**Анализ текущей ситуации по детской инвалидности**

**в Кыргызской Республике**

**Данный анализ представлен отделением патологии перинатального периода Национального**

**Центра Охраны Материнства и Детства**

*Детская инвалидность — одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. По данным экспертов ВОЗ, количество детей в возрасте до 16 лет с ограничением жизненных и социальных функций составляет около 10% населения земного шара, т.е. более 120 млн. Уровень инвалидности наряду с показателями младенческой смертности, заболеваемости, физического развития и медико-демографическими процессами является базовым индикатором состояния здоровья детского населения, отображая уровень экономического и социального благополучия страны.*

Законодательство Кыргызской Республики признает международные нормы и определяет здоровье как состояние полного физического, умственного и социального благополучия. Здоровье и другие права детей и подростков гарантированы Конституцией Кыргызской Республики, закреплены в Законах Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005г. № 6, «О репродуктивных правах граждан Кыргызской Республик» от 13 января 2000г. № 5, «Об основах государственных гарантий обеспечения гендерного равенства» от 12 марта 2003г. № 60, «О социально-правовой помощи пострадавшим от насилия в семье» от 25 марта 2003г. № 62, «О предупреждении и борьбе с торговлей людьми» от 17 марта 2005г. № 55, «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» от 13 августа 2005г. № 149, «О государственных пособиях в Кыргызской Республике» от 5 марта 1998г. № 15, «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008г. N 38, Постановления Правительства Кыргызской Республики[[1]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftn1) «Об утверждении Комплекса мер государственной поддержки инвалидов на 2006-2010 годы».

В 1999г. в республике принят Закон Кыргызской Республики «Об охране и защите прав несовершеннолетних», отражающий основные положения КПР. С 2000г. действует Закон Кыргызской Республики «Об основах государственной молодежной политики». В настоящее время права детей регулируются также законами Кыргызской Республики: «Об образовании», «Об охране здоровья народа в Республике Кыргызстан», «О государственном социальном страховании», «О социальной защите инвалидов в Кыргызской Республике», «О начальном профессиональном образовании», Кодекс о браке и семье КР, Государственная программа по реализации прав детей Кыргызстана «Новое поколение» до 2010 года[[2]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftn2), Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Комплекса мер государственной поддержки инвалидов на 2006-2010 годы»[[3]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftn3). В целях реализации Указов Президента Кыргызской Республики «О защите и поддержке детей»[[4]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftn4), «О неотложных мерах по улучшению положения детей в Кыргызской Республике» создан Отдел материнства и детства при МЗ КР и Национальный Центр охраны материнства и детства (НЦОМиД)[[5]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftn5).

Разработана Программа охраны здоровья детей и подростков до 2015 года в контексте положений международных документов по правам человека, в которых сформулированы руководящие принципы применительно к охране здоровью детей и подростков, Конвенции о правах ребенка[[6]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftn6), Глобальной стратегии в области питания и здоровья детей и подростков (2004г.), Декларации ЦРТ (2000г.).

Таким образом, нормативно-правовая база по обеспечению прав детей в значительной мере уже сформирована. Однако, необходимо дальнейшее совершенствование механизма реализации действующего законодательства, финансового обеспечения установленных правовых норм. Настоящий документ разработан в полном соответствии с действующими национальными концепциями, стратегиями и программами в области прав человека, охраны здоровья, образования и социальной поддержки и является стратегической основой реализации политики государства, направленной на улучшение здоровья и развития детей и подростков КР, и по ускорению прогресса в направлении достижения международных целей.

