

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

УДК: 616-053.2:616-036.865

На правах рукописи

БОЙМУРОДОВ БОБОМУРОД НАСРИДИНОВИЧ

**НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИД-
НОСТИ У ДЕТЕЙ, И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.08 – Педиатрия**

**Научный руководитель:
Доктор медицинских наук,
профессор Вохидов Абдусалом**

Душанбе 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Общая характеристика работы.....	8
Глава 1 Проблемы детской инвалидности и совершенствование медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями (обзор литературы).....	12-35
1.1. Существующие проблемы детей инвалидов в Таджикистане и пути их решения.....	15
1.2. Основные причины и структура детской инвалидности.....	22
1.3. Профилактика детской инвалидности.....	33
Глава 2 Объем и методы исследования.....	36-43
Глава 3 Проблема детской инвалидности и ее медико-социальные аспекты на современном этапе	44-70
3.1. Преvalентность инвалидности среди детей Республики Таджикистан	45
Глава 4 Пренатальная, перинатальная и неонатальная патология – предикторы детской инвалидности	71-91
Глава 5 Оптимизация медико-социальной реабилитации детей инвалидов страдающих ДЦП	92-134
5.1. Медико-биологическая и социальная характеристика детей с ДЦП	108
5.1.1. Комплексный анализ инвалидности вследствие детского церебрального паралича у детей.....	108
5.2. Современные принципы комплексной реабилитации детей.....	126
Глава 6. Обзор результатов исследования.....	135
ВЫВОДЫ.....	149
Рекомендации по практическому использованию результатов.....	150
Список литературы.....	151
Публикации по теме диссертации.....	171

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АРП – аномалии развития плода.

БНС – Болезни нервной системы.

ВЖК – Внутривентрикулярное кровоизлияние.

ВУГ – внутриутробная гипотрофия.

ВПР – врожденные пороки развития.

ВПС – врожденный порок сердца.

ГИЭ – Гипоксическая ишемическая энцефалопатия.

ГУ РДРЦ – Государственное учреждение Республиканского детского реабилитационного центра.

ДИ- Доверительный интервал.

ДЦП – детский церебральный паралич.

ЗПР – Задержка психомоторного развития.

ИППП – Инфекции передаваемые половым путем.

ИПКР – Индивидуальная программа комплексной реабилитации.

МВ – Маловесные дети.

МВПР – Множественные врожденные пороки развития.

МКФЗ – Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья.

МС - Младенческой смертности.

МСЭК – Медико-социальная экспертная комиссия.

НОБ – наследственно обусловленные болезни.

НПО –Неправительственная организация.

НРП –Нормальное расположение плацента.

НСГ – Нейросонография.

ОВ – Ограниченными возможностями.

ОНМТ – Очень низкая масса тела.

ОРИТН - Отделение ранний интенсивной терапии новорожденных.

ПБВГМ – Повреждение белого вещества головного мозга.

ПВЛ – Превентрикулярная лейкомаляция.

ППМ – перинатальное поражение мозга.

ППЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы.

ПЦНС – патология центральной нервной системы.

ПЭП – перинатальная энцефалопатия.

РДС – респираторный дистресс синдром.

РНП - Ранний неонатальный период.

РНС – Ранняя неонатальная смертность.

СДР –Синдром дыхательных расстройств.

СУЗ – Степень утраты здоровья.

ХФПН – Хроническая фетоплацентарная недостаточность.

ЦМВ – Цитомегаловирус.

ЦНС – Центральная нервная система.

ЦРЗ – Центр репродуктивного здоровья.

ЭНМТ – Экстремально низкая масса тела.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По данным ВОЗ (2018), в среднем 15% населения мира находятся в состоянии инвалидности, а в некоторых странах данный показатель превышает предел до 20%. По данным Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2017 г. в стране насчитывается около 150 тысяч инвалидов, из них около 25 тысяч — дети [Гаибов А.Г. 2006, 2015, 2017; Аминова З.М. 2009; Баранова Т.Ф. 2014].

В Республике Таджикистан, как и в других странах СНГ, ускоренными темпами, идет процесс формирования законодательной базы инвалидности, так в 2016 году в стране была принята «Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы». Суть указанного стратегического документа заключается в ее социальной ориентированности, которое выражается в повышение социальной защищенности инвалидов, включая число организуемой медицинской и социальной реабилитации. А ее антикризисная платформа базируется на документах, регламентирующих цель устойчивого развития ООН до 2030 года [Камилова Г.И, Ашурова Н.С, Чудинов А.В, Гаибова М.Г..2016].

В Республике Таджикистан – «на законодательной основе практически все права и интересы инвалидов или лиц с ограниченными возможностями защищены Законом РТ «О социальной защите инвалидов от 17.12.2020г.№1739».

На законодательной основе, базируясь на различных аспектах соответствующих правовых актах к сегодняшнему времени в стране существует полный пакет социальных прав инвалидов: которые охватывают, в частности их право на социальное обеспечение, получение различных льгот, возмещение компенсации, а также и многие другие государственные гарантии.

В частности, необходимо особо отметить тот факт, что в Республике Таджикистан дети-инвалиды получают образование и медицинское обслуживание на бесплатной основе, за счет средств государства и меценатов.

Принятые на государственном уровне документы ориентированы на комплексное решение основных проблем медико-социальной характера поддержки

детей- инвалидов и членов их семей, а также круг вопросов, связанных с процессом организации и проведении работа направленной на профилактику детской инвалидности остаются еще не до конца решенными.

Даже при условиях прогресса в медицине, особенно в перинатологии, сохраняется определенная тенденция роста числа детей-инвалидов, данный факт наряду с указанием на значимость данной проблемы для общества, еще раз дает подтверждения того, что на сегодняшний день возможности реабилитационной медицины еще не достигли совершенства [Мавлонов А.П, Косимова М.С, Сулаймонов И.И. 2018; Askie LM, Darlow BA, Davis PG, et al. 2017].

Однако, необходимо указать на то, что медицинская и государственная политика, все-таки ориентирована на будущее, где основное внимание будет уделяться преимущественно только профилактической работе, известно, что легче воспрепятствовать возникновению заболевания, чем устранять его последствия [Магзумова Ф.П, Абдурахимов А.А, Хакназаров С.Ш. 2018; Kim DY, Park HK, Kim NS, et al. 2016].

Сохраняющиеся проблемы социально-экономические и медико-демографические характера в Республике Таджикистан, где общее число жителей превысило 9 млн. человек, продолжает сохраняться высокий уровень общей инвалидности и детской в том числе, что относится к одному из важных факторов колоссального сохранявшегося экономического ущерба государственному бюджету в размере более 100 млн долл. США [Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Умарова З.К. 2019; Sullivan, D.F. 2016].

Детский церебральный паралич (ДЦП) – относится к классу заболевания нервной системы, которые в большинстве случаев приводят к инвалидизации в детском возрасте. Факторов приводящих к развитию ДЦП, достаточно много, однако, на перинатальный период, приходится достаточно большая доля частоты развития. Дородовые формы церебрального паралича варьируют от 35 до 60%, интранатальные – от 27 до 54%, постнатальные до 25% [Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление правительства Рес-

публики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 г.; Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. 2015].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы: сохраняющиеся высокие показатели числа новорожденных, родившихся больными или заболевших, рождения детей с аномалиями развития, способствуют сохранению, а иногда и росту показателя детской инвалидности. Проведенные за последние годы многочисленные научные исследования по данной проблематике дают возможность совершенно по иному осмыслить значимость проблемы детской инвалидности.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Работа выполнена в рамках НИР ГУ ТНИИ профилактической медицины Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. Проект «Эколого-гигиеническая оценка факторов среды обитания и здоровья, населения проживающего в сельской местности Республики Таджикистан». Сроки выполнения проекта 2019-2023гг. ГРН№0119ТJ00964.

Общая характеристика работы.

Цель исследования. Изучить факторы риска (предикторы) формирования ДЦП и определить эффективные пути их медико-социальной реабилитации.

Задачи исследования

1. Изучить проблемы детской инвалидности в Республики Таджикистан на современном этапе.
2. Оценить роль и вклад пренатальных, перинатальных и постнатальных предикторов в формировании детской инвалидности.
3. Изучить медико-биологические и социальные аспекты детей с ДЦП.
4. Определить мнение членов общин о факторах возникновения ДЦП.
5. Оценить медико социальную реабилитацию детей, страдающих ДЦП и определить пути их оптимизации

Объект исследования; Объектом исследования служили статистические отчетные формы 31 и 32 «Ҳисобот оид ба хизматрасонӣ ба кӯдакон», «Ҳисобот оид ба хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навзоидагон» за период с 2014 по 2020 гг. Годовые отчеты о деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2020 гг. Результаты анкетирования представителей общин о причинах возникновения ДЦП.

Предмет исследования. Статистические данные, годовые отчеты учреждения, результаты анкетирования, результаты инструментальных методов обследования детей.

Научная новизна исследования

1. Впервые на основе ретро- и проспективного анализа статистических и отчетных данных установлено, что в Республике Таджикистан в структуре детской инвалидности, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)».
2. Впервые у детей доказано, что вероятность развития ДЦП зависит от срока родов, состояния до и после рождения, течения адаптации в раннем неонатальном периоде.

3. Доказана, этиологическая роль ОРВИ и цитомегаловирусной инфекции беременной женщины в поражении мозга плода и развития ДЦП.
4. Установлены концептуальные основы раннего прогноза развития ДЦП с определением последующих шагов для родителей и семейных врачей относительно необходимых критериев для обращения за консультацией к неврологу с целью раннего прогноза ДЦП
5. Обоснована концепция раннего начала и хорошей эффективности реабилитационных мероприятий, на основании оценки модели медико-социальной реабилитации детей инвалидов при ГУ Республиканского детского реабилитационного центра.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы.

Значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные результаты, их интерпретация и теоретические суждения, методологические аспекты, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть востребованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Положения выносимые на защиту.

1. Впервые установлено, что в структуре причин первичной детской инвалидности среди детей, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)».
2. Установлено, что основную массу детей (89,2%), проходивших реабилитацию при ГУ РДРЦ составили больные классами заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)», где в структуре, основная часть представлена ДЦП.
3. Выявлено, что более половины детей с ДЦП родились от преждевременных родов с ОНМТ и ЭНМТ в тяжелой и средне тяжелой асфиксии.
4. Определена ведущая роль вирусной патологии беременной женщины (ОРВИ с повышением температуры и нейротропные инфекции) в поражении мозга плода.
5. Представители общин, проживающие в городской местности, хорошо осведомлены основных причинах (наследственная отягощённость, инфекции) инвалидизации детей.

Степень достоверности результатов.

Работа основана на сборе и анализе достаточного объема статистических отчетных форм 31 и 32 за почти 10 летний период, ежегодные отчеты о деятельности учреждения за период с 2013 по 2020 гг. Проведенная работа послужило основанием сформировать выводы и рекомендации, которые основаны на расчете статистических показателей заболеваемости, удельного веса в структуре причин, Т/прироста за определенный период.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования);

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08- “Педиатрия”: подпункт 3.3. Физиология и общая патология периода новорожденности, раннего, старшего и подросткового возрастов.

Личный вклад соискателя ученой степени;

Диссертация является самостоятельным научным исследованием, автор лично провел сбор статистических отчетных данных, годовых отчетов учреждения. Составил и внедрил проведение анкетирования среди членов общины, которые позволяют достичь цель и решить поставленные задачи. На основании многочисленных источников, автором проведена работа по осуществлению сбора и систематизации первичных клинических данных на двух уровнях этапе ретроспективном и перспективном, по ходу основной деятельности и в рамках проводимых исследований автором проводилась работа по клиническому обследованию детей-инвалидов, в итоге проведена статистическая обработка материала, обработка и интерпретация полученных результатов.

Апробация работы. Материалы исследования доложены и обсуждены: на втором Съезде врачей Республики Таджикистан, Душанбе 29.06.2019 г., научно-практической конференции «Противодействие снижению угроз распространения устойчивости микроорганизмов к противомикробным препаратам в пищевых продуктах», Душанбе 18.11.2019 г., 9 Конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: Проблемы здоровья, развития и питания «Формирования здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III Форум по питанию, Душанбе

10-11. 11.2019 г., научно-практической конференции «Питание и здоровье детей», Харьков 17-18 май 2020, XV международной научно практической конференции молодых ученых ТГМУ им Абуали ибни Сино, Душанбе 24 апреля 2020 г.

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, в том числе 6 работ опубликованы в журналах, рекомендованных ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 173 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 5 основных глав, обсуждения результатов, выводов, рекомендаций по практическому применению, списка использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 23 таблицами и 15 рисунками. Список литературы включает 154 источников, из них 105 на русском и 49 на английском языке.

Глава 1 ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

(обзор литературы)

Само понятие инвалидность объединяет смысловое значения понятия «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) указано как «зонтичный» термин, которое обозначает нарушения, ограничения в действиях и ограничения в участии [14,29,67,105].

Понятие детской инвалидности и связанные с ней проблемы нашли свое начало и стали формироваться как самостоятельная и многоплановая система оказания помощи уязвимому контингенту - детям в СССР в 1979 году [3].

Понятие детская инвалидность — представляет собой стойкую социальную дезадаптацию, причиной которого является хроническое заболевание или патологическое состояние, способствующая резкому ограничению возможности ребенка адекватно своему возрасту адаптироваться к воспитательному и педагогическому процессу, что в свою очередь систематически вынуждает его прибегать к дополнительному уходу и помощи [2,6,11,93].

Проблемы инвалидности и нищеты, достаточно плотно взаимосвязаны и взаимозависимы: факт нищеты способствует повышению возможности нарушений, по причине неполноценного питания, уровня оказания медицинской помощи и всего здравоохранения в целом, низкими возможностями быта; инвалидность в свою очередь способствует к снижению уровня и качество жизни и нищете. В совокупности все это приводит к тому, что ограничивается или полностью отсутствует доступ к образованию, получению дохода, это в свою очередь, приводит к новой проблеме, повышению расходов на получение медицинских услуг. Проблемы стигматизации и предрассудков людей с ограниченными возможностями, создает другую проблему, связанную с социальными и информационными барьерами. Следовательно, одним из главных барьеров их

эффективного и в тоже время осмысленного участия в решении возникших социальных и экономических проблем является имеющее место нарушения здоровья и на этой почве не возможность получения полноценной реабилитации [33,59,29,110].

Численный состав населения с ограниченными возможностями имеет тенденцию к росту. Основными факторами определяющими данные показатели является интенсивный рост показателя хронических заболеваний, последствием которых за частую является инвалидность, к таким классам заболеваний относятся эндокринные заболевания СД-2, патология сердечно-сосудистых системы и психические заболевания. Сущность формирования инвалидности имеет определенную зависимость от некоторых средовых и других факторов, к таковым относятся исходы дорожно-транспортного травматизма, последствия стихийных катастроф, конфликты, нарушения норм и требования к качеству питание и наркомания. Инвалидность оказывает существенное влияние на течение жизни, среди наиболее уязвимых слоёв населения, к которым относятся женщины, пожилые люди, включая те семьи где имеет место низкий доход. Популяционная частота инвалидности на глобальном уровне не превышает 15%.

Инвалидность, причина возникновения которого связано с неинфекционными заболеваниями такими как потеря конечности, зрения, или ограничения движения по причине паралича, оказывает существенное воздействие к системе социального обеспечения и медицинской помощи, в итоге воздействуя на показатели производительности труда и провоцируя вероятность разорения семьи. Результаты анализа нормативно правовых документов дает основания полагать, что причиной более половины смертей в Республике Таджикистан являются определенный класс заболеваний связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; каждый десятый случай был связан с онкологическим заболеванием и только 3% из них были обусловлены хроническими заболеваниями органов дыхания и травмами [36,59,126].

Изучая опыт развитых стран установлено, что экономическое и материальные средства, затрачиваемые на реабилитацию инвалидов, окупаются в десятикратном размере, по нашему мнению, данный факт и повысило интерес медицинской общественности к изучению различных аспектов инвалидности, в том числе и детской, как за рубежом, так и у нас в стране [45,67,129].

Полноценная реабилитация, может способствовать инвалиду достичь восстановления социального статуса и материальной независимости и как следствие этого социальной адаптации. Применительно к детям с ограниченными возможностями, сведения о социализации могут быть рассмотрены в совокупности его возможностей самообслуживания. Возможность интеграции ребенка инвалида в игровую и познавательную деятельность других здоровых детей, и как следствие этого его будущая интеграция в общество, касательно всех областей жизни [38,41,62].

Необходимость разработки персональной программы направленной на комплексную работу по реабилитации (ИПКР) в РФ основана на существующих нормативно-правовых документах, где отмечены критерии установления срока определения ребенка инвалидом. Данная программа основана на перечне реабилитационных мероприятий, которые позволяют ребенку восстановить способности к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, включая широкий круг возможностей, интересов, а также соматическое состояние ребенка, его социального статуса [13,19,25,81].

Критерии определяющие показатель инвалидности, в совокупности с другими предикторами как МС, заболеваемость, показатели физического развития и другие характеристики медико-демографические показателей являются составляющими показателями состояния здоровья детского населения, которые характеризуют такие критерии как экономический и социальный факторы развития страны [44,52].

На протяжении последних лет в РТ успешно внедряется современное направление в управленческой системе здравоохранения, суть которого объединяет необходимые изменения основных принципов, ориентированных на конечный результат лечения заболеваний, с изменением тренда в данной системе, основой которого является превалирование принципов здорового образа жизни, лейтмотивом которого будет предупреждение болезней и инвалидности [2]. Однако требует необходимости отметить то, что данная динамика взаимосвязана с экономической ситуацией в страны, которое в определённой степени оказывает влияние на состояние здоровья матери и ребенка, включая также и другие уязвимые слои населения. Сохраняющаяся тенденция роста числа больных и инвалидов имеет определенную зависимость от объема и качества медицинской помощи и ее систематическая модернизацию [1].

В развитых странах указанный объем работы с инвалидами ориентирован на соответствующих нормативно правовых документах которые позволяют использовать многоэтапную шкалу для его оценки. На сегодняшний день указанные документы еще не нашли широкого применения в большинстве странах.

Ни одна страна в мире не в состоянии на сегодняшний день решить проблему инвалидности в обществе, о чем свидетельствуют многочисленные международные документы регламентирующие многие аспекты работы с населением имеющим ограниченные возможности. В тоже время необходимо указать на тот момент, что каждое государство основываясь на свой экономический, политический потенциал включая и другие факторы по разному вынуждены решать проблемы людей с ограниченными возможностями [37,44,82].

1.1 Существующие проблемы детей инвалидов в Таджикистане и пути их решения

Проблемы лиц с инвалидностью в Таджикистане связаны с нарушением их прав, связанных с жестоким обращением в специализированных учреждениях и лишениях их прав на получение образования, трудоустройства, свободный доступ

к услугам здравоохранения и социальной защиты. В большинстве случаев, женщины и девочки с ограниченными возможностями чаще чем мужчины сталкиваются с предвзятым отношением, связанных с полом и социальным положением [14].

На основании статистических данных к сегодняшнему дню в Таджикистане численность инвалидов составляет 2% от общего числа населения, однако необходимо отметить тот факт, что как и в другие годы статус для регистрации основывается только в соответствии со степенью тяжести болезни, оказывающее влияние на уровень трудоспособности.

В настоящее время имеющие место проблемы связанные с социально-экономическими включая медико-демографические в РТ, где общая численность населения превышает 9 млн человек, проблема связанная с уровнем инвалидности, остается достаточно актуальной, при том что данная проблема связано с сохранением риска экономического ущерба государству в сотни млн. долл. США [21].

К примеру, для Республики Таджикистан характерна достаточно слабое научное подспорье к принятию и реализации управленческих решений, которые должны быть направлены на решение проблем связанных с инвалидностью, особенно ее детского контингента. Имеет место наличие достаточно слабого кадрового, научно и технологического потенциала НИИ экспертизы. Причиной тому является положение дел в секторе общественного здравоохранения, основным призванием которого является определение уровня общей и нозологической заболеваемости и инвалидности [18,33,47].

В Республике Таджикистан переход на критерии сопоставимости показателей инвалидности стало возможным благодаря принятию в декабре 2010 г. закона "О социальной защите инвалидов", где лейтмотивом данного документа является четкая формулировка понятия «инвалид» и «инвалидность».

Сама структура детской инвалидности определена некоторым классом болезней которые и являются основными критериями определяющие численный состав инвалидов. Среди огромного множества болезней именно заболевания связанных с функцией ЦНС, которые включают ДЦП, хромосомные заболевания - болезнь Дауна, а также и другие классы болезней свойственные детскому возрасту, однако необходимо отметить тот факт, что некоторые из них можно предотвратить применением вакцин. Свидетельством указанным фактам является то, что если показатель детской инвалидности, по причине психических отклонений выявлялся в 10% случаев, то с возрастом достигает 60—90%, тем самым проблема из ракурса детской инвалидности переходит в разряд взрослой [11].

Одним из основных моментов свидетельствующих о компетентности госструктур Таджикистана является формирование соответствующих комфортных условий для людей с ограниченными возможностями через устранение барьеров всевозможных барьеров не дающих возможность качественной жизнедеятельности инвалидов, должны быть базированы на принятых международных обязательствах. Данный объем помощи должен быть ориентирован на перечне соответствующих услуг сектора здравоохранения, образования, занятости и социальных органов. Вся работа в этом направлении в первую очередь должна быть ориентирована на содействие женщинам (девушкам), которые должны быть защищены от возможности насилия и унижения любых видов [77,82].

Среди коренных жителей Таджикистана бытует мнение о том, что инвалидность в большинстве случаев ассоциируется с низким уровнем жизни, плохим здоровьем, неполноценным образованием, в большинстве случаев именно подобные социальные барьеры, способствуют возникновению различных ограничений. В большинстве случаев социальная стигматизация настолько прочно оседает в подсознании людей с ограниченными возможностями, что кроме чисто физических или других барьеров понятие неполноценности не позволяет им в полном объеме повысить качество жизни, через реализацию своего потенциала.

Всецело жизненная позиция людей с ограниченными возможностями, имеет большую зависимость от многих дополнительных критериев в частности от эффективности работы сектора здравоохранения, возможности реализовать свой трудовой потенциал и конечно от влияния факторов внешней среды, не исключая возраст, национальную культуру, традиции, обычаи, и т.д. [3].

В Республике Таджикистан, как и в других странах Центральной Азии на протяжении нескольких последних лет, находит свое продолжение работа по модернизации системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, не смотря на имеющиеся проблемы экономического характера. Сохраняющиеся риски связанные с экономическими возможностями стран доноров для трудовых мигрантов, проблема находит свое решение. Среди 32% жителей страны, где основная масса представлена бедными, достаточно большая доля нетрудоспособных, престарелых и лиц с ограниченными возможностями. Именно эти моменты не позволяют государству с позиции экономики обеспечить их полноценной пенсией, на сегодняшний день сумма пособий в 3 раза меньше стоимости продовольственной корзины. Именно эти моменты не позволяют получить в полном объеме иметь доступность медико-социальных услуг производит индексацию на постоянной основе за счет республиканского бюджета.

Статистические данные свидетельствуют о том, что класс болезней обусловленных наследственными заболеваниями в РТ выявляется с частотой 3000 случаев ежегодно, в тоже время из них каждый второй рождается с пороками развития. Из числа детей оставшихся живыми, значительное число из них относятся к категории умственно и физически неполноценных, именно указанная группа заболеваний в структуре детской инвалидности занимает 2–3-е место. В две трети в 75% случаев возникающая ситуация у этих детей связана с низким уровнем их образованности по причине не возможности в полном объеме освоить учебную программу и не возможности в будущем реализовать свой потенциал. Другая не менее важная проблема связано именно с тем, что в отдельных регионах страны от 4 до 60% новорожденных сразу после рождения и до поступления детей в школу

не регистрируются в органах ЗАГС, включая и службу медико-социальной экспертизы [22,34,62,77].

Детская инвалидность относится к категории медико-социальных проблем, приводящее к значительным экономическим потерям, включая тот момент, что из сферы общественной деятельности полностью или частично исключаются взрослое население, оказывающее содействие в уходе за инвалидом с детства. Возникающий по этой причине тяжёлый морально-психологический климат в семьях детей инвалидов, как правило, имеют низкий материальный достаток, что оказывает существенное негативное влияние на качество жизни таких семей (1,2). К наиболее важным приоритетным направлениям в реформировании сектора здравоохранения относится профилактика детской инвалидности, совершенствование и развитие медико-социальной помощи таким семьям, где живет ребенок с ограниченными возможностями [52,37,92].

На протяжении последних десятилетий регистрируется четкая тенденция изменения здоровья детского населения, связанное с его ухудшением. Факторов, способствующих данной тенденции достаточно много, среди них: здоровья матери, качество антенатального ухода, уровень и качество оказания медицинской помощи. Ухудшение здоровья усиливается в связи с ухудшением социально-экономических условий, снижением уровня жизни и ухудшением питания населения (Н.И. Аверьянова, 1998).

Анализ динамики общей заболеваемости детей в возрасте от рождения до 17 лет за последние пять лет, показывает рост практически по всем классам и группам заболеваний. Выявленная тенденция роста заболеваемости среди детей, способствует нарастанию показателей детской инвалидности.

Проблема детской инвалидности остается наиболее актуальной задачей любого общества. По данным ВОЗ во всем мире отмечается четкая тенденция роста числа детей инвалидов. По данным той же организации на долю тяжелой детской

инвалидности приходится до 2% в детской популяции. Полифакторность проблемы детской инвалидности связано с увеличением числа детей родившихся с врожденными аномалиями, наследственными заболеваниями, увеличением факторов техногенного характера, все эти факторы приводят к накопительному процессу ранней хронизации, классов заболеваний связанных с ростом эко патологии [114,126].

Несомненно то, что рост числа детей инвалидов, будет требовать увеличения числа специализированных коек реабилитации, однако существующая на сегодняшний день число медицинских учреждений данного профиля не в состоянии обеспечить необходимую помощь в полном объеме [8,33,50,62].

К группе факторов, которые определяют не полномасштабную медико-психологическую и социальную адаптацию ребенка-инвалида, относятся не эффективность существующих форм всесторонних подходов учреждений здравоохранения, совместно с социальной защиты и образования к данной проблеме, нельзя снимать с повестки дня и существующий большой дефицит кадрового потенциала.

Существует ситуация слабой преемственности в деятельности учреждений, имеющих различную ведомственную принадлежность, призванных решать одну задачу, проблему, связанную с инвалидностью [22,36,110].

Возникают моменты, когда различные сферы, признанные совместно оказывать помощь ребенку инвалиду заняты недооцениваем со стороны медицинских работников социально-психологические аспекты реабилитации, и на оборот, когда работники социальной сферы недопонимают необходимость и значимость медицинского этапа реабилитации [77,82,90].

Детерминанты показателей здоровья населения складываются из нескольких основных компонентов, в частности, к наиболее важным и требующим особого внимания показателям является инвалидность в стране. Образно говоря это осо-

бый индикатор, который непосредственно характеризует степень социально-экономического развития общества, показатели экологии территории, уровень и стремления общества, направленные на организацию и проведение мероприятий на профилактику [5].

Многолетние научные исследования показали, что показатели инвалидности складываются из ряда слагаемых: болезненность, травмы, как следствие этого полная или частичная утрата трудоспособности, социальная неприспособленность, низкая трудовая активность, показатели качество и продолжительности жизни людей инвалидов. Следовательно, все это приведет к тому, что возникнут дополнительные расходы, направленные на поддержку уровня жизни, потребуются большая работа по разработке и реализации целевых программ, направленных на повышение качество жизни инвалидов, через совершенствование реабилитационных мероприятий, все это будет направлено на создание удобных, комфортных и адаптированных условий проживания людей с ограниченными возможностями.

Однако, необходимо помнить о том, что данная когорта населения не может быть активно привлечена к происходящим в стране экономическим преобразованиям. Инвалидизация относится к проблемам, отражающим крайний вариант нездоровья детского населения, включая и подростков, сохраняется четкая тенденция роста показателей среди данной популяции населения. Само по себе возникающие тяжелые отклонения показателей здоровья у детей, способствуют возникновению целого каскада значимых социально-экономических и других адаптивных приспособительных проблем, которые в той или иной степени пагубны как для самого ребенка-инвалида, так и для его семьи, все это требует вовлечение дополнительных средств со стороны государства[3].

Существует группа индикаторов, способствующих увеличению показателей инвалидности среди детского контингента: – показатели возраста матерей: данный фактор, как медико-социальный показатель имеет две противоположности, такие как юная первородящая где возраст матери до 18 лет, и противоположность

возрастная где ее возраст превалирует за > 35 лет. По сведениям статистики до 50% детей инвалидов, были рождены матерями данной возрастной группы 35 лет, и тогда как в 30% случаев напротив возраст матерей был моложе 18 лет и эти дети имеют психические расстройства различной степени тяжести.

Показатели отставания в умственном развитии детей-инвалидов, матери которых имели весомый возраст, более чем в 2.5 раза встречаются по сравнению с детьми матерей других возрастных групп. На прогрессирование степени тяжести инвалидизации детей существенное влияние оказывают условия жизни семьи ребенка, в первую очередь социально-бытовые и экономические аспекты. Установлено определенная закономерность роста инвалидности детей от наличия вредных привычек у родителей до 28%. Наиболее пагубно действует такой фактор, как пристрастие к алкоголизму (85,3%), особенно если этот фактор выявлен у обеих родителей[34,28,82].

В тех случаях когда у родителей имеет место психическое расстройство частота детской инвалидности превышает 2/3 и доходит до 77,8%. В 44,2% случаев когда дети родились с ВПР родители были курящими, у наркоманов частота показателей инвалидизации среди детей доходит до 60,3%, где факторами данного состояния в (28,6%) были отклонения в психомоторном развитии и (БНС) болезней нервной системы. Экономические и другие потери в 3 раза выше на ребенка инвалида чем, на здорового. Проведенные научные исследования демонстрируют то, что всего 2/3 (61,3%) семей детей-инвалидов способны приобретать только самое необходимое, у 33,2% семей не всегда возникает возможность создать праздник ребенку, а 13,9% не в состоянии купить самое необходимое и только 3,2% имеют хороший достаток [7].

1.2 Основные причины и структура детской инвалидности

Достижения медицинской отрасли последних лет в значительной степени повышает шанс остаться в живых маловесных и детей с ОНМТ и ЭНМТ, а также

новорожденных с ВПР, с возникшими отклонениями в состоянии здоровья и нарушениями после преждевременных родов, эти факторы могут провоцировать в последствии детскую инвалидность. Проведенный анализ статистических данных показал, что в структуре причин первичной инвалидности у детей за период 2006-2015 г. наиболее часто регистрировались следующие классы болезней: врожденные аномалии развития, хромосомные и наследственные заболевания, БНС, расстройства психики, заболевания эндокринной системы и онкологические болезни.

В этиологии развития ГИЭ заложена возникшая метаболическая катастрофа и цереброваскулярные расстройства, причиной которого является грубые отклонения механизма ауторегуляции мозгового кровообращения [55, 78,92]. По сути итогом биохимических процессов, приводящих к формированию «метаболической катастрофы» является так называемая гибель клеток головного мозга (некроз) по причине избыточного накопления эксцитатных аминокислот.

Любое «продолженное повреждение» мозга в этот период напрямую связано с тяжестью неврологических и познавательных функций в онтогенезе. Практически у 100 % выживших новорожденных после критических состояний, регистрируется формирование, в той или иной степени выраженности ГИЭ, даже в тех случаях, когда имеет место факт отсутствия перманентной перинатальной гипоксии [22].

В перинатальной науке накоплено большое число сведений, которые объясняют процессы, происходящие в системе мать-плацента-плод в различных ситуациях как в норме, так и при патологическом течении беременности и родов.

Фактором, провоцирующим развития гипоксии в антенатальном периоде являются возникающие различные отклонения системного кровотока в плаценте, которое в дальнейшем переходит на систему гемодинамики плода [79, 96], в этой ситуации формируются нарушения метаболизма, что провоцирует возникновение реперфузионного нарушения, как следствие этого формируется централизация мозгового кровотока и как итог всего этого рождение ребенка в асфиксии [27, 95].

Любые конически значимые отклонения функционирования ЦНС у ново-

рожденных детей способствуют возникновению не только медицинские (диагностика, лечение, реабилитация), но и достаточно сложные социальные проблемы, которые затрагивают не только больного ребенка, но и его семьи [95, 100].

На современном этапе доказанным фактом является тот момент, что сохранение негативного влияния как острой, так и хронической гипоксии как причина формирования критического состояния при рождении на процесс формирования, развитие, а в дальнейшем на функционирование структур головного мозга, зачастую является пусковым моментом развития инвалидизирующей патологии [39, 56, 89, 110], со всеми вытекающими отсюда последствиями как для ребенка, так и для общества [118].

Возникающие поражения функции центральной и периферической нервной системы привлекают пристальное внимание многих ученых на протяжении долгих лет [36, 77, 89, 91, 112]. Данный интерес связан с тем, что остается очень высоким процент перинатально обусловленных поражений ЦНС (80%) и только каждый 2 или 3 ребенок выздоравливает [16, 103]. Возникшие в перинатальном периоде патология ЦНС у детей родившихся от срочных родов, но перенесших критическую ситуацию в раннем неонатальном периоде особенно первые 72 часа жизни, относятся к одному из наиболее часто регистрируемых патологических состояний характерных неонатальному периоду [23,56,109], что требует необходимости в мультидисциплинарном решении возникшей проблемы, что в итоге определяет повышенный показатель заболеваемости детей, на протяжении всего первого года жизни, а иногда и дальше [4, 22].

От степени тяжести поражения ЦНС в перинатальном периоде зависит частота возникновения грубых, иногда необратимых органических поражений структуры и морфологии нервной системы, что несомненно провоцирует возникновение различных, а иногда тяжелых, практически неизлечимых форм нервно-психических заболеваний: которые клинически проявляются признаками выраженной задержке психомоторного развития, ДЦП, различных форм гидроцефалии [110], эпилепсии, снижение частоты зрения, а иногда слепоты, задержке не только психо-, но и моторно и речевого развития [34, 56, 90 95, 102].

Этот класс заболеваний нервной системы по сути и определяет частоту ранней детской инвалидности и социальной дезадаптации [103], среди доношенных новорожденных, частота данного класса составляет до 30% [16, 103]. Такой контингент детей нуждается в динамическом наблюдении специалистов, и требуют использование новых современных технологий лечения и реабилитации [51, 115].

Достаточно большое число, более 2/3 детей у которых имело место легкая или среднетяжелая форма перинатального поражения ЦНС, в дальнейшем высока вероятность формирования различных патологических синдромов - вегетативной дисфункции, нейросоматические отклонения, социальная дезадаптация, различная степень невротических и когнитивных нарушений, включая девиантные и аддиктивные формы поведения, в совокупности которые могут прогрессировать в определенные этапы социализации, которые наиболее часто начинают реализовываться в период, когда ребенок поступает в детский сад, школу, при повышении нагрузки в учебной программе и т. д. [51, 78, 115]. Если своевременно состояние ребенка не было адекватно оценено, то высока вероятность того, что приводит к отсрочке начало лечебно-коррекционной работы, то это чревато тяжелыми последствиями для здоровья ребенка, в последующем могут возникнуть потребность в более дорогой технологии лечения и реабилитации, что может быть сопоставимо пациентами с тяжелыми формами заболевания [60].

Часто регистрируемые неврологические нарушения, имеющие место у детей, начиная с первых дней жизни к которым относятся различные синдромы такие как, двигательные нарушения, судорожные, гидроцефальные, которые свидетельствуют о тяжелой степени ППЦНС и среди данной категории детей высок прогноз развития – ДЦП [145].

Даже в тех условиях, когда имеет место, совершенствование методик и способов родовспоможения и выхаживания детей в РНП, высока вероятность развития ДЦП, которая по оценке различных авторов достигает 2,0-3,6 случая на 1000 живых новорожденных [45, 70, 88, 103], в совокупности определяет долю основных причин детской неврологической инвалидности в мире [19, 70, 103, 111].

Единственно оправданным и наиболее прогрессивным путем для перина-

тальной медицины и ее специалистов являются разработки методов комплексной диагностики, возможных поражений мозга, как на антенатальном, так на пре и перинатальном периодах. Формирование и внедрение эффективной системы комплексной нейрореабилитации, составными частями которой будет эффективная медикаментозная церебропротекция [110].

Следовательно, возникающее и зачастую прогрессирующее критическое состояния в РНП, является высоко социально значимой проблемой, которая будет иметь зависимость от степени и выраженности патологических изменений, разделяющиеся по срокам на ближайшую перспективу, это период новорожденности и в течении первого года жизни. Вопросы отдаленного периода и последствий от перенесенных критических состояний при рождении требуют дальнейшего исследования в контексте общего соматического состояния, включая адекватность и своевременность реализации реабилитационных возможностей.

Наиболее важной и актуальной медико-социальной проблемой продолжает оставаться инвалидность с детства и как следствие этого именно это и составляет одну из главных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны (Аминова З.М., 2008). По этой причине именно эти факторы относятся к важным индикаторам состояния здоровья детского населения и могут свидетельствовать о качества медицинской помощи детям и матерям.

В настоящее время, когда отмечается выраженная тенденция роста показателей детской инвалидности, необходимо отметить то, что особая роль должна отводиться анализу проблем прогноза своевременной оценке факторов, способствующих инвалидизации детей. Все это связано с тем, что в последующем могут возникнуть значительное снижение качества жизни и как следствие этого конечно ограничение жизнедеятельности в детском возрасте. Ни у кого сегодня не вызывает сомнение то, что различные отклонения в течении беременности и родов могут способствовать формированию комплекса перинатальной патологии. По своей частоте на современном этапе данная группа патологических состояний выявляется у более чем 40% новорожденных, которые в большинстве случаев в совокупности могут относиться к причинно-формирующим факторам непосредственно

младенческой смертности, или же способствовать в последующем стойкой инвалидизации детей.

Наш анализ показал высокую частоту колебаний, как антенатальных, так и перинатальных факторов риска, как причина последующей инвалидизации детей в зависимости от вида патологии.

Совокупное влияние таких факторов как: биологических (возраст матери и состояние ее здоровья); социально-гигиенических и экономических (семейные отношения, платёжеспособность семьи, жилищные условия, место работы, наличие вредных факторов, и т.д.); медико-организационных (своевременная и качественная медицинская помощь), именно указанная группа индикаторов имеет возможность оказать влияние на процесс формирования и развитие плода во внутриутробном периоде его развития в 1 триместре (до 75-го дня) или же 2 и 3 триместрах (с 76-го по 280-й день).

