовлетворительная организация и низкое качество медицинского обслуживания — отсутствие специализированных медицинских учреждений, таких как реабилитационные центры, отделения восстановительного лечения и другие виды специализированных медицинских учреждений (63,4 % случаев); отсутствие систематического наблюдения врачами (22,1 % случаев); низкие показатели профилактической работы (у 16,3 % обследованных не проводилась диспансеризация), недостаточная медицинская активность со стороны родителей, имеющих детей-инвалидов [198].

Научные исследования [49, 74, 205, 213, 225, 227, 247, 295] показывают снижение и дисгармоничность физического развития, большую заболеваемость детей в семьях медико-социального риска по сравнению с благополучными полными семьями. Для дисфункциональных и социопатических семей характерен высокий процент детей с

морфофункциональными нарушениями и хроническими заболеваниями [79, 236, 245].

Инвалидность как проблему здравоохранения необходимо рассматривать как с позиции распространенности и полноты учета, так и возможности создания условий для оптимального качества жизни инвалидов и обеспечения их психо-педагогической помощью и медицинской реабилитацией [169, 178, 206, 207]. Возрастающее число инвалидов среди населения делает проблему реабилитации исключительно важной, что обуславливается также общегосударственными интересами [85, 95, 96, 204, 251]. Отмечается необходимость соблюдения принципов раннего начала и этапности реабилитации, подчеркивается важность послебольничного этапа реабилитации [1].

Ряд авторов отмечают, что реабилитация должна быть направлена на обеспечение детям, имеющим выраженные нарушения функции органов и систем, возможности ведения образа жизни, свойственного возрасту. Обучение детей с недостатками умственного и физического развития должно быть ориентировано не только на усвоение определенного объема знаний, но также на развитие социальных навыков и способности участвовать в общественно-полезном труде [19, 88, 140, 145, 170, 216, 339]. В международной практике и при поддержке ВОЗ все шире провозглашается необходимость создания равных возможностей инвалидов с другими членами общества посредством законодательства о социальной защите инвалидов, обучения их доступным и престижным профессиям и интеграции инвалидов в общество. При этом предусматривается создание для них своего рода безбарьерной среды обитания, позволяющей облегчить адаптацию инвалидов к общепринятым нормам общества [111, 200, 313, 320].

Реабилитация детей имеет ряд особенностей, обусловленных возрастно-биологическими параметрами, среди которых выделяются необходимость адаптации детей в отличие от реадаптации взрослых; необходимость учета

анатомо-физиологических и психологических особенностей детского возраста; обязательное участие родителей в процессе реабилитации [62, 148, 211, 161, 169]. В последние годы стали появляться исследования, посвященные роли и значению семьи в реабилитации тяжелобольных детей [90, 143, 150, 151].

О.Н.Щепетова излагает систему реабилитационной помощи, в основу которой положена концепция ВОЗ трехмерной оценки состояния здоровья. Подчеркивается неоспоримость медицинского аспекта в реализации многоплановых задач реабилитации. Автор полагает, что термин «реабилитация» правомочен в тех случаях, когда это касается тяжелобольных и инвалидов, а достигнутый эффект предполагает восстановление (полное или частичное) функции при условии применения всех трех компонентов реабилитации (медицинского, профессионального и социального), для чего требуются усилия специалистов разных профилей [278]. В монографии Е.Т.Лильина, В.А.Доскина «Детская реабилитология» изложен взгляд на реабилитацию и содержание работы реабилитационного центра, который предполагает комплексный подход к решению этой проблемы, заключающейся в лечении основного и сопутствующих заболеваний; профилактике психопатологического развития личности, аномалий поведения, семейной дезадаптации [170].

Кризисная ситуация в социальной, экономической, экологической и других сферах нашей жизни оказала непосредственное негативное влияние на здоровье детей, в связи с этим актуальной задачей остается переосмысление всего комплекса мер, проводимых в настоящее время по сохранению здоровья детей, и расширение научных исследований по определению приоритетных направлений государственной политики в этой области [12, 17, 28, 52, 53, 54, 58, 64, 66, 69, 90, 110, 133, 147, 156, 157, 159, 171, 172, 174, 176, 180, 182, 195, 206, 234, 244, 248, 279, 280, 281, 285, 290, 291, 293, 275, 282]. Совершенствование форм и методов охраны здоровья

детского населения невозможно без углубленного и постоянного анализа информации о закономерностях формирования здоровья детей, причем учет региональных особенностей является необходимым условием рациональной организации деятельности системы здравоохранения на конкретной территории [16, 39, 40, 75, 107, 137, 139, 165, 181, 207, 244, 261, 294].

Исследования в области детской инвалидности стали чрезвычайно актуальными для современного общества в целях внедрения систем медицинского обеспечения, направленных на предупреждение инвалидности, прогнозирования последствий болезней у детей, страдающих инвалидизирующими заболеваниями, более точного планирования медицинских и социальных программ по созданию служб реабилитации и восстановительного лечения [56, 191, 221, 222]. Все большее значение приобретает разработка районированных норм лечебно-профилактической помощи с учетом местных особенностей и условий жизни детского населения, что даёт возможность улучшать систему охраны здоровья детей в конкретных регионах [7, 23, 31, 43, 101, 103, 106, 129, 138, 173, 183, 187, 203, 209, 242, 257, 259, 276], прежде всего тех, которые отличаются особыми климатогеографическими, социально - экономическими и экологическими условиями [10, 12, 13, 20, 33, 46, 51, 77, 97, 99, 126, 128, 167, 192, 226, 232, 233]. Астраханская область по своеобразию географического положения, экологическим условиям может быть отнесена к таким регионам.

Обзор литературных источников свидетельствует об актуальности проблемы детской инвалидности, не изученности ее для Астраханской области, что определило необходимость проведения комплексного социологического исследования, которое поможет выявить региональные особенности в состоянии здоровья детей-инвалидов и учесть последнее при планировании медико - социальных профилактических и реабилитационных мероприятий населению данной категории.

ГЛАВА II

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В соответствии с целями и задачами исследования разработана программа комплексного социально-гигиенического изучения причин и закономерностей инвалидности детского населения Астраханской области (схема 1). Программой предусматривалось проведение исследования по разделам.

I раздел - "Общая характеристика динамики общей и первичной детской инвалидности (0-15 лет) по Астраханской области за 1996-2002 гг." - включал в себя изучение особенностей уровня и динамики общей и первичной детской инвалидности; возрастно-полового состава детей-инвалидов; уровня и динамики инвалидности детей по основным классам болезней – нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения, врожденных аномалий развития.

II раздел - "Основные причины инвалидности детского населения региона" - предусматривал анализ динамики и структуры общей детской инвалидности по обусловившему заболеванию с учетом возраста, пола и места проживания детей-инвалидов, а также структуры детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья и ведущему ограничению жизнедеятельности.

III раздел - "ТERRиториальная характеристика динамики общей инвалидности детского населения Астраханской области" - посвящен изучению особенностям динамики патологии по данным об основных причинах инвалидности детского населения (0-15 лет).

Схема 1.

**ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
(ПО МАТЕРИАЛАМ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

I РАЗДЕЛ. "ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"

- 1) Особенности уровня и динамики детской инвалидности.
- 2) Возрастно-половой состав детей-инвалидов.
- 3) Уровень и динамика инвалидности детей от основных причин – заболеваний нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения, врожденных аномалий развития.



II РАЗДЕЛ - "ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА"

- 1) Структура, уровень, динамика общей и первичной инвалидности детей с учетом возраста, пола и места жительства.
- 2) Динамика и структура детской инвалидности по обусловившему заболеванию с учетом возраста, пола и места проживания детей-инвалидов;
- 3) Динамика и структура детской инвалидности по главному нарушению состояния здоровья детей-инвалидов.
- 4) Динамика и структура детской инвалидности по ведущему ограничению жизнедеятельности детей-инвалидов.



III РАЗДЕЛ - "ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ»

посвящен изучению:

особенностей очаговости инвалидности детского населения с учетом административно - территориального деления в динамике, данные исследования были представлены в виде картограмм.



IV РАЗДЕЛ - "СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА И ЕГО СЕМЬИ".

Изучение влияния на детскую инвалидность следующих факторов:

- а) акушерско-гинекологического анамнеза матери;
- б) наследственных факторов;
- в) производственная деятельность родителей;
- г) микроклимат семьи, воспитательные аспекты;
- д) жилищно-бытовые условия;
- е) медицинская активность;
- ж) удовлетворенность качеством оказываемой медицинской помощи.

Данный этап проводился с учетом административно - территориального деления, результаты исследования были представлены в виде картограмм.

IV раздел - "Социально-гигиеническое исследование ребенка-инвалида и его семьи". В этот раздел входило изучение влияния на детскую инвалидность следующих групп факторов: акушерско-гинекологического анамнеза матери; наследственных факторов; факторов, связанных с производственной деятельностью родителей; факторов микроклимата семьи, воспитательных аспектов, жилищно-бытового характера; факторов, связанных с медицинской активностью. В ходе исследования также изучены вопросы удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи.

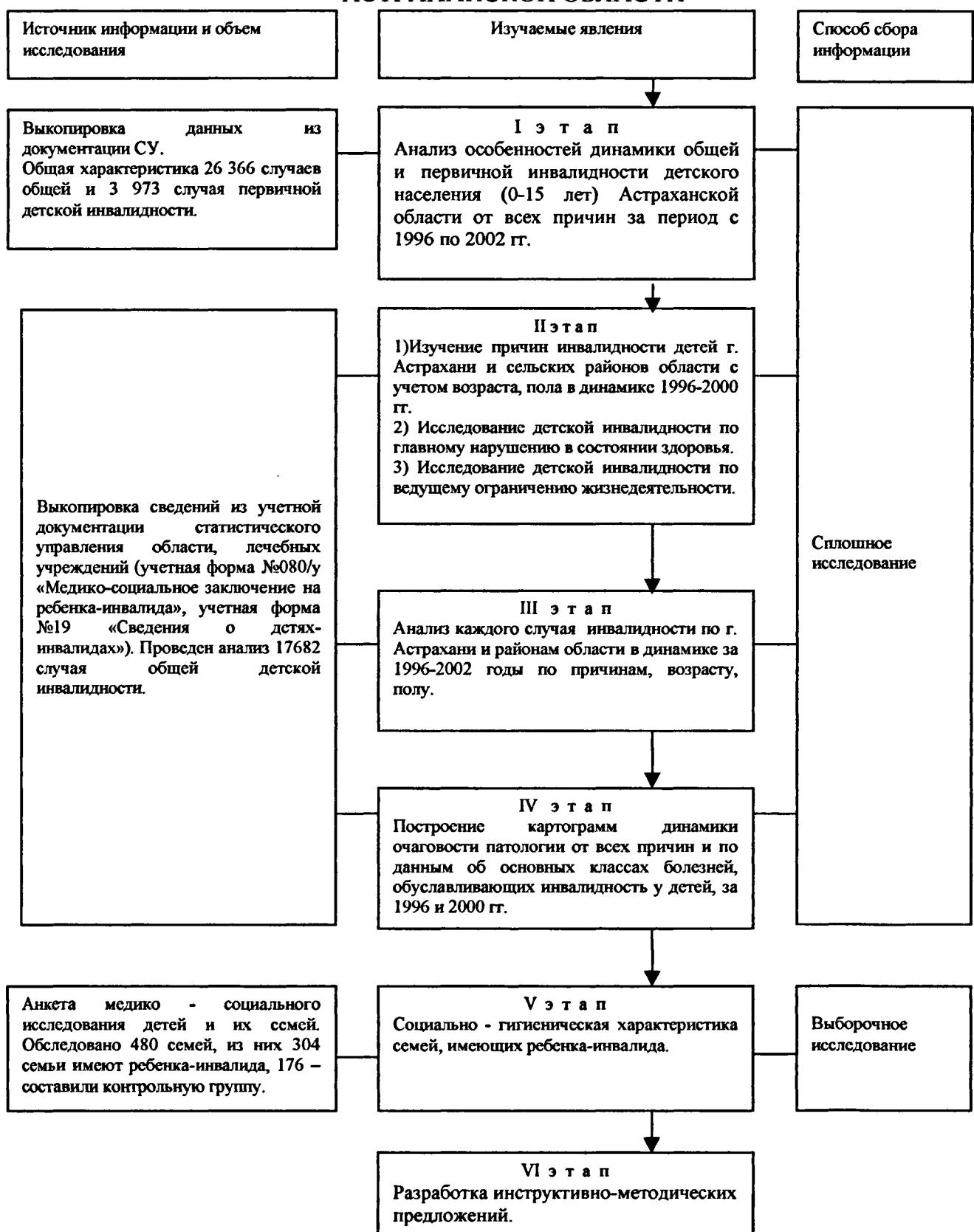
Проведенное исследование выполнялось в шесть этапов (схема 2).

На первом этапе исследования проводилось изучение особенностей динамики общей и первичной инвалидности детского населения Астраханской области от всех причин за период с 1996 по 2002 гг. на основании выкопировки данных из медицинской учетной документации: Форма №19 «Сведения о детях-инвалидах». Всего было проанализировано 26366 случаев общей и 3 973 случаев первичной детской инвалидности с вычислением интенсивных показателей по полу, возрасту и обусловившему заболеванию. Эта часть исследования проводилась по краткой программе согласно вопросам первого раздела за период с 1996 по 2002 гг. (общая характеристика динамики инвалидности детского населения Астраханской области).

На втором этапе исследования изучались все случаи детской инвалидности по обусловившему заболеванию, главному нарушению в состоянии здоровья и ведущему ограничению жизнедеятельности с учетом возраста, пола и места проживания детей-инвалидов в динамике за период с 1996 по 2000 годы.

Схема 2.

**ЭТАПЫ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИН И
ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**



На основании выкопировки данных из медицинского заключения на ребенка-инвалида (учетная форма №80/у-96 «Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида») было проанализировано 17 682 случаев общей детской инвалидности. В изучаемой группе до 1998 г. включительно все случаи инвалидности детей указывались согласно классам Международной классификации болезней, травм и отравлений (МКБ) IX пересмотра; с 1999 года согласно МКБ-X пересмотра.

На третьем этапе исследования на каждого ребенка-инвалида все необходимые сведения (фамилия, имя, отчество, пол, возраст, постоянное место жительства, обусловившее заболевание, главное нарушение в состоянии здоровья, ведущее ограничение жизнедеятельности) вносились в электронную таблицу Excel для дальнейшей обработки.

На четвертом этапе исследования было произведено построение картограмм динамики патологии по данным основных причин инвалидности детей (0-15 лет) за период с 1996 по 2000 гг. На показатели общественного здоровья за последние годы, в том числе и на инвалидность, оказывают отрицательное влияние такие факторы, как возрастание ритма жизни, рост выбросов промышленных производств и транспорта, увеличение основных видов травматизма. В связи с этим, большое значение приобретает разработка районированных показателей состояния здоровья детей, учитывающих местные особенности условий жизни. Учитывая эти особенности при выполнении данного этапа исследования, был использован метод расчета ранговых категорий соотношения уровней инвалидности детского населения по сельским районам Астраханской области при их сравнении в 2000 г. с таковыми в 1996 г. На основании произведенных расчетов были составлены картограммы порайонных ранговых категорий соотношения уровней инвалидности детского населения. Превышение уровня показателей состояния здоровья детей в 2000 году уровня 1996 года не более, чем на 10%, расценивалось как «умеренное». В случае превышения

оцениваемых уровней в пределах от 11% до 20% по сравнению с межрайонными или с исходным годом была использована градация «высокая степень превышения». Увеличение уровней на 21% и более было квалифицировано как «сильное превышение». Каждой указанной степени превышения на картограммах соответствует свой тип штриховки. Различия между соответствующими проанализированными показателями были статистически достоверны ($t>2$).

На пятом этапе исследования была дана медико-социальная характеристика ребенка-инвалида и его семьи. Проведенное нами медико-социальное исследование детей-инвалидов имело целью дать характеристику факторов акушерско-гинекологического анамнеза матери, наследственных факторов, условий трудовой деятельности и образования родителей, жилищно-бытовых условий, режима и распорядка дня, микроклимата в семье и воспитательных аспектов, медицинской активности, уровня оказания медицинской помощи и т.д. Во время исследования применялись следующие социологические методы: метод случайной выборки, анкетирование, интервьюирование, контент-анализ, историческое исследование, анализ данных.

В нашем исследовании сведения о факторах риска, анамнезе болезни были получены на основании учетных форм №113/у «Обменная карта» и №112/у «История развития ребенка», данные об условиях и образе жизни ребенка-инвалида - путем опроса его ближайших родственников, при посещении ими детских лечебно-профилактических учреждений. Опрос велся по разработанной анкете «Социально - гигиеническое исследование ребенка» (приложение - 2). Как основа нами использована модифицированная программа медико-социального обследования ребенка-инвалида и его семьи, разработанная И.А. Камаевым (1999 г.). Анкета включала восемь разделов:

1 раздел «Паспортная часть», который содержит общие сведения о ребенке-инвалиде: фамилия, имя, отчество, возраст, домашний адрес, детское учреждение, которое посещает ребенок, диагноз, имеет ли ребенок инвалидность, характер возникновения случая инвалидности.

2 раздел «Акушерский анамнез» - отражает сведения об акушерском анамнезе матери до рождения ребенка, об особенностях протекания беременности и родов, от которых родился ребенок, а также о состоянии ребенка после рождения. Данный раздел также включал вопросы о перенесенных заболеваниях во время беременности, приеме лекарственных препаратов, профессиональных вредностях и вредных привычках матери.

3 раздел «Сведения о семье» - содержал вопросы о возрасте матери к моменту рождения ребенка, семейном положении матери, полноте семьи, о количестве детей в семье, наличии у них умственных и физических расстройств, хронических заболеваниях матери и отца до рождения ребенка, наследственных заболеваниях в семье. В раздел также входили сведения об образовании родителей и работе, социальном положении, доходах на 1 члена семьи в месяц, времени проживания в данной местности.

4 раздел «Медицинская активность» – включает вопросы о получении ребенком психо-педагогической помощи, обучении трудовым и профессиональным навыкам, удовлетворенности медицинской помощью, полноте рекомендаций медицинских работников, медицинских реабилитационных мероприятиях, проводимых ребенку.

5 раздел «Микроклимат семьи и воспитательные аспекты» содержит вопросы, касающиеся отношений между членами семьи и времени, которое тратят родители на занятия с ребенком.

6 раздел «Режим» - включает вопросы о количестве проведенных ребенком часов на свежем воздухе, дневном сне, характере и частоте питания, об организации досуга и летнего отдыха.

7 раздел «Жилищно-бытовые условия» – отражает наличие отдельного жилья и удобств, размер жилой площади на 1 члена семьи, наличие подсобного хозяйства и личного транспорта.

8 раздел «Помощь» – включает вопросы о поддержке семьи органами социальной защиты, льготах в виде бесплатного питания и содержании детей в детских учреждениях, потребности в других видах помощи.

Анкетирование было проведено по методу случай-контроль. Всего было проанкетировано 480 детей. Основная группа детей-инвалидов в возрасте от 0-15 лет была получена методом случайной выборки и состояла из 304 детей-инвалидов, из них 254 мальчика и 226 девочек. В числе отобранных случаев жители г. Астрахани составили 53,6%, сельских районов области – 46,4%. По возрастному составу группа была поделена на следующие возрастные периоды: 0-4 года – 67 детей-инвалидов заняли 22% среди всей группы, 5-9 лет – 102 детей (33,6%), 10-14 лет – 79 ребенка (26%) и 15 лет и старше – 56 человека (18,4%). Среди основной группы детей на 1-ом месте в структуре инвалидности с детства стояли болезни нервной системы, на 2-ом месте - врожденные пороки развития, на 3-ем – психические расстройства и расстройства поведения. Прочие причины заняли 26,4%. Таким образом, анализ возрастно-полового состава основной группы и причин, обусловивших инвалидность у детей, свидетельствует, что по этим параметрам она аналогична в целом структуре детской инвалидности по Астраханской области.

Контрольную группу составили 176 условно здоровых детей, не имеющих инвалидность, и сходных по половому и возрастному составу с детьми основной группы. В связи с этим, проведенное выборочное социологическое исследование детей-инвалидов и их семей, можно считать достоверным. Все выявленные различия влияния факторов медико-социального, наследственно-семейного характера в соответствующих выборочных совокупностях были статистически достоверны ($t>2$).

На шестом этапе обобщение данных комплексного социологического исследования послужило основой для разработки инструктивно-методических предложений.

Основная обработка материала исследования производилась по общеизвестным методикам санитарной статистики: вычисление интенсивных и экстенсивных показателей, средних величин, их ошибок, стандартных отклонений, достоверности различий интенсивных и средних величин.

Статистическая обработка материала исследования была проведена на электронно-вычислительных машинах IBM-PC-586 с помощью основных и сопряженных биометрических методик.

ГЛАВА III

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Эпидемиология детской инвалидности в Астраханской области.

Проведенное статистическое исследование детской инвалидности за период с 1996 по 2002 гг. выявило увеличение распространенности ее по Астраханской области в целом. Областные показатели к 2002 г. выросли в 1,4 раза, в т. ч. по г. Астрахани отмечен прирост в 1,3 раза, по сельским районам – в 1,5 раза (табл. 3.1.1.). При этом отмечен прирост во всех возрастных группах. Так, по Астраханской области в группе 0-4 и 5-9 лет увеличение уровня произошло в 1,3 раза, в 10-14 лет в 1,4 раза, в группе 15-летних – в 1,5 раза (табл.3.1.3, табл. 3.1.4.).

Изучение распространенности детской инвалидности по полу в Астраханской области выявило, что уровень ее среди мальчиков превышает в 1,2 раза таковую среди девочек. В динамике за исследуемый период уровень распространенности инвалидности среди мальчиков в возрасте 0-15 лет по области вырос к 2002 г. в 1,4 раза, в сельских районах области – в 1,5 раза, в г. Астрахани – в 1,2 раза. Число девочек-инвалидов увеличилось по области и городу к 2002 г. в 1,3 раза, в районах области – в 1,4 раза (табл. 3.1.2.).

Изучение распространенности инвалидности у детей по отдельным возрастным группам выявило следующую закономерность: наиболее высокие показатели инвалидности отмечаются в возрастных группах 10-14 и 15-летних, в среднем, - 193,6^{0/000} и 199,0^{0/000} соответственно и самые низкие в группе 0-4 лет, в среднем, - 84,7^{0/000}. Следовательно, увеличение распространенности инвалидности прямо пропорционально возрасту и объясняется «грузом» инвалидности (табл. 3.1.3., 3.1.4.).

Изучение впервые установленной инвалидности позволяет выявить обратную закономерность по области в целом: наибольшие показатели

отмечены у детей 0-4 лет, в среднем, - 28,7^{0/000}, наименьшие в 10-14 и 15 лет – в среднем, 21,6^{0/000} и 21,4^{0/000} (табл.3.1.6., табл.3.1.7.). Возможно, что обратная зависимость частоты выявления инвалидности от возрастной структуры связана с процессами формирования функций органов и систем, сниженными функциональными возможностями организма ребенка от 0 до 4 лет, по сравнению с детьми более старших возрастных групп.

Впервые установленная инвалидность у детей в области имеет стабильные показатели, за счет наметившейся тенденции к снижению частоты ее выявления в г. Астрахани (к 2002 г. - в 1,7 раза) и постоянного прироста в районах области (к 2002 г. – в 1,9 раза). Если в 1996 г. в г. Астрахани частота выявления инвалидности была существенной 44,5^{0/000} – это в 3,3 раза выше, чем в сельских районах области, то к 2002 г. произошло уравнивание показателей (табл. 3.1.5.).

Интересен тот факт, что при сопоставлении повозрастных уровней первичной и общей детской инвалидности по Астраханской области выявлено: увеличение разницы между данными показателями прямо пропорционально возрасту, т.е. соотношение между первично установленной детской инвалидностью и ее распространенностью возрастает в старших возрастных группах, что свидетельствует о накоплении ее «груза». Так, по Астраханской области разрыв между частотой и распространенностью инвалидности в возрастной группе 0-4 лет наименьший – в среднем, 53,8^{0/000}, в 5-9 лет – 134,2^{0/000}, тогда как в возрастных группах 10-14 и 15 лет достигает максимальных значений – в среднем, 172,5^{0/000} и 177,5^{0/000} соответственно.

Как показал проведенный анализ, максимальные значения показателя впервые выявленной инвалидности по Астраханской области отмечены в раннем возрасте (0-4 года) – в среднем, 30,9^{0/000}. Общеизвестно, что в раннем детском возрасте система профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий является наиболее эффективной, так как вес фактора накопления «груза» патологии в этом возрасте наименьший (разрыв между

частотой и распространенностью инвалидности в данной возрастной группе наименьший – в среднем, 53,8^{0/000}). Развитие реабилитационной службы для детей раннего возраста является перспективным направлением, и будет способствовать снижению груза инвалидности в старших возрастных группах (табл. 3.1.3., 3.1.6.).

Как уже было отмечено ранее, в возрастной группе 5-9 лет распространность детской инвалидности составляет, в среднем, 158,7^{0/000}, что превышает в 1,9 раза аналогичный показатель в группе детей 0-4 лет. Вместе с тем число детей с впервые установленной инвалидностью в этой возрастной группе уменьшается в среднем, в 1,3 раза. Таким образом, увеличивается разница между распространностью и частотой инвалидности, что свидетельствует о накоплении ее «груза» (табл. 3.1.3., 3.1.6.).

Распространенность инвалидности у детей 10-14 лет увеличилась по отношению к предшествующей возрастной группе (5-9 лет), в среднем, в 1,2 раза, а к возрастной группе 0-4 года в 2,3 раза и является самой высокой среди всех возрастных групп. В возрастной группе 10-14 лет увеличивается также разрыв между частотой и распространностью инвалидности, достигая максимальных значений – в среднем, 172,5^{0/000} (табл. 3.1.3., 3.1.6.).

Интересен тот факт, что распространность инвалидности среди детей 15 лет в 2000-2002 гг. незначительно превышала соответствующий уровень у 10-14 летних в 1,2 раза, данное превышение не было характерно на протяжении предшествующего периода (1996-1999 гг.) (табл. 3.1.3.).

В динамике за исследуемые годы заметно увеличились темпы возрастания «груза» патологии, а также темпы увеличения разрыва между частотой и распространностью инвалидности прямо пропорционально возрасту. Так, в возрасте 0-4 лет соотношение между впервые установленной инвалидностью и распространностью в 1996 г. составило – 1:2,4, в 2002 г. – 1:2,5; в возрасте 5-9 лет соотношение возрастает, в среднем, в 2 раза и в 1996

г. равно – 1:5,2, в 2002 г. – 1:7,5; в возрасте 10-14 лет соотношение в 1996 г. составило – 1:6,3 и к 2002 г. выросло до 1:10,9; в возрастном интервале 15 лет в 1996 г. соотношение составило – 1:7,8 и выросло к 2002 г. до – 1:10,3 (рис. 3.1.1., табл. 3.1.8.).

Табл. 3.1.8.
Распространенность и частота выявления инвалидности у детей обоего пола в Астраханской области, ($\text{}/\text{тыс}$).

