

## Эпидемиология умственной отсталости (обзор литературы)

О.В. Михайкина

ГБУЗ «Брянская областная детская психиатрическая больница»

**Резюме.** Эпидемиологические исследования позволяют оценить масштаб проблемы и планировать соответствующие услуги для людей с умственной отсталостью. Результаты таких исследований могут зависеть от множества факторов. Например, различий в определениях и диагностических подходах, от уровня развития психиатрической службы, возраста и пола пациентов.

В данной статье мы проанализировали эпидемиологические исследования умственной отсталости, проведенные в различных странах за последние 30 лет.

**Ключевые слова:** эпидемиология, умственная отсталость, расстройства развития.

### Epidemiology of Mental Retardation (a literature review)

O.V. Mikheykina

Bryansk Regional Psychiatric Hospital

**Summary.** Epidemiological studies provide the means to assess the magnitude of the problem and plan appropriate services for people with mental retardation. The results of these studies largely depend on the number of different factors. For instance, on changing definitions, diagnostic classification systems, level of development psychiatric service, patient's age and gender.

In this article we carried out the analysis of publications on epidemiological studies of mental retardation in different countries over for the last 30 years.

**Key words:** epidemiology, mental retardation, mental handicap, developmental disabilities

Умственная отсталость — одно из наиболее распространенных нарушений развития. Не смотря на достижения в области медицинских технологий, все еще существует убеждение о невозможности существенно изменить судьбу людей с умственной отсталостью. Данное расстройство оказывает значительное влияние на качество жизни самого человека, его семьи и общества в целом. Поэтому реабилитацию людей с интеллектуальной недостаточностью, сокращение ее негативных последствий можно рассматривать как проблему общественного здоровья, исследованием которой занимаются ученые различных стран не одно десятилетие [4, 10, 11, 27, 42, 50].

Самые ранние описания умственной отсталости найдены в египетских папирусах из Фив и датированы 1552 годом до нашей эры. До XVIII века люди с адекватными социальными навыками и легкой умственной неполноценностью, вероятно, не привлекали особого внимания и, как правило, получали уход в монастырях (Beirne-Smith M.C. с соавт., 2006). Жан-Марк Итард приписывает создание первой систематической программы помощи для людей с умственной отсталостью Франции конца XVIII века, а постройку первого жилого объекта для таких людей — Швейцарии середины XIX века. Психологические тесты для определения интеллекта были разработаны в XX веке, они способствовали росту выявляемости расстройства, но в некоторых случаях могли приводить к чрезмерному вмешательству в жизнь людей. Евгеника — движение, набравшее силу

в конце 1800-х, в начале и середине 1900-х годов и поддерживаемое некоторыми штатами США и нацистской Германией, — считала слабоумие наследственным и была направлена на предотвращение деторождения среди тех, кому был поставлен такой диагноз, путем принудительной сегрегации или стерилизации (Bachrach S., 2004). Позже научные исследования опровергли мнение об обязательной наследуемости умственной отсталости. В интернациональных, национальных и местных политических стратегиях стала демонстрироваться твердая приверженность к обеспечению гражданских прав и предоставлению качественных услуг для людей с умственной отсталостью и их семьям, параллельно с другими видами расстройств. Также выражалась всесторонняя поддержка исследований, связанных с изучением умственной отсталости (Berne-Smith M. с соавт., 2006).

Эпидемиологические исследования позволяющие оценить масштаб изучаемого явления, имеют решающее значение при выделении средств, планировании различных мероприятий и создании специализированных служб. Они помогают выявлению причин и изучению условий развития умственной отсталости [13, 19, 20, 21, 42, 50].

Как известно, пациенты с умственной отсталостью представляют собой неоднородную группу с разнообразным спектром очень сложных, комплексных нарушений и особых медико-социально-психологических потребностей. Одна из основных проблем работы с данным контингентом заключается в том, что специалисты, принимающие участие в оказании помощи, нередко расходятся

в прогнозах и терапевтических стратегиях, оперируя при этом противоречивыми, неоднозначными терминами и категориями (Bouras N., Jacobson J., 2002).

Точная оценка истинной распространенности чаще всего зависит от различия диагностических подходов, условий проведения исследований, неравномерности развития психиатрических служб, выявляющих умственную отсталость, отличия подходов в обществе к системе обучения и воспитания. Оказывают влияние тяжесть заболевания, пол, возраст, образованность населения и его социально-экономический статус, а также культурные и этнические особенности общества, даже медико-географические условия страны [5, 14, 45, 59]. Немаловажный вклад вносят достижения в области медицинских технологий (Horwitz S.M., Kerker B.D. с соавт., 2000).

Проблема терминологического разногласия существует на протяжении всех лет изучения данного расстройства. Так, в Великобритании Министерство здравоохранения в начале 1990-х годов предложило заменить термин «умственное недоразвитие» (mental handicap) термином «неспособность к обучению» (learning disability), не принимая во внимание тот факт, что в остальных странах в новое понятие не всегда будут вкладывать тот же смысл, что и в Соединенном Королевстве. Через некоторое время после научных дискуссий американская «Ассоциация по вопросам умственной отсталости» пришла к выводу, что целесообразнее оставить термин «умственная отсталость» (mental retardation). Основными критериями данного расстройства было предложено считать значительное снижение интеллектуального уровня, сопровождаемое серьезными трудностями в таких сферах, как общение с другими людьми, в семье, на работе, а также в заботе о собственном благополучии, безопасности и здоровье. При этом перечисленные признаки должны проявиться до 18 лет. В некоторых странах, главным образом в Австралии и Канаде, в настоящее время используется термин «низкие способности, связанные с развитием» (developmental disabilities) (Буторин Г.Г., Буторина Н.Е., 2005). В России умственную отсталость традиционно принято разделять на олигофрению (врожденный или рано приобретенный интеллектуальный дефект) и деменцию (Исаев Д.Н., 2003). В последние годы некоторыми международными организациями и ассоциациями предпринимаются серьезные попытки внедрить термин «снижение интеллектуальных способностей» (intellectual disability), имеющий все основания стать «международным» для обозначения лиц, страдающих умственной отсталостью (Bouras N., Jacobson J., 2002). Согласно данным ВОЗ (2007), полученным в 147 странах, используется следующая терминология: умственная отсталость (76 % стран, одинаково часто используется в Европе, Азии, Средиземноморье и в Америке), интеллектуальная недостаточность (57 % стран, наиболее часто употребляется в Америке, Азии, Европе), умственный дефект/недостаточность (40 % стран, чаще в Азии