Среди огромного количество факторов риска приводящих к формированию отклонений в росте и развития ребенка и в состоянии здоровья, имеются факторы, которые действуют в период беременности, родов и на протяжении первого года жизни, тем самым способствуя возникновению перинатальной патологии. Возникновению в дальнейшем к инвалидности существенную роль играют такие факторы приводящие к стойким отклонениям в развитии ребенка; (языковые и речевые; умственные и психологические; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические; двигательные; уродующие и другие нарушения). Именно совокупное влияние этих факторов или отдельных групп из них создают препятствуя полноценному развитию ребенка и в конечном итоге приводят к ограничению возможности выполнять свойственные возрасту социальные функции (обслуживать себя, общаться, обучаться и т.д.).

Именно перинатальной патологии отводится значительная роль в процессе развития заболеваний и инвалидности у детей, в совокупности на долю данной группы состояний отводится до 80% среди всех ее причин [20, 22].

Необходимо отметить тот факт, что в 20% случаев диагностируются врожденные аномалии развития, а у 80% — отмечается патология перинатального пе-

риода, что являются следствием низкого индекса здоровья матери [Шарапова О.В., 2003].

Анализ результатов многочисленных исследований, показывает, что на сегодняшний день проводилась попытка изолированно изучить отдельные перинатальные факторы, но в тоже время отсутствуют обобщенные работы свидетельствующие о наличии взаимосвязи между влиянием патологии матери во время беременности и родов с частотой показателя инвалидности детей раннего возраста.

В большинстве случаев, дети инвалиды имели III или IV степень группы здоровья. Следовательно, проведенный анализ данных детской инвалидности в Республике Беларусь в период с 2006 года по 2015 год показала определенную тенденцию к увеличению показателей как накопленной, так и первичной инвалидности. Первичная инвалидность (ПИ) увеличивается за счет всех классов болезней. В структуре тяжести ПИ детского населения преобладала II (СУЗ) степень утраты здоровья, где показатель не превышал 45,3%. В динамике за анализируемый период степень выраженности ПИ детей имела тенденцию к снижению, данная динамика была связана с уменьшением в большинстве случаев удельного веса детей-инвалидов как с III, так и IV СУЗ, в тоже время наблюдает нарастание показателей числа детей инвалидов с I СУЗ.

Возникающие проблемы в семье, где проживает ребенок-инвалид существуют несколько основных факторов, которые создают дополнительные проблемы для ребенка инвалида, в частности, эти факторы могут усугубить течение основного патологического процесса, которые спровоцировали возникновение инвалидности, снижению доступности медицинских услуг, невозможность или ограниченный доступ социальных услуг - образования, общение со сверстниками, посещение культурно-развлекательных мест.

1. Чаше всего семьи распадаются, где рождаются дети инвалиды в большинстве случаев отцы уходят и многие из них не ищут повода встретиться с больным ребёнком. Оставшаяся неполная семья начинает сталкиваться с проблемой материальной незащищённости.

2. Возникают проблемы, связанные с большими экономическими расходами, направленные на содержание и коррекцию здоровья ребенка инвалида, данные расходы превышают затраты на здорового ребенка в 3 раза.

3. Среди семей, где воспитываются дети инвалиды самый высокий процент неполных семей, данная проблема усугубляет и без того тяжелое положение ребенка с ограниченными возможностями(ОВ).

4. Возникает тяжелый психологический стресс для всех членов семьи, что зачастую является причиной распада семьи, в редких случаях семья сплачивается.

5. На долю отца, который остался в семье, падает основная нагрузка, как экономического, психологического так и морального уровня. Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения.

6. Больные дети по причине не достаточного внимания со стороны родителей, а чаще всего матери, плохо учатся в школе, уменьшаются возможности для культурного досуга

7. Со стороны окружающих к данной семье: отмечается отрицательное отношение со стороны соседей, дети сверстники начинают унижать больного ребенка с ОВ, у детей нет возможности полноценного социального контакта.

8. С возрастом у детей инвалидов, возникают проблемы с обучением, инклюзивное образование может радикально изменить интеллектуальный уровень ребенка инвалида.

9. Уровень социализации ребенка инвалида, его реабилитации в будущем зависит от возможности трудоустройство детей-инвалидов, однако практика показывает, что не все инвалиды трудоспособны.

Многочисленные исследования последних лет показывают, что в этиологии инвалидизации детей, весомая роль отводится неонатальной неврологии - поражения мозга, возникшего в перинатальном периоде. Установлено, что около 50% причин детской инвалидности падает на долю поражения нервной системы

[29,44,59,120], в 70-80% случаев данные заболевания обусловлены перинатальными факторами. В 15-20% случаев в общей популяции, причина инвалидизации связано с перинатальной патологией. По данным [Л.П. Суханова 9, с. 272] 30% новорожденных детей в РФ рождается больным. Следовательно, у 35 - 40% детей причина инвалидизации связана с болезнями нервной системы характерных перинатальному периоду [119].

В этиологической структуре ДЦП ведущая роль отводится перинатальному поражению мозга. Частота регистрации ДЦП по данным различных авторов колеблется от 1,7 до 3,1 случаев на 1000 новорожденных [9,31,53,99].

Одной из основных причин учащения случаев ДЦП связано вероятнее всего с ростом выживаемости наиболее маловесных детей с ОНМТ и ЭНМТ [17]. Более детальный анализ форм ДЦП показал, что в следствии (ППНС) перинатального поражения нервной системы у преждевременно родившихся детей, наблюдаются спастические формы (тетраплегия, диплегия и гемиплегия). Данная патология протекает в совокупности с интеллектуальными расстройствами, судорогами, гидроцефалией, нарушением слуха и зрения [22,50]. Возникающие осложнения при беременности и родах оказывают более пагубное воздействие на развитие и нормальное функционирование нервной системы и психики ребенка, нежели эндо- и экзогенные факторы свойственные постнатальному периоду [67,89].

Группирование факторов, провоцирующих развитие ДЦП показало, что к этим факторам относят: прерывания беременности в анамнезе, самопроизвольные выкидыши и аборт у матери, гестозы как первой, так и второй половины беременности, инфекции, экстра генитальные заболевания матери и патологическое течение родов [29].

Для систематизации учета и частота инвалидности среди детей для определения дальнейших шагов по разработке программ реабилитации и социальной адаптации детей инвалидов, со стороны ЕАИПДИ рекомендовано за «норму» установить число равное 2,5%, из них 1% — тяжелые случаи. Предложено данный показатель рассматривать как «базовую точку», с которой будет возможность сравнивать показатели, представленные различными странами [2].

Показатель инвалидности в странах СНГ на конец прошлого столетия возрос более чем в 2 раза от 0,5% до «базового показателя» 2,5%, по мнению многих исследователей, причин тому несколько, среди которых выделяют как основные следующие факторы: снижение индекса здоровья населения, наметившаяся тенденция к улучшению качества медицинского обслуживания, и как следствие этого повышение выявляемости и диагностики заболеваний, не менее важную роль сыграла и то, что повсеместно наметилась положительная динамика экономических стимулов к регистрации детской инвалидности.

В тоже время, в мировом масштабе показатели распространённости инвалидности достаточно разноречива. По данным экспертов ООН число людей с ОВ, так называемые дезабильные лица, приближается к 10% от общего числа населения земного шара, из них более 130 миллионов могут составлять дети [2], в данный период численный состав людей с ОВ приближается к 15% [5].

Основными составляющими, определяющими показатели инвалидности с детства, с полной уверенностью можно отнести четкую динамику возрастание приобретенной и врожденной патологии в детской популяции. Указанные группы заболеваний относятся к причинным факторам возникновения различных отклонений в психомоторном развитии. В совокупности данные предикторы способствуют снижению или ограничению определенных жизненных функций, соответствующих определенному возрасту младенца, а в определенных случаях, когда процесс не обратим и принимает стойкий характер возникает социальная недостаточность, то есть инвалидность.

Как свидетельствуют данные ряда исследователей, инвалидность с детства в 2010 году включало ряд групп болезней: ВПР и наследственно обусловленные заболевания — 30,2%; ПНС — 19,3%; психические расстройства — 15,0%; заболевания лор органов — 5,9%; эндокринные заболевания, включая патологию, связанную с питанием и обменные заболевания — 7,1%; патология органов зрения — 4,9%.

В последние годы отмечается изменения сведений в десятке основных классов болезней, приведших к инвалидности.

Определяются свои особенности частоты регистрации инвалидности в зависимости от возраста ребенка, показатели по возрастам распределились следующим образом: до 2 лет - 8,1%, до 6 лет — 18,4%, до 14 лет — 49,5% и подростков 15–17 лет — 24,0% [12,19].

К группе преопределяющих показатели заболеваемости детей, инвалидность возрастет вклад врожденных пороков развития (ВПР) – 3,5-5,9% новорожденных, тогда как (МС) младенческой смертности превышает 22,0% [4, 8, 9-13]. Многочисленными исследованиями было установлено, что причины инвалидности с детства и МС в таких странах, как Российская Федерация, Англия, Германия, Швеция, Япония аномалии развития в этих странах в структуре этих показателей занимают 1-3 места [1].

Чем меньше массы тела маловесного ребенка, как свидетельствуют результаты отечественной и зарубежной литературы, возрастает доля тяжёлых инвалидизирующих расстройств до 28% случаев, а менее грубые – 44% [33,49].

ВПР способствует возникновению ранней и тяжёлой инвалидизации, частота которой составляет 8 детей из 1000 [8]. Распределение причин аномалий развития показало, что 10% из них возникли по причине воздействия вредных факторов окружающей среды, 10% – хромосомными аномалиями, а остальные 80% имеют смешанный характер [9].

Причинный анализ отклонений в психомоторном развитии показал, что 65% заболеваний возник в следствии врождённых аномалий и хромосомных нарушений, которые возникли вследствие патологии ЦНС в антенатальном периоде. Среди данных групп заболеваний преобладают ДЦП – 36,5%, эпилепсия – 21,3% [3]. Далее, как причина инвалидности, занимают классы болезней пороки развития костно-мышечной и мочеполовой систем [10].

Многие исследователи установили тот факт, на 30–40% увеличивается доля «больших» пороков у детей, зачатие которых произошло в условиях использования новых репродуктивных технологий - экстракорпорального оплодотворения [15–20]. Группа Китайских учеными обобщая результаты мониторинга состояния здоровья, более чем у 100 тыс. детей, рождённых с использованием современных технологий, выявили наличие высокого риска вырождения детей с пороками (нервной, костно-мышечной, пищеварительной мочеполовой систем, системы кровообращения). Датские ученые по итогам анализа исходов 27 тыс. беременности зачатых при применении новых технологий у 7% новорождённых выявлено наличие ВПР, тогда как частота в популяции не превышает 5% [21], среди Московской популяции аномалия развития выявлена у 6,6% новорождённых, а среди популяций вообще 5,27% [22].

1.3 Профилактика детской инвалидности

Доказанным фактом является то, что проблема профилактики инвалидности среди детей необходимо рассматривать, как целостную систему мер по охране здоровья матери и ребенка, охватывая практически весь период детства[22]. Результаты нескольких научных исследований демонстрируют о том, что проведение ряда превентивных мер могут снизить показатели общей инвалидности с детства, на 17% при доведении до минимума или полном исключении риска наследственной отягощённости, вредных привычек – на 13%, при соблюдении возрастного ценза при деторождении от 18 до 35 лет – на 5%, при возможности полного исключения труда в вредных условия производства – на 7%. Адекватная профилактика железодефицитной анемии может способствовать снижению инвалидности на 5,9%. Факт профилактики преждевременных родов, при условии применение современных технологий ухода и высококвалифицированной неонатальной помощи при выхаживании маловесных детей может способствовать снижению на 12% частоту тяжёлой инвалидизирующей патологии на первом году жизни [24].

Другим путем профилактики инвалидизации детей, является оказание качественной высокотехнологической медицинской помощи детям, которые ранее были обречены на инвалидность [5, 7].

Среди детей инвалидов выявляется высокий уровень факторов риска, патологии беременности (54,9%), родов (55,2 %) и раннего неонатального периода (49,5%). Из патологии беременности наиболее часто выявляются ранний токсикоз (33,1%), гестоз (26,7%) и угроза прерывания (22,4%). Различные варианты сочетаний указанных факторов, выявлены в 15,8% случаев. У детей, где причиной инвалидности было психическое расстройство, достоверно чаще в акушерском анамнезе выявлялись ранний токсикоз или эндокринные заболевания. Профилактика отягощённого акушерского анамнеза и патологических родов, адекватная курация в перинатальном периоде, которая является основной причиной последующей стойкой инвалидизации до 40% новорожденных, могут существенно снизить риск инвалидизации [2, 7, 11].

Из 100 детей инвалидов с патологией органов зрения у 52,2% выявлен очень высокий показатель недоношенности, БНС – 45,6%, наибольшая значимость данного факта выявлена при ДЦП – детском церебральном параличе 58,5%. Среди детей инвалидов по причине психических расстройств - умственной отсталости выявлен высокий показатель недоношенности 40,3%. Для детей инвалидов по ВПР в 35,8% были недоношенными с бронхолегочной дисплазией. У детей инвалидов по заболеваниям органов зрения, ДЦП и умственной отсталостью был характерен высокий показатель (ВУГ) внутриутробной гипотрофии 74,3%, 58,9% и 51,4% соответственно. Достаточно высокий процент крупной массы тела более 15% (более 4,0 кг) был характерен для детей инвалидов по причине эпилепсии, что более чем в 2,5 раза превышало средний показатель по популяции.

Структурный анализ причин детской инвалидности показал, что до 55,7% дети признаны инвалидами, в связи с врожденными пороками развития. Так, по данным [17] Российской Федерации каждый год более 55 тыс. детей рождаются с различными формами ВПР, а общее число превышает 1,6 млн. человек. Интен-

сивность роста удельного веса НОЗ и ВПР в структуре заболеваемости и смертности среди новорожденных последнее десятилетие заметно увеличилось. Установлено, что более 10% всех беременностей завершается рождением или прерыванием беременности по причине ВПР, из них 0,9% — хромосомные заболевания, 1,0% — молекулярная патология, 1,2% — полигенные наследственные заболевания и остальные 7,9% — с наследственной предрасположенностью [1, 2, 3].

Другие авторы приводят иные данные, так частота моногенных заболеваний на 1000 новорожденных выявляется среди 10-15 детей, хромосомные болезни — у 5-8, врожденные пороки развития (ВПР) — у 20-23 [4, 5, 6, 7]. Причиной частых абортс могут быть множество факторов, способствующих нарушающие формирование и развитие, и как следствие этого высока частота хромосомных aberrаций до 55% в первом триместре беременности и до 10% мертворождений, тогда как среди живорожденных детей данный показатель существенно снижается до 0,6% [6, 7, 8]. По данным ВОЗ каждый год рождается 7,2% детей с ВПР, и в 30-40% случаев они является причиной (МС) младенческой смертности [4, 6, 9].

Анализ причин в формировании аномалий, которые приводят к грубым изменениям строения и функции органа или ткани, показало: тератогенные дефекты составляют до 4%, внутриутробные заболевания — 3,3%, близнецовость — 0,9%, мультифакторные заболевания — 25%, генетические — 31% и заболевания невыясненной этиологии — до 44% [11, 72, 86].

ГЛАВА 2 ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследование основывалось на анализе деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2021 гг. Материалом исследования являлись специальные статистические отчетные формы «31, 32 Утвержденные Постановлением Государственного Комитета статистики Республики Таджикистан № 12 от 19.08. 2009г., Годовой отчет о деятельности ГУ РДРЦ за период 2013 по 2021гг. Анкеты медико-социального исследования ребенка-инвалида. В изучаемой группе все случаи первичной инвалидности детей указывались согласно классификатору болезней – МКБ-10 пересмотра.

В процессе исследования единицей наблюдения явился ребенок, впервые признанный инвалидом вследствие ДЦП. Учетные признаки: пол; возраст; место жительства; диагноз; степень функциональных нарушений; факторы риска развития инвалидизирующей патологии.

Проведен клиническое обследование 110 детей-инвалидов, вследствие заболеваний нервной системы (со спастическими формами детского церебрального паралича) в возрасте 1–4 лет, среди них 49 девочек (44,5 %) и 61 мальчика (55,4 %), $p > 0,05$. Традиционно обследование детей включало клинический осмотр, оценку физического развития, резистентность, лабораторный мониторинг включал анализ крови и мочи. Обобщение и анализ данных биологического, социального анамнеза проведено путем ретроспективно изучения сведений из карт развития новорожденного (ф. № 112-1/у), историй развития ребенка (ф. № 112-1/у), анкетирования и интервьюирования родителей.

В процессе выполнения работы был проведен ретроспективный анализ 86 карт развития новорожденных, у которых в последующем был диагностирован детский церебральный паралич (ДЦП). Из числа обследованных 32 (37,2%) ребенка родились от преждевременных родов, из которых 14 (43,7%) детей родились при сроке гестации 22-27 недель, 18 (56,2%) недоношенных детей родились при сроке беременности от 28 до 37 недель, остальные 54 (62,7%) ребенка родились от срочных родов.

По итогам анализа медицинской документации обследованные дети были разделены на следующие три подгруппы: 1 подгруппа составили дети от преждевременных родов 32 (37,2%) ребенка; во 2 подгруппу вовлечены 30 (34,0%) доношенных детей с оценкой по шкале Апгар до 4 и менее баллов, в тяжелой асфиксией код МКБ-10 (P21.0); доношенные дети составили третью подгруппу – 24 (27,9%) ребенка, которые родились в асфиксии средней и умеренной степени тяжести код МКБ-10 (P21.1) и оценкой по Апгар более 5 баллов.

В процессе выполнения работы, основывались на существующих нормативно правовых документах, где отмечено, что с учетом степени выраженности отклонения функциональной системы организма, лица до 18 лет должны признаваться как категория «ребенок-инвалид».

Как основные критерия при определении степени инвалидности детям, в возрасте до 18 лет были определены нарушения группы здоровья начиная со II и более, приведшие к выраженной степени стойких нарушений функций органов и систем человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), причиной которых были заболевания, и/или последствия травм и/или дефектов, способствующие к возникновению ограничений любой категории жизнеспособности человека.

К основным категориям устойчивых видов расстройств функций организма человека, были определены следующие критерии:

- Стойкие нарушения психического состояния;
- Наличие языковых и речевых отклонений;
- Не возможность реализации в полном объеме сенсорные функции органов и систем;
- Отклонение движения различной степени выраженности (статодинамических) как итог нарушений опорно-двигательного и скелетного аппарата;
- Отклонения в нормальном функционировании деятельности ССС, ДС, пищеварения, эндокринной органов, метаболизма, кроветворной системы и иммунитета, а также мочевой и других систем;
- Отклонения, в следствии пороков развития.

Разработана концепция раннего прогноза развития ДЦП с определением последующих шагов для родителей и семейных врачей для тех ситуаций где необходимо обратиться за консультацией к неврологу с целью раннего прогноза ДЦП.

В работе были использованы различные методики структурной и аналитической группировки по количественным и атрибутивным признакам; проведено медико-социологический анализ - анкетирование родителей детей-инвалидов вследствие ДЦП, проведенная работа дало основание установить социальные, медицинские, организационные и психологические проблемы семей, имеющих детей-инвалидов.

В процессе проведения исследования, у больных детей, страдающих ДЦП, нами были определены различные когнитивные нарушения, что на наш взгляд относится к неотъемлемой части клинической картины этого заболевания. В большинстве случаев, именно указанные нарушения, а не только двигательные расстройства, могут дать характеристику способности ребенка к обучению, профессиональной деятельности, социальный прогноз и качество жизни в целом.

С целью определения медико-социальных проблем и факторов риска проведен социологический опрос среди родителей детей-инвалидов. Полученные сведения корректировались применением выкопировки данных из медицинской документации ребенка.

Согласно установленным целям исследования, было проведено анкетирование членов общин, проживающих в на селе и городе. Общее число респондентов составило 600 человек, из каждого пилотного региона были по 300 интервьюируемых.

Анкета по опросу семьи ребенка, страдающего ДЦП

Уважаемые родители, благодарим вас за согласие принять участие в опросе, ваши ответы помогут нам улучшить работу с детьми, страдающими ДЦП.

Просим Вас подчеркнуть ответ на вопрос

Наличие собственного жилья: - отдельный дом; секция; снимаете квартиру.

Проживают совместно с родственниками: Да; Нет

Ваш возраст на момент рождения ребёнка: - до 20; 20–24; 25–29; и более 29 лет.

Ваше образование: - среднее; среднее профессиональное; высшее; незаконченное среднее профессиональное и высшее образование.

Семейные взаимоотношения после установки ДЗ: ДЦП - сплочённой и дружной; ухудшение взаимоотношений; не знаю.

Вы наблюдались в ЦРЗ: - да; нет;

Если да: то когда с какого срока беременности. **Если нет то почему:** – далеко; не хотела; не знала

Какой по счету ребенок: 1; 2; 3; и далее

Когда установили диагноз ДЦП: 1 год жизни; до 3 лет; не знаю

Имеете ли постоянную работу: - неполный рабочий день; на дому; не работаю из-за ребенка.

Вы отметили ухудшение материального положения после появления в семье ребёнка с ДЦП: - да; очень выражено; нет все хорошо; не знаю

Как вы думаете, что явилось причиной инвалидности у детей: не знаю; курение родители; прием наркотиков; заболевание с наследственной предрасположенностью; инфекции

Как часто вы посещаете врача или медработника, или они посещают вас: 1 раз в квартал; никогда; самообращение.

Способность ребенка к самостоятельной ходьбе: ходит; не ходит

Соотношение состава семьи: полная; неполная

Распределение ответственности, возлагаемой матерями за возникновение болезни у детей: ответственность за болезнь – никто; врачи; сама.

Соотношение установок матерей в отношении лечения болезни детей: установки в отношении лечения - «излечима»; «неизлечима»; «возможна только реабилитация»; другое

Оценка матерью тяжести заболевания своего ребенка: оценка матерью тяжести заболевания всего - «болезнь не самая тяжелая»; «болезнь очень тяжелая»; другое

Соотношение прогноза матерей на будущее их детей: прогноз на будущее ребенка – позитивное в пределах возможностей ребенка; позитивное, выходящее за пределы возможностей ребенка; негативное; неопределенное.

Распределение эмоций у матерей в связи с болезнью: - тревога; вина или стыд; различные страхи; страх за будущее ребенка; печаль; боль и разочарование; любовь; отрицание чувств.

На начальном этапе исследования проведен анализ основных тенденций состояния здоровья детей. Проведен анализ показателей первичной и общей заболеваемости детей и подростков (на 100 тысяч детей соответствующего возраста). Показатели заболеваемости детей и подростков оценивались по классам болезней в соответствии с МКБ 10 Пересмотра.

На этапе реабилитации необходимый объем соответствующей помощи ребенку инвалиду оказывалась в условиях ГУ Республиканского детского реабилитационного центра.

ГУ РДРЦ расположен в г. Вахдат, который был сформирован в 2008 г. На базе ранее существовавшего ГУ РЦ по медицинской реабилитации детей, страдающих заболеваниями системы дыхания, кровообращения и опорно-двигательного аппарата. Учреждение функционирует, основываясь на существующих нормативно-правовых документах, направленные на охрану и укрепления здоровья матери и ребенка, развернуто 70 коек, утвержденных Правительством РТ и Министерством здравоохранения и СЗН РТ.

В структуре ГУ РД реабилитационного центра МЗ и СЗН РТ функционирует два отделения, реабилитации утраченных функции ЦНС и опорно-двигательная системы на 50 коек, и одно отделение по 20 коек для детей страдающих заболеванием сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.

Основной профиль детского реабилитационного центра ориентирован на восстановление утраченных функций организма детей, страдающих неврологическими заболеваниями. Многолетний анализ деятельности учреждения показывает, что из числа детей поступивших на реабилитацию 93,6%, составили дети, страдающие неврологическими заболеваниями, 4,8% ортопедическими, 1,3%, пульмонологическими, 0,2% кардиологическими заболеваниями. Из числа поступивших детей на реабилитацию 56,3% были госпитализированы впервые, остальные 43,7% повторно, для закрепления полученного успеха в реабилитации.

В процесс своей деятельности, реабилитационный центр использует самые современные достижения медицинской науки и внедряет современную медицинскую технологию, направленную на восстановление утраченных функций органов и систем ребенка. В указанное учреждение госпитализируются дети, практически со всех регионов страны.

Согласно, утвержденного протокола в учреждении оказывается необходимый объем медицинской реабилитационной помощи, включающий более 10 разновидностей физиотерапевтической, мануальной, рефлексотерапии, бальнеотерапии и других современных методов восстановительной терапии. Вся работа сосредоточена и основана на учете особенностей детского организма, с учетом степени и выраженности выявленных и установленных отклонений в функционировании органов и систем ребенка. Основываясь на сведениях реабилитационных карт всем детям проведена комплексная реабилитация, включающая в себя:

- 1) медицинскую реабилитацию – с использованием медикаментозных средств; методов физиотерапии; лечебная физкультура, массаж;
- 2) социальную реабилитацию с вовлечением пациента в активную социальную среду;
- 3) психолого-педагогическую реабилитацию направленную на освоение учебной средних обще-образовательных школ основываясь на возможностях ребенка;
- 4) занятия с логопедом.

Основой для проведения реабилитационных мероприятий служили утвержденные клинические протоколы общая продолжительность не превышала (4 недели), начиная с двухлетнего возраста.

При содействии партнерских организаций специалистами ГУ РДРЦ были разработаны специальные шкалы предназначенные для оценки эффективности реабилитации, где основными критериями оценки были: восстановление функции препятствующих ограничению жизнедеятельности (способность к общению, к обучению, к активной игровой деятельности, к передвижению).

В процессе работы были выполнены специальные математические методы расчетов, такие как, расчеты интенсивные показатели:

$$\text{ИТ} = \frac{\text{число случаев} \times 10000}{\text{средне годовое число детей}}$$

С целью объективности оценки динамики показателей за определенный период времени нами была использована формула оценки показателя Т/прироста

$$\text{Темп прироста} = \frac{\text{абсолютный прирост}}{\text{предыдущий уровень}} \times 100$$

При помощи данных расчетов мы установили показатель темпа роста и/или убыли интенсивности изменений показателей по отношению к его начальному (базовому) значению. Результат вычислений оценивали на основании следующих вариантов:

- ❖ Т/прироста имел положительный баланс, что свидетельствовало о том, что конечный показатель возрос по отношению с начальным показателем, следовательно имеет место налицо рост показателя;
- ❖ Т/прироста имел отрицательный баланс, то это являлось свидетельством того, что конечный показатель уменьшился по отношению с начальным показателем.

Методами исследования явились клиничко-экспертный, социологический (анкетирование), аналитический, статистический. На этапе статистической обработки материала вычислялись интенсивные и экстенсивные показатели, применялся метод анализа динамических рядов с вычислением темпов прироста.

Весь пакет материала был подвергнут статистической обработке где проводился анализ интенсивных и экстенсивных показателей, характеризующих уровень первичной и повторной инвалидности в детской популяции в 2013-2021 гг. Оценка явления проводилось на основании сравнительного анализа динамических рядов с последующим вычислением темпа прироста и убыли показателей наглядности.

Для последующей оценки статистической значимости полученных результатов, вычислялись относительные величины. Достоверность различий определялась в соответствии с критерием χ^2 в зависимости от коэффициента достоверности и числа степеней свободы. Значение $p < 0,05$ рассматривали как значимые. Расхождение двух и более эмпирических распределений. Количественная характеристика связи изучаемых признаков (заболеваемости и инвалидности) дана на основе вычисления коэффициента парной линейной корреляции. На четвертом этапе была дана оценка сложившейся системы медико-социальной экспертизы реабилитации, сравнивалось с критериями Пирсона (γ^2) и научно обоснованы приоритетные направления по её совершенствованию.

Глава 3. Проблема детской инвалидности и ее медико-социальные аспекты на современном этапе

Последние годы проблема детской инвалидности перешла в ранг одной из актуальных медико-социальных задач современности. Эксперты ВОЗ установили, что число детей в возрасте до 16 лет, страдающие ограничением жизненных и социальных функций, приближается к 10 % населения земного шара.

Ряд показателей определяют уровень совершенства экономического и социального развития страны, к таковым показателям относятся детская инвалидность, МС, заболеваемость, физическое развитие, эти сведения относятся к медико-демографическим показателям, и являются базовыми показателями уровня здоровья детского контингента.

Показатели детской инвалидности в различных странах не одинаковы, так в Китае 4,9% детей имеют ограниченные возможности, вследствие заболеваний, в Англии — 2,6%, в странах Юго-западной Азии, в частности Саудовской Аравии 6,3%, в США 12,8%, в РФ число таких детей, не превышает 4,5% от общего числа детей.

Проблема детей с ограниченными возможностями, вследствие детской инвалидности (ДИ) продолжает оставаться одной из самых важных и в тоже время актуальной проблемой любого общества на современном этапе. Многолетние наблюдения показывают наметившуюся отрицательную динамику состояния здоровья детского населения страны, основной причиной данной тенденции наличие множества негативных тенденций: повышение частоты рождения детей с ВПР и НОЗ, вирусных, аллергических заболеваний; повышение частоты рождения детей с патологией ЦНС; интенсивный рост частоты хронизации различных соматических заболеваний, все это незамедлительно сказалось и на повышении численности детей с ограниченными возможностями. Необходимо отметить и тот момент, что стремительный рост развития современных медицинских технологий, способствовало повышению выживаемости детей, которые ранее были обречены, данный факт тоже достаточно часто приводит к инвалидности.

3.1. Превалентность инвалидности среди детей Республики Таджикистан

В последние годы многие страны Европы внесли изменения в смысл термина «инвалид», и в прямом смысле слово «инвалид» не употребляется. ВОЗ, предложил и принял другую терминологию, рекомендовал использовать термин «дезабильные лица», т.е. лица, у которых выявлены то или иное ограничение жизненных функций. Инвалиды, относятся к составной части дезабильных лиц с наиболее выраженными ограничениями [Толмачева С.Р. 2007].

В Таджикистане, как во многих других странах на протяжении последних 10 лет на фоне проводимых социально-экономических преобразований отмечено увеличение числа детей-инвалидов по ряду соматических заболеваний и психических расстройств. Начиная с 1996 г. (в стране был введен соответствующий статистический учет причин первичной инвалидности), изменение форм и характеристик учета заболеваний способствовало тенденции постоянного увеличения числа детей-инвалидов в возрасте 0—15 лет.

Таблица 3.1. - Инвалидность детей в возрасте до 18 лет с 2014 по 2021 гг.

Годы	Численность детей в РТ	Число детей инвалидов	Показатель число детей с ограниченными возможностями	Показатель инвалидности (на 10 000 детей)
2014	3512460	24832	0,70%	70,6
2015	3590580	25197	0,70%	70,1
2016	3668700	24136	0,65%	65,7
2017	3764040	25004	0,66%	66,4
2018	3850073	26081	0,67%	67,7
2019	3945623	26997	0,68%	68,4
2021	4049364	28076	0,69%	69,3
Динамика за 7 лет	(+536904) Т/прироста+ 13,2%	(+3244) Т/прироста+ 11,5%	-0,01	-1,3%

В Республике Таджикистан из года в год регистрируется выраженная тенденция роста численности населения. По данным соответствующих структур установлено, что численность населения в стране на 1 января 2021 года составила 9 млн. 504 тыс. человек. Анализ темпа роста населения показал, что Таджикистан

на протяжении последних 30 лет занял первое место по численности темпу прироста среди республик бывшего СССР. Так, в 1991 года общая численность населения составляло 5,3 млн человек, тогда как к 2021 году данный показатель возрос на более чем 80 %. Семилетний мониторинг численности детского населения Таджикистана показало, что Т/прироста составил +13,2% или 536904 ребенка.

Проведя анализ показателей числа детей инвалидов (статистическая учетная форма 31) (таблица 3.1.) среди возрастной группы до 18 лет в Республике Таджикистан за период с 2014 до 2021 гг. было установлено, что показатель роста числа детей инвалидов, так и показатель Т/прироста составил +11,5% или число детей инвалидов увеличилось на 3244 ребенка. Показатель распространённости инвалидности среди детей на протяжении 2014 и 2015 гг. на 10 тыс. детей, высокий колебаний не имел и был практически одинаков и составлял 70,0/10 тыс. детей соответствующего возраста.

Однако, только в 2016 г. на страновом уровне имело место снижение показателя инвалидности среди детей до 65,7/10 тыс. дет., тогда как все последующие годы имел тенденцию к некоторому росту, но не достигла показателя 2014 г.

Динамика показателей детской инвалидности на протяжении 7 лет оказалась следующей; численность детского населения увеличилось более чем на 536904 детей, что на 13,2% больше чем, в 2014г. За этот же период число детей инвалидов увеличилось на 3244 случая или на 11,5%, тогда как при увеличении численности детского контингента, признанных инвалидами за 7 лет, показатель на 10 тыс. детей снизился на 1,3%.

Наиболее информативным показателем, характеризующим динамику детской инвалидности является показатель числа детей впервые признанными инвалидами. Проведен анализ показателей числа детей, впервые признанными инвалидами за период с 2014 по 2021 гг. (таблица 3.3) с учетом возраста и гендерных различий.

На протяжении 7 лет в Таджикистане, число детей с тяжёлыми формами поражения функции ЦНС и других органов и систем, которые могут потенциально свидетельствовать о инвалидности возросла более чем в 4 раза. Так установлено,

что на протяжении семи лет среди детей, в возрасте до 1 года инвалидами признано в 2014г - 26 детей, из них 53,8% мальчики, в динамике к 2021 г. этот показатель увеличился на 43 случая до 106, за счет доли мальчиков, которые составили 53,7%. Показатель Т/прироста составил за этот период +75,4%.

Среди детей в возрасте от 1 до 4 лет, по сравнению с детьми до 1 года показатель численности возрос на 97,1% и составил в 2014 г. 906 случаев, из них более половины – 53,6% мальчики. В 2021 году по сравнению с 2014 г. число детей, впервые признанных инвалидами возросло на 175 случая и составило 1081 детей, из них 54,8% мальчики. Показатель Т/прироста были составил +16,1% за анализируемые периоды с 2014 по 2021 гг.

Среди детей младшего школьного возраста, число впервые признанных инвалидами в 2014 году было на 214 случая больше, чем детей в возрасте от 1 до 4 лет. Напротив, показатель числа детей инвалидов в возрасте от 5 до 9 лет в 2018 г. по сравнению с детьми более младшего возраста 1-4 года уменьшилось на 12 детей и составило 1037 детей. Однако, к 2021 году данный показатель возрос на 169 случая, а показатель Т/прироста +7,1%, что на 2,2 раза меньше чем среди детей в возрасте до 4 лет.

Начиная с возраста от 10 лет и старше число детей, впервые признанных инвалидами снижается. В 2014 г. 779 детей данного возраста были признаны инвалидами, в 2018 г. данный показатель снизился на 59 случаев, однако в 2021 г. увеличилось на 80 случаев, показатель Т/прироста был + 9,3%.

В процессе наблюдения за детьми, страдающими ДЦП на самых ранних этапах онтогенеза было установлено наличие определенных признаков характерных именно данному классу заболеваний.

Само по себе детский церебральный паралич или ДЦП – является комплексным нарушением, воздействующим на способность человека двигаться, поддерживать равновесие и осанку.

1. На первом году жизни, когда другие здоровые дети имеет определенную закономерность в становлении моторных навыков, у этих детей имеет место некоторые отклонения, наличие или появление задержки определенных

этапов физического развития - контроль головы, попытка переворачивания, отсутствие или задержка формирования хватательного рефлекса, не умение самостоятельно сидеть, не до конца формирование умения и навыков ползания или ходьбы.

2. Сохранение определенных врожденных безусловных рефлексов.
3. Преимущественное использование одной из верных конечностей (праворукость или леворукость) к возрасту 18 месяцев.

Степень клинического проявления ранних признаков ДЦП, может проявляться от очень незначительных до значительной выраженности, которые находятся в прямой зависимости от степени вовлеченности структур мозга в патологический процесс. Наиболее типичные признаки ДЦП:

1. **Патологический мышечный тонус.** Тонус мышц может иметь различную степень выраженности от спастических до гипотонических. От степени выраженности тонуса могут наблюдаться различные установки конечностей к примеру, при выраженном гипертонусе спастичные мышцы ног могут способствовать формированию перекрещения конечностей по принципу «ножниц».
2. **Патологические движения:** по характеру движения могут осуществляться непривычно выраженными, скоротечными или замедленными, иногда приобретают достаточно специфическое проявление червеобразными, не целесообразными или бесцельными.
3. **Скелетные деформации:** может иметь место изменение параметров и размеров конечностей, могут быть укороченными локализованными преимущественно на пораженной стороне, иногда при тяжелых формах развивается перекос таза и формирования сколиоза.
4. **Контрактуры суставов:** проявляются обычно ограничением движений в суставах, развивается ограничение амплитуды движений, данный фактор приводит к неравномерному воздействию на сустав различных групп мышц, по причине изменения их тонуса и силы.

5. **Задержка умственного развития:** изменения интеллекта не является высокоспецифичным признаком для больных ДЦП, однако, при наличии задержки умственного развития, уровень инвалидности становится выше.
6. **Судороги:** характерны для одной трети детей с ДЦП, данный признак может начать проявляться уже в раннем сроке, но характер и выраженность имеет зависимость от степени поражения мозга. У некоторых детей, судороги проявляются в виде патологических произвольных движений.
7. **Проблемы с речью:** начинают проявляться значительно позже по причине того, что ребенок поздно приобретает речевые навыки, отклонения, связанные с формированием речи регистрируются во всех вариантах заболевания. Отсутствие или задержка полноценной связной речи влияет на социальную адаптацию, оказывая соответствующее воздействие на психическое и интеллектуальное развитие ребенка.
8. **Проблемы с глотанием:** возникающая дисфагия по характеру может быть изолированной или связанной с нарушением функцией оральной, фарингеальной и эзофагеальной фаз глотания. Само по себе могут иметь место изолированные нарушения глотания, которые могут проявляться в каждой из фаз, однако данный симптомокомплекс носит смешанный, а именно орофарингеальный характер.
9. **Потеря слуха:** самые начальные признаки нарушения слуха могут начать проявляться еще в первые месяцы жизни. Ребенок, страдающий церебральным параличом не реагирует на хлопки и громкие звуки. Как правило у этих детей в дальнейшем развивается задержка развития речи.
10. **Нарушения зрения:** у более чем 75% детей с ДЦП развивается косоглазие (страбизм), причиной которому является снижение тонуса глазодвигательных мышц, у них развивается близорукость.

