

**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
(ПО МАТЕРИАЛАМ Г.ТАШКЕНТА, УЗБЕКИСТАН)**

Дилфуза Аббаровна Касимова

доцент школы общественного здравоохранения, к.м.н.

Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан

Телефон: +998909388162dilfuza.kasimova.2015@mail.ru 100109,

г.Ташкент ул.Фараби 2.

**Введение**

В настоящее время в структуре детской заболеваемости, инвалидности и младенческой смертности все большее значение приобретают врожденные пороки развития (ВПР), которые встречаются у 4,0-6,0% новорождённых, а их вклад в структуру младенческой смертности составляет более 20,0% [4, 8, 9-13]. Многие из детей с пороками развития умирают в первые месяцы и годы жизни, а большинство оставшихся в живых нуждаются в постоянной медицинской и социальной помощи [1, 3, 5, 9]. Анализ причин детской инвалидности и смертности детей первого года жизни в Российской Федерации и в ряде стран мира (Англия, Германия, Швеция, Япония) свидетельствует о том, что пороки развития в структуре этих показателей занимают 1 -3 места [1].

**Ключевые слова:** врождённые аномалии, детская инвалидность, пороки развития.

**Материал и методы**

Изучение структуры детской инвалидности проводилось в динамике сплошным методом с использованием МКБ-10. Данные, полученные из органов государственной статистики, были внесены в специальный «Журнал учёта, динамики, изменения уровня и причин инвалидности». Число детей-инвалидов ежегодно в среднем варьирует от 5131 до 6500 (2010-2019). Проанализированы данные о состоянии здоровья детей-инвалидов, уровне их медицинского обслуживания по годам, районам и поликлиникам г.Ташкента, что позволило правильно выбрать базы (районы, поликлиники) и объекты (дети-инвалиды и их семьи, здоровые дети и их семьи). Изучение основных причин детской инвалидности проводилось сплошным методом в семейных поликлиниках, расположенных на территории Шайхонтахурского, Алмазарского, Чиланзарского и МирзоУлугбекского районов г.Ташкента. Выбор районов с различным уровнем детской инвалидности продиктован необходимостью выявления факторов, определяющих эти различия, и резервов снижения детской инвалидности.

**Результаты и их обсуждение**

Врождённые аномалии, являясь важнейшей причиной инвалидности детского населения и показателем её распространённости, составили 21,2 на 10 тыс. детского населения. Следует отметить, что если причиной детской инвалидности в 78,5% являются 5 классов болезней, но при этом, почти 60% причин детской инвалидности падают всего на 2 класса

болезней: болезни нервной системы и врождённые аномалии (пороки развития). Несмотря на значительные успехи в изучении генетических основ возникновения и распространения врождённых аномалий (пороки развития) в популяции, они остаются одной из самых важных проблем здравоохранения. В г.Ташкенте ВПР стабильно занимают третье место среди причин младенческой смертности на протяжении 10 лет. Во-первых, по мере снижения частоты соматических заболеваний в структуре причин перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности существенно возрос удельный вес врождённых аномалий [2, 6]. Во-вторых, в детскую инвалидность значителен вклад вносят врождённой и наследственной патологии. Врождённые аномалии (пороки развития, хромосомные нарушения) в г. Ташкенте в структуре причин детской инвалидности занимали второе место (21,0%). При этом уровень распространённости врождённой патологии в г. Ташкенте составил 21,2‰. Существенные различия у лиц разного пола отсутствовали: у мальчиков этот показатель составил 24,1 у девочек-23,9‰. Ведущее первое место занимают врождённые вывихи бедра (5,3), далее следует расщепление губы и нёба (заячья губа), волчья пасть (3,1), синдром Дауна и хромосомные болезни (3,0), врождённые аномалии глаза и уха (2,5), микроцефалии (2,2), врождённые пороки сердца (2,3). Причём все перечисленные нозологические формы болезней в основном устанавливаются в возрасте от 0 до 4 лет, за исключением врождённых аномалий глаза и уха которые в основном выявляются в возрасте 5-6 и 7-14 лет. Следует отметить, что если врождённый вывих бедра, микроцефалия, расщепление губы и нёба (заячья губа), волчья пасть чаще были причиной инвалидности у девочек, то врождённые аномалии глаза и уха, врождённый порок сердца, синдром Дауна и хромосомные болезни - у мальчиков. Поэтому органы здравоохранения, в настоящее время прежде всего, должны проводить комплекс профилактических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение возникновения врожденных аномалий, путём внедрения программ мониторинга, скрининга за течением беременности и родов, состоянием здоровья плода. Вместе с тем, следует отметить, что подавляющее большинство сомато-неврологических нарушений, приводящих к смерти новорождённых и инвалидизации детей, могут быть устранены без применения сложной и дорогостоящей медицинской помощи. Согласно, Международной декларации прав матери и новорождённого, (Барселона, 2001) прежде всего надо заняться вплотную профилактикой детской инвалидности, врождённых аномалий развития, наследственной патологии новорожденных, которая начинается с пренатального периода путём формирования здорового образа жизни и обязательного оздоровления групп беременных женщин высокого риска и всех женщин репродуктивного возраста как в амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в санаториях-профилакториях. Следует повысить качество медосмотров молодёжи, лиц, вступающих в брак обязательного медико-генетического консультирования всех супружеских пар с тщательным контролем за их здоровьем, следить за не допущения ранних, родственных браков. Нужно расширить пренатальную диагностику, неонатальный скрининг врождённых аномалий развития и наследственной патологии с дальнейшей их возможной пренатальной коррекцией с учётом здоровья будущего новорождённого и матери, планирования семьи. Активное

