

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616-006.04-053.2-036.86(470.56)

Н.А. Баянова^{1,2}, И.М. Маколдина¹, В.В. Набиуллина¹, Е.В. Пантелеева¹**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области» Минтруда России, 460001, г. Оренбург;²ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, 460000, г. Оренбург

Авторами проведен анализ динамики детской инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Оренбургской области с учетом географических и территориальных факторов за период 2002—2011 г. Выделены неблагоприятные зоны области, определены возрастно-половые особенности, предположительно формирующие риск инвалидизации детского населения.

Ключевые слова: детская инвалидность; детская онкология; структура детской инвалидности.

MALIGNANT NEOPLASMS IN THE FORMATION OF CHILDHOOD DISABILITY IN THE ORENBURG REGION

N.A.Bayanova, I.M.Makoldina, V.V.Nabiullina, E.V.Panteleeva

¹The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Orenburg Region, 460041, Orenburg, Russian Federation;²Orenburg State Medical Academy, 460000, Orenburg, Russian Federation

The authors analyze the dynamics of childhood disability due to cancer in the Orenburg region, taking into account the geographical and territorial factors from 2002 to 2011. Critical zones identified areas defined by age and sex characteristics, presumably forming the risk of disability of the child population.

Key words: children's disability; pediatric oncology; the structure of child disability.

Злокачественные новообразования являются медико-социальной проблемой. Особенно усиливается актуальность изучения вопроса в связи с выявлением этой патологии в раннем детском возрасте, когда происходит активный процесс формирования морфофункциональных структурных компонентов, его психических и личностных качеств ребенка. Нарушение функций, вызванное злокачественным заболеванием, приводит к изменению функционирования других органов и систем, что содействует дисгармоничности развития и созревания организма, ограничивает возможности его жизнедеятельности, способствуя появлению социальной недостаточности [1]. По данным Министерства здравоохранения Оренбургской области, онкологическая заболеваемость, в том числе и детская, за последние 3 года увеличивается с ежегодным возрастанием удельного веса выявляемости на профилактических осмотрах (см. таблицу) [2].

Цель исследования — определить тенденции детской инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Оренбургской области с учетом географических факторов, места проживания, а также представить возрастно-половую характеристику инвалидов категории ребенок-инвалид вследствие злокачественных новообразований в Оренбургской области.

Материал и методы

Источником информации явились информационно-аналитические сборники «Состояние инвалидности по обращаемости в Оренбургской области за 2002—

2011 гг.», а также анкеты ребенка-инвалида, страдающего лейкозом или злокачественным новообразованием, прошедшего освидетельствование в бюро МСЭ Оренбургской области в 2012 г.

У каждого третьего ребенка-инвалида Оренбуржья инвалидность наступает вследствие психических расстройств. У каждого пятого — вследствие врожденных аномалий развития. 3-е место в структуре детской инвалидности по классам болезней стабильно занимают болезни нервной системы с удельным весом 16,5%. За изучаемый период злокачественные новообразования как причина детской инвалидности в регионе стоят на 6-м ранговом месте с колебанием удельного веса от 3,5 до 4,5%, за исключением 2011 г., когда они стали занимать 5-ю ранговую позицию, опережая туберкулез (рис. 1).

За изучаемый период в динамике всей первичной инвалидности детского населения Оренбургской области наметилась тенденция к снижению ее уровня.

Таблица 1
Основные показатели онкологической службы Оренбургской области

Показатель	Оренбургская область			РФ
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2010 г.
Онкологическая заболеваемость на 100 тыс. населения	379,3	391,8	419,3	364,2
Детская онкологическая заболеваемость на 100 тыс. (0—14 лет) детского населения	12,3	12,2	12,95	
Выявляемость на профосмотре, %	16,0	17,4	22,3	13,2

Для корреспонденции: Баянова Наталья Александровна — канд. мед. наук, врач-методист, ст. преподаватель каф. общественного здоровья и здравоохранения № 1; 460000, г. Оренбург, пер. Трофимовский, 13; e-mail: gb56omo@yandex.ru.



Рис. 1. Структура детской инвалидности по классам болезней в Оренбургской области в 2011 г. (в %).