Возрастная группа	0-4 года		5-9 лет		10-14 лет		15 лет	
	A	B	A	B	A	B	A	B
A) Впервые установленная								
B) Распространенность								
1996	30,3	72,7	25,9	134,3	25,6	160,8	18,8	146,5
1997	23,4	77,3	21,6	145,1	18,7	169,9	20,7	169,4
1998	30,5	83,0	25,4	154,5	23,1	193,5	30,7	181,4
1999	29,9	88,4	23,4	159,4	20,8	198,6	16,3	178,6
2000	29,4	84,8	26,6	166,8	19,8	204,4	20,7	253,8
2001	34,5	89,5	24,5	172,3	19,7	210,6	21,3	239,6
2002	38,8	97,1	23,9	178,6	19,9	217,3	21,8	223,8
Ср. значение (1996-2002)	30,9	84,7	24,5	158,7	21,1	193,6	21,5	199,0

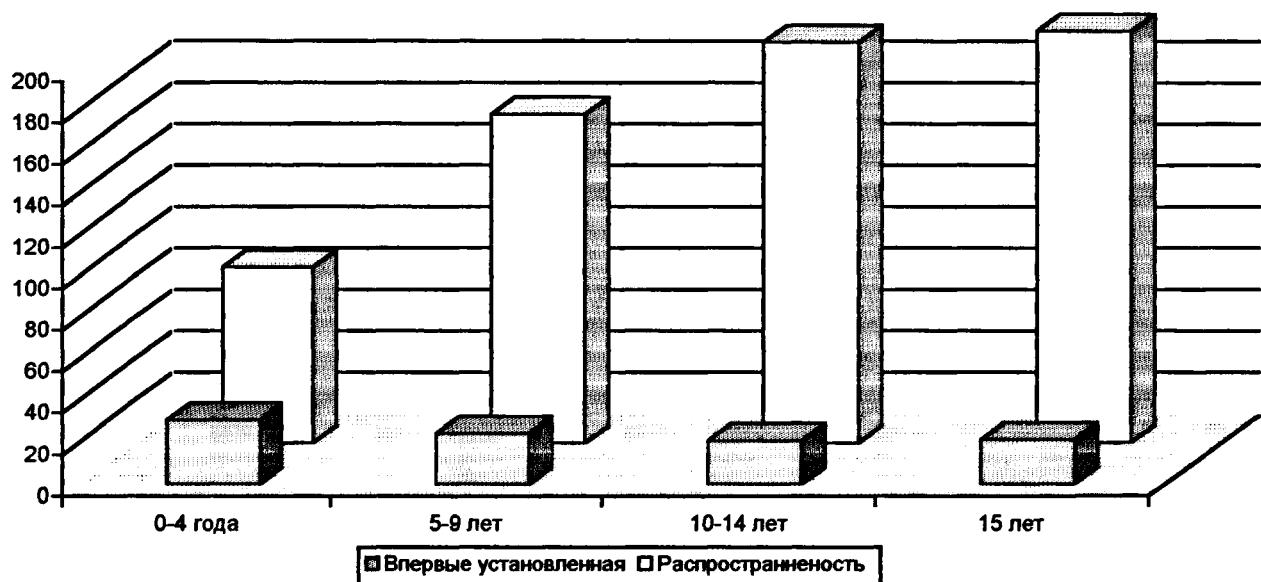


Рис. 3.1.1. Сопоставление распространенности и частоты выявления детской инвалидности в различных возрастных группах, ($\text{}/\text{тыс}$).

Проведенные исследования показали, что по Астраханской области среди мальчиков все показатели распространенности инвалидности статистически достоверно выше, чем среди девочек. Разница в соотношении распространенности детской инвалидности среди девочек и мальчиков становится заметной с возрастного интервала 5-9 лет (в среднем, - 1:1,3) и остается стабильной до 16-летнего возраста. При этом данная закономерность не распространяется на частоту выявления инвалидности, так наибольшие различия данного показателя среди мальчиков и девочек наблюдаются в возрасте 5-9 и 10-14 лет, а наименьшие 0-4 и 15 лет (рис. 3.1.2., табл. 3.1.9.). Это может объясняться тем, что девочки недостаточно охвачены диспансеризацией с учетом специфических особенностей здоровья в пубертатном периоде.

Накопление «груза болезней» может косвенно свидетельствовать, с одной стороны, о недостаточных объеме и качестве профилактической работы, направленной на предупреждение хронизации болезней, что приводит к развитию тяжелых нарушений и ограничений жизнедеятельности, с другой стороны, о том, что содержание и результативность реабилитационной помощи не имеет нужной направленности. В то же время у ребенка 10-14 лет происходят нейроэндокринная перестройка организма, формирование половой и психо-социальной зрелости.

Педиатрическая служба недостаточно ориентирована на особенности формирования здоровья и развития болезней в пубертатном периоде, что может усиливать эффект неблагоприятного влияния образа жизни и окружающей среды на здоровье. Осложняющим фактором являлся также разрыв системы непрерывного медицинского наблюдения за детьми этого возраста, так как с 15 лет дети обслуживались подростковыми подразделениями общелечебной сети.

Табл. 3.1.9.

Распространенность и частота выявления инвалидности у детей в зависимости от возраста и пола в Астраханской области, ($\text{^0}/\text{000}$).

Возрастная группа	0-4 года		5-9 лет		10-14 лет		15 лет	
	A	B	A	B	A	B	A	B
A) Впервые установленная								
1996 мальчики	29,6	74,8	28,3	145,5	30,8	184,8	26,3	169,9
девочки	31,0	70,4	23,4	122,7	20,4	136,2	11,1	122,4
1997 мальчики	22,3	74,8	26,1	159,6	20,9	194,8	20,3	184,4
девочки	24,6	80,0	16,8	130,0	16,5	144,3	21,1	153,9
1998 мальчики	31,5	79,1	28,4	174,5	24,9	219,1	33,9	200,3
девочки	29,3	87,2	22,2	133,5	21,2	167,2	27,4	162,3
1999 мальчики	31,2	87,9	27,9	184,7	22,4	219,6	12,7	187,7
девочки	28,6	89,0	18,6	132,4	19,1	177,2	20,0	169,2
2000 мальчики	30,7	82,4	31,8	191,8	21,8	224,7	20,1	292,2
девочки	28,1	87,3	21,0	140,0	17,7	183,4	21,3	215,4
2001 мальчики	39,4	91,6	29,3	189,9	21,2	229,4	22,1	281,9
девочки	29,6	87,4	19,7	154,7	18,2	191,8	20,5	197,3
2002 мальчики	45,3	102,5	28,9	194,4	20,5	244,8	24,6	257,6
девочки	31,8	91,3	18,6	161,6	19,3	188,6	18,9	188,6
Ср. значение (1996-2002)								
мальчики	32,8	84,7	28,7	177,2	23,2	216,7	22,9	224,7
девочки	29,0	84,6	20,0	139,3	18,9	169,8	20,0	172,7

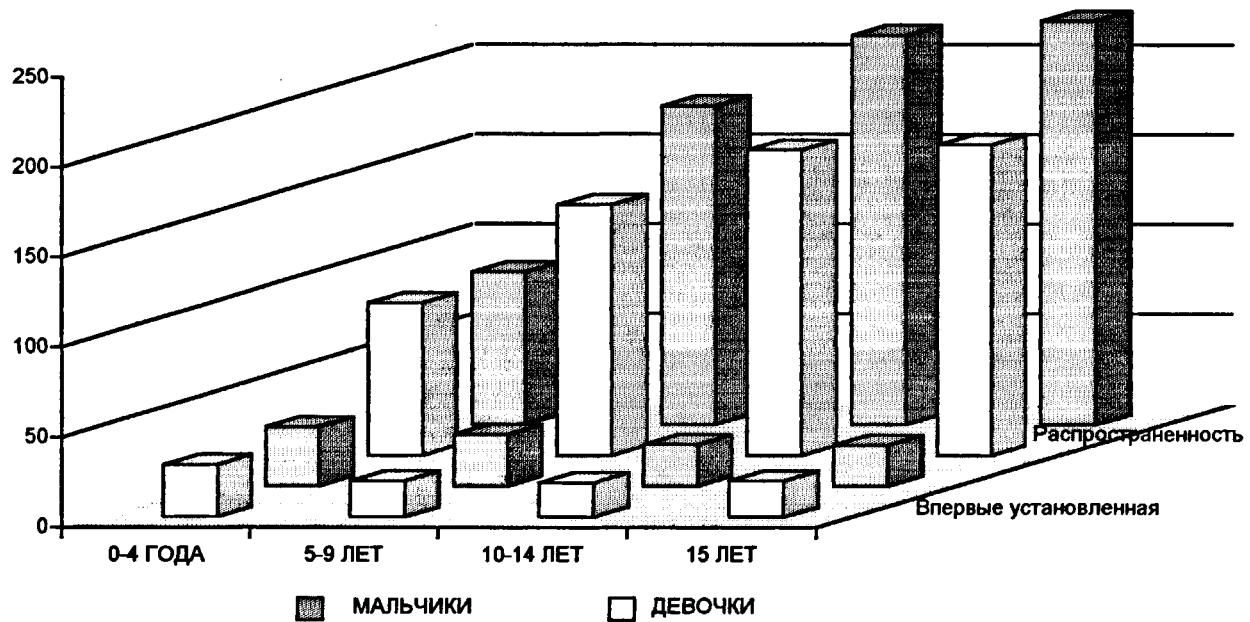


Рис. 3.1.2. Сопоставление распространенности и частоты выявления детской инвалидности в зависимости от возраста и пола, ($\text{^0}/\text{000}$).

3.2. Структура детской инвалидности по обусловившему заболеванию.

Параллельно с изучением половозрастных особенностей распространенности детской инвалидности изучена структура ее причин.

Три класса заболеваний (болезни нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения, а также врожденные пороки развития) определяют основную структуру детской инвалидности, составляя по области, в среднем, - 64,3%. Меньшая доля (35,7%) представлена следующими классами: болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,4%, органов дыхания – 4,9%, мочеполовой системы – 3,6%, эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена и иммунитета – 3,3%, травмами и отравлениями – 2,6%, прочими – 15,9% (рис. 3.2.1.).

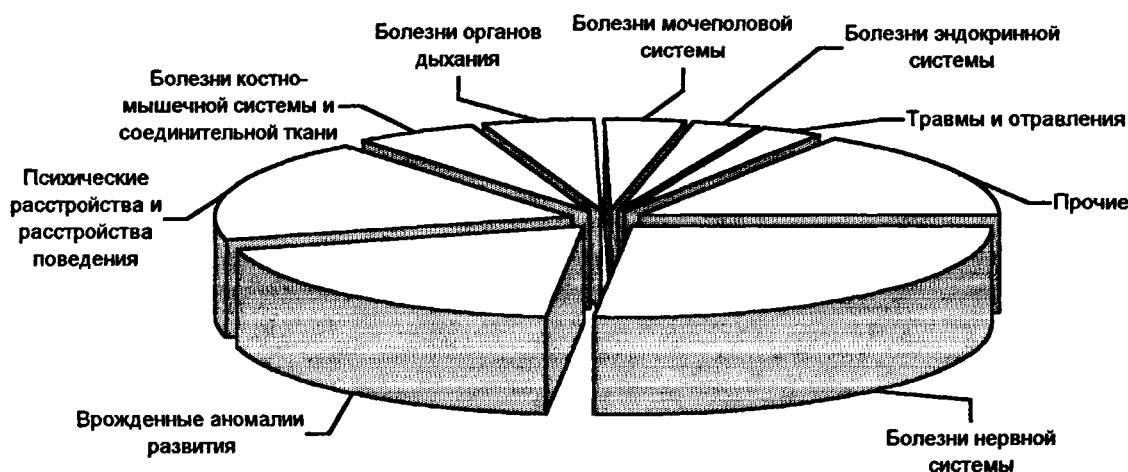


Рис. 3.2.1. Структура причин детской инвалидности по обусловившему ее заболеванию в Астраханской области за период с 1996–2000 гг., (%).

Первое ранговое место занимали болезни нервной системы и органов чувств, составив по области, в среднем, – 26,8%, (по г. Астрахани – 28,6%, в сельских районах области – 25,6%). Ввод в действие с 1999 г. МКБ-10 пересмотра, в которой из класса болезней нервной системы и органов чувств были выделены самостоятельные классы «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и «Болезни уха и сосцевидного отростка» естественно снизило удельный вес класса болезней нервной системы с 34,6% в 1996 г. до 19,4% в 2000 г. В структуре причин инвалидности по классу «Болезни нервной системы» дети с наследственными и дегенеративными болезнями ЦНС составляют лишь 11,9%, с воспалительными болезнями ЦНС – 2,1%.

При рассмотрении уровня детской инвалидности по классу «Болезни нервной системы» в зависимости от местности проживания детей-инвалидов отмечено, что ее уровень по г. Астрахани превышал соответствующий по районам области, в среднем, - в 1,4 раза.

Второе и третье место в структуре причин детской инвалидности делят инвалидность по классу «Психические расстройства, расстройства поведения» и «Врожденные аномалии развития».

Класс «Психические расстройства и расстройства поведения» в структуре общей детской инвалидности по области составляет, в среднем, - 18,5% (по г. Астрахани – 13,3%, сельским районам области – 22,8%). Основной составляющей данного класса болезней является умственная отсталость – 86,9%. Остальные 13,1% приходятся на детей с прочими психическими расстройствами и расстройствами поведения (психозы (4,1%), органические, включая симптоматические психические расстройства (6,3%), расстройства психического развития, эмоциональные расстройства и расстройства поведения (2,7%)).

В районах области уровень детской инвалидности по классу «Психические расстройства и расстройства поведения» в 1,4 раза превышал

соответствующий уровень в г. Астрахани. При этом, в сельских районах области в течение 2-х последних лет данный класс вышел на первое место в структуре общей детской инвалидности.

Дети с врожденной патологией от общего количества детей-инвалидов составляют по Астраханской области - 19% (по г. Астрахани – 23%, сельским районам области – 16%). В структуре причин инвалидности по классу «Врожденные аномалии развития» необходимо отметить, что наибольший процент составляют дети с пороками сердца и системы кровообращения (в среднем, - 24,6%), центральной нервной системы и органов чувств (14,3%) и с хромосомными аномалиями (5,6%).

При рассмотрении уровня детской инвалидности по классу «Врожденных пороков развития» в зависимости от местности проживания детей-инвалидов отмечено, что в г. Астрахани уровень ее превышает, в среднем, в 1,2 раза таковой в сельских районах области (табл. 3.2.1.).

В целом по Астраханской области структура детской инвалидности по причинам стабильна на протяжении исследуемого периода. Однако, детальное изучение динамики позволило сделать предположение о возможном перемещении на ведущее место в структуре инвалидности классов «Психические расстройства, расстройства поведения» и «Врожденные аномалии развития», так как за период с 1996 г. отмечен существенный прирост в 1,5 и 1,4 раза соответственно, при одновременном снижении инвалидности по классу болезней нервной системы - в 1,4 раза.

В результате изучения структуры причин детской инвалидности в зависимости от места проживания детей-инвалидов в области выявлена неоднозначность. Если, по Астраханской области в целом за анализируемый период первое место представлено инвалидностью по классу «Болезни нервной системы», то в сельских районах области с 1999 года первое ранговое место заняли психические расстройства и расстройства поведения.

Прирост уровня данной патологии в динамике к исходному году произошло в 1,2 раза (табл.3.2.1.).

3.3. Структура детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья.

Проведено исследование детской инвалидности по главному нарушению в Астраханской области. Ведущими за исследуемый период (1996-2000 гг.) являются висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания (24,9%), двигательные нарушения – (21,5%) и умственные – (19,5%). Эти нарушения определяют основной массив детской инвалидности и составляют - 65,9%. На остальные виды нарушений приходится 34,1%, которые представлены зрительными нарушениями - 10%, слуховыми и вестибулярными – 7,6%, уродующими – 6,6%, другими психологическими – 4,9%, общими и генерализованными – 3,7%, языковыми и речевыми нарушениями – 1,3% (рис. 3.3.1., табл. 3.3.2.).

Таким образом, первое ранговое место в структуре детской инвалидности по Астраханской области занимают висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания, с приростом к 2000 г. на 17,8%, ежегодный прирост составил от 2% до 9%. В г. Астрахани детская инвалидность по таковым нарушениям, в среднем, в 1,7 раза превышает межрайонный уровень (табл. 3.3.1.).

Двигательные нарушения по области занимают второе, умственные - третье ранговое место в структуре детской инвалидности. Показатель инвалидности по двигательным нарушениям увеличился к 2000 г. на 13,6%, ежегодный прирост составлял от 2 до 11%. В г. Астрахани данные нарушения в состоянии здоровья в среднем в 1,6 раза превышают районные показатели.

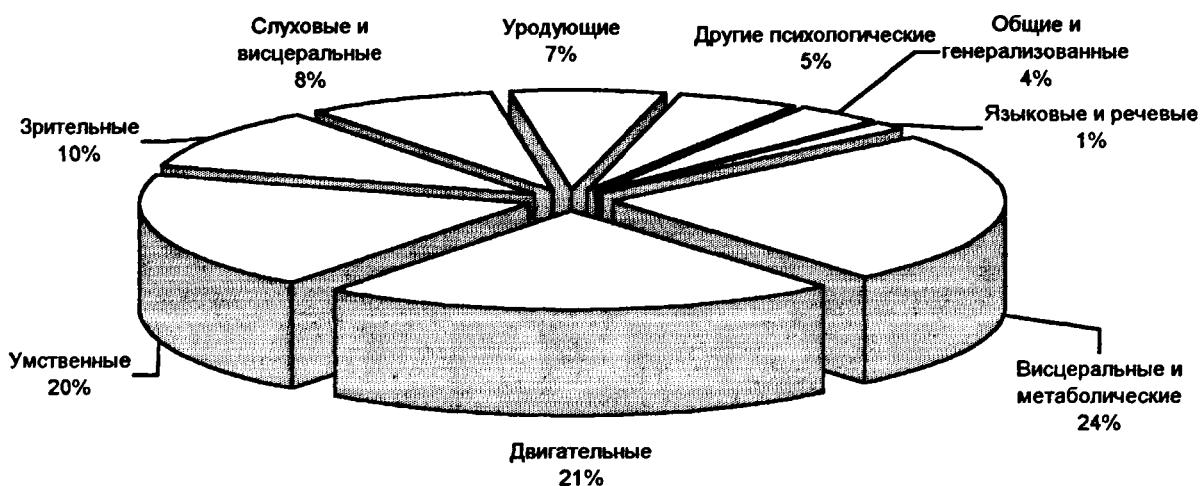


Рис. 3.3.1. Структура детской инвалидности в Астраханской области по главному нарушению в состоянии здоровья за период 1996-2000 гг., (%).

Инвалидность по умственным нарушениям в области за исследуемый период увеличилась к 2000 г. на 28,8%, ежегодный прирост составлял от 4 до 12 %. Уровень таковых нарушений в г. Астрахани был ниже, в среднем, в 1,3 раза по сравнению с межрайонным уровнем.

В сельских районах области структура детской инвалидности по главному нарушению представлена несколько иначе, чем по области в целом и г. Астрахани. Первое место представлено умственными нарушениями (23,9%), второе место - висцеральными и метаболическими нарушениями и расстройствами питания (22,7%), третье место - двигательными нарушениями (20,2%). Выход на первое ранговое место умственных нарушений необходимо связывать с тем, что с 1999 г. класс «Психические расстройства и расстройства поведения» (умственная отсталость – 83,7%) занял ведущее место в структуре детской инвалидности сельских районов области.

Отмечено, что в сельских районах области показатели детской инвалидности по главным нарушениям ниже городских, в среднем, в 1,4 раза.

Данный факт прослежен для всех нарушений в состоянии здоровья детей-инвалидов сельской местности, за исключением умственных нарушений (табл. 3.3.1.).

Превалирование висцеральных и метаболических нарушений и расстройств питания в структуре детской инвалидности свидетельствует о снижении у детей функциональных возможностей организма, регуляторных механизмов и реакций приспособления и защиты, т.е. отмечается тенденция к снижению «качества поколений».

Итак, во время исследования выделены висцеральные и метаболические нарушения и нарушения питания, которые были ведущими по области в целом. В их структуре значимое место занимают нарушения кардио-респираторной функции – 42,7% и мочеполовой функции – 18,2%, что соответствует общей структуре заболеваний, при которых возникает инвалидность у детей. Остальные 39,1% представлены по мере убывания нарушениями метаболической и ферментной функций - 11,6%, другими висцеральными нарушениями - 9,4%, нарушениями пищеварительной и функций печени - 9,5%, нарушениями крови и иммунной системы - 8% (рис. 3.3.2.).

В Астраханской области за период с 1996 по 2000 гг. прирост нарушений кардио-респираторной функции составил - 17,2%, нарушений мочеполовой функции - 10,6%, а наибольший рост наблюдался среди нарушений крови и иммунной системы и составил – 53,8%.

Ранговая структура висцеральных и метаболических нарушений и расстройств питания среди детей-инвалидов в зависимости от места проживания в изучаемом регионе не изменяется. В г. Астрахани нарушения кардио-респираторной функции составляют 40%, с приростом уровня к 2000 г. на 13%. Удельный вес нарушений мочеполовой функции по городу - 17,3%, с увеличением показателя к 2000 г. - на 39,3% (табл. 3.3.2.).

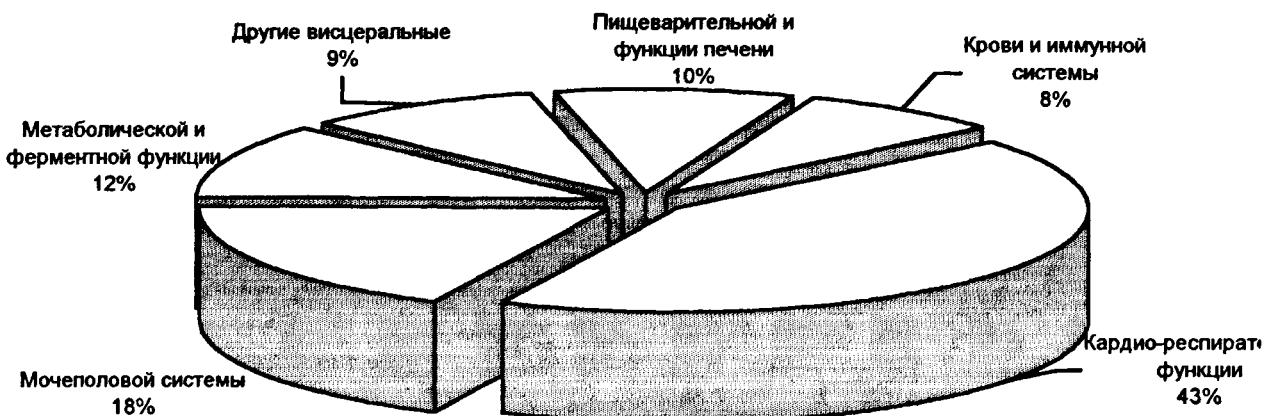


Рис. 3.3.2. Структура висцеральных и метаболических нарушений и расстройств питания среди детей-инвалидов в Астраханской области за период с 1996 по 2000 гг., (%).

3.4. Структура детской инвалидности по ведущему ограничению жизнедеятельности.

В Астраханской области за период с 1996-2000 гг. в рамках работы по изучению детской инвалидности проведены исследования ведущих ограничений жизнедеятельности у детей, которым установлена инвалидность. Структура ведущих ограничений жизнедеятельности среди детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет представлена в следующем порядке: снижение способности к приобретению знаний (16,3%), способности видеть, ходить и осознавать (15%; 13,9% и 13% соответственно), преодолевать препятствия и слышать (10,3% и 9,4% соответственно), способности перемещаться, владеть руками и телом (4,5%; 3,6%; 3,2% соответственно), понимать, принимать пищу, снижением памяти (3,2%; 2,2%; 2% соответственно), снижением способности контроля за физиологическими

отправлениями (1,7%), ограничением способности соблюдать личную гигиену (1,3%) (рис. 3.4.1.).

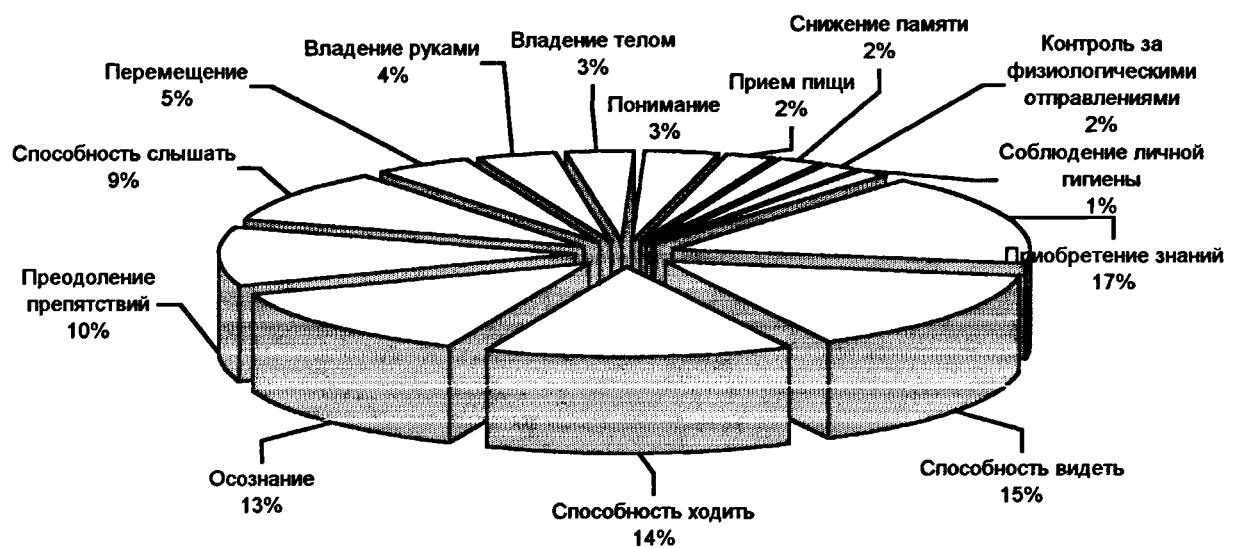


Рис. 3.4.1. Структура детской инвалидности по ведущему ограничению жизнедеятельности в Астраханской области за период с 1996 по 2000 гг., (%).

При рассмотрении распространенности детской инвалидности по ведущему ограничению жизнедеятельности в возрастном аспекте выявлено, что с возрастом последовательно уменьшается число лиц с понижением способности принимать пищу (с 4,3⁰/000 в возрасте 0-4 лет до 1,6⁰/000 в 15 лет). С возрастом наблюдается последовательное нарастание числа детей-инвалидов с ограниченной способностью владения телом (с 2,6⁰/000 среди 0-4-летних до 4,9⁰/000 – 15-летних), преодолением препятствий (с 5,5⁰/000 до 15,5⁰/000 соответственно), способностью слышать (с 3,0⁰/000 до 16,9⁰/000), (t>2). При рассмотрении детской инвалидности по ведущему ограничению способности контролировать физиологические отправления или соблюдать личную гигиену, а также способности ходить было выявлено, что

интенсивность показателей не изменяется при переходе из одной возрастной группы в другую ($t<2$) (табл. 3.4.1.).

Выявленное распределение ограничений жизнедеятельности среди детей-инвалидов в возрастном аспекте может косвенно указывать на недостаточную направленность и содержательность реабилитационных мероприятий.

ГЛАВА IV

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВОСТИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Анализ порайонных ранговых категорий соотношения уровней распространенности детской инвалидности от всех причин показал, что в 1996 г. ее уровень был ниже среднего межрайонного в Володарском, Енотаевском, Икрянинском, Красноярском, Приволжском, Черноярском районах и г. Знаменске. В остальных районах этот показатель был значительно выше: уровни детской инвалидности в Камызякском, Лиманском и Харабалинском районах имели высокую степень превышения по сравнению со средним межрайонным, а в Ахтубинском и Наримановском районах сильную степень превышения. В 2000 г. сохранились ниже среднего межрайонного уровня детской инвалидности в Володарском, Енотаевском, Икрянинском, Красноярском, Приволжском районах и г. Знаменске. В Камызякском, Лиманском и Харабалинском районах уровень детской инвалидности в 2000 г. оказался ниже среднего межрайонного. В Черноярском районе была отмечена обратная неблагоприятная тенденция: произошло повышение показателя детской инвалидности с уровня ниже межрайонного в 1996 г. до умеренной степени превышения в 2000 г. В Ахтубинском и Наримановском районах в 2000 г. остается сильная степень превышения (рис. 4.1.А.).