и Африке). Возможно также использование таких дефиниций, как познавательная недостаточность, задержанное развитие, умственный дефект/субнормальность. Наибольшее разнообразие терминов в странах Азиатского региона.

Как свидетельствуют некоторые авторы, эпидемиологические исследования могут проводиться различными способами: сплошным популяционным методом (большинство европейских стран) и по обращаемости людей за медицинской или иной помощью (США) (Horwitz S.M., Kerker B.D. с соавт., 2000).

Показатели распространенности умственной отсталости среди детского населения, как указывал В.В. Ковалев (1995), особенно зависят от диагностической системы, возраста ребенка, источника получения помощи. Его точка зрения подтверждалась исследованиями других авторов.

Например, используя в качестве основного критерия IQ, были получены более высокие показатели распространенности данного заболевания у детей, чем при всестороннем изучении адаптационных и психологических оценок (King B.N. с соавт., 2009).

Р.К. Maulik, С.К. Harbour (2011) высказывают мнение о трудностях в сравнении эпидемиологических данных, так как в развивающихся странах исследования чаще базируются на клинических критериях, чем во многих европейских странах и США.

Частую умственная отсталость у детей выявляется только в возрасте 10 лет, а диагнозы, поставленные ранее, меняются. Причиной этого может быть увеличение требований, предъявляемых ребенку в школе, под действием которых и становятся очевидными способности ниже средних, трудности адаптации в различных ситуациях. Уменьшение числа умственно отсталых среди старших групп населения (старше 15 лет) некоторые исследователи объясняют тем, что взрослые за медицинской помощью по этому поводу не обращаются. Малое же количество умственно отсталых среди детей до 4 лет — трудностью выявления больных (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011).

Часть умственно отсталых людей или семей, имеющих таких детей, с высоким уровнем дохода, не пользующихся государственным финансированием, может быть не включена в базы данных. Например, право на получение социального пособия в США зависит от уровня доходов, поэтому отмечается тенденция к предоставлению данных только на более низкие социально-экономические слои населения (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011). Также отмечено, что имеет значение, в какой школе ребенок учится (государственной или частной), так как частные школы обычно не включаются в исследования (Horwitz S.M., Kerker B.D. с соавт., 2000).

Достижения в области медицинских технологий имеют большое влияние на распространенность умственной отсталости. На протяжении XX века возможности в лечении сопутствующих умственной отсталости заболеваний возросли, тем самым

увеличилась продолжительность жизни больных (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011). А это в свою очередь привело к увеличению распространенности данной патологии в любом возрасте. Кроме того, ряд факторов может потенциально оказывать влияние на количество детей, родившихся с умственной отсталостью. Так улучшение дорожного ухода и неонатальной диагностики, расширение генетического скрининга повышают вероятность рождения здоровых детей (Horwitz S.M., Kerker B.D. с соавт., 2000). А усовершенствование служб родовспоможения, охраны здоровья матери и ребенка обеспечивает лучшую выживаемость даже среди детей с тяжелыми пороками развития (Исаев Д.Н., 2003). В то же время иные факторы, такие как, например, увеличение количества беременных, употребляющих психоактивные вещества, ухудшение экологической ситуации, приводящее к возникновению мутагенных факторов и вместе с тем увеличивающее число наследственных форм умственной отсталости, создают противоположную тенденцию (Исаев Д.Н., 2003; Grossman S.A. с соавт., 2000).

Одно из самых ранних эпидемиологических исследований, проведенное в Дании и Исландии Hubertz J.R. (1843) с использованием информации, полученной от представителей церкви, показало, что распространенность «умственно неполноценных» составляла 2,3 и 0,9 на 1000 населения в данных странах соответственно (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011).

T. Helgason (1964), используя национальный регистр детей, рожденных в 1895–1997 годах в Исландии, оценивал «интеллектуальную отсталость», состоящую из «интеллектуальной неполноценности» (IQ 75–89) и «умственной отсталости» (IQ<75). В целом, по его данным, около 4 % популяции имели «интеллектуальную отсталость». Более высокий уровень отмечался среди лиц мужского пола, сельского населения и у людей, принадлежащих к более низкому социально-экономическому классу.

C.M. Drillen (1966) обнаружил, что среди детей, рожденных в Эдинбурге в период с 1950 по 1956 год, уровень «умственно отсталых» (IQ<70) был около 1 на 1000. В его исследованиях также преобладали лица мужского пола и дети из бедных слоев общества. Среди тех, кто имел уровень интеллекта от 55 до 69, более чем в 2/3 случаев не была установлена этиология умственной отсталости, в то время как в случаях с IQ<54 причина была известна (как правило, синдром Дауна и ДЦП).

Показатели заболеваемости и распространенности умственной отсталости исследовались в разных странах и в последующие годы, о чем свидетельствуют многочисленные литературные данные.

Д.Н. Исаев (2003), ссылаясь на материалы ВОЗ, относящиеся к середине XX века, приводит данные о распространенности умственной отсталости среди населения всех возрастов 1–3 %.