11. Проблемы с зубами: для этих детей характерно наличие стоматологических проблем, развитие кариеса, аномалий формирования зубочелюстной системы, на этом фоне нарушение прикуса.

12. Проблемы с контролем дефекации и мочеиспускания. На фоне психомоторного развития у данной группы больных возникает недостаточность контроля над работой соответствующих групп мышц.

Удельный вес основных нарушений, выявленных у детей инвалидов по причине ДЦП (таблица 3.2.) показывает, что каждый 4 ребенок имел те или иные отклонения в умственном развитии, висцеральные и метаболические расстройства питания, а также двигательные нарушения. Если другие психологические отклонения имели место в 2013 г. - 16,9% то в 2017 данный показатель имел тенденцию к снижению до 13,7%.

Таблица 3.2. - Распределение детей-инвалидов по главному нарушению в состоянии

Основные причины отклонений в развитии	Удельный вес %		
	2013г.	2015г.	2017г.
Умственные	22,8	22,1	26,3
Другие психологические	16,9	16,2	13,7
Языковые и речевые	4,3	4,7	4,6
Слуховые и вестибулярные	0,5	0,6	0,4
Зрительные	0,5	0,3	0,4
Висцеральные и метаболические с расстройствами питания	21,1	22,9	24,4
Двигательные	25,2	25,2	21,9
Уродующие	5,2	4,8	4,4
Общие и генерализованные	3,5	3,2	3,9

Частота слуховых – вестибулярных и зрительных нарушений не превышало все годы 0,5%.

Согласно кодам МКБ-10: Новообразования; IV (D50-D89) Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; V (E00-E90) Психические расстройства и расстройства поведения; VI (F00-F99) Болезни

нервной системы; VIII (H00-H59) Болезни уха и сосцевидного отростка; XVII (Q00-Q99) Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения.

Первое ранговое место в возникновении инвалидности по классам болезней, имеют следующие факторы; токсикоз IV, анемия XVII, преждевременные роды V, VI; гипотрофия II.

Второе ранговое место в возникновении инвалидности по классам болезней, имеют следующие факторы; гестоз IV, VIII, V; угроза выкидыша II; гипотрофия VI, II, XIII.

Третье ранговое место в возникновении инвалидности по классам болезней, имеют следующие факторы; токсикоз, гестоз, ОРВИ II, V, VI; преждевременные роды IV; угроза выкидыша II.

Такая же тенденция выявлена среди детей от 15 до 17 лет в 2014 г. и в 2021 гг., всего впервые было признано инвалидами 531 и 503 детей соответственно, что на 47,4% и 52,6% соответственно меньше, чем среди детей – до 9 лет. Показатель Т/прироста между годами 2014 и 2021 гг. имел отрицательную динамику и составило -5,2%, что свидетельствует о том, что среди детей данной возрастной группы в динамике число детей признанных впервые инвалидами уменьшилось.

Всего по стране в 2014 г. впервые инвалидами было признано 3362 ребенка, что на 25 детей меньше, чем в 2018 г, однако в 2021 г. число детей возросло на 393 случая, где показатель Т/ прироста среди всех возрастных групп в Таджикистане составил + 10,9% или на 393 случая.

Таким образом, наибольшее число детей впервые признанные инвалидами приходится на возраст 1-4 и 5-9 лет, такая тенденция сохраняется на протяжении всего семилетнего периода наблюдения, с некоторыми колебаниями показателей, данные изменения статистически не достоверны ($P > 0,05$).

Таблица 3.3. – Характеристика детей, которые впервые признанных инвалидами, по возрасту и гендерным различиям в Республике Таджикистан в 2014-2021 гг.

Возраст	Пол	Годы													
		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2021	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0-1 года	М	14	0,41	12	0,41	32	1,0	18	0,53	23	0,61	11	0,30	57	1,6
	Д	12	0,35	9	0,30	30	0,9	11	0,35	12	0,35	8	0,22	49	1,3
	Всего	26	0,77	21	0,72	62	2,0	29	0,9	35	1,03	19	0,53	106	2,8
Т/прироста															+75,4%
1-4 года	М	486	14,4	463	15,8	510	16,8	493	15,8	591	17,4	573	15,9	593	15,7
	Д	420	12,4	351	12,03	430	14,1	440	14,1	458	13,5	490	13,6	488	12,9
	Всего	906	26,9	814	27,9	940	30,9	933	29,9	1049	30,9	1063	29,6	1081	28,7
Т/прироста															+16,1%
5-9 лет	М	641	19,0	477	16,3	557	18,3	534	17,1	591	17,4	650	18,1	636	16,9
	Д	479	14,2	418	14,3	420	13,8	439	14,0	446	13,1	520	14,5	570	15,1
	Всего	1120	33,3	895	30,6	977	32,2	973	31,2	1037	30,6	1170	32,6	1206	32,1
Т/прироста															+7,1%
10-14 лет	М	432	12,8	337	11,5	356	11,7	349	11,2	408	12,0	445	12,4	409	10,8
	Д	347	10,3	256	8,7	298	9,8	320	10,2	312	9,2	381	10,6	450	11,9
	Всего	779	23,1	593	20,3	654	21,5	669	21,4	720	21,2	826	23,0	859	22,8
Т/прироста															+9,3%
15-17 лет	М	300	8,9	337	11,5	234	7,7	254	8,1	285	8,4	268	7,4	273	7,2
	Д	231	6,8	256	8,7	166	5,4	258	8,2	261	7,7	239	6,6	230	6,1

Продолжение таблицы 3.3.

	Всего	531	15,7	593	20,3	400	13,1	512	16,4	546	16,1	507	14,1	503	13,3
Т/прироста														-5,2%	
Всего		3362		2916		3033		3116		3387		3583		3755	
Т/прироста														+10,9%	

Таблица 3.4. - Динамика первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней за 2012- 2020 гг. в Республике Таджикистан (абс., на 10 тыс., %)

Класс болезней	Код МКБ-10	Абсолютное число					Т/убыли. Т/прироста	Интенсивный показатель на 10 тыс. нас.					Удельный вес в %				
		2012	2014	2016	2018	2020		2012	2014	2016	2018	2020	2012	2014	2016	2018	2020
Туберкулез	A15-A19	40	27	11	21	16	-60,0%	1,2	0,1	0,03	1,0	1,1	1,2	1,0	0,3	0,6	0,4
Новообразования	C00-C97	41	73	52	34	58	+29,3%	1,23	1,1	1,2	0,5	2,1	1,2	2,7	1,6	1,0	1,5
Психические расстройства	F00-F99	357	347	385	449	588	+39,2%	1,4	1,5	1,3	1,1	2,5	10,7	12,9	12,0	12,7	15,5
Болезни нервной системы	G00-G99	1348	731	1078	1298	1427	+5,5%	40,4	4,5	5,4	3,9	4,2	40,5	27,2	33,7	36,7	37,6
Болезни глаз	H00-H59	269	279	251	261	302	+10,9%	8,7	1,8	2,3	1,4	2,5	8,1	10,4	7,9	7,4	8,0
Болезни уха горло и носа	H60-H95	293	203	231	191	249	-15,0%	8,8	0,5	0,4	0,5	1,2	8,8	7,5	7,2	5,4	6,6
Болезни системы кровообращения	I00-I99	53	38	78	66	91	+41,7%	0,3	0,5	0,5	0,6	0,9	1,6	1,4	2,4	1,9	2,4
Болезни системы дыхания	J00-J99	49	35	27	30	31	-36,7%	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	1,5	1,3	0,8	0,8	0,8
Болезни ЖКТ	K00-K93	25	13	12	33	20	-20,0%	0,1	0,3	0,05	0,1	0,1	0,7	0,5	0,4	0,9	0,5
Болезни кожи и придатков	L00-L99	23	26	21	18	13	-43,4%	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,7	1,0	0,7	0,5	0,3

Продолжение таблицы 3.4.

Болезни моче-половой системы	N00-N99	59	68	50	70	55	-6,7%	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	1,8	2,5	1,6	1,9	1,5
ВПР (нарушение развития) хромосомные аномалии	Q00-Q99	282	246	311	321	302	+6,6%	7,7	7,5	6,6	6,7	7,3	8,5	9,2	9,7	9,1	8,0
- ВПС	Q21- Q24	144	133	178	173	133	-7,6%	0,8	1,0	0,8	0,5	0,4	4,3	5,0	5,6	4,9	3,5
- Синдром Дауна	Q90	43	44	63	81	72	+40,2%	1,0	0,8	0,7	1,0	1,1	1,3	1,6	2,0	2,3	2,0
Болезни костной и мышечной системы	M00-M99	185	210	220	276	271	-31,7%	0,4	0,7	0,5	0,8	0,7	5,5	7,8	6,9	7,8	7,1
Травмы, отравления, ожоги	S00-T98	39	18	53	73	14	-64,1%	0,2	0,1	0,02	0,3	0,4	1,2	0,7	1,7	2,1	0,4
Другие		80	195	175	144	149	+46,3%	1,1	0,1	0,03	1,0	1,1	2,4	7,3	5,5	4,0	3,9
Всего		3330	2686	3196	3539	3791	+12,2%	24,3	21,5	21,4	25,3	32,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Следующий показатель, который нами анализирован (таблица 3.4.) характеризует динамику первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней за период с 2012 по 2021 гг., подвергнуты анализу абсолютные, интенсивные показатели и удельный вес каждого из классов болезней в структуре детской инвалидности. На протяжении всего анализируемого периода одной из главных причин первичной инвалидности детей явились, «Болезни нервной системы – (G00-G99)».

Многочисленные исследования, проведенные в разные годы, продемонстрировали, что огромную роль перинатального поражения мозга (ППМ) в возникновении дезадаптации и инвалидизации детей. Для них, свойственно возникновение нарушения поведения, наличие отклонений когнитивного и речевого развития, в совокупности все эти факторы способствуют затруднению социальной адаптации и обучение ребенка [Чутко, Л.С., 2006].

Статистические данные свидетельствуют о том, что показатели распространенности патологии ЦНС в общей структуре инвалидизации детей, иногда превышает 50%. В тоже время, у 40% из них, причина инвалидизации перинатальные поражения ЦНС [Стасевич, С.М., 2014].

В 2012 году (таблица 3.4.) по причине болезни нервной системы (G00-G99) было признано инвалидами 1348 детей, что составило 40,5% от общего числа всех случаев, в 2014 году по данному классу болезней было признано инвалидами 731 ребенок, что на 644 ребенка меньше ($P < 0,001$), чем в 2012 г., однако в 2016 число возросло до 1078, в 2018 г. – 1298 детей, максимальный рост числа детей инвалидов по причине патологии нервной системы имело место в 2020 г. – 1427 детей, где показатель Т/прироста составил +5,5%.

Интенсивный показатель в 2012 г. по данному классу болезней составлял 5,9 на 10 тыс. дет., в 2020 г. в 1,4 раза ниже, чем в 2012 г. При анализе показателя удельного веса, выявлена такая же динамика, в 2012 г. в 39,7%, в 2014г – 26,2%, в 2020 г. – 36,7%.

На втором месте по частоте причин первичной инвалидизации детей, являются «Психические расстройства (F00-F99)», в 2012г, 357 детей с данной патоло-

гией были признаны инвалидами, в 2018 г. частота случаев возросла на 92, тогда как в 2020 г число детей увеличилось на 231 случай, показатель Т/прибыли за эти периоды составил + 39,2%. Однако, интенсивный показатель в 2018 г. по сравнению с 2012 г. снизился с 1,4 до 1,1 на 10 тыс. детей (соответственно), но в 2020 г. вновь отмечен рост данного показателя до 2,5 /10 тыс.дет.

На 3 и 4 месте в структуре причин первичной детской инвалидизации были «Болезни глаз (H00-H59)» - 269 в 2012г. и 261 в 2018г., а в 2020 число детей, признанных инвалидами по заболеванию глаз по сравнению с 2012 г. возросло на 33 случая, где показатель Т/прироста составило +10,9%.

«Болезни уха, горло и носа (H60-H95)» 293 – 2012 г. снизилось на 191 случая – 2018 г., тогда как в 2020 г. увеличилось по сравнению с 2018 г. 58 случая, однако в данном году число детей с данной патологией по сравнению с 2012 г. меньше на 44 случая, следовательно, показатель Т/прироста имел отрицательную динамику и составил – 15,0%. Интенсивный показатель за 8 лет наблюдения практически не изменился и составил 2,5/10 тыс.дет. Такая же динамика наблюдалась по удельному весу данной патологии среди всех аномалий развития.

В настоящее время определенные классы болезней такие как врожденные аномалии, асфиксия относятся к наиболее главным причинам перинатальной смертности и инвалидности с детства. По сведениям ВОЗ, каждый пятый случай детской заболеваемости и инвалидности, а также идентичная цифра составляет перинатальную смертность возникшая по причине аномалий развития. Принято считать, что каждый десятый случай обусловлен воздействием вредных факторов окружающей среды и еще столько же, хромосомными изменениями, а в остальных (80%) генез носил смешанный характер. Общая частота морфологических пороков развития у детей первого года жизни выявляется у каждого третьего ребенка, тогда как удельный вес множественных пороков среди морфологических аномалий регистрировался у каждого пятого ребенка 20%.

«ВПР (врожденные пороки развития) хромосомные аномалии (Q00-Q99)» сравнительный анализ частоты случаев ВПР показал, что в 2012 г как причина

инвалидности ВПР было признано в 282 случаях, тогда как в 2020 г. число больных детей с врожденной патологией увеличилось на 20 случаев и показатель Т/прироста составил + 6,7%.

Интенсивный показатель данного класса болезней (Q00-Q99) за весь анализируемый период практически не имел резких колебаний в 2012 г, составил 7,7–и в 2020 - 7,3/на 10 тыс.детей.

Среди заболеваний, обусловленный хромосомными нарушения Синдром Дауна был наиболее значимый, дети, родившиеся с данной патологией практически с самого раннего возраста относятся к группе инвалидов. В 2012 г. частота данного заболевания в Таджикистане, которое впервые признано как причина инвалидности, имело место у 43 детей, на протяжении последующих 7 лет отмечена четкая тенденция к росту заболеваний, о чем свидетельствует показатель Т/прироста +40,2%. Однако интенсивные показатели по данному классу заболеваний за этот же период практически не изменился, в 2012 -1,0 и в 2020 г. 1,1/10 тыс.дет. показатель частоты удельного веса заболевания имел тенденцию к росту на 1,0%.

Болезни ухо, горло и носа – в 2012 г. встречались с частотой 0,8 на 10 тыс. детского населения, в 2018 г. данный показатель снизился до 0,5 на 10 тыс. дет. нас. Показатель удельного веса заболевания имел идентичную динамику в 2012 – 8,6% и в 2018 г. - 5,2%. Интенсивный показатель класса болезней (Q00-Q99) в 2012 г. составил 7,7 на 10 тыс. дет. нас., тогда как в 2018 г. снизился до 6,7 на 10 тыс. дет. нас. Удельный вес данной патологии, за весь наблюдаемый период, практически не менялся и составил в среднем 8,8%. Другие классы болезни имели незначительную долю в структуре причин первичной детской инвалидизации.

Таким образом, в структуре первичных причин детской инвалидизации классы болезней (G00-G99), занимают лидирующие позиции и составляют более 40,5% от общего числа всех случаев первичной инвалидности детей. На втором месте по частоте встречаемости (F00-F99) – психические расстройства – 10,7%, доля остальных классов болезней не превышало 5% и 1,2% от общего числа зарегистрированных случаев. Анализ статистических данных, свидетельствует о том, что в структуре распространённости детской инвалидности, лидирующие первые

три ранговых места отводится расстройствам психики, болезни нервной системы и ВПР.

На протяжении 7 летнего мониторинга заболеваний явившиеся причиной инвалидности детей, установлено, из общего числа 18 классов заболеваний 50% имели тенденцию к росту, из них 44,4% выраженную: «Болезни системы кровообращения» (I00-I99), где показатель Т/прироста превысил +40,%; на втором месте по частоте регистрации были «Психические расстройства» (F00-F99) Т/прироста + 39,2%; «Болезни эндокринной системы» (E00-E99) +38,5%; «Новообразование» (C00-C97) +29,3%. В остальных случаях 55,5% показатели Т/прироста колебались от +5 до +15%.

Напротив, в 44,4% случаев отмечено выраженная тенденция к снижению показателя Т/прироста, так: «Туберкулёза» (A15-A19) -40,0%; «Болезни кожи и придатков» (L00-L99) Т/убыли -43,4%; «Болезни системы дыхания» (J00-J99) – 36,7%; Травмы и отравления (S00-T98) – 63,1%. В остальных случаях показатели Т/прироста были не высокими.

Проведенный анализ за последние 7 лет (2012–2020 годы) показывает, что данные классы заболеваний превышает 60% в структуре всех причин детской инвалидности, по некоторым из них продолжает регистрироваться высокая тенденция роста данных заболеваний.

Таблица 3.5. - Сводные данные регистрации случаев ВПР в Республике Таджикистан за 2014-2020 гг.(ф-32)

Годы		МКБ-10	Масса тела	Абсолютное число			
				Всего	Живорож.	PHC	Мерт. рож.
2014	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	92	42	42	49
			1000-1499	63	32	30	2
			1500-2499	270	106	103	3
			2500>	773	188	186	2
Всего				1198	368	361	56
2015	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	34	27	27	65
			1000-1499	58	29	25	64
			1500-2499	282	98	97	89
			2500>	874	191	177	122
Всего				1248	345	326	340
2016	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	36	35	32	64
			1000-1499	150	77	70	57
			1500-2499	341	123	116	86
			2500>	1190	169	158	87
Всего				1717	404	376	294
2017	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	42	41	35	77
			1000-1499	119	78	78	37

	сомные нарушения		1500-2499	459	107	102	52
			2500>	1021	152	141	88
Всего				1641	378	356	254
2018	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	25	27	21	65
			1000-1499	89	56	56	23
			1500-2499	437	119	106	47
			2500>	1190	187	173	83
Всего				1741	389	356	218
2019	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	28	23	5	75
			1000-1499	48	43	5	43
			1500-2499	111	101	10	81
			2500>	160	142	18	97
Всего				347	309	38	296
2020	Врожденные аномалии (пороки развит.) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	500-999	32	32	-	60
			1000-1499	43	43	-	83
			1500-2499	370	127	124	3
			2500>	163	150	13	122
Всего				608	352	137	268
Всего за 7 лет				8500	2545	1950	1726

Врожденные пороки развития, на протяжении большого периода времени продолжают занимать высокие позиции в структуре причин заболеваемости, инвалидизации и МС детского населения. Данные из других стран (РФ, Англии, Германии, Швеции, Японии), свидетельствуют о том, что ВПР в структуре этих показателей занимают 1-3 места [Антонов О.В., 2007].

В 15.10. 2015 г. приказом МЗ « Дар бораи таъсиси “Регистри милли электронии нуқсонҳои модарзодӣ дар байни навазодон”, был создан Национальный регистр ВПР. «Национальный регистр “Врождённых пороков развития новорожденных” внедрён в единую информационную систему здравоохранения DHIS-2. Для проведения регистрации были внесены дополнения и изменения в учетные формы 31 и 32 «Беморшавии кӯдакони сини то 1 сола», «Нуқсонҳои модарзодӣ» и «Ҳисобот оиди хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навазодон». Внедрены 24 класса ВПР с учетом МКБ 10, включающие 100 наименований АРП Q00-Q99.

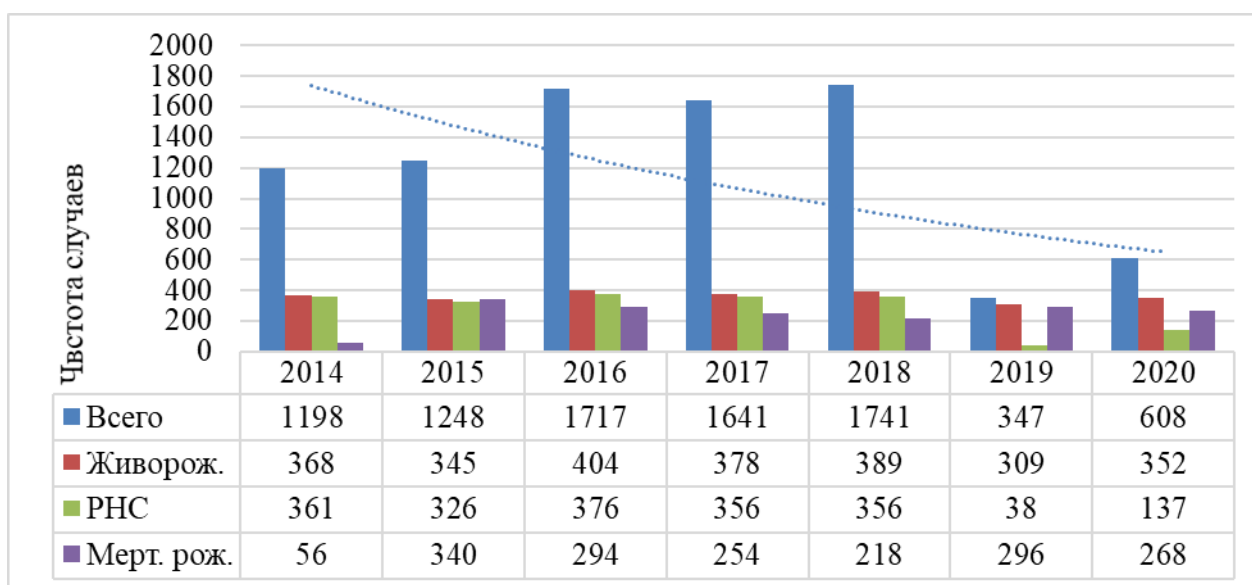


Рисунок 3.1. - Общая тенденция ВПР в Республике Таджикистан за период с 2014 по 2020 гг.

Многолетний мониторинг демонстрирует четкую динамику снижения общего числа рождения детей с аномалиями развития, показатель Т/убыли – 49.2%. Число живорожденных детей с ВПР за 7 лет мониторинга практически не имеет выраженной динамики, 368 случаев в 2014 и 352 – в 2020 г., тогда как показатель

смертности детей в РНП имел выраженную тенденцию к снижению в 2019 Т/убыли составил – 89,4%, в 2020 году – 62,0%, самый низкий показатель антенатальной гибели плода имел место в 2014 г. -56 случаев, что в 4,7 раза меньше, по сравнению с 2020 г.

По нашим данным (таблица 3.5.), частота ВПР (врожденные пороки развития) хромосомные аномалии, в структуре первичной детской инвалидности составляют около 10%. На протяжении с 2014 по 2020 гг. в Республике Таджикистан родилось 8500 новорожденных с ВПР (нарушений развития) хромосомные аномалии, из них (20,3%) 1726 детей родились метрвыми, число детей с ВПР умерших в РНП превысило число мертворожденных на 224 случая, что составило 11,8%.

В 2014 г. из 1198 родившихся детей (7,2%) составили дети с массой тела – 500-999,0; (5,2%)- 1000-1499,0; (22,5%) - 1500-2499,0; и (64,5%) - 2500,0>. В 2020 г. анализируемые показатели были следующими (1,6%) 500-999,0; (5,1%) - 1000-1499,0; (21,1%) - 1500-2499,0; и (68,3%) - 2500,0>.

Чем меньше гестационный возраст, тем выше показатель антенатальной гибели плода, в 2014 г. мертворожденных, среди детей с экстримально низкой массой тела (500-999,0) составило 49 случаев, что составило (87,5%) от всех случаев мертворожденных с ВПР в 2014 г. Все последующие годы число детей умерших в антенатальном периоде имело четкую тенденцию к росту. В 2020 г. показатель Т/прироста мертворожденных составил +40,9%,

В 2014 г. общее число детей родившихся с ВПР составило 1198 случаев, тогда как в 2020 анализируемый показатель уменьшился на 590 случаев и составил 608, показатель Т/убыли был равен – 49,2%.

Более детальный анализ причин ВПР показал, что каждый четвертый (25,1%) родившихся детей имели множественные ВПР. Тогда как у каждого пятого (19,1%) новорожденного аномалии развития было локализовано в системе кровообращения, из почти у половины детей имело место дефект межжелудочковой перегородки, с дефектом межпредсердной перегородки родились 42,3% детей.

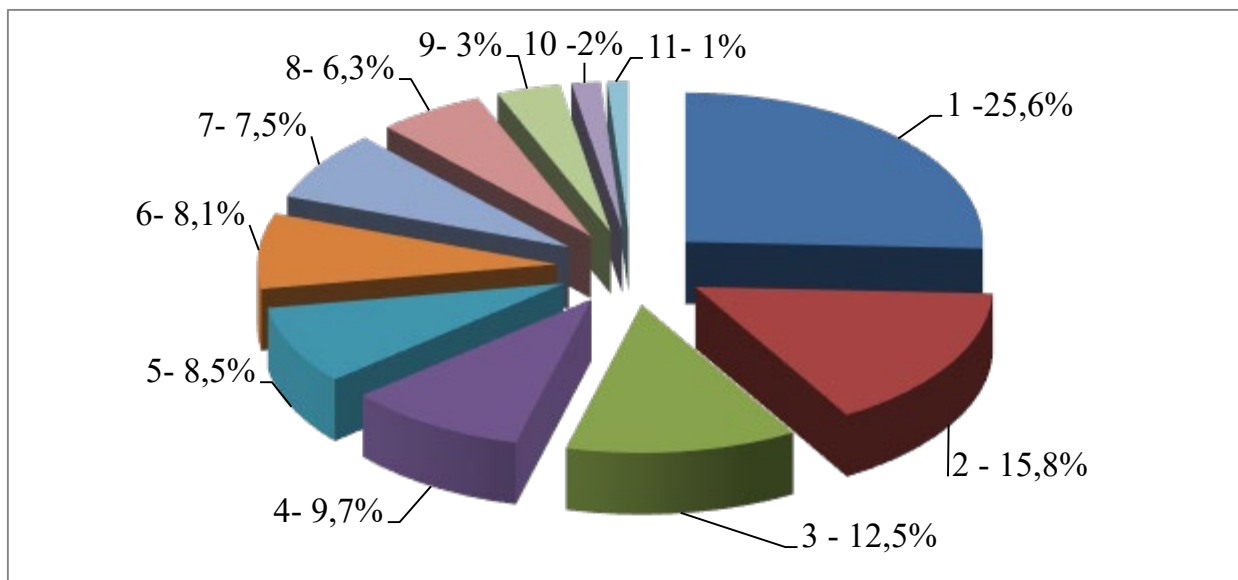
Врожденные пороки развития широко были представлены аномалиями костно-мышечной системы (18,3%), среди них количественное различие кистей рук “полидактилия одной или обеих кистей” превалировало, данная форма ВПР была больше присуще новорожденным женского пола. Другая разновидность аномалии пальцев стоп была представлена “синдактилией II-III пальцев одной или обеих стоп”, данная разновидность уродства выявлено среди четверти младенцев (25,4%), различие по половому признаку указывало на преимущественное поражение данной патологией детей мужского пола. ВПР локализованный в костно-мышечной системе, которая была представлена косолапостью, определено у (20,2%) новорожденных.

По частоте локализации на третьем месте были ВПР центральной нервной системы, общее число всех случаев данной патологии превысило (10,3%). Структурный анализ показал, что около 40% из них приходилось на аномалии нервной трубки, в частности на неполное закрытие позвоночного канала (*Spina bifida*), различий частоты случаев по полу не определено. Следующая аномалия развития по частоте было локализовано в половых органах, где показатель частоты данной патологии составил (8,3%). В структуре данной группы аномалии в более чем 2/3 случаев (80,1%) было представлено гипоспадией.

Патологии, связанные с хромосомными аномалиями были выявлены в (6,3%) случаев от всех форм аномалий развития, тогда как среди них синдром Дауна превалировал и составил (55,2%), различий по половому признаку не установлено.

Другие формы аномалии развития регистрировались не столь часто, в частности ВПР мочевых органов (6,4%), среди них более 2/3 (66,4%) были представлены патологией почек – врожденным гидронефрозом. Аномалии структуры челюстно лицевой системы в частности расщелина губы и нёба выявлено у (4,8%); ВПР бронхолегочной системы выявлен у (1,9%), которые были представлены кистозной дисплазией легких, ВПР желудочно кишечного тракта зарегистрировано (2,4%) случаев; реже всего выявлялись аномалии глаза, уха, лица и шеи (0,5%), к категории другие ВПР были отнесены (1,9%) случаев.

Таким образом, проведенный анализ показал, что чаще всего у детей в РНП выявлены множественные комбинированные пороки развития, среди отдельных форм преобладали аномалии системы кровообращения и ЦНС, далее опорно-двигательная система, реже всего поражаются органы чувств глаз, ушей, лица.



Примечание: 1 - ССС; 2 – Дефекты нервной трубки; 3 - синдром Дауна; 4 - МВНР; 5 — костно-мышечная система; 6 — половая система; 7 — лицо и шея; 8 - ЖКТ; 9 - мочевая система; 10 - кожа и придатки; 11 - другие ВНР.

Рисунок 3.2. - Структура ведущих ВНР (нарушений развития) хромосомные аномалии у новорожденных

Таким образом, оценка ведущих пороков в структуре ВНР показало, что первые три ранговые места занимают пороки сердечно сосудистой системы, дефекты нервной трубки и синдром Дауна. Частота других пороков регистрируется менее 10%.

Таблица 3.6. - Сравнительный анализ заболеваемости детей, ‰

Заболеваемость на 1000 д/в	Дети всех возрастов					Т/убыл Т/прироста	Дети инвалиды					Т/убыл Т/прироста
	2013г.	2015г.	2017г.	2019	2021		2013г.	2015г.	2017г.	2019	2021	
Общая заболеваемость в том, числе:	1053,0	1296,5	1406,8	1454,3	1496,1	+29,6%	1648,62	1613,9	1786,4	1834,8	1895,2	+13,0%
Острые респираторные заболевания	1198,2	1202,29	1105,69	1239,5	1295,4	+7,4%	1235,0	1495,24	1229,0	1322,7	1369,4	+9,7%
Пневмония	59,65	67,43	45,9	49,4	50,2	-8,4%	108,2	95,40	75,1	89,3	91,2	-15,7%
Бронхит	247,79	238,94	217,61	246,1	271,6	+8,7%	162,20	108,82	108,80	110,3	111,6	-31,1%
Острый отит	44,25	42,78	39,14	40,2	38,5	-12,8%	27,02	16,04	22,07	26,4	29,7	+46,1%
Прочие	230,0	201,81	150,25	159,3	166,2	-27,7%	189,8	168,40	141,5	144,8	156,2	-17,7%

Проведя сравнительный анализ показателей заболеваемости здоровых и детей инвалидов (таблица 3.6.) установлена определенная тенденция, так в 2021 г. показатель «Общей заболеваемости» среди детского контингента имел положительный тренд, Т/прироста + 29,6%. Тогда как, при высоких показателях заболеваемости среди детей инвалидов по сравнению с другими детьми, установлено, что показатель общей заболеваемости среди инвалидов выше почти на 600 %, а среди данного контингента на протяжении 8 анализированных лет показатель Т/прироста + 13,0%, что ниже в 2,2 раза по сравнению с идентичными данными других детей.

Дети инвалиды чаще переносили острые респираторные заболевания по сравнению с другими детьми, показатель Т/прироста среди детей инвалидов составил +9,7%, тогда как у других детей +7,4%. Среди заболеваний дыхательной системы заболеваемость пневмонией на протяжении 8 лет среди других детей имело тенденцию к снижению, показатель Т/убыли – 8,4%, тогда как дети инвалиды значительно 1,8 раза реже страдали пневмонией, причиной тому может быть тот фактор, что большинство из этих детей находятся в изолированной ситуации.

Высказанное мнение подтверждается тем, что показатель заболеваемости острым бронхитом среди детей инвалидов имел тренд к снижению, где показатель Т/убыли был – 31,1%, тогда как среди других детей, данный класс заболеваний имел положительный тренд, показатель Т/прироста +8,7%.

Воспалительное заболевание среднего уха «Острый отит», был достаточно широко распространен среди детей инвалидов +46,1%, тогда как другие дети данным воспалительным заболеванием страдали реже, показатель Т/убыли составил -12,8%. Прочими заболеваниями как другие дети, так и инвалиды стали болеть меньше Т/убыли (-27,7% и -17,7% соответственно).

Таблица 3.7. - Структура заболеваемости детей 1 года жизни классами болезней, приводящие в последующем к инвалидизации (учетная форма 31)

Классы болезней	Код МКБ-10	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Т/убыл Т/прироста
Всего		259442	270229	233578	250827	275546	263490	225245	- 13,1%
Болезни нервной системы	G00-G99	12252	12733	14571	15321	14299	12283	13394	+8,5%
в %	-	4,72	4,71	6,23	6,1	5,2	4,6	5,9	1,2
из них ДЦП		510	424	552	707	569	316	343	- 32,7%
в %	-	4,2	3,3	3,8	4,6	4,0	2,6	2,6	- 1,6
Отдельные состояния свойственные перинатальному периоду	P00-P96	9708	8959	8153	8794	7620	6181	5466	- 43,6%
в %		3,7	3,3	3,5	3,5	2,8	2,3	2,4	-1,3
ВПС и НОБ	Q00-Q99	826	1136	1493	1310	1174	1454	1271	+35,0%
в %		0,3	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,2
из них ВПС	Q21-Q24	409	461	546	638	560	515	479	+14,6%
в %	-	49,5	40,5	36,5	48,7	47,7	35,4	37,6	-11,9%

По сведениям статистических данных учетной формы 31 за период с 2014 по 2020 гг. (таблица 3.7), общее число детей, находящихся под наблюдением имел тенденцию к снижению Т/убыли – 13,1%

Среди классов заболеваний, непосредственно относящихся к факторам, приводящих к ДЦП относятся болезни нервной системы код по МКБ-10 (G00-G99), в 2014 г. общее число детей, страдающих данными заболеваниями составило 12252 случая, через 8 лет отмечено некоторая положительная динамика численности больных – 13394 случая, показатель Т/прироста составил +8,5%. Так, число больных страдающих неврологическими заболеваниями в 2014 г. от общего числа детей составило 4,9%, тогда как в динамике данный показатель возрос на 1,2%. Из числа заболевших детей ежегодно у определенного числа детей развивается ДЦП, так в 2014 г. таковых было 510 детей, что составило 4,7% от числа детей, страдающих болезнями нервной системы. Однако в 2017 году данный показатель по сравнению с 2014 г. возрос на 197 случаев, где показатель Т/прироста составил +27,8%. Однако в 2020 г. отмечено снижение числа больных на 162 случая, показатель Т/убыли был равен – 32,7%. Показатель частоты случаев ДЦП за анализируемый период имел четкую тенденция к снижению на 1,6%.

Таким образом, число больных состояние которых потенциально предрасполагает к возможности развитию ДЦП имеет рост.

Другой класс болезней, которые могут выступать в роли факторов, приводящих к ДЦП в периоде новорожденности, относятся «Отдельные состояния, свойственные перинатальному периоду» код по МКБ-10 (P00-P96). Показатель частоты случаев данного класса заболеваний на протяжении 7 лет имеет четкую динамику. Так, в 2014 г. число детей, имеющих одно из нозологических классов заболеваний, относящихся к данной группе, составило 9708, тогда как к 2020 г. данный показатель имел выраженную тенденцию к снижению и уменьшилось почти на половину - 4242 случая, показатель Т/убыли составил -43,6%. В процентном соотношении данный показатель также снизился с 3,7% до 2,4% или на 1,3% к 2020 году. Среди данного класса заболеваний группа болезней врожденных пороков развития (ВПР) и наследственно обусловленных болезней (НОБ), код МКБ-10

(Q00-Q99) занимал одно из ведущих позиций по частоте регистрации. Проведенный 7 летний мониторинг показал, что данный класс заболеваний имел следующую динамику, снижение процента частоты случаев с 3,7% в 2014 до 2,4% в 2020.

Установлено нарастание абсолютного числа случаев рождения детей с ВПР и НОБ, так в 2014 г. было выявлено 826 случаев рождения детей с данной патологией, тогда как в 2020 г. показатель возрос до 1271, число случаев увеличилось на 445, где показатель Т/прироста+35,0%.

Глава 4 Пренатальная, перинатальная и неонатальная патология – предикторы детской инвалидности

Последние годы в литературе часто бытует мнение о том, что некоторые показатели пренатальной и перинатальной патологии выступают в роли предиктором (от англ. predictor - предсказывать), следовательно могут быть использованы в качестве прогностических факторов формирования инвалидизации детей.

Наращение отрицательной динамики репродуктивного здоровья женщин, которые основаны на анализе многочисленных исследований [11, 30, 45, 175], указывают на то, что имеет место выраженная тенденция роста негативного течения беременности, родов и послеродового периода, которые в совокупности или в отдельности могут провоцировать рост числа преждевременных родов и рождения детей с ОНМТ и ЭНМТ, тем самым способствуя росту показателя заболеваемости и как итог этого приводит к увеличению количества рождений больных доношенных новорожденных.

Указанные явления связаны с ростом факторов риска, приводящих возникновению критических состояний у новорожденных, которые проявляются: осложненным течением антенатального периода, возникновением гинекологического заболевания, гестозы, сопровождающиеся обострением или возникновением новых случаев ИППП, ОРВИ, антенатальная и интранатальная гипоксия и асфиксия по причине возникновения негативного течения родовой деятельности и отслойка НРП, оперативного род разрешения и пособия во время родов, очень низкая оценка по шкале Апгар >4 баллов на 1 минуте, а также комбинация нескольких факторов риска [84].

Ранний неонатальный период, характеризующийся началом постнатальной жизни само по себе относится к одному из критических этапов в жизни человека, которое связано с началом нового этапа, обусловленного переходом организма ребенка к внеутробному этапу существованию. Возникающие любые отклонения на данном этапе способствуют возникновению критического состояния, которое по сути вносит огромный вклад в процесс формирования будущего здоровья и, иначе выражаясь, «груза» болезней [30].