Анализ ранговых категорий соотношения уровней детской инвалидности от всех причин по сельским районам области в 2000 г. с таковыми в 1996 г. показал сильную степень превышения в Ахтубинском, Володарском, Енотаевском, Красноярском, Наримановском, Приволжском, Черноярском районах и г. Знаменске. Высокая степень превышения уровня детской инвалидности в 2000 г. по сравнению с уровнем 1996 г. была в

Харабалинском, Икрянинском районах, умеренное превышение в Лиманском и Камызякском районах (рис.4.1.В., таб.4.1.).

Далее в работе применен метод расчета ранговых категорий соотношения уровней детской инвалидности от болезней нервной системы и органов чувств, врожденных пороков развития, психических расстройств и расстройств поведения среди детей 0-15 лет по районам Астраханской области со средними межрайонными уровнями за 1996 и 2000 гг., а также при их сравнении в 2000 г. с таковыми в 1996 г.

В 1996 г. уровень показателя детской инвалидности по классу «Болезней нервной системы и органов чувств» был ниже среднего межрайонного в Володарском, Енотаевском, Камызякском, Красноярском, Приволжском, Харабалинском районах и г. Знаменске. В остальных районах этот показатель был значительно выше: уровни детской инвалидности в Икрянинском и Черноярском районах имели высокую степень превышения по сравнению со средним межрайонным, а в Ахтубинском, Лиманском и Наримановском районах сильную степень превышения. В 2000 г. в Ахтубинском, Наримановском районах уровень детской инвалидности по классу болезней нервной системы оказался ниже среднего межрайонного. Неблагоприятная тенденция отмечается в Енотаевском, Камызякском, Красноярском, Лиманском, Черноярском, где показатели детской инвалидности в 2000 г. расцениваются, как «сильное» превышение по сравнению с межрайонным уровнем. Высокая степень превышения в 2000 г. по данному классу причин детской инвалидности была отмечена в Володарском, Приволжском, Харабалинском районах и г. Знаменске. В Икрянинском районе в 2000 г. степень превышения над межрайонным уровнем можно рассматривать как «умеренную» (рис. 4.2.А.).

Анализ ранговых категорий соотношения уровней детской инвалидности от болезней нервной системы и органов чувств по районам области в 2000 г. с таковыми в 1996 г. показал сильную степень превышения

в Енотаевском и Красноярском районах, в Черноярском районе было отмечено умеренное превышение уровня 2000 г. над уровнем 1996 г. (табл.4.2.В, таб.4.1.).

Ранговые категории соотношения уровней распространенности детской инвалидности по классу «Врожденные пороки развития» характеризовались тем, что в 1996 г. уровень ее был ниже среднего межрайонного в Енотаевском, Красноярском, Приволжском, Харабалинском, Черноярском районах. В Ахтубинском, Володарском, Икрянинском, Камызякском, Лиманском, Наримановском районах показатель детской инвалидности от врожденных пороков развития имел сильную степень превышения по сравнению со средним межрайонным, а в г. Знаменск умеренную степень превышения.

В 2000 г. в Ахтубинском, Енотаевском, Красноярском, Лиманском и Черноярском районах уровень детской инвалидности по классу врожденных пороков развития оказался ниже среднего межрайонного. Превышение показателей детской инвалидности от ВПР в 2000 г. расцениваются, как «сильное» по сравнению с межрайонным уровнем в Володарском, Икрянинском, Камызякском, Харабалинском районах, г. Знаменск и как «высокое» в Наримановском районе. В Приволжском районе в 2000 г. степень превышения над межрайонным уровнем оценивается как «умеренная» (табл.4.3.А.).

При рассмотрении ранговых категорий соотношения уровней детской инвалидности от врожденных пороков развития по районам области в 2000 г. с таковыми в 1996 г. сильная степень превышения отмечена в Енотаевском, Приволжском, Харабалинском районах и г. Знаменске, в Икрянинском, Камызякском районах была отмечена высокая степень превышения и лишь в Красноярском и Наримановском районах степень превышения расценивалась как «умеренная» (рис.4.3.В., таб.4.1.).

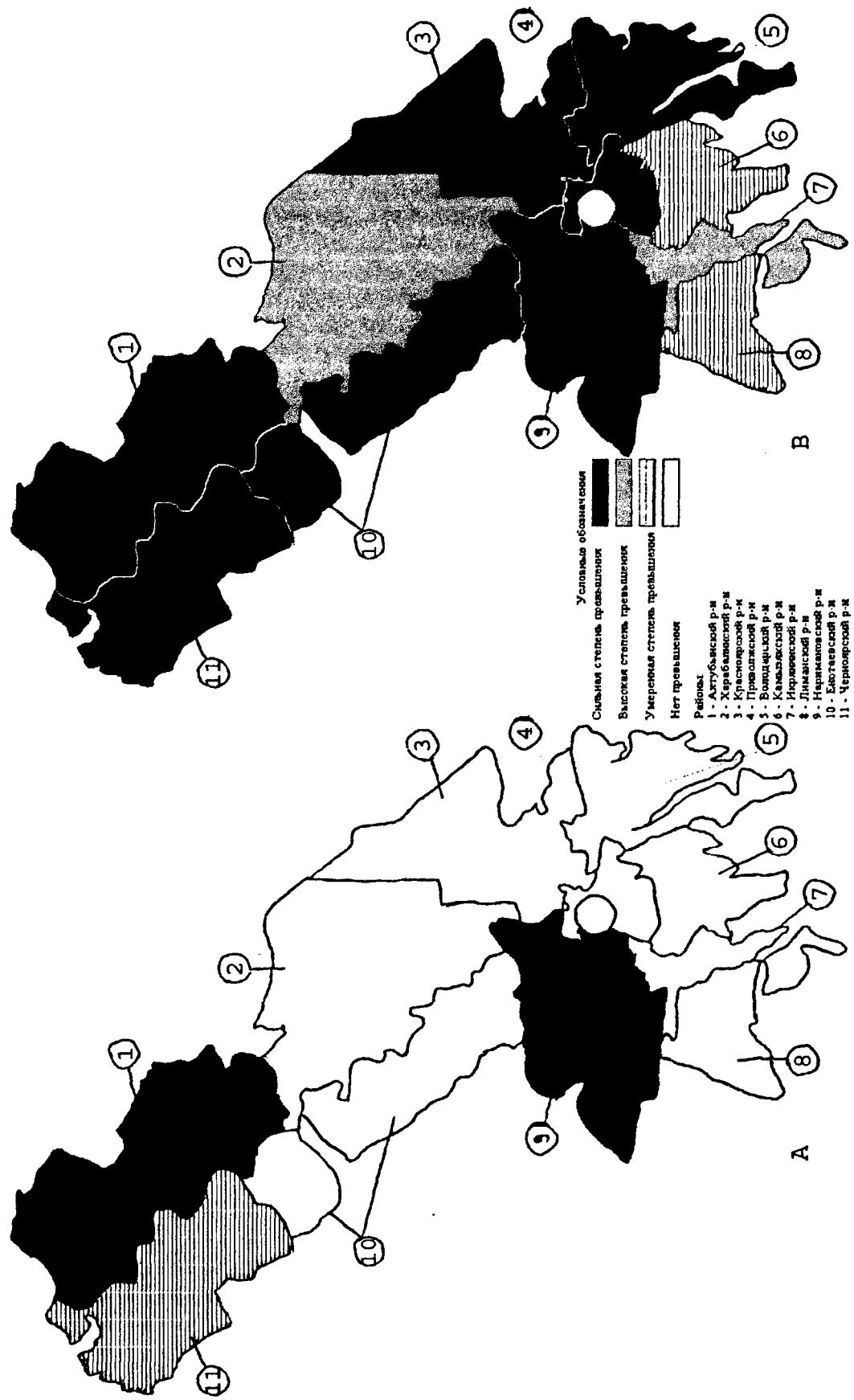


Рис. 4.1. Ранговые категории соотношения уровней общей детской инвалидности в возрасте 0-15 лет от всех причин в районах Астраханской области: А – в 2000 году по сравнению со средним межрайонным уровнем; В – в 2000 году с таковыми в 1996 году.

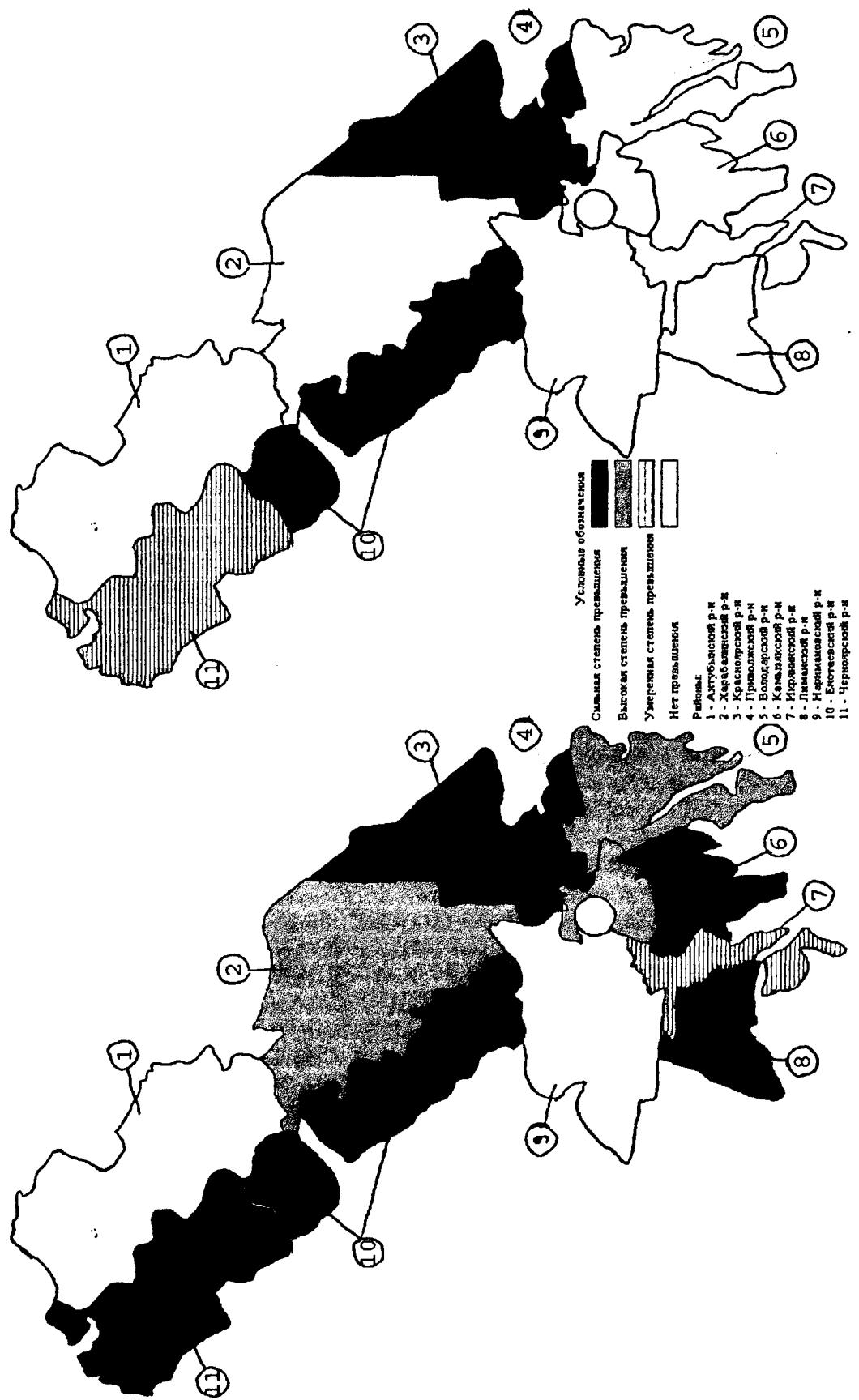


Рис. 4.2. Ранговые категории соотношения общей детской инвалидности в возрасте 0-15 лет по классу болезней нервной системы и органов чувств в районах Астраханской области: А - в 2000 году по сравнению со средним межрайонным уровнем; В - в 2000 году с таковыми в 1996 году.

Показатель детской инвалидности по классу «Психические расстройства и расстройства поведения» в 1996 г. был ниже среднего межрайонного во всех районах области, кроме Ахтубинского района с «умеренной» степенью превышения и Наримановского - с сильной степенью превышения. К 2000 году сохранилась ниже среднего межрайонного уровня детская инвалидность в Енотаевском, Икрянинском, Камызякском, Красноярском, Лиманском, Приволжском, Харабалинском районах и г. Знаменск. В Ахтубинском, Володарском, Черноярском районах произошло резкое изменение показателя детской инвалидности по данному классу причин до сильной степени превышения межрайонного уровня. В Наримановском районе на протяжении всего рассматриваемого периода наблюдалась сильная степень превышения среднего межрайонного уровня (рис.4.4.А).

Соотношение уровней показателей детской инвалидности от психических расстройств и расстройств поведения по районам области в 2000 г. с таковыми в 1996 г. показал сильную степень превышения в Ахтубинском, Володарском, Енотаевском, Лиманском, Наримановском, Приволжском, Харабалинском, Черноярском районах (рис.4.4.В., таб.4.1.).

Таким образом, наличие неблагоприятных особенностей в динамике инвалидности от всех причин среди детей обоего пола (0-15 лет) отмечены в 9 районах области. Так, в Ахтубинском и Наримановском районах в годы исследования отмечена сильная степень превышения (т.е. более, чем на 21%) как среднего межрайонного уровня, так и уровня исходного 1996 года. Сильная степень превышения относительно уровня исходного 1996 года отмечена также в Володарском, Енотаевском, Красноярском, Приволжском, Черноярском районах; высокая степень превышения (т.е. от 11 до 20%) - в Харабалинском, Икрянинском районах.

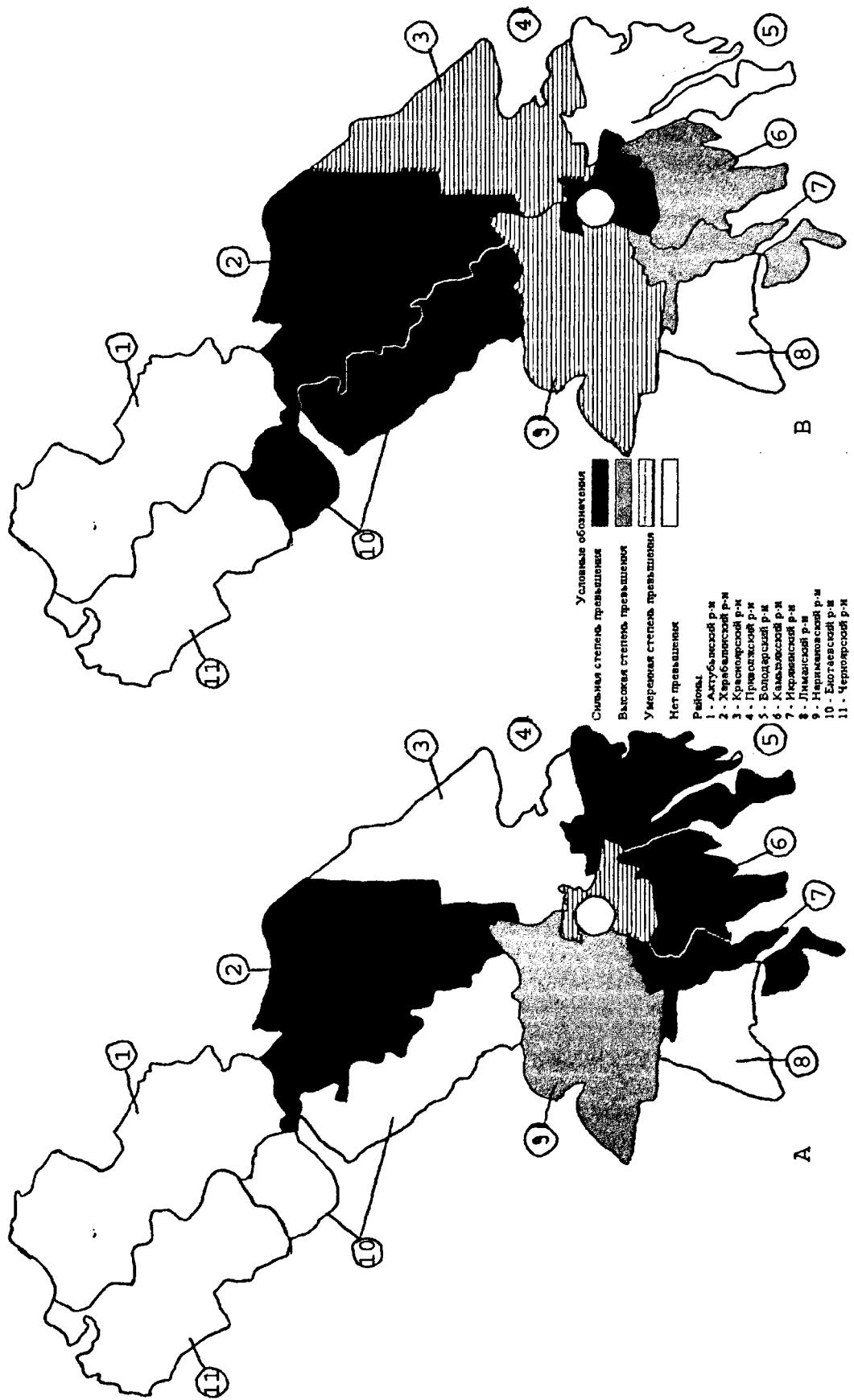


Рис. 4.3. Ранговые категории соотношения уровней общей детской инвалидности в возрасте 0-15 лет по классу врожденных пороков развития в районах Астраханской области: А - в 2000 году по сравнению со средним межрайонным уровнем; В - в 2000 году с таковыми в 1996 году.

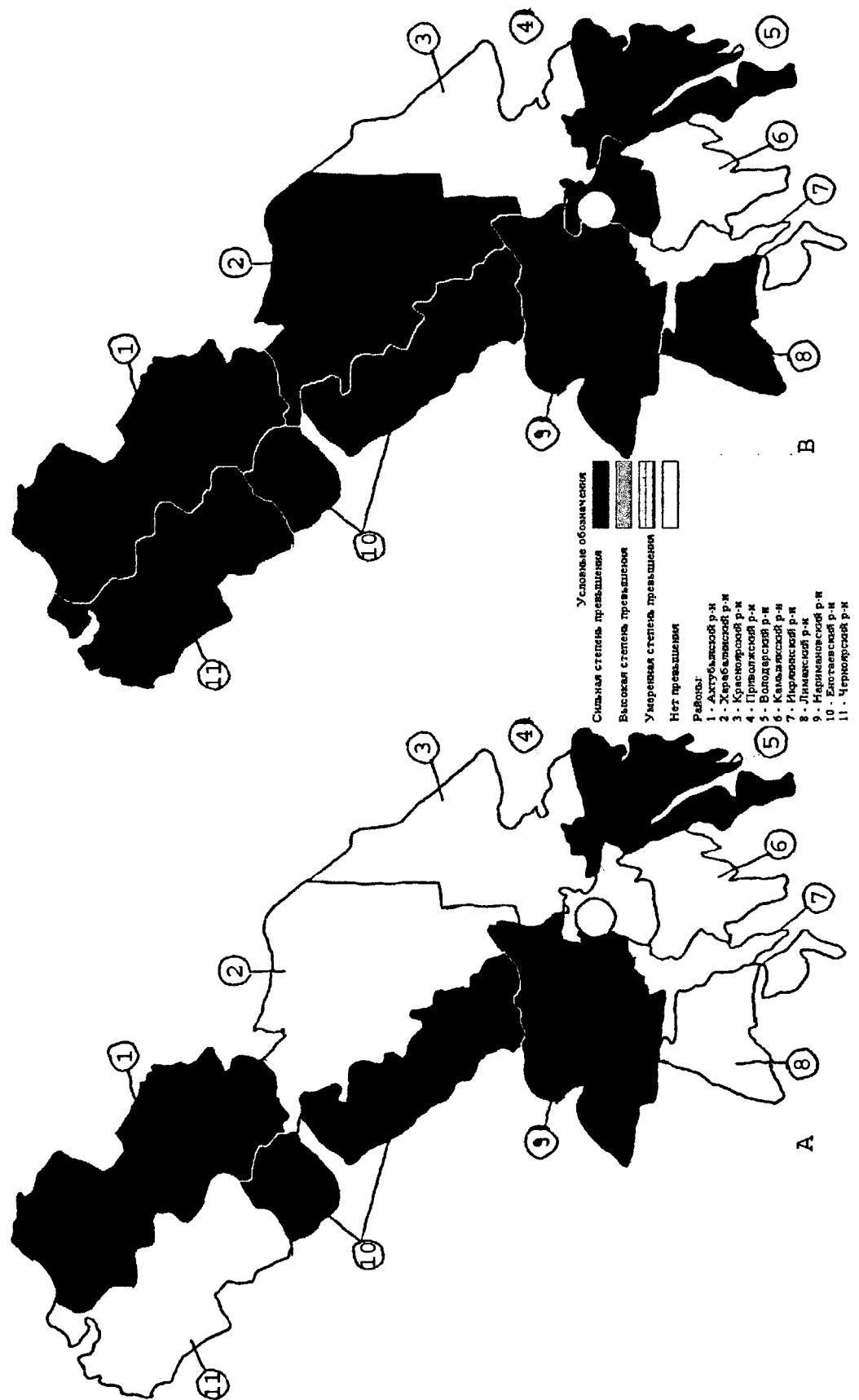


Рис. 4.4. Ранговые категории соотношения уровней общей детской инвалидности в возрасте 0-15 лет по классу психических расстройств и расстройств поведения в районах Астраханской области: А - в 2000 году по сравнению со средним межрайонным уровнем; В - в 2000 году с таковыми в 1996 году.

По классу «Болезней нервной системы» сильная степень превышения отмечена преимущественно в Красноярском, Енотаевском, Харабалинском, Камызякском, Черноярском и Лиманском районах; по классу «Врожденных пороков развития» - в Ахтубинском, Красноярском, Наримановском, Володарском, Енотаевском, Приволжском и Черноярском районах; по классу «Психических расстройств и расстройств поведения» - в Ахтубинском, Наримановском, Володарском и Черноярском районах.

ГЛАВА V

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА И ЕГО СЕМЬИ

5.1. Социально-гигиеническая характеристика семей, имеющих детей-инвалидов.

Огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребенка имеет его семья. Это обусловлено, как правило, большим числом негативно воздействующих на ребенка социально-гигиенических, медико-демографических и психологических факторов.

При изучении распространенности факторов медико-демографического риска, было отмечено, что в семьях с детьми-инвалидами значительный удельный вес возрастных первородящих матерей (24% в основной группе против 4,5% - в контроле, $p<0,001$), также достоверные различия были выявлены по удельному весу первородящих матерей юного возраста (15-19 лет) (13% в основной группе против 6,5% в контроле). По количеству остальных возрастных групп между оцениваемыми семьями не выявлено достоверного различия. Распределение семей в зависимости от возраста родителей к моменту рождения ребенка представлено на рис.5.1.1.

Прослеживается связь возраста рождения первого ребенка в семье от образовательного уровня их родителей. Так, возрастные первородящие матери, как правило, имели высшее или среднее специальное образование.

Оценка риска рождения ребенка с отклонениями в здоровье по результатам исследования повышается в связи с тем, что более половины матерей основной группы (68,1%) к моменту рождения имели различные хронические и гинекологические заболевания против 18,4% матерей в контроле, что, несомненно, повлияло на здоровье ребенка.

Следующим фактором медико-демографического риска является превалирование неполных семей в основной группе по сравнению с контролем. Хотя для обеих оцениваемых совокупностей характерны полные семьи, тем не менее, количество неполных семей достоверно выше в исследуемой группе 25,7% по сравнению с 14,3% в контроле ($p < 0,02$).

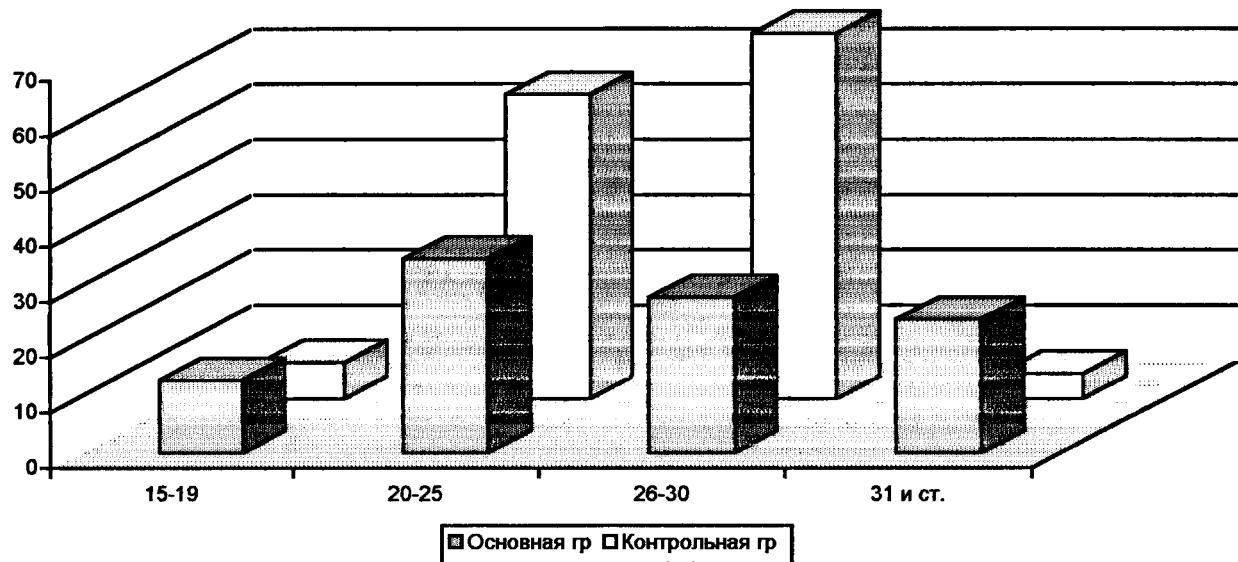


Рис. 5.1.1. Распределение семей сравниваемых групп в зависимости от возраста матерей к моменту рождения ребенка, (%).

Кроме этого, в неполных семьях, состоящих из матери и ребенка, наблюдалась следующая картина: в каждом втором случае (57,4%) мать находилась в официальном разводе, в 40% семей матери являлись одинокими и в 2,6% - вдовами. При анализе контрольной группы в официальном разводе состоят 36,2% матерей, одинокими являются – 62,5% и 1,3% женщин - вдовы.

В процессе исследования отмечено, что для семей с детьми-инвалидами характерна однодетность (75,7% в основной группе против 47,0% в контроле;

$p < 0,01$). Таким образом, соотношение количества детей на одну семью соответствует 1:1,4 - основная группа и 1:1,8 - контрольная. Также установлено, что 3,6% семей основной группы имели еще одного ребенка с отклонениями в развитии, что значительно усугубляет не только материальную, но и морально-психологическую сторону их жизни.

Анализ зависимости количества детей от типа семьи в основной группе позволил выявить следующие особенности: на одну полную семью, в среднем, приходится 1,4 ребенка, на одну неполную - несколько меньше (1,15); более половины неполных семей (80,2%) имеют одного ребенка, в полных семьях в 28,8% случаев воспитывается два и более детей ($t > 2$) (табл.5.1.1.).

Определено, что профессионально-образовательный уровень родителей в некоторой степени оказывает влияние на медицинскую активность, микроклимат семьи и воспитание детей.