По данным литературы, около 2,5–7,5 % американцев всех возрастов могут страдать умствен-

ной отсталостью (Grossman S.A. с соавт., 2000). При этом большинство исследователей приводит цифру распространенности умственной отсталости среди населения Америки—3,0 % (Zigler E., Hodapp R., 1986). В США общая заболеваемость, по данным 1996 года, была 9,1/1000 (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011).

В Швеции процент распространенности находится в диапазоне 0,3–0,7 % (Zigler E., Hodapp R., 1986). А в Ирландии—от 0,4 % до 0,6 % населения в возрасте 20–29 лет (из исследования были исключены люди с IQ ниже 50) (Mallon J.R. с соавт., 1991). Н. Beange, J.E. Taplin (1996) сообщают, что по данным об оказании помощи, в Австралии умственная отсталость среди людей в возрасте 20–25 лет составляет 3,3/1000.

В менее развитых странах процент умственно отсталых, как правило, оказывается выше—от 1,6 % до 3,0 % (Islam D. с соавт., 1993). S.A. Temtamy с соавт. (1994) выявили, что распространенность умственной отсталости среди населения Египта 39/1000 (анализировались и пограничные случаи). Другие исследования, проведенные методом клинической диагностики, показали уровень распространенности между 1/1000—6/1000 в Гане (Biritwum R.V. с соавт., 2001), Таиланде (Pongrapai S. с соавт., 1996) и на Кубе (Lopez J.I. с соавт., 2005). Популяционные исследования, проведенные в Эфиопии, приводят цифру 3,9/1000 (Fitaw Y. с соавт., 2006). Тем не менее есть ряд исследований, показавший более низкие значения. Например, в Китайской Народной Республике, исследуя уровень интеллекта, в ряде районов обнаружили, что он соответствует умственной отсталости у 0,4–0,7 % жителей (Кю-Тай Т., 1998). Индийские ученые, использующие шкалы Бене-Симона, свидетельствуют об уровне IQ<80 в 0,4 % (Satapathy R.K. с соавт., 1985).

В СССР эпидемиологическое исследование, проведенное в 70-х годах XX века одновременно в нескольких городах, выявило от 2,38 до 5,89 умственно отсталых на 1000 населения (Гольдовская Т.И., Тимофеева А.И., 1970).

А.А. Чуркин (1997) приводит цифры распространенности умственной отсталости в России—608,1 на 100 тыс. (0,6 %) и заболеваемость—0,39 %. Его последующее исследование показало рост количества лиц с умственной отсталостью. Так, с 1991 по 1995 год произошло увеличение в абсолютных цифрах на 17,2 % и в интенсивных на 14,7 %. В основном этот рост происходил за счет наименее легких форм (на 23,7 % и 23,8 % соответственно). В 2005 году показатель общей заболеваемости составил 694,1/100000, а в 2006 году—686,6/100000 (Чуркин А.А., 2007).

В то время как среди взрослого населения показатели варьируют от 3 до 6 на 1000, у детей они составляют 3–14 на 1000. Распространенность умственной отсталости среди детей до 15 лет, изучаемая в 15 зарубежных странах, оказалась на уровне 4 % (Б.Д. Петраков с соавт., 1996).

Z. Stein с соавт. (1987) с помощью простого перечня вопросов, обозначающих клинические

изменения, установили, что распространенность умственной отсталости среди детей 3–9 лет в восьми развивающихся странах (включая такие густонаселенные страны, как Индия, Бразилия, Бангладеш и Пакистан) варьируется от 9 на 1000 на Филиппинах до 156 на 1000 в Бангладеш (Maulik P.H., Harbour C.K., 2011).

Индийский ученый R.K. Satapathy с соавт. (1985) приводит данные об 1,0 % среди всей детской популяции (использовались шкалы Бене-Симона).

По данным об оказании помощи было установлено, что распространенность умственной отсталости среди детей 6–15 лет в Австралии составляет 14,3/1000 (Leonard H. с соавт., 2003). В Китае среди детей от 0–4 лет — 7,8/1000 (Zuo Q.H. с соавт., 1986), а среди детей в возрасте от 0–6 лет — 9,3/1000 (Xie Z.H. с соавт., 2008). В Норвегии показатель распространенности умственной отсталости — 6,2/1000 (Stromme P. с соавт., 1998), в Финляндии — 5,6/1000 для легких форм умственной отсталости и 6,3/1000 для умеренной и тяжелой формы (Rantakallo P. с соавт., 1986).

В США распространенность умственной отсталости среди детей 10-летнего возраста, по данным С.С. Murphy (1995), составляет 12/1000. По другим данным в США распространенность данного заболевания среди детей различных регионов страны находится в диапазоне 0,3–3,1 %, а в среднем по стране составляет 1,1 % (King B.H. с соавт., 2009). В то же время популяционное исследование в Атлантае, использующее в качестве критерия диагностики только IQ, показало, что распространенность умственной отсталости среди детей 3–10 лет — 0,9 % (Boyle C.A. с соавт., 1996). Научно-исследовательский и учебный центр по жизни в обществе и Институт интеграции США в 2000 году сообщили о распространенности данной патологии среди детей 0–5 лет — 0,45 %, 6–17 лет — 2,0 % (Maulik P.K., Harbour C.K., 2011).

Среди подростков и молодых людей 14–20 лет Канады распространенность умственной отсталости — 7,2/1000 (Bradley E.A. с соавт., 2002).

Отечественные ученые также на протяжении последних десятилетий исследовали распространенность умственной отсталости в детской популяции.

Отличающиеся друг от друга показатели были получены при выборочных эпидемиологических исследованиях: от 0,2 до 0,89 % (Гольдовская Т.И., Тимофеева А.И., 1967).

