

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

кафедра общественного здоровья, здравоохранения,
экономики здравоохранения

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

доц. Коктышев И.В.
доц. Охотникова М.В.
доц. Бутева Л.В.
асс. Смутьская Н.Г.
асс. Рымарь Я.И.

вопросы

1. Понятие об инвалидности и медико-социальной реабилитации инвалидов
2. Статистика инвалидности. Методика расчета показателей, характеризующих инвалидность
3. Тенденции и закономерности распространенности первичной инвалидности
4. Детская инвалидность как медико-социальная проблема
5. Основные направления снижения инвалидности населения

Часть 1

Понятие об инвалидности и медико-социальной реабилитации инвалидов

Много веков назад мир жил по закону, утверждающему, что право на жизнь имеет только сильный человек, а людям с ограниченными жизненными возможностями не оказывалась надлежащая помощь, в результате чего они погибали.

Нигде благополучие инвалидов не пришло само по себе. За него боролись пикетами и митингами. Достижением мировой цивилизации в гуманитарной сфере явилось принятие ООН в 1948 году Всеобщей декларации прав человека, а затем принятие ООН в 1975 году Декларации прав инвалида.

«Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полнокровной».

В наше время проблема инвалидности остается болезненной для всех стран мира, как с точки зрения медицины, так и с социально-экономической стороны.

В данной работе инвалидность будет рассмотрена как один из важных медико-социальных критериев общественного здоровья.

Этот критерий позволяет определить:

- уровень социально-экономического развития общества
- степень совершенства медицинской помощи.

Актуальность данной проблемы во всем мире обусловлена ее значительными масштабами и негативной динамикой, особенно за счет лиц трудоспособного возраста.

Экономические последствия инвалидности населения огромны.

Кроме того, государства вынуждены выделять деньги на:

- организацию социальной защиты инвалидов
- оказание им медицинской помощи
- содержание соответствующих социальных учреждений
- проведение реабилитации инвалидов.

Инвалидность нередко влечет за собой тяжелый груз эмоционально-психологических и материально-финансовых последствий **для инвалида и членов его семьи**, она сама часто является следствием некачественной медицинской помощи.

Все это в еще большей степени повышает медико-социальную значимость проблемы.

Прежде, чем характеризовать закономерности и тенденции инвалидности, остановимся на основных понятиях, связанных с инвалидностью.

Инвалидность – (лат. – «**несильный**», «**не силач**») – состояние человека, при котором имеются препятствия или ограничения в жизнедеятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями.

Применительно к детскому возрасту под инвалидностью следует понимать, социальную недостаточность вследствие первоначального отсутствия функций организма или систем, выражающихся не в утрате трудоспособности, а в таких разнообразных проявлениях ограничения жизнедеятельности, как снижение способности к игровой деятельности и обучению, общению в коллективе сверстников, контролю над собой и т.д.

Другими словами, инвалидность у детей – **более тяжелое** явление, чем инвалидность у взрослых, ибо оказывает влияние на развитие психики, приобретение навыков, усвоение знаний.

То есть, понятие **«инвалидность»** рассматривается как ограничение всех видов жизнедеятельности, а не только как состояние, связанное с нарушениями возможности трудиться.

Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельное передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Поэтому общество должно быть заинтересовано в социальной защите инвалидов.

Социальная защита инвалидов — это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей для участия в жизни общества.

Инвалид – (лат. — *слабый, немощный, непригодный*) – человек, у которого возможности его личной жизнедеятельности ограничены из-за его врожденных или приобретенных отклонений.

Эти ограничения могут носить длительный (не менее 1 года) или постоянный характер.

В настоящее время это слово все чаще заменяется на **«человек с ограниченными возможностями»**. Во многих странах Европы термин «инвалид», как правило, не употребляется. В терминологии ВОЗ принят термин **«дезабилитированные лица»**, т.е. индивиды, которые имеют **ограничение жизненных функций**.

Инвалиды – это часть дезабилизированных лиц с наиболее выраженными ограничениями.

Тем не менее, этот устойчивый термин часто употребляется в прессе, а также в нормативных и законодательных актах, в том числе и в официальных материалах ООН.

Инвалидность – это сложный феномен, который является проблемой, как на уровне организма человека, так и на социальном уровне.

