

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

УДК616.831–009.11:314.44:303.71]–053.2(470.44)(045)

Оригинальная статья

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В Г. САРАТОВЕ

Г.Ю. Алексеева – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры нервных болезней; **И.И. Шоломов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой нервных болезней, профессор, доктор медицинских наук.

DISABLEMENT DYNAMICS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PARALYSIS IN SARATOV

G.Yu. Alekseeva – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Post-graduate; **I.I. Sholomov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Nervous Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 8.12.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

Г.Ю. Алексеева, И.И. Шоломов. Динамика показателей инвалидности у детей с заболеванием детским церебральным параличом в г. Саратове. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 114–117.

Представлен анализ статистических показателей инвалидности у детей с детским церебральным параличом. Установлено, что заболеваемость детским церебральным параличом выше в Ленинском и Заводском районах г. Саратова. Инвалидизация детского населения г. Саратова с диагнозом детский церебральный паралич остается стабильно высокой с устойчивой тенденцией к росту.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, инвалидность.

G.Yu. Alekseeva, I.I. Sholomov. Disablement dynamics in children with cerebral paralysis in Saratov. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 114–117.

The analysis of statistical indices of children's disablement in case of cerebral paralysis has been represented. It has been established that morbidity of CCP is higher in Leninskiy and Zavodskoy Districts of Saratov. The disablement dynamics of CCP in Saratov is high and has a stable tendency of growing.

Key words: children's cerebral paralysis, disablement.

Введение. Саратовская область входит в состав четырех пилотных регионов, наряду с Костромской и Московской областями, городом Санкт-Петербургом, на территории которых с 15 марта 2007 года по 31 декабря 2009 года был реализован проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями» в рамках Программы сотрудничества Европейского Союза и России. Российским партнером проекта выступает Департамент развития социальной защиты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации при участии Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России. С европейской стороны проект реализуется международным консорциумом, возглавляемым компанией BMB Mott MacDonald (Нидерланды) и включающим компании Care (Австрия) and AS/Trí (Нидерланды). Приоритетной целью проекта является содействие в формировании системы комплексной многопрофильной реабилитации как основного средства интеграции людей с ограниченными возможностями в активную социальную жизнь [1]. Особое внимание в 2009 году, объявленным Президентом Российской Федерации как Год равных возможностей, уделяется инвалидам, детям-инвалидам, семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья.

Одним из важнейших социальных и медицинских показателей, актуальность которого возрастает на современном этапе развития общества – инвалидиза-

ция детского населения. В мире отмечена тенденция к росту количества детей с ограничением жизнедеятельности, приводящим к социальной дезадаптации. В настоящее время в Российской Федерации число официально признанных инвалидами людей превышает 12 млн. человек. По статистическим данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации за последние 10 лет число детей-инвалидов увеличилось от 344 до 675,5 тысячи человек. Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с заболеваниями, среди них 70-75% являются инвалидами [2]. В Саратовской области проживают 150,6 тысяч инвалидов, из них 6,5 тысяч – дети [3]. Ведущее место (от 30% до 70%) среди заболеваний, приводящих к инвалидности с детства, занимает детский церебральный паралич, причём у 20-35% больных степень ограничений жизнедеятельности настолько значительна, что они не передвигаются и оказываются не обучаемыми [4].

Прогноз при детском церебральном параличе определяется, прежде всего, степенью сохранности интеллекта, так как и при тяжелых двигательных нарушениях, ребенок с сохраненным интеллектом может лучше адаптироваться к жизни [5]. Прогноз заболевания зависит от правильной диагностики и своевременности проведения адекватных реабилитационных мероприятий, ведущая роль, в осуществлении которых, отводится специалистам-неврологам детского поликлиники и специализированных стационаров.

Одним из основных критериев определения степени тяжести детского церебрального паралича является выраженность нарушений статодинамических функций ребенка. Умеренно выраженные и более тяжелые степени стато-динамических нарушений приводят к ограничению способности к передвиже-

Ответственный автор — Алексеева Галина Юрьевна.
410012 г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра нервных болезней.
Тел.: (8452)235305
E-mail: akeep@bk.ru

нию, самообслуживанию ребенка и его социальной недостаточности, требуют мер социальной защиты, являющихся основанием для определения категории «ребёнок-инвалид».