За период с 1991 по 2000 год число впервые выявленных умственно отсталых детей и подростков в России возросло с 77,6 до 139,8 на 100 тыс. населения (Гурович И.Я., Волошин В.М., Голланд В.Б., 2002). В структуре психической патологии у детей, получающих помощь в психиатрических учреждениях, умственная отсталость встречалась в 28,65 %, а у подростков — в 50,71 % (Миронов Н.Б., 2000).

Н.А. Творогова, Л.А. Пронина (2003), анализируя заболеваемость психическими расстройствами детей в Кемеровской области, отмечают, что в 2002 году на больных умственной отсталостью

в структуре зарегистрированных больных 0–17 лет приходилось 19,4 % (III место после непсихотических расстройств и психозов/состояния слабоумия). Заболеваемость данной патологией среди детей 0–14 лет составляла 167,9/100000, а в структуре впервые выявленных по группам заболеваний она составляла 26,5 %.

А.П. Агарков с соавт. (2006) исследовали структуру психической заболеваемости у детей и подростков за 2005 год в Томске и получили следующие результаты: в структуре заболеваемости диспансерной группы детей и подростков преобладала умственная отсталость, которая составляла 51 % и 66 % соответственно. В структуре заболеваемости в консультативной группе она занимала II место после непсихотических расстройств и составляла 11,1 % у детей и 36,7 % у подростков.

Б.Д. Менделевич (2009) провел анализ заболеваемости психическими заболеваниями у детей по данным официальной статистики за период 2001–2007 годов. Согласно его данным, умственная отсталость в 2007 году зарегистрирована у 16,4 % больных в детском и у 22,9 % в подростковом возрасте, причем более тяжелые формы патологии отмечались в 3 % случаев.

Исследования, проведенные в Хабаровском крае, показали, что на втором месте по частоте выявления (первичная заболеваемость) в 2008 году оказались дети с умственной отсталостью — 107 человек на 100 тыс. детского населения. Эта цифра практически не изменилась с 2000 по 2008 год (Богданов Е.В., 2009).

Б.Н. Кузьмичев (2010), проанализировав данные, полученные в ходе своего исследования, установил, что средний показатель распространенности умственной отсталости у подростков Тверской области с 1993 по 2009 год составила 49,3 на 1000 подросткового контингента. Этот показатель с 1993 года увеличился незначительно: с 47,5 до 48,3 в 2000 году (т.е. в 0,09 раза) из расчета на 1000 подросткового населения. В областном центре показатель распространенности составил в среднем 21,9 на 1000 подростков, уменьшившись с 1993 года с 33,6 до 20,5 на 1000 в 2009 году, т.е. в 1,6 раза.

В Республике Беларусь, по сведениям из литературы, в период с 2003 по 2008 год наблюдался значительный рост умственной отсталости в структуре первичной заболеваемости. Так, число детей с впервые выявленной умственной отсталостью возросло с 8,5 % в 2004 году до 16,2 % в 2008 году, что составило 160,7 впервые выявленных больных на 100 000 детского населения (Игумнов С.А., Короткевич Т.В., 2009).

По мнению Н.К. Сухотиной (2003), число умственно отсталых детей и подростков в популяции увеличивается с возрастом, достигая максимума к 12 годам, а затем уменьшается к 22–34 годам. В результате на учете в диспансерах среди взрослых умственно отсталых свыше 60 % молодых людей (18–25 %), 12,5 % взрослых и 0,75 % остальных старше 55 лет. Эти цифры не отражают истинного количества умственно отсталых, так

как одна значительная часть, будучи компенсированной, снимается с учета, а другая — кодируется под другими диагнозами: органическое поражение ЦНС — 6,8 %, шизофрения — 7,6 %.

Распределение умственной отсталости в зависимости от тяжести заболевания неравномерно и выглядит следующим образом: легкая степень — 85 %, умеренная — 10 %, тяжелая — около 2 % (King В.Н. с соавт., 2009).

Исторически сложилось, что большинство умственно отсталых людей страдают легкой степенью этого расстройства, которая может называться в разных странах по-разному: легкая/культуральная/семейная умственная отсталость. Среди всего контингента умственно отсталых лиц число легко умственно отсталых по разным данным колеблется от 68,9 % до 88,9 %. Больные с легкой степенью составляют 0,7–2,1 % (Исаев Д.Н., 2003). По данным А.А. Чуркина (1997), в нашей стране легко умственно отсталых не более 0,47 %.

В своем более позднем исследовании А.А. Чуркин (2007) установил, что в структуре контингента больных с умственной отсталостью преобладали больные дебильностью — 73,0 %, а на другие формы приходилось 27,0 %. Однако если посмотреть на структурные показатели в динамике хотя бы за 5-летний период, то в группе больных умственной отсталостью медленно, но все-таки заметно снижалась доля больных с легкой формой (с 73,9 до 73,0 %), а возрастала доля больных другими формами (с 26,1 до 27,0 %). В том числе показатель первичной заболеваемости дебильностью уменьшился на 5,8 %, а показатель для других форм снизился на 7,7 %. В структуре больных с впервые в жизни установленным диагнозом преобладали больные дебильностью — 81,1 %, на другие формы приходилось 18,9 %.