Получение статуса инвалида предполагает одновременную разработку для него реабилитационных мероприятий, целью которых является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

То есть, **реабилитация инвалидов** – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Выделяют следующие основные виды реабилитации инвалидов:

Медицинская реабилитация – восстановление нарушенных функций путем проведения лечебных и корректирующих мероприятий. К ним относятся: медикаментозное и оперативное лечение, физиотерапия, ЛФК, общеукрепляющее и специальное санаторно-курортное лечение, протезирование и т.д.

Психологическая реабилитация – психотерапевтическими средствами выработка активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида.

Профессиональная реабилитация – это мероприятия по профессиональной ориентации, подготовке и переподготовке, обеспечению условий труда, отвечающих состоянию здоровья и приспособление рабочего места к имеющемуся дефекту и т.д.

Социальная реабилитация – система восстановления способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Сюда следует отнести и социальную помощь (поддержку), которая предусматривает обеспечение инвалидов в денежной и натуральной формах (в виде услуг или льгот).

Все эти виды реабилитации направлены на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии:

- со структурой его потребностей
- кругом интересов и уровнем притязаний
- с учетом прогнозируемого уровня его

соматического

состояния

- психофизиологической выносливости
- социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

Из этого набора мероприятий формируется *индивидуальная программа реабилитации (ИПР)*.

Эта программа – основной документ, согласно которому инвалид должен получить:

- технические средства реабилитации (кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные изделия со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами),
- рекомендации по трудоустройству,
- направление на лечение и т.п.

В *ИПР* определяются: виды, формы рекомендуемых реабилитационных мероприятий, их объем, сроки проведения и исполнители.

ИПР инвалида является обязательной для исполнения всеми органами власти, а также учреждениями и организациями независимо от организационно-правовых форм собственности.

Часть 2

Статистика инвалидности.
Методика расчета показателей,
характеризующих инвалидность

Признание человека инвалидом возможно только при проведении экспертизы, которую осуществляют медико-социальные экспертные комиссии (**МСЭК**) в ДНР и бюро медико-социальной экспертизы (**БМСЭ**) – в России. У нас МСЭК подчиняются МЗ, в России – органам социальной защиты.

Медико-социальная экспертиза – это медико-юридическая процедура с целью установления факта инвалидности, ее причины, длительности, группы инвалидности. Группа устанавливается в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности и степени нарушения функций организма.

Существует 3 группы инвалидности, которые устанавливаются на основе **МКБ**. Группа устанавливается при необходимости перевода работника на другую, более легкую работу или работу, требующую меньшего напряжения и не такой высокой, как прежде, квалификации.

При определенных анатомических дефектах группу устанавливают независимо от характера выполняемой работы.

I группа устанавливается гражданам, полностью утратившим способность к регулярному профессиональному труду в обычных условиях и нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре).

II группа устанавливается при постоянной или длительной нетрудоспособности без необходимости постороннего ухода.

III группа – утрата способности к профессиональному труду. Обычно ее устанавливают при значительном снижении трудоспособности

В случае признания гражданина инвалидом любой группы в качестве причины инвалидности указывается: общее заболевание; трудовое увечье, профессиональное заболевание; инвалидность с детства; инвалидность военнослужащих; военная травма, заболевание, полученное в период военной службы; инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС; иные причины, установленные законодательством.

При проведении МСЭ используется следующая медицинская документация:

1. документы, с которыми больной направляется на МСЭК;

2. документы, которые оформляются на МСЭК:

- для органа, оформляющего пенсию по инвалидности;
- для лечащего врача о решении комиссии и взятии лица на диспансерный учет;
- для администрации предприятия, где трудится инвалид, с целью изменения характера труда;
- для органа труда и социальной защиты для осуществления ИПР;

3. учетные документы, которые остаются в МСЭК и предназначены для составления отчетных форм по инвалидности и ее анализа. К ним относятся: «Акт освидетельствования в МСЭК» и «Статистический талон к акту освидетельствования в МСЭК».

В этих документах имеются данные, содержащие сведения об инвалиде: возраст, пол, профессия, должность, социальная категория, диагноз, группа, причина инвалидности, первичное или повторное освидетельствование, трудоустройство, лечебное учреждение, направившее на экспертизу и др.

На основании этих учетных признаков для составления отчета об инвалидности проводится группировка и суммирование данных, которые затем вносятся в отчетную форму и используются для расчета следующих четырех основных показателей:

1) **Первичной инвалидности** (интенсивный показатель), которые рассчитываются: для населения в целом, для отдельных групп (дети 0-18 лет, старше 18 лет, трудоспособное население, пенсионеры), по группам и причинам, по видам заболеваний, по полу и др. признакам.