Средний уровень составил 30,5 на 10 тыс. детского населения, вариабельность показателя от 24,2 (2010) до 37,0 (2003) на 10 тыс. соответствующего населения. Абсолютный прирост показателя наблюдался в 2003 (+2,3‰), 2009 (+3,9‰), 2011 (+2,7‰) гг. Самое высокое значение абсолютной убыли первичной инвалидности детского населения зафиксировано в 2006 г. (-5,5‰). Динамика первичной инвалидности взрослого населения Оренбургской области, как и показатели в РФ за этот же период, характеризуется прямо противоположными тенденциями, обусловленными законодательскими изменениями, доказанными проведенными исследованиями сотрудников Нижегородской государственной медицинской академии [3]. Такая динамика определенно говорит об отсутствии

связи первичной инвалидности детского населения и первичной инвалидности взрослого населения.

Первичная инвалидность городского детского населения была достоверно выше, чем таковая детского населения среди сельских поселений, за исключением 2008, 2009 и 2011 гг. (рис. 2).

Динамику первичной детской инвалидности вследствие злокачественных новообразований нельзя характеризовать как положительную. За период наблюдения отмечаются незначительные подъемы и снижения в пределах 0,4 на 10 тыс. соответствующего населения независимо от места проживания с более высокими показателями среди детского населения городских поселений. Особенно обращает на себя внимание последний год исследования, когда интенсивный коэффициент первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований детского населения среди городских поселений увеличился вдвое, что не наблюдается в тенденции всей первичной инвалидности детского населения Оренбургской области (см. рис. 2).

Область условно разделена по территориальному принципу на: Западную, Центральную и Восточную зоны. Так, в 2011 г. преобладающий удельный вес первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований детского населения приходится на Центральную (45,6%) и Восточную (35,3%) зоны региона, подтверждая влияние алиментарных факторов окружающей среды. Именно в этих территориальных зонах сосредоточены крупные промышленные перерабатывающие предприятия области. Однако обращает на себя внимание г.Абдулино, расположенный

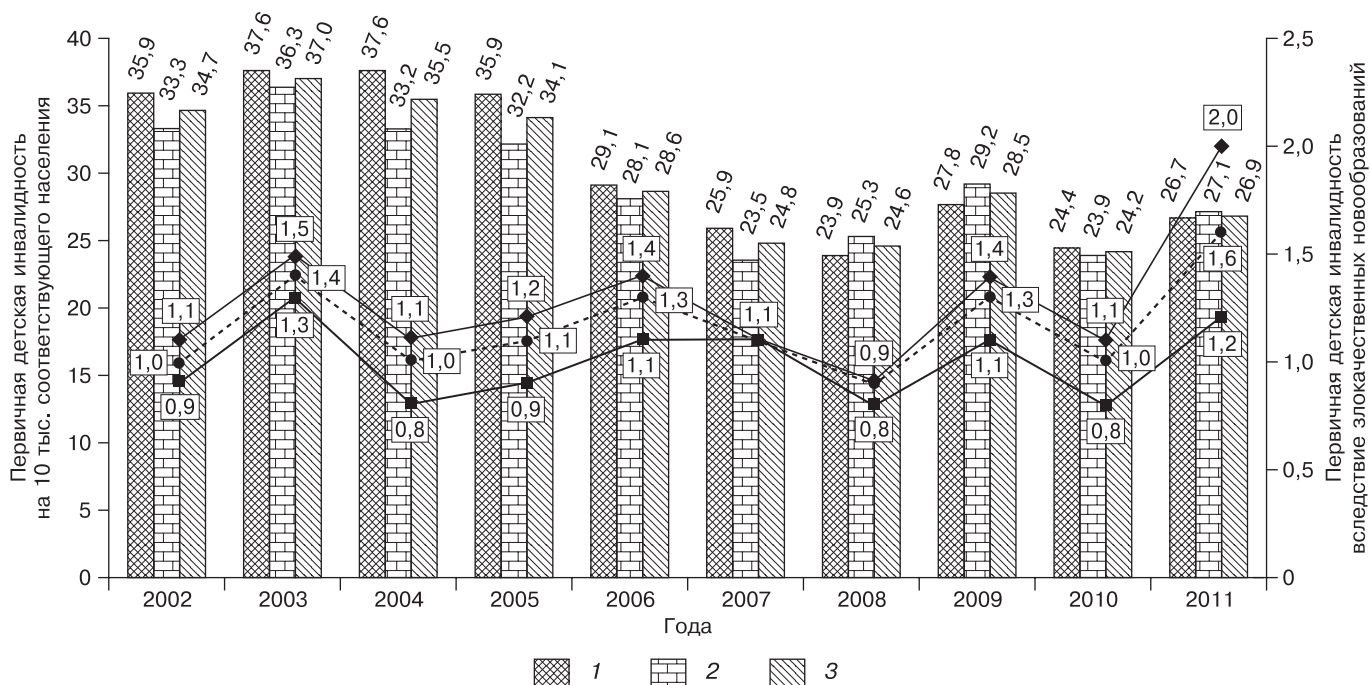


Рис. 2. Динамика первичной детской инвалидности вследствие всех причин (1), вследствие злокачественных новообразований среди сельских (2) и городских (3) поселений Оренбургской области на 10 тыс. соответствующего населения за 2002—2011 гг.