Поскольку интеллектуальные нарушения чаще отмечают учителя, то большинство легких форм умственной отсталости впервые выявляется именно в школьном возрасте. Например, исследования, проведенные в Атланте, показали, что показатель распространенности легкой формы, составляющий 0,5 % у детей 2–4-х лет, возрос у школьников до 1,2 % (Boyle С.А. с соавт., 1996). Предполагается, что только у 50 % детей расстройство выявляется в раннем возрасте, т.к. неспособность адаптироваться и расти интеллектуально становится более заметной по мере взросления. Раннее выявление интеллектуальной недостаточности может быть затруднено и тем, что большинство педиатров вообще не используют стандартизированные методики для выявления задержки развития (Grossman S.A. с соавт., 2000). Кроме того, дети с легкой умственной отсталостью достаточно адаптированы и могут не регистрироваться в специальных службах помощи, а после окончания школы, став взрослыми, не рассматриваются как интеллектуально неполноценные и не могут принимать участие в исследованиях, так как не обращаются за медицинской или иной помощью. Кроме того, многие дети, которым был поставлен диагноз в детстве, не отвечают критериям оценки

данного расстройства в дальнейшей жизни. Этот факт позволяет предположить, что диагнозы у детей и взрослых не оценивают должным образом адаптацию. Возможно, оценки IQ и способность к адаптации могут меняться с течением времени (Zigler E., Hodapp R., 1986; King В.Н. с соавт., 2009).

Любопытно, что распространенность легкой умственной отсталости в Швеции ниже, чем в США, но обе страны дают сопоставимые проценты тяжелой формы (Zigler E., Hodapp R., 1986). Низкая распространенность легкой умственной отсталости в Швеции может показаться удивительной, учитывая, что некоторые шведские ученые используют более высокий порог IQ (<80) для определения данного состояния. Однако в данной стране тестирование не так широко распространено, как в США (Zigler E. с соавт., 1986). Кроме того, шведские оценки распространенности часто основаны на субъективном мнении врачей и учителей, которые не склонны приклеивать ярлыки детям с легкими когнитивными нарушениями. Так как Швеция сохраняет реестры лиц с данной патологией, то популяционные исследования могут быть более точными в оценке распространенности заболевания. Кроме того, Швеция является страной высокого благосостояния и имеет много программ помощи, доступных для людей с легкой интеллектуальной недостаточностью. Как результат, о людях заботятся в обществе, не рассматривая их как умственно отсталых, пока их IQ (по крайней мере, у мужчин) не будет определен при поступлении на военную службу. Общая оценка умственной отсталости в обществе, включающая данные вооруженных сил, увеличивается до 2,21 % и становится аналогичной тем, которые имеются в других странах (Zigler E., Hodapp R., 1986).

Процент умеренно, тяжело и глубоко отсталых людей среди населения — 0,39–0,28 %. В СССР, в 60–70-е годы количество больных с данными формами составляло от 11,1 % до 31,1 % (Исаев Д.И., 2003), а в 90-е годы — 0,13 % (Чуркин А.А., 1997).

Частота тяжелой умственной отсталости примерно одинакова во всех исследованиях: она составляет в среднем около 4 на 1000 детей в возрасте 7–10 лет. В старших возрастных группах этот показатель снижается, но не за счет адаптационных механизмов, как при легкой умственной отсталости, а за счет повышения по сравнению с популяционным уровнем смертности. В возрасте 11–16 лет показатель распространенности тяжелой умственной отсталости равен 2,8/1000, тогда как среди детского населения он составил 3,3/1000 (Ковалев В.В., 1995).

Б.Д. Менделевич (2009) в ходе изучения распространенности умственной отсталости у детей получил интересные данные. Так, показатель заболеваемости легкой умственной отсталостью составлял у детей 88,4/1000000, а у подростков — 101,2/100000, другие формы — 22,4/10000 и 16,4/10000 у детей и подростков соответственно. Оказалось, что по мере взросления увеличивается уровень за-

болеваемости различными формами умственной отсталости: 110,8 в возрасте 0–14 лет и 117,6 в возрасте 15–17 лет на 100 000 соответствующего населения. За период 2001–2007 годы наиболее высокий показатель заболеваемости легкой степенью выявлен в Красноярском крае — 219,9/100000, Кировской области — 222,1/100000, Республике Марий Эл — 238,4/100000, Новгородской области — 286,3/100000, Республике Хакасия — 302,2/100000 (по сравнению со средним показателем по РФ — 88,4/100000). Другие формы умственной отсталости имели высокую распространенность среди детей 0–14 лет в Красноярском крае — 72,4/100000, Республике Алтай — 77,9/100000, Чукотском АО — 158,3/100000 (по сравнению с показателем по РФ — 22,4/100000).

Популяционное исследование в Атланте (США) установило, что 0,84 % детей 10-летнего возраста имели IQ 50–70 (легкая степень) и 0,36 % IQ ниже 50 (от умеренной до глубокой) (Murphy C.C. с соавт., 1995).

Общая распространенность умеренной и тяжелой умственной отсталости среди детей и взрослых в Англии находится в диапазоне между 0,3 % и 0,5 % (Holt K.S. с соавт., 1973; Goh S. с соавт., 1994).

Исследования в Британской Колумбии (Канада) показали общую распространенность заболевания около 0,4 %, причем 0,1 % — легкая степень; 0,1 % — умеренная; 0,05 % — тяжелая; 0,04 % — глубокая; 0,01 % — умственная отсталость недифференцированная (Herbst D.S.; Baird P.A., 1983).

В Финляндии уровень заболеваемости легкой умственной отсталостью — 5,5/1000 и 7,4/1000 умеренной и тяжелой (Rantakallio P. с соавт., 1996).

Изучая данные по обращаемости за медицинской помощью, в Кейптауне (Южная Африка) обнаружили, что распространенность тяжелых форм — 0,3 % (Finlander A. с соавт., 1982).

Популяционные исследования в Бангладеш выявили 0,6 % людей с тяжелой умственной отсталостью и 11,4 % с легкой (Islam D. с соавт., 1993).