Табл. 5.1.1.

**Распределение семей по количеству детей
в зависимости от типа семьи, (%).**

Количество детей в семье	Полные семьи		Неполные семьи		Все семьи	
	Основная группа	Контроль	Основная группа	Контроль	Основная группа	Контроль
1 ребенок	71,2	52,0	80,2	42,0	75,7	47
2 ребенок	25,8	32,0	18,0	37,0	21,9	34,5
3 и более	3,0	16,0	1,8	21,0	2,4	18,5
Итого	100	100	100	100	100	100

Как упоминалось выше, большинство матерей изучаемого контингента имели среднее специальное (32,5%) и высшее образование (25,9%), тем не менее, каждая третья мать (35%) данной группы относилась к категории рабочих, не реализуя, таким образом, свои намеченные ранее профессиональные планы. Матери с неполным средним образованием составили 19%,

со средним общим – 22,6%. Среди отцов среднее специальное образование имели – 49,2%, высшее – 21%, среднее общее – 23,8% и 6% - неоконченное среднее. Однако около половины отцов были рабочими (47,8%), не сумев реализовать свои профессиональные навыки. В контрольной группе удельный вес родителей имеющих высшее (матери - 35%, отцы - 31%) и среднее специальное образование (матери – 38,5%, отцы - 56,0%) и работающих по специальности (матери – 52,5%, отцы 60,2%) достоверно выше, чем в основной группе.

Распределение семей по уровню образования и профессиональной принадлежности показаны на рисунках 5.1.3. и 5.1.4.

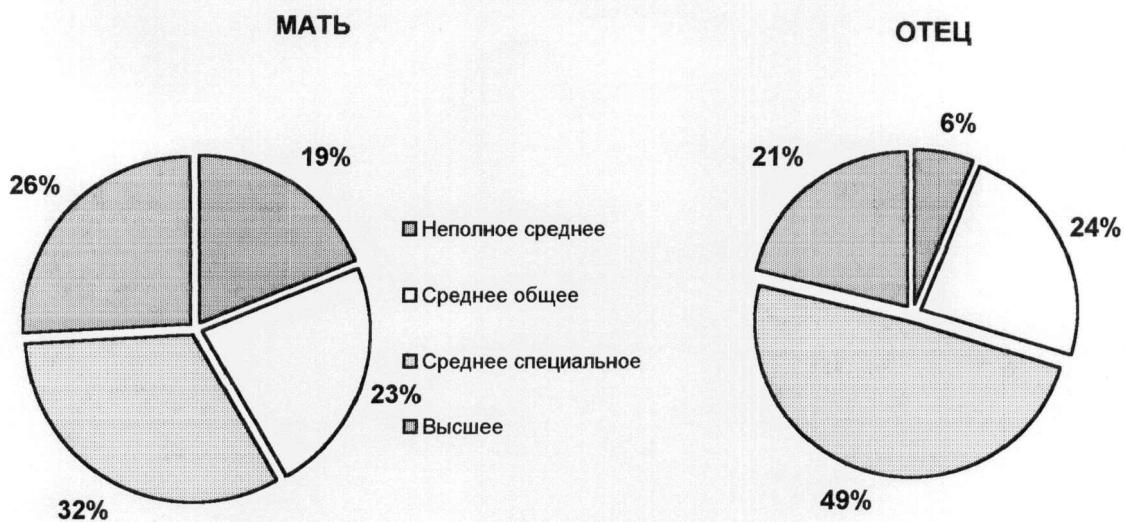


Рис. 5.1.3. Распределение семей детей-инвалидов по образовательному уровню, (%).

Показательна цифра неработающих матерей - 28,5%, причем 67% из них относится к домохозяйкам, 33% являются безработными. В контроле неработающие матери составили 21%, из них к домохозяйкам себя отнесли 75%, к безработным – 25%.

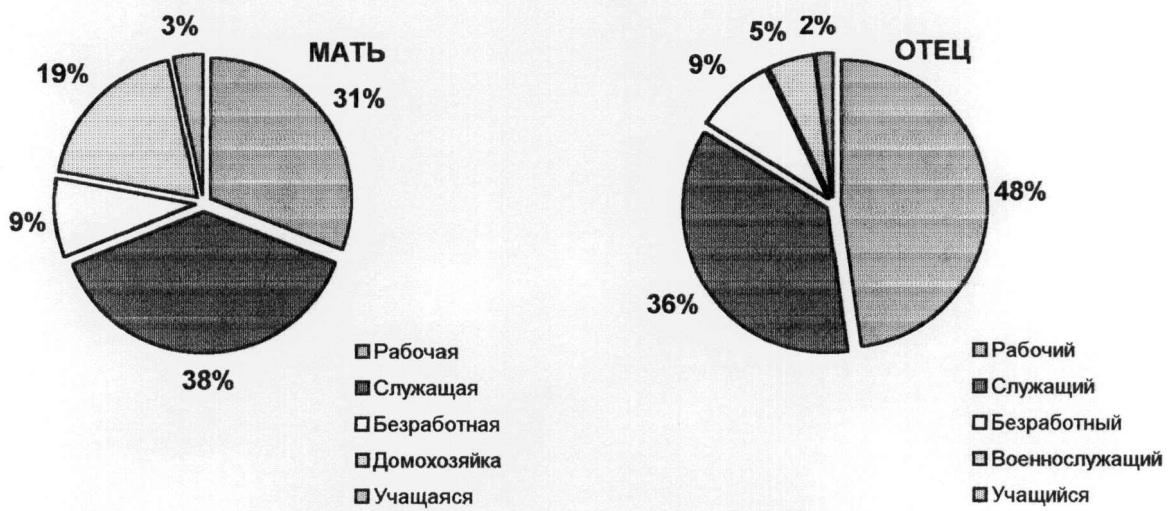


Рис. 5.1.4. Распределение родителей детей-инвалидов по профессиональному уровню, (%).

Трудности, испытываемые в связи с уходом за ребенком с отклонениями в развитии, тяжелое материальное положение, замкнутость в общении с окружающими людьми накладывает отпечаток на микроклимат и отношения между родителями. По данным опроса, плохие взаимоотношения отмечались в 15% семей и не всегда спокойные в 52,4% семей, в контроле данный показатель ниже – 8% и 26% соответственно ($p < 0,02$).

В процессе исследования воспитательной функции семьи, имеющей ребенка-инвалида, было установлено, что основная роль в лечении, уходе, воспитании и обучении ребенка в семье отводится матери – 78,9%, в остальных семьях данная обязанность принадлежала отцу – 8,7% и другим

родственникам в 12,4%. При этом семей, в которых матери постоянно занимаются с ребенком – 72,1%; занимаются периодически – 25,4%; редко из-за нехватки времени и сил – 7,8%; не занимаются совсем - 5,3%. Отцы помогают ежедневно в 13,2% семьях; периодически - в 25% семьях; редко – в 41,5%; не помогают совсем – в 20,3%. Кроме того, необходимо отметить, что в полных семьях регулярно занимаются с детьми достоверно чаще, чем в неполных (75,4% и 32,5% - соответственно; $p < 0,001$).

В контроле не отмечено достоверных различий материнского участия в уходе за ребенком, тогда как роль отца заметно меняется. В семьях контрольной группы отцы занимаются с ребенком постоянно в 33%, периодически – в 51,2%, редко – в 9,7%, не занимаются совсем – в 6,1% семей.

Результаты анкетирования семей с детьми-инвалидами позволили заметить, что в 75,9% семей – дети организованы (из них посещают ДДУ – 8,3%, СУЗ – 62%, специализированное учреждение – 20,5%, индивидуальный подход в воспитании ребенка выбирают 9,2% семей), не организованными являются дети в 24,1% семей.

В контроле отмечено, что в 94,7% семей – дети организованы (в ДДУ – 16,3%, в СУЗ – 80,1%, в специализированном учреждении – 2%, индивидуальный подход к ребенку наблюдался в 1,6% семей), не организованными являются дети в 5,3% семей.

5.2. Медицинская активность семей, имеющих ребенка-инвалида.

Роль семьи в реабилитации и абилитации ребенка-инвалида заключается не только в необходимости ухода, но и осуществлении повседневного привития адаптивных навыков и личностных ориентиров, способствующих нормально взаимодействовать с окружающими людьми и трудиться. Осознание родителями потребности личного участия в сохранении и

укреплении здоровья своего и своих близких является главным условием повышения медицинской активности и залог успеха проводимых реабилитационных мероприятий.

При изучении медицинской активности и роли семьи в процессе восстановительного лечения детей отмечено, что только каждая вторая семья, используя услуги специализированных медицинских учреждений и отделений реабилитации, продолжают лечение детей и в домашних условиях (52,6%). В 18,2% случаев реабилитационные мероприятия проводятся только в медицинских учреждениях, в 18,6% семей - исключительно на дому. Необходимо подчеркнуть, что в 10,6% семей восстановительного лечения дети вообще нигде не получают, что говорит о пессимизме родителей в отношении прогноза заболевания ребенка и их крайне низкой медицинской активности. Кроме того, из числа семей, так или иначе занимающихся оздоровлением детей, лишь в 45,6% случаев проводят его регулярно, причем в полных семьях это делается достоверно чаще, чем в неполных (70,8% и 28,6% - соответственно; $p < 0,001$).

Степень участия семьи и медицинских учреждений в восстановительном лечении ребенка в зависимости от его возраста представлены на рисунке 5.2.1.

График показывает, что наиболее полноценная реабилитация ведется у детей 5-9-летнего возраста. Низкие показатели отмечены в группе 0-4-летних детей, родители которых, по-видимому, наименее информированы о необходимости восстановительной терапии и пребывают в поиске профильного реабилитационного учреждения.

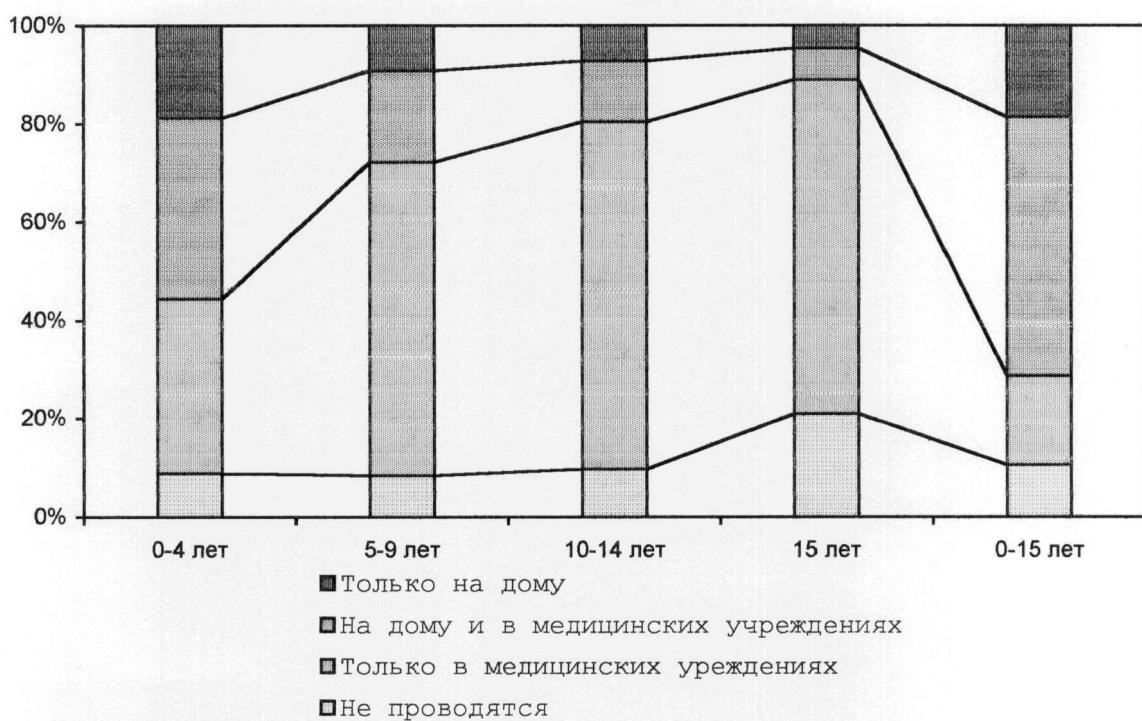


Рис. 5.2.1. Структура проведения реабилитационных мероприятий семьями с детьми-инвалидами в зависимости от возраста, (%).

Полнота, качество и регулярность выполнения рекомендаций медицинских работников родителями зависит от их образовательного, профессионального уровня, от материального положения семьи, от степени доверия к врачам и общего настроя на положительные результаты лечения.

В семьях основной группы полнота выполнения предписаний врача значительно выше (64,3% в отличие от 42,7% - в контроле; $p<0,01$). Родители частично выполняющие предписания врача составили 32,6% и совсем не выполняющие рекомендации – 3,1%. Неполное выполнение рекомендаций родители связывают с нехваткой времени (57,5%), на плохое лекарственное обеспечение ссылаются 68,6%, 7% родителей утратили надежду на выздоровление ребенка и 9,4% - испытывают недоверие к лечащему врачу. При этом треть респондентов указали несколько причин, по которым они не могут выполнять врачебные рекомендации.

Зачастую медицинская активность семей зависит от образовательного уровня матерей (рис. 5.2.2.).

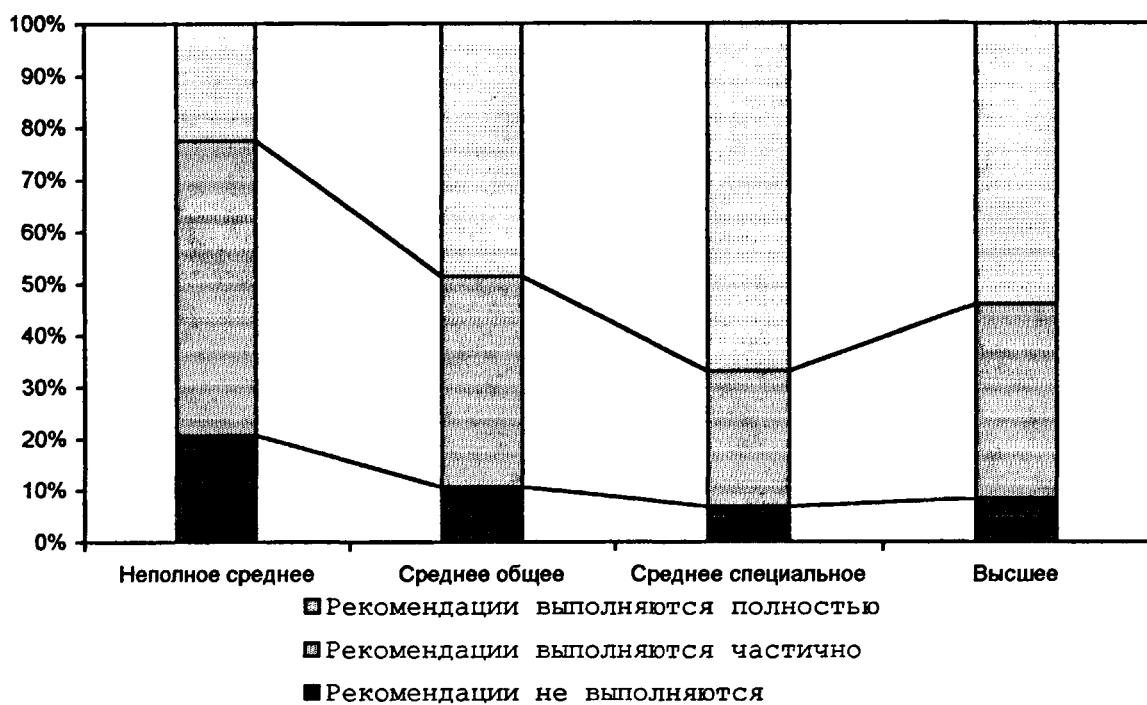


Рис. 5.2.2. Распределение семей с детьми-инвалидами по степени медицинской активности в зависимости от образовательного уровня матерей, (%).

Так, степень медицинской активности увеличивается вместе с повышением уровня образования, и наиболее полно рекомендации выполняются матерями со средним специальным образованием.

Характеризуя качество медицинского наблюдения семей, имеющих детей-инвалидов выявлено, что основная часть детей получает медицинскую помощь в территориальной детской поликлинике (70,5%), и лишь 16,4% - в реабилитационном отделении стационара детской больницы и 13,1% - в специализированных учреждениях. Большинство родителей (64,2%) отметило, что удовлетворены качеством оказываемой ребенку медицинской помощи и 35,8% дали отрицательный ответ.

Неудовлетворенность качеством оказываемой помощи ребенку родители связывают с отдаленностью медицинского учреждения от места жительства в 15,6% случаев, неудовлетворенностью графиком работы врача – в 34,9%, ожиданием в очередях – в 44,3% и недоверием к медицине – в 5,2%.

При опросе было выявлено, что большая часть родителей 87,2% обращается за медицинской помощью только при тяжелом заболевании ребенка и лишь 12,8% - при любом.

Изучение режима пребывания на свежем воздухе свидетельствует, что прогулки занимающие более 3-х часов в день могут себе позволить дети из 21% семей, в течение 2-3 часов в день пребывают на свежем воздухе дети из 38% семей, в 41% случаев пребывание на свежем воздухе было сокращено до 1-2 часов в день. Достоверных различий в пребывании на свежем воздухе детей основной и контрольной групп отмечено не было.

Исследуя структуру рациона питания данного контингента детей, было отмечено, что 24,7% детей не могли получать пищу, с достаточным количеством рыбных и мясных продуктов, а 18,8% детей не получает достаточно свежих овощей и фруктов. Причем, только в одной трети случаев это было связано со строгой диетой и врожденной или приобретенной патологией системы пищеварения, а в большем количестве случаев (67,3%) определялось материальным неблагополучием.

Режим питания значительно строже соблюдается в основной группе. Так, почти в половине семей основной группы прием пищи осуществляется строго по времени (42% против 21,4% - в контроле; $p<0,001$). Необходимо отметить, что в 20% семей основной группы режим приема пищи построен неправильно. Реже 3-х раз в день питается каждый шестой ребенок-инвалид, такой ответ дали семьи с низким материальным достатком с доходом на 1 члена семьи от 600 рублей в месяц и ниже.

5.3. Социально-экономические потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов.

Для выявления потребностей семей в медицинской помощи, родителям был предложен перечень мероприятий, из которых они должны были выбрать те, в которых нуждаются их дети. При этом предусматривалось, что респонденты могут отметить несколько из предложенных мероприятий. Так, в санаторно-курортном лечении, по мнению родителей, испытывал необходимость каждый второй ребенок (48,7%), в госпитализации в специализированный стационар для полного клинического обследования и проведения восстановительного лечения - 38,7%, в физиотерапии, массаже и лечебной гимнастике - 36,5% детей, в организации лечебно-реабилитационных мероприятий – 43,5%, в диспансерном наблюдении – 63,4%.

Было установлено также, что проблемы в обеспечении лекарственными средствами испытывали в 78% семей. В обеспечении вспомогательными средствами для коррекции отсутствующих (или плохо развитых) функций нуждались 10,3% детей.

Особенно тяжелое положение складывается с летним отдыхом детей-инвалидов и их семей. По результатам опроса установлено, что 67,2% детей, как правило, проводят лето дома. Это обусловлено ограничениями в передвижении детей и низким материальным уровнем родителей. Отмечено также, что всего лишь в 6,2% семей имеется возможность вывозить детей на курорты федерального и в 26,6% семей - в санаторий или оздоровительный лагерь местного значения.

За помощью в органы социальной защиты обращалось 70,6% семей, при этом одна и та же семья, имеющая ребенка-инвалида, могла обращаться за помощью несколько раз. Помощь была оказана только единожды в 50,5% случаев, в 27,3% - при всех случаях обращения. В основном, просьбы

родителей были связаны с приобретением путевок на санаторно-курортное лечение (20%), бесплатным лекарственным обеспечением ребенка-инвалида (62,7%), устройством ребенка в специализированное учреждение (35,5%), приобретением специального инвентаря (21,1%).

Об условиях и образе жизни исследуемых семей также можно судить, характеризуя их материальное положение и жилищно-бытовые условия. Наибольшее количество семей имели отдельные квартиры – 26,6%; в 14,9% случаях - собственный дом; проживали с родителями в их квартире или доме - 36,8%; 8,7% семей - в квартире с соседями; 11% - в общежитии, 2% семей - в арендованной квартире. У половины семей (57%) жилье имело все удобства, в 38,1% случаев они были частичными и в 4,9% случаев удобства вообще отсутствовали. При оценке жилой площади приходящейся на 1 члена семьи отмечено, что до 3 кв. м. имели 15,3% семей; от 3,1 до 7,0 кв.м. – 41,2%; от 7,0 до 12,0 кв.м. – 35,6% и свыше 12,0 кв.м. – 7,9% семей.

По результатам опроса было выявлено, что практически каждая третья семья (30,3%), имеющая ребенка-инвалида, для поддержания нормального уровня жизни нуждалась в материальной помощи. В ходе исследования выявлено, что на одного члена семьи в месяц, включая пенсии и пособия, приходится до 200 рублей в 3,2% семей, от 200 до 400 рублей - в 9,5%, от 400 до 600 рублей - в 23,9 %, от 600 до 800 рублей - в 21,1%, от 800 и выше - в 42,3%.

В итоге, можно отметить, что условия жизни исследуемых семей являются неудовлетворительными, что требует усиления социальной и экономической поддержки данного контингента со стороны социальных фондов и государства. Выявленные потребности и проблемы семей с детьми-инвалидами сведены в таблицу 5.3.1.

Табл. 5.3.1.

Распространенность проблем, связанных с уходом, воспитанием, лечением и обучением ребенка-инвалида, (%).

Проблемы	Встречаются в % семей
Материальные	30,3
Жилищные	56,5
Обеспечение медикаментами	78,0
Обеспечение вспомогательными средствами	10,3
Организация трудового обучения	44,4
Нестабильные взаимоотношения в семье	67,4
Проблемы трудоустройства матерей	9,0
Обеспечение лечебно-реабилитационными мероприятиями	43,5
Обеспечение специализированной медицинской помощью	38,7
Трудности в получении психо-педагогической помощи	59,0
Обеспечение физиотерапевтическими процедурами, ЛФК	36,5
Обеспечение логопедической помощью	28,5
Проблемы летнего отдыха, обеспечения путевками	67,2

5.4. Факторы риска формирования инвалидизирующей патологии у детей.

Круг неблагоприятных воздействий на здоровье ребенка достаточно широк. Выделяют следующие группы факторов, негативно влияющие на организм ребенка: биологические, демографические, социально-гигиенические и медико-организационные. Все перечисленные факторы носят вероятностный характер, и в дальнейшем их негативное влияние может быть реализовано в любом возрасте. С целью научного решения проблемы своевременного прогнозирования развития инвалидизирующей патологии, в зависимости от сочетанного влияния тех или иных факторов было проведено ретроспективное изучение особенностей течения антенатального, интранатального и раннего неонатального периода развития у репрезентативного числа детей-инвалидов с последующей статистической обработкой полученных данных.

Анализируя социально-гигиенические и медицинские факторы периода до рождения ребенка, было установлено, что в исследуемой группе семей

матери достоверно чаще рожали детей в возрасте старше 30 лет (24% в основной группе против 4,5% - в контроле, $p<0,001$).

Наследственный генез инвалидизирующей патологии подтверждается наличием в семье ребенка генных, хромосомных отклонений и мультифакториальной патологии, удельный вес которых составил 25,2% в сравнении с 6,7% - в контроле ($p<0,001$). Кроме того, в 8,2% семей - наследственной патологией страдает мать, в 5% - наследственная патология передается по отцовской линии, в 12% семей заболевания, передающиеся по наследству, прослеживаются в третьем поколении. В 3,6% семей основной группы также имелись другие дети с отклонением в развитии.

Большую роль играет также неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез матери. Так, медицинские аборты и привычная невынашиваемость в анамнезе встречались у матерей изучаемой группы значительно чаще 38% и 7,5% - соответственно, в отличие от 18% и 3,5% в группе сравнения. Причем у более половины матерей (55%) основной группы медицинские аборты и состояние угрожающего выкидыша в анамнезе было зафиксировано неоднократно.

Влияние тяжелой хронической патологии родителей на рождение детей с отклонениями в развитии явно прослеживается по результатам данного опроса. По данным нашего исследования было выявлено приоритетное значение состояния здоровья матери (57,2% в основной группе против 23,7% в контроле; $p < 0,001$), тогда как здоровье отца в меньшем проценте случаев влияло на здоровье будущего ребенка (13,2% против 5,8% в контроле; $p < 0,01$). Кроме того, у 22% матерей было зарегистрировано обострение хронической патологии во время беременности, которое само по себе, а также купирование медикаментозными методами в 11% случаев не могло не отразиться на здоровье будущего ребенка.

Важным фактором, влияющим на состояние здоровья будущего ребенка, является наличие профессиональных вредностей у родителей. Установлено,

что родители детей-инвалидов в 2 раза чаще имели профессиональную вредность (31% по сравнению с 13,7% в контроле; $p < 0,01$). По результатам исследования, 17,2% матерей основной группы подвергались вредным воздействиям во время беременности, в контроле лишь 8,3% ($p < 0,01$).

Злоупотребление родителями алкоголем и наркотическими веществами также накладывает отпечаток на здоровье будущих детей. При анализе результатов исследования выявлено, что в семьях, имеющих ребенка-инвалида, в 3 раза чаще до рождения ребенка родителями употреблялись алкогольные напитки, чем в группе сравнения (18,5% по сравнению с 5,9% в контроле; $p < 0,01$), причем во время беременности матери продолжали прием алкоголя в 6% случаев. Необходимо отметить, что отцы детей-инвалидов в 9% случаев страдают различными формами хронического алкоголизма.

Проанализировав течение антенатального периода было установлено, что в 69,2% случаев беременность сопровождалась токсикозом, в 60,2% случаев - анемией, в 32,1% случаев угрозой прерывания беременности.

В контроле осложнения беременности встречались значительно реже, так токсикозы встречались реже в 2,5 раза (27,7%), анемии в 2,3 раза (26,2%), угроза прерывания беременности реже в 1,7 раза (18,9%) ($p < 0,001$).

Не менее опасным для плода являются вирусные инфекции у матери, которые встречались в 48,7% случаев протекания беременности, что значительно больше показателей контрольной группы женщин (15,3%; $p < 0,001$).

Осложнения в интранатальном периоде могут наблюдаться как со стороны матери, так и плода. Среди осложнений со стороны матери наиболее угрожающими, по данным исследования, являются слабость родовой деятельности, они были зафиксированы в 28% случаев в изучаемой группе, что в 3,5 раза превышает показатели контроля (8%, $p < 0,001$). Данный факт, можно объяснить высоким удельным весом юных и возрастных

первородящих матерей (старше 30 лет), для них данное осложнение является наиболее частым.

Преждевременное излитие околоплодных вод может явиться причиной инфицирования новорожденного. Названное осложнение наблюдалось в 3,7 раза чаще в основной группе (12,6% против 3,4%; $p < 0,001$), а при изучении периода неонатального развития ребенка, наличие гнойно-септической патологии отмечалось у 13,5% детей исследуемого контингента, в отличие от детей контрольной группы, у которых этот показатель составил 6,7% случаев ($p < 0,002$).

Уменьшение сроков внутриутробного развития может негативно отразиться на здоровье новорожденного ребенка. Наиболее опасными осложнениями преждевременных родов являются тяжелые формы пневмопатии, признаки глубокой недоношенности и гипотрофии новорожденного. Изучая акушерский анамнез матери ребенка-инвалида было установлено, что преждевременные роды наблюдались в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе (35,8% и 14,3; $p < 0,001$).