выявление и реабилитацию детей с психоневрологическими отклонениями необходимо проводить уже в родильных комплексах путём обязательного осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий всех новорождённых группы риска силами специалистов психоневрологического профиля в неонатальном периоде и в раннем детском возрасте, так как в более старших возрастах реабилитационные мероприятия уже не эффективны.

### Выводы

Полученные данные демонстрируют реальную социально-медицинскую значимость патологии, обусловленной врождёнными аномалиями (пороки развития), хромосомными болезнями, и их роль в перинатальной патологии и детской инвалидности. Для предотвращения и снижения уровня болезней, врождённых аномалий необходимо усилить профилактику этих болезней, в двух направлениях - генотипическом и фенотипическом: а) предупреждение ранних и искоренение родственных браков, увеличение интергенетических интервалов (до 3-х лет); б) ограничение деторождения в случаях высокого риска наследственной и врождённой патологии; в) элиминацию генетически поражённого плода в ранние сроки беременности при наличии возможностей дородовой диагностики патологии плода. Этот подход направлен на регулирование самой супружеской парой функции репродукции путём ограничения или полного отказа от деторождения; г) повышение медицинских знаний родителей, внедрение навыков здорового образа жизни, оздоровление среды обитания человека.

### Литература

1. Антонов О.В. Научные, методические и организационные подходы к профилактике врожденных пороков развития у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.В. Антонов. - Омск, 2007. - 32 с.
2. Kasimova D.A. Medical and social aspects of children's disability and ways to reduce it (based on materials from Tashkent). // dis. Cand. medical sciences-Tashkent-2012.
3. Касимова Д.А. дис... // Медико-социальные аспекты детской инвалидности и пути её снижения (по материалам г.Ташкента), канд. мед. наук. Ташкент, 2012.
4. Касимова Д.А., Жалилов Ж.Ж. Проблемы и показатели детской инвалидности в Сурхандарьинской области. Научный журнал. "Интернаука". Москва - 2019 год. № 45 (127). - С. 41-43.
5. Касимова Д.А., Жалилов Ж.Ж. Ногирон болаларни парваришлар ва ижтимоий ёрдам кўрсатишда ҳамширанинг роли (Сурхондарё вилояти материаллари бўйича). Маг. диссертация. Тошкент – 2019 йил.
6. Выявление герпетических инфекций и вируса краснухи у плодов и новорожденных с пороками развития и признаками внутриутробного инфицирования / И.Б. Репина [и др.] // Рос.медико-биолог. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2012. - № 4. - С. 8-13.
7. Медико-социальные аспекты распространенности врожденных пороков развития / В.Б. Мысяков [и др.] // Рос.медико-биолог. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2010. - № 2. - С. 57-62.

- 
- 8.Гудлетт Т. Трехмерный компьютерный анализ камер сердца у плодов человека / Т. Гудлетт, И.В. Твердо-хлеб // Наука молодых. - EruditioJuvenium. - 2014. - № 2. - С. 43-50.
- 9.Раджабова А.Б. Диагностика, лечение и профилактика ретинопатии недоношенных / А.Б. Раджабова, Х.Д. Карим-Заде // Наука молодых. - EruditioJuvenium. - 2014. - № 1. - С. 114-123.
- 10.Detection of fetal congenital heart disease in low-risk population / E. Hafner [et al.] // Prenat. Diagn. 1998. -№ 8. - P. 808-815.