Даже внедрение высоко-технологических интервенций, которые способствовали значительному прогрессу в лечении жизнеугрожающих состояний, все-таки возникающие осложнения приводят к тому, что каждый 5-й ребёнок, находящийся в критическом состоянии в РНП, в дальнейшем устанавливают инвалидность. Необходимо отметить и другой аспект влияния критических состояний, показатель смертности до 5 лет среди этих детей почти в 100 раз выше, чем в популяции.

Распределение возможных факторов на структуру показало, что около 15% патологии ЦНС обусловлены генетическими и постнатальными факторами [47], львиная доля приходится на перенесенную гипоксию и острую асфиксию, что вынуждает детей прибегнуть к дальнейшей госпитализации отделения ОРИТ.

У более 2/3 (70%) детей, причиной неврологической инвалидности является перинатальными факторами, среди них, пятое место по информации ВОЗ занимает асфиксия новорожденных.

Причиной смерти каждого 4 ребёнка в РНП является асфиксия при рождении [99,102, 110]. То, что в патологический процесс вовлекается ЦНС является закономерным следствием гипоксии, которое клинически проявляется как гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) [5, 56], причиной которого является ограничение транспорта кислорода в анте- и интранатальном периоде.

Продолжительная по течению тяжелая гипоксия и асфиксия в родах, с полной уверенностью можно отнести к универсальному повреждающему фактору [22], чем обусловлен зачастую тяжелый прогноз исхода критического состояния у новорожденных, которое зачатую не связано с нозологией.

Выделены в особую группу ряд факторов, к которым с полной уверенностью можно отнести: низкая оценка по шкале Апгар на первой минуте, высокая концентрация лактата в крови в первые сутки пребывания в ОРИТ, что свидетельствуют о тяжести перенесенной гипоксии и асфиксии при родах и относится к высоко прогностическим критериям [100].

Возникающие отклонения в функционировании витальных функций организма при рождении возникших по причине тяжелой асфиксии и ее осложнений

высоко негативно влияет на качество жизни ребенка, оказывая воздействие на формирования «грубых» полиорганных повреждений, которые в будущем неминуемо приводят к высокому уровню инвалидизации.

В этой связи, нами проведена многоаспектная оценка влияния перинатальных факторов и их ранговую зависимость, как фактор возникновения заболевания и инвалидизации ребенка.

По итогам проведенных нами исследований находят свое подтверждение тот факт, что показатель индекса здоровья новорожденного и ребенка в последующие годы жизни во многом зависят от показателя качества здоровья беременной и роженицы. Имевшие место в 90-е годы рост показателя патологии беременности и родов у женщин в конечном итоге привело к тому, что отмечен рост заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни. В совокупности с неблагоприятными условиями развития возникшие у детей нарушения здоровья привели к социальной дизадаптации и инвалидизации детей.

Перинатальную патологию, отличает определенная особенность, связанная с многофакторным воздействием на систему мать – плацента - плод-новорожденный, через длительность гестационного периода, экстрагенитальную и акушерскую патологию. Доказанным фактом является, например, то, что поздний токсикоз негативно воздействует на компенсаторно-приспособительные возможности ребенка, оказывая воздействие на функциональную неустойчивость сердечной деятельности, приводя к повышению вероятности возникновения патологии со стороны центральной нервной системы младенца.

В процессе выполнения работы был проведен ретроспективный анализ 86 карт развития новорожденных, у которых в последующем развился ДЦП, среди обследованных 32 ребенка родившихся от преждевременных родов, из которых у 14 детей срок гестации составил 22-27 недель, 18 недоношенных детей родились при сроке беременности от 28 до 37 недель, остальные 54 ребенка родились от срочных родов.

Рост показателей заболеваемости новорождённых незамедлительно отразился на состоянии здоровья детей 1 года жизни. Возрастание заболеваемости за-

регистрировано по всем классам болезней, характерных раннему возрасту. Среди них регистрируется целый ряд заболеваний, которые могут провоцировать в будущем формирование инвалидизации детей, к таким классам болезней относятся: онкологические заболевания, наследственно обусловленные заболевания и врожденные пороки развития (преимущественно ВПС), эндокринные заболевания, психозы и болезни нервной системы.

В процессе анализа медицинской документации были сформированы три подгруппы: 1 подгруппа, дети от преждевременных родов 32 (37,2%) ребенка; 2 подгруппа 30 (34,0%) доношенных детей с оценкой по шкале Апгар до 4 и менее баллов, в тяжелой асфиксии код МКБ-10 (P21.0); дети третьей подгруппы – 24 (27,9%) ребенка, родились в асфиксии средней и умеренной степени тяжести код МКБ-10 (P21.1) и оценкой по Апгар более 4 баллов. Группу сравнения составили 20 новорожденных родившиеся от здоровых матерей. Где их состояние по шкале Апгар было оценено на 1 и 5 минуте 8/8 баллов.

Таблица 4.1. - Патология течения беременности (%)

Нозологическая форма	1 подгруппа (n=32)		2 подгруппа (n=30)		3 подгруппа (n=24)		P (df=2)
	Асб	%	Асб	%	Асб	%	
ХФПН	19	59,3±2,3	20	83,3±4,2	10	33,3±1,9	>0.05 X ² =3,5
Угроза прерывания беременности	22	68,7±3,2	16	66,6±2,7	19	63,3±2,5	>0.05 X ² =4,1
Гестоз	27	84,3±4,7	21	87,5±5,9	12	40,0±1,2	>0.022 X ² =7,2

Примечание: Р-статистическая значимость различить между 3 подгруппами (по критерию X² для произвольных таблиц).

Течение беременности оказывает основное влияние на процесс формирования функции ЦНС.

Изучая течение антенатального периода у детей, было установлено, что тяжелее всего с выраженной внутриутробной гипоксией и асфиксией при родах протекала беременность и роды у матерей 1 и 2 подгруппы. Установлено, что беременность матерей 1 подгруппы в 27 (84,3%) случаев протекала на фоне гестозов, почти идентичное количество было выявлено и среди матерей 2 подгруппы.

Угроза прерывания беременности с такой же частотой имело место среди матерей первой и второй подгрупп (68,7 и 63,3% соответственно). У матерей 2 подгруппы чаще всего имело место наличие хронической фетоплацентарной недостаточности (n=20) 83,3%, тогда как у матерей 3 подгруппы все указанные явления имели место, но степень выраженности была ниже по сравнению с матерями 1 и 2 подгрупп.

По причине тяжести состояния, сразу после рождения, дети 1 и 2 подгруппы по экстренным показаниям были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). По жизненным показаниям всем детям с учетом потребности, которое зависело от показателя сатурации O₂ была проведена респираторная поддержка, все дети в течении продолжительного времени находились в госпитализации в ОРИТН, среднее время пребывания составило 12,03±0,94 суток, (p<0,001).

В связи с тем, что отрицательная динамика состояния здоровья детей 3 подгруппы наступило с истечением первых 5-6 часов, которое клинически проявлялось дыхательной и/или сердечно-сосудистой недостаточностью, дети были переведены в палату интенсивной терапии с респираторной поддержкой в виде масочной или интраназальных канюль. Общее время продолжительности пребывания в ОРИТ не превышало 5,15±0,25 суток.

Распределение обследованных детей показал, что 16,4% недоношенных детей, родились при сроке от 22 до 27 недель, когда масса их тела колебалось от 500,0 до 1700,0 экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ). Недоношенных маловесных детей (МВ), родившихся при сроке 28 – 37 недель составили – 20,9%, от срочных родов родились 62,7% детей.

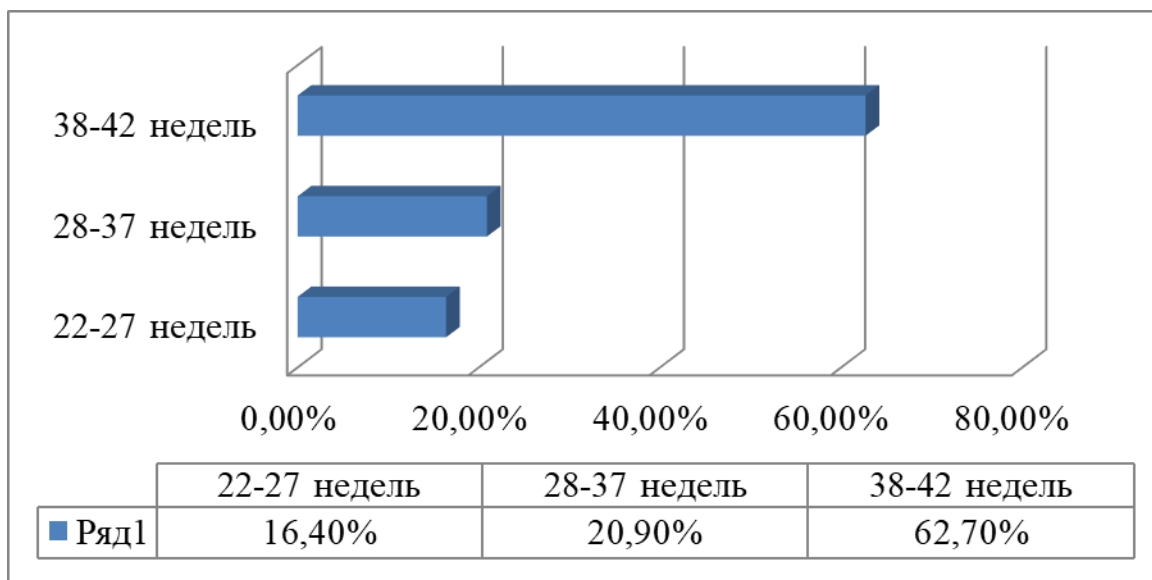


Рисунок 4.1. - Гестационный возраст детей с диагнозом ДЦП (n=86)

Масса тела детей 1 подгруппы колебалась от $1010,0 \pm 330,0$ до $2350,0 \pm 450,0$ при росте от $32 \pm 2,5$ до $42 \pm 3,4$ см. Физические показатели новорожденных детей 2 и 3 подгрупп было следующее: при рождении $3350,6 \pm 403,9$ и $3312,5 \pm 538,6$; рост при рождении $52,3 \pm 2,4$ $52,4 \pm 3,3$ соответственно.

Практически всем детям 1 и 2 подгруппы в процессе оказания первичной реанимационной помощи, прибегали к применению вазопрессоров (адреналина). Состояния здоровья всех детей данных подгрупп в момент поступления в реанимационное отделение было оценено как крайне тяжелое, всем малышам без исключения была проведена респираторная терапия, режим которой соответствовал гипервентиляции и/или гипероксии.

Потребность в данном типе терапии составляло в среднем не менее $5,7 \pm 0,56$ суток с медианой 7 ($4 \div 7$) и 95% ДИ 5,58- 7,82.

Временной показатель длительности респираторной поддержки детей третьей подгруппы была достоверно ниже ($p < 0,001$), где средняя продолжительность колебалась в пределах $2,1 \pm 0,22$ суток с медианой 1 ($0,5 \div 2$), 95% ДИ 1,16-2,04. Детям данной подгруппы потребности в использовании вазопрессоров не установлено.

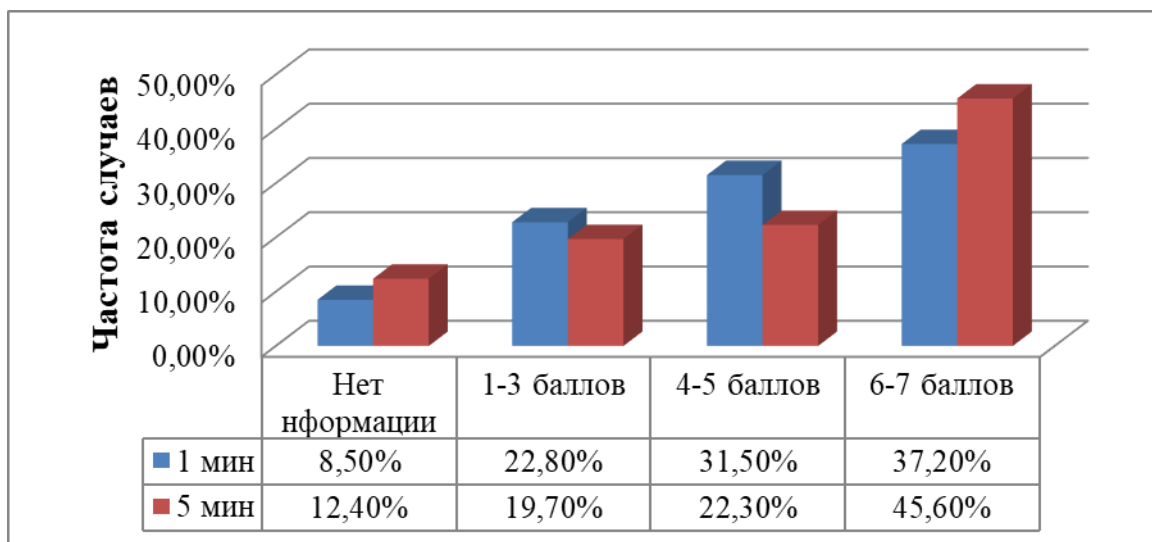


Рисунок 4.2. - Оценка по шкале Апгар детей с ДЦП (n=86)

Применение шкалы Апгар в качестве прогностического критерия особенно на 5 минуте жизни может достаточно четко коррелировать с частотой развития ДЦП, именно низкая оценка на 5 минуте продолжает свидетельствовать о том, что воздействие гипоксии сохраняется и следовательно процесс распада тканей мозга продолжается. Проведенные исследования [Thorngren-Jerne K., Herbst A.2006], показали, что при условии, суммарная оценка по шкале Апгар на 5 минуте не превышает 3-6 баллов то в этой случае высока вероятность развития ДЦП, рост риска имеет место при том если ребенок родился от доношенной беременности.

Те дети, которые в первые минуты жизни имели оценку по шкале Апгар, 4-5 баллам, в онтогенетическом аспекте были более предрасположены к развитию задержки физического и нервно-психического развития, гидроцефалии, анемии и рахит. У этих же детей в более старшем возрасте определялись наличие двигательных, общих и генерализованных нарушений. Необходимо отметить особо то, что у младенцев, которые на пятой минуте жизни имели оценку по шкале Апгар 6-7 баллов - в более, чем 2 раза чаще определялись признаки умственных нарушений, по сравнению с другим степенями тяжести асфиксии. Наши исследования показали, что из 86 детей, у 22,8% состояние на первой минуте оценено в 1- 3 балла – тяжелая асфиксия, соматическое состояние которых было крайне тяжелым, 4-5 баллов в асфиксии средней степени тяжести, но состояние их здоровья было тяжелым, таковых детей было 31,5% и только у

37,2% детей имели асфиксию легкой степени 6-7 баллов. Наиболее прогностически важным в отношении сохраняющихся асфиксии является оценка по шкале Апгар на 5 минуте жизни. У каждого 5 (19,7%) ребенка на 5 минуте жизни оценка по шкале Апгар продолжала оставаться 1-3 балла, у 22,3% детей сохранялась оценка по шкале апгар равная 4-5 баллам.

У детей, имевших неврологические нарушения и расстройства дыхания в периоде новорожденности, на первом году жизни отмечалась задержка физического и нервно-психического развития (в 33,6 и 47,0% случаев, и в 50,9 и 55,4%). Таким образом, 54,5% ребенка с ДЦП родились в крайне тяжелом и тяжелом состоянии.

Практически у 100% новорожденных 1 и 2 подгруппа была диагностирована церебральная ишемия тяжелой степени. У данных детей, особенно новорожденных 2 подгруппы в клинической картине больше преобладали явления судорожного синдрома (77,4%, n=48), на втором месте по клинической значимости был синдром вегето-висцеральных нарушений (64,5%, n=40), частота синдрома угнетения (67,7%, n=42), у ½ детей имел место синдром двигательных нарушений (n=31) и в 25,7% - синдром гипервозбудимости. У некоторых детей имели место комбинации нескольких неврологических синдромов, частота которых колебалась до трех.

Среди детей третьей подгруппы, признаки тяжелого поражения мозга гипоксически-ишемического генеза проявлялось реже, по сравнению с детьми 1 и 2 подгрупп (54,4%, n=13). Для них было характерно преимущественно среднетяжелая форма поражения (77,8%). Клиническая картина соответствовала синдрому вегето-висцеральных нарушений (75,0%, n=18), частота наличия синдрома гипервозбудимости и синдрома угнетения не отличалась

Клинические признаки комы 1-2 степени были присущи преимущественно детям 2 подгруппы (26,6% – n=8), в единичных случаях у детей с ЭНМТ также имело место наличие данного признака. В тоже время большинству из этих детей (60,0% n=18) было характерно наличие клинических признаков постгипоксического отека головного мозга (73,3%, n=22).

В протокол обследования в периоде новорожденности, было включено проведение нейровизуализации (нейросонографии, НСГ).

В процессе нейросонографического и доплерографического исследования характеристик сосудов головного мозга у обследованных детей было установлено, что детей 1 и 2 подгрупп уже начиная с первых часов жизни визуализировались признаки отека головного мозга, в частности, данный признак имел место в 75,0% случаев (n=22) у детей 1 подгруппы и у 86,6% (n=26) - во второй подгруппе.

С истечением первой недели жизни явления отека мозга продолжали сохраняться у 37,5% (n=12) и 50% (n=15) детей 1 и 2 подгрупп соответственно, к концу второй недели жизни признаки отека были характерны только детям второй подгруппы в 26,6% (n=8) ($p<0,01$).

При проведении доплерометрии сосудов мозга, характерные признаки ишемии артериального кровотока больше всего были выражены у детей второй подгруппы, которое максимально проявлялось к концу 2 недели жизни – 16,6% (n=5). Необходимо указать и тот момент, что у каждого третьего ребенка второй подгруппы в трети случаев (n=10) было наличие синдрома внутричерепной гипертензии.

У детей, на второй и начало третьей недели жизни отмечались признаки диффузно гипоксически-ишемического поражения головного мозга, что определялось у большинства детей 2 подгруппа (82%) и эти явления сохранялись до конца 3-го месяца жизни, в отличие от третьей подгруппы ($p<0,001$).

Явления глубокого нарушения мозгового кровотока у детей первой подгруппы имело место в 100% случаев, для этих детей немаловажным фактором является субкортикальная лейкомаляция, что с полной уверенностью можно относить к составляющим неблагоприятный исход, данные явления были максимально характерны только для детей первой подгруппы (28,1% случаев, n=9), но имели место и у детей второй подгруппы.

Среди детей второй подгруппы сосудистые нарушения по типу ишемии достоверно чаще ($p<0,001$) определялись к 1 месяцу жизни – 70,0% (n=21), тип

сосудистых нарушений проявлялся в виде вазопаралича и вазодилатации (по 31%), чаще других проявлений регистрировался вазопарез (46% случаев).

Характерные изменения, возникающие при выраженном гипоксически-ишемическом поражении стромы мозга у детей, среди детей второй подгруппы, чаще всего определялись на 6-7 сутки, практически у каждого третьего ребенка (31,4% случаев). Клинические признаки синдрома, связанного с повышением внутричерепного давления регистрировалось у более чем 50%, (n=16).

Характерные изменения, возникающие до субэпендимальных кровоизлияний, были формирования на их месте псевдокист. Однако генез данных формирований может быть связан ещё и с тем, что псевдокисты могли сформироваться от внутриутробной инфекции. Характерные данному признаку изменения на НСГ были выявлены у 59,3% (n=18) детей первой подгруппы, тогда как частота среди детей второй подгруппы – 40% (n=12).

Среди детей третьей подгруппы, типичные изменения характерные ишемически-гипоксическом поражении нервной системы были выявлены в единичных случаях, что свидетельствует о не столь выраженном поражении мозга у детей данной группы.

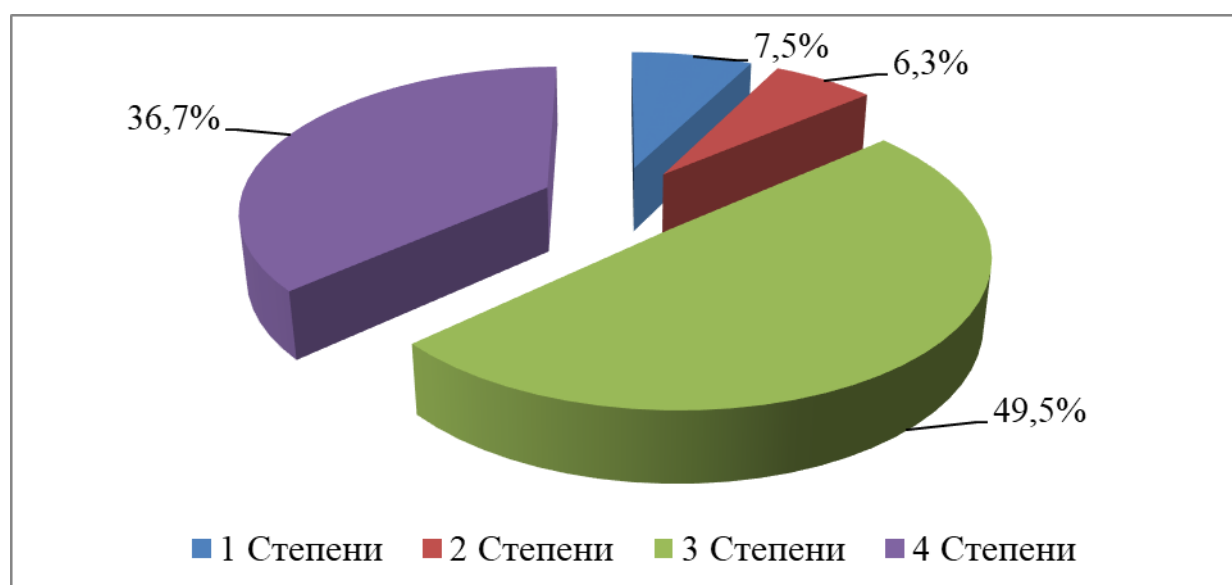


Рисунок 4.3. - Частота регистрации перивентрикулярных кровоизлияний у детей с ДЦП по степени тяжести.

Основными повреждающими факторами обладают: (гипоксия, ишемия, артериальная гипотония), закупорка венозных сосудов по причине внутрижелудочкового кровоизлияния у новорожденных, а также и другие факторы, и причины, относящиеся к неуставленным расстройствам, которые приводят к возникновению перивентрикулярного кровоизлияния и некрозу вещества мозга. В большинстве случаев ВЖК 3 и 4 степени являются основными причинами возникновения моторных нарушений и нейропсихологических расстройств.

Поражения головного мозга, возникают не только как следствие изменений в момент гипоксии, но и в процессе проведения ребенку комплекса реанимационных мероприятий. Тогда как, в постгипоксическом периоде, происходящее кровоизлияние можно объяснить накоплением в крови и тканях недоокисленных продуктов обмена, приводящих к избытку свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов, протеолитических ферментов, ионов кальция, и др.

Многочисленные исследования показывают высокую частоту возникновения ДЦП у детей, перенесших в неонатальном периоде ПВЛ от 40-92% гипоксического генеза. К основным причинам возникновения ДЦП у детей можно с большой вероятностью отнести гипоксически-ишемическое поражение головного мозга, в частности, повреждение белого вещества головного мозга (ПБВГМ), данные повреждения локализуются желудочковой системой мозга, включая перивентрикулярную лейкомаляцию и перивентрикулярные кровоизлияния. Далее по частоте повреждения следовали изменения базальных ганглиев, кортикальные/субкортикальные повреждения, пороки развития, фокальные инфаркты и смешанные поражения.

По результатам наших исследований (рисунок 4.3.), 86,2% детей имели 3 и 4 степень поражения желудочковой системы мозга - перивентрикулярную лейкомаляцию и перивентрикулярные кровоизлияния.



Рисунок 4.4. - Постнатальные предикторы развития ДЦП у детей (n=86)

В процессе работы, была проведена оценка степени воздействия различных факторов на возникновение ДЦП у ребенка (рисунок 4.4.). К основным факторам, провоцирующим возникновение болезни является негативное воздействие различных поражающих факторов на организм ребенка, особенно в антенатальном пре и перинатальном периодах. Воздействия на организм ребенка приводят к поражению двигательных центров, которые локализованы в структурах мозга ребенка.

Основными пренатальными причинами возникновения ДЦП, относятся повреждающие состояния, возникающие по причине внутриутробной гипоксии плода, которые возникают при инфекционных и соматических заболеваниях матери, внутриматочные кровотечения, отслойка плаценты и при наличии у нее вредных привычек. Другой, наиболее агрессивный фактор это иммунная несовместимость плода и матери.

Перинатальными и интранатальными факторами возникновения ДЦП, является глубокая недоношенность ребенка, дети с ОНМТ и ЭНМТ, маловесные дети, напротив крупный плод, нарушения положения плода, асинклетическое вставление головки, применение акушерских пособий, все те факторы, которые приводят к нарушению процесса жизнедеятельности плода и новорожденного.

В этих ситуациях, чаще всего возникает тяжелая форма спастического тетрапареза. К таким факторам относятся длительный безводный промежуток, длительное стояние плода в родовых путях, стремительные роды, обвитие пуповиной и так далее. При всех указанных факторах высока вероятность развития гипоксии или асфиксии плода в момент родов.

Особо необходимо отметить те факторы, которые связаны с травматизмом плода, непосредственно при родах, к ним относятся различные виды и формы родовых травм, при которых часто возникают различные виды повреждения головного мозга, такие как кровоизлияния в одно полушарие головного мозга, данная форма травматизма приводит к возникновению спастического гемипареза локализованного на противоположной стороне тела ребенка.

Суммарное число причин ДЦП это родовые травмы, которые не превышают 10% случаев. Высока вероятность токсического повреждения ЦНС, по причине тяжелой степени гемолитической болезни новорожденных, когда возникает ядерная желтуха, то в этих случаях можно говорить, что дети “рождаются” с ДЦП. Указанные факторы провоцируют развитие гиперкинетической формы детского церебрального паралича. Необходимо отдельно указать на разнообразные генетические заболевания, которые приводят к развитию атонически-астатических форм ДЦП.

К постнатальным факторам, провоцирующим возникновения ДЦП, можно отнести все повреждения головного мозга, возникающие после момента рождения и до 4-5 недель жизни. Данная группа факторов поражения головного мозга, относится к постнатальным причинам ДЦП, к таким причинам относятся инфекционные поражения ЦНС, менингиты и энцефалиты, травматические повреждения головного мозга.

Каждый 10 ребенок, страдающий церебральным параличом перенес воздействие патологического фактора уже после рождения. К самым наиболее агрессивным фактором по развитию ДЦП, является несовместимость крови матери и ребенка, данный фактор может быть связан по группе крови или резус-фактору. В

том и в другом случае может возникнуть состояние, обусловленное повышением концентрации билирубина в крови.

Известно, что детей неонатального периода непрямой билирубин обладает нейротоксическим действием. Следовательно, возникающая билирубиновая энцефалопатия, когда концентрация непрямой фракции выше приводит к так называемой «ядерной желтухе», в свою очередь данное состояние является причиной формирования гиперкинетических или дискинетических синдромов.

Любое патологическое состояние, связанное с нарушением обмена кислорода, интоксикации, гипертермии может спровоцировать возникновение судорожного синдрома. По результатам наших исследований среди 86 детей страдающих ДЦП 27,6% в неонатальном периоде перенесли судорожного синдрома.

Распределяя факторы по частоте провоцирования развития ДЦП, (рисунок 4.4.), установлено, что у почти 5% детей имело место ядерная желтуха, связанная с несовместимостью крови матери и ребенка как по групповой, так и резус несовместимости. Среди 10,5% детей фактор формирования поражения мозга было связано с выраженной интоксикацией в результате септического процесса. Гипокапния – 11,6% и преэвентрикулярная лейкомоляция имевшая место у 19,5% детей свидетельствует о перенесенной тяжелой внутриутробной гипоксии или асфиксии при родах. Аномалии положения головки плода ее несоразмерность родовым путям матери приводили в 25,9% случаев травматизации головы и шейного отдела позвоночника новорожденного, указанные факторы у каждого 4 ребенка (27,6%) в неонатальном периоде приводили к возникновению судорожного синдрома.

Большинство детей, страдающих от ДЦП могут болеть и другими заболеваниями, которые спровоцированы фактором, приведшим к данному заболеванию. В большинстве случаев при ДЦП в патологический процесс кроме периферической нервной системы вовлекается и головной мозг ребенка, и по этой причине у данных больных имеет место судороги, нарушения интеллектуального развития, воздействие на поведение, слух и зрение больного.



Рисунок. 4.5. - Частота регистрации сопутствующих заболеваний у детей с детским церебральным параличом (n=86).

Выявлено, что те дети, которые страдают ДЦП, чаще подвержены дополнительным расстройствам. Практически у всех детей при ДЦП в патологический процесс вовлекается головной мозг, функция которого, мониторинг и контроль деятельности различных органов и систем, на фоне или как осложнение данного заболевания у детей могут возникнуть судороги, нарушения интеллектуального развития, влияет на поведенческие реакции, органы слуха и зрения ребенка. В большинстве случаев возникают определенные трудности в управлении динамикой проявления болезней, в большинстве случаев практической деятельности врач и пациент сталкиваются с ситуацией больших сложностей, нежели противостоять и стараться восстанавливать моторные нарушения, обусловленные ДЦП.

Приведенные другими исследователями данные свидетельствуют о том, что для детей больных ДЦП, в определенной частоте случаев характерно наличие умственной отсталости, степень выраженности которой может колебаться от случая к случаю. Характерным признаком является тот момент, что имеющее место различные отклонения интеллектуального развития наиболее характерны для детей, страдающих спастической тетраплегией по отношению к детям, у которых регистрируются другие формы церебрального паралича.

У каждого второго ребенка, страдающего ДЦП имеет место эпилепсия. Характер судорог может быть в виде классических тонико-клоническими конвульсиями и/или незначительными проявлениями координационных припадков, при которых имеет место симптоматическое проявления, свидетельствующее о наличии спутанности сознания и подергивания мышц.

Для детей у которых диагностирован невыраженная и тяжелая форма ДЦП при наличии спастической тетраплегии, как правило наблюдается задержка роста и развития. Для детей младшего возраста характерно проявление аномальных затруднений, с возрастом более отчетливо проявляется совмещение физической слабости и отсутствие полового развития.

У больных детей наиболее четко определяется тот феномен, что конечности и мышцы, пострадавшие от церебрального паралича, как правило имеют меньшие размеры по отношению к здоровым детям. Клинически данный феномен наиболее выражен у детей, страдающих спастической гемиплегией, по причине того, что на пораженной стороне, конечности растут медленнее, по отношению к здоровой стороне.

При условии, если у ребенка, страдающего ДЦП не выявлено формирование установочных рефлексов, то как правило у таких детей зачастую не формируются шейный и поясничный лордозы (провисшая спина). В тоже время, могут иметь место клинические проявления достаточно выраженного кифоза (горб) локализованного как правило в грудном отделе позвоночника, что в дальнейшем способствует формированию кифосколиоза. Возникающие деформации, локализованные на позвоночнике провоцируют процесс затруднения при различных положениях тела - стоянии, сидении и ходьбе. Разбалансировка и нарушение тонуса мышц на уровне голеностопного сустава провоцирует развитие эквиноварусной и эквиновальгусная деформации стоп.

Большинство детей больных ДЦП имеют косоглазие - как правило, сходящееся, но уровень расположения глазных яблок различен, в связи с тем, что имеет место различие в тонусе между правыми и левыми мышцами глаз. У таких детей, как правило мозг приспосабливается к так называемым аномальным условиям,

не воспринимая сигналы одного из дизбалансированных глаз, по этой причине, как правило у детей раздвоения не происходит, однако с возрастом данное явление может прогрессировать. Для детей с гемипарезом характерно наличие гемианопии, при которой наступает ухудшение зрения или слепота в одной половине поля зрения.

Для детей, страдающих ДЦП в определенной степени характерно наличие проблем со слухом. Возникающие различной степени расстройства речи и языка приводящие к определенным сложностям в формировании фраз и наличие неразборчивой речи имеют место у каждого 3 ребенка. Большинство таких детей в разговорной речи стараются не использовать такие звуки, как в, к, с, ф, м, причиной тому является имеющее место нарушение слухового развития и как следствие этого возникает задержка речевого развития.

Причиной расстройства формирования речи, является наличие очаговых поражений головного мозга, замедление интенсивности его созревания, разбалансировка совместной координации правого и левого полушария.

Нарушение тонуса гладких мышц горла, полости рта и языка при ДЦП способствует снижению их тонуса, что в свою очередь, способствует наличию такого состояния, как постоянного слюнотечения. Данный признак часто приводит к тому, что такие дети не могут в полном объеме налаживать отношения со сверстниками и общаться с ними.

У таких детей в большинстве случаев имеет место наличие нарушения тонуса или полной атонии мышц, удерживающих мочевой пузырь закрытым. Часто регистрируется такое явление, как недержание мочи, которое наиболее часто имеет место в ночное время, нарушается процесс контролируемого мочеиспускания при физической деятельности, иногда у детей имеет место такое явление, как медленное недержание мочи в течение дня.

Как проявления вторичных нарушений можно определить наличие такого признака, как вегетативно-обменные расстройства, такие дети при небольших эмоциональных расстройствах, как правило быстро краснеют или бледнеют. Регистрируется повышенная потливость или напротив повышенная сухость кожи.

Имеет место отклонения терморегуляции различной степени, такие дети быстро могут зябнуть или напротив перегреться.

Возникающие отклонения эмоционально-волевой сферы, как правило характеризуются наличием повышенной эмоциональной возбудимости, а иногда совместно с неустойчивостью вегетативных функций, такие дети как правило эмоционально крайне неустойчивы, у них могут быстро происходить смена настроения от возбуждения до угнетения. В старшем ясельном возрасте наиболее часто проявляется выраженная впечатлительность, быстро меняющееся настроение, предрасположенность к чувству страха или повышенной эмоциональной возбудимости.

Установлено, что при ДЦП имеющее место двигательные расстройства характеризуются наличием в патологическом перераспределении тонуса поперечно-полосатых групп мышц, снижением их силы, нарушении отношения между противоположными формами деятельности мышц, в частности групп агонистов и синергистов.

Реакция тонуса мышц бывает разнонаправленная, в частности, в виде усиления тонуса и его чрезмерного сокращения, при этом повышая тонус и напротив чрезмерное расслабление и на этом фоне удлинение группы мышц с низким тонусом. Деятельность мышц бывает асинхронно и неритмично, при этом у больного отмечается не скоординированность движения, что приводит к их неловкости и уменьшенным по объему. Возникающие изменения мышечного тонуса могут изменяться под воздействием или в результате проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, однако необходимо отметить и тот факт, что продолжается процесс созревания различных структур мозга.

В тех условиях, когда у больного превалировали явления гиперкинетической формы ДЦП, то для этих больных было характерно наличие произвольных, иногда насильственных движений в виде - гиперкинезов. Данные признаки в состоянии покоя или сна не отмечаются, однако усиливаются при условии, когда ребенок находится в эмоциональном состоянии или же имеет место перенапряжения, связанные с физическими или эмоциональными расстройствами. Клинически

гиперкинезы определяются в некоторых группах мышц конечностей, туловища, языка, шеи, лица.

У тех больных, у которых имело место наличие атонически-астатическая форма ДЦП отмечается наличие тремора, при котором больной ощущает дрожание конечностей, которые преимущественно локализуются в пальцах рук и языка, эти явления свидетельствуют о глубине и тяжести патологического процесса. Некоторые больные жалуются на наличие атаксии, которое клинически проявляется нарушением равновесия и координации движений, которые регистрируются, как и при статических позах, так и динамических движениях.

Другая форма нарушения координации тела является возникновение проприоцептивной регуляции, при которой специфические рецепторы локализуются в мышцах, сухожилиях и суставах, с их помощью информация поступает в ЦНС, характеризуя положение тела в пространстве, координируя функции, связанные со степенью сокращения мышц. Клинические нарушения проявляются в виде нарушения чувства позы, и как итог этого, не возможность больного правильно воспринимать направления движения, что в последующем приводит к потере ориентации в пространстве.

Относительно степени поражения личностных особенностях детей, страдающих ДЦП, необходимо отметить то, что для них свойственно задержка развития, проявляющиеся типу психического инфантилизма. Эти дети в большинстве своем эмоционально неустойчивы, их психика истощена, они инертны, игровые действия у этих детей по характеру однообразны, они сложно и долго адаптируются к школьной и социальной среде. Отмечается то, что выраженность психических нарушений находится в большой зависимости от характера и выраженности двигательных нарушений.

Чем выраженные признаки ДЦП, тем больше вырисовываются признаки нарушения глотания и пережевывания пищи, на этой почве возникают проблемы, связанные с деятельностью ЖКТ, для них свойственны частые и хронические запоры. По причине снижения иммунитета такие дети имеют высокий инфекцион-

ный индекс, относятся к часто болеющим детям, у них низкая резистентность организма.

Наши исследования показали, что патологией органов слуха сенсорной тугоухостью и снижением остроты слуха страдали дети - 10,5% и 11,8% соответственно (рисунок 4.5.).

Частичной атрофией зрительного нерва были выявлены у каждого третьего ребенка (37,1%). Дисфогия и структурная эпилепсия регистрировалась с частотой (30,7% и 35,5% соответственно). Белково-энергетической недостаточностью, которая клинически проявлялась (гипотрофией) у (65,5%). Однако проблемы, связанные со снижением остроты зрения имело очень высокую распространенность и была установлена у (83,7%) детей.

Из числа обследованных детей с ДЦП 48,2 % относились к группе часто болеющих, у 36,2 % выявляется гипотрофия, у 29,6 % дефицитная анемия и у 20,3 % – атопический дерматит.

Современные методы исследования мозга, включая МРТ, возможно проводить и с периода новорожденности [Faria AV, Hoon A, Stashinko E, et al. 2010]. Специфические изменения, в частности, нейроанатомические имеют большое значение как при диагностике ДЦП, так и в определении прогноза дальнейшего психомоторного развития ребенка с ДЦП [Ashwal S, Russman BS, Blasco PA, et al. 2004]. Структурная МРТ дает возможность определить такие прогностически важные биомаркеры, характеризующие локализацию и обширность поражения мозга, и также установить время возникновения патологического изменения [Krageloh-Mann I, Horber V.2007].