Целью исследования является выявление качественных и количественных характеристик и оценки динамики показателей инвалидности и диспансеризации у детей с заболеванием детским церебральным параличом в г. Саратове.

Методы. Был проведён анализ статистических показателей работы детской поликлинической неврологической службы [6] и статистических данных по освидетельствованию детей с заболеванием детским церебральным параличом в психоневрологическом филиале №7 по г. Саратову [7] за 2005-2008 гг. Для выполнения поставленной цели использовались клиничко-анамнестический, клиничко-статистический методы исследования.

Результаты. Детское население г. Саратова обслуживается неврологами амбулаторно, работающими в 18 детских поликлиниках (включая филиалы).

К неврологам детских поликлиник в 2005 году обратилось 14248 детей с заболеваниями нервной системы, из них диспансерная группа составила 89,5%. В диспансерную группу с заболеванием детским церебральным параличом входило 425 человек. В 2006 году в поликлиники обратилось 10859 детей с заболеваниями нервной системы, из них диспансерная группа составила 71,7%. Диспансерная группа с заболеванием детским церебральным параличом составила 412 человек. В 2007 году обратилось 9878 детей с заболеваниями нервной системы, из них диспансерная группа составила 83,4%. В диспансерную группу с заболеванием детским церебральным параличом входило 394 человека. В 2008 году в детские поликлиники обратилось 14199 детей с заболеваниями нервной системы, на диспансерный учёт поставлено 83,4%. Диспансерная группа с заболеванием детским церебральным параличом составила 391 человек. Соотношение показателей заболеваемости тяжёлыми формами детского церебрального паралича (инвалиды) к общему количеству детей, состоящих на диспансерном учёте в поликлиниках с диагнозом

детский церебральный паралич, представлено в таблице 1.

Рисунок 1 наглядно иллюстрирует, что инвалидизация детского населения г. Саратова с диагнозом детский церебральный паралич остаётся стабильно высокой с устойчивой тенденцией к росту.

Процентное соотношение детей с заболеванием детским церебральным параличом в структуре первичной инвалидности по неврологической патологии в г. Саратове так же остаётся стабильно высоким (табл. 2, рис. 2).

Интенсивный показатель первичной инвалидности по Саратовской области в 2008 г. составил 17,7 на 10000 детского населения (в 2007 г. – 18,2; в 2006 г. – 17,3; в 2005 г. – 16,7). Первичная инвалидизация детского населения г. Саратова выше, чем в среднем по области и составила в 2008 году 18,8 (среднеобластной – 17,7), в 2007 году 19,3 (среднеобластной – 18,2), в 2006 году 18,8 (среднеобластной – 17,3). По заболеваниям нервной системы интенсивный показатель первичной инвалидности в 2006 году по г. Саратову составил 3,8 (среднеобластной – 3,4), в 2007 году несколько снизился до 2,96 (среднеобластной – 3,69), а в 2008 году достиг отметки 3,83 (среднеобластной – 3,78). Интенсивный показатель первичной инвалидности среди детского населения с заболеванием детским церебральным параличом по г. Саратову в 2005 году был равен среднеобластному значению и составил 1,7; в 2006 году интенсивный показатель увеличился до 2,4 (среднеобластной – 1,7); в 2007 году снизился до 1,82 (среднеобластной – 1,97); в 2008 году вновь отмечается рост интенсивного показателя до 2,27 (среднеобластной показатель – 1,64) (табл. 3).

В среднем интенсивный показатель первичной инвалидности у детей с заболеванием детским церебральным параличом за период 2005-2009 гг. по г. Саратову составил 2,04 на 10000 детского населения, в Волжском районе – 2,08, в Заводском районе – 2,09, в Кировском районе – 1,67, в Ленинском районе – 2,59, в Октябрьском районе – 1,35, в Фрунзенском районе – 1,28.