Оперативные вмешательства и акушерские пособия в родах не проходят без отрицательных последствий для новорожденного. Так, было выявлено, что в родах основной группы в 24,8% случаев применены оперативные вмешательства, инструментальные и ручные пособия. Приведенные цифры заметно превышают соответствующие показатели контрольной группы – 11,3% ($p < 0,002$).

Ретроспективное изучение периода новорожденности позволило выявить симптоматику основных нарушений, при которых с наибольшей вероятностью можно ожидать развитие инвалидизирующей патологии. По результатам исследования, гемолитическая болезнь была у 20,9% новорожденных детей основной группы, и только их десятая часть перенесла ее без инвалидизирующих последствий ($p < 0,001$). В группе контроля гемолитическая болезнь встречалась у 3,3% новорожденных детей.

Родовую травму имели 27,3% новорожденных обследуемой группы, это значительно выше, чем в контроле (5,1%; $p<0,001$).

У 59,4% детей исследуемого контингента при рождении отмечались признаки задержки внутриутробного развития и глубокой недоношенности, что в 3,2 раза выше показателей у детей контрольной группы (18,6%; $p<0,001$).

Таким образом, большинство исследованных факторов носят экзогенный характер и являются социально устранимыми. В заключение необходимо подчеркнуть, что большинство перечисленных факторов риска являются управляемыми и устранимыми. Следовательно, активное и своевременное их выявление и устранение медицинскими работниками, а также более широкое использование в работе новых методов диагностики донозологических состояний позволит добиться значительного снижения детской инвалидности.

ВЫВОДЫ

1. В Астраханской области отмечается тенденция прироста общего числа детей-инвалидов. Областные показатели за период 1996-2002гг. выросли в 1,4 раза, в т. ч. по г. Астрахани отмечен прирост в 1,3 раза, по сельским районам - в 1,5 раза. При этом, прирост по Астраханской области отмечен во всех возрастных группах. Так, в группе 0-4 и 5-9 лет увеличение уровня произошло в 1,3 раза, в 10-14 лет в 1,4 раза, в группе 15-летних – в 1,5 раза. Все показатели распространенности инвалидности статистически достоверно выше среди мальчиков. Разница в соотношении распространенности детской инвалидности среди девочек и мальчиков становится заметной с возрастного интервала 5-9 лет (в среднем, - 1:1,3) и остается стабильной до 16-летнего возраста.

2. Максимальные значения показателя впервые выявленной инвалидности по Астраханской области отмечены в возрасте 0-4 лет ($28,7^0_{\text{ooo}}$), наименьшие в 10-14 и 15 лет ($21,6^0_{\text{ooo}}$ и $21,4^0_{\text{ooo}}$ соответственно). Обратная закономерность от возрастной структуры выявлена в интенсивности показателей общей инвалидности. Более высокие показатели распространенности инвалидности зарегистрированы в возрастных группах 10-14 и 15-летних ($193,6^0_{\text{ooo}}$ и $199,0^0_{\text{ooo}}$), наименьшие в возрасте 0-4 лет ($84,7^0_{\text{ooo}}$). В возрастных группах 10-14 и 15-летних увеличивается разрыв между частотой выявления и распространенностью инвалидности с максимальными значениями, что свидетельствует о накоплении ее «груза».

3. Ведущими классами болезней в структуре общей детской инвалидности являются болезни нервной системы (26,8%), врожденные аномалии развития (19%) и психические расстройства (18,5%), составляющие 43,8; 31,8 и $30,5^0_{\text{ooo}}$ соответственно. На остальные классы болезней приходится - 35,7%.

4. В структуре общей детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья превалируют висцерально-метаболические нарушения и расстройства питания (24,9% и 40,9%), среди которых наибольшую долю имели нарушения кардиореспираторной функции и мочеполовой системы (60,9%). Второе и третье места занимают двигательные (21,5% и 35,9%) и умственные (19,5% и 32,2%) нарушения. На остальные виды нарушений (зрительные, слуховые и вестибулярные, уродующие, психологические, общие и генерализованные, языковые и речевые) приходится 34,1%.

5. Ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов в целом по области обусловлены снижением способности к приобретению знаний (16,3%), способности видеть, ходить и осознавать (15%; 13,9% и 13% соответственно), преодолевать препятствия и слышать (10,3% и 9,4%), способности перемещаться, владеть руками, телом, (4,5%; 3,6%; 3,2%), понимать, принимать пищу, снижением памяти (3,2%; 2,2%; 2%), снижением способности контроля за физиологическими отправлениями (1,7%), ограничением способности соблюдать личную гигиену (1,3%).

6. Ранговые категории соотношения уровней инвалидности от всех причин среди детей обоего пола в возрасте 0-15 лет в районах области выявили наличие неблагоприятных особенностей в 9 районах области: Ахтубинском и Красноярском (преимущественно промышленных), Енотаевском и Харабалинском (преимущественно сельскохозяйственных), Икрянинском и Володарском (дельтовых с зонами подтопления), Наримановском, Приволжском, Черноярском. Сильная степень превышения уровней детской инвалидности по классу болезней нервной системы отмечена преимущественно в Красноярском, Енотаевском, Харабалинском, Камызякском, Черноярском, Лиманском районах; по классу врожденных пороков развития в Ахтубинском, Красноярском и Наримановском, Володарском, Енотаевском, Приволжском, Черноярском районах; по классу

психических расстройств и расстройств поведения в Ахтубинском, Наримановском, Володарском и Черноярском районах.

7.Изучение влияния наследственно-семейного анамнеза, группы социальных, социально-биологических, медико-социальных и социально-гигиенических факторов образа жизни семей с ребенком-инвалидом, выявило, что наибольшее значение на формирование инвалидности у детей оказывали следующие факторы риска: невынашиваемость в анамнезе у матери, наличие хронической соматической и гинекологической патологии в анамнезе у матери, возраст матери старше 30 лет, наличие в семье наследственной патологии, состояние угрожающего выкидыша, асфиксия при рождении, наличие родовой травмы, гнойно-септических заболеваний, неблагоприятный психологический микроклимат в семье, низкая медицинская активность.

8.Образ и условия жизни семей, воспитывающих детей-инвалидов характеризуются признаками неблагополучия по медико-демографическим параметрам, материальному и жилищно-бытовому уровню, психологическому микроклимату и медицинской активности. Наиболее неблагоприятными из них являются: 1) возраст матери к моменту рождения ребенка старше 30 лет (24%); 2) высокий процент (25,7%) неполных семей; 3) для 75,7% семей характерна однодетность; 4) наличие в каждой тринадцатой семье еще одного ребенка с отклонениями в развитии; 5) 35% матерей, имеющих среднее специальное и высшее образование, вынуждены трудиться в должности рабочих; 6) каждая седьмая мать не имеет работы; 7) в шести семьях из десяти имеет место нестабильная психологическая обстановка; 8) отцы не принимают участия в воспитании детей в каждой третьей семье.

9.Исследование уровня медицинской активности и материального уровня жизни семей, имеющих детей – инвалидов, выявило: 1) только в каждой третьей семье родители регулярно занимаются с ребенком развитием

отсутствующих навыков, причем в полных семьях это делается достоверно чаще, чем в неполных; 2) режим более чем в половине семей построен неправильно - каждый третий ребенок проводит на свежем воздухе менее 2-х часов в день, а каждый пятый ребенок питается реже 3-х раз в день; 3) одна треть исследуемого контингента не охвачена системой общественного воспитания; 4) невысока роль семьи в реабилитационном процессе ребенка, поскольку только половина родителей продолжают лечение дома, в каждом восьмом случае восстановительные мероприятия вообще не проводятся; 5) родители основной группы в 1,5 раза чаще выполняют рекомендации медицинских работников полностью, чем в контрольной; 6) полное выполнение родителями рекомендаций медицинских работников зачастую связано с уровнем образования; 7) каждая семья испытывает в среднем 3-4 проблемы (жилищные, обеспечение лекарственными препаратами, лечебно-реабилитационной помощью, санаторно-курортным лечением и др.).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Министерствам здравоохранения, социальной защиты, народного образования РФ, НИИ социально-гигиенического профиля при разработке федеральных, краевых и областных программ изучения социально-гигиенических и медико-экономических проблем детской инвалидности, а также при планировании мероприятий по оказанию целенаправленной медико-социальной помощи детям и ее финансировании использовать методические подходы, апробированные в результате настоящего исследования.

2. Администрациям области, города и районов, департаменту здравоохранения и главным врачам территориальных лечебно-профилактических учреждений необходимо интенсифицировать внедрение методик подсчета показателей детской инвалидности, дифференцированных по полу, возрасту, административно-территориальному делению для разработки профилактических мер по предупреждению инвалидизации детей.

3. В целях реализации мер, направленных на предупреждение и раннее выявление врожденной и наследственной патологии у плода, повышения эффективности этой работы необходима оптимизация системы профилактики, включающей скринирующие диагностические программы в критические периоды детства, планирование семьи, медико-генетическое консультирование, вакцинопрофилактику и внутриутробную коррекцию врожденных пороков.

4. Необходима разработка специальных программ подготовки медицинского персонала, внедрение в практику работы каждого врача психолого-социальных подходов с учетом современных представлений о факторах риска развития инвалидизации детей. Следует обеспечить активное внедрение в практику в условиях детских лечебно-профилактических учреждений, прежде всего, поликлинического звена, специальной

комплексной службы медико-социального патронажа в составе социального работника, психолога, юриста и ее тесное взаимодействие с участковой педиатрической службой.

5. Региональная информационная политика, позволяющая обеспечить приоритеты профилактических мероприятий в области материнства и детства, должна осуществляться на основе планомерной и последовательной деятельности по воспитанию в обществе медицинской культуры, пропаганде здорового образа жизни. Целесообразно расширять взаимосвязи с органами народного образования по составлению обучающих программ по валеологии и формированию ответственного родительства.

6. Руководителям детских поликлиник совместно с руководителями органов социальной защиты, органов и учреждений народного образования при участии местных администраций способствовать трудоустройству женщин-матерей, имеющих желание работать, их переобучению, или переподготовки с тем, чтобы они имели возможность работать неполный день или на дому, в связи с тем, что их дети нуждаются в постоянном уходе и воспитании.

7. Совместно с обществами инвалидов активизировать возможности родителей, воспитывающих детей-инвалидов, по организации родительских объединений с целью обеспечения более быстрой и эффективной социальной адаптации таких детей, повышению юридической осведомленности родителей и повышению роли семьи в абилитации и реабилитации детей-инвалидов.

8. В целях совершенствования непрерывной подготовки медицинских кадров на до- и последипломных ее этапах предусмотреть программы обучения, освещающие социально-правовые, психолого-педагогические вопросы и основы медико-социального обслуживания семьи и детей. В средних медицинских учебных заведениях в программах подготовки медицинских сестер педиатрического профиля целесообразно ввести курс «Социальная работа патронажной медицинской сестры».

9.Административно-территориальные особенности состояния проблемы детской инвалидности, определяемые экономическими и экологогеографическими условиями региона, следует использовать при составлении целевых программ медицинской помощи матери и ребенку, а также стандартов оказания медицинской помощи детям в условиях ОМС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов А.Н. Организация службы медико-педагогической и социальной реабилитации детей-инвалидов и их семей на базе специализированного детского санатория // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Оренбург. – 1997 –28 с.
2. Абросимов А.В., Магарил М.Ю., Попова Н.В. Инвалидность с детства в г. Ленинграде по данным ВТЭК // Проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов с детства: Сб. науч. тр. / Под. ред. М.С. Шевченко. – Л. , 1990.- С. 46-72.
3. Авдеева Р.А., Старых Э.Ф., Шарыпова З.А., Алхимова Н.В., Смирнов Ю.В., Черноусова А.А. Юный возраст матерей и показатели развития новорожденных детей в раннем неонатальном периоде. – Краснояр. мед. ин-т – Красноярск. – 1990. – С. 6.
4. Авдеева Т.Г., Алимова И.Л. Характеристика защитных реакций организма новорожденных из социально-неблагополучных семей в период адаптации. Пограничные состояния у детей // Под ред. В.Е. Шаробаро. / Сб. науч. тр. Смол. гос. мед. ин-т;– Смоленск. – 1990. – С. 36-39.
5. Аверьянов Л.Я. Социология: искусство задавать вопросы. – М., 1998.
6. Агаев Ф.Б., Гараева С.Г. О комплексной оценке конечных результатов деятельности службы охраны материнства и детства. // Сов. здравоохранение. – 1990. - №4. – С.3-5.
7. Адылова Г.К. Медико-социальные аспекты здоровья и качества жизни городских детей / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2000. – 18 с.
8. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1999. - №3. – С. 6-11.
9. Айриан А.П. Социально-экологическая очаговость болезней человека // Советское здравоохранение. – 1989. - №8. – С. 11-17.

- 10.Акулова И.К. Вспомогательные репродуктивные технологии и врожденные пороки развития // Проблемы репродукции. - 1997 . – №2. – С. 8-13.
- 11.Александер Д. Научные исследования в области охраны здоровья детей : настоящее и будущее // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1994. - №4. – С. 36-38.
- 12.Алексеев С.В., Воронцов И.М., Неженцев М.В., Янушанец О.И. Гигиенические и клинические проблемы экологии детства // Вест. РАМН. – 1993. – №5. - С.15-19.
- 13.Алиев В.А., Андреева В.И. Физическое развитие, гематологический статус школьников южного города с химической и нефтехимической промышленностью // Гиг. и сан. – 1990. - №7. – С. 40-43.
- 14.Алиева Х.М. К вопросу о профилактике заболеваемости и инвалидности у детей с патологией ЦНС // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.8.
- 15.Алферов В.П. Как вырастить здорового ребенка. – Л., Медицина. – 1991. – 416 с.
- 16.Альбицкий В.Ю., Ананьин С.А., Сорокина А.В. Организация медико-социальной помощи детям // Здравоохранение РФ. – 1993. - №7. – С. 10-11.
- 17.Аналитический вестник. Выпуск 12. Здоровье населения как фактор национальной безопасности России / под ред. Н.Ф. Герасименко. – М.:Комитет по охране здоровья ГД РФ, 1997. – 35 с.
- 18.Андреева И.М. Специализированная медицинская помощь сельскому населению. – Киев: Здоровье, 1997. – 149 с.
- 19.Андрianов В.Л., Мирзоева И.И. О задачах по улучшению помощи инвалидам с детства с поражением опорно-двигательного аппарата // В

- сб.: Организация помощи и лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – Архангельск. - 1987. - С. 3-5.
20. Антиленко Е.Н., Когут Н.Н. Результаты эпидемиологического изучения врожденных пороков развития у детей в городах с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха // Вест. РАМН. – 1993. - №3. – С. 32-36.
21. Апостолов Е., Мичков Х. Урбанизация. Тенденции и гигиеническо-демографические проблемы. – М.: Медицина. – 1997. – 399 с.
22. Артемов В.Г., Замотин Б.А. Определение групп риска при инфекционных заболеваниях детей первых семи лет жизни // Здравоохранение РФ. – 1986. - №3. – С. 11-14.
23. Ахматдуллин У.З. Медико-социальные аспекты формирования здоровья школьников в условиях малого города / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 1996. – 20 с.
24. Ахмедов А. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья детей Таджикистана (в т.ч. детей-инвалидов) / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1996. – 24 с.
25. Ахмерова Ф.Г., Михайлова И.Ю., Гилязов М.И. Состояние здоровья детей первого года жизни при их диспансеризации// Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С. 39.
26. Ахметова Р.А., Ахметова А.Р. Влияние экопатогенных факторов на распространенность и структуру хронических заболеваний органов пищеварения у детей // Новые технологии в педиатрии: Материалы Конгресса педиатров России. – (Москва, 19-21 апреля 1995 г.). – М., 1995. – С. 8.
27. Балаболкин И.И. Аллергические заболевания у детей в районах с промышленным загрязнением // Педиатрия. – 1995. - №4. – С. 59-60.

- 28.Балева Л.С. Научные и организационные принципы современной педиатрии // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1997. - Т. 42. - №5. – С. 6-15.
- 29.Балева Л.С., Лаврентьева Е.Б. Структура причин инвалидизации детей, проживающих в радиационно загрязненных территориях // Современные проблемы педиатрии: Мат. VIII съезда педиатров России. – М., 1998. – С. 61.
- 30.Балыгин М.М. Некоторые методические подходы в изучении здоровья детей раннего возраста // Реф. журнал физиологии. – 1990. - №11. – С. 26.
- 31.Балыгин М.М. Особенности формирования здоровья детей раннего возраста в зависимости от типа семьи / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 1997. – 24 с.
- 32.Балыгин М.М. Факторы риска в формировании здоровья детей раннего возраста: Обзор литературы // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1990. - №12. – С. 22-27.
- 33.Балыгин М.М., Дмитриев В.И. Влияние биологических и социально-гигиенических факторов на здоровье детей раннего возраста, проживающих в сельской местности // Здравоохранение РФ. – 1996. - №6. – С. 23-27.
- 34.Баранов А.А. Медико-демографическая ситуация и здоровье детей России. / Охрана репродуктивного здоровья населения Матер. Второй Национальной ассамблеи «Охрана здоровья матери и ребенка». – М., 1997. – С. 7-10.
- 35.Баранов А.А. Состояние здоровья детей и задачи Союза педиатров России // Педиатрия. –1995. - №4. - С.7-11.
- 36.Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях : проблемы, пути решения // Рос. педиатр. журнал. – 1998. - №1. – С. 5-8.

- 37.Баранов А.А., Барашнев Ю.И. Перинатальный региональный центр: структура и функции // Акуш. и гинек. – 1990. - №5. – С. 3-7.
- 38.Баранов А.А., Каграманов В.И. Проблемы детской инвалидности: научно-информационное обеспечение // Здравоохранение РФ. – 1995. -№3. – С. 27-30.
- 39.Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Принципы государственной политики по охране здоровья детей // Мат. VII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.27.
- 40.Барашнев Ю.И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства // Акушерство и гинекология. – 1991. - №1. – С. 12-18.
- 41.Барашнев Ю.И. Риск репродуктивных потерь и шанс рождения здорового ребенка при желанной и нежеланной беременности // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. –1996. - №6. – С. 23-29.
- 42.Бедный М.С. Демографические аспекты здоровья. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 244 с.
- 43.Белоусов В.А. Повышение эффективности педиатрической службы в агропромышленном регионе на основе системного подхода // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Барнаул, 1999. – 26 с.
- 44.Богатырева Г.П. Динамика и структура детской инвалидности в крупном промышленном центре Среднего Поволжья // Медико-социальные и клинико-социальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения: Сб. науч. тр. – Астрахань: АГМА, 2002. – Т. 25 (XLIX). – С.9-12.
- 45.Бочков Н.П. Генетические технологии в педиатрии // Педиатрия. – 1995. - №4. – С. 21-26.
- 46.Бочков Н.П., Катосова Л.Д. Генетический мониторинг популяций человека при реальных химических и радиационных нагрузках // Вестн. РАМН. –1992. - №4. – С. 10-14.

- 47.Бочков Н.П., Лазюк Г.И. Вклад генетических факторов в перинатальную патологию и детскую смертность // Вестн. АМН СССР. – 1991. - №5. – С. 11-13.
- 48.Бочков Н.П., Чеботарев А.Н. Наследственность человека и мутагены внешней среды. – М., 1989. - 269 с.
- 49.Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М. О некоторых медико-демографических и социальных аспектах развития подростков // Здравоохранение РФ. – 1999. - №2. – С. 41-47.
- 50.Бучин В.Н., Перепечкин А.Н., Симонов С.Н., Ярославцев А.С. Некоторые показатели состояния здоровья новорожденных в зоне промышленной деятельности Астраханского газоперерабатывающего комплекса // Каспий – настоящее и будущее: Тез. докл. междунар. конф. – Астрахань: 1995. – С. 239-241.
- 51.Бучин В.Н., Симонов С.Н., Резаев А.А. Состояние и перспективы медико-социальных исследований научно-практического медицинского комплекса «Экологическая медицина» // Актуальные вопросы социальной медицины и организации здравоохранения: Сб. науч. тр. – Астрахань: АГМА, 1997. – Т. VII (XXXI). – С. 57-61.
- 52.Ваганов Н.Н. Охрана материнства и детства как медико-социальная проблема // Здравоохранение РФ. – 1991. - №10. – С. 4-7.
- 53.Ваганов Н.Н. Служба охраны здоровья матери и ребенка в России в 90-е годы // Российский педиатрический журнал. – 1998. - №1. – С. 61-67.
- 54.Ваганов Н.Н. Стратегия охраны здоровья матерей и детей в условиях социально-экономических реформ Российской Федерации. // Автореф. дис. ... док. мед. наук (в форме доклада). – М. – 1996. – 48 с.
- 55.Ваганов Н.Н., Грачева А.Г О перинатологии в России // Материнство и детство. – 1992. - №8/9. – С. 33-35.
- 56.Вайцехович Б.А., Редько А.Н. Социальная профилактика – иллюзия или реальность? // Проблемы городского здравоохранения. – Вып. 7. – Сб.

- науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб.: “Полиграфическое искусство”, 2002. – С. 218-220.
57. Васильева Т.Л. Медико-социальные аспекты эффективности восстановительного лечения детей с рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями в условиях местного пульмонологического санатория // Организация лечебной и учебно-воспитательной работы в нетуберкулезном санатории и санаторно-лесных школах: Сб. тез. докладов конф. г. Железнодорожный. – М. – 1990. – С. 32-33.
58. Васильева Т.П. Организационная структура перинатальной охраны плода и новорожденного в Ивановской области // Здоровье семьи и репродуктивная функция. – М., 1993. – С. 202-207.
59. Васильева Т.П. Организационные технологии охраны здоровья матери и ребенка // Мат. IV Рос. форума «Мать и дитя». – М.: «МИК»., 2002. - Ч. 1. – С. 15-16.
60. Величковский Б.Т. Экологическая патология // Здравоохранение РФ. – 1994. - №1. – С. 6-9.
61. Вельтищев Ю.Е. О стратегии и приоритетных направлениях в педиатрии // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1994. - Т. 39. - №1. – С. 2-8.
62. Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней. – М., 1994. – 67 с.
63. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // Рос. вест. перинатологии и педиатрии . – 1996. – Т. 41. – 2. - С. 5-12.
64. Вельтищев Ю.Е. Экопатология детского возраста // Педиатрия. – 1995. - №4. - С. 26-33.
65. Вельтищев Ю.Е., Балева Л.С. Научные и организационные принципы современной педиатрии // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1997. – №5. - С. 6-15.

66. Вельтищев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье детей (экотоксикологическое направление). К концепции Республиканской научно-практической конференции // Матер. и дет. – 1992. – №12. – С. 30-34.
67. Веселов Н.Г. Детская инвалидность как медико-социальная проблема // В сб.: Социальная педиатрия (курс лекций). – СПб., 1996. – С. 243-260.
68. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия. Актуальные проблемы // Уфа : РИОГОСкомиздат БашССР, 1992. – С. 14-17.
69. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия. Курс лекций. – СПб.: Ривьера, 1996. – 395 с.
70. Веселов Н.Г., Кузнецова Е.Ю., Попова Т.В. К вопросу об изучении состояния инвалидизации детей в крупном районе Санкт-Петербурга // Новые технологии в педиатрии. – М., 1995. – С. 211.
71. Вишневский А.Г. Демографический потенциал России // Вопросы экономики. – 1998. - №5. – С. 103-122.
72. Влияние экологической обстановки на развитие новообразований у детей / Л.И. Дзюбич, Т.Г. Атясова, В.М. Батракова, А.Т. Денисов, Н.Б. Якушева, В.С. Балыкова // Новые технологии в педиатрии: Материалы Конгресса педиатров России. – (Москва, 19-21 апреля 1995 г.). – М., 1995. – С. 20-21.
73. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000г. – Женева, 2001.
74. Волкова Г.М. Образ жизни и состояние здоровья детей из многодетных семей (комплексное клинико-социальное исследование по материалам республики Татарстан) / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Казань. – 1998. – 20 с.
75. Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении. М.: ГЕОТАР-Мед, 2001. –336 с.
76. Геппе Н.А., Шахbazян И.Е., Лыскина Г.Л. Методические подходы к определению ранней инвалидизации при соматической патологии у детей // Педиатрия. – 1995. - №4. – с. 102-104.

- 77.Гимадеев М.М. О Социально-гигиеническом мониторинге здоровья населения РТ // Мониторинг. – 1996. - №1. – С. 22-26.
- 78.Говязина Т.Н., Селезнева В.Т. Важнейшие задачи в улучшении условий жизни и здоровья в сельской местности // Современная семья: социальные, медицинские, психолого-педагогические аспекты проблем. – Пермь, 1994. – с. 17-20.
- 79.Горюнов А.В., Аляпина Н.Н., Камаев И.А. Дети из семей заключенных: особенности образа жизни и поведения, методы коррекции / Матер. международной научно-практич. конференции «Семья в новых социально-экономических условиях». - Н. Новгород. - 1997. – С. 235-239.
- 80.Государственный доклад «О положении детей». - М., 1998.
- 81.Государственный доклад «О положении детей-инвалидов в Российской Федерации ». – М., 1996. –313 с.
- 82.Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». –М., «Соц. - психол. технологии», 1995. – 313 с.
- 83.Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации» в 1999 г. – М., 2000. – С. 12.
- 84.Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году / М-во здравоохранения РФ, РАМН. – М.:ГЕОТАР-Мед, 2001. – 104 с.
- 85.Государственный доклад Совета по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации «О положении инвалидов в Российской Федерации» - М., 1998.
- 86.Грба М.В. Риск инвалидности вследствие психической патологии // Проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов с детства: Сб. науч. тр. – Л. , 1990. – С. 48-57.
- 87.Гребешева И.И., Ельцов-Стрелков В.М., Гулевская Р.М. Социально-гигиеническая характеристика девочек –подростков и оценка их

- репродуктивных установок // Сов. здравоохранение. – 1990. - №5. – С. 31-33.
- 88.Гребешева И.И., Якушина Л.А., Гениатулина Л.Н. Методические подходы к изучению организации медицинской помощи детям в условиях реабилитационных центров// В сб.: Актуальные вопросы совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи женщинам и детям. –М. - 1985. - С. 87-91.
- 89.Григорович Л.П. О возможности предупреждения детского травматизма // Всемирный форум здравоохранения. – 1989. – Т. 9. -№4. –С. 89-92.
- 90.Гринина О.В. Инвалидность как многофакторная проблема // Здравоохранение РФ. – 1993. - №12. – С. 8-16.
- 91.Гришина Л.П. Актуальные проблемы инвалидности в Российской Федерации. – М. – 1995. – 127 с.
- 92.Грищенко Т.П., Хрипунова Г.И. Распространенность детской инвалидности в Саратовской области // Материалы VIII съезда педиатров России «Современные проблемы педиатрии». – М. – 1998. – С. 47-48.
- 93.Гуркин Ю.А. Здоровье девочек-подростков в России. Охрана репродуктивного здоровья населения // Мат. 11 Нац. ассамблеи. – М. – 1997. – С. 28-30.
- 94.Гурьянова Э.В., Якимова С.П., Рольник В.И. Опыт применения автоматизированной системы анализа инвалидности и деятельности ВТК в Узбекской ССР // Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов. – Минск. – 1988. – С. 28-29.
- 95.Гусева Л.Я., Гурьянова З.Т., Сологубова М.И. Показатели инвалидности с детства в РСФСР, их динамика. Особенности в отдельных регионах // Актуальные проблемы инвалидности. – М. – 1991. – С. 21-27.