*На конец* ***2010****г. в республике насчитывалось* ***18175 детей-инвалидов*** *в возрасте до 18 лет, что составило* ***0,9% от детского населения****. Этот показатель ниже международного (2.5%). По сравнению с 2006г. численность детей-инвалидов увеличилась на 17,4%. Интенсивный показатель детской инвалидности увеличился значительно меньше (+2.1%), что связано с низкими темпами увеличения численности детского населения.* ***То есть детей не становиться больше, а количество инвалидов среди них увеличивается*** *(таблица 1).*

Таблица 1. Распространенность детской (от 0 до 17 лет 11 мес 29 дней) инвалидности в КР (по данным РМИЦ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | абс | На 10 000 населения |
| 2006 | 16322 | 84,1 |
| 2007 | 16376 | 84,5 |
| 2008 | 16874 | 87,1 |
| 2009 | 17536 | 88,5 |
| 2010 | 18175 | 91,1 |
| динамика |  | +8,3% |

Причины, формирующие детскую инвалидность, коренным образом отличались от таковых у взрослого населения. 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. Ведущими причинами, определяющими инвалидность в детстве, явились тяжесть патологии, характер течения заболевания, отсутствие медицинской реабилитации и ранний возраст возникновения болезни.

В структуре причин инвалидности детского населения в 2009-2010 годах (таблица 2) лидирующие позиции продолжали занимать болезни нервной системы, врожденные аномалии, психические расстройства. За эти годы отмечался прирост детской инвалидности по новообразованиям (+12,5%), инфекционным и паразитарным заболеваниям (+8,3%), болезням мочеполовой системы (+6,7%), врожденным порокам развития (+4,6%), травмам и отравлениям (+3,2%).

По сравнению с 2009г. в 2010 году на 13,3% уменьшилось число детей-инвалидов с заболеваниями органов дыхания, на 10,5% - болезнями эндокринной системы, на 7,1% - болезнями крови и кроветворных органов, на 6,1% - психическими заболеваниями.

Таблица 2. Структура причин детской инвалидности (%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2009 | 2010 | % изм |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 1,2 | 1,3 | 8,3 |
| Новообразования | 0,8 | 0,9 | 12,5 |
| Болезни крови и кроветворных органов | 1,4 | 1,3 | -7,1 |
| Болезни эндокринной системы и расстройства питания | 1,9 | 1,7 | -10,5 |
| Психические расстройства | 14,7 | 13,8 | -6,1 |
| Болезни нервной системы | 31,8 | 32,2 | 1,3 |
| Болезни глаза и придатков | 7,1 | 7,1 | 0,0 |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 5,3 | 5,2 | -1,9 |
| Болезни органов кровообращения | 1,1 | 1,1 | 0,0 |
| Болезни органов дыхания | 1,5 | 1,3 | -13,3 |
| Болезни органов пищеварения | 0,6 | 0,6 | 0,0 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 0,3 | 0,3 | 0,0 |
| Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 5,5 | 5,4 | -1,8 |
| Болезни мочеполовой системы | 1,5 | 1,6 | 6,7 |
| ВПР | 19,7 | 20,6 | 4,6 |
| Травмы и отравления | 3,1 | 3,2 | 3,2 |

Первичная инвалидность за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению (таблица 3).

Таблица 3. Первичная детская инвалидность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Абсолютный показатель | Интенсивный показатель |
| 2006 | 2414 | 14,2 |
| 2007 | 2379 | 12,3 |
| 2008 | 2503 | 12,9 |
| 2009 | 2431 | 12,4 |
| 2010 | 2630 | 13,2 |
| Динамика |  | -7,0% |

В возрастной структуре инвалидности отмечается тенденция роста числе детей инвалидов старше 5 лет (с 61,9% в 2006 году до 65,2% в 2010 году), что связано с ростом хронических заболеваний в период обучения в школе (таблица 4).

Таблица 4. Возрастной состав детей инвалидов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 0-4 года | 5-17 лет |
| абс | % | абс | % |
| 2006 | 6221 | 38,1 | 10101 | 61,9 |
| 2007 | 6173 | 37,7 | 10203 | 62,3 |
| 2008 | 5757 | 34,1 | 11117 | 65,9 |
| 2009 | 6088 | 34,7 | 11447 | 65,3 |
| 2010 | 6319 | 34,8 | 11856 | 65,2 |

Большинству детей с ограниченными возможностями, особенно из бедных семей или отдаленных районов, практически недоступны современные средства лечения, ухода и реабилитации. Не работает система диагностики нарушений и предоставления поддержки и тренинга детям для того, чтобы научиться жить с этими проблемами или преодолеть их. Существующие ныне психолого-медико-педагогические консультации работают лишь от случая к случаю, а в труднодоступных сельских районах и вовсе не функционируют. В результате, значительное число детей с физическими и умственными проблемами из таких районов не получают соответствующей диагностики и, следовательно, остаются без поддержки.