Наиболее высокие значения интенсивного показателя первичной инвалидности среди детского

Таблица 1

Статистические данные из годовых отчётов детских поликлиник г. Саратова

Период (год)	Диспансерная группа детей с ДЦП (абс.)	Из них инвалиды	
		абс.	%
2005	425	336	79
2006	412	347	84.2
2007	394	319	80.9
2008	391	332	84.9

Таблица 2

Статистические данных по первичному освидетельствованию детей с заболеванием детским церебральным параличом в психоневрологическом филиале №7 по г. Саратову

Период (год)	Болезни нервной системы (абс.)	Из них ДЦП	
		абс.	%
2005	43	25	58.1
2006	52	33	63.5
2007	39	24	61.5
2008	49	29	59.2

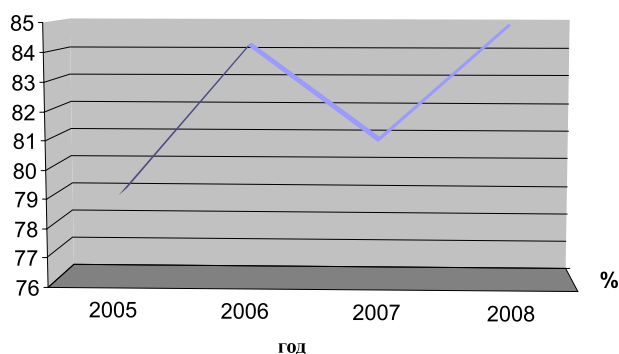


Рис. 1. Уровень инвалидизации детей с ДЦП по годам

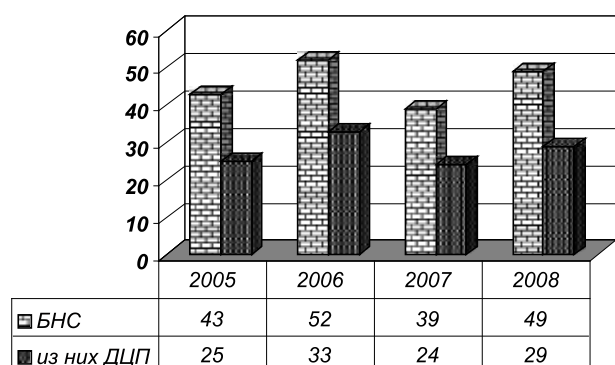


Рис. 2. Процентное соотношение детей с заболеванием детским церебральным параличом в структуре первичной инвалидности по неврологической патологии

населения с заболеванием детским церебральным параличом стабильно отмечаются в Ленинском и Заводском районах г. Саратова.

Патология представлена в основном лицами первой возрастной группы (от 1 дня до 3 лет 11 месяцев 29 дней), в структуре инвалидности по заболеваемости детским церебральным параличом с учётом полового признака изменений нет, в целом во всех возрастных группах преобладают мальчики.

Обсуждение. По статистическим данным ФГУ «ГБ МСЭ по Саратовской области» [8] численность детского населения г. Саратова в период с 1 января 2006 года по 1 января 2009 года уменьшилась на 24465 человек и составила 125788 человек

Одной из возможных причин стабильного показателя рождения детей с инвалидизирующими тяжёлы-

ми формами детского церебрального паралича является состояние здоровья населения репродуктивного возраста, с увеличением процента наркомании, алкоголизма и табакокурения среди молодёжи. Необходимо учитывать также экологический фактор. Экологическая обстановка официально оценивается как напряжённая, особенно в промышленной зоне города Саратова. Среди наиболее значимых экологических проблем отмечаются: низкое качество питьевой воды, отсутствие реального контроля за выбросами промышленных производств, проблемы бытовых и промышленных отходов [9]. Многие промышленные предприятия оказались среди разросшихся жилых массивов. Самые крупные и значимые предприятия оборонного, химического и строительного комплексов расположены на территории Ленинского и Заводского районов.