Таблица 4.2. - Результаты МРТ обследования детей с ДЦП (n=15)

Анализируемый показатель		Спастический церебральный паралич	Спастическая диплегия	Детская гемиплегия	Другой вид ДЦП
МРТ	Атрофия	13 (86,6%)	7 (46,6%)	6 (40,0%)	8 (53,3%)
	Глиоз	11 (73,3%)	7 (46,5%)	8 (53,3%)	5 (33,3%)

головного мозга	Киста	2 (13,4%)	-	7 (46,7%)	-
	кистозная трансформация	9 (60,1%)	3 (20,2%)	-	4 (26,6%)
	перивентрикулярная лейкомаляция	3 (20,2%)	9 (60,0%)	3 (20,2%)	2 (13,4%)
	диффузное поражение белого вещества	-	-	-	2 (13,4%)
	врожденный порок развития	1 (6,5%)	1 (6,5%)	4 (26,6%)	9 (60,0%)
P (df=6)		>0,001 X ² =47,9	>0,01 X ² =29,6	>0,01 X ² =21,1	>0,01 X ² =21,1

Примечание: Р-статистической значимостью различий показатель между всем причинами инвалидизации (по критерию X² для произвольных таблиц).

Для проведения МРТ исследования был использован магнитно-резонансный томограф «Philips Ingenia» в процессе исследования были обследованы 15 детей в возрасте от 3 мес. до 5 лет. Проведённые исследования показали в 42,5% случаев повреждение белого вещества головного мозга (ПБВГМ) (таблица 4.2.). Глубина повреждения включала и перивентрикулярную зону, где выявлялись лейкомаляция и перивентрикулярные кровоизлияния. По частоте поражения, далее следовали изменения в базальных ганглиях, кортикальных и субкортикальных зонах. Чаще всего процесс атрофии мозга регистрируется у детей, страдающих спастическим церебральным параличом в 89,4% случаев. При таких формах, как спастическая диплегия и детская гемиплегия распространённость атрофии мозга составляло 49,6% и 45,3% соответственно. Однако, наличие кист у детей страдающих спастическим церебральным параличом имело место всего у 2 (15,4%) детей, что статистически достоверно (P<0,001), ниже чем при детской гемиплегии. Перивентрикулярная лейкомаляция чаще всего выявлялась у детей со спастической диплегией. Такой тип поражения как диффузное поражение белого вещества мозга, имело место только у детей, у которых были и другие формы ДЦП - 12,5%

Глава 5 Оптимизация медико-социальной реабилитации детей инвалидов страдающих ДЦП

Признавая важность проблемы детей с ограниченными возможностями постановлением Правительства Республики Таджикистан № 167 от 27.03.2009г. было открыто Государственное учреждение «Республиканский детский реабилитационный центр». Основной целью создания данного реабилитационного учреждения, было создание современных условий и возможности для организации и проведения реабилитационных мероприятий среди детского контингента.

Нами был проведен анализ деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2021г., в данное учреждение госпитализируются дети в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающие различными заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата, дыхательной и сердечно сосудистой системы.

Основной целью реабилитационной работы центра, является содействие развитию социально-бытовых навыков, социального ориентирования детей, страдающих сложной структурой дефекта, беря во внимание их индивидуальные психофизические особенности.

В процессе своей деятельности, специалисты широко используют как индивидуальные формы работы, так и групповые занятия. В процесс комплекса, проводимых мероприятий вовлечены квалифицированные специалисты: психологи, логопеды, учителя-дефектологи, социальные педагоги, инструкторы по реабилитации инвалидов, инструкторы по лечебной физкультуре, медицинские работники других специальностей.

Причиной развития детской инвалидности имеет множество факторов к наиболее распространенным относятся: техногенные расстройства, ростом факторов, низким индекс здоровья родителей, преимущественно касательно матерей, не адекватный образ жизни, не удовлетворительные условия труда родителей, имеющие место отклонения от нормативов по оказанию медико-социальных услуг.

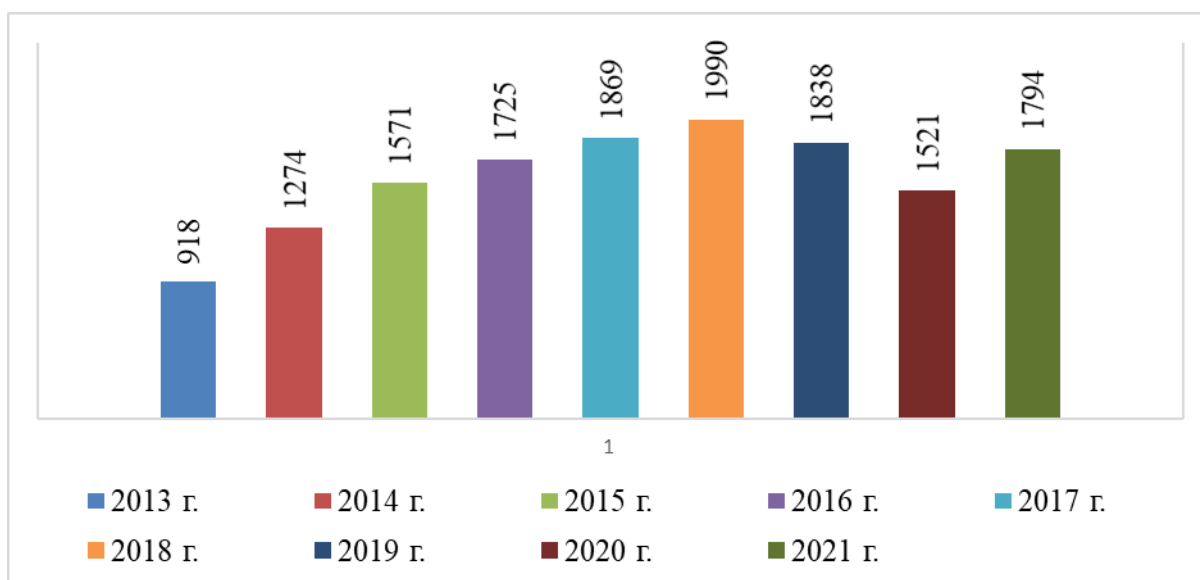


Рисунок 5.1. - Число госпитализированных детей в ГУ РДРЦ

В 2013 г. (рисунок 5.1.) в детский реабилитационный центр было госпитализировано всего 918 детей, из года в год число детей, нуждающихся в реабилитационной помощи, в условиях центра имело четкую динамику к росту, так 2015 г. по сравнению с 2013 г. было госпитализировано на 653 (71,1%) ($P > 0,001$) ребенка больше, в 2018 г. - 1990 детей, что на 1072 (117%) больше, чем в 2013 году.

По причине пандемии Covid 19, число детей, нуждающихся в реабилитации сократилось, так в 2020 г. было госпитализировано – 1521 ребенок, что на 469 детей меньше, чем в 2018 г. В 2021 г. при снижении частоты пандемии корона вирусной инфекции поток больных имел тенденцию к росту, число госпитализированных детей увеличилось по сравнению с 2020 г. на 15,2% и составило 1794 ребенка.

Анализ структуры патологии, явившейся причиной поступления детей в реабилитационный центр (таблица 5.1) показал, что в 2013 г. из общего числа поступивших 89,2% (819) составили дети страдающие патологией нервной системы, все последующие годы почти у всех госпитализированных имели ту же патологию, в 2014г. – 91,0%, 2015 г. – 87,6% и в 2018 г. – 93,9%. На долю других классов болезней: патологии опорно-двигательного аппарата приходилось менее 10%, бо-

лезней ССС -0,4% и дыхательной системы -7,9%., от общего числа поступивших детей.

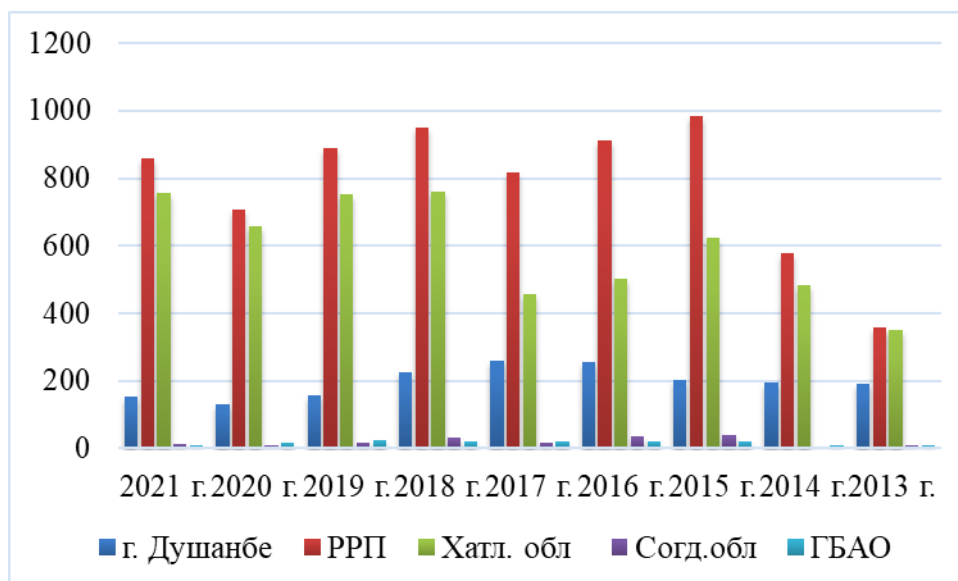


Рис. 5.2. - Число детей, прошедших реабилитацию в зависимости от региона

Все годы функционирования реабилитационного центра (рисунок 5.2; таблица 5.1), на реабилитацию преимущественно госпитализировались дети, проживающие в городах и районах РРП и Хатлонской области. Так, в 2013 г. от общего числа поступивших детей жители РРП и Хатлонской области составили 39,1 и 38,1 % соответственно. В 2018 г. число детей, поступивших из РРП возросло до 47,7%, что больше на 8,6% по сравнению с 2013 г. ($P < 0,001$). Показатель поступивших детей из Хатлонской области в 2018 г. по сравнению с 2013 г. осталось без изменения - 38,2%, в последующие годы 2021 не смотря на пандемию Covid 19, число детей из двух вышеуказанных регионов практически не снизилось, так из РРП – 859 и Хатлонской области 757 детей.

В то же время число детей госпитализированных из г. Душанбе в 2018 г. на 9,4% меньше, чем в 2013 г. ($P < 0,001$). Число детей из г. Душанбе имело выраженную тенденцию к снижению, в 2021 г. было всего госпитализировано 155 детей, что меньше на 69 (30,8%) детей, чем в 2018 г.

Из ГБАО и Согдийской области все годы функционирования реабилитационного центра число детей больных, поступивших на реабилитацию колебалось от 0,9% ГБАО в 2013 г., до 1,6% из Согдийской области в 2018 г. Если в 2018 г. из

Согдийской области было госпитализировано 33 ребенка, то в 2021 г. на 21 (36,3%) пациента меньше, что касается ГБАО, то и там имеет место такая же динамика в 2018 г. – 21 ребенок, в 2021 г. 11 (52.3%) меньше.

Таблица 5.1. - Число госпитализированных детей в ГУ РДРЦ

	г. Душанбе	РРП	Хатл. обл	Согд.обл	ГБАО
2021 г.	155	859	757	12	11
2020 г.	132	706	660	8	15
2019 г.	158	888	752	17	23
2018 г.	224	951	761	33	21
2017 г.	201	985	626	38	19
2016 г.	256	913	501	34	21
2015 г.	260	816	457	17	21
2014 г.	195	580	485	6	8
2013 г.	190	359	350	10	9
Динамика за 9 лет	- 35 Т/убыл - 18,4%	+ 500 Т/при- роста + 58,2%	+ 407 Т/при- роста + 53,7%	+ 2 Т/при- роста +16,6%	+2 Т/при- роста +18,2%

По г. Душанбе с 2013 г. по 2021 гг. показатель Т/убыли числа больных составило 35 больных или -18,4%, в РРП напротив, наплыв больных не уменьшался динамика за 9 лет функционирования составило +500 детей, а показатель Т/прироста +58,2%. Девятилетняя динамика числа больных, поступивших на реабилитацию из Хатлонской области составило +407 детей, тогда как показатель Т/прироста + 53,7%. Динамика по Согдийской области и ГБАО за весь период деятельности центра имело +2, в этих регионах показатель Т/прироста был +18,2%.

Таким образом, более 2/3 детей, проходивших реабилитацию и лечение в ГУ РДРЦ за весь период функционирования составляли дети, проживающие в РРП и Хатлонской области. Одной из причин низкого показателя госпитализации детей из Согдийской области, заключается в том, что в г. Худжанде функционирует Государственное учреждение “Республиканская физиотерапевтическая больница имени Нурматова Абдусаттора, где проводится реабилитационная терапия детей, в возрасте от 1 до 18 лет.

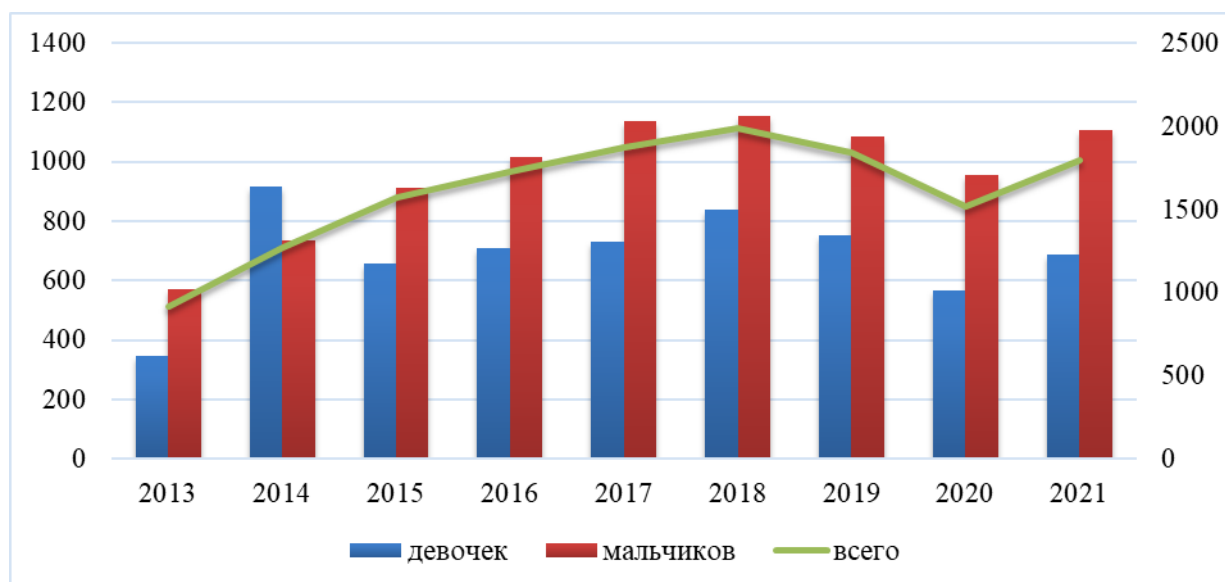


Рисунок. 5.3. - Число, впервые госпитализированных детей с учетом гендерных различий (по данным ГУ РДРЦ).

В реабилитационных мероприятиях в равной степени нуждаются дети обо-го пола, многолетний анализ гендерного различия показал, что все годы мальчи-ки чаще поступали на реабилитацию, чем девочки, различия между полами 1,5 ра-за в пользу мальчиков.

Таблица 5.2. - Сравнительный анализ поступивших в зависимости от пола

Годы	Пол				Всего
	Девочки		Мальчики		
	Абс.	Уд.вес.%	Абс.	Уд.вес. %	
2013	347	37,8	571	62,2	918
2014	539	42,3	735	57,7	1274
2015	657	41,8	914	58,2	1571
2016	710	41,2	1015	58,8	1725
2017	733	39,2	1136	60,8	1869
2018	837	42,1	1153	57,9	1990
2019	754	41,0	1084	59,0	1838
2020	567	37,3	954	62,7	1521
2021	688	38,4	1106	61,6	1794
Динамика за 9 лет	+341; Т/прироста +49,5%	+0,6%	+535; Т/прироста +48,3%	- 0,6%	+876; Т/прироста +48,8%

Всего на протяжении 9 лет функционирования центра было госпитализировано 14500 детей, из них 40,2% составили девочки и 59,8% мальчики, показатель соотношения между полами был равен 1,5. Динамика числа госпитализированных девочек за 9 лет составило +341 случай, где показатель Т/прироста был равен +49,5%. Мальчиков за 9 лет было госпитализировано на 535 детей больше, Т/прироста +48,3%. Из общего числа госпитализированных детей за 9 лет динамика составило +876 случаев, показатель Т/прироста +48,8%. Показатель динамики удельного веса по полу практически за анализируемый период не изменился и составил 0,6%. Следовательно, больные мужского пола более подвержены возникновению невралжной патологии, и ДЦП в том числе.

Таблица 5.3. - Показатель впервые поступивших детей, и из них инвалиды

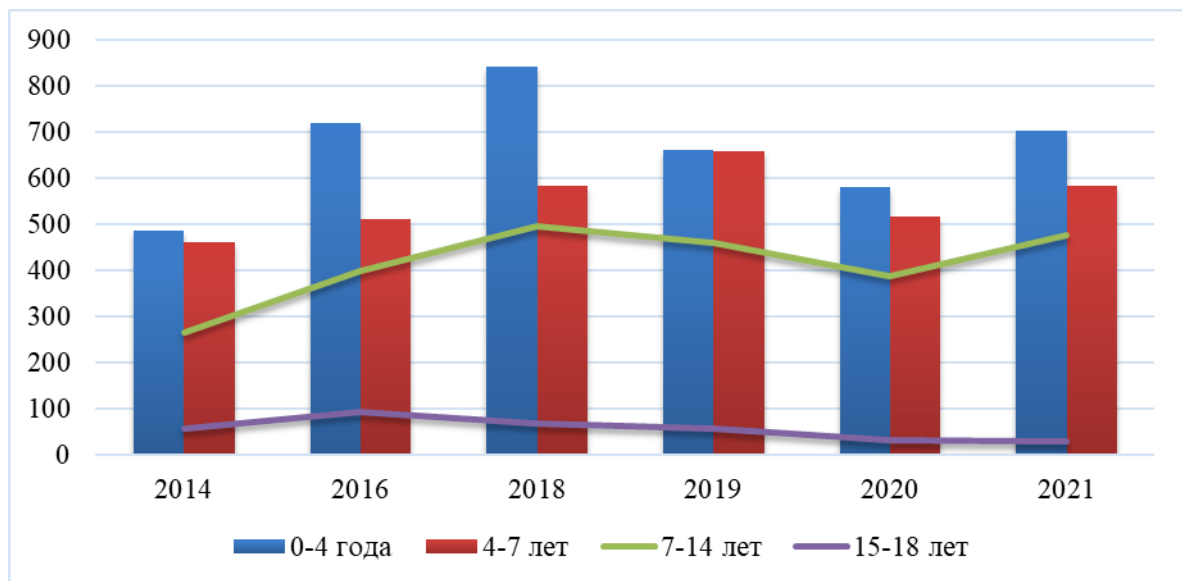
Годы	Показатель впервые поступивших детей	Число инвалидов среди впервые поступивших
2015 г.	49,1%	48,40%
2016 г.	56,4%	43,30%
2017 г.	61,9%	50,10%
2018 г.	60,6%	58,60%
2019 г.	67,5%	56,3%
2020 г.	54,9%	57,5%
Динамика за 6 лет	+5,8%; Т/прироста. +10,6%	+9,1%; Т/прироста +15,8%

Первые два года (таблица 5.3.) 2015 и 2016 г. из числа впервые поступивших, около половины 48,4% и 43,3% соответственно, составили дети инвалиды, в 2017 и 2018 гг. данный показатель составил более половины 50,1% и 58,6% соответственно. В 2018 г. число, впервые поступивших детей инвалидов по сравнению с 2015 г. было больше на 10,2%. Динамика числа детей, впервые госпитализированных на реабилитацию в центр составило +5,8%, где показатель Т/прироста +10,6%. Среди поступивших все годы половину составляли дети инвалиды, за 6 лет наблюдения число детей инвалидов, поступивших на реабилитацию возросло на 9,1%, тогда как показатель Т/прироста был равен +15,8%.

Таблица 5.4. - Возрастная характеристика госпитализированных детей

Годы	Возраст детей			
	0-4 года	4-7 лет	7-14 лет	15-18 лет
2014	488	463	266	57
2015	680	459	329	103
2016	720	513	398	94
2017	780	559	452	78
2018	841	583	497	69
2019	662	658	461	57
2020	581	518	389	33
2021	703	583	477	31
Динамика за 8 лет	+215; Т/при-роста+30,5%	+120; Т/при-роста+20,5%	+211; Т/при-роста+44,2%	-26 Т/убыл -45,6%

Рисунок 5.4. - Распределение госпитализированных больных по возрасту



Максимальное число детей (рисунок 5.4.), которые поступили на реабилитацию в течении с 2014 по 2018 гг. были в возрасте до 4 лет - 5455 случаев, до 7 лет 4336, до 14 лет – 3269, и до 18 лет 522 детей, с увеличением возраста число детей проходившие реабилитацию в условиях центра имело четкую динамику к сокращению. Всего за весь анализируемый период число госпитализированных детей в возрасте до 4 лет на 4933 детей было больше, чем в возрасте до 18 лет

($P < 0,001$). Из общего числа госпитализированных в течении трех лет 5153 детей, 37,0% составили дети до 4 лет, 34,1% - до 7 лет, 25,7% - 14 лет, 2,3% - до 18 лет.

Многолетнее наблюдение показало, что заболевания нервной системы, лидирует среди другой патологии явившиеся причиной госпитализации детей в реабилитационный центр. Так, в 2013 г. (таблица 5.5.) от общего числа госпитализированных в реабилитационный центр детей (89,2%) составили дети, страдающие патологией нервной системы, каждый 25 ребенок страдал патологией опорно-двигательного аппарата, 4,4% заболевания дыхательной система и только 1% из числа поступивших болели заболеванием ССС. Такая тенденция сохранялась до 2016 г., начиная с 2017 г. показатель числа детей, поступивших на реабилитацию с заболеваниями нервной системы превысило более 2/3 и составило 1708 (91,4%) детей, несколько возросло число детей с патологией опорно-двигательного аппарата с 5,3% в 2013 до 5,8% в 2017 г., в тоже время снизилось число детей, поступивших на реабилитацию с заболеваниями дыхательной системы и ССС с 4,4% и 1% в 2013 до 2,5% и 0,3% в 2017 г. соответственно ($P > 0,001$)).

Таким образом, проведенный анализ показал, что все годы существования центра в большинстве случаев причиной госпитализации детей на реабилитацию были заболевания, связанные с патологией нервной системы.

Изучая структуру причин патологических состояний, явившихся причиной для госпитализации на реабилитацию в детский реабилитационный центр за период с 2013 по 2020 гг. установлено (таблица 5.5), что лидирующие позиции занимают заболевания, связанные с патологией нервной системы. Выявлено, что данный класс заболеваний в структуре заболеваний в 2013 г. составил 819 случаев, что соответствовало 89,2% от общего числа госпитализированных детей. Однако в динамике лидирование данной патологии среди причин инвалидизации детей сохранялось, о чем свидетельствует увеличение числа больных с данной патологией, где показатель $T/\text{прироста}$ за анализируемый период составил +42,8%, в численном исчислении абсолютное число больных увеличилось в 2020 г. на 613 детей или в 1,7 раза.

По частоте причин госпитализации на реабилитацию были дети, страдающие патологией опорно-двигательного аппарата, средне годовое число случаев составило в 2013 г.- 5,3% и в 2020 г.- 4,7%. Однако в динамике за 8 лет число детей с данной патологией, проходивших реабилитацию увеличилось, где показатель Т/прироста составил +32,8%.

Среди 4 основных классов заболеваний, явившихся причиной госпитализации детей на реабилитацию, заболевания сердечно сосудистой системы имели некоторый отрицательный тренд на протяжении последних 8 лет. Так, мониторинг показал, что в течении 8 лет число детей с данной патологией уменьшилось в 1,6 раза, где показатель Т/прироста имел отрицательный баланс – 40,0%.

Тогда как, заболевания дыхательной системы, как и другие классы болезней, явившихся причиной госпитализации детей на реабилитацию в ГУ РДРЦ имел на протяжении 8 лет отрицательное сальдо. Так, если в 2013 г. число детей с данной патологией составило 4,3%, то в 2020 снизилось до 1,0%, где Т/убил. составило - 60%.

Таким образом, восьмилетний мониторинг причин госпитализации детей, поступивших на реабилитацию в ГУ РДРЦ продемонстрировало, что среди 4 основных классов болезней, основной причиной является заболевания нервной системы, где их частота колебалась от 89,2% в 2013 г. до 92,6% в 2020 г., только по заболеваниям ССС имеет место отрицательный баланс, число детей с данной патологией уменьшилось более чем 1,6 раза.

Таблица 5.5. - Структура причин госпитализации детей инвалидов на реабилитацию за 2013-2020 гг.

Классы болезней	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2020		Т/при- роста Т/убыл
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Заболевания нервной системы	819	89,2	1160	91,0	1376	87,6	1537	89,1	1708	91,4	1868	91,4	1432	92,6	+42,8
Патология опорно-двигательного аппарата	49	5,3	64	5,0	117	7,5	136	7,9	108	5,8	80	5,8	73	4,7	+32,8
Заболевания дыхательной системы	40	4,4	45	3,5	7	0,5	42	2,4	47	2,5	39	2,5	24	1,5	-40,0
Заболевания ССС	10	1	5	0,4	71	4,5	10	0,6	6	0,3	3	0,3	16	1,0	+37,5
Всего	918	100	1274	100	1571	100	1725	100	1869	100	1990	100	1545	100	

Многолетнее изучение причин, способствующих формированию детской инвалидности показали, что данная проблема радикально отличается от таковых у взрослого населения. Достижения медицинской науки и практики на современном этапе способствуют сохранению жизни детей, родившихся от сверхранних преждевременных родов, регистрируется рост числа травмированных в процессе родов детей, а также и детей с врожденными аномалиями развития, которые в дальнейшем и определяют основной контингент, формирующий детскую инвалидность.

Результаты многофакторного анализа, показывают, что причинами, способствующими детской инвалидности являются тяжелая патология, характер течения заболевания, несвоевременная и некачественная медицинская реабилитация на ранних этапах возникновения болезни [4].

Доказанным фактом является тот момент, что причинами возникновения всех форм ДЦП являются поражения головного мозга по многочисленным причинам, которые развиваются, как итог повреждения различных структур головного мозга ребенка. К настоящему времени принято считать, что чаще всего ДЦП развивается во время беременности. Установлено, что еще на дородовом этапе возникают от 70% до 90% всех случаев данного заболевания.

Следовательно, необходимо отметить тот момент, что даже, если предпосылка одна, то почему же тогда проявления данного заболевания бывает различным?

Итогом сказанного является тот момент, что причины возникновения заболевания обусловлено развитием болезни.

Следовательно, предрасполагающими факторами риска являются некоторые моменты - особенность ребенка, любое влияние на него, что в свою очередь повышает риск вероятности формирования заболевания.

Однако, не следует утверждать тот момент, что если у детей установлены факторы риска, то не минуемо эти дети должны страдать ДЦП. В тоже время, к данному контингенту детей необходимо относиться с особым вниманием, не снимая с повестки дня регулярные осмотры квалифицированных специалистов, что будет способствовать своевременной диагностике и выбору наиболее адекватного для данного момента метода лечения.

Формы инвалидности могут быть самыми разными. При некоторых формах инвалидности потребности в дополнительной услугах со стороны родственников или медицинского персонала нет, тогда как при других имеет место высокая зависимость.

Последние 8 лет, как и предыдущие годы структура причин инвалидности детского населения (таблица 5.6.) практически остаётся без изменения, продолжают лидировать конкретные позиции, связанные с болезнями нервной системы, врожденные аномалии, психические расстройства. Среди всех классов болезней нервной системы, детский церебральный паралич составляет более половины случаев 57,8 %, удельный вес данной группы заболеваний превышает 2/3 (66,4%) среди всех причин детской инвалидности в стране.

Среди нозологических форм, относящихся к классу заболеваний нервной системы имеет место тенденция к росту показателей. Установлено, что наиболее высокий темп прироста за период с 2013 по 2020 гг. показателей инвалидности имеет место ДЦП (Т/прироста= $+71,5\%$), где динамика за 8 лет увеличилась на 741 случай. Высокие темпы прироста установлены также и по следующим классам болезней: «Можечковая атаксия» (Т/прироста= $+80,0\%$), однако в структуре всех заболеваний нервной системы общая частота не превысило 0,3%, «Микроцефалия» (Т/прироста= $+76,6\%$), динамика за 8 лет возрасла на 82 случая, всего за анализируемый период было госпитализировано на реабилитацию 525 детей с данной патологией.

Другой класс болезней нервной системы, который явился причиной прохождения детей реабилитации является «Родовая черепно-мозговая травма». Общее число больных с данной патологией, поступивших в ГУ РДРЦ за 8 лет составило 2048 детей, динамика + 144 случая, среди всех больных, страдающих патологией ЦНС, частота данной патологии составило 19,3%. Показатель(Т/прироста= $+48,1\%$).

Таблица 5.6. - Структура неврологической патологии у детей прошедших реабилитационную терапию n= 10592

Годы	Патология нервной системы									
	ДЦП	Спасти- ческий полио- миелит	Родовая черепно- мозговая травма	Менин- гоэнце- фалит	Мик- роце- фалия	Миопа- тия Дю- шенна	ПЭП	Гидро- цефа- лия	Син- дром Дауна	Моз- жечко- вая атаксия
2013	295	204	155	28	25	18	8	20	8	2
2014	585	214	123	32	27	21	67	4	16	2
2015	704	98	195	38	53	23	60	32	17	6
2016	834	67	229	26	59	8	42	25	15	7
2017	878	66	346	28	95	19	49	22	16	5
2018	828	54	350	18	82	26	70	25	19	3
2019	972	49	351	7	77	21	41	11	21	5
2020	1036	31	299	55	107	36	19	28	23	12
Динамика за 8 лет; Т/прироста	(+741) +71,5%	(-173) -84,8%	(+144) +48,1%	(+27) +49,0%	(+82) +76,6%	(+18) +50,0%	(+11) +57,8%	(+8) +28,5%	(+15) +65,2%	(+10) +83,3%
Всего	6132	783	2048	232	525	172	356	167	135	42
% от общего числа случаев	57,8%	7,3%	19,3%	2,1%	4,9%	1,6%	3,3%	1,5%	1,2%	0,3%

Среди заболеваний, относящихся к наследственно обусловленным классам болезней «Синдром Дауна», на протяжении 8 лет общее число больных, страдающих данным заболеванием, госпитализированных на реабилитацию составило 135 детей, динамика за данный период увеличилось на 15 случаев, показатель (Т/прироста=+65,2%).

Наряду с приростом имело место и снижение показателей инвалидности по некоторым классам заболеваний, в частности, «Спастический полиомиелит», если в 2013 г. после вспышки данного заболевания в Таджикистане, число госпитализированных детей с данной патологией в этот год составило 204 случая, то в 2020 г. число детей, прошедших реабилитацию с данной патологией снизилось в 6,5 раза, показатель (Т/прироста=-84,8%).

Проведение профилактической работы детской инвалидности должно начаться с охраны здоровья семьи и женщин репродуктивного возраста, процесс ее формирования в большей степени зависит от роли наследственности, врожденной и перинатальной патологии, иначе говоря все аспекты в той или иной степени, связанные с ранним фетальным, антенатальным и перинатальным периодами. Практически существующая система ранней профилактики инвалидности у детей и поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, является неотъемлемой частью государственной социальной политики. На протяжении ряда лет, уровень детской инвалидности в Таджикистане имеет тенденцию стагнации процесса. Последние годы установлено, что биологические константы возраст и пол в структуре детской инвалидности не имеет выраженную тенденцию к изменению.

В профилактике детской инвалидности, информированность членов общества о причинах и факторах, способствующих возникновению различных отклонений в состоянии здоровья детей играет большую роль. Данные отклонения в первую очередь связаны с множеством аномалий развития, наследственными заболеваниями и как следствие, большинства из них приводят к развитию инвалидности.

Нами, проведено анкетирование членов общин, проживающих в различных регионах страны, охватывающие сельский и городской уровни. Всего опросом были охвачены 600 человек (таблица 5.7.), из них 65,6% составили женщины, 34,4% мужчины, возраст респондентов был практически одинаков, среди женщин $28,6 \pm 1,8$ лет, мужчин $35 \pm 1,5$ года. По социальному статусу опрошенные были: домохозяйками 56,7%, студентами – 18,5%, разнорабочими – 9,7%, служащими – 15,1%.

Число респондентов в каждом регионе составили по 300 человек. Жители различных регионов на один и тот же вопрос ответили по разному, сельские жители – в 22,7% случаев ответили, что не знают о причинах и факторах приводящих к детской инвалидности, таковых среди жителей столицы оказалось – не более 14,7%.

Курение как фактор, приводящий к детской инвалидности, только более 1/3 (43%) жителей села дали положительный ответ, что статистически достоверно ниже ($P < 0,001$), чем в городской регионах. Ответ респондентов о том, что прием наркотиков и инфекция приводит к возникновению детской инвалидности в обоих регионах не более чем 1/3 дали положительный ответ. Во всех регионах респонденты уверены, что заболевание с наследственной предрасположенностью является одной из основных причин детской инвалидности 85,3%, и 77,3%, (соответственно).

Таблица 5.7. - Информированность пациентов о влиянии факторов риска на формирование врожденной, наследственной патологии и инвалидности детей (n=600)

Информированность пациентов	Городской уровень n=300		Сельский уровень n=300		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Не знают	44	14,7	68	22,7	=0,012 $X^2=6.3$
Курение	162	54,0	129	43,0	=0,008 $X^2=7.3$
Прием наркотиков	87	29,0	62	20,7	=0,019 $X^2=5,6$

Заболевания с наследственной предрасположенностью	256	85,3	232	77,3	=0,012 $X^2=6,3$
Инфекции	69	23,0	112	37,3	<0,001 $X^2=14,6$

Примечание: Р-статистической значимости различий показателей между городскими и сельскими населенными пунктами (по критерию X^2 Пирсона).

Осведомленность о причинах детской инвалидности среди жителей села, значительно ниже по сравнению с респондентами, проживающими в городской местности. Статистически достоверно ($P < 0,001$), жители городского уровня больше осведомлены о причинах и последствиях детской инвалидности. По нашему мнению данный факт связан с тем, что в сельской местности проживали в основном домохозяйки и разнорабочие, тогда как в столице большую часть опрошенных составили служащие, студенты и разнорабочие (трудовые мигранты).

Процесс становления личности, обеспечение качественного многообразия форм общения, продолжение человеческого рода, адаптация и социализация, возможности его контакта с другими себе подобными в процессе жизнедеятельности общества, обеспечивает семья как базовый институт воспроизводства человеческих поколений. В этой связи, данная ячейка общества играет важную роль и значение на всех этапах становления личности ребенка, управляя его развитие в целом. Необходимо признать тот факт, что роль семьи не в состоянии компенсировать в той или иной форме другие институты социализации.

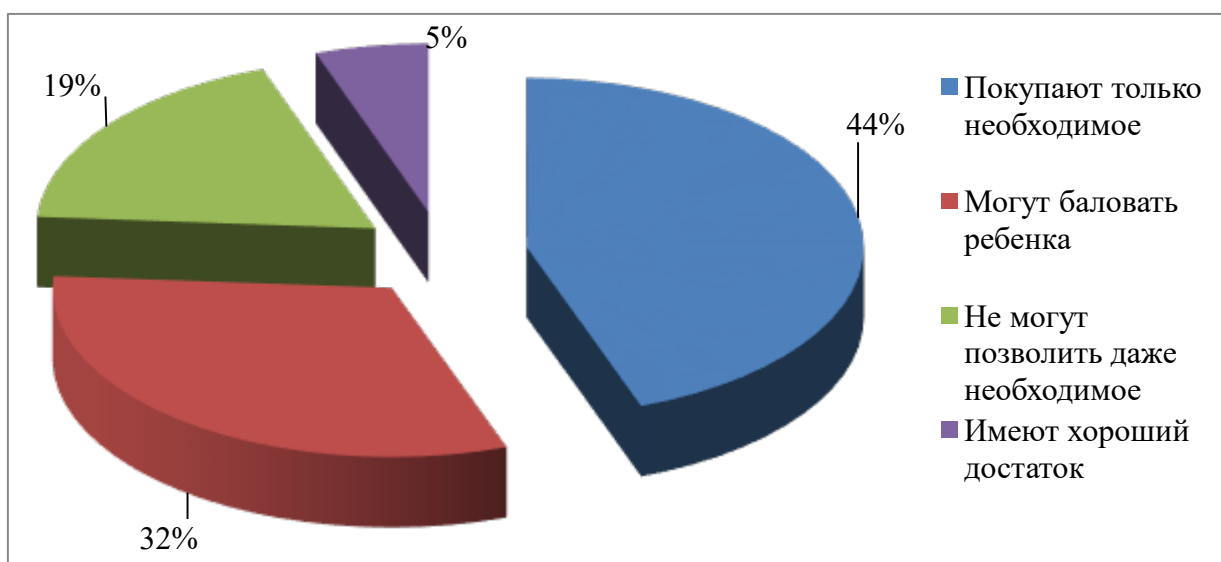


Рисунок 5.5. - Процентное соотношение уровня достатка семей-членами которых являются дети инвалиды

Анализируя уровень достатка семьи, где проживает ребенок инвалид, установлено, что 63% семей проживают в достаточно тяжелых экономических ситуациях. Так, из них 44% семей могут позволить себе приобретать самое необходимое, 19% не могут позволить приобрести ребенку даже самое необходимое. Только 37% семей имеют достаточно финансовых средств, что позволяет не экономить средства на детях инвалидах.

5.1. Медико-биологическая и социальная характеристика детей с ДЦП

5.1.1. Комплексный анализ инвалидности, вследствие детского церебрального паралича у детей.

По [Семенов К.А. 2007] ДЦП является причиной тяжелой и стойкой инвалидизации более 8%, частота данной патологии среди детской популяции имеет тенденцию к росту. По результатам исследований С.Н. Пузина и Л.Л. Науменко (2009) в РФ регистрируются высокие показатели патологии классов болезней, относящихся к нервной системы, в то время как среди них, превалирует, как причина инвалидизации детский церебральный паралич.