Сеть дошкольных учреждений для детей – сирот и детей с недостатком умственного или физического развития республики претерпела изменения. В связи с проблемами в финансировании и отсутствия подвоза детей ряд спецшкол и специализированных дошкольных учреждения закрылись. Сказывается нехватка учителей и обучающих программ для детей с ограниченными возможностями.

Одним из пунктов Национальной программы поддержки инвалидов было интегрирование детей со специальными нуждами в общеобразовательные школы для получения интенсивного образования. В Кыргызстане был проведен пилотный эксперимент по обучению детей-инвалидов в общеобразовательных школах. Эксперимент закончился, недоработки в системе интеграции детей остались и ждут решения.

Дети с ограниченными возможностями после 18 лет не могут получить образование, потому что многие из них лечились и учились одновременно. По действующему законодательству после 18 лет у этих граждан нет возможности обучаться и получить аттестат, а значит продолжить обучение в СУЗах и ВУЗах, приобрести профессию.

Высокий уровень заболеваемости и инвалидности среди детей и подростков свидетельствует о необходимости взаимодействия между службами охраны здоровья, социальной защиты, образования, общественными объединениями и семьей.

Сегодня в республике должны быть приняты ряд государственных и отраслевых законодательных документов, направленных на профилактику заболеваемости и инвалидности у детей, социальную защиту инвалидов и инвалидов с детства. Конечный результат реализации этих документов - предупреждение и снижение инвалидности среди детей и подростков.

Опыт тесного содружества педиатров, педагогов, психологов и социологов продолжает накапливаться, но желательный уровень еще не достигнут.

Повышение роли государства, создание развитой сети учреждений по охране материнства и детства, развитие медико-генетической службы, интеграция со всей службой 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.

Факторы, способствующие детской инвалидизации в Кыргызстане

1. Некачественное оказание медицинской помощи детям на первичном уровне

2. Отсутствие диспансеризации детского населения

3. Отсутствие наблюдения и ранней профилактики заболеваемости ушкольников

4. Недостаточная межведомственная координация

5. Недостаточная сеть реабилитационных учреждений

6. Низкий социальный уровень семьи

7. Низкий культурный уровень

8. Отсутствие системы планирования семьи и подготовки женщины к беременности и рождению ребенка

9. Экологическое неблагополучие

10. Бедность

11. Прочее

Профилактика детской инвалидности это система комплексных медицинских, гигиенических, педагогических, профессиональных, государственных, социальных мер, направленных на предупреждение заболеваний.

Первичная профилактика или профилактика 1 уровня направлена на предупреждение возникновения заболевания. Подразумевает работу с популяцией условно здоровых людей. Это система действий, направленных на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения. Профилактические меры направлены на устранение причины (первопричина, этиологический фактор, этиология болезни) и/или ослабление действия патогенетических факторов риска развития еще не возникшей заболеваемости (цепи эпидемиологических причин заболевания). Речь идет о социальной медицинской (первичной) профилактике.

Вторичная профилактика или профилактика II уровня направлена на предупреждение хронизации заболеваний. Направлена на популяцию людей, у которых поведение риска уже сформировано. Это система действий, направленная на изменение уже сложившихся дезаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий. Цель вторичной профилактики – предупреждение нежелательных исходов заболеваний (смерть, инвалидизация, хронизация).

Отсутствие профилактики как I так и II уровней ведут к детской инвалидности и требуют проведения реабилитационных мероприятий и медико-социальной защиты.

Третичная профилактика – это профилактика рецидивов. Цель третичной профилактики – замедление развития осложнений при уже возникшей болезни. Ее задача – предотвратить физическую недостаточность и нетрудоспособность, свести к минимуму страдания, вызванные утратой полноценного здоровья, и помочь больным адаптироваться к неизлечимым состояниям.