Таким образом, необходимо обратить пристальное внимание на здоровье будущих родителей. Усилить санитарно-просветительную работу в плане профилактики заболеваний среди населения. Считаю целесообразным введение в старших классах школы предмета, освещающего влияние здоровья родителей на здоровье будущих детей. Законодательно повысить ответственность предприятий и учреждений г. Саратова и области в плане нерационального природопользования и загрязнения окружающей среды.

Особое внимание в последние годы уделяется реабилитационной работе. Важнейшей задачей службы медико-социальной экспертизы, совместно с поликлиническим звеном здравоохранения Саратовской области, является определение потребности детей-инвалидов в основных видах медико-социальной реабилитации, способствующих снижению инвалидности за счет проведения профилактических мероприятий.

Заключение. Наиболее высокие показатели заболеваемости детским церебральным параличом стабильно отмечаются в Ленинском (среднее значение интенсивного показателя первичной инвалидности 2,59) и в Заводском (среднее значение интенсивного показателя первичной инвалидности 2,09) районах г. Саратова.

Дети с заболеванием детским церебральным параличом в 100% случаях состоят в диспансерной группе в поликлиниках по месту жительства.

Инвалидизация детского населения г. Саратова с диагнозом детский церебральный паралич остаётся стабильно высокой с устойчивой тенденцией к росту. Высокие показатели заболеваемости детским цере-

Таблица 3

Интенсивный показатель первичной инвалидности

Районы	ИП на 10000 детского населения											
	Общий ИП				Болезни НС				из них ДЦП			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
г. Саратов	15,6	18,8	19,3	18,8	3,0	3,8	2,96	3,83	1,7	2,4	1,82	2,27
Волжский	15,9	18,8	24,9	24,1	2,9	2,9	4,82	4,82	1,4	2,9	2,41	1,61
Заводской	15,7	19,6	16,4	17,7	4,2	3,6	1,61	3,85	1,8	2,1	1,28	3,21
Кировский	11,8	12,7	17,6	21,0	0,5	2,7	2,44	5,37	0,5	1,8	1,95	2,44
Ленинский	16,5	18,9	20,8	19,1	2,8	4,5	3,78	4,25	1,9	3,0	2,6	2,60
Октябрьский	14,6	14,6	14,9	11,4	4,2	2,6	1,72	1,14	2,1	1,6	1,14	0,57
Фрунзенский	22,8	26,7	28,5	14,2	3,8	5,1	5,18	0	3,8	1,3	0	0
Всего по обл.	16,7	17,3	18,2	17,7	3,4	3,4	3,69	3,78	1,7	1,7	1,97	1,64

бральным параличом (среднее значение интенсивного показателя первичной инвалидности по г. Саратову на 10000 детского населения 2,04) указывают на необходимость пересмотра эпикризных сроков диспансеризации детей первого года жизни с угрозой развития детского церебрального паралича, расширения стандартов обследования для этой возрастной группы, проведения комплексных реабилитационных мероприятий в 100% случаях в условиях специализированных реабилитационных центров.

Библиографический список

1. Участники проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в РФ» изучают опыт других регионов. (<http://www.saratov.gov.ru/news/events/detail.php?ID=26527>).
2. Пузин, С.Н. Основные направления обеспечения равных возможностей и недискриминации инвалидов в современном обществе / С.Н. Пузин, Т.И. Великолуг, А.Е. Лаптева

// Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. – М., 2009. – №2. – С. 4.

3. Лукашова, Н.Ф. О проблемах соблюдения прав и свобод граждан на территории Саратовской области в 2008 году / Н.Ф. Лукашова. – Саратов, 2009. – С. 24.

4. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. – СПб.: Изд-во «Гиппократ», 2003. – С. 371.

5. Brain damage: birth asphyxia, birth trauma and fetal compromise / C. Amiel-Tison, D. Cabrol, S. Shnyder et al. // In Amiel-Tison C., Steward A. eds. The Newborn Infant. One Brain for Life. Les Editions INSERM. – Paris, France, 1994. – P. 111-121.

6. Годовые отчеты неврологической службы детских поликлиник г. Саратова за 2005-2008 гг.