Одним из самых неблагоприятных последствий умственной отсталости является ограничение жизнедеятельности. Установлено, что умственная отсталость находится на третьем месте (13,3 %) среди причин инвалидности (Анашкина Л.М. с соавт., 1995). По сравнению с инвалидами вследствие других психических заболеваний умственно отсталые отличаются более низкими уровнями социальной адаптации. (Исаев Д.Н., 2003). В то же время анализ динамики инвалидности, проведенный в исследовании О.П. Шматовой, О.О. Андреевой (2010), показал, что среди обследованных детей к совершеннолетию высокий реабилитационный потенциал реализовался у инвалидов, наблюдавшихся в детстве с легкой умственной отсталостью. Авторы предположили, что это происходит за счет компенсации отягчающих и сопутствующих расстройств.

В период с 1985 по 1995 год число инвалидов вследствие умственной отсталости возросло на

39 %. Умственно отсталых — инвалидов 1-й группы — почти в 3 раза больше, чем больных шизофренией. В структуре больных-инвалидов в 2006 году 34,3 % составили больные с умственной отсталостью. Число впервые инвалидизированных в 2006 году с умственной отсталостью составило 28,3 % (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2007).

По данным Д.Н. Исаева (2003) среди инвалидов детства группа умственно отсталых находится на первом месте (53,7 %). Число детей-инвалидов увеличилось в 4,8 раза за 15 лет (с 1980 по 1985), причем среди них 99,4 % — дети-инвалиды с умственной отсталостью. Из них: легко умственно отсталые — 32,9 %, тяжело и глубоко отсталые — 67,1 %.

По мнению Е.В. Богданова (2009), структура психических расстройств у детей от 0 до 17 лет, впервые признанных инвалидами в период с 2003 по 2008 год, не изменилась и представлена в 52,8 % случаев умственной отсталостью.

В результате исследования инвалидности вследствие психических расстройств у детей Российской Федерации, проведенного М.А. Шкурко (2009), было также установлено преобладание среди нозологических форм умственной отсталости. Она составила 63 %, в том числе у мальчиков в 53,7 % случаев, у девочек в 74,6 % случаев. Легкая умственная отсталость — 31,4 % (мальчики — 30 %, девочки — 33,9 %), умеренная умственная отсталость — 28,8 % (мальчики — 23,8 %, девочки — 40,1 %), тяжелая и глубокая умственная отсталость — 1,4 %.

В тех же самых исследованиях были выявлены и другие особенности. Так, среди контингента детей, впервые признанных инвалидами, число умственно отсталых составляет 13,0–13,2 тыс. детей в 2001–2002 годах, 11,9 тыс. детей в 2003 году, 10,5 тыс. в 2004 году, 10,1–10,3 тыс. в 2005–2006 годах и 8,6 тыс. в 2007 году. Удельный вес умственной отсталости в структуре впервые выявленной инвалидности составляет: 70,6 % в 2001 году, 65,7 % в 2004 году, 63,8 % в 2006 году, 62,3 % в 2007 году. Уровень первичной инвалидности вследствие умственной отсталости у детей составляет 4,0–4,4 в 2001–2003 годах, 3,5 в 2005 году, 3,2 на 10 тыс. детского населения в 2007 году.

Число повторно признанных инвалидами вследствие умственной отсталости составило 41,1–44,4 тыс. человек в 2001–2002 годах, 50,7 тыс. человек в 2004–2006 годах и 51,9 тыс. в 2007 году. Удельный вес инвалидов вследствие умственной отсталости в контингенте повторно признанных инвалидами равен 82,4 % в 2001 году, 70,8–70,9 % в 2002–2004 годах, 69,8–69,6 % в 2005–2007 годах. В структуре повторной инвалидности умственная отсталость составляет 65,2 % (у мальчиков — 57,4 %, у девочек — 83,6 %). Удельный вес легкой умственной отсталости — 14,4 %, умеренной умственной отсталости — 34,4 %, тяжелой умственной отсталости — 13 %, глубокой умственной отсталости — 3,5 %.

В структуре инвалидности вследствие умственной отсталости дети до 3 лет составляют

2,3 %, в возрасте 4–7 лет—39,7 %, в возрасте 8–11 лет—27,5 %, 12–14 лет—14,5 %, 15–17 лет—16 %.

В структуре общей инвалидности до 3 лет в 100 % основным диагнозом является умственная отсталость (легкая—40 %, умеренная—60 %). В возрасте 4–7 лет—71,1 % (легкая—21,9 %, умеренная—32,1 %, тяжелая—16,6 %, глубокая—0, %). В возрасте 8–11 лет—также 71,1 % (легкой степени—20,6 %, умеренной—40 %, тяжелой—7,2 %, глубокой—3,3 %). В 12–14 лет—50,1 % (легкой—16,5 %, умеренной—27,2 %, тяжелой—0,7 %, глубокой—5,7 %). В 15–17 лет—58,4 % (легкой—18,8 %, умеренной—26,3 %, тяжелой—11,5 %, глубокой—2,5 %).

Во всех эпидемиологических исследованиях отмечается гендерное отклонение в пользу преобладания лиц мужского пола, причем это соотношение различно для разных возрастных групп (Murphy С.С. с соавт., 1995; Stromme P. с соавт., 1999; Xie Z.H. с соавт., 2008). Так, в возрасте до 4 лет среди умственно отсталых соотношение полов 1:1, но уже с 5 лет оно резко меняется, составляя 1,5:1 и даже выше.

Соотношение умственно отсталых мужского и женского пола зависит от степени выраженности интеллектуального дефекта, при самых тяжелых степенях оно наименьшее, при легких—наибольшее. При выраженной имбецильности и идиотии соотношение полов 1:1, а при умеренно выраженной имбецильности и глубокой дебильности—1,2:1. Распространенность легкой умственной отсталости среди мужского пола в 1,5 раза выше (Ковалев В.В., 1995).