2) **Структуры первичной инвалидности** (экстенсивный показатель), которые рассчитываются по возрастно-половым группам, причинам, группам инвалидности и пр.

3) **Изменения степени (тяжести) инвалидности** (экстенсивный показатель), который дает представление об изменениях групп инвалидности, что позволяет ориентироваться в динамике структуры инвалидности в динамике.

4) **Возвращения инвалидов к трудовой деятельности** в связи с восстановлением трудоспособности (экстенсивный показатель), который дает представление о том, какая доля инвалидов из числа рабочих и служащих, явившихся на очередное переосвидетельствование, было признано трудоспособным.

Вся эта информация формируется на каждом уровне МСЭК: городском (районном) и республиканском. Все эти показатели могут быть определены как для лиц, впервые вышедших на инвалидность, так и для контингентов инвалидов, зарегистрированных в отделах социального обеспечения.

Кроме показателей, характеризующих общую и первичную инвалидность, рассчитывают показатели оценки качества реабилитации.

Оценка проводится на основании **трех групп** показателей:

1. Медицинской и профессиональной реабилитации.
2. Стабильности групп инвалидности при повторном освидетельствовании.
3. Утяжелении групп инвалидности повторно освидетельствованных.

1 группа – показатели полной и частичной реабилитации;

2 группа – показатели стабильности установления групп инвалидности;

3 группа – показатели утяжеления групп инвалидности.

В основе их расчета лежит экстенсивный показатель. Они вычисляются на основании данных отчета **«Результаты переосвидетельствования инвалидов»**.

Таким образом, наличие статистических данных об инвалидах позволяет получать объективное представление об уровнях, динамике, структуре, причинах инвалидности на разных территориях, в различных профессиональных и возрастно-половых группах и т.п., а также прогнозировать возможные затраты государства на эти цели.

Часть 3

Тенденции и закономерности распространенности первичной инвалидности

Инвалидность – это медико-социальный феномен, который сопровождает жизнь общества, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям, формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов.

Во многих странах существует модель мониторинга контингента инвалидов в различных возрастно-половых и профессиональных группах по различным учетным признакам.

В 1988 г. была впервые создана Международная статистическая база данных о дезабилитированных лицах.

Доля дезабилитированных лиц в разных странах колеблется от 5 до 33%: Финляндия – 33%, Канада – 30, Великобритания – 27, Нидерланды, Франция – 25, Эстония – 24, Чехия, Португалия, Дания, Швеция – 20, США – 19, Китай – 5%.

Опираясь на данные ВОЗ, можно утверждать, что инвалидность, в огромной степени, зависит от социально-экономического уровня развития:

- около 20% людей мира становятся инвалидами по причине недоедания, неполноценного питания или голода;
- столько же – по причине наличия вредных привычек;
- 15% из-за различных травм в дороге, в бытовых или производственных условиях.

Согласно статистике, в среднем один из десяти человек страдают от физических, умственных или сенсорных дефектов и не менее 25% всего населения страдают расстройствами здоровья.

Примерно одна семья из четырех имеет в своем составе инвалида.

Рост инвалидов объясняется как ухудшением состояния здоровья жителей планеты, так и расширением критериев определения инвалидности, прежде всего, по отношению к лицам пожилого возраста и детям.

Эпидемиология инвалидности в России показывает, что с 1975 г. численность впервые признанных инвалидами неуклонно растет. В 2000 г. – 83 сл. на 10 тыс. населения, а в 2014 г. – уже более 100 сл.

Это объясняется тем, что в 1995 г. был принят закон о социальной защите инвалидов, в котором, де-юре, инвалидность больше не связывалась с понятием трудоспособности.

Также улучшился учет инвалидов, получающих трудовую пенсию по старости, которые раньше не считались инвалидами.

Основные причины, приводящие к инвалидности взрослых россиян, является:

- общие заболевания – 86% случаев
- травмы или заболевания военнослужащих – 7,6%
- врожденные аномалии или заболевания, возникшие в детстве – 4,4%
- трудовые увечья или профзаболевания – 2,0%

Согласно этим данным, больше всего к инвалидности приводят общие заболевания, среди которых ведущими являются:

- болезни системы кровообращения (25-43%);
- онкологические заболевания (13-24%);
- травматические повреждения (6-11%).

Из класса болезней органов кровообращения ведущее место занимают:

- ишемическая болезнь сердца (более 37%),
- цереброваскулярные болезни (более 35%).