В различных странах частота ДЦП колеблется от 1,3 до 2,7 случая на 1000 детского населения. К примеру, в РФ первичная заболеваемость детей ДЦП в

подростковом возрасте до 14 лет в начале 2000 годов составляло 25,3, тогда как через 6 лет данный показатель возрос на 10,4 единиц и составил 35,7 на 100 тыс. дет нас. Как и предыдущие годы, вопрос реабилитации детей с ДЦП не потерял свою актуальность, а наоборот приобрел большую актуальность в связи увеличением числа больных детей, страдающих ДЦП для общества продолжает оставаться сложной и наиболее острой. В РТ, как и во многих других государствах, проблема профилактики заболеваемости, инвалидизации, уровень оказания медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации, в тоже время активной интеграции детей инвалидов в общество стало ведущей медико-социальной задачей.

Комплексный подход к проблемам реабилитации детей инвалидов по причине ДЦП, с последующей систематизацией данной деятельности нуждается в научной оценке закономерностей формирования инвалидности с последующей оценкой степени тяжести, клинических форм проявления данной патологии, уменьшение объема основных категорий жизни-деятельности с последующей оценкой потребности в различных видах медико-социальной реабилитации. Основываясь на многоаспектном анализе инвалидности в Республике Таджикистан проведена работа по формированию базы данных по инвалидности, вследствие детского церебрального паралича у детей за 5 лет. Решение данного вопроса даст возможность разработать комплексную программу профилактики инвалидности. Данная программа направлена на укрепление здоровья детей-инвалидов, а также на социальную поддержку семей, где воспитываются дети с данной патологией.

Проблемами реабилитации инвалидов на современном этапе занимаются органы управления и организации, которые составляют основную часть различных организационных систем (здравоохранение, образование, органы социальной защиты, труда и занятости и другие). Именно к востребованным формам реабилитационных услуг для детей-инвалидов, по мнению большинства специалистов данного профиля, на сегодняшний день продолжает оставаться социально-медицинские, социально-бытовые услуги, содействие в обеспечении ребенка-инвалида техническими средствами реабилитации, а также индивидуальная кор-

реакционная работа, направленная на повышение социально-бытового, психологического и социально-правового статуса ребенка.

Необходимо отметить то, что на сегодняшний день к одним из актуальных проблем детей-инвалидов, вследствие ДЦП, относятся ряд ограничений, связанных с основной патологией, в частности, это способность детей к активной жизнедеятельности. Возникающие проблемы можно сгруппировать по основным признакам: - проблемы, связанные с самообслуживанием и передвижением; общением с окружающими; психоэмоциональные ограничения; стремление и возможности к обучению и трудовой деятельности в дальнейшем; проблемы, связанные с социальным и правовым неравенством; бедность, не всегда отвечающая потребностям медицинская помощь; ограниченный доступ к лекарствам и адекватному реабилитационному обеспечению.

Детский церебральный паралич в структуре детской инвалидности, возникшее по причине невральной патологии, занимает лидирующие позиции и составляет более 2/3 72,1% [Акопян Т.А., 2008]. ДЦП относится к группе заболеваний, при котором, у детей имеет место не прогрессирующие нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие по причине повреждений ЦНС имеющие антенатальный, интранатальный и неонатальный генез. Имеющие место двигательные нарушения, выявляемые при ДЦП, часто регистрируются одновременно с интеллектуально-амнестическими, речевыми, пароксизмальными расстройствами [3]. По данным многочисленных научных исследований, высказывается мнение о том, что инвалидность детского населения в дальнейшем будет иметь четкую тенденцию роста, особенно более интенсивно будет отмечаться повышение показателей среди детей с неврологическими нарушениями и детским церебральным параличом.

Именно перинатальному поражению ЦНС отводится основная роль в структуре причин ДЦП. Популяционная частота указанной патологии по оценкам различных авторов составляет от 1,7 до 3,1 случаев на 1000 новорожденных. Установлено, что зачастую, причиной возникновения детского церебрального паралича, является структурное изменение, возникающее в нервной ткани, как ре-

зультат не дозревания или повреждения мозга в самом раннем онтогенезе. Период воздействия неблагоприятного фактора можно разделить на три этапа, первый этап: воздействующие в антенатальном периоде, второй в интранатальном и на конец третий этап в раннем постнатальном периоде. Всё-таки среди множества факторов развития ДЦП наибольшее внимание уделяется преждевременным родам.

Таблица 5.8. - Частота ДЦП в структуре заболеваний нервной системы у детей

	Код МКБ-10	2014	2015	2016	2017	2018	2020	Т/при-роста
Всего зарегистрировано больных		299442	330229	323578	310827	275546	225245	- 24,7%
Из них, с заболеванием нервной системы	G00-G99	12252	12733	14571	15321	14299	13394	+8,5%
Удельный вес в %		4,0	3,8	4,5	4,9	5,1	5,9	+32,2%
В том числе ДЦП	G80	510	424	552	707	569	343	- 32,7%
Удельный вес в %		4,1	3,3	3,8	4,6	3,9	2,5	- 39,0%

Изучая данные о заболеваемости детей 1 года за последние 5 лет с 2014 по 2018 гг., (таблица 5.8.), (учет. форма 31) установлено, что каждый 4 больной ребенок страдает патологией нервной системы. Так, если в 2014 г. всего по стране заболело 299442 детей 1 года жизни, то из них (4,0%) 12252 имели патологию нервной системы. В 2015 г. число больных детей увеличилось до 330229 случаев,

следовательно, отмечено тенденция к увеличению числа детей с патологией нервной системы 12733, что на 481 случай больше, чем в предыдущем году. Однако число больных детей в 2018 г. по сравнению с 2014 г. уменьшилось на 23896 случаев или 7,9%, в этот же год отмечен рост числа детей, страдающих патологией нервной системы на (14,3%) 2047 случаев ($P < 0,001$).

По данным официальной статистики (учетная форма 31), утвержденная приказом Агентства по Статистике при Президенте РТ от “11” октября 2013 г. № 054), (таблица 5.8), удельный вес больных детей 1 года жизни, страдающих ДЦП из числа всех случаев патологии нервной системы в 2014 г. составило (4,1%) или 510 случаев, тогда как в 2017 году анализируемый показатель возрос на 197 случаев и составил 707 (4,6%). Установлено, что при нарастании числа случаев заболеваний нервной системы частота ДЦП коренным образом не меняется.

Показатель первичной инвалидности является наиболее качественным индикатором, позволяющим оценить динамику или тенденцию частоты регистрации случаев инвалидизации детей. За последние 6 лет установлено, что чаще всего дети становятся инвалидами по причине группы заболеваний, связанных с патологией нервной системы. В структуре первичной инвалидности детей на первом месте стоит патология нервной системы, как видно из таблицы (таблица 3.4), каждый 3 первично признанный инвалидом ребенок страдает патологией нервной системы.

Из общего числа детей, в возрасте от 0 до 18 лет, впервые признаны инвалидами каждый третий ребенок, страдает патологией нервной системы. В 2012 г. всего по стране впервые были признаны инвалидами 3330 детей, из них с 1348 с патологией нервной системы (5,9 на 10 тыс. дет. или 37,6%). В 2018 г. 3539 детей, что на 209 случая больше чем в 2012 г. ($P > 0,001$), которые впервые были взяты на учет по инвалидности, из них 1298 (3,9 на 10 тыс. дет или 36,6%), детей были признаны инвалидами по причине заболеваний нервной системы. В настоящее время сохраняется четкая тенденция неуклонного роста числа детей инвалидов, что является четким индикатором неблагополучия здоровья детей, в свою очередь отражая крайний негативный аспект нездоровья детей и подростков.

Таблица 5.9. - Показатель диспансеризации детей инвалидов и их оздоровление

Годы	2014			2016			2018			2020			Т/при-роста%
	Всего	Возраст		Всего	Возраст		Всего	Возраст		Всего	Возраст		
		0-1 года	1-4 года		0-1 года	1-4 года		0-1 года	1-4 года		0-1 года	1-4 года	
Находились под диспансерным наблюдением	2351	8	488	2602	5	475	2698	7	488	2807	101	548	+16,2
Были взяты на учет	642	5	106	813	4	151	413	2	110	500	41	115	+22,1
Всего %	27,3	62,5	21,7	31,2	80,0	31,7	15,3	28,5	22,5	17,8	40,5	20,9	+34,7
Из них впервые признаны инвалидами	328	5	90	384	4	124	312	2	98	368	33	108	+10,8
% от общего числа	51,0	100,0	84,9	47,2	100,0	82,1	75,5	100,0	89,0	78,6	80,4	93,9	+35,1
Сняты с диспансерного учета	475	-	122	718	5	187	379	4	39	747	36	760	+36,4
Из них оздоровлены	85	-	9	71	-	6	54	1	7	58	11	99	-31,7
% оздоровленных	17,8	-	7,3	9,8	-	3,2	14,2	25,0	17,9	7,7	30,5	13,0	-56,7

Наслоение проблем, приведшая к накоплению «бремени» выраженных в тяжелых отклонениях здоровья детского контингента населения, способствовало появлению огромного каскада достаточно серьёзных социально-экономических и морально-психологических факторов применительно ребенка-инвалида, а также и для членов его семьи, включая общество в целом. Именно эти проблемы способствовали необходимости дополнительной интервенции средств со стороны государства, что в совокупности может провоцировать развитие снижения качества жизни населения и как итог этого, замедление темпов развития страны.

Проведя анализ данных о численности детей инвалидов (таблица 5.9.), находившихся на диспансерном учете, была установлена, четкая тенденция к динамическому увеличению абсолютного числа детей-инвалидов. Установлено, что показатель имел положительный тренд за последние анализируемые 7 лет с 2014 по 2020 гг. (Т/прирост +16,2%), абсолютное число больных за этот период увеличилось на 456 случаев. Из общего числа детей инвалидов в 2014 г. на диспансерный учет было взято 642 ребенка, в динамике выявлено, что показатель (Т/прирост имел отрицательное сальдо -22,1%), где абсолютное число уменьшилось на 142 ребенка.

Возрастная характеристика детей, находящихся на диспансерном учете по поводу ДЦП показало, что в 2014 г. из общего числа детей 488 (20,7%) составили дети в возрасте от 1 до 4 лет, в динамике в течении последующих 6 лет данный показатель существенно не изменился и составил (19,5%).

Из числа детей, впервые взятых на диспансерное наблюдение признаны инвалидами в 2014 г. – 328 детей в 2020 – 368 (Т/прироста +10,8). Из общего числа детей, находящихся под диспансерным наблюдением в 2014 г. были сняты с учета 475 детей (20,0%), тогда как в 2020 г. (26,6%) показатель составил (Т/прироста + 36,4%). Процессом оздоровления из числа снятых с диспансерного учета были охвачены в 2014 г. 85 (17,8%) детей, в 2020 58 (7,7%), показатель (Т/прироста -56,7%). Выявленные существенные изменения в числе больных в 2020 г. связаны с пандемией Covid 19.

Таблица 5.10. - Динамика первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней «Болезни нервной системы G00-G99» за 2012- 2020 гг. (абс., на 10 тыс., %)

Класс бо- лезней	Код МКБ -10	Абсолютное число					Интенсивный показатель на 10 тыс. нас.					Удельный вес в %				
		2012	2014	2016	2018	2020	2012	2014	2016	2018	2020	2012	2014	2016	2018	2020
Болезни нервной системы	G00- G99	1348	731	1078	1298	1427	3,9	2,6	3,3	3,5	3,8	39,7	26,2	32,9	35,6	38,7
Т/прироста						+5,5%					-2,5%					- 2,5%
Всего		3389	2780	3274	3641	3682	24,3	21,5	21,4	25,3	24,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100, 0

Другие характеристики детской инвалидности существенному изменению не подверглись, и в целом, за этот период не отличались. Полученные результаты могут свидетельствовать о сформировавшейся системе освидетельствования детей инвалидов.

В руководстве «Международную номенклатуру нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», определено, что во главе угла основных признаков нарушения в состоянии здоровья детей-инвалидов является именно проблемы связанные с двигательными нарушениями - 30,7%, именно эти факторы и преобладают в ограничении жизнедеятельности пациента, которые снижают способность детей передвигаться - 12,8%, ограничение движения рук 4,2%, способность управлять телом - 3,6% (Соловьёва К.С. и соавт, 1998).

Одной из наиболее распространённой формой длительного мониторинга за состоянием здоровья и организацией с последующей медицинской помощи детям-инвалидам является диспансеризация, которая осуществляется комплексно с привлечением широкого круга специалистов.

На диспансерном учете на уровне ПМСП, с последующим наблюдением находятся дети с различной патологией, ограничивающие его нормальную жизнедеятельность.

В структуре причин детской инвалидности класс болезней нервной системы код МКБ-10 G00-G99 занимает лидирующие позиции. Проведя анализ причин первичной инвалидизации детей по данному классу болезней (таблица 5.10.) установлено, что на протяжении 9 последних лет частота данного заболевания практически не имеет больших колебаний. Так, в 2012 г. от общего числа детей являющихся инвалидами 1348 (39,7%) составили дети, страдающие болезнями нервной системы, в 2020 г. установлено некоторое снижение на 4,8 процента числа больных 1427 (38,7%), показатель (Т/прироста +5,5%).

Определяя показатель частоты регистрации случаев на 10 тыс детей соответствующего возраста было выявлено, что интенсивный показатель также имел тенденцию к снижению, где (Т/прироста -2,5%)

При диспансерном наблюдении, дети инвалиды в зависимости от класса заболевания получают различные лечебно-оздоровительные процедуры, которые включают в себя ЛФК, массаж, физиотерапию, однако необходимо отметить тот факт, что исполнение указанных процедур зависит от степени оснащённости медицинского учреждения. При необходимости в случае более стойкого процесса, дети инвалиды переправляются на стационарное лечение в специализированные учреждения необходимого профиля. Основу комплексного подхода к организации лечебно-оздоровительных мероприятий при диспансерном наблюдении за ребёнком, должно включать систему реабилитации детей-инвалидов с различной патологией, где основное внимание должно уделяться неврологической патологии, где одним из главных признаков может быть нарушение опорно-двигательного аппарата в обязательном порядке должна гарантировать преемственность лечения. При таком подходе увеличиваются возможности более широкого использования возможности каждого учреждения, организовать и проводить контроль полноты и эффективности проводимых мероприятий.

По результатам многочисленных исследований, установлено, что инвалидность детей по причине заболеваний нервной системы, на протяжении многих лет, стабильно занимает второе место, как по распространённости, так и в структуре инвалидности детей в возрасте до 5 лет. Анализ причин такой высокой частоты показал, что большое значение в её возникновении отводится патологии свойственной перинатальному периоду, в частности, патологическому течению беременности и родов.

Среди всех заболеваний нервной системы явившиеся причиной инвалидизации детей, доля ДЦП достаточно велика как наиболее тяжёлое последствие гипоксическая ишемическая энцефалопатия.

Беря во внимание то, что более 2/3 госпитализированных детей страдали патологией нервной системы, нами проведено более детальное изучение медико-биологических, социальных и организационных факторов, привед-

ших к возникновению инвалидности по причине заболеваний нервной системы в данном случае ДЦП.

Проведено клиническое обследование 110 детей-инвалидов, вследствие заболеваний нервной системы (со спастическими формами детского церебрального паралича) в возрасте 1–4 лет, среди них 49 девочек (44,5 %) и 61 мальчика (55,4 %), $p > 0,05$. Традиционно обследование детей включало клинический осмотр, оценку физического развития, резистентность, лабораторный мониторинг включал анализ крови и мочи. Обобщение и анализ данных биологического, социального анамнеза проведено путем ретроспективно изучения сведений из карт развития новорожденного (ф. № 112-1/у), историй развития ребенка (ф. № 112-1/у), анкетирования и интервьюирования родителей.

В течении анализируемого периода с 2013 по 2018 г. для прохождения реабилитационной терапии в специализированный центр, поступило 4332 больных с ДЦП, что составляет 56,5% случаев от всех заболеваний нервной системы за анализируемый период. Только в 2013 г. на реабилитацию поступило всего 295 (36,0%) детей. В последующие годы данный показатель составлял больше половины из числа всех поступивших.

Начиная с самых ранних этапов онтогенеза выявлено, что влияние негативных биологических, социальных и экологических факторов, оказывают свое негативное воздействие на детей-инвалидов оказывая различное воздействие на процесс формирования патологии беременности, с учетом этапа воздействия, этапы воздействия оказали следующие: на этапе беременности (71,6 на 100 чел), родов (56,5 на 100 чел) и неонатального периода (57,5 на 100 чел).

Проведя анализ медицинской документации 110 детей страдающих ДЦП, находящиеся на реабилитации ГУ РДРЦ (рисунок 5.7) было установлено, что чаще всего более 1/3 (44%) диагноз детского церебрального паралича установлен в раннем возрасте, до года – 34%, и у 22% детей до 6 месяцев.

Одним из основных факторов возникновения ДЦП является внутриутробное повреждение незрелого (недоразвитие) мозга. Факторы, которые способствуют возникновению данной ситуации достаточно разнообразны. В тоже время, наиболее действенными факторами риска, свойственные беременности и перинатальному периоду относятся досрочные роды, многоплодие, изменение в системе мать-плацента-плод, инфекции, специфичные антенатальному периоду, аномалии развития, асфиксия в родах, гипоксически-ишемические изменения в мозге.

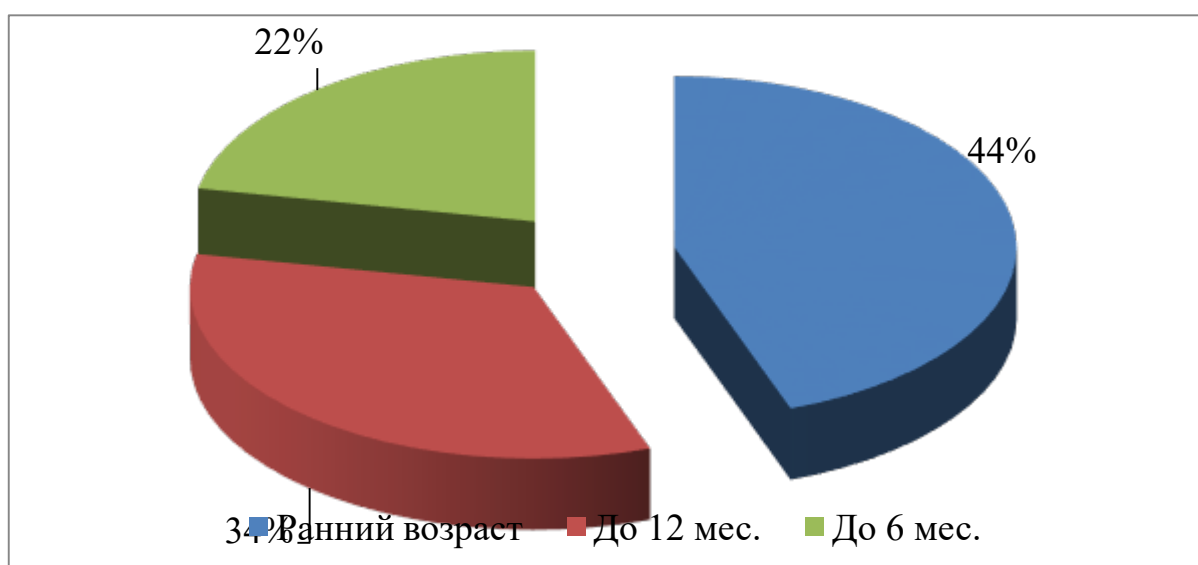


Рисунок 5.7. - Возраст детей, когда был установлен диагноз ДЦП

Существует мнение о том, что при условии рождения ребенка в семьях, где имеется больной ДЦП, высока вероятность развития данной патологии, риск возрастает в зависимости от степени их родства. При раскладе степени родства в следующем порядке: у близнецов, далее среди братьев и сестер, редко у дальних родственников. Не исключается вероятность того, что риск может распространиться даже на родственников третьей степени (первых двоюродных братьев).

Одной из главных причин возникновения инвалидности у детей, является прогрессирование воздействие материнской патологии на ограничение жизнедеятельности ребенка, причина которого зачастую кроется в ухудшении состояния здоровья матери во время беременности и родов. Немаловаж-

ное значение в этиологии инвалидности, отводится непосредственно здоровью ребенка, которое связано с инфекционными болезнями (включая кишечные инфекции), и болезнями крови и органов пищеварения. На сегодня к установленным причинам угрозы возникновения ДЦП можно отнести: «Классы инфекционных болезней матери во время беременности».

На сегодня доказанным фактом является то, что ДЦП начинает развиваться во время беременности, от 70% до 90% всех случаев данного заболевания возникают до родов.

Проявления позднего гестоза регистрировалось в 1,6 раза чаще, что по нашему мнению и является тем самым определяющим фактором, способствующим в дальнейшем развитию тяжелых отклонений здоровья будущего ребенка, в независимости от клинической формы патологического состояния, приведшая к инвалидизации ребенка. Такие факторы как угроза прерывания беременности выявлены в 20,9% случаев, ЖДА наиболее часто регистрировалось у матерей, дети которых страдали хромосомными заболеваниями (30,3%) и ВПР (24,8%).

В том случае если у матерей, дети которых страдали дизэмбриогенезом органов мочевого выделения и кровообращения, процесс течения беременности в большинстве случаев протекал на фоне ЖДА (32,0%, и 26,4% соответственно), на долю бактериально-вирусной инфекции приходилось (20,0% и 34,5% соответственно).

В том случае если дети страдали аномалиями развития бронхолегочной системы (16,7%), болезнях органов зрения и слуха (13,0% и 10,6% соответственно), то беременность у матерей преимущественно протекала на фоне патологии со стороны плаценты.

Доля нормальных родов у матерей детей-инвалидов была достаточно незначительная. При условии если дети страдали заболеваниями органов зрения (52,2%) и патологии ЦНС (44,5%), максимально среди детей, страдающих ДЦП (56,8%), то в большинстве случаев эти дети родились преждевре-

менно. Дети, страдающие психическими расстройствами - умственная отсталость в (39,8%) случаев, которые родились от преждевременных родов.

Различные отклонения в течении интранатального периода установлены в 17,3%, роды завершились применением акушерских пособий, выявлены 14,3%. Дети с ДЦП в (27,5%) случаев родились от патологических родов, в (18,0%) имело место наличие длительного безводного периода.

Вес каждого третьего ребенка с ДЦП был низким, менее 2,5 кг (31,9%), более половины детей родились от внутриутробной гипотрофия (55,8%). Каждый десятый (13,3%) ребенок инвалидов с эпилепсией родился с крупной массой тела.

Беременность у матерей детей-инвалидов, протекавших на фоне хронической внутриутробной гипоксии имело место в 19,4%, с проявлениями СДР – в 6,3% случаев. Максимально часто, данная группа заболеваний имело место у детей, страдающих ДЦП (33,3%, и 25,2% соответственно). В тех случаях, когда причиной детской инвалидности были психические расстройства, каждый 4 ребенок (25,7%) страдал внутриутробной гипоксией, тогда как регистрация клинических форм СДР указано только (3,1%).

Необходимо отметить тот факт, что каждый шестой ребенок-инвалид в интранатальном периоде перенес – натальную травму шейного отдела позвоночника, а каждый третий, среди всех анализированных случаев у которых в последствии развилось ДЦП, имело место, комбинированное поражения как головного, так и спинного мозга (22,8%, и 11,1% соответственно).

Явлениями внутриутробной инфекции страдали 10,5% детей, из них наиболее часто (19,1%) болезней органов зрения и (16,1%) нервной системы. Практически каждый пятый ребенок, инвалид в неонатальном периоде, страдал синдромом малых аномалий развития (24,5%), которые максимально проявлялись патологией органов зрения (55,4%), хромосомных нарушений (46,5%), патологией нервной системы (42,1%) и психических расстройствах (33,3%).

Многочисленные исследования последних лет показали, что инфекции

матери во время беременности, способствуют увеличению риска повреждения головного мозга плода (рисунок 5.8.). Основной особенностью, данной группы заболеваний является то, что инфекционное заболевание беременной женщины протекает с выраженной симптоматикой (например, лихорадкой) и без видимых проявлений. Среди инфекционной патологии, которые могут способствовать возникновению ДЦП при беременности - это группа инфекции называемые нейротропные инфекции, а также другие бактерии и вирусы.

Нами проведено изучение инфекционной патологии матерей, дети которых страдали ДЦП, было выявлено, что в 39,0% случаев беременность этих женщин протекала на фоне ОРВИ с повышением температуры, у каждой 5 (22%) женщины в крови во время беременности был определен высокий титр антител к ЦМВ+ВПГ, в тоже время у 19% выявлены антитела к чисто цитомегаловирусной инфекции, в 12% случаев беременность протекала на фоне токсоплазмоза.

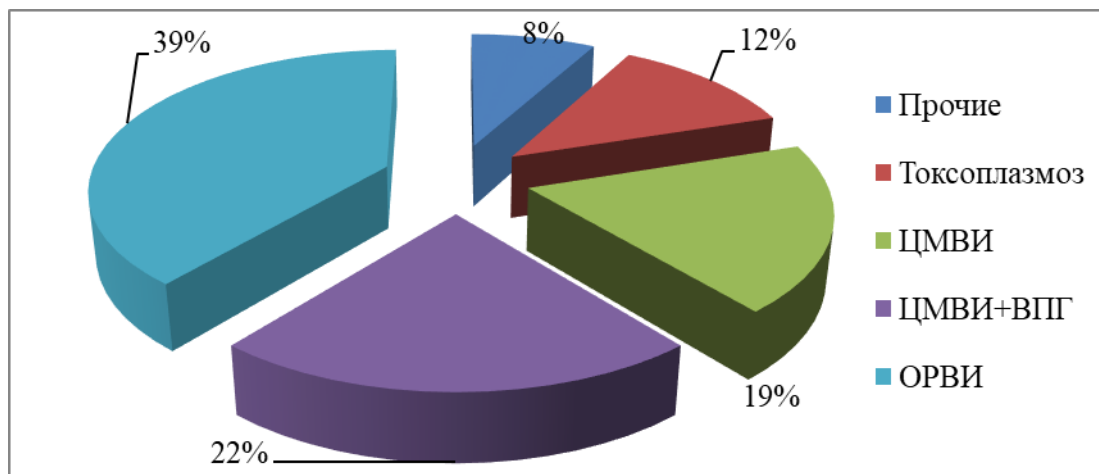


Рисунок 5.8. – Структура инфекционного фактора по нозологическим формам (%)

Не редко выявлялись единичные случаи, когда имело место сочетание ОРВИ и токсоплазмоза и изолированной герпетической инфекции, общий показатель каждого из которых не превышал 3,0%.

Определенная роль, как фактор возникновения инвалидности, отводит-

ся эндогамии (браки между родственниками одного рода). В этиологии наследственных заболеваний, большая роль отводится родственным бракам, когда у супругов имеет место наличие одного или более общих предков. По мнению депутата нижней палаты парламента РТ С.Амиршоевой (2018) из «25 тысяч детей-инвалидов в Таджикистане 35-40 % являются инвалидами, вследствие близкородственного брака родителей, и их участь была предрешена еще в утробе матери».

Основным фактором, способствующим возникновению кровнородственных браков, обусловлены, в основном различными социально-экономическими, природно-климатическими и территориальными условиями, не исключается и такой фактор как традиции и обычаи.

Таблица 5.11. - Динамика движения больных в ГУ РДРЦ за период с 2015 по 2020 гг.

	Всего госпитализировано детей	Из них впервые госпитализировано	Из них дети инвалиды	Из них от родственных браков
2015 г.	1571	772	387	350
2016 г.	1725	974	422	238
2017 г.	1869	1157	578	278
2018 г.	1990	1207	707	289
2019 г.	1838	1241	699	250
2020 г.	1521	836	481	175
Всего	10514	6187	3274	1580
Динамика за 6 лет	(- 50)	(- 64)	(+94)	(-175)
Т/прироста по сравнению с 2018 г.	-23,5%	-30,7%	+31,9%	+39,4%

За период с 2015 по 2020 гг. в ГУ РДРЦ было госпитализировано всего 10514 детей с различной патологией, из них, более половины 6187 (58,8%) были госпитализированы впервые, каждый третий ребенок 3274 (31,1%) был инвалидом, от близко родственного брака родились 1580 (15,0%) детей. Показатели Т/прироста. имели отрицательный баланс. Максимальное число де-

тей 1990 было госпитализировано в 2018г., в последующие годы число детей, поступивших на реабилитацию имело тенденцию к уменьшению. Так, в 2020 г. по сравнению с 2018 г. поступило на 469 детей меньше, причиной которого является пандемия Covid-19.

По этой причине, показатель (Т/прироста) по двум основным позициям, общее число госпитализированных (Т/прироста -23,5%) и впервые госпитализированных (Т/прироста – 30,7%) имели отрицательную динамику, тогда как по позициям дети инвалиды (Т/прироста +31,9%) и число родственных браков (Т/прироста +39,4%) имели положительный показатель.

В настоящее время в существующих реабилитационных центрах на территории Республики Таджикистан (ГУ Республиканский детский реабилитационный центр, ГУ Национальный центр реабилитации детей инвалидов «Чорбог», ГУ Республиканская физиотерапевтическая больница им. Нурматова А, г. Худжант, предназначенных для детей инвалидов страдающих патологией нервной системы включая ДЦП, проводится традиционная терапия включая; физиотерапия. ЛФК, тепловые процедуры, массаж и т.д. Беря во внимание низкую эффективность указанных методов лечения и реабилитации, основываясь на достижениях реабилитационных центров по применению современных технологий нами рекомендуется применять для организации и проведения реабилитации детей страдающих ДЦП ниже приведенный перечень процедур и методов.

Таблица 5.12 Рекомендуемые современные технологии и методы реабилитации детей для внедрения в условиях центров реабилитации детей страдающих ДЦП

Эрготерапия
Бобат-терапия
Войта-терапия
Анималтерапия (общение с животными);
БОС-терапии.
Метод рефлекторных бионитей
Механотерапия
Кинезиотейпирование
Функциональная миостимуляция и чрескожная электростиму-

ляция спинного мозга
Арт-терапия (изотерапия , музыкотерапия, игровая терапия, сказкотерапия, танцевальная терапия, песочная терапия)
Биоакустическая коррекция (БАК) у детей
Ношение SWASH аппарат для лечения дцп
Тренажер паук (кабина UGUL)
Тренажер ГАЛИЛЕО
ТОМАТИС.слухавые тренировки
Костюм АДЕЛИ
Кинезотерапия
Семенотерапия
Тренировка с робот тренажёром
Ботулино терапия
Баклофеновая помпа

Необходимо отметить тот момент, что в настоящее время в стране отсутствуют специализированные дошкольные учреждения оказывающие соответствующие услуги детям страдающим ДЦП.

5.2. Современные принципы комплексной реабилитации детей

Техническая оснащённость учреждения, позволяет организовывать и проводить на современном уровне и в полном объеме необходимую разнонаправленную реабилитационную помощь больным детям, проходящим реабилитационную терапию на базе ГУ РДРЦ.

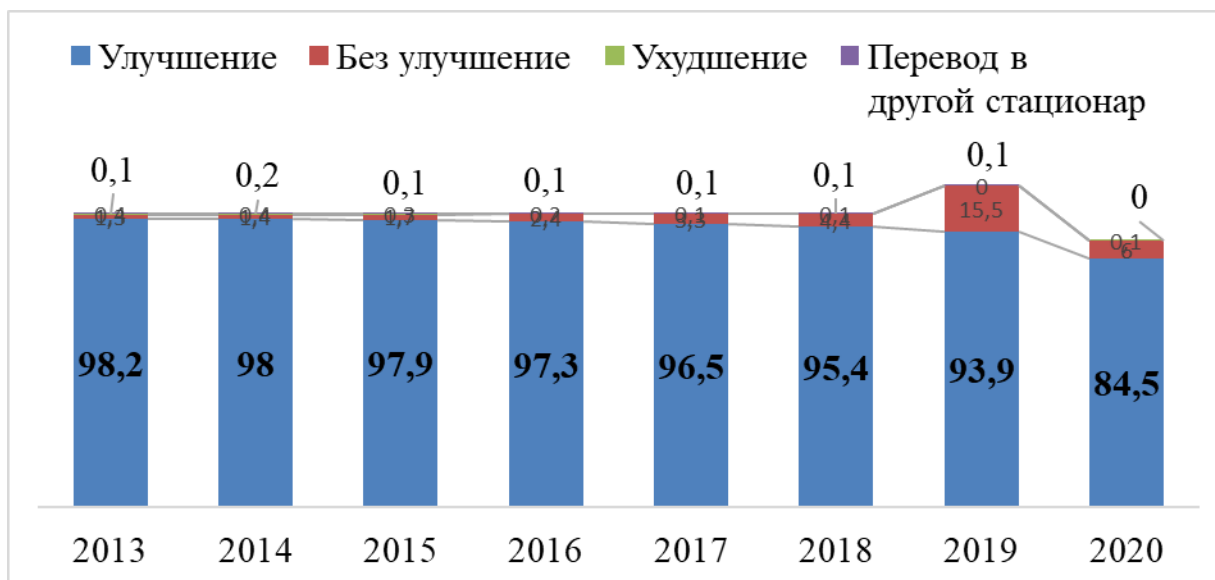


Рисунок 5.9. - Показатели динамики эффективности реабилитации детей за период 2013–2020 гг. (%) n=12706

Нами проведен анализ оказания медицинской помощи 12706 детям, поступившим на реабилитацию в ГУ РДРЦ, начиная с 2013 года по декабрь 2020 г.

Таблица 5.12. - Результаты реабилитации детей за период 2013–2020 гг n=12706

Результаты лечения	Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Т/прироста %
Улучшение		898	1246	1533	1681	1802	1858	1725	1286	+30,2
Без улучшения		12	18	26	38	63	128	109	235	+94,9
Ухудшение		4	5	6	3	2	2	2	-	-100
Перевод в другой стационар		4	5	6	3	2	2	2	-	-100

На протяжении первых четырёх лет анализ работы (рисунок 5.9. и таблица 5.12.) на реабилитацию было госпитализировано 5345 (50,8%) детей, по результатам проведенной восстановительной терапии от 98,2% в 2013 г. до 97,3% в 2016 г. больные были выписаны домой с улучшением.

Последующие года отмечается тенденция к снижению показателя эффективности лечения от 96,5% в 2018 г. до 84,5% 2020 г., руководство учреждения одной из основных причин снижения эффективности, проводимых реабилитационных мероприятий, связывают с повышением потока тяжело больных детей, среди которых за частую преобладали дети с инвалидностью 1 и 2 группы. Для этих детей, было свойственно наличия отклонения в состоянии функционирования органов и систем, имеющих необратимый характер. Другой, не менее важной проблемой оказался кадровый вопрос - отток квалифицированных специалистов. Анализ деятельности учреждения за 8 лет функционирования показало то, что накоплен опыт работы, подобраны наиболее эффективные методы лечения, идет постоянный поиск и внедрение более прогрессивных методов реабилитации и лечения, свидетельством которого является показатель (Т/прироста +30,7%), число детей, выписанных с улучшением.

Однако, необходимо отметить тот факт, что существенное снижение на (9,4%) числа больных, выписанных домой с улучшением в 2020 г. по сравнению с предыдущим годом, было связано с пандемией Covid 19.

Основной целью своей работы, сотрудники центра видят не только в проведении каких либо лечебно-восстановительных мероприятий, но и уделяют особое внимание проблемам повышения навыков матерей или лиц, ухаживавших за детьми по уходу и прививанию навыков личной гигиены и воспитанию больного ребенка.

На основании анализа существующей модели, оказания реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями, нами разработан и внедрен совершенный принцип оказания квалифицированной помощи детям инвалидам.

Проводя реабилитационную работу по принципу, максимальное приближение соответствующей помощи больному ребенку, нами за основу была принята концепция мультидисциплинарного подхода команды специалистов.

Группа специалистов состояла из медицинского, педагогического и социального работников. Принцип групповой работы, основывался не только и не столько на потребностях больного ребенка, сколько был ориентирован на обучении членов семьи ребенка в продолжении занятий в домашних условиях. Суть данной работы заключалась не только в участии, но и в каждодневной реабилитации, включая социальное приспособление ребенка, но и достижения устойчивого результата после завершения стационарной части восстановительной терапии.

По итогам проведенной работы, основываясь на том, что больной находится в дисфункциональном состоянии, нами определено, что дети с ДЦП нуждаются в каждодневной реабилитации. На протяжении первых 1000 дней жизни ребенка, должны четко определиться группы детей, потенциально предрасположенных к инвалидизации, и в связи с этим, начинать данную работу должны как можно раньше, при определении первых признаков возможного отклонения в состоянии здоровья детей. Основываясь на анализе проводимой работы центра и служб ПМСП, были определены основные задачи реабилитационной работы:

- ❖ Повышение двигательной активности
- ❖ Активация общительности
- ❖ Каждодневная активация
- ❖ Стремление к лучшей жизни
- ❖ Поддержка стремлений и эмоций у большинства детей в анамнезе наблюдается отягощенность перинатального периода, прямым показанием для наблюдения за ребенком является проявления первых признаков задержка психомоторного развития (ЗПР). Данный ребенок нуждается в комплексном наблюдении и при необходимости в организации и проведении реабилитационных мероприятий. Однако надо учесть один основной принцип, помощь должна оказываться с вовлечением в команду группы из следующих специалистов: педиатра, реби-

литолога, эрготерапевта, психолога, дефектолога, механотерапевта, гидрореабилитолога и невролога.

- ❖ Роль и задачи лечебной физкультуры (ЛФК) в реабилитации детей с ДЦП являются одним из важных аспектов в достижении успеха и должны быть неотъемлемой частью в реабилитации детей с данной патологией.

Нами определены конкретные задачи лечения с использованием ЛФК:

- ❖ Сохранение нормального тонуса мышц
- ❖ Сохранение двигательной активности
- ❖ Повышение тонуса и силовой активности мышц
- ❖ Предупреждение непроизвольных сокращений мышц

По итогам анализа, проводимой работы на мультидисциплинарной основе разработано техническое задание для специалистов, которые будут привлекаться для совместной групповой работе.

Внедрение данного мультидисциплинарного подхода к реабилитационной работе, будет способствовать повышению эффективности проводимых мероприятий и улучшению адаптирования ребенка в социальное общество.