в Западной зоне, с уровнем первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований 9,5 на 10 тыс. детского населения — почти в 5 раз превышающий показатель по городам и в 6 раз — областной уровень. Не зарегистрировано изучаемых случаев первичной детской инвалидности в четырех городах области: Бузулуке, Бугуруслане, Кувандыке и в Соль-Илецке. Лидирующую позицию в абсолютных значениях занимает Оренбург: 30,9% первично признанных инвалидами детей приходится на областной центр с уровнем 2,3 на 10 тыс. детского населения. Очень высокий уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований зафиксирован в Новоорском районе — 7,0‰, почти в 6 раз превышающий уровень по районам и в 4 раза областной показатель.

В структуре детской инвалидности вследствие злокачественных новообразований по полу выявлено, что 66,1% признающихся инвалидами составляют мальчики во всех возрастных группах в равной степени. Преобладает в 36,4% случаев признания ребенка инвалидом вследствие злокачественных новообразований возрастная группа 8—14 лет. На возрастную группу 0—3 года приходится 27,3% детей-инвалидов. Для первичной детской инвалидности Оренбургской области характерны критические возрастные периоды 0—3 года и 8—14 лет. Однако выявлена следующая четкая тенденция: до 2005 г. в первичном выходе на инвалидность преобладали дети в возрасте 8—14 лет, после 2006 г. — дети в возрасте 0—3 лет. Скорее, сложившаяся ситуация связана с реализацией Национального проекта «Здоровье», в рамках которого приоритетность направления отдана на раннее выявление заболеваний и, следовательно, при возникновении ограничений жизнедеятельности — выхода на инвалидность, что в свою очередь дает возможность полностью реабилитировать детей-инвалидов. Результаты подтверждаются снижающимися темпами детской инвалидизации начиная с 2006 г.

Заключение

Первичная инвалидность детского населения Оренбургской области характеризуется снижением темпов показателя (с 35,9 на 10 тыс. до 26,7 на 10 тыс. детского населения) за 2002—2011 гг.

Показатели первичной детской инвалидности среди городских поселений региона (от 27,1 на 10 тыс. до 37,6 на 10 тыс. детского населения) выше показателей первичной детской инвалидности сельских поселений

(от 23,5 на 10 тыс. до 37,0 на 10 тыс. детского населения) за десятилетний период.

Злокачественные новообразования, как причина детской инвалидности занимают 6-е место в удельном весе всех причин инвалидизации детского населения, с увеличением частоты признания детей инвалидами в конце исследования в 2 раза.

Наиболее неблагоприятной территориальной зоной области (в 45,6% случаев) в отношении первичной детской инвалидности вследствие злокачественных новообразований является Центральная зона Оренбуржья, что требует проведения дальнейшего научного исследования с учетом факторов окружающей среды.

В возрастно-половой структуре статистической совокупности выявлены особенности (в 66,1% признаются инвалидами мальчики; в 36,4% случаев признания ребенка инвалидом вследствие злокачественных новообразований приходится на возрастную группу 8—14 лет), которые могут формировать факторы риска инвалидизации детского населения Оренбургской области вследствие злокачественных новообразований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.К. Медико-социальная экспертиза: организация и технологии. Н. Новгород; 2007.
2. О состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений Оренбург. области. Информ. сборник: Оренбург; 2012.
3. Гусева Н.К., Герман С.В. Влияние законодательного процесса в сфере социальной политики на уровень и динамику первичной инвалидности в Российской Федерации и Нижегородской области. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2010; 2: 5—8.

REFERENCES

1. Guseva N.K. Medico-social assessment: organization and technology. N. Novgorod, 2007 (in Russian).
2. On the state of health of the population and health care institutions of the Orenburg region. Information Collection. Orenburg; 2012 (in Russian).
3. Guseva N.K., German S.V. Influence the legislative process in the field of social policy at the level and dynamics of the primary disability in the Russian Federation and the Nizhny Novgorod region. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2010; 2: 5—8 (in Russian).

Поступила 11.09.12