Вторичная и третичная профилактика в основном осуществляется медико-реабилитационной службой МЗ КР, которая представлена сетью медико-реабилитационных отделений ЦСМ, территориальных и областных больниц, республиканских организаций здравоохранения, а также отдельных медико-реабилитационных организаций, это:

1. Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения на 510 коек (310 бюджетных и 200 внебюджетных) с филиалом в г.Бишкек. В структуре клинических подразделений имеется детское отделение на 40 коек. Детское отделение КНИИК и ВЛ является отделением общего профиля, где проводится восстановительное лечение детям с хроническими заболеваниями и детям-инвалидам со всей республики. За 2010 год в детском отделении пролечились 187 детей-инвалидов.

2. Южный региональный центр медицинской реабилитации «Кочкор-Ата» - 105 коек, детское отделение на 20 коек, проводит восстановительное лечение детям и подросткам с хроническими заболеваниями и детям-инвалидам из Жалалабатской, Ошской и Баткенской областей. За 2010 год получили лечение 87 детей-инвалидов.

3. Чуйский областной специализированный центр медицинской реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями «Максат» - 70 коек. является единственной в республике специализированной медицинской организацией, оказывающей медико-реабилитационную помощь полностью детям и подросткам с ограниченными возможностями. Основными задачами и предметом деятельности Центра реабилитации «Максат» является: оказание детям-инвалидам и подросткам с ограниченными возможностями высококвалифицированной медицинской, психолого-социальной и социально-педагогической помощи, обеспечение максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе, семье и обучению к труду, оказание помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов и подростков с ограниченными возможностями,с отклонениями в развитии.

В Центр поступают дети с 3-х до 16 лет, обследованные в лечебных учреждениях с установленным диагнозом (которым ежемесячно выделяются путевки по потребности 90 дней): ДЦП все формы, олигофрения с умеренной умственной отсталостью, наследственные мышечные миопатии, болезни костей и костной ткани, различные нарушения обмена веществ, состояние после операции на позвоночник и суставы, последствия нейроинфекций, черепно-мозговых травм, тугоухость и др. Для каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, а также определяется работа узких специалистов.

На протяжении семи лет (с 2002 по 2009 гг.) Центр сотрудничает со Шведским агентством по развитию международного сотрудничества СИДА. Данный центр с начала 2006 по 2009 гг. работал по Шведскому проекту по социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями. Этот проект предусматривает социальную реабилитацию детей-инвалидов посредством проведения тренингов не только во время нахождения в стационаре, но и на дому. Врачи Центра прошли обучение на семинарах. По плану работы по социальной реабилитации предусмотрены регулярные выезды специалистов-тренеров на дом к детям-инвалидам.

В рамках Кыргызско-Шведского проекта «Обучение, развитие социальной работы с детьми «группы риска» подготовлены 14 тренеров, внедрены новые реабилитационные профессии: социальный работник – 8 человек; трудотерапия – 1 человек; социальные педагоги – 5 человек.

В Центре «Максат» внедрена компьютеризованная система документации СМS. В программу СМS заносятся все данные обо всех фактах, связанных с пациентами. Персонал работает в команде и все члены команды имеют соответствующую специализацию.

Одной из инновационных технологий является оказание услуги на дому, как детям, так и родителям. Разработаны индивидуальные целевые программы для каждого ребенка с учетом их диагноза. Так за 2009-2010 гг. было посещено на дому 90 семей, в которых осмотрено 93 ребенка с ограниченными возможностями и обучены 120 родителей.

В завершении проекта в 2011 году Центру «Максат» будет присвоен статус Медико-социально-педагогического консультативного центра. Целью создания консультативного Центра является обучение других специалистов из других регионов Кыргызской Республики. В 2010 году прошли лечение 280 детей-инвалидов.

4. Жалалабатский областной детский центр медицинской реабилитации «Бакыт» -120 коек.. Открыт и зарегистрирован в 1964 году, также является медико-реабилитационным центром общего профиля, где проходят лечение дети из Жалалабатской и частично из соседних областей южного региона.

5. Ошский городской детский центр восстановительного лечения - 100 коек. Является реабилитационным центром общего профиля, обслуживает детей из г. Ош и Ошской области. Начал функционировать с 1 июня 2005 года как самостоятельная организация здравоохранения. За 2010 год пролечились 108 детей-инвалидов.