7. Годовые отчеты филиала №7 (психоневрологического профиля) ФГУ «ГБ МСЭ по Саратовской области» за 2005–2008 гг.

8. Статистические данные ФГУ «ГБ МСЭ по Саратовской области». – Саратовстат, 2009.

9. Тураева, К.А. Маркетинг города Саратова: пути и тенденции развития (<http://www.politgolos.ru/articles.php?id=17>).

УДК616.833-02:547.262]-092-036.1-08

Обзор

АЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ

Д.Н. Белоглазов — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра наркологии-психиатрии и традиционной медицины ФПК ППС, аспирант; **В.Г. Лим** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра наркологии-психиатрии и традиционной медицины ФПК ППС, доцент, доктор медицинских наук; **А.А. Свистунов** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой фармакологии и клинической фармакологии, профессор, доктор медицинских наук.

ALCOHOLIC POLYNEUROPATHY

D.N. Beloglazov — Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy, Head of Department of psychiatry-narcology and traditional medicine of postgraduate faculty, Aspirant; **V.G. Lim** — Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy; Head of Department of psychiatry-narcology and traditional medicine of postgraduate faculty, Docent, Doctor of Medical Science; **A.A. Svishtunov** — Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy, Head of Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 23.06.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

Д.Н. Белоглазов, В.Г. Лим, А.А. Свистунов. Алкогольная полиневропатия. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 117–120.

Алкогольная полиневропатия является одной из актуальнейших проблем здравоохранения не только в России, но и во всем мире. Обсуждаются вопросы патогенеза, клиники, диагностики, лечения алкогольной полиневропатии.

Ключевые слова: алкогольная полиневропатия, патогенез, диагностика, лечение.

D.N. Beloglazov, V.G. Lim, A.A. Svishtunov. Alcoholic polyneuropathy. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 117–120.

Alcoholic polyneuropathy is one of the most important challenges of health care not only in Russia, but throughout the world. The problems concerning pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of the above clinical form of alcoholic polyneuropathy are discussed.

Key words: alcoholic polyneuropathy, pathogenesis, diagnosis, treatment.

Одной из нерешенных проблем для современного здравоохранения остается алкогольная зависимость (АЗ). Наиболее постоянным и часто встречающимся поражением нервной системы при АЗ является полиневропатия [1, 2]. В литературе имеются данные, что от 9 до 76% случаев у пациентов, страдающих АЗ более 5 лет, развивается алкогольная полиневропатия (АП) [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. У женщин, страдающих АЗ, полиневропатия развивается чаще, чем у мужчин [9]. Однако бессимптомные формы АП, диагностированные в результате электронейромиографического (ЭНМГ) исследования, выявляются у 97-100% больных, хронически злоупотребляющих алкоголем [7, 10, 14]. В связи с этим некоторые авторы рассматривают АП не как осложнение, а как один из симптомов алкоголизма [2, 14, 15]. Среди всех по-

линевропатий АП составляет 36% [3, 4]. АП относится к первичным аксонопатиям, но по мере прогрессирования заболевания развивается также сегментарная демиелинизация. Включение аутоиммунных и других механизмов, связанных с реактивностью организма, объясняет ряд клинических особенностей, в частности, нередкое начало заболевания после инфекций, охлаждения и других провоцирующих факторов [3, 4, 11, 16, 17].

Обсуждаются два возможных патогенетических механизма развития АП: прямое токсическое действие этанола, его метаболитов и недостаточное питание с дефицитом тиамина (витамина В1), а также других витаминов группы В, включая фолиевую кислоту [6, 7, 18, 19]. Кроме того, для утилизации алкоголя требуется большое количество тиамина, что увеличивает последствия недостаточного его поступления в организм с пищей [20]. Условием развития тяжелых форм АП некоторые авторы связывают с повышенной уязвимостью нервной ткани, вследствие

1 **Ответственный автор** — Белоглазов Дмитрий Николаевич
410007, г.Саратов, ул. Е.И. Пугачева, д.1, кв.31,
Тел.: 8-917-215-31-39,
E-mail: dbeloglazov73@mail.ru