Итогом исследования дали возможность разработать основу комплекса мероприятий, направленный для наиболее распространённой среди детей-инвалидов патологии опорно-двигательного аппарата, которые могут быть востребованы в условиях ГЦЗ (всего 13 нозологических форм). Указанный комплекс состоит из обследования ребёнка (обязательное и дополнительное для конкретной патологии) на начальном этапе болезни и в процессе наблюдения в зависимости от ситуации: комплекс лечение включает как консервативное так и оперативное, его сроки, объём могут меняться в зависимости от возможности учреждения и потребности ребенка; преемственность лечения пациента в цепи «центров здоровья - ортопедический стационар - учреждение реабилитации».

Таблица 5.13. - Техническое задание для специалистов, принимающих участие в командной форме реабилитации детей с ДЦП

Специалист	Роль в лечении ДЦП
Врач невропатолог детский	Руководит работой группы специалистов, привлеченных для командной работы реабилитации детей с ДЦП. Принимает самое активное участие в диагностике, лечении, коррекции и планировании дальнейшей деятельности проводимой работы.
Врач ортопед детский	Проводит работу по диагностике, лечению специфических ортопедических проблем. При необходимости осуществляет хирургическую коррекцию выявленных отклонений. Определяет показания и необходимость в ортопедической обуви и специальных средств ухода.
Врач лечебной физкультуры	С учетом степени выраженности отклонений, разрабатывает индивидуальный курс упражнений для развития и поддержания мышечного тонуса. Обучает и оказывает содействие ребенку учиться ходить, сидеть и сохранять равновесие.
Физиотерапевт	В зависимости от степени выраженности отклонений и особенностей ребенка разрабатывает индивидуальный курс электро, гидро и бальнео-лечения.
Специалист по трудотерапии	При отсутствии или не в полном объеме умения выполнять ребенком навыков само ухода, выполнения гигиенических процедур, проводит обучение ребенка утраченных моторных навыков, таких как одевание, обувание или письмо.
Логопед	Определяет степень нарушения речи, бульбарные расстройства и составляет индивидуальный план по восстановлению глотания и/или нарушения речи.
Социальный работник	Осуществляет работу по плавному вовлечению ребенка в социальное общество, оказывает содействие в подготовке необходимого пакета документов, предназначенных для получения соответствующих льгот по лечению и реабилитации. Организация инклюзивного обучения в дошкольном и школьном учреждения.
Психолог	Оказывает содействие семье ребенка, в диагностике степени интеллектуального дефицита у ребенка, по итогам которого разрабатывает индивидуальную программу по реабилитации или социальному адаптированную к обществу. Определяет в составе медико-педагогической комиссии программу обучения ребенка
Эпилептолог (по показаниям)	Осуществляет диагностику и степень выраженности эпилепсии, с учетом этого назначает лечение.

Внедрение предложенного технического задания дает возможность конкретизировать время от начала заболевания до того момента, когда соматический статус ребёнка позволяет установить степень инвалидности у ребенка. Именно такой подход дает возможность сконцентрировать весь потенциал семьи и медицинского учреждения, включая социальные службы в организации процесса и начале проведения в лечебных мероприятиях с максимальным получением эффективности.

Именно данный комплекс мероприятий дает возможность более полно фокусировать внимание клинициста на продуктивный контакт с работниками смежных отраслей, в том числе (МСЭК) медико-социальных экспертных комиссий. Именно комплексный подход со стороны работников медико-социальной сферы позволит принять решения о сроке действия инвалидности (порой неоправданно длинного), что даст возможность извлечь максимальную выгоду для ребёнка. Для матерей это даст возможность при диспансеризации ребенка максимально сосредоточить усилия на выполнение назначений врача поликлиники включая и рекомендации других привлеченных специалистов, консультантов.

На Министерство здравоохранения и социальной защита населения (МЗ и СЗН) в комплексе представителями социальной службы, возложена высокая ответственность за развитие службы охраны здоровья матери и ребенка. Основной миссией МЗ и СЗН является повышение качества и доступности медицинских услуг женскому и детскому населению, контроль за эффективностью профилактических мероприятий.

Результаты проведенных исследований а также накопленный опыт другими авторами, дает возможность констатировать концепцию того, что основные факторы риска тяжелых нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности в детском возрасте берут свое начало еще в период раннего онтогенеза. Предложенный алгоритм, последовательных шагов программы первичной профилактики

детской инвалидности, состоит из 4 уровней мероприятий медицинского контроля направленного на повышение качествам здоровья подрастающего поколения.

Основные направления профилактики детской инвалидности

I. Предконцепционный уровень направлен на выявление проблем с отягощенной наследственностью, выявление имеющих проблем в репродуктивном здоровья будущих родителей, на их основе при необходимости разработать индивидуальную программу проведение комплекса оздоровительных мероприятий в семье, составной частью которых будет являться искоренение вредных привычек, минимизация и ликвидация в дальнейшем последствий техногенных и экологических вредностей. Расширение доступности соответствующих центров (кабинетов) медико-генетического консультирования и планирования семьи, не только для жителей городов но и дальних населенных пунктов (село), тем самым расширить доступность оказываемых ими услуг широкому кругу населения.

II. Основа антенатального уровень заключается:

- ❖ Мониторинг за течением беременности, при первой необходимости организовать более углубленное обследования пациентов группы риска, проведения работ по ранней диагностики и адекватного лечения патологии беременности и возникших патологических состояний плода;
- ❖ Контроль за внедрением и исполнением требований протоколов по организации и проведению пренатального скрининга на предмет выявления врожденной и наследственной патологии;
- ❖ Динамическое наблюдение за течением беременности с целью выявления и профилактики формирования и развития как острых так и обострения хронических заболеваний у беременной.

Именно правильно организованный своевременный антенатальный уход в разы повышает эффективность профилактических мероприятий на уровне центров репродуктивного здоровья, в совокупности с своевременной организацией каче-

ственной, доступной высококвалифицированной акушерско-гинекологической помощи;

На государственном уровне продолжение мероприятий по решению демографической политики, по этапное расширение объема гарантированных медико-социальных услуг беременной.

III. Профилактическая работа на перинатальном уровне:

- ❖ систематический мониторинг за частотой влияния факторов пери и пренатального риска, в комплексе с периодом адаптации новорожденного;
- ❖ разработка и внедрение основных принципов неонатального скрининга врожденной патологии;
- ❖ обучение персонала приемам применения современных высоко технологических лечебно-реанимационных мероприятий при патологии перинатального периода.

Успех достижение основ профилактики детской инвалидности возможно при регионализации перинатальной помощи, с сосредоточением необходимого объема помощи матери и ребенку ближе к месту проживания беременной женщины, вся эта работа возможно при организации перинатальных центров, систематизации кадрового потенциала, разработка и внесение дополнений и изменений в существующие внедрение клинические протоколы, стандарты в области неонатологии.

IV. Постнатальный уровень профилактики предполагает:

- ❖ внедрение современных принципов целенаправленного дополнительного обследования детей, которая направлена на учете нозологической специфики группы риска;
- ❖ долгосрочный мониторинг уровня здоровья ребенка, с последующей организацией необходимого объема адекватного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий;

Кроме того, постнатальная профилактика включает в себя и

- ❖ организацию, медицинского контроля соответствующих возрасту и регистрации отклонений в росте и развитии ребенка, расширение инклюзивного образования в семье и в детском коллективе (детское дошкольное учреждение, школа);
- ❖ мониторинг за психосоматическим здоровьем детей и подростков, включая репродуктивное здоровье девочек при необходимости организация диспансерного наблюдения и оздоровление детей, включая своевременную адресную медико-социальную помощь.

Концепция раннего прогноза развития ДЦП с определением последующих шагов для родителей и семейных врачей для тех ситуаций где необходимо обратиться за консультацией к неврологу с целью раннего прогноза ДЦП

1. В тех случаях когда

- ❖ В первом месяце жизни ребенок не производит моргание глазами как ответная реакция на громкий звук;
- ❖ В четырех месячном возрасте ребенок не в состоянии поворачивает голову на звук;
- ❖ В этом же возрасте не может дотянуться до игрушки;
- ❖ В семи месячном возрасте малыш не может сидеть без поддержки;
- ❖ К годовалому возрасту малыш не способен произносить слова;
- ❖ В этом же возрасте двигательная активность рук не одинаково большинство действий производит преимущественно одной рукой;
- ❖ Проявления судорог и косоглазия у ребенка;
- ❖ Активные движения хаотичные с разной амплитудой - слишком резкие или слишком медленные;
- ❖ В годовалом возрасте ребенок не проявляет активного желания ходить

II. Возможные пути предотвращения формирования ДЦП.

1. Обеспечение и содействие нормальному течению беременности и не травматичные роды.
2. Осознанное отношение самой будущей мамы и членов ее семьи, а также и медицинского персонала, в процессе беременности и родов.

ГЛАВА 6. Обзор результатов исследования

Понятие детская инвалидность — представляет собой стойкую социальную дезадаптацию, причиной которого является хроническое заболевание или патологическое состояние, способствующая резкому ограничению возможности ребенка адекватно своему возрасту адаптироваться к воспитательному и педагогическому процессу, что в свою очередь систематически вынуждает его прибегать к дополнительному уходу и помощи.

Для достижения поставленной цели и решения задач, нами были использованы следующие материалы - анализ деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2021 гг. Материалом исследования являлись статистические отчетные формы «31 Отчет о медицинской помощи детям», Утвержденная Постановлением Государственного Комитета статистики Республики Таджикистан № 2 от 14.02.2006 г, «32 Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», Утверждена Постановлением Государственного Комитета статистики Республики Таджикистан № 12 от 19.08. 2009г., Годовой отчет о деятельности ГУ РДРЦ за период 2013 по 2021гг, Анкеты медико-социального исследования ребенка-инвалида. В изучаемой группе все случаи первичной инвалидности детей указывались согласно классу болезней - Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

По итогам анализа медицинской документации обследованные дети были разделены на следующие три подгруппы: 1 подгруппа составили дети от преждевременных родов 32 (37,2%) ребенка; во 2 подгруппу вовлечены 30 (34,0%) доношенных детей с оценкой по шкале Апгар до 4 и менее баллов, в тяжелой асфиксией код МКБ-10 (P21.0); доношенные дети составили третью подгруппу – 24 (27,9%) ребенка, которые родились в асфиксии средней и умеренной степени тяжести код МКБ-10 (P21.1) и оценкой по Апгар более 5 баллов.

К основным категориям устойчивых видов расстройств функций организма человека, в том числе и ребенка были отнесены:

- Стойкие отклонения психических функций;
- Имеющие место языковые и речевые отклонения;
- Функциональные отклонения сенсорных органов и систем;
- Нарушения движения (статодинамических) функций, возникшие в следствии нарушения опорно-двигательного и скелетного аппарата;
- Нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, гормональной системы, метаболизма, кроветворной системы и иммунитета, а также мочевыделительной и других систем;
- Отклонения, обусловленные аномалиями развития.

Согласно установленным целям исследования, было проведено анкетирование членов общин, проживающих в на селе и городе. Общее число респондентов составило 600 человек, из каждого пилотного региона были по 300 интервьюируемых.

Показатели детской инвалидности в различных странах не одинаковы, так в Китае 4,9% детей имеют ограниченные возможности, вследствие заболеваний, в Англии — 2,6%, в странах Юго-западной Азии, в частности Саудовской Аравии 6,3%, в США 12,8%, в РФ число таких детей, не превышает 4,5% от общего числа детей.

В Республике Таджикистан из года в год регистрируется выраженная тенденция роста численности населения. По данным соответствующих структур установлено, что численность населения в стране на 1 января 2021 года составила 9 млн. 504 тыс. человек. Анализ темпа роста населения показал, что Таджикистан на протяжении последних 30 лет занял первое место по численности темпу прироста среди республик бывшего СССР. Так, в 1991 года общая численность населения составляло 5,3 млн человек, тогда как к 2021 году данный показатель возрос на более чем 80 %. Семилетний мониторинг численности детского населения

Таджикистана показало, что Т/прибыли составил +13,2% или 536904 ребенка.

Динамика показателей детской инвалидности на протяжении 7 лет оказалась следующей; численность детского населения увеличилось более чем на 536904 детей, что на 13,2% больше чем, в 2014г. За этот же период число детей инвалидов увеличилось на 3244 случая или на 11,5%, тогда как при увеличении численности детского контингента, признанных инвалидами за 7 лет, показатель на 10 тыс. детей снизился на 1,8%.

Полноценная реабилитация, может способствовать инвалиду достичь восстановления социального статуса и материальной независимости и как следствие этого социальной адаптации. Применительно к детям с ограниченными возможностями, сведения о социализации могут быть рассмотрены в совокупности его возможностей самообслуживания. Возможность интеграции ребенка инвалида в игровую и познавательную деятельность других здоровых детей, и как следствие этого его будущая интеграция в общество, касательно всех областей жизни.

На протяжении последних лет в Республике Таджикистан начало развиваться совершенно новое направление в системе общественного здравоохранения, суть заключается в изменении отношений в частности от принципов, направленных на процесс лечения заболеваний, к другой системе, основной мотив которого заключается на превалирование принципов здорового образа жизни, а так же на предупреждение болезней и инвалидности. Необходимо отметить тот факт, что данная тенденция связана с экономикой страны, которое в той или иной степени оказывает существенное влияние на состояние здоровья матери и ребенка, не исключая и другие уязвимые слои населения. Систематически ощущается недостаточность сил и средств для сохранения и наращивания объема и качества медицинской помощи все увеличивающемуся числу больных и инвалидов.

На основании статистических данных к сегодняшнему дню в Таджикистане численность инвалидов составляет 2% от общего числа населения, однако необходимо отметить тот факт, что как и в другие годы статус для регистрации осно-

ываается только в соответствии со степенью тяжести болезни, оказывающее влияние на уровень трудоспособности.

В структуре детской инвалидности преобладают группа заболеваний, связанных с функцией нервной системы, как центрального, так и периферического отделов, прежде всего это детский церебральный паралич, генетические заболевания - болезнь Дауна, и другие классы болезней детей раннего возраста, которые в большинстве случаев предотвратимы при использовании современных вакцин и сывороток. При условии, если показатель детской инвалидности, который с рождения имел клинику психических отклонений в 10% случаев, то к 16 годам и более возрастает до 60—90%, и следовательно переходит в разряд взрослой инвалидности.

Следующий показатель, который нами анализирован (таблица 3.4.) характеризует динамику первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней за период с 2012 по 2021 гг., подвергнуты анализу абсолютные, интенсивные показатели и удельный вес каждого из классов болезней в структуре детской инвалидности. На протяжении всего анализируемого периода одной из главных причин первичной инвалидности детей явились, «Болезни нервной системы – (G00-G99)».

Многочисленные исследования, проведенные в разные годы, продемонстрировали, что огромную роль перинатального поражения мозга (ППМ) в возникновении дезадаптации и инвалидизации детей. Для них, свойственно возникновение нарушения поведения, наличие отклонений когнитивного и речевого развития, в совокупности все эти факторы способствуют затруднению социальной адаптации и обучение ребенка [Чутко, Л.С., 2006].

Статистические данные свидетельствуют о том, что показатели распространенности патологии ЦНС в общей структуре инвалидизации детей, иногда превышает 50%. В тоже время, у 40% из них, причина инвалидизации перинатальные поражения (ППЦНС) [Стасевич, С.М., 2014].

В 2012 году (таблица 3.4.) по причине болезни нервной системы (G00-G99) было признано инвалидами 1348 детей, что составило 40,5% от общего числа всех случаев, в 2014 году по данному классу болезней было признано инвалидами 731 ребенок, что на 644 ребенка меньше ($P < 0,001$), чем в 2012 г., однако в 2016 число возросло до 1078, в 2018 г. – 1298 детей, максимальный рост числа детей инвалидов по причине патологии нервной системы имело место в 2020 г. – 1427 детей, где показатель Т/прироста составил +5,5%.

В Республике Таджикистан, как и в других странах Центральной Азии на протяжении нескольких последних лет, интенсивно продолжается работа по совершенствованию системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, даже при тех условиях, когда объем ВВП (в долл. США) на 1 человека не превышает 1200 долл. США. Необходимо отметить высокую уязвимость данных средств от экономических возможностей стран доноров для трудовых мигрантов, по той причине, что почти на половину ВВП зависит от денежных переводов трудовых мигрантов. В числе 32% жителей страны, которые все еще остаются бедными, достаточно большое число нетрудоспособных, престарелых и лиц с ограниченными возможностями. Государство пока не может по экономическим соображениям обеспечить их полноценной пенсией, которая в 3 раза меньше стоимости продовольственной корзины. По этой причине дефицит социального страхования, недостаточность средств на получение полноценных медико-социальных услуг не может датироваться за счет республиканского бюджета.

Анализ динамики общей заболеваемости детей в возрасте от рождения до 17 лет за последние пять лет, показывает рост практически по всем классам и группам заболеваний. Выявленная тенденция роста заболеваемости среди детей, способствует нарастанию показателей детской инвалидности.

На втором месте по частоте причин первичной инвалидизации детей, являются «Психические расстройства (F00-F99)», в 2012г, 357 детей с данной патологией были признаны инвалидами, в 2018 г. частота случаев возросла на 92, тогда

как в 2020 г число детей увеличилось на 231 случай, показатель Т/прироста за эти периоды составил + 39,2%. Однако, интенсивный показатель в 2018 г. по сравнению с 2012 г. снизился с 1,4 до 1,1 на 10 тыс. детей (соответственно), но в 2020 г. вновь отмечен рост данного показателя до 2,5 /10 тыс.дет.

На 3 и 4 месте в структуре причин первичной детской инвалидизации были «Болезни глаз (H00-H59)» - 269 в 2012г. и 261 в 2018г., а в 2020 число детей, признанных инвалидами по заболеванию глаз по сравнению с 2012 г. возросло на 33 случая, где показатель Т/прироста составило +10,9%.

«Болезни ухо, горло и носа (H60-H95)» 293 – 2012 г. снизилось на 191 случая – 2018 г., тогда как в 2020 г. увеличилось по сравнению с 2018 г. 58 случая, однако в данном году число детей с данной патологией по сравнению с 2012 г. меньше на 44 случая, следовательно, показатель Т/прироста имел отрицательную динамику и составил – 15,0%. Интенсивный показатель за 8 лет наблюдения практически не изменился и составил 2,5/10 тыс.дет. Такая же динамика наблюдалась по удельному весу данной патологии среди всех аномалий развития.

Детерминанты показателей здоровья населения складываются из нескольких основных компонентов, в частности, к наиболее важным и требующим особого внимания показателям является инвалидность в стране. Образно говоря это особый индикатор, который непосредственно характеризует степень социально-экономического развития общества, показатели экологии территории, уровень и стремления общества, направленные на организацию и проведение мероприятий на профилактику.

Существует группа индикаторов, способствующих увеличению показателей инвалидности среди детского контингента: – показатели возраста матерей: данный фактор, как медико-социальный показатель имеет две противоположности, такие как возраст матери до 18 лет, и противоположность этому, когда возраст матери > 35 лет. Статистка свидетельствует о том, что 50% детей инвалидов, рож-

дены матерями возраст которых превышал 35 лет, и 30% напротив рождены матерями моложе 18 лет и эти дети имеют психические расстройства различной степени тяжести.

Первое ранговое место в возникновении инвалидности по классам болезней, имеют следующие факторы; токсикоз IV, анемия XVII, преждевременные роды V, VI; гипотрофия II.

Второе ранговое место в возникновении инвалидности по классам болезней, имеют следующие факторы; гестоз IV, VIII, V; угроза выкидыша II; гипотрофия VI, II, XIII.

Третье ранговое место в возникновении инвалидности по классам болезней, имеют следующие факторы; токсикоз, гестоз, ОРВИ II, V, VI; преждевременные роды IV; угроза выкидыша II.

Такая же тенденция выявлена среди детей от 15 до 17 лет в 2014 г. и в 2021 гг., всего впервые было признано инвалидами 531 и 503 детей соответственно, что на 47,4% и 52,6% соответственно меньше, чем среди детей – до 9 лет. Показатель Т/прироста между годами 2014 и 2021 гг. имел отрицательную динамику и составило -5,2%, что свидетельствует о том, что среди детей данной возрастной группы в динамике число детей признанных впервые инвалидами уменьшилось.

Достижения медицинской отрасли последних лет в значительной степени повышает шанс остаться в живых маловесных и детей с ОНМТ и ЭНМТ, а также новорожденных с ВПР, с возникшими отклонениями в состоянии здоровья и нарушениями после преждевременных родов, эти факторы могут провоцировать в последствии детскую инвалидность. Проведенный анализ статистических данных показал, что в структуре причин первичной инвалидности у детей за период 2006-2015 г. наиболее часто регистрировались следующие классы болезней: врожденные аномалии развития, хромосомные и наследственные заболевания, БНС, расстройства психики, заболевания эндокринной системы и онкологические болезни.

«ВПР (врожденные пороки развития) хромосомные аномалии (Q00-Q99)» сравнительный анализ частоты случаев ВПР показал, что в 2012 г как причина

инвалидности ВПР было признано в 282 случаях, тогда как в 2020 г. число больных детей с врожденной патологией увеличилось на 20 случаев и показатель Т/прироста составил + 6,7%.

Интенсивный показатель данного класса болезней (Q00-Q99) за весь анализируемый период практически не имел резких колебаний в 2012 г, составил 7,7–и в 2020 - 7,3/на 10 тыс.детей.

Среди заболеваний, обусловленный хромосомными нарушения Синдром Дауна был наиболее значимый, дети, родившиеся с данной патологией практически с самого раннего возраста относятся к группе инвалидов. В 2012 г. частота данного заболевания в Таджикистане, которое впервые признано как причина инвалидности, имело место у 43 детей, на протяжении последующих 7 лет отмечена четкая тенденция к росту заболеваний, о чем свидетельствует показатель Т/прироста +40,2%. Однако интенсивные показатели по данному классу заболеваний за этот же период практически не изменился, в 2012 -1,0 и в 2020 г. 1,1/10 тыс.дет. показатель частоты удельного веса заболевания имел тенденцию к росту на 1,0%.

Фактором, провоцирующим развития гипоксии в антенатальном периоде являются возникающие различные отклонения системного кровотока в плаценте, которое в дальнейшем переходит на систему гемодинамики плода, в этой ситуации формируются нарушения метаболизма, что провоцирует возникновение реперфузионного нарушения, как следствие этого формируется централизация мозгового кровотока и как итог всего этого рождение ребенка в асфиксии.

Возникающие поражения функции центральной и периферической нервной системы привлекают пристальное внимание многих ученых на протяжении долгих лет. Данный интерес связан с тем, что остается очень высоким процент перинатально обусловленных поражений ЦНС (80%) и только каждый 2 или 3 ребенок выздоравливает. Возникшие в перинатальном периоде патология ЦНС у детей родившихся от срочных родов, но перенесших критическую ситуацию в раннем неонатальном периоде особенно первые 72 часа жизни, относятся к одному из наиболее часто регистрируемых патологических состояний характерных неонатальному периоду, что требует необходимости в мультидисциплинарном решении

возникшей проблемы, что в итоге определяет повышенный показатель заболеваемости детей, на протяжении всего первого года жизни, а иногда и дальше.

Часто регистрируемые неврологические нарушения, имеющие место у детей, начиная с первых дней жизни к которым относятся различные синдромы такие как, двигательные нарушения, судорожные, гидроцефальные, которые свидетельствуют о тяжелой степени гипоксическая ишемическая энцефалопатия и среди данной категории детей высок прогноз развития – ДЦП.

Доказанным фактом является то, что перинатальная патология играет значительную роль в развитии заболеваний и инвалидности у детей, составляя от 60% до 80% среди всех ее причин.

В этиологической структуре ДЦП ведущая роль отводится перинатальному поражению мозга. Частота регистрации ДЦП по данным различных авторов колеблется от 1,7 до 3,1 случаев на 1000 новорожденных.

В процессе наблюдения за детьми, страдающими ДЦП на самых ранних этапах онтогенеза было установлено наличие определенных признаков характерных именно данному классу заболеваний.

Само по себе детский церебральный паралич или ДЦП – является комплексным нарушением, воздействующим на способность человека двигаться, поддерживать равновесие и осанку.

4. На первом году жизни, когда другие здоровые дети имеет определенную закономерность в становлении моторных навыков, у этих детей имеет место некоторые отклонения, наличие или появление задержки определенных этапов физического развития - контроль головы, попытка переворачивания, отсутствие или задержка формирования хватательного рефлекса, не умение самостоятельно сидеть, не до конца формирование умения и навыков ползание или ходьбы.
5. Сохранение определенных врожденных безусловных рефлексов.
6. Преимущественное использование одной из верных конечностей (праворукость или леворукость) к возрасту 18 месяцев.

Удельный вес основных нарушений, выявленных у детей инвалидов по причине ДЦП (таблица 3.2.) показывает, что каждый 4 ребенок имел те или иные отклонения в умственном развитии, висцеральные и метаболические расстройства питания, а также двигательные нарушения. Если другие психологические отклонения имели место в 2013 г. - 16,9% то в 2017 данный показатель имел тенденцию к снижению до 13,7%.

Как свидетельствуют данные ряда исследователей, инвалидность с детства в 2010 году включало ряд групп болезней: ВПР и наследственно обусловленные заболевания — 30,2%; ПНС — 19,3%; психические расстройства — 15,0%; заболевания лор органов — 5,9%; эндокринные заболевания, включая патологию, связанную с питанием и обменные заболевания — 7,1%; патология органов зрения — 4,9%.

Более детальный анализ причин ВПР показал, что каждый четвертый (25,1%) родившихся детей имели множественные ВПР. Тогда как у каждого пятого (19,1%) новорожденного аномалии развития было локализовано в системе кровообращения, из почти у половины детей имело место дефект межжелудочковой перегородки, с дефектом межпредсердной перегородки родились 42,3% детей.

Из 100 детей инвалидов с патологией органов зрения у 52,2% выявлен очень высокий показатель недоношенности, БНС – 45,6%, наибольшая значимость данного факта выявлена при ДЦП – детском церебральном параличе 58,5%. Среди детей инвалидов по причине психических расстройств - умственной отсталости выявлен высокий показатель недоношенности 40,3%. Для детей инвалидов по ВПР в 35,8% были недоношенными с бронхолегочной дисплазией. У детей инвалидов по заболеваниям органов зрения, ДЦП и умственной отсталостью был характерен высокий показатель (ВУГ) внутриутробной гипотрофии 74,3%, 58,9% и 51,4% соответственно. Достаточно высокий процент крупной массы тела более 15% (более 4,0 кг) был характерен для детей инвалидов по причине эпилепсии, что более чем в 2,5 раза превышало средний показатель по популяции.

По сведениям статистических данных учетной формы 31 за период с 2014 по 2020 гг. (таб. 3.7), общее число детей, находящихся под наблюдением имел тенденцию к снижению Т/убыли – 13,1%

Среди классов заболеваний, непосредственно относящихся к факторам, приводящих к ДЦП относятся болезни нервной системы код по МКБ-10 (G00-G99), в 2014 г. общее число детей, страдающих данными заболеваниями составило 12252 случая, через 8 лет отмечено некоторая положительная динамика численности больных – 13394 случая, показатель Т/прироста составил +8,5%. Так, число больных страдающих неврологическими заболеваниями в 2014 г. от общего числа детей составило 4,9%, тогда как в динамике данный показатель возрос на 1,2%. Из числа заболевших детей ежегодно у определенного числа детей развивается ДЦП, так в 2014 г. таковых было 510 детей, что составило 4,7% от числа детей, страдающих болезнями нервной системы. Однако в 2017 году данный показатель по сравнению с 2014 г. возрос на 197 случаев, где показатель Т/прироста составил +27,8%. Однако в 2020 г. отмечено снижение числа больных на 162 случая, показатель Т/убыли был равен – 32,7%. Показатель частоты случаев ДЦП за анализируемый период имел четкую тенденция к снижению на 1,6%.

Таким образом, число больных состояние которых потенциально предрасполагает к возможности развитию ДЦП имеет рост.

Анализ причин в формировании аномалий, которые приводят к грубым изменениям строения и функции органа или ткани, показало: тератогенные дефекты составляют до 4%, внутриутробные заболевания — 3,3%, близнецовость — 0,9%, мультифакторные заболевания — 25%, генетические — 31% и заболевания невыясненной этиологии — до 44%.

Перинатальными и интранатальными факторами возникновения ДЦП, является глубокая недоношенность ребенка, дети с ОНМТ и ЭНМТ, маловесные дети, напротив крупный плод, нарушения положения плода, асинклетическое вставление головки, применение акушерских пособий, все те факторы, которые приводят к нарушению процесса жизнедеятельности плода и новорожденного.

В этих ситуациях, чаще всего возникает тяжелая форма спастического тетрапареза. К таким факторам относятся длительный безводный промежуток, длительное стояние плода в родовых путях, стремительные роды, обвитие пуповиной и так далее. При всех указанных факторах высока вероятность развития гипоксии или асфиксии плода в момент родов.

Особо необходимо отметить те факторы, которые связаны с травматизмом плода, непосредственно при родах, к ним относятся различные виды и формы родовых травм, при которых часто возникают различные виды повреждения головного мозга, такие как кровоизлияния в одно полушарие головного мозга, данная форма травматизма приводит к возникновению спастического гемипареза локализованного на противоположной стороне тела ребенка.

У большинства детей с установленным диагнозом детский церебральный паралич, подвержены дополнительным расстройствам. Практически у всех детей при ДЦП в патологический процесс вовлекается головной мозг, функция которого, мониторинг и контроль деятельности различных органов и систем, на фоне или как осложнение данного заболевания у детей могут возникнуть судороги, нарушения интеллектуального развития, влияет на поведенческие реакции, органы слуха и зрение ребенка. В большинстве случаев возникают определенные трудности в управлении динамикой проявления болезней, в большинстве случаев практической деятельности врач и пациент сталкиваются с ситуацией больших сложностей, нежели противостоять и стараться восстанавливать моторные нарушения, обусловленными ДЦП.

Суммарное число причин ДЦП это родовые травмы, которые не превышают 10% случаев. Высока вероятность токсического повреждения ЦНС, по причине тяжелой степени гемолитической болезни новорожденных, когда возникает ядерная желтуха, то в этих случаях можно говорить, что дети “рождаются” с ДЦП. Указанные факторы провоцируют развитие гиперкинетической формы детского церебрального паралича. Необходимо отдельно указать на разнообразные генетические заболевания, которые приводят к развитию атонически-астатических форм ДЦП.

Для детей у которых диагностирован невыраженная и тяжелая форма ДЦП при наличии спастической тетраплегии, как правило наблюдается задержка роста и развития. Для детей младшего возраста характерно проявление аномальных затруднений, с возрастом более отчетливо проявляется совмещение физической слабости и отсутствие полового развития.

В 2013 г. в детский реабилитационный центр было госпитализировано всего 918 детей, из года в год число детей, нуждающихся в реабилитации, в условиях центра возрастало, так 2015 г. по сравнению с 2013 г. было госпитализировано на 653 (71,1%) ($P > 0,001$) ребенка больше, в 2018 г. - 1990 детей, что на 1072 (117%) больше, чем в 2013 году. В связи с пандемией Covid 19, число детей, нуждающихся в реабилитации сократилось, так в 2020 г. было госпитализировано – 1521 ребенок, что на 469 детей меньше, чем в 2018 г. В 2021 г. при снижении частоты пандемии корона вирусной инфекции поток больных имел тенденцию к росту, число госпитализированных детей увеличилось по сравнению с 2020 г. на 15,2% и составило 1794 ребенка.

Таким образом, более 2/3 детей, проходивших реабилитацию и лечение в ГУ РДРЦ за весь период функционирования составляли дети, проживающие в РРП и Хатлонской области. Одной из причин низкого показателя госпитализации детей из Согдийской области, заключается в том, что в г. Худжанде функционирует Государственное учреждение “Республиканская физиотерапевтическая больница имени Нурматова Абдусаттора, где проводится реабилитационная терапия детей, в возрасте от 1 до 18 лет.

Таким образом, проведенный анализ показал, что все годы существования центра в большинстве случаев причиной госпитализации детей на реабилитацию были заболевания, связанные с патологией нервной системы.

Комплексный подход к проблемам реабилитации детей инвалидов по причине ДЦП, с последующей систематизацией данной деятельности нуждается в научной оценке закономерностей формирования инвалидности с последующей оценкой степени тяжести, клинических форм проявления данной патологии, уменьшение объема основных категорий жизни-деятельности с последующей

оценкой потребности в различных видах медико-социальной реабилитации. Основываясь на многоаспектном анализ инвалидности в Республике Таджикистан проведена работа по формированию базы данных по инвалидности, вследствие детского церебрального паралича у детей за 5 лет. Решение данного вопроса даст возможность разработать комплексную программу профилактики инвалидности. Данная программа направлена на укрепления здоровья детей-инвалидов, а также на социальную поддержку семей, где воспитываются дети с данной патологией.

Выводы.

1. В Республике Таджикистан показатель детской инвалидности имеет тенденцию к снижению. По результатам ретро- и проспективной оценки и анализа статистических и отчетных данных установлено, что в стране в структуре детской инвалидности, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)», далее «Психические расстройства» (F00-F99)». [1-А,2-А,10-А]
2. Определена высокая зависимость вероятности развития ДЦП от течения пренатального, интранатального и постнатального периодов, сроков родов, состояния до и после рождения, течения адаптации в раннем неонатальном периоде. [3-А,4-А]
3. Несомненно высока этиологическая роль нейротропной инфекции беременной женщины, как фактор внутриутробного поражения мозга плода и развития ДЦП. [8-А,9-А]
4. Обоснована концепция раннего начала и хорошей эффективности реабилитационных мероприятий, на основании оценки модели медико-социальной реабилитации детей инвалидов при ГУ Республиканского детского реабилитационного центра. [10-А,11-А,15-А]
5. Разработана концепция раннего прогноза развития ДЦП с определением последующих шагов для родителей и семейных врачей для тех ситуаций где необходимо обратиться за консультацией к неврологу с целью раннего прогноза ДЦП[14-А]

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Проводить систематический учет и регистрировать причину детской инвалидности, что позволит разрабатывать целевые программы по совершенствованию реабилитационных мероприятий детей инвалидов.
2. Проводить профилактика преждевременных родов, рациональное ведение пренатального, перинатального и постнатального периодов, что позволит снизить частоту инвалидизации детей.
3. Усилить антенатальный уход и повысить профилактику инфекционной патологии среди беременных женщин, это приведет к снижению частоты регистрации детей с ограниченными возможностями.
4. Повысить осведомленность всех слоев населения, не зависимо от место проживания (город, село), об основных факторах детской инвалидности, что будет залогом рождения здорового ребенка.
5. Необходимо повысить роль реабилитационных центров, основанных на приеме современных технологи в активизации их работы по повышению элементов качество жизни детей страдающих ДЦП, создать адаптированную программу для дошкольных учреждений по реабилитации детей с патологии опорно-двигательного аппарата.

Список литературы

1. Абдуллаева, Н. Ш. Гендерные особенности качества жизни детей дошкольного возраста, проживающих в г. Душанбе [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, И. В. Винярская // Здоровоохранение Таджикистана. - 2021. - № 3. - С. 5-11. - DOI 10.52888/0514-2515-2021-350-5-11.
2. Адеева Т.Н. Психологические установки по отношению к детям с ОВЗ в аспекте процесса интеграции [Текст] /Т.Н.Адеева// Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. -2016. -Т41. -№ 6[Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>
3. Аникеева О.А., Максимова Е.В., Середина М.И. Социальное партнерство в корреляции жизненной ситуации инвалидов в современной России: ожидания и реальности. [Текст] //Economic and Social Development/ 25th International Scientific Conference on Economic and Social Development «XVII International Social Congress (ISC-2017)/ Book of Abstract. Moscow, 30-31 October -2017.
4. Аникеева О.А., Сизикова В.В., Фомина С.Н. Особенности подготовки и переподготовки специалистов помогающих профессий Современные методы взаимодействия и способы сотрудничества специалистов помогающих профессий. Сборник научных трудов участников III Международной научно-практической конференции.[Текст]/ О.А. Аникеева, В.В. Сизикова, С.Н. Фомина // Под ред. А.М. Митяевой, С.В. Мурашевой. -2018. -С. 126-134.
5. Арпентьева М.Р. Проблемы лиц с ограниченными возможностями здоровья (детей и взрослых) и их семей [Текст]/ М.Р. Арпентьева // Медико-социальные проблемы инвалидности. -2016. -№ 2. -С. 48–52.
6. Баранов, А. А. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом [Текст]: учеб.- метод. пособие Баранов А. А. [и др.]. – Место издателя: ПедиатрЪ, 2014. – 84 с.
7. Баранов, А. А. Стратегия "Здоровье и развитие подростков России" как инструмент международного взаимодействия в охране здоровья детей [Текст]: / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, И. К. // Российский педиатрический журнал. - 2011. - № 4. - С. 12-18.

8. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Гундобина О.С., Лукина Е.А., Геворкян А.К., Савостьянов К.В. и др. Ведение детей с болезнью Гоше. Современные клинические рекомендации. [Текст]/ А.А. Баранов, Л.С.Намазова-Баранова, О.С.Гундобина, Е.А.Лукина, А.К.Геворкян, К.В. Савостьянов и [др.]// Педиатрическая фармакология. -2016. -Т.13.-№3. -С.244–250.
9. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., Бомбардилова Е.П., Смирнов И.Е. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии. [Текст]/ А.А.Баранов, Намазова-Л.С.Баранова, И.А.Беляева, Е.П.Бомбардилова, И.Е.Смирнов// Вестн. РАМН. - 2015. -Т.70. -№3. -С. 307–314.
10. Баранов А.А. Намазова-Баранова Л.С. Терлецкая Р.Н. Антонова Е.В. Некоторые факторы риска формирования инвалидности у детей [Текст] / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В.Антонова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. -2017. -Т.20 -№2. -С.60-64
11. Баранов А.А., Намазова-Баранова, Л.С. Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Проблемы детской инвалидности в современной России [Текст]/ А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая// Вестник РАМН -2017. -Т.72 -№4 - С.305-312
12. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., и др. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии [Текст]/ А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, И.А.Беляева, и [др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. -2015. -Т.70. -№3 -С. 307–314.
13. Баранов А.А., Терлецкая Р.Н. О перспективах научных исследований в области профилактики детской инвалидности [Текст]/ А.А.Баранов, Р.Н. Терлецкая // Вопросы Современной Педиатрии -2018. -Т.17. -№ 6. -С.426-433
14. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей современной России. [Текст] / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая// Серия «Социальная педиатрия». Вып. -№ 20. М. Педиатрия.-2018. -с.120

15. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Проблемы детской инвалидности в современной России [Текст] / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Вестник Российской академии медицинских наук. -2017. -Т. 72. -№ 4 -С. 305–312.
16. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей современной России. [Текст]/ А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая//Серия «Социальная педиатрия». — Вып. - № 20. М.: ПедиатрЪ. -2018. -с.120
17. Баранов АА, Терлецкая РН. О перспективах научных исследований в области профилактики детской инвалидности: обзор литературы. [Текст] /А.А. Баранов, Р.Н.Терлецкая//Вопросы современной педиатрии. -2018. -Т.17.-№6. - С.426-433.
18. Баранов А.А., Терлецкая Р.Н. О перспективах научных исследований в области профилактики детской инвалидности [Текст] / А.А. Баранов, Р.Н. Терлецкая// Вопросы Современной Педиатрии -2018. -Т.17. -№ 6. -С.426-433. Баркенова, О. В. Проблемы охраны и укрепления психологического здоровья детей и подростков [Текст]/ О. В. Барку нова // Реализация федеральных государственных образовательных стандартов: опыт, проблемы и пути решения: материалы региональной научно-практической конференции, Шуя, 30 марта 2016 года / ФГБОУ ВО "Ивановский государственный университет", Шуйский филиал. - Шуя: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ивановский государственный университет", 2016. - С. 32-34.
19. Бегинин В. И., Тадтаев Х. Б. Этнос, эндогамия, кровнородственные связи [Текст] / В. И. Бегинин, Х. Б. Тадтаев //Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. -2016. -Т. 16, -№3. -С. 269-273
20. Болах Б., Приступа Т. Оценка восприятия качества жизни спортсменов-инвалидов [Текст]/ Б.Болах, Т.Приступа// Физическое воспитание студентов. - 2014. -№ 1. -С. 13–16.

21. Винярская И.В., Терлецкая Р.Н., Басаргина Е.Н., и др. Заболеваемость детей болезнями системы кровообращения в Российской Федерации [Текст] / И.В. Винярская, Р.Н.Терлецкая, Е.Н. Басаргина и [др.] // Российский педиатрический журнал. -2015. -Т. 18. -№ 5 -С. 60–65.
22. ВОЗ. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков [интернет]. — М.: ВОЗ; - 2016. -с. //241
23. Войта, В. Р., Принцип Войты. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе. / В. Р. Войта, А. Петерс - М.: Мадин, 2014. 178 с.
24. Волокитин АС, Бруйков АА, Гулин АВ. Воздействие иппотерапии на нервно-мышечный аппарат организма детей со спастической диплегией. [Текст] / А.С. Волокитин, А.А. Бруйков, А.В. Гулин.// Вестник Авиценны. -2015. -№1. - С.116-121.
25. Вопросы реализации принципа охраны здоровья - "Приоритет охраны здоровья детей" на муниципальном уровне [Текст]/ Н. А. Садовникова, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушников, С. В. Шульц // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2015. - № 1. - С. 166-169.
26. Вохидов А.В. Состояние здоровья и медико-социальные проблемы детей и подростков Таджикистана /А.В. Вохидов, С.Б. Джобирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана- 2012. - №3. - С.20-29.
27. Гаибов А.Г. Социально-гигиенические аспекты медико-демографических процессов и здоровья населения Республики Таджикистан. [Текст] / А.Г. Гаибов // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва. -2006. -с.22.
28. Гаибов А.Г., Лукьянов Н.Б., Рузиев М.М., Абдурахимов А.С. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республики Таджикистан [Текст] / А.Г. Гаибов, Н.Б.Лукьянов, М.М.Рузиев, А.С. Абдурахимов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2017. -№3. -С. 11-15.

29. Гаибов А.Г., Шехов А.Дж., Азизов З.А., Хакназаров И.А. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Таджикистане [Текст] /А.Г.Гаибов, А.Дж.Шехов, З.А. Азизов, И.А. Хакназаров // Здоровоохранение Таджикистана. -2015. -№1. -С.102-110.
30. Гаибов А.Г., Лукьянов Н.Б., Чудинов А.В. Аспекты современной медико-социальной экспертизы и реабилитация лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан [Текст] / А.Г.Гаибов, Н.Б.Лукьянов, А.В. Чудинов// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. -2016. -Т.19 -№2 -С.68-70.
31. Ганузин В.М., Романычева Е.Н., Курчина Е.Г. Деятельность отделения медико-социальной помощи поликлиники в профилактике и реабилитации детей и подростков из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации [Текст] / В.М.Ганузин, Е.Н.Романычева, Е.Г. Курчина // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. -2016. -№ 2. -С. 36–38.
32. Ганузин В.М. Детская инвалидность, профилактика, полипрофильная реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями (лекция) [Текст] / В.М. Ганузин // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. -2017. -Т. 5.-№ 2(16) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>
33. Ганузин В.М, Голубятникова ЕВ. Детская инвалидность, профилактика, полипрофильная реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями. [Текст] / В.М Ганузин, Е.В. Голубятникова// Вопросы психического здоровья детей и подростков. -2017. -Т.17. -№2. -С.55-6.
34. Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью; [Текст] 2015 <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
35. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Таджикистане / М. М. Рузиев, А. А. Абдурайимов, А. Г. Гаибов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – Т. 9. – № 4(32). – С. 417-423.

36. Деннер В.А, Федюнина П.С, Давлетшина О.В, Набатчикова М.В. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы. [Текст] / В.А Деннер, П.С Федюнина, О.В Давлетшина, М.В. Набатчикова // Молодой учёный. -2016. -№20. -С71-75.
37. Деннер В.А., Федюнина П.С., Давлетшина О.В. [и др.] Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы / В.А. Деннер, П.С. Федюнина, О.В. Давлетшина [и др.] [Текст] // Молодой ученый. -2016. - № 20. -С. 71–75.
38. Дмитриева МВ. Структура детской инвалидности и эффективность реабилитации в условиях центра для детей с ограниченными возможностями. [Текст] /М.В.Дмитриева//Современные проблемы науки и образования. -2016. -№4.-С.117.
39. Документ об изложении позиции Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на период 2014-2019 годы: «Лучшее здоровье для инвалидов в целях создания инклюзивного общества в Таджикистане». [Текст] – Душанбе, -2014. – 12 с.
40. Доклад по итогам мониторинга эффективности реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы. [Текст] Т. I / сост. Г. В. Семья, И. Е. Калабихина, А. М. Спивак, Е. И. Цымбал, А. В. Кучмаева, Н. Г. Зайцева, А. А. Шведовская; под науч. ред. В. В. Рубцова, Г. В. Семья. М.: Издание Совета Федерации, -2018. -272 с.
41. Доскин В.А., Батышева Т.Г., Лильин Е.Т., Глазкова С.В. Современные научные представления об улучшении качества жизни детей с ограниченными возможностями [Текст] /В.А. Доскин, Т.Г.Батышева, Е.Т.Лильин, С.В.Глазкова // Вестник перинатологии и педиатрии. -2014. -Т. 59. -№ 5. -С. 4–8.
42. Еттянова Н.Г., Макарова А.П. Социальные проблемы семей с детьми-инвалидами [Текст] / Н.Г.Еттянова, А.П. Макарова // Международный студенческий научный вестник. -2016. -№3–4 [Электронный ресурс]. URL:<https://eduherald.ru/ru/article/>.

43. Жданова, Л. А. Медико-социальные аспекты психического здоровья детей и подростков, возможности его охраны и укрепления/ Л. А. Жданова, И. Е. Бобшко, Л. К. Молькова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2020. - Т. 25. - № 2. - С. 11-17.
44. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России [Текст] / под ред. Т.М. Малевой. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, -2017. -256 с.
45. Исаев Е.И., Галушкин П.А. Психологические типы самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Е.И. Исаев, П.А. Галушкин // Акмелогия. Научнопрактический журнал. -2015. -Т.54 -№ 2. -С. 84-89.
46. Итоговый отчет о научно-исследовательской работе «Методические рекомендации по проведению мониторинга социального положения инвалидов в Российской Федерации с учетом положений Конвенции о правах инвалидов», [Текст] М.:2013.
47. Камилова ГИ, Ашурова НС, Чудинов АВ, Гаибова МГ. Основные факторы, обуславливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан. [Текст] / Г.И. Камилова, Н.С. Ашурова, А.В. Чудинов, М.Г. Гаибова. // Вестник Авиценны. -2015. -№3. -С.102-106.
48. Карим-Заде, Х. Д. Эпидемиология детского офтальмо травматизма в Согдийской области Республики Таджикистан [Текст] / Х. Д. Карим-Заде, Н. А. Очилзода, З. А. Дадабоев // Вестник Авиценны. - 2020. - Т. 22. - № 3. - С. 373-382. - DOI 10.25005/2074-0581-2020-22-3-373-382.
49. Карелина И.Б., Туркина М.В. Психолого-педагогическая абилитация и реабилитация детей-инвалидов [Текст] / И.Б. Карелина, М.В. Туркина // Universum: Медицина и фармакология: электрон. научн. журн. – 2016. – № 11(33). – URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/3848> (дата обращения: 21.06.2017).
50. Каркашадзе Г.А., Аникин А.В., Зимина Е.П., и др. Современные данные о патогенезе и лечении гипоксически-ишемических поражений головного мозга

- у новорожденных [Текст] / Г.А.Каркашадзе, А.В. Аникин, Е.П.Зими́на, и [др.] // Педиатрическая фармакология. -2016. -Т. 13. -№ 5 С. 452–467.
51. Клинико-эпидемиологические аспекты детского офтальмо травматизма [Текст] Х. Д. Карим-Заде [и др.] // Вестник Авиценны. - 2016. - № 2(67). - С. 48-52.
52. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы Изд. 2-е. [Текст] / Е.В. Клочкова. М.: Теревинф, -2016. -288 с.
53. Кожевникова Е.В. Раннее детское вмешательство как первый шаг к социальному включению в жизнь общества детей с инвалидностью. В сб.: Тенденции развития образования: кадры решают все: материалы X Международной научно-практической конференции. [Текст] М.: Дело; -2014. -С. 326–333.
54. Козлов С.И. Актуальные вопросы развития системы реабилитации детей-инвалидов в РФ. [Текст] СПб.: ТЭИ, -2016. -139 с.
55. Козловская С.Н. Социальное сопровождение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в различных сферах жизнедеятельности [Текст] / С.Н. Козловская // Ценностные ориентации молодежи в условиях модернизации современного общества Материалы Межрегиональной научной конференции. [Текст] Под ред. Г.Ю. Лизуновой. М., -2018. -С. 553-557.
56. Конвенция о правах инвалидов и факультативный протокол. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; [Текст] 2006 <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-r.pdf>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
57. Конвенция о правах ребенка. Резолюция 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20.11.1989 г. [Текст] http://un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.Shtml (дата обращения 26.06.18).
58. Кононова, А. А. Медико-социальные проблемы формирования нервно-психического здоровья детей в условиях хронического социального стресса [Текст]/ А. А. Кононова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. - 2019. - № 1(42). - С. 219-220.

59. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2012 год. [Текст] / В.С.Корсак, А.А.Смирнова, О.В. Шурыгина // Проблемы репродукции. -2014. -№5. -С.13–15.
60. Кузенкова Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Подклетнова Т.В., Геворкян А.К., Вашакмадзе Н.Д., Савостьянов К.В. и др. Болезнь Фабри: особенности заболевания у детей и подростков. [Текст] / Л.М. Кузенкова, Л.С.Намазова-Баранова, Т.В.Подклетнова, А.К.Геворкян, Н.Д. Вашакмадзе, К.В. Савостьянов и [др.] // Вопросы современной педиатрии. -2015. -Т.14.-№3. -С. 341–348.
61. Кучеров Ю.И., Стыгар А.М., Жиркова Ю.В., Борисова Н.И. Пренатальный консилиум при пороках развития плода [Текст] / Ю.И. Кучеров, А.М. Стыгар, Ю.В. Жиркова, Н.И. Борисова // Детская хирургия. -2016. -Т.20. -№4 -С. 211–215.
62. Кученкова А.В. Социальное самочувствие и субъективное благополучие: соотношение понятий и способов измерения [Текст] / А.В. Кученкова // Вестн. РГГУ. Сер. Философия. Социология. Искусствоведение. -2016.-Т.4. -№ 2. -С. 118–127.
63. Лаврова Д. И. Динамика инвалидности детского населения в Российской Федерации [Текст] / Д. И. Лаврова // Наука и мир. -2015. -№ 9 (25). -С. 113–114.
64. Лысенко К. Ю. Исследование динамики детской инвалидности в России за 2000–2015 гг. [Текст] / К. Ю. Лысенко, А. Д. Трифонова.// Молодой ученый. — 2016. —Т. 118. —№14. —С. 359-362. — URL: <https://moluch.ru/archive/118/32747/> (дата обращения: 12.06.2020).
65. Лукьянов Н.Б, Гаибов А.Г, Юнусова З.И, Каноатов Д.Я. К вопросу об уровне и тяжести инвалидности населения Республики Таджикистан. В кн.: Основные факторы инвалидности и пути развития медицинских и социальных услуг для людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан: [Текст] / Н.Б Лукьянов, А.Г Гаибов, З.И Юнусова, Д.Я Каноатов// Материалы науч.-практ. конф. 22 апреля 2011 г. Душанбе; -2011: 23-29.

66. Мавлонов А.П, Косимова М.С, Сулаймонов И.И. Результаты исследования комплексной медико-социальной реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы. [Текст] / А.П Мавлонов, М.С Косимова, И.И.Сулаймонов //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -2018 -Т.8.-№4 -С.437-442.
67. Магзумова Ф.П, Абдурахимов А.А, Хакназаров С.Ш. Медицинская модель реабилитации детей-инвалидов (по данным НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов). [Текст] / Ф.П Магзумова, А.А Абдурахимов, С.Ш Хакназаров//Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -2018 8.-№4. -С.443-448.
68. Мигунова М.А, Курмакаева Э.Ш. Социально-психологические факторы реабилитации детей-инвалидов в г. Челябинске [Текст] / М.А Мигунова, Э.Ш. Курмакаева // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. -2016. -Т. 2. -№ 1. -С. 41–44.
69. Минин А.В., Пальчик А.Б., Плотникова С.Д. Факторы, влияющие на развитие и течение ишемических инсультов у детей [Текст] / А.В.Минин, А.Б. Пальчик, С.Д. Плотникова // Педиатр. -2016. -Т. 7. -№ 4 -С. 102–108.
70. Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д., Александрова М.Н. Оценка состояния и эффективности системы организации восстановительного лечения детей в условиях детской поликлиники. В сб.: Исследования, разработки и методы в области медицины и фармацевтики: сборник научных трудов по материалам I Международной научно-практической конференции. [Текст] — СПб.: Профессиональная наука; -2017. -С. 15–22.
71. Намазова-Баранова Л.С., Деев И.А., Кобякова О.С., и др. Особенности соматической патологии у детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в различные возрастные периоды жизни [Текст] / Л.С. Намазова-Баранова, И.А. Деев, О.С. Кобякова, [и др.]//Бюллетень Сибирской медицины. -2016. -Т.15. -№4 -С. 140–149.

72. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Антибиотико резистентность в современном мире [Текст] / Л.С. Намазова-Баранова, А.А.Баранов // Педиатрическая фармакология. -2017. -Т. 14. -№ 5 -С. 341–355.
73. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление правительства Республики Таджикистан -№455 от 28 октября 2016 г.
74. Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации и абилитации недоношенных детей [Текст] / Д.Л. Нефедьева, Р.А.Бодрова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2016. -Т. 21. -№ 1 -С. 40–44.
75. Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Умароваз.К. Структура заболеваний, обусловивших инвалидность среди детей города Душанбе. [Текст] / М.П. Носирова, Д.И. Иномзода, М.Д. Ёдгорова, К.Умароваз// Вестник Авиценны -2019 -Т.21 -№ 4 -С.603-609.
76. Оринчук В.А. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в адаптивном спорте / В.А. Оринчук // Гуманитарное образование и наука в техническом вузе. Сборник докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ижевск: Ижевский государственный технический университет им. М.Т. Калашникова. [Текст] -2017. -С. 862-866.
77. Орлова О.М. Роль профессиональной рефлексии в профилактике выгорания педагогов // Помогающие профессии: научное обоснование и инновационные технологии [Текст] / О.М. Орлова // Под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. Нижний Новгород, -2016. -С. 781-784.
78. Осипова Л.А., Кузенкова Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Геворкян А.К., Подклетнова Т.В., Вашакмадзе Н.Д. Нейропатические мукополисахаридозы: патогенез и будущее терапевтических подходов. [Текст]/ Л.А.Осипова, Л.М. Кузенкова, Л.С. Намазова-Баранова, А.К. Геворкян, Т.В. Подклетнова, Н.Д. Вашакмадзе //Вопросы современной педиатрии. -2015. -Т.14. -№5. -С. 539–547.

79. Отчет совместного ежегодного обзора реализации «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы. Период 2013-2014.- Душанбе. -С. 15-19.
80. Проблемы и перспективы преимплантационной генетической диагностики хромосомных болезней. В сб.: Молекулярно биологические технологии в медицинской практике. [Текст] / Под ред.: Бравве Ю.И., Пузырев В.П., Баранов В.С., и др. — Вып. № 24. Новосибирск: Академиздат; -2016. -С. 114–119.
81. Пожарищенская В.К., Давыдова И.В., Савостьянов К.В., и др. Генетическая детерминация формирования бронхолегочной дисплазии: за и против [Текст] / В.К. Пожарищенская, И.В. Давыдова, К.В. Савостьянов [и др.] // Педиатрическая фармакология. -2017. -Т. 14. -№ 1 -С. 24–32.
82. Положение инвалидов. Федеральная служба государственной статистики//URL:<http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstatmain/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#>(дата обращения 01.03.2018).
83. Программа реабилитации в Таджикистане – еще один шаг на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения. В: Таджикистан [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 27 марта 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/news/news/2018/3/rehabilitation-programme-in-tajikistan-builds-towards-universal-health-coverage>, по состоянию на 26 мая 2018 г.).
84. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе [Текст] / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, М.А. Шургая [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. -2016. -Т. 19. -№ 1. -С. 4–7.
85. Разенкова Ю.А. Основные вехи развития понятия «Early Intervention» (раннее вмешательство или ранняя помощь) [Текст] / Ю.А.Разенкова // Дефектология. -2014. -№ 6 -С. 44–52.
86. Рахманова Н.З. Раннее вмешательство как залог успешной профилактики детской заболеваемости, отклонений в развитии, социальной дезадаптации и

- инвалидности у детей [Текст] / Рахманова Н.З. // Молодой ученый. -2016. -№ 9 -С. 1172–1174.
87. Реабилитация, абилитация и сопровождение детей с ограничениями жизнедеятельности в Свердловской области [Текст] / Сборник научно-методических материалов. - Екатеринбург: Раритет, -2017. – 93 с.
88. Реабилитация – ключ к самостоятельному будущему для детей, перенесших полиомиелит. В разделе: Таджикистан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 18 декабря 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/news/news/2014/12/rehabilitationkeyto-an-independent-future-for-children-with-poliomyelitis-in-tajikistan>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
89. Рогачева Н.К., Жданова Л.А., Рогачев Д.А. Состояние первичной инвалидности у детей в Ивановской области в период 2008—2012 гг. [Текст] / Н.К. Рогачева, Л.А. Жданова, Д.А. Рогачев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. -2015. -Т.18. -№3.-С. 25-30.
90. Руководящие принципы по реабилитации на уровне общины. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010 [Текст] (<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
91. Сведения об инвалидах – студентах профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (Дата обращения: 18.05.2018).
92. Семёнова К.А. Проблема восстановительного лечения детского церебрального паралича. [Текст] / К.А.Семёнова //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спец выпуски. -2012. -Т.112. -№7. -С.9-13.
93. Ситуационный анализ. Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан. ВОЗ; -2015.
94. Совершенствование медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы [Текст]/ Ш. Джамшед, З. Х. Абдураймонова, Ш. З.

- Набиева, М. С. Косимова // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2021. - № 1. - С. 67-73. Современные аспекты лечения и реабилитации детей раннего возраста с перинатальными поражениями Центральной нервной системы различного генеза [Текст] / М. Д. Муродов, А. Р. Мавлонов, М. С. Косимова, М. М. Шеров // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2020. - № 1. - С. 39-43.
95. Современные подходы к количественной оценке уровня физического, психического и социального здоровья детей и подростков [Текст] / пособие для врачей / Н. П. Сетко, А. Г. Сетко, Е. В. Булычева [и др.]. - Москва: Академия Естествознания, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-91924-077-8.
96. Структура заболеваний, обусловивших инвалидность среди детей города Душанбе [Текст] / М. П. Носирова [и др.] // *Вестник Авиценны*. - 2019. - Т. 21. - № 4. - С. 603-609. - DOI 10.25005/2074-0581-2019-21-4-603-609.
97. Структура врождённых пороков развития женской репродуктивной системы (по данным Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии) [Текст] / Ф.Б. Аминова [и др.] // *Вестник Авиценны*. - 2019. - Т. 21. - № 1. - С. 21-25. - DOI 10.25005/2074-0581-2019-21-1-21-25.
98. Ткаченко Е.С., Голева О.П. Детский церебральный паралич — одна из ведущих причин детской инвалидности современности [Текст] / Е.С. Ткаченко, О.П.Голева // *Евразийский союз ученых*. -2015. -Т. 7. -№ 3 -С. 86–89.
99. Ходжаева, Ш. А. Совершенствование медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями [Текст] /Ш.А. Ходжаева, Н.В. Одинаев, Ф. Назипов // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2015. - №1. - С. 22-24.
100. Шодихон, Дж. Проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий, и их медико-социальная реабилитация [Текст] / Д. Шодихон, З. Х. Абдурахмонова // *Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения*. - 2021. - № 1. - С. 99-106.
101. Шодихон Дж. чанбҳои муосири барқарорсозии кӯдакон бо оқибатҳои бемориҳои перинаталии системаи марказии асаб [Матн] / Дж. Шодихон // *Наука и инновация*. - 2021. - №3. - С. 73-77.

102. Шодихон, Дж. Некоторые особенности медико - социальной реабилитации детей - инвалидов, воспитывающихся в многодетных семьях сельских районов Таджикистана / Дж. Шодихон // Наука и инновация. - 2021. - №4. - С. 204-208.
103. Чепель Т.В. Пути и возможности первичной профилактики инвалидности детей и подростков. [Текст] / Т.В. Чепель // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2010 Т.4. №1. Доступно по: <http://vozzdvr.fesmu.ru/20101/2010105.pdf>. (Ссылка активна на 03.04.2017).
104. Уровень инвалидизации в Российской Федерации// Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики России URL: [Текст] http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения 23.09.2018).
105. Цуркан С.В. Технологии ранней профилактики детской инвалидности от врожденных пороков развития. [Текст] / С.В. Цуркан // Социальные аспекты здоровья населения. 2011; 20 (4): 18. Доступно по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/342/30/lang,ru/>
106. Amiel-Tison C. A method for neurologic evaluation within the first year of life. In: Meyer L., ed. Current Problems in Pediatrics. VII No. 1. [Text] // Chicago: Year Book Publishers, / - 2016,-76;1–50.
107. Askie LM, Darlow BA, Davis PG, et al. Effects of targeting lower versus higher arterial oxygen saturations on death or disability in preterm infants. The Cochrane Database Syst Rev. -2017;11(4):-CD011190. doi: 10.1002/14651858.
108. Australian Bureau of Statistics [Электронныйресурс]. Режим доступа: [Text] <http://www.abs.gov.au/> (02.04.2014).
109. AlCHazmy M.B., AlCSweilan B., AlCMoussa N.B. Handicap among children in Saudi Arabia: prevalence, distribution, type, determinants and related factors [Text] // East Mediterr. Health J. -2004. -V. 10, -№ 4–5. -P. 502–521.
110. Bhide P., Sagoo G.S., Moorthie S., Burton H., Kar A. Systematic review of birth-prevalence of neural tube defects in India [Text] // Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol. - 2013. - V. 97, -№7. - P. 437-443.

111. Bugie C. Child development and early intervention centers // *Rev. Neurol.* — 2002. — № 34 (Suppl. 1). P. 143–148. 25. Bosa C.A. Autism: psychoeducational intervention [Text] // *Rev. Bras. Psiquiatr.* -2006. -№ 28 (Suppl. 1). P- 47–53.
112. Chaabane S., Sheehy O., Monnier P., Bissonnette F., Trasler J.M., Fraser W. et al. Ovarian stimulators, intrauterine insemination, and assisted reproductive technologies use and the risk of major congenital malformations-the AtRISK Study. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol.* 2016;107(3):136–147. doi: 10.1002/bdrb.21178. Study. *Birth Defects Res. Pt B: Dev. Reprod. Toxicol.* -2016; -107(3): -136–47.
113. Chadwick O., Cuddy M., Kusel Y. et al. Handicaps and the development of skills between childhood and early adolescence in young people with severe intellectual disabilities [Text] // *J. Intellect. Disabil. Res.* -2005. -V. 49, -№ 12. -P. 877–888.
114. Czeizel A.E. Primary prevention of neural-tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for the appropriate use of folic acid during pregnancy. [Text] // *Paediatr. Drugs.* - 2020;2(6):437–49.
115. Davies M.J., Moore V.M., Willson K.J., Van Essen P., Priest K., Scott H. et al. Reproductive technologies and the risk of birth defects. *N. Engl. J. Med.* -2012. -V. 366 -№19.-P 1803–13.
116. Dickinson H., Parkinson K., McManus V. et al. Assessment of data quality in a multicentre cross-sectional study of participation and quality of life of children with cerebral palsy [Text] // *BMC Public Health.* -2006. -№ 6. -P. 273.
117. Dai L., Zhu J., Mao M. et al. Time trends in oral clefts in Chinese newborns: data from the Chinese National Birth Defects Monitoring Network [Text] // *Birth Defects Res A Clin. Mol. Teratol.* -2010. -V. 88. -P. 41-47.
118. Disability and rehabilitation WHO action plan 2006–2011. WHO, Geneva, 2006 [доступно: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf].
119. EUROCAT, Surveillance of Congenital Anomalies 1980–1990 // EUROCAT working. 1993.

120. Essex M.J., Kraemer H.C., Armstrong J.M. et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems [Text] // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 2006. -V. 63, -№ 11. -P. 1246–1256.
121. Fedder J, Loft A, Parner ET, et al. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after ICSI with testicular or epididymal sperm: a controlled national cohort study. *Hum Reprod*. 2013;28(1):230–240. doi: 10.1093 [Text] /humrep/des377.
122. Jacobsson B., Hagberg G. Antenatal risk factors for cerebral palsy. [Text] *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* -2017;18(3):425–36.
123. Joseph RM, Korzeniewski SJ, Allred EN, et al. Extremely low gestational age and very low birthweight for gestational age are risk factors for autism spectrum disorder in a large cohort study of 10-year-old children born at 23–27 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 V.216 № 3.P.1–16. doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.1009.
124. Locatelli A., Incerti M., Paterlini G., et al. Antepartum and intrapartum risk factors for neonatal encephalopathy at term. [Text] // *Am. J. Perinatol.* - 2019;27(8):649–654.
125. International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems // *Annual Report*. 1996. 141 p.
126. Iwashima S, Ishikawa T, Itoh H. Reproductive technologies and the risk of congenital heart defects. *Hum Fertil (Camb)*. 2017 V.20. № 1. P.14– 21. doi: 10.1080/14647273.2016.1254352. 26. Chaabane S, Sheehy O, Monnier P, et al. Ovarian stimulators, intrauterine insemination, and assisted reproductive technologies use and the risk of major congenital malformations-the AtRISK.
127. Hahn J.E. Addressing the need for education: curriculum development for nurses about intellectual and developmental disabilities [Text] // *Nurs. Clin. North Am.* -2003. -V. 8, -№ 2. -P. 185–204.
128. Kalek D., 2008, The effectiveness of a family-centered early intervention program for parents of children with developmental delays ages 0 through 3, Pepperdine University, Malibu,CA [Google Scholar]

129. Kovac M. Some specificities of rehabilitation of children with special needs [Text] // *Med. Pregl.* -2005. -V. 58, -№ 9–10. -P. 483–485.
130. Kim DY, Park HK, Kim NS, et al. Neonatal diffusion tensor brain imaging predicts later motor outcome in preterm neonates with white matter abnormalities. [Text] /*Ital J Pediatr.* -2016.-V.42 -№ 1. -P.104. doi: 10.1186/s13052-016-0309-9.
131. Lu Y, Wang N, Jin F. Long-term follow-up of children conceived through assisted reproductive technology. *J Zhejiang University Science B.* [Text] -2013.-V14. -№5. -P.359–371. doi: 10.1631/jzus.B1200348.
132. Mahoney K, Bajuk B, Oei J, et al. Risk of neurodevelopmental impairment for outborn extremelypreterm infants in an Australian regional network. *J Matern Fetal Neonatal Med.* [Text] /-2017.-V.30. -№1. -P.96–102. doi: 10.3109/14767058.2016.1163675.
133. Park J., Turnbull A. P. & Rutherford Turnbull H., 2002, Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities, *Council for Exceptional Children* 68(2), [Text] 151-170.[https://doi.org/ 10.1177/001440290206800201](https://doi.org/10.1177/001440290206800201)[Google Scholar]
134. Parmelee A.H., Jr., Minkowski A., Saint-Anne Dargassies S., et al. Neurological evaluation of the premature infants: [Text] //A follow-up study. *Biol. Neonate.* / -2018;-15:65–78.
135. Partington S.N., Cisler R.A., Blair K.A. Prevalence of children with special health care needs in Milwaukee, Wisconsin: data from the Milwaukee metropolitan statistical area [Text] // *WMJ.* -2006. -V. 105. -№ 3. -P. 30–35.
136. Patra K, Wilson-Costello D, Taylor HG, et al. Grades I–II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: effects on neurodevelopment. *J Pediatr.* [Text] /-2006. -V.149 -№ 2. -P.169–173. doi: 10.1016/j.jpeds.2006.04.002. Equality Act, 2010 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents> (08.05.2014).
137. Porterfield S.L., McBride T.D. The effect of poverty and caregiver education on perceived need and access to health services among children with special health care needs [Text] // *Am. J. Public Health.* -2007. -V. 97. -№ 2. -P. 323–329.

138. Resch J.A., Mireles G., Benz M.R., Grenwelge C., Peterson R. & Zhang D., 2010, Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities, *Rehabilitation Psychology* [Text] 55 (2), 139 <https://doi.org/10.1037/a0019473>[PubMed] [Google Scholar]
139. Rupp K., Davies P.S., Newcomb C. et al. A profile of children with disabilities receiving SSI: highlights from the National Survey of SSI Children and Families [Text] // *Soc. Secur. Bull.* 2005–2006. -V. 66, -№ 2. -P. 21–48.
140. Sandin S., Nygren K.G., Iliadou A., Hultman C.M., Reichenberg A. Autism and mental retardation among offspring born after in vitro fertilization. *J.A.M.A.* [Text] /-2013.-V.310 -№ 1. -P. 75–84.
141. Secker B., Goldenberg M.J., Gibson B.E. et al. Just regionalisation: rehabilitating care for people with disabilities and chronic illnesses [Text] // *BMC Med. Ethics.* -2006. -№ 7. -P. 9.
142. Smithers-Sheedy H, McIntyre S, Gibson C, et al. A special supplement: findings from the Australian Cerebral Palsy Register, birth years 1993 to 2006. *Dev Med Child Neurol.* [Text] /-2016. -V.58. -№ 2. -P.5–10. doi: 10.1111/dmcn.13026.
143. Strengthening the skills of rehabilitation personnel in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 11 December 2014 [Text] (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/12/strengthening-the-skills-of-rehabilitation-personnel-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
144. Sullivan, D.F. A single index of mortality and morbidity: [Text] /HSMHA Health Reports. -2016. -№ 86, pp. 347-354.
145. Taderera C., Hall H. Challenges faced by parents of children with learning disabilities in Opuwo, Namibia. [Text] // *Afr J Disabil.* /- 2017; 6:283. Published 2017 Jul 26. doi: -10.4102/ajod.v6i0.283
146. Tajikistan hosts workshops on disability and rehabilitation In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 21 January 2014. [Text] (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajiki->

- stan/news/news/2014/01/ tajikistan-hosts-workshops-on-disability-and-rehabilitation, accessed 29 May 2018).
147. Thurgate C., Warner H. Living with disability: part 1 // Paediatr. Nurs. [Text] - 2005. -V. 17, -№ 10. -P. 37–44.
148. Tompkins L.A., Flynn J.R. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening [Text] // Pediatrics. -2006. -V. 118, -№ 1. -P. 405–420.
149. Thorngren - Jernek K. Перинатальные факторы связанные с развитием церебрального паралича у детей в Швеции. // Departments of Pediatrics and Obstetrics&Gynecology. Clinical Sciences. Lund University Hospital. Lund. Sweden. [Text] / K. Thorngren - Jernek, A. Herbst // Obstet. Gynecol. -2006. -V. 108 -№ 6. -P. 1499- 1505.
150. Van der Zanden L.F., Brouwers M.M. et al. Risk factors for different phenotype- of hypospadias: results from a Dutch case-control study [Text] // BJU Int. - 2013. - V. 112. -№1. -P. 121-128.
151. Waldman H.B., Perlman S.P. Children with special health care needs: results of a national survey [Text] // J. Dent. Child. -2006. -V. 73, -№ 1. -P. 57–62.
152. Wen J., Jiang J., Ding C., Dai J., Liu Y., Xia Y. et al. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis. Fertil. and Steril. [Text] -2012. -V.97. -№ 6. -P. 1331–7.
153. Wilson-Costello D., Friedman H., Minich N., Fanaroff A.A., Hack M. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. Pediatrics. [Text] -2005. -V.115 -№ 4. -P. 997–1003.
154. Yam W.K., Chan H.S., Tsui K.W. et al. Prevalence study of cerebral palsy in Hong Kong children // Hong Kong Med. J. [Text] / -2006. -V. 12. -№ 3. -P. 180–184.

Список публикаций

соискателя учёной степени кандидата медицинских наук

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Боймуродов Б.Н. Кӯдаки маъюб – мушкилоти ҷомеъаи муосир. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов // Авчи Зухал. Душанбе 2022с--№3,- С.30-33.

[2-А]. Боймуродов Б.Н. Причинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В. Вохидов, М.Д.Халикова // Медицинский Вестник Национальной академии наук Таджикистана, -Душанбе 2021, Том XI -№2(38),- 65-71ст.

[3-А]. Боймуродов Б.Н. Ташхиси тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон дар Тоҷикистон: ҳолат ва роҳҳои муккамалсозии он. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.Г.Гаибов, З.Т.Авғонов, Б.С.Камолов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020.-№3,-13-17ст.

[4-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые причины факторы риска инвалидизации детей. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020. -№4,-19-21ст.

[5-А]. Боймуродов Б.Н. Распространенность моторных и коммуникативных нарушений у детей с ДЦП. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020. -№4,-53ст.

[6-А]. Боймуродов Б.Н. Медико-биологические и медико-социальные факторы риска ДЦП. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здоровье матери и ребёнка (Периодический научно практический медицинский журнал). Бишкек 2020. -Том 12,№1-2, -9-12ст.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[7-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые вопросы факторов риска ДЦП детей. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // Модар ва кӯдак -«Маҷаллаи илмӣ-амалии Муассисаи давлатии пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Душанбе-2020,-№4,-9-12ст.

- [8-А]. Боймуродов Б.Н. Проблемы детской инвалидности по причине врожденных пороков развития, [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов, М.А.Хусейнова // ВЕСТНИК медицинского комплекса Истиклол, -2020г, -№1, 19-22ст.
- [9-А]. Боймуродов Б.Н. Основные причины и факторы риска инвалидизации детей (анализ литературных сведений). [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов, Р.М.Нуров //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. Душанбе 2019,-№2(42), -33-35ст.
- [10-А]. Боймуродов Б.Н. Врождённые пороки развития как медико-социальная проблема. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // Евроазиатский медицинский научно-практический журнал «Сино» Душанбе -2019.-№1,-119-122ст.
- [11-А]. Боймуродов Б.Н. Наиболее часто встречающиеся заболевания, приводящие к инвалидности в детском возрасте. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, Р.М.Нуров, Р.М.Абдурахимов, Азизджони Фарух //Евроазиатский медицинский научно-практический журнал «Сино» Душанбе -2019.-№1,-118-119ст.
- [12-А]. Боймуродов Б.Н. Перинатальная патология как основной фактор инвалидизации детей. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, М.Дж.Халикова // Журнал- Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений (сборник тезисов) 31 апреля 2021 Душанбе,-767ст.
- [13-А]. Боймуродов Б.Н. О синдроме адаптации новорожденных из группы высокого риска к внеутробной жизни. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, М.А.Хусейнова //Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки (сборник тезисов) - 24 апреля 2020,-277ст.
- [14-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые суждения о синдроме адаптации новорожденных из группы высокого риска. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов, М.А.Хусейнова //Проблемные вопросы диагностики и лечения детей с соматической патологией.- Харьков 17-18 марта 2020. -35-36ст
- [15-А]. Боймуродов Б.Н. Перинатальная патология как фактор риска формирования инвалидности в детском возрасте. «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний» [Текст.] / Б.Н. Боймуродов,

А.В.Вохидов // (Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан) - Душанбе 29 июня 2019г,-46ст.

Методическое руководство

[16-А]. Боймуродов Б.Н. «Оризаҳои фалачи кӯдакони мағзи сарӣ» / Б.Н. Боймуродов, А.Р.Раҳмонов, Ф.П.Магзумова, Қ.А.Шоев // - Душанбе 2019-33с. Дастури методӣ барои муассисаҳои тиббию тавонбахшӣ. ТДУ-616-009.4-052.2(07) ТБК Я7 56.12

[17-А]. Боймуродов Б.Н. «Пешгирӣ ва тавонбахшии маъюбии кӯдакон» / Б.Н. Боймуродов, А.Г.Гаибов, Ф.П.Магзумова, М.Б.Шарипова // - Душанбе 2019-33с. Дастури методӣ барои муассисаҳои тиббию тавонбахшӣ. ТДУ-616-036, 865-053,2(07) ТБК Я7 53,7 F-71