96. Гусева Н.К., Семенова И.Ю., Старикова Н.В. Правила направления больных в бюро медико-социальной экспертизы // Метод. реком. – Н.Новгород. – 1997. – 60 с.
97. Гусейнова Н.М. Комплексная оценка состояния здоровья детей, проживающих в зонах применения пестицидов // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М. – 1990. – 49 с.
98. Дамье Н.Г. Основы травматологии детского возраста. – Медгиз. – 1960. – С. 9-22.
99. Даутов Ф.Ф. Изучение здоровья населения в связи с факторами среды. – Казань. – 1990. – 116 с.
100. Денисов А.П. Заболеваемость внебрачных детей раннего возраста // Здравоохранение РФ. – 1989. - №1. – С. 17-19.
101. Дербенев Д.П. Психическое здоровье и социальная адаптация в подростковом возрасте и управление ими в условиях социально-экономических перемен. – Тверь, 1998. – 87 с.
102. Дети-инвалиды. Правовая защита семей, воспитывающих детей-инвалидов. Сб. нормативных актов. – М. – 1996. – 238 с. (Библ. Журнала «Социальная защита», №15.).
103. Дзуцев Г.М. Социально-гигиеническое исследование медико-демографических процессов и динамики состояния здоровья населения для обоснования реформирования здравоохранения в республике Коми / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 25 с.
104. Долецкий С.Я. Дети – жертвы насилия и катастроф // Педиатрия: специальный выпуск. – 1994. – С. 34-35.
105. Дубинин Н.П. Новое в современной генетике. – М.: Наука, 1986. – 221 с.
106. Егорова А.К. Состояние здоровья, условия жизни и образ жизни детей республики Саха (по материалам г. Якутска) / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1995. – 27 с.

107. Ермаков С.П. Целевой медико-демографический потенциал и его использование для анализа территориальных различий медико-демографических показателей и определения приоритетных направлений улучшения здоровья населения // Здоровье населения РФ и пути его улучшения. – М., 1994. – С. 53-57.
108. Ермаков С.П., Комаров Ю.М., Семенова В.Г. Потери трудового потенциала и оценка приоритетных проблем здоровья населения России // Окружающая среда и здоровье населения России: Атлас / Под ред. М. Фешбаха. – М.: Паймс, 1995. – С. 35-43.
109. Ефимова А.А. Экология и здоровье детей // Педиатрия. – 1995. - №4. – С. 49-50.
110. Заболеваемость и особенности медицинского обслуживания инвалидов / Т.М. Максимова, Е.П. Какорина, Т.А. Королькова, Д. И. Исмагилова, Н.П. Лушкина // Проблемы соц. гиг. и истории медицины. – 1995. -№2. – С. 6-14.
111. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. Краткие пересмотренные задачи. Сентябрь 1991. Ежемесячный информационный бюллетень, 1993. - №6.
112. Зайцева Н.В., Пушкарева М.В., Кабакова О.А., Ситниченко Е.П. Здоровье детей на экологически неблагополучных территориях: состояние, прогноз, коррекция // Современные проблемы педиатрии, материалы VIII съезда педиатров России. – М. – С. 71-72.
113. Запоржан В.Н., Аряев Н.Л. Практические проблемы современной перинатологии // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1995. - №5. – С. 10-16.
114. Заридзе Д.Г., Ли Н.А., Мень Т.Х. Заболеваемость злокачественными опухолями детей в четырех областях Казахстана, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону // Медицинская радиология. – 1993. – Т. 38. - №11. – С. 24-28.

115. Здоровье детей России (состояние и проблемы) // Под ред. А.А. Баранова. - М. – 1999. – С.273.
116. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (Статистические материалы). - М., МЗ РФ, 2000. - С.8.
117. Зелинская Д.И. Детская инвалидность (медицинско-социальное исследование) / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 53 с.
118. Зелинская Д.И. Медико-организационные проблемы детской инвалидности // Педиатрия. – 1995. - №4. –С. 5-13.
119. Зелинская Д.И. О выполнении федеральной программы «Дети-инвалиды» в 1993-1995 гг. // Здравоохранение РФ. – 1997. - №1. –С. 11-15.
120. Зелинская Д.И. Реабилитация как комплексная проблема восстановления (компенсация) нарушенных функций организма ребенка. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – Т. 41. – 1996. – С. 13-16.
121. Зелинская Д.И., Балева Л.С. Детская инвалидность. – М.: Медицина, 2001. – 136 с.
122. Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.Е. Детская инвалидность // Рос. вест. перинатологии и педиатрии: Прилож. Лекция 6. – М., 1995. – 34с.
123. Зелинская Д.И., Кобринский А.М. Автоматизированный регистр детей-инвалидов в системе учета и анализа состояния здоровья детей России // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1997. - №3. – С. 41-45.
124. Золетило А.И., Койкелов С.Д. Некоторые медико-социальные аспекты детской инвалидности в Киргизии //Сов. здравоохр. – 1990. - №6. – С. 33-35.
125. Зурабян Н.П. Этиологическая структура множественных врожденных пороков развития, диагностируемых в перинатальном периоде // Современные проблемы медицинской генетики. – Ереван. - 1990. – С. 30-34.

126. Зыятдинов К.Ш. Социально-гигиенический мониторинг здоровья //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – 1997. – 22 с.
127. Иванеев М.Д., Паршин Е.В. Опыт межгоспитальной транспортировки новорожденных в критическом состоянии // Вопр. охраны материнства и детства. – 1991. - №6. – С. 46-47.
128. Иванов А.В. Гигиена окружающей среды и здоровье населения в нефтедобывающих районах республики Татарстан // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – 1997. – 36 с.
129. Иванов А.Г. Комплексное социально-гигиеническое изучение здоровья городских и сельских детей раннего возраста // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Тверь, 1991. – 24 с.
130. Иванов В.П., Чурносов М.И., Кириленко А.И. Использование динамики частоты врожденных пороков развития в оценке экологической обстановки // Актуальные проблемы профессиональной и экологической патологии. – Курск, 1994. - С. 68-69.
131. Игнатьева Р.К. Методология исследования здоровья поколения в раннем периоде жизни (теоретическое обоснование и экспериментальное внедрение) // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1991. – 38с.
132. Игнатьева Р.К. Социально-гигиеническая оценка распространенности умственных и физических недостатков среди детского населения СССР // Отчет о НИГВНИИ им. Н.А. Семашко. – М., 1992. – 121 с.
133. Игнатьева Р.К., Каграманов В.И., Огрызко Е.В, Чемякина Д.Н. Распространенность стойких нарушений и последствий болезней среди детей крупного города // Проблемы соц. гиг. и истории медицины. – 1997. - №3. – С. 7-14.
134. Игнатьева Р.К., Кадеркаева Н.И., Проклова Т.Н. Сравнительная социально-гигиеническая оценка состояния здоровья популяций новорожденных в регионах с высоким, средним и низким уровнем

- младенческой смертности // Сов. здравоохранение. – 1990. - №9. – С. 41-46.
135. Изучение факторов риска и прогнозирование здоровья населения на региональном уровне /Сб. науч.тр. Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН // Под ред. чл.-кор. РАМН, проф. В.А. Медика. – М.:Медицина, 2003. – Т.1. – 304 с.
136. Изучение этно-территориальных особенностей здоровья школьников Приволжского федерального округа (Нижегородская область, республика Чувашия, республика Марий-Эл) / И.А. Камаев, А.В. Леонов, Т.В. Поздеева, А.М. Абанин, О.Л. Васильева // Проблемы городского здравоохранения. – Вып. 7. – Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб.: “Полиграфическое искусство”, 2002. – С. 258-260.
137. Исаков Э.З. Социально-гигиенические аспекты формирования здоровья сельского населения Узбекистана / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –М., 1992. – 25 с.
138. Каграманов В.И. Комплексная оценка последствий болезней и причин инвалидизации в детской популяции / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 19 с.
139. Какорина Е.П. Социально-гигиенические особенности формирования здоровья населения в современных условиях: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1999.
140. Калининская А.А. Совершенствование службы восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях: Обзор литературы // МРЖ, раздел 16. – 1990. - №2. – С. 15-19.
141. Камаев И.А., Гурвич Н.И., Иорданская Н.А., Позднякова М.А. Медико-социальные аспекты детской инвалидности // Здравоохранение РФ. – 1997. - №5. - С. 45-47.
142. Камаев И.А., Позднякова М. А. Многодетная сельская семья и здоровье детей // Здравоохранение РФ. – 1994. - №19. – С. 36-37.

143. Камаев И.А., Позднякова М.А. Детская инвалидность (проблемы и пути решения). – Нижний Новгород, 1999. – 156 с.
144. Камалов А.А., Пивоваров Ю.П. Состояние здоровья детского населения Республики Татарстан, проживающих в районах с различной санитарно-гигиенической ситуацией // Экология и здоровье детей – основа устойчивого развития общества / Матер. III Всерос. конгресса с международным участием (24-27 июня 1997 г.). – СПб., - 1997. – С. 110-111.
145. Камрюк Л.Г Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов // Педиатрия. –1990. - №2. – С. 11-17.
146. Каткова И.П. Детская инвалидность в республике Башкортостан // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1997. – С. 15.
147. Каткова И.П., Кузнецова В.В. Организация деятельности социального работника в семьях, имеющих детей-инвалидов // Мед. помощь. – 1994. - №2. – С. 9-11.
148. Кацук Л.И., Кузьмина Н.О. Инвалидность с детства вследствие заболеваний нервной системы (по материалам ВТЭК Ленинграда) // В сб.: Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация при нервно-психических заболеваниях. – Л., 1988. – С. 120-123.
149. Кешишян Р.А., Рошаль Л.М., Пужицкий Л.Б. Социальные и медицинские аспекты дорожно-транспортного травматизма у детей // Мат. V Конгресса педиатров России «Здоровый ребенок». – М. – 1999. – С. 227.
150. Кича Д.И. Здоровье и потребности семьи в медико-социальной помощи. – М., 1993. – 67 с.
151. Кича Д.И., Окунева Г.Ю. Медико-социальные потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов // Мед. помощь. – 1994. - №3. –С. 8-11.

152. Ковалев В.В., Прейс В.Б. О состоянии детей-инвалидов при психических заболеваниях // Всесоюзная научно-практическая конф. по детской неврологии и психиатрии.: Тез. докл. – Вильнюс, 1989. – С. 144-146.
153. Ковтун О.П., Волкова Е.С. Структура инвалидности у детей и подростков с неврологической патологией // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.159.
154. Кожевникова Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Чистович Л.А. Абилитация младенцев – первая в России проблема раннего вмешательства // Педиатрия. – 1995. - №4. – С. 17-24.
155. Комаров Ю.М. Здоровье нации в опасности // Информ. письмо. – 1993. – 13 с.
156. Комаров Ю.М. Основные тенденции в здоровье населения России // Здоровье населения РФ и пути его улучшения. – М., 1994. – С. 15-17.
157. Комаров Ю.М. Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения. – М.: НПО «Медсоцэкономинформ», 1995.- С. 142.
158. Конвенция ООН о правах ребенка. – 1989.
159. Кошелева Н.Г., Зваюгова Н.Г. Экологическая безопасность городов. - СНГ, 1993. – С. 58.
160. Кривошеев Г.Г. Повышение качества профессиональной подготовки врачей: проблемы, вопросы, решения // Педиатрия. – 1991. – №10. - С. 5-9.
161. Кузнецова В.В., Повар В.А. О нерешенных проблемах медико-социальной помощи детям-инвалидам // Материалы конгресса педиатров России. –М., 1995. - С. 229.
162. Кулавский В.А., Даутова Л.А. Современные аспекты снижения перинатальных потерь в сельском регионе // Мат. IV Рос. форума «Мать и дитя». – М.: «МИК»., 2002. - Ч. 1. – С. 52-53.

163. Кулаков В.И. Перинатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 1997. - №5. – С. 19-22.
164. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Перинатальная патология: истоки и пути снижения // Акушерство и гинекология. – 1994. - №6. – С. 3-7.
165. Курьянова Н.Н., Сердюков А.Г., Кульков В.Н., Винникова Ю.Г. Антропогенность внутрирегиональной очаговости патологии населения Астраханского края // Труды Междунар. Форума по проблемам науки, техники и образования / Под ред. С.П. Савиных и В.В. Вишневского. – М.: Академия наук о Земле, 1998. – С. 160-161.
166. Кучма В.Р. Приоритеты в медицинском обеспечении детей на современном этапе развития общества // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.188.
167. Кучма В.Р. Роль профилактической педиатрии и гигиены детей и подростков в формировании их здоровья // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.188.
168. Лазюк Г.И., Лурье И.В., Щуплецова Т.С. Значение медико-генетической службы в профилактике детской инвалидности // Педиатрия. – 1991. - №6. – С. 66-69.
169. Лепарский Е.А. Социальная адаптация и реабилитация детей с хроническими заболеваниями // В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. – Таллин. – 1980. – С.13-15.
170. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. – М., 1997. – 11-13.
171. Лисицын Ю.П. Комплексная стратегия и тактика охраны здоровья населения, развития и реформирования здравоохранения в Российской Федерации. – М., 1995.

172. Лисицын Ю.П. Комплексные социально-гигиенические исследования // Социально-гигиенические исследования. – Труды института. - М. – 1973. – С. 5-14.
173. Лисицын Ю.П. Обусловленность общественного здоровья // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-е годы: Тез. докл. – М., 1999. – С. 13.
174. Лисицын Ю.П. Тактика охраны здоровья и концепция здравоохранения // Экономика и управление здравоохранением. – М., 1993. – С. 35-42.
175. Лисицын Ю.П. Управление охраной здоровья: Конспект лекций. – М., 1992. – 107 с.
176. Лукашев А.М., Акопян А.С., Шиленко Ю.В. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз // Под. ред. чл. - кор. РАМН проф. Н.Ф. Герасименко. –М., 2001. – 96 с.
177. Майор Ф. Курьер ЮНЕСКО. – 1981. - №2. – С. 3-33.
178. Маковецкая Г.А., Стукалова Т.И., Абрамова И.В. Медицинские и социальные аспекты детской инвалидности // Самарскому государственному медицинскому институту-университету – 75. - Самара, 1994. – С. 109-110.
179. Маковецкая Г.А., Стукалова Т.И., Абрамова И.В., Козлова Т.В. Экспертная оценка причин и структуры инвалидности у детей // Рос.вест. перинатологии и педиатрии. – 1995. - №2. – С. 16-29.
180. Максименко Л.Л. Современные проблемы сохранения здоровья детей // Социальная медицина на рубеже XXI века : Тез. докл. – Краснодар, 1999. – С. 187.
181. Максимова Т.М. Закономерности формирования и современные социально-гигиенические оценки здоровья населения: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. - 44 с.

182. Максимова Т.М., Какорина Е.П., Исмагилова Д.И., Орлова Е.В. Методические подходы по выявлению проблемных ситуаций в состоянии здоровья детей. – М., 1994. – 116 с.
183. Мальцева Л.А. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья детского населения промышленного города в связи с загрязнением атмосферного воздуха // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1991. – 22 с.
184. Мамырбаева М.А., Изтлеуова Р.Б., Тулкибаева Г.Х. Инвалидность и хроническая соматическая патология у детей // Современные проблемы педиатрии и детской хирургии: Сб. науч. тр. посвященный 70-летию научного центра педиатрии и детской хирургии. – Алматы, 2002. – С. 187-188.
185. Мартынов В.Л. Социально-гигиенические исследования роли семьи в реабилитации детей-инвалидов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1992 . – 28 с.
186. Материалы Всемирной Организации Здравоохранения. Рождение ребенка в Европе. – Копенгаген. – 1998. – 85 с.
187. Медик В.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование динамики здоровья населения и обоснование концептуальной модели реформы здравоохранения (на примере Новгородской области) / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 62 с.
188. Медико-демографическая ситуация и здоровье детей Удмуртии / Э.И. Тыцкая, В.К. Гасников, Т.Л. Чертыова, Е.Ю. Шкляева, В.В. Лопатин, И.В. Мальцева // Материалы VIII съезда педиатров России «Современные проблемы педиатрии». – М. – 1998. – С. 33.
189. Международная статистика причин инвалидности // Ежегодник мировой санитарной статистики. - ВОЗ. – Женева, 1992. – С. 29-75.
190. Мергелян Г.А., Теучеже Р.Х., Лебединская Г.П. Анализ контингента инвалидов с детства. – М., 1981. – 128 с.

191. Миняев В.А., Вишняков Н.И., Юрьев В.К., Лучкевич В.С. Социальная медицина и организация здравоохранения. – Т.1-2. – С. 220-444.
192. Низамов Р.Х., Хузиханов Ф.В., Ахметзянова Г.З. Медико-социальная профилактика заболеваемости у юношеской призывного и допризывного возраста в регионах с антропогенными загрязнениями в Республике Татарстан // Сб. науч.тр.: “Современные проблемы развития регионального здравоохранения”. – Казань. – 2003. – с. 78-79.
193. Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Тенденции и пути снижения фетоинфантильных потерь в Республике Татарстан // Казан. мед. журнал. – 1997. - №3. – С. 161-164.
194. Новиков П.В. Состояние медико-генетической службы в Российской Федерации и перспективы ее развития // Рос.вест. перинатологии и педиатрии. – 1994. – Т. 39. – №6. – С. 2-5.
195. О Национальном плане действий в интересах детей Российской Федерации / Решение коллегии Минздравмедпрома РФ от 20 декабря 1994 года, протокол №25 / Минздравмедпром РФ. – М., 1995. – С. 29.
196. Об организации учета детей с умственными и физическими недостатками в детских поликлиниках / Р.К. Игнатьева, М.В. Максимова, В.И. Морозова, Е.Л. Дубинская, Е.В. Огрызко, О.В. Помялова // Актуальные вопросы совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи женщинам и детям. – М., 1988. – С. 80-87.
197. Об охране здоровья граждан. Еженед. изд. Собрание законодательства РФ №33, 1993, Ст.1318-1319, С.2289-2324.
198. Овчаренко С.А. К методике комплексного изучения медико-социальных причин инвалидности с детства // Здравоохранение РФ. – 1994. - №5. – С. 25.
199. Овчаренко С.А. Методические подходы к изучению проблем инвалидности с детства // Здравоохранение РФ. – 1993. - №3. – С. 9-16.

200. Овчаров В.К. Проблемы инвалидности: медико-статистические аспекты // Проблемы соц. гиг. и истории медицины. – 1997. – №4. – С. 3-10.
201. Окунева Г.Ю. Медико-социальные проблемы семей, воспитывающих детей-инвалидов // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –М., 1995. –28 с.
202. Окунева Г.Ю. Характеристика детской инвалидности в г. Перми и условия жизни детей-инвалидов // Дети-инвалиды. Вопросы социальной, медицинской и педагогической реабилитации. – Пермь, 1993. – С. 24-26.
203. Орел В.И. Медико-социальные и организационные проблемы формирования здоровья детей в современных условиях / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1998. – 66 с.
204. Осадчик А.И., Кириенко З.Е. К вопросу о сущности проблемы профилактики инвалидности у детей // Проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов с детства: Тез. докл. конф. 28-30 ноября 1990. – Л., 1990. – С. 40.
205. Осипов А.М. Социальные проблемы здоровья молодежи. – В кн.: Молодежь страны и региона на пороге XXI века. Социальные проблемы. – Великий Новгород: НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2001.
206. Основные направления Государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национальный план действий в интересах детей). Еженед. изд. Собрание законодательства РФ №38, 1995. Ст. 3669-3689, С. 6853-6895.
207. Педиатрическая служба в условиях реформирования здравоохранения // Н.Н Ваганов, В.М. Шипова, С.М. Степанова, Т.Л. Ермохина, И.А. Алленова–М.: ГРАНТЪ, 1999. – 232 с.
208. Перинатальная служба в регионе как система обеспечения качества помощи матери и ребенку (опыт работы Алтайского края за 10 лет) / Г.Н. Перфильева, В.А. Белоусов, Н.В. Евтушенко, И.В. Шаламова, И.В. Доценко // Мат. IV съезда Рос. ассоциации специалистов перинатальной

- медицины «Регионализация и совершенствование перианатальной помощи». – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – С. 53-54.
209. Перфильева Г.Н., Кагирова Г.В. Концепция развития службы охраны матери и ребенка в регионе: проблемы, поиски, решения // Перинатальная охрана плода и новорожденного. – Барнаул, Белокуриха. – 1997. – 34 с.
210. Пестициды и частота заболеваний органов мочевой системы у детей, проживающих в сельскохозяйственных районах Дагестана / И.М. Османов, В.В. Длин, Э.А. Юрьева, Д.Г. Хачиров, Ф.Ю. Акаева // Новые технологии в педиатрии: Материалы Конгресса педиатров России. – (Москва, 19-21 апреля 1995 г.). – М., 1995. – С. 43-44.
211. Пивень Е.А. Состояние здоровья детей раннего возраста и функции семьи // Бюлл. НИИ соц. гиг., экон. и управл. зравоохран. им. Н.А. Семашко. – Вып. 6. – М. – 2003. – С. 52-55.
212. Подобед Н.Д. Медико-социальные аспекты внедрения современных перинатальных технологий в Волгоградской области // Мат. IV Рос. форума «Мать и дитя». – М.: «МИК»., 2002. – Ч.1. – С. 82-84.
213. Позднякова Т.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование детей из неполных семей сельской местности // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1994. – 23 с.
214. Полунина Н.В. Состояние здоровья и образ жизни семей, воспитывающих детей в возрасте от 0 до 7 лет (комплексное социально-гигиеническое исследование // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1996 - 22 с.
215. Пономарева И.В., Ларионов Ю.К., Пономарев В.В., Басенков В.П. Инвалидность в свете реформирования здравоохранения // Проблемы городского здравоохранения. – Вып. 7. – Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб.: “Полиграфическое искусство”, 2002. – С. 212-213.

216. Попова Т.В. Медико-социальная характеристика детей-инвалидов и пути их реабилитации // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1995. – 22 с.
217. Предупреждение инвалидности и реабилитация // Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. (Серия технических докладов ВОЗ, №668). – Женева. – 1983. – 42 с.
218. Приказ Минздрава РФ № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет». – 1991. – С. 8.
219. Решетников А.В. Технология медико-социологического исследования в социальной сфере. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. – 210 с.
220. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. – 238 с.
221. Решетников А.В. Процессное управление в социальной сфере: Руководство. – М.: Медицина, 2001. – 504 с.
222. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину) // Руководство. – М.: Медицина. – 2002. – 976 с.
223. Рольник В.И. Динамика инвалидности с детства вследствие заболеваний нервной системы в Узбекской ССР / Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация больных и инвалидов. – Ташкент, 1987. – С. 87-91.
224. Рольник В.И. Социально-трудовая ориентация инвалидов с детства вследствие болезней нервной системы // Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация больных и инвалидов. – Ташкент, 1991. – С. 70-75.
225. Савельев С.И., Котова Г.Н., Дохов М.А., Савельева Е.А. Медико-социальная характеристика образа жизни детей в современной семье // Проблемы городского здравоохранения. – Вып. 7. – Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб.: “Полиграфическое искусство”, 2002. – С. 228-230.

226. Савельева Л.Ф. Влияние загрязненного атмосферного воздуха на репродуктивную функцию женщин и врожденные пороки развития // Гиг. и сан. – 1991.- №4. – С.4-5.
227. Садыкова Р.Г. Комплексное социально-гигиеническое исследование молодой семьи и состояние здоровья воспитывающихся в ней детей / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань. – 1998. – 24 с.
228. Самсыгина Г.А. Проблемы перинатологии и неонатологии на современном этапе развития педиатрии // Педиатрия. – 1990. - №10. – С. 5-8.
229. Самсыгина Г.А., Баранов А.А. Мать-плод-дитя: социальные и медицинские проблемы // Педиатрия. - 1996. - №5. – С. 4-8.
230. Сарычева С.Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте // Педиатрия. –1990. - №12. – С. 18-21.
231. Сафонова Т.Я., Бисалыев Н., Сайдмурадова С.Х. Региональные особенности состояния здоровья новорожденных детей. Региональные проблемы здоровья населения // Сб. ст. АМН СССР Сиб. отд-ние Ин-т комплекс. пробл. гигиены и проф. заболеваний. – Новокузнецк. – 1991. – С. 77-78.
232. Сердюков А.Г., Курьянова Н.Н., Кульков В.Н. Методические аспекты анализа демографических показателей для обоснования экологической модели развития патологии // Актуальные вопросы социальной медицины и организации здравоохранения: Сб. науч. тр. - Астрахань: АГМА, 1997. – Т. VII (XXXI). - С. 107-108.
233. Сердюков А.Г., Курьянова Н.Н., Кульков В.Н., Федорова Н.Н. Медико-демографические особенности состояния здоровья населения Прикаспийских районов Астраханской области // Каспий – настоящее и будущее: Тез. докл. междунар. конф. / Под ред. Ю.С. Чуйкова. – Астрахань: 1995. – С. 272-274.

234. Сердюковская Г.Н., Кантонистова Н.С., Крылов Д.Н. Социальная адаптация детей как медико-психологическая проблема // Семья в России . - 1995. - №1-2. – с. 109-118.
235. Серия технических докладов ВОЗ. - Женева, 1983. -№668.
236. Сигал Т.М. Образ жизни и состояние здоровья детей из социопатических семей (комплексное социально-гигиеническое исследование по материалам г. Нижнего Новгорода) // Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М. – 1992. – 24 с.
237. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 1998 году // Сб. МЗРФ — М., 1999. -С. 33.
238. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2000 году // Сб. МЗРФ — М., 2001. - с.76
239. Современные проблемы здоровья и воспроизводства населения России / О.П. Щепин, Б.К. Овчаров, Т.М. Максимова, Е.П. Какорина, Е.А. Тищук, Р.К. Игнатьева // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-е годы: Тез. докл. – М., 1999. – С.3.
240. Соковня-Семенова И.Я. Сексуальная культура и здоровье общества // Охрана репродуктивного здоровья населения. – М., 1997. – С. 81-82.
241. Соловьева В.А. Медико-социальная характеристика травм и несчастных случаев у детей / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург. – 1998. – 24 с.
242. Соломонов А.Д. Научные основы мониторинга здоровья населения на региональном уровне (на примере Ставропольского края) / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 47 с.
243. Состояние здоровья детей сельской местности Иркутской области / Е.И. Васильева, В.Г. Савватеева, Т.С. Омолоева, Л.И. Лобова, С.А. Стоян // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.56.

244. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ / Автореф. дис. ... докт. мед. наук (в форме доклада). –М., 1997. – 60 с.
245. Стародубов В.И., Киселев А.С., Бойко Ю.П. Динамика социопатий в современной России . –М.: ЦНИИОИЗ, 2001. – 68 с.
246. Статистические материалы. МЗ РФ, 1999. - М., 2000.
247. Стволинский И.Ю. Социальная незащищенность семьи как маркер заболеваемости детского населения // Бюлл. НИИ соц. гиг., экон. и управл. здравоохр. им. Н.А. Семашко. –Вып. 6. – М. – 2003. – с. 67-71.
248. Студеникин М.Я. Современные тенденции в состоянии здоровья детей // Педиатрия. - 1994. - №4. – С. 15-18.
249. Стуколкин О.Н. Медико-социальное исследование врожденных аномалий развития у детей города Новгорода // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб. – 1994. – 18 с.
250. Сюзева Е.Л. Медико-социальные аспекты детской инвалидности // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.355-356.
251. Танюхина Э.И., Свинцов А.А. Состояние и динамика инвалидности в детском возрасте в РФ // Здравоохранение РФ. - 1995 . - №3. – С. 27-30.
252. Тараков В.И., Хошбаев Р.А., Страхов А.Б., Силадий И.Р. Организация экстренной травматологической помощи детям в Московской области // Мат. VI Конгресса педиатров России «Неотложные состояния у детей». – М., 2000. – С. 280-281.
253. Таракова Г.В. Инвалидность в населении Российской Федерации // Проблемы соц. гиг. и истории медицины. – 1996. - №3. – С. 11-15.
254. Таракова Г.В. Распространенность и региональные особенности инвалидности у детей // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и

- управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – Вып. 3. – М., 1995. – С. 7-22.
255. Татарникова М.А., Усанова Е.П. Результаты эпидемиологического изучения гастроэнтерологической заболеваемости у городских школьников // Новые технологии в педиатрии: Материалы Конгресса педиатров России. – (Москва, 19-21 апреля 1995 г.). – М., 1995. – С. 376.
256. Телеуова Т.С., Муставина Ж.Г. Структура офтальмопатологии, ведущей к инвалидности с детства // Возрастные особенности органа зрения в норме и при патологии у детей. –М., 1990. – С. 22-24.
257. Темная В.И. Состояние здоровья и пути оздоровления детей Крайнего Севера // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –М., 1999. – 20 с.
258. Техногенное загрязнение атмосферы и репродуктивное здоровье населения / А.Н. Перепечкин, А.А. Резаев, С.Н. Симонов, А.С. Ярославцев, Н.В. Афонина // Актуальные вопросы социальной медицины и организации здравоохранения: Сб. науч. тр. – Астрахань: АГМА, 1997. – Т. VII (XXXI). – С.219-222.
259. Тиванов М.Г. Социально-гигиеническое исследование здоровья детей школьного возраста в крупном городе Западной Сибири // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Новосибирск, 2000. – 24 с.
260. Томенко Т.В., Евсеева Т.Н. Пути профилактики врожденных пороков развития (ВПР) // II Всесоюзный съезд медицинских генетиков : Тез. докл. –М., 1990. - С. 440-441.
261. Трешутин В.А., Щепин В.О. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. – М., 2001. – 256 с.
262. Уварова Л.М. Состояние здоровья детей раннего возраста в экологически неблагоприятных условиях и принципы их этапной реабилитации / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 21 с.