Исследования распространенности умственной отсталости в зависимости от пола и расы показали, что почти все ее формы в 3,5 раза чаще представлены у чернокожих мужчин, чем у женщин белой расы. Только процент глубокой умственной отсталости (скорее всего органической этиологии) не зависел от расовой принадлежности (Boyle С.А. с соавт., 1996).

Максимум половых различий приходится на 18–24 года—1,6:1, что, скорее всего, связано с различиями социальных условий для лиц разного пола: служба в армии, трудовая адаптация (Ковалев В.В., 1995). По мнению Д.Н. Исаева (2003), в коррекционной школе обучаются 80,6 % учеников и 75,8 % учениц. В старших возрастных группах (40 и более лет) соотношение полов вновь выравнивается.

На гендерной диспропорции умственно отсталых, по мнению некоторых ученых, сказываются, помимо социальных, ряд факторов биологического порядка, главным образом наличие генетически обусловленных сцепленных с полом форм умственной отсталости. Примечательно, что среди самых тяжелых поражений, диагностируемых до 4-летнего возраста, имеется равное соотношение полов. Основная масса форм интеллектуального дефекта, обусловленных генетическими факторами, локализованными в X-хромосоме, приходится на более легкий контингент, диагностируемый позднее (Исаев Д.Н., 2003).

Предполагается еще ряд причин более высокой распространенности умственной отсталости у мужчин, в том числе более частая диагностика данного состояния у мальчиков. Например, курение матери во время беременности и низкая масса при рождении оказывают негативное влияние на развитие нервной системы у мальчиков. Также у мальчиков чаще наблюдаются нарушения поведения в школе. Половые различия не значимы у взрослых (Leonard H. с соавт., 2003).

Некоторые ученые обнаружили связь между низким образованием матери и распространенностью умственной отсталости. Возможно, что низкий социально-экономический уровень и связанное с ним ухудшение здоровья могут оказать влияние на развитие плода и маленького ребенка (Leonard H. с соавт., 2003). Многие западные ученые делают вывод, что большинство умственно отсталых людей не имеют изменений органического характера. Согласно их точке зрения, по крайней мере, 85 % тех, кого называют умственно отсталыми, оказываются бедными людьми, пострадавшими от общественного мнения, где средний класс является нормой, а отклонения от этой нормы приобретают ярлык данного расстройства (Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р., 2006).

Лишь немногие исследования анализируют этнические различия при умственной отсталости. Одно из них, проведенное в США, показало, что данная патология пропорционально выше среди афро-американских детей (Murphy С.С. с соавт., 1995). Другое исследование, проведенное в Австралии, показало, что умственная неполноценность пропорционально выше среди популяции аборигенов (Glasson E.J. et al. 2005).

Обнаружены факты, подтверждающие, что умственная отсталость относится к той группе психических расстройств, которая достоверно чаще наблюдается в сельской местности (Творогова Н.А., 1997). P.K. Maulik, С.К. Harbour (2011) отводят особую роль селективной миграции: семьи с умственно недоразвитыми детьми остаются жить в сельской местности, а жители городов с умственно недоразвитыми членами семьи переезжают на постоянное место жительства в менее населенные районы. Стабильность и малочисленность сельского населения приводит к тому, что увеличивается частота рецессивных форм заболеваний, включая умственную отсталость, так как вступающие в брак оказываются родственниками (Дымчиков А.С., Манжеев А.С., 1994). Преобладание случаев умственной отсталости в городской популяции, по мнению Д.А. Зайцева (1989) и Е.Н. Лексина (1990), может быть обусловлено запоздалой диагностикой аномалий умственного развития среди детей и подростков в сельской местности.

Установлено, что продолжительность жизни людей с умственной отсталостью за последние десятилетия во многих странах существенно увеличилась, а значит, возросла и потребность в заботе о них со стороны соответствующих служб (Horvitz S.M., Kerker B.D. с соавт., 2000).

Низкий социально-экономический статус, такие негативные факторы, как курение, ожирение и проявления нездорового образа жизни, сопровождают данное расстройство и уменьшают продолжительность жизни. Достижения же в области медицины всячески способствуют ее увеличению (Maulik P.K., Harbour S.K., 2011).

К. Patja (2000) исследовал смертность среди умственно отсталых в возрасте 35 лет, живущих в Финляндии, и не нашел различий в продолжительности жизни людей с легкой умственной отсталостью и населения в целом. Только в случае более тяжелых форм наблюдалась более низкая продолжительность жизни по сравнению со всем населением. Продолжительность жизни не зависела от пола.

Показатель средней продолжительности жизни оказался высоким в Австралии и был связан со степенью тяжести умственной отсталости. Он составил 74 года, 67,6 года, 58,6 года для людей

с легкой, умеренной и тяжелой формами соответственно (Bittles A.H. с соавт., 2002).

Таким образом, проведенный нами анализ публикаций показал, что при изучении эпидемиологических аспектов умственной отсталости имеется много противоречивых результатов. Изучение факторов, определяющих потребности населения в социально-медицинской помощи, таких как заболеваемость, инвалидность, уровень развития социально-медицинской помощи в регионе, необходимо для организации эффективной помощи. Проведение длительных (лонгитюдных) наблюдений за умственно отсталыми пациентами, по данным которых можно проследить различные периоды их жизни, в том числе и переход к школьному обучению, может быть полезно для обеспечения достойного уровня жизни лицам, имеющим умственную отсталость, создания условий для полноценного включения больного в общество.