По данным статистики в РФ и в развитых странах мира динамика показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в связи с болезнями сердечно-сосудистой системы, болезнями органов дыхания имеет негативные тенденции, поскольку эти показатели удваиваются каждые десять лет.

Наиболее часто определяют II группу инвалидности (60-70% случаев), затем III (15-20%), а I группу устанавливают только примерно в 10-14% случаев.

По возрасту впервые вышедшие на инвалидность распределяются следующим образом: 10-15% – лица пенсионного возраста, 85-90% – трудоспособное население.

В сельской местности несколько ниже доля общих заболеваний как причины инвалидности (около 80%) и выше доля инвалидов из числа военнослужащих (около 10%) и инвалидов с детства (около 7%).

В Донецкой области на начало 2014 г. уровень инвалидности составил 610 сл. на 10 тыс. жителей, это каждый 16-17 житель региона – инвалид.

По данным Республиканского управления статистики:

- около 10% инвалидов имеют 1 группу
- 32% – II группу
- 58% – III группу.

86% инвалидов находятся в трудоспособном
возрасте.

Уровни первичной инвалидности среди населения ДНР

Причины	Трудоспособное население (на 10 000)
Болезни системы кровообращения	10,2
Травмы, отравления	10,0
Новообразования	8,8
Болезни костно-мышечной системы	7,2
Болезни органов дыхания	4,2
Расстройства психики и поведения	4,5
Профессиональные заболевания	3,6
Болезни нервной системы	3,3
Болезни эндокринной системы	2,6
Туберкулез	2,8
Производственные травмы	2,5
Болезни глаз	1,3
Болезни органов пищеварения	1,6

Критерии оценки ВОЗ: уровень до 6 – низкий, 6-9 – средний, 9-11 – высокий, более 11 – очень высокий.

Часть 4
Детская инвалидность
как медико-социальная проблема

Современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, травмированным в родах детям и детям с врожденными пороками развития, которые впоследствии и становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность.

По данным ВОЗ, доля тяжелой детской инвалидности в мире составляет 1-2% детской популяции и в пределах 10-15% – среди всех категорий инвалидов.

Удельный вес инвалидов среди всей популяции детского населения составляет:

в США – 12,8%, Саудовской Аравии – 6,3%, Китае – 4,9%, Великобритании – 2,6%, Украине – 2,5%, Российской Федерации – от 1,5 до 4,5%.

Прогнозы по детской инвалидности предполагают ее дальнейший рост, что обусловлено ухудшением состояния здоровья детей и подростков, и в частности, учащением перехода острых форм болезней в хронические.

Проблема отечественной детской инвалидности начала формироваться как самостоятельная лишь в последние десятилетия, хотя статус «ребенок-инвалид» впервые введен в СССР еще в 1979 г.

В соответствии «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» с 1996 г. в странах СНГ к категории **детей-инвалидов** относили вначале детей **до 16 лет**, а с 2005 года — детей **до 18 лет**.

Понятия «ребенок-инвалид» и «инвалид с детства» различаются.

«Инвалид с детства» – это причина инвалидности, устанавливаемая одновременно с группой инвалидности. Указанная причина определяется гражданам **старше 18 лет**, в случаях, когда **инвалидность** вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, **возникла до 18 лет**. Эта причина инвалидности может быть определена в том случае, если по клиническим данным или по последствиям травм и врожденным дефектам у инвалида в **возрасте до 18 лет** имелись признаки стойких ограничений жизнедеятельности.

Лицу в возрасте **до 18 лет**, признанному инвалидом, устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Структура причин, формирующие детскую инвалидность, коренным образом отличаются от взрослого населения.

В РФ в структуре инвалидности с детства ведущие места занимают:

Психические расстройства и расстройства поведения (20-22%) – ведущий диагноз – **умственная отсталость** (73%);

Болезни нервной системы (18-23%) – ведущий диагноз – **детский церебральный паралич** и др. параличи (57%);

Врожденные аномалии развития (18-25%) – ведущий диагноз – **аномалии системы кровообращения** (27%).

Соматические заболевания (6,5%) ведущие диагнозы – **диабет, бронхиальная астма**.

Среди нарушений в состоянии здоровья детей, которые приводят к ограничению их жизнедеятельности, значительно преобладают умственные – более 27%, двигательные – 22%, висцеральные, метаболические нарушения и расстройства питания – более 21%.

Ежегодно в России **рождается более 30 тыс. детей** с врожденной и наследственной патологией, из них $2/3$ в последующем становятся инвалидами, причем в 60-80% случаев среди них инвалидность обусловлена перинатальной патологией.