263. Условия жизни семей, воспитывающих детей-инвалидов / В.Т.Селезнева, О.А. Афанасьева, З.П. Березинская, В.П. Втюрин, Т.Н. Говязина, Т.В. Ковалчук, Ю.А. Мавликаева, Л.Я. Оберг, Г.Ю. Окунева, Н.П. Пищальникова, О.А. Суслина, Е.Я. Титова // Дети – инвалиды. Вопросы социальной, медицинской и педагогической реабилитации. – Пермь, 1993. – С. 9.
264. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н. Медико-социальные проблемы здоровья беременных и новорожденных // Мед. помощь. – 1994. - №3. – С. 11-12.
265. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Рябинкина И.Н. состояние и тенденции здоровья беременных женщин и новорожденных детей // Бюлл. НИИ соц. гиг., экон. и управл. з правоохр. им. Н.А. Семашко. – Вып. 6. – М. – 2003. – С. 33-35.
266. Фролова О.Г., Цыбульская И.С., Антонов А.Г., Макарова Н.А. Проблемы и перспектива создания региональных перинатальных центров // Сов. здравоохранение. – 1991. - №7. – С. 16-20.
267. Хаистова О.А., Хасьянов Э.А., Ермолаев Д.О., Хазова Е.В. Здоровье детей и окружающая среда // Сб. тез. I Всероссийского конгресса по детской аллергологии: «Проблемы раннего выявления, профилактики и терапии атопических заболеваний у детей». - М. – 2001. – с. 156.
268. Хроническая заболеваемость населения детского возраста / Н.В. Полунина, Е.И. Нестеренко, С.А. Оприщенко, В.В. Полунина, С.В. Павлова // Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.282.
269. Хуснутдинова З.А., Куценко Г.И., Эткина Э.И. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов и их семей. – Уфа. – 1998. – 228 с.
270. Хуснутдинова З.А., Миннибаев Р.К. Проблемы реабилитации детей с ограниченной жизнедеятельностью в разных по степени благополучия семьях //// Мат. VIII Конгресса педиатров России «Современные

- проблемы профилактической педиатрии», 18-21 февраля, 2003 года. – М.: «Династия». – 2003. – С.392.
271. Хуснудинова З.А., Шагарова С.В., Янгузарова Р.И. Инвалидность детей в условиях крупного промышленного города // Окружающая среда и здоровье. – Казань. – 1996. – С. 124.
272. Хуснудинова З.А., Эткина Э.И., Байбурина А.Г., Давлетбаева З.К. Детская инвалидность в Республике Башкортостан // Информ. письмо для врачей – организаторов здравоохранения, педиатров, слушателей ФПОВ. – Уфа. – 1996. – 13 с.
273. Цидаева Т.И. Программа охраны здоровья матери и ребенка – резерв снижения перинатальной смертности // Мат. IV Рос. форума «Мать и дитя». – М.: «МИК»., 2002. – Ч.1. – С. 136.
274. Чайжунусова Н. Ж., Гусев В.И., Секербаев А.Х., Розенсов Р.И. Распространенность и структура генетической патологии у детского населения региона, прилегавшего к Семипалатинскому полигону // Здоровье людей, проживающих в районе, прилегающем к Семипалатинскому полигону. – Семипалатинск, 1993. – Т. 2. – С. 204-206 .
275. Чичерин Л.П. Организационные технологии реформирования амбулаторной помощи детям и подросткам в России // Сб. науч. тр.: “Современные проблемы развития регионального здравоохранения”. – Казань. – 2003. – С. 108-109.
276. Шибков Н.А. Социально-демографические, экологические медико-организационные характеристики для обоснования реформы здравоохранения в Ставропольском крае // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 24 с.
277. Шуваев В.Е. Структура детской инвалидности при неврологических заболеваниях // Профилактика инвалидности, врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация инвалидов в БССР. – Минск, 1990. С. 82-83.

278. Щепетова О.Н. Концепция и перспективы создания службы реабилитации // Сов. мед. – 1991. - №2. – С. 49.
279. Щепин О.П. Здоровье населения Российской Федерации: проблемы и перспективы // Вест. РАМН. – 1996. - №6. – С. 11-15.
280. Щепин О.П. Концепция развития медико-социальной помощи населению Российской Федерации. – М., 1992. - 76 с.
281. Щепин О.П. Современные тенденции состояния здоровья подрастающего поколения страны // Вопр. охраны материнства и детства. – 1990. – Т. 35. - №2. - с. 3-7.
282. Щепин О.П. Структурные преобразования в здравоохранении. – М., 1997. – 221 с.
283. Щепин О.П., Овчаров В.К., Максимова Т.М., Какорина Е.П. Современные проблемы здоровья населения и здравоохранения России // Бюлл. НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко. – М., 1997. – С. 9-11.
284. Щепин О.П., Овчаров В.К., Нечаев В.С. К концепции развития здравоохранения РФ // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1995. - №1. – С. 3-11.
285. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
286. Щеплягина Л.А., Лисенкова Л.А., Болотова Н.В. Здоровье детей в районе зобной эндемии // Врач – 1994. - №7. – с. 16-17.
287. Щуплецова Т.С. Профессиональная ориентация инвалидов с детства // Обзорная информация. Социальное обеспечение. Серия: Врачебно-трудовая реабилитация. – М., 1991. – Вып. 8. – 19 с.
288. Щуплецова Т.С. Характеристика особенностей структуры инвалидности с детства // Профилактика инвалидности, врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация инвалидов в БССР. – Минск. – 1990. – С. 8-81.

289. Экологическая ситуация и врожденные пороки развития в Удмуртии / М.И. Сабсай, Ф.К. Тетелютина, Н.М. Канунникова, В.И. Жданова, З.С. Корняева // Медико-социальные и правовые аспекты охраны материнства и детства. – Екатеринбург. – 1992. – С.97.
290. Экология и здоровье детей // Под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. – М.: Медицина, 1998. – 384 с.
291. Экопатология детского возраста // Сборник лекций и статей / Под ред. В.Н. Ярыгина, Ю.П., Пивоварова, В.Ф. Демина. – М., 1995. – 375 с.
292. Юрченко В.И., Каримов Т.К., Молдашев Ж.А. Влияние загрязнения окружающей среды в районе хромперерабатывающего производства на состояние здоровья населения // Гиг. и сан. – 1992. - №9-10. – С. 56.
293. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения // Учебное пособие. – СПб., 1993. – 45 с.
294. Юрьев В.С., Юрьев В.В., Медик В.А., Стуколкин О.Н. Здоровье детей в Новгородской области. – СПб.: Изд. СПбГМУ, 1995. – 58 с.
295. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие и адаптационные возможности современных школьников // Российский педиатрический журнал. – 1998. - №1. –С. 9-11.
296. Adesunkanmi K., Oyelami O.A. The pattern and outcome of burn injuries at Wesley Guild Hospital Ilesha Nigeria: a review of 156 cases // J. Trop. Med. Hyg. – 1994. - №97(2). – P. 108-112.
297. Benzeval, M. Et al. The health status of Londoners. A comparative perspective. – london: Kings Fund Institute, 1992.
298. Blakeman I.A., Hein H.A. Jowas system for screening and cracing high-risk infants // A.I.D.C. – 1985.- Vol.139. - №8. – P. 826-831.
299. Bonita R., de Courten M., Dwyer T., Jamrozic K., Winkelmann R. Surveillance of risk factors for noncommunicable disease: The WHO STEP-wise approach/ - Geneva: World Health Organization, 2001.

300. Colman W. The Evolution of Occupational Therapy in the Public Schools: The Laws Mandating Practice // The American Journal of Occupational Therapy. – 1988. – Vol.42. - №11. – P. 701-705.
301. Criesel A. Hungarian surveillance of germinal mutations. Last of defectable increase in indicator conditions caused by germinal mutations following the Cherbyl accident. Human Genetik. - 1989. – Vol. 82. - №4. – P. 359-366.
302. European Health Care Reforms Analysis of Current Strategies. – Geneva: WHO, Regional Office for Europe, 1997/ - 96 p.
303. Feigin R.D., Abramson S.J., Eduards M.S. // Neonatal Perinatal Medicine. / Eds A.AA. Fanaroff, R.S. Martin, S.T. Jonis, 1987/ - P. 763-799.
304. Gould J.B., Le Roy S. Socioeconomic status and Low birth weight: A rasial comparison // Pediatrics. – 1988. – Vol. 82.- №6. – P.896-904.
305. Hook E. B. International comission for protection against environmental mutagens and carcinogens. ICPEMC Working Paper 5/3 Perspectives in mutation Epidemiolgy: 3. Contribution of Chromosome Abnormalities to Human Morbility and Mortality and Some Comments upon Surveillance oh Chromosome Mutation Rates // Biologische Zentralblatt. – 1984. – Bd. 103. - №6. – S.679-705.
306. Hauft B. The Changing Environment of Early Intervention Services: Implications for Practice // The American Journal of Occupational Therapy. - 1988. –Vol. 42. - №11. – P. 724-731.
307. Illsley R., Svensson P.-G., ed. Social inequalities in health // Social sciece and medicine. -1990. – Vol.31. – P. 223-240.
308. Jorgensen I.M. Fatal unintentional child injuries in Denmark // Dan. Med. Bull. – 1996. - №43(1). – P. 92-96.
309. Kaufmann R., Sweed Y. Results of treatment of multiple traumain 130 children // Harefuah. – 1996. - Feb., 1. - №130 (3). - P. 217-222.

310. Kaveggia E.G., Durkin M., Penateten E., Opitz J.M. // Int. Ass. Sei Study
Ment. Deficiency Congress 3-rd. Proceedings. – Hague. – 1973. –P. 82-93.
311. Kemp A., Sibert J.R. Childhood accidents: epidemiology, trends and
prevention // J. Accid. Emerg. Med. – 1997. - Sep. - №14(5). – P. 316-320.
312. Kemp A., Sibert J.R. Drowning and near drowning in children in the United
Kingdom: lessons for prevention // BMJ. – 1992. - №304 (6835). – P. 1143-
1146.
313. Khalfan H. Khalfan Телекоммуникации – детям-инвалидам. Всем. //
Форум здравоохр. – 1992. - Т. 3. - №1.
314. Kitchen W.H., Tord G.W., Ricards A.L. e.a. Children of birth weight less
than 1000 gr.: changing outcome between ages 2 and 5 years. // J.Pediatr. –
1987. – 110. – P. 283-288.
315. Kunst A.E. et al. International variation of socioeconomic inequalities in
self-reported health. A comparison of the Netherlands with other industrialised
countries. – The Hugue: SDU, 1992.
316. Lagesse R. et al. Health and social inequities in Belgium // Sociel science
and medicine. - 1990. - P. 237-248.
317. Lamesch A. Accident in children and adolescents // Bull. Mem. Acad. R.
Med. Belg. – 1993. – P. 148-149, 251-261.
318. Mackenbach J.P. et al. A prospective cohort study investigating the
explanation of socioeconomic inequalities in health in the Netherlands // Social
science and medicine. – 1994. – Vol.38. – P.299-308.
319. Manzke H. Unpreventable effects of neonatal in twins care on the later
development of extremelly small premature infants. // Z-Geburtshilfe-Perinatal.
–1992. – 196(4). – P. 165-172.
320. Marsden Wagnes Инвалиды – такие же люди // Всемирный форум
здравоохр. – 1991. – Т. 12. - №1.
321. Mastilica M. Health and social inequities in Yugoslavia // Social science and
medicine. – 1990. – Vol.31. – P.405-412.

322. Millar W.J. Accidents in Canada 1988 and 1993 // Health. Rep. – 1995. - №7(2). - P. 7-16.
323. Modell J.H. Drowning // New Engl. J. Med. – 1993. - 34. – P. 253-256.
324. Monteiro C.A., Pino Zuniga A.P., Benicio M.H., Victora C.G. Лучшие перспективы выживания детей // Всемир. Форум здравоохранения. - 1989-1990. –Dec. - Vol.19. – №4. – P. 401-405.
325. Murata Y., Nakagawa Y., Veda M., Takakura J. // Accidents in childhood. Review of cases in the emergency room and hospitalized cases / /Tokai. J. Exp. Clin. Med. – 1992. – Oct. - №17 (3-4). – P. 121-127.
326. Neurophysiologic studies and cognitive function in congenital hypothyroid children / G. Weber, V. Siragusa, G.F. Rondanini et all // Pediatr Res. – 1995. – Jun, V. 37. - №6. – P. 736-740.
327. Newacheck P.W., Budetti P.P., Mc. Manus P. Trends in childhood disability. //Amer. J. Publ.Hlth. – 1984. – U. 74. - №3. P. 232-236.
328. Odero W., Garner P., Zwi A. Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiological studies // Trop. Med. Int. Health. – 1997. - №2(5). – P. 445-460.
329. Paulson J.A. The epidemiology of injuries in adolescents // Pediatr. Ann. - 1988. - Feb. - №17(2). – P. 84-86, 89-96.
330. Profile of accidents in children / J.N. Tandon, A. Kalra, K. Kalra, S.C.Sahu, C.B. Nigam, G.U. Qureshi // Indian. Pediatr. – 1993. - №30.(6). - P. 765-769.
331. Reinhardt G., Schols U.J. Bicycle accidents. A retrospective study 1986-1991 // Versicherungsmedizin. – 1996. - Feb. 1. - №48(11). –P.15-17.
332. Rodriguez J.A., Lemkow L. Health and social inequities in Spain // Social science and medicine. – 1990. – Vol.31. – P.351-358.
333. Roth S.C., Edward D., Cady E. e.a. Relation between cerebral oxidative metabolism following birth asphyxia and neurodevelopmental outcome and brain growth at one year // Develop. Med. A Child. Neurol. – 1992. –34. – P. 285.

334. Ruangkanchanasetr S. Childhood accidents // J. Med. Assoc. Thai. - 1998. – Jan. – №72, Suppl 1. – P. 144-150.
335. Schulman J. Здоровые японские дети: что думают об этом врачи Америки // Всемир. Форум здравоохранения. - 1989-1990. – Т. 10. – №1. – С. 58-60.
336. Sociology of Health. Abstracts. XIII World Congress of Sociology. - Bielefeld, 1994.
337. Stein J., Stein M. Die Erfassung angeborener Anomalien – Probleme und Möglichkeiten aus der Sicht der padiatrischen Praxis // Kinderarztl Praxis. – 1987. –Bd. 55. -№2. – S.69-74.
338. Tanaka T. Childhood injuries in Japan // Acta. Padiatr. Jpn. – 1993. – Jun. - №35 (3). – P. 179-185
339. Taylor B. Education children and young people with special needs. – Brit. Need. J. – 1989. - Vol. 98, N6678. – P. 905 – 906.
340. Thein M.M., Lee J. Обучение школьников правилам поведения на дорогах // Всемирный форум здравоохранения. – 1993. - Т. 14. – №4. – С. 66-68.
341. Upsal M.S. Volunteer peer support therapy for abusive and weglechul Families / (программа подготовки семей с различными медико-социальными проблемами) //Publ. Hlth Rep. – 1990. – Vol. 105. - №1. – P. 80-84.
342. Van der Berg B.J., Christianson R.E. The California child Health and Developmental Studies of the School of Public Health // Pead. Perinat. Epidemiol. –1988. – 2. – P. 265-282.
343. Wold Health Organisational classification of imparments, disabilities and handicaps, A. Monmoa of Classification // Relating to the Consequents Disease. – Geneva, 1980.
344. Wolfheim C. From disease control to child health and development // World Health Forum. - 1998. –V. 19. - №2. – P.174-181.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ТАБЛ. 3.1.1.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ ЗА ПЕРИОД С 1996 по 2002 гг. ОБА ПОЛА, (%,⁰/000)

Местность / Годы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Прирост в 2002 г. к 1996 г., %
Астраханская область	129,89	140,68	155,69	160,53	170,66	173,55	177,53	+36,7%
Ежегодный прирост, %	-	+8,3%	+10,7%	+3,1%	+6,3%	+1,7%	+2,3%	
г. Астрахань	148,7	161,4	165,2	160,1	173,1	178,34	187,65	+26,2%
Ежегодный прирост, %	-	+8,5%	+2,4%	-3,2%	+8,1%	+3,0%	+5,3%	
Сельские районы области	116,2	125,6	148,7	144,7	168,8	168,76	169,62	+45,9%
Ежегодный прирост, %	-	+8%	+18,4%	-2,7%	+16,6%	0	+0,5%	

ТАБЛ. 3.1.2.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 0-15 ЛЕТ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2002 гг., (%,⁰/000)

Годы / Пол	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ			Г. АСТРАХАНЬ			РАЙОНЫ ОБЛАСТИ		
	Девочки	Мальчики	Оба пола	Девочки	Мальчики	Оба пола	Девочки	Мальчики	Оба пола
1996	115,2	143,9	129,8	133,6	163,3	148,7	101,8	129,9	116,2
1997	125,8	154,9	140,6	149,6	172,8	161,4	108,3	141,9	125,6
1998	138,6	172,0	155,6	147,1	182,8	165,2	132,3	164,3	148,7
1999	143,5	176,7	160,5	149,8	170,1	160,1	128,1	160,5	144,7
2000	152,1	188,2	170,6	154,0	191,6	173,1	150,7	185,8	168,8
2001	154,3	192,7	173,5	161,2	195,4	178,3	152,9	184,5	168,7
2002	157,2	196,6	177,5	170,8	203,6	187,6	146,5	191,2	169,6

Табл. 3.1.3.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК
РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2002 ГГ., (%)⁰.

Годы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Девочки(0-4 года)	70,4	80,0	87,2	89,0	87,3	87,4	91,3
Мальчики(0-4 года)	74,8	74,8	79,1	87,9	82,4	91,6	102,5
Оба пола(0-4 года)	72,7	77,3	83,0	88,4	84,8	89,5	97,1
Девочки(5-9 лет)	122,7	130,0	133,5	132,4	140,0	154,7	161,6
Мальчики(5-9 лет)	145,5	159,6	174,5	184,7	191,8	189,9	194,4
Оба пола(5-9 лет)	134,3	145,1	154,5	159,4	166,8	172,3	178,6
Девочки(10-14 лет)	136,2	144,3	167,2	177,2	183,4	191,8	188,6
Мальчики(10-14 лет)	184,8	194,8	219,1	219,6	224,7	229,4	244,8
Оба пола(10-14 лет)	160,8	169,9	193,5	198,6	204,4	210,6	217,3
Девочки(15 лет)	122,4	153,9	162,3	169,2	215,4	197,3	188,6
Мальчики(15 лет)	169,9	184,4	200,3	187,7	292,2	281,9	257,6
Оба пола(15 лет)	146,5	169,4	181,4	178,6	253,8	239,6	223,8

Табл. 3.1.4.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАИДНОСТИ СРЕДИ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2002 ГГ. ПО Г. АСТРАХАНЬ И СЕЛЬСКИМ РАЙОННАМ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ, (‰).

МЕСТНОСТЬ	Г. АСТРАХАНЬ						РАЙОНЫ ОБЛАСТИ								
	Годы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Девочки(0-4 года)	115,7	125,7	102,8	103,7	88,5	95,4	104,6	39,6	48,2	76,1	78,0	86,3	79,4	80,1	
Мальчики(0-4 года)	103,7	111,5	91,0	117,2	91,1	93,6	104,9	55,5	49,6	70,4	63,3	75,6	89,6	100,6	
Оба пола(0-4 года)	109,5	118,4	96,7	110,7	89,8	94,7	104,8	47,9	48,9	73,2	70,5	80,8	84,3	90,7	
Девочки(5-9 лет)	132,6	146,6	139,9	148,6	155,4	163,4	179,9	115,6	118,1	129,0	112,9	129,4	146,0	139,5	
Мальчики(5-9 лет)	164,3	184,5	204,1	189,7	224,6	207,5	221,7	132,0	142,0	154,1	154,1	170,0	172,3	174,3	
Оба пола(5-9 лет)	148,8	166,0	172,5	169,6	190,7	190,9	207,0	124,0	130,3	141,9	134,3	150,5	153,7	157,5	
Девочки(10-14 лет)	146,7	163,1	169,4	175,3	171,3	197,3	199,8	128,2	129,9	165,5	162,0	192,3	186,3	179,8	
Мальчики(10-14 лет)	197,0	203,2	215,1	194,7	205,2	218,7	249,8	175,8	188,7	222,1	211,2	239,0	240,1	240,9	
Оба пола(10-14 лет)	171,9	183,2	192,4	185,1	188,5	206,7	225,4	152,4	159,9	194,3	187,0	216,1	214,5	211,1	
Девочки(15 лет)	128,7	163,9	186,5	154,3	244,4	196,4	176,7	117,3	145,9	143,7	158,9	192,9	198,2	198,3	
Мальчики(15 лет)	183,7	151,0	201,5	132,6	308,7	288,2	238,7	159,3	210,2	199,3	212,2	280,6	275,6	271,6	
Оба пола(15 лет)	156,5	157,4	194,1	143,2	275,7	244,0	207,6	138,7	178,9	171,7	186,1	237,7	235,2	236,3	

Табл. 3.1.5.
ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННОЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 ГГ., (%).

Годы / Пол	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ			Г. АСТРАХАНЬ			РАЙОНЫ ОБЛАСТИ		
	Девочки	Мальчики	Оба пола	Девочки	Мальчики	Оба пола	Девочки	Мальчики	Оба пола
1996	23,3	29,4	26,4	39,1	49,8	44,5	11,8	14,8	13,3
1997	18,8	23,0	20,9	24,8	30,2	27,6	14,3	17,8	16,1
1998	23,1	27,3	25,2	25,1	28,8	26,9	21,6	26,2	23,9
1999	21,2	25,3	23,3	22,3	26,6	24,5	18,2	19,8	19,1
2000	21,3	26,7	24,1	22,9	27,4	25,2	20,2	26,2	23,3
2001	22,0	28,6	25,3	23,4	28,0	26,3	20,6	29,2	24,3
2002	22,2	29,3	25,9	24,9	28,3	26,7	20,0	30,2	25,3

Табл. 3.1.6.
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2002 ГГ., (%)

Годы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Девочки (0-4 года)	31,0	24,6	29,3	28,6	28,1	29,6	31,8
Мальчики (0-4 года)	29,6	22,3	31,5	31,2	30,7	39,4	45,3
Оба пола (0-4 года)	30,3	23,4	30,5	29,9	29,4	34,5	38,8
Девочки (5-9 лет)	23,4	16,8	22,2	18,6	21,0	19,7	18,6
Мальчики (5-9 лет)	28,3	26,1	28,4	27,9	31,8	29,3	28,9
Оба пола (5-9 лет)	25,9	21,6	25,4	23,4	26,6	24,5	23,9
Девочки (10-14 лет)	20,4	16,5	21,2	19,1	17,7	18,2	19,3
Мальчики(10-14 лет)	30,8	20,9	24,9	22,4	21,8	21,2	20,5
Оба пола(10-14 лет)	25,6	18,7	23,1	20,8	19,8	19,7	19,9
Девочки (15 лет)	11,1	21,1	27,4	20,0	21,3	20,5	18,9
Мальчики (15 лет)	26,3	20,3	33,9	12,7	20,1	22,1	24,6
Оба пола (15 лет)	18,8	20,7	30,7	16,3	20,7	21,3	21,8

Табл. 3.1.7.
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2002 ГГ. В Г. АСТРАХАНИ И РАЙОНАХ ОБЛАСТИ, (⁰/ooo).

МЕСТНОСТЬ	Г. АСТРАХАНЬ						РАЙОНЫ ОБЛАСТИ							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Годы														
Девочки (0-4 года)	57,4	34,2	33,3	33,9	30,4	29,5	32,5	13,0	18,0	26,5	24,6	26,2	29,7	31,3
Мальчики (0-4 года)	51,8	34,8	28,2	43,5	26,8	35,7	41,8	14,8	13,7	33,9	20,0	33,9	43,1	48,2
Оба пола (0-4 года)	54,5	34,5	30,7	38,8	28,5	32,6	37,3	13,9	15,8	30,3	22,2	30,2	36,4	40,0
Девочки (5-9 лет)	39,4	21,2	24,3	16,1	23,7	22,1	21,4	11,9	13,7	20,8	17,3	19,1	17,3	15,5
Мальчики (5-9 лет)	47,1	37,6	32,9	26,0	35,6	30,0	29,9	14,9	18,0	25,3	20,7	29,3	28,6	28,2
Оба пола (5-9 лет)	43,3	29,5	28,7	21,1	29,8	26,1	26,4	13,4	15,9	23,1	19,0	24,4	22,9	22,1
Девочки (10-14 лет)	32,2	23,5	18,1	19,4	16,2	18,9	21,5	11,4	11,1	23,5	16,5	18,9	17,5	17,7
Мальчики(10-14 лет)	52,1	25,0	26,0	19,2	23,6	21,6	18,9	14,9	18,0	24,1	21,4	20,4	20,8	21,7
Оба пола(10-14 лет)	42,2	24,2	22,1	19,3	20,0	20,3	20,1	13,2	14,6	23,8	19,0	19,7	19,1	19,7
Девочки (15 лет)	13,9	19,4	41,1	25,3	30,8	27,5	24,9	8,8	22,4	16,9	11,9	13,9	13,5	14,0
Мальчики (15 лет)	43,8	8,4	26,8	16,8	18,9	23,0	25,1	12,7	29,7	39,4	7,6	21,0	23,0	24,2
Оба пола (15 лет)	29,0	13,8	33,9	20,9	25,0	25,3	25,0	10,8	26,1	28,2	9,7	17,5	18,3	19,3

Табл. 3.2.1.
СТРУКТУРА ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ ПО ОБУСЛОВИВШЕМУ ЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ, (⁰/₀₀₀).