### Литература

1. Агарков, А.П. Перспективы развития психиатрической помощи детям и подросткам Томской области / А.П. Агарков, А.А. Агарков, Л.В. Варанкова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*.— 2006.— № 3.— С. 68–70.
2. Богданов, Е.В. Организация и направления деятельности детской психиатрической службы Хабаровского края / Е.В. Богданов // *Материалы Научно-практической конференции «Современные технологии здравоохранения в охране нервно-психического развития детей»*.— Москва, 2009.— С. 10–15.
3. Бутомо И.В. Мониторинг синдрома Дауна / И.В. Бутомо, Н.В. Ковалева // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*.— 2002.— № 4.— С. 54–55.
4. Буторин Г.Г. Специализированная помощь лицам с умственной отсталостью: перспективы и проблемы развития / Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина // *Развитие биопсихосоциального подхода в сфере охраны психического здоровья*. Вып.1.— Томск.— 2005.— С. 26–30.
5. Гольдовская Т.И. К вопросу об эпидемиологическом исследовании олигофрении / Т.И. Гольдовская, А.И. Тимофеева // *Проблемы олигофрении*. М., 1970.— С. 51–65.
6. Гурович, И.Я. Актуальные проблемы детской психиатрической службы в России / И.Я. Гурович, В.М. Волошин, В.Б. Голланд // *Социальная и клиническая психиатрия*.— 2002.— № 2.— С. 15–18.
7. Дымчиков А.А. Эпидемиология психических расстройств в Бурятии / А.А. Дымчиков, А.С. Манжеева // *Психиатрия в контексте культуры*. Вып. 1 (этнопсихиатрия).— Томск. Улан-Удэ, МЗ РФ СГМУ, МЗ Бурятии, 1994.— С. 135–142.
8. Зайцев Д.А. К методике расчетов распространенности олигофрении в детской популяции / Д.А. Зайцев // *Всероссийская научно-практическая конференция по детской неврологии и психиатрии (тезисы докладов)*.— Вильнюс, 1989.— С. 131–132.
9. Игумнов С.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в детско-подростковом возрасте (0–18 лет) в Республике Беларусь / С.А. Игумнов, Т.В. Короткевич // *Материалы IV Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья»* / Под редакцией А.А. Северного, Ю.С. Шевченко.— Киров, 22–24 сентября 2009 г.— С. 248
10. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д.Н. Исаев.— СПб: Речь, 2003.— 391 с.
11. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное / В.В. Ковалев.— М.: Медицина, 1995.— 560 с.
12. Кузьмичев Б.Н. Анализ распространенности умственной отсталости у подростков Тверской области / Б.Н. Кузьмичев // *Материалы XV Съезда психиатров России*.— М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. С. 150.
13. Лексин Е.Н. Распространенность аномалии умственного развития у детей младшего школьного возраста (по материалам МПК Мордовской АССР) / Е.Н. Лексин // *Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии*.— М., 1990.— С. 36–37.
14. Менделевич Б.Д. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения детского населения Российской Федерации / Б.Д. Менделевич // *Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*.— 2009.— № 11.
15. Миронов Н.Е. Критерии оценки социального функционирования и стандартизации социальной недостаточности умственно отсталых подростков / Н.Е. Миронов // *12-й Съезд психиатров России*. М., 1995.— С. 92–93.



16. Петраков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств: Руководство для врачей / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков.— М., 1996.— 136 с.
17. Романов Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова.— Саратов: Изд-во «Научная книга».— 2006.— С. 33–55.
18. Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в отдельных промышленно развитых регионах России / Н.К. Сухотина // Медицина в Кузбассе. 2003.— № 3.— С. 161–163.
19. Творогова Н.А. Заболеваемость психическими расстройствами среди детей (0–17 лет включительно) в Кемеровской области в 2002 году / Н.А. Творогова, Л.А. Пронина // Медицина в Кузбассе. 2003.— № 3.— С. 145–147.
20. Чуркин, А.А. Психическое здоровье населения России в 1985–1995 гг. / А.А. Чуркин // Российский психиатрический журнал.— 1997.— № 1.— С. 53–58.
21. Чуркин А.А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 году / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал.— 2007.— № 4.— С. 4–12.
22. Шкурко М.А. Научное обоснование современных подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации детей-инвалидов вследствие психических расстройств на основе комплексного исследования инвалидности при данной патологии. Автореф. дисс. д.м.н. / М.А. Шкурко.— Москва, 2009.— 23 с.
23. Шматкова О.П. Динамика детских инвалидизирующих расстройств / О.П. Шматкова, О.О. Андреева // Материалы XV Съезда психиатров России.— М.: ИД «Медпрактика-М», 2010.— С. 167.
24. Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities: 2007.— WHO Press.— 2007.— 108p.
25. Bachrach S. In the name of public health—Nazi racial hygiene / S. Bachrach // New England Journal of Medicine.— 2004.— V. 351. P. 417–420.
26. Beange H. Prevalence of intellectual disability in northern Sydney adults/ H. Beange, J.E. Taplin // Journal of Intellectual Disability Research.— 1996.— V. 40.— P. 191–197.
27. Beirne-Smith M. Mental retardation: An introduction to intellectual disabilities / M. Beirne-Smith M, J.R. Patton, S.H. Kim.— 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Merrill Prentice Hall, 2006.— 576.
28. Biritwum R.B. Prevalence of children with disabilities in central region, Ghana / R.B. Biritwum, J.P. Devres, S. Oforu-Amaah, C. Marfo, E.R. Essah // West African Journal of Medicine.— 2001.— V. 20.— P. 249–255.
29. Bittles A.H. The influence of intellectual disability on life expectancy / A.H. Bittles, B.A. Peterson, S.G. Sullivan, R. Hussain, E.J. Glasson, P.D. Montgomery // The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.— 2002.— V. 57.— P. 470–472.
30. Bouras N. Mental health care for people with mental retardation: a global perspective / N. Bouras, J. Jacobson // World Psychiatry.— 2002.— V. 1(3).— P. 162–165
31. Boyle C.A. Prevalence selected developmental disabilities in children 3–10 years of age: The metropolitans developmental disabilities surveillance program, 1991 / C.A. Boyle, M. Yeargin-