В структуре психических расстройств у инвалидов с детства старше 16 лет преобладают: олигофрения (68%), шизофрения (12-14%), эпилепсия (9-13%), органические заболевания ЦНС (7-8%).

Из-за туберкулеза в детском возрасте ежегодно увеличивается как количество детей-инвалидов, так и доля инвалидности с детства.

10-20% детей не являются ни инвалидами, ни полностью здоровыми. Это дети с минимальной мозговой дисфункцией, нарушением поведения, плохо успевающие в школе, с какими-либо пограничными нарушениями неврологического статуса.

Наибольшее число детей-инвалидов приходится на возраст 8-14 (40%) и 4-7 лет (30%).

Среди детей-инвалидов больше мальчиков – 58%.

На начало 2014 г. уровень первичной инвалидности составил 21,3 сл. на 1000 детей. Темп прироста этого показателя за 10 лет составил 27%.

Распределение инвалидов с детства по группам инвалидности в РФ и Украине выглядит следующим образом:
I гр. – 3-4%, II гр. – 26-27%, III гр. – 70%.

Из общего числа детей-инвалидов 9,2% находятся в интернатных учреждениях, в т.ч. 1,7% – в учреждениях системы здравоохранения, 3,2% – системы социальной защиты, 4,3 – образования.

В Донецкой области дети-инвалиды до 18 лет на начало 2014 года составили 5,3%. Ведущие места занимают: болезни нервной системы (около 25%), врожденные пороки развития (21%), нарушения психики и расстройство поведения (15%).

Для реабилитации детей-инвалидов в регионе создана система этапного оказания медпомощи на базе Республиканской детской клинической больницы, функционирует отделение интенсивной терапии новорожденных с центром хирургической коррекции врожденных пороков у новорожденных.

На базе Республиканского института неотложной и восстановительной хирургии проводится коррекция врожденных пороков сердца у детей.

В ДНР работает региональный медико-генетический центр, в котором внедрены современные методики пре- и постнатальной диагностики.

С целью профилактики инвалидности детей с хронической патологией функционирует сеть детских оздоровительных учреждений и оздоровительных центров, домов ребенка.

Часть 5

Основные направления снижения инвалидности населения

В настоящее время отмечается увеличение общего числа инвалидов. Это поставило в число национальных приоритетов проблему предупреждения инвалидности.

Термин предупреждение инвалидности, согласно «Стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов», означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (**профилактика первого уровня**) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (**профилактика второго уровня**).

Профилактика первого уровня:

- улучшение качества пренатальной диагностики по выявлению врожденных пороков развития;
- обследование новорожденных на наследственные заболевания;
- санпросветработа по вопросам профилактики заболеваний нервной системы и врожденных пороков развития;
- проспективное консультирование супружеских пар в медико-генетической консультации, у которых уже родились дети с врожденными пороками развития.

Ранняя аудиологическая диагностика позволяет выявлять детей, страдающих врожденной глухотой, и проводить раннюю реабилитацию (опыт США, Великобритании, Канады, Германии).

Профилактика второго уровня:

- закрепить законодательно институты социальной защиты инвалидов,
- сместить основной акцент при решении проблем инвалидов на реабилитацию и, прежде всего, на ее социальные механизмы компенсации и адаптации,
- сформировать реабилитационные службы в каждом регионе,
- организовать оказание услуг медицинского характера с учетом характера инвалидности;
- изготовить протезы, ортопедические и другие вспомогательные средства в достаточном количестве.

Высокий уровень инвалидности среди детей и подростков свидетельствует о необходимости **взаимодействия** между здравоохранением, социальной защиты, образования, общественными организациями и семьей. Нам следует учесть опыт тесного содружества **педиатров, педагогов, психологов и социологов**, который широко используется в странах Европы.

Таким образом, повышение роли государства, создание развитой сети учреждений по охране материнства и детства, развитие медико-генетической службы, интеграция здравоохранения и управленческими органами на региональном уровне, совершенствование подготовки кадров, усиление роли семьи и ответственности каждого члена общества за свое здоровье, отношение к здоровью как к главному достоянию – необходимые условия для уменьшения негативных тенденций в здоровье женщин и детей, которые смогут улучшить качество потомства в третьем тысячелетии.

В третьем тысячелетии население планеты должно осознать наличие инвалидов и необходимость создания для них нормальных условий жизни.

Благодарю за внимание!