МЕСТНОСТЬ	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ					Г. АСТРАХАНЬ					СЕЛЬСКИЕ РАЙОНЫ ОБЛАСТИ				
	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000
ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ / ГОДЫ	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000
Болезни нервной системы	49,4	45,1	53,4	35,5	35,7	56,3	53,3	35,0	41,6	38,5	39,4	34,4	39,8	22,8	25,3
Врожденные аномалии	25,0	33,5	32,5	33,7	34,3	32,5	42,3	39,8	42,1	40,2	17,3	21,9	21,6	20,0	22,6
Психические расстройства	23,9	28,0	32,4	32,6	35,7	16,7	23,2	32,0	15,3	27,6	26	27,7	29,3	29,0	31,2
Болезни органов дыхания	10,2	9,0	7,7	7,0	6,3	9,9	9,4	7,6	7,6	7,1	8,6	7,7	5,9	4,9	4,3
Болезни глаза и придаточного аппарата	...	...	...	10,7	12,8	...	...	...	10,6	11,8	...	...	...	10,8	13,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	...	...	...	11,1	12,9	...	...	...	10,7	11,2	...	...	...	7,4	10,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	5,2	5,0	5,3	5,8	6,1	6,1	6,4	7,1	8,3	3,0	4,1	2,9	3,1	2,9	3,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5,5	8,5	10,6	9,4	6,9	7,5	11,1	11,0	10,1	10,3	3,6	5,8	7,5	6,4	7,7
Болезни мочеполовой системы	3,7	4,8	7,2	7,3	6,6	5,1	5,0	7,7	5,7	5,5	2,3	4,0	5,3	6,3	5,5
Травмы и отравления	3,2	4,2	3,3	5,0	5,8	4,8	5,5	4,0	6,9	7,0	1,8	2,9	2,0	2,6	2,4
Болезни органов пищеварения	3,6	3,7	3,1	2,4	2,0	5,3	4,9	3,2	2,7	2,8	1,8	2,4	2,3	1,6	1,1
Инфекционные и паразитарные болезни	2,9	2,0	2,4	1,8	1,7	3,2	2,1	1,9	1,2	1,6	4,4	1,7	2,2	1,6	1,3
Новообразования	2,6	2,6	2,8	3,6	4,4	3,7	4,1	5,0	5,4	1,6	1,6	1,4	1,8	2,6	
Болезни системы кровообращения	1,5	5,9	1,4	0,9	2,3	4,1	7,1	1,6	1,7	3,6	0,8	1,2	0,9	0,8	1
Болезни крови и кроветворных органов	2,1	1,7	1,8	2,7	2,2	2,1	1,6	2,2	3,1	3	1,9	1,5	1,2	1,6	1,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,3	1,4	2,0	2,0	2,2	2,4	2,1	2,2	2,5	2,7	0,5	0,7	1,3	1,2	1,3
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,1	1,3	2,0	0,4	0,7	1,0	1,3	2,0	0,8	1,2	1,1	1,1	2,2	1,2	1,3

Табл. 3.3.1.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ
ПО ГЛАВНОМУ НАРУШЕНИЮ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, (%/‰).

МЕСТНОСТЬ	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ						г. АСТРАХАНЬ						СЕЛЬСКИЕ РАЙОНЫ ОБЛАСТИ								
	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	
НАРУШЕНИЯ / ГОДЫ																					
Всего	142,8	151,9	169,6	173,9	184,1	162,4	173,8	178,5	157,0	183,6	117,4	119,4	135,1	124,0	136,1						
Висцеральные и метаболические	36,6	38,9	42,4	43,3	43,1	45,8	46,2	47,7	48,7	50,1	25,2	29,5	31,9	28,1	28,7						
Двигательные	33,8	34,4	38,2	35,0	38,4	42,0	42,6	38,2	38,5	37,4	23,1	25,0	26,8	23,3	29,5						
Умственные	27,7	31,3	32,6	33,8	35,7	19,6	24,7	27,8	26,4	27,3	29,1	31,6	30,0	29,3	31,4						
Зрительные	13,3	14,1	16,8	17,6	19,3	17,1	17,5	17,7	19,5	20,0	9,0	10,2	13,4	11,6	14,3						
Слуховые и вестибулярные	11,4	8,5	14,1	14,0	14,8	10,9	10,3	10,9	9,8	11,5	10,5	6,2	13,6	12,9	12,9						
Уродующие	9,2	9,7	10,9	12,5	12,3	11,0	11,3	10,4	13,9	13,8	6,8	7,5	9,3	8,3	8,4						
Другие психологические	5,4	7,6	9,8	8,2	9,5	10,3	14,7	18,1	11,9	17,7	1,5	2,2	3,1	2,8	2,6						
Общие и генерализованные	3,5	5,4	6,0	6,7	9,1	3,4	3,7	4,5	6,1	8,1	3,5	5,8	5,8	5,3	7,3						
Языковые и речевые	2,7	1,9	2,1	2,5	1,9	3,0	2,3	2,8	1,7	2,4	1,3	1,5	1,7	2,5	1,1						

Табл. 3.3.2.
**СТРУКТУРА ВИСЦЕРАЛЬНЫХ, МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ
 СРЕДИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
 ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 ГГ., (%,/000).**

МЕСТНОСТЬ НАРУШЕНИЯ / ГОДЫ	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛАСТЬ					Г. АСТРАХАНЬ					РАЙОНЫ ОБЛАСТИ				
	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000
Кардио-респираторной функции	16,3	16,7	18,2	17,1	19,8	19,2	18,6	18,1	18,1	21,7	14,6	13,7	15,2	11,8	12,9
Мочеполовой функции	8,5	6,3	8,3	9,1	9,4	6,1	7,9	10,0	8,6	8,5	3,4	4,5	5,9	7,0	6,2
Метаболической и ферментной функции	4,1	4,4	5,3	4,8	4,9	5,2	5,2	7,0	5,3	6,2	2,8	3,3	3,3	3,2	3,0
Другие висцеральные	3,6	3,5	4,0	4,6	3,8	5,1	4,3	5,2	7,6	4,9	2,4	2,6	2,5	1,4	2,2
Пищеварительной и функции печени	4,8	4,3	3,5	3,8	2,9	7,0	5,8	4,2	4,1	3,7	2,7	2,8	2,4	2,5	1,7
Крови и иммунной системы	2,6	3,1	3,0	3,9	4,0	3,0	3,7	4,1	4,7	4,8	2,1	2,3	2,4	2,3	2,6

ТАБЛИЦА 3.4.1.
**ПОВОЗРАСТНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕТСКОЙ ИНВАИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО
 ВЕДУЩЕМУ ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 гг., (%,/000).**

Ограничение жизнедеятельности	Возраст / Годы	1996	1997	1998	1999	2000	Ср. показатель
Ослабление							
0-4 года	6,3	8,6	7,6	10,2	6,7	7,9	
5-9 лет	14,7	15,8	12,3	21,5	18,0	16,5	
10-14 лет	17,9	18,3	12,2	23,6	21,4	18,7	
15 лет	11,6	20,1	11,2	32,1	17,4	18,5	
0-15 лет	13,6	15,4	11,2	20,7	16,8	15,5	
Снижение памяти							
0-4 года	0,7	1,3	0,8	1,6	0,6	1,0	
5-9 лет	2,2	3,6	2,0	2,3	1,6	2,3	
10-14 лет	4,7	3,8	2,6	2,2	2,0	3,1	
15 лет	1,2	4,9	1,2	3,3	2,2	2,6	
0-15 лет	2,7	3,2	1,9	2,2	1,6	2,3	
Приобретение знаний							
0-4 года	3,1	3,5	4,2	5,5	5,7	4,4	
5-9 лет	9,5	17,7	16,8	20,5	29,9	18,9	
10-14 лет	15,6	27,4	24,9	30,9	40,5	27,9	
15 лет	14,0	28,6	23,6	24,5	36,4	25,4	
0-15 лет	11,1	18,8	17,6	21,6	29,3	19,7	
Понимание и выражение мысли с помощью языка							
0-4 года	4,3	2,6	3,8	3,7	4,3	3,7	
5-9 лет	4,1	5,0	4,8	3,6	4,5	4,4	
10-14 лет	3,2	4,9	2,8	2,8	3,6	3,5	
15 лет	1,2	3,0	1,2	1,1	2,8	1,9	
0-15 лет	3,6	4,3	3,0	3,1	3,9	3,6	
Способность слышать							
0-4 года	3,1	3,1	2,3	3,3	3,3	3,0	
5-9 лет	10,2	7,2	11,1	11,6	10,9	10,2	
10-14 лет	13,5	10,6	17,9	17,9	19,8	15,9	
15 лет	16,4	4,9	17,7	17,9	27,5	16,9	
0-15 лет	10,1	7,4	12,3	12,8	14,2	11,4	

ТАБЛИЦА 3.4.1.
**ПОВОЗРАСТНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕТСКОЙ ИНВАИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО
 ВЕДУЩЕМУ ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНEDЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 ГГ., (%)**

Ограничение жизнедеятельности	Возраст / Годы	Ср. показатель				
		1996	1997	1998	1999	2000
Способность видеть	0-4 года	24,8	5,1	6,3	8,0	8,3
	5-9 лет	33,3	11,5	15,4	16,9	15,1
	10-14 лет	35,9	13,3	16,3	19,7	21,4
	15 лет	17,0	15,8	14,8	11,4	26,9
	0-15 лет	31,1	11,0	13,7	15,6	17,1
Способность ходить	0-4 года	14,3	14,7	14,9	15,3	16,3
	5-9 лет	17,9	14,9	14,3	16,4	17,6
	10-14 лет	19,8	15,9	18,8	17,7	16,4
	15 лет	16,4	13,4	14,8	13,1	21,9
	0-15 лет	17,6	15,2	16,2	16,4	17,2
Преодоление препятствий	0-4 года	4,1	6,8	5,2	6,9	4,7
	5-9 лет	8,3	12,8	12,4	15,1	19,1
	10-14 лет	8,9	13,2	10,9	18,4	18,3
	15 лет	7,3	13,4	11,8	22,3	22,9
	0-15 лет	7,5	11,6	10,2	15,1	15,8
Перемещение	0-4 года	4,6	4,0	4,8	5,5	4,9
	5-9 лет	5,8	5,5	6,1	6,7	6,7
	10-14 лет	5,0	5,4	4,4	7,1	5,4
	15 лет	1,8	5,5	6,5	4,4	4,5
	0-15 лет	5,0	5,1	5,2	6,4	5,6
Владение руками	0-4 года	3,1	2,2	1,7	2,9	2,2
	5-9 лет	4,6	5,7	3,7	5,4	5,0
	10-14 лет	2,6	4,6	4,8	5,7	6,0
	15 лет	0,6	4,9	5,3	3,8	9,5
	0-15 лет	3,3	4,4	3,8	4,8	5,2

Табл. 3.4.1.
**ПОВОЗРАСТНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕТСКОЙ ИНВАИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО
 ВЕДУЩЕМУ ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 гг., (%)**

Ограничение жизнедеятельности	Возраст / Годы	Ср. показатель				
		1996	1997	1998	1999	2000
Владение телом	0-4 года	2,4	2,6	2,3	1,6	4,1
	5-9 лет	3,2	2,7	3,8	4,5	4,5
	10-14 лет	3,7	2,9	5,8	3,0	6,1
	15 лет	5,5	2,4	5,3	2,7	8,4
	0-15 лет	3,3	2,7	4,4	3,4	5,4
						3,8
Контроль за физиологическими отражениями	0-4 года	2,6	2,0	1,5	0,9	2,0
	5-9 лет	1,8	0,7	0,7	3,9	3,6
	10-14 лет	1,8	2,1	1,7	3,3	1,9
	15 лет	3,0	2,4	1,2	2,7	2,2
	0-15 лет	2,1	1,6	1,3	2,9	2,5
						2,1
Соблюдение личной гигиены	0-4 года	1,2	1,1	0,4	0,9	1,6
	5-9 лет	1,5	1,7	2,5	1,3	1,4
	10-14 лет	2,1	1,3	0,9	1,9	2,7
	15 лет	-	1,2	1,2	0,5	3,9
	0-15 лет	1,5	1,4	1,4	1,4	2,2
						1,6
Прием пищи	0-4 года	3,7	4,9	4,6	3,9	4,5
	5-9 лет	2,9	3,7	2,8	1,7	2,8
	10-14 лет	0,7	1,0	1,4	2,1	2,6
	15 лет	0,6	1,8	2,9	-	2,8
	0-15 лет	2,2	2,9	2,7	2,2	3,1

Табл. 4.1.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАИДНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОБОЕГО ПОЛА В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОЖИВАНИЯ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 ГГ., (%,/000).**

Местность /Годы	ОБЩАЯ ИНВАИДНОСТЬ ДЕТЕЙ						КЛАСС ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ					
	1996	1997	1998	1999	2000	Прирост в %	1996	1997	1998	1999	2000	
Ахтубинский район	164,6	183,4	208,1	229,4	277,7	+68,7	27,8	-	38,3	56,5	93,4	+235,9
Володарский район	112,9	120,1	131,3	150,1	170,1	+50,7	23,8	28,6	35,7	50,3	53,1	+123,1
Енотаевский район	74,0	82,8	97,7	107,8	111,8	+51,1	8,2	5,9	16,1	19,3	18,9	+130,5
Икрянинский район	115,2	118,0	128,9	126,9	132,3	+15,1	14,6	12,0	11,5	5,9	9,6	-34,2
Камызякский район	132,4	130,4	170,2	136,9	136,5	+3,1	26,6	19,3	23,1	13,9	18,7	-29,7
Красноярский район	87,7	81,1	110,4	118,4	131,7	+50,2	13,6	14,8	12,6	7,8	10,9	-19,8
Лиманский район	139,8	136,5	143,7	144,5	143,8	+2,9	14,8	17,9	21,6	27,3	29,5	+99,3
Наримановский район	289,8	241,4	376,9	386,9	393,9	+35,9	144,1	169,3	172,1	169,6	176,9	+22,8
Приволжский район	97,8	119,6	117,0	117,7	130,8	+33,7	13,2	17,9	19,9	18,5	20,3	+53,8
Харабалинский район	132,9	136,8	137,9	137,6	154,9	+16,6	11,0	14,8	20,9	21,7	25,7	+133,6
Черноярский район	96,8	129,5	132,6	155,2	178,0	+83,9	22,9	21,6	35,9	-	58,7	+156,3
Г. Знаменск	105,9	103,5	122,0	145,4	129,5	+22,3	16,8	15,3	18,6	19,2	16,9	+0,6
Районы области	116,3	125,6	148,7	144,8	168,8	+45,1	26,0	27,7	29,3	29,0	31,2	+20,0

Табл. 4.1.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАИДНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОБОЕГО ПОЛА В ВОЗРАСТЕ 0-15 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОЖИВАНИЯ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗА ПЕРИОД С 1996 ПО 2000 ГГ., (‰). ПРОДОЛЖЕНИЕ.**

Местность /Годы	КЛАСС ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ					КЛАСС БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ						
	1996	1997	1998	1999	2000	Прирост в %	1996	1997	1998	1999	2000	Прирост в %
Ахтубинский район	33,4	43,4	41,6	39,9	16,2	-51,5	61,2	54,3	74,2	38,8	2,5	-95,9
Володарский район	28,6	23,0	29,3	28,8	29,3	+2,4	34,7	39,1	38,5	22,2	29,3	-15,6
Енотаевский район	5,9	7,2	11,3	7,7	20,2	+242,4	25,9	38,4	44,5	35,9	32,3	+24,7
Икрянинский район	27,6	31,3	28,7	35,5	31,5	+14,1	43,8	48,2	51,7	27,1	27,2	-61,0
Камызякский район	36,5	33,9	42,2	45,1	43,5	+19,2	18,3	25,5	53,3	35,3	32,4	+77,0
Красноярский район	16,7	16,4	20,9	17,3	17,4	+4,2	36,7	18,9	29,3	26,8	36,6	-0,3
Лиманский район	22,2	19,0	18,4	20,5	17,7	-20,3	59,3	56,1	54,0	37,6	40,1	-32,4
Наримановский район	25,2	13,0	28,9	20,1	26,8	+6,3	67,7	23,5	72,5	23,8	19,9	-70,6
Приположский район	12,2	12,9	14,6	23,9	24,8	+103,3	35,7	35,9	38,7	30,5	28,2	-21,6
Харабалинский район	14,4	25,3	26,3	28,3	33,6	+133,3	39,8	46,2	48,1	21,7	29,6	-25,6
Черноярский район	15,8	19,8	13,3	7,9	12,1	-23,4	47,5	59,4	56,8	39,3	50,6	+6,5
Г. Знаменск	18,1	21,7	25,2	23,3	29,6	+63,5	34,9	29,4	35,8	34,3	28,2	-19,2
Районы области	17,3	21,9	21,6	20,0	22,6	+30,3	39,4	34,4	39,8	22,8	25,3	-35,8

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
АСТРАХАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**АНКЕТА
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА
разработана Ю.Н. Ермолаевой**

**Утверждена и одобрена проблемной комиссией по
гигиене и общественному здоровью при АГМА**

АСТРАХАНЬ

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Детское учреждение, которое посещает ребенок (название, профиль, №, адрес):

ФИО ребенка _____

Домашний адрес _____

Возраст _____

ДИАГНОЗ (основной, сопутствующий, осложнения)

1. ИНВАЛИДНОСТЬ: 01.есть 02. нет
2. Если есть, то характер возникновения случая инвалидности:
 01. генетические нарушения, 02. врожденные нарушения, 03. в родах,
 04. последствия болезни, 05. последствия травмы или несчастного случая,
 06. в результате неправильной организации воспитания, 07. другие причины.

АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

- 1.От какой беременности по счету родился ребенок? _____
- 2.Чем закончились предыдущие беременности? (Укажите сколько?)

01. Медицинский аборт,
02. Выкидыши,
03. Преждевременные роды,

04. Мертворождение,
05. Умирали ли дети в семье?

3.Чем болела мать в период протекания данной беременности? Сколько раз?

01. Вирусными заболеваниями, _____
02. Другими инфекционными заболеваниями, _____
03. Гинекологическими заболеваниями, какими? _____
04. Обострение хронического заболевания, какого? _____
05. Прочими, _____
06. Не болела

4.Какие лекарственные препараты мать принимала во время беременности?

5.Какой профессиональной вредности подвергалась?

01. Мать до беременности, _____
02. Мать во время беременности, _____
03. Отец до зачатия ребенка _____

6.Имела ли мать во время беременности вредные привычки?

01. Курение, _____
02. Прием алкоголя, _____
03. Наркомания, токсикомания, _____
04. Не было

7.Были ли осложнения данной беременности?

01. Токсикозы, _____
02. Анемия, _____
03. Состояние угрожающего выкидыша, _____
04. Другие осложнения _____

8.Какие были роды?

01. В срок,
02. Преждевременные, на сколько недель? _____

03. Переношенным плодом, на сколько недель? _____

04. С осложнениями, какими? _____

9. Состояние ребенка после рождения:

- 01. Родился здоровым,
- 02. В асфиксии,
- 03. Имел родовую травму,
- 04. Имел врожденные уродства,
- 05. Перенес в роддоме заболевания, какие? _____

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

10. Возраст матери к моменту рождения ребенка: _____

11. Семейное положение матери:

- 01. Состоит в браке,
- 02. Разведена,
- 03. Вдова,
- 04. Одинокая мать

12. Ребенок имеет:

- 01. Мать,
- 02. Отца,
- 03. Опекуна,
- 04. Состоит под социальной опекой

13. Есть ли в семье еще дети?

- 01. Сколько? _____
- 02. Их возраст? _____
- 03. Имеет ли кто-либо из них умственные расстройства? Какие?

- 04. Или физические недостатки? Какие? _____

14. Образование:

Матери(опекуна)

01. неполное среднее

Отца

01.

- | | | |
|-----|---|-----|
| 02. | среднее общее | 02. |
| 03. | среднее специальное | 03. |
| 04. | высшее (неоконченное или оконченное, указать) | 04. |

15. Работает ли мать по специальности после рождения ребенка?

01. Да,
02. Нет

16. Считаете ли Вы, что ваша работа соответствует вашему образованию?

01. Да,
02. Нет

17. Имела ли мать хронические (в том числе гинекологические) заболевания до рождения обследуемого ребенка?

01. Да, какие? _____
02. Нет

18. Испытывала ли мать во время беременности сильные или частые нервные потрясения (смерть, тяжелые болезни близких, крупные или частые конфликты)

01. Да,
02. Нет

19. Хронические заболевания отца до рождения обследуемого ребенка?

01. Да, какие?
02. Нет

20. Имеются ли в семье какие-либо заболевания, передающиеся по наследству из поколения в поколение?

01. Да, какие? _____
02. Нет

21. Кто из родственников страдает наследственными заболеваниями?

01. Мать,
02. Отец,
03. Бабушки,

04. Дедушки,
05. Другие дети в семье,
06. Дядя, тетя

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ

22. В каких учреждениях Ваш ребенок получает психо-педагогическую помощь?

01. Приходят школьные педагоги,
02. В специализированном учреждении,
03. В других, каких? _____
04. Приходят специально нанятые (платные) педагоги,
05. Только родители занимаются,
06. Вообще не получает, т.к. у родителей не хватает времени и денег

23. Обучается ли Ваш ребенок каким-либо трудовым, профессиональным навыкам?

01. Да,
02. Нет

24. Если да, то кто его обучает?

01. Специализированное учреждение,
02. Школа,
03. Родители,
04. Другие варианты

25. В каких учреждениях ваш ребенок получает медицинскую помощь?

01. В территориальной детской поликлинике,
02. В реабилитационном отделении стационара детской больницы,
03. В специализированном учреждении,
04. В других, каких? _____

26. Удовлетворены ли Вы качеством оказываемой Вашему ребенку медицинской помощи?

01. Да,

02. Нет

27. Если нет, то почему?

01. Отдаленность медицинского учреждения от места жительства,
02. Не удовлетворяет график работы,
03. Приходится долго ждать в очередях к врачу ,
04. Недоверие к медицине,
05. Недоверие к конкретному врачу,
06. Невнимательное или грубое отношение медицинского персонала,
07. Другие причины, какие? _____

28. Вы обращаетесь к врачу:

01. При любом заболевании ребенка,
02. Только при тяжелом

29. Рекомендации медицинских работников выполняются Вами:

01. Полностью,
02. Частично,
03. Не выполняются

30. С чем связано невыполнение рекомендаций врача?

01. Не хватает времени,
02. Невозможность обеспечения нужными лекарствами,
03. Недоверие к врачу,
04. Неверие в хорошие результаты лечения,
05. Другие причины, какие? _____

31. Как проводятся медицинские реабилитационные мероприятия Вашему ребенку?

01. Только на дому,
02. На дому и в специальных медицинских учреждениях (санаториях, специальных детских комбинатах),
03. Только в специализированных детских учреждениях,
04. Не проводятся,

- 05. Регулярно,
- 06. Нерегулярно, от случая к случаю

32. Обращались ли Вы в орган социальной защиты за какой-либо помощью?

- 01. Да,
- 02. Нет

33. Помогли ли Вам?

- 01. Да, однажды,
- 03. Во всех случаях,
- 04. Нет

34. За какой именно помощью Вы обращались?

- 01. О приобретении специального инвентаря (бесплатно),
- 02. О приобретении путевки в санаторий (бесплатно),
- 03. О приобретении лекарств (бесплатно),
- 04. Об устройстве ребенка в специализированное учреждение (бесплатно),
- 05. О помощи в приобретении чего-либо, но уже за счет Ваших средств
или средств спонсоров,
- 06. С другой, какой? _____

35. Как Вы считаете, семьи с детьми-инвалидами нуждаются в дополнительной материальной поддержке?

- 01. Да,
- 02. Нет

МИКРОКЛИМАТ СЕМЬИ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

36. Каковы отношения между членами Вашей семьи?

- 01. Хорошие, ровные,
- 02. Не всегда спокойные,
- 03. Плохие, часто скандалы

37. Кто чаще занимается с ребенком?

- 01. Мать,
- 02. Отец,
- 03. Другие родственники

38. Как часто Вы занимаетесь с ребенком (совместные игры, прогулки, чтение)

Мать	Отец
01. Постоянно	01.
02. Периодически	02.
03. Редко, не хватает времени	03.
04. Не занимаюсь, не хватает времени и сил	04.

РЕЖИМ:**39. Пребывание ребенка на воздухе (прогулки) в день**

- 01. Менее 2-х часов,
- 02. 2-3 часа,
- 03. Более 3-х часов

40. Спит ли ребенок днем?

- 01. Да,
- 02. Нет

41. Сколько раз в день питается ребенок?

- 01. 3-4 раза,
- 02. Реже 3 раз,
- 03. Более 4 раз

42. Строго ли соблюдается время приема пищи?

- 01. Да,
- 02. Нет

43. Считаете ли Вы, что ребенок получает достаточно мясных и рыбных продуктов?

- 01. Да,

02. Нет

44. Считаете ли Вы, что ребенок получает достаточно свежих овощей и фруктов круглый год?

01. Да,

02. Нет

45. Как организован досуг у Вашего ребенка?

01. Чтение,

02. Просмотр телепередач,

03. Тренирующие игры и занятия,

04. Ребенок занимает себя сам,

05. Другие занятия, какие? _____

46. Во время летнего отдыха Ваш ребенок обычно:

01. Пребывает дома,

02. Отвозим в деревню,

03. Вывозим на курорты, в санатории,

04. Другие виды отдыха, какие?

ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ:

47. Вы живете в:

01. Отдельной квартире,

02. Собственном доме,

03. Совместно с родителями в их квартире или доме,

04. В коммунальной квартире,

05. В общежитии,

06. На частной квартире,

07. Другое, что? _____

48. Какие из перечисленных удобств имеются у Вас в квартире:

Центральное отопление

01. Есть,

02. Нет

Горячая вода, ванна, душ

03. Есть,
04. Нет

Газ привозной, в баллонах

05. Да,

Газопровод

06. Да,
07. Нет

49. Подсчитайте размер жилой площади, приходящейся на 1 члена Вашей семьи (без учета подсобных помещений)

01. До 3 кв. м.,
02. От 3,1 до 7,0 кв. м.,
03. От 7,0 до 12,0 кв. м.,
04. Свыше 12,0 кв. м.

50. Имеет ли Ваша семья подсобное хозяйство:

01. Сад,
02. Огород,
03. Домашний скот, какой и сколько? _____
04. Нет

51. Имеете ли Вы личный транспорт?

01. Автомобиль (если получен через собес на ребенка-инвалида, указать)
02. Мотоцикл,
03. Нет,
04. Нет, но необходим для облегчения передвижения ребенка-инвалида

52. Сколько рублей в месяц приходится на 1 члена Вашей семьи (учитывая пенсии, пособия)?

01. До 200 руб.,

02. От 200 до 400 руб.,
03. От 400 до 600 руб.,
04. От 600 до 800 руб.,
05. От 800 руб. и выше

53. Сколько лет Вы проживаете в данной местности?

Мать _____

Отец _____

54. Ваше социальное положение?

Мать

- | | |
|------------------|---------------|
| 01. Рабочая | 02. Служащая |
| 03. Домохозяйка, | 04. Учащаяся, |
| 05. Другое _____ | |

Отец

- | | |
|--------------------|--------------|
| 01. Рабочий | 02. Служащий |
| 03. Военнослужащий | 04. Учащийся |
| 05. Другое _____ | |

55. Получает ли Ваша семья льготы в виде бесплатного питания, бесплатного содержания детей в детских учреждениях и др.?

01. Да, что именно? _____
02. Нет

56. Как Вы считаете, требуются ли Вам следующие виды помощи:

01. В организации ухода за ребенком,
02. В организации лечебно-реабилитационных мероприятий для ребенка,
03. В организации осмотра специалистами и диспансерного наблюдения,
04. Физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура,
05. Логопедическая помощь,
06. Санаторно-курортное лечение,
07. Обеспечение специальными вспомогательными средствами, какими?

08. Госпитализация в специализированный стационар для проведения восстановительного лечения,
09. Организация трудового обучения,
10. Психологическая поддержка, помощь в поиске друзей,
11. Материальная помощь,
12. Другие виды помощи, какие? _____

Дата заполнения _____

БЛАГОДАРИМ ЗА ОКАЗАННУЮ ПОМОЩЬ!