6.Базар-Коргонский межрайонный детский центр медицинской реабилитации -50 коек.. Является восстановительным центром общего профиля для детей. В 2010 году получили помощь 28 детей-инвалидов.

7. Детский психоневрологический санаторий «Родничок» - 50 коек..

Круглогодичный, для детей от 5 до 14 лет с пограничными нарушениями нервно-психической деятельности. Имеются следующие вспомогательные кабинеты: физиотерапевтический, стоматологический, процедурный, ЛФК, массажа, логопедический, классные комнаты, изолятор на 2 койки, санпропускник. Имеется банно-прачечный комплекс, пищеблок, аптека, складские помещения. Отопление и водоснабжение централизованное, канализация местная. Для пребывания детей имеются три группы для мальчиков, девочек и дошкольников.

Головной организацией, оказывающей медицинскую помощь детям с нарушениями психического здоровья, является Центр психического здоровья, в составе которого имеется детское отделение на 40 коек. В селе Ивановка Чуйской области расположен детский психоневрологический диспансер на 40 коек и детское отделение на 10 коек имеется в составе Ошской ООБ.

8.Ак-Суйское специализированное детское отделение восстановительного лечения на 40 коек в составе Иссык-Кульской областной объединенной больницы. В отделении проводится восстановительное лечение детям с хроническими заболеваниями и детям-инвалидам в основном из Иссык-Кульской, Нарынской, Таласской и Чуйской областей. Основной корпус №1 нуждается в капитальном ремонте и в настоящее время не эксплуатируется, отделение расположено в приспособленном здании барачного типа.

Из перечисленных организаций только КНИИКиВЛ, Центр медицинской реабилитации «Кочкор-Ата» и Ак-Суйское детское отделение восстановительного лечения Иссык-Кульской областной объединенной больницы при лечении используют природные лечебные ресурсы (лечебная грязь, минеральные воды).

Всего по республике имеется 490 детских коек в медико-реабилитационных организациях МЗ КР. Но все они нуждаются в квалифицированных кадрах, обновлении медицинского оборудования и аппаратуры и достаточного уровня финансирования. Кроме того в республике не налажена система организации этапной медицинской реабилитации, неэффективно используется её санаторно-курортный этап.

Основная задача государства организация полноценной, комплексной медико-социальной реабилитации детей инвалидов и ограниченными возможностями, предоставления им достойных условий жизни.

В организации медицинской реабилитации должны активно использоваться не только государственные организации здравоохранения, но и частные медицинские центры, возможно сотрудничество по типу государственно-частного партнерства. Для этого должны быть созданы необходимые стимулы и благоприятные условия по привлечению инвестиций. Необходимо возрастание роли национальных центров и научно-исследовательских институтов в разработке нормативно-правовых документов, подготовке и усовершенствовании кадров и оказании организационно-методической, консультативной помощи организациям здравоохранения в регионах по вопросам медицинской реабилитации детей инвалидов.

Нуждается в координации деятельность различных ведомств и организаций по проведению комплексной медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.

[[1]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftnref1) Постановление Правительства КР от 31 мая 2006 года N 395

[[2]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftnref2) В редакции постановлений Правительства КР от 21 ноября 2002 года N 791, 30 сентября 2004 года N 728,10 февраля 2006 года N 90, 11 августа 2006 года N 573

[[3]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftnref3) Постановление Правительства КР от 31 мая 2006 года N 395

[[4]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftnref4) В редакции Указа Президента КР от 3 декабря 2007 года УП N 528

[[5]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftnref5) Постановление Правительства КР от 23 октября 2007 года N 501

[[6]](http://vmestekzdorovyu.org/index.php?option=com_content&view=article&id=66%3A2011-09-05-09-59-39&catid=1%3A2011-08-03-06-08-15&Itemid=1" \l "_ftnref6) Кыргызстан ратифицировал Конвенцию о правах ребенка в 1994 г.

***Отделение патологии перинатального периода Национального Центра Охраны Материнства и Детства, 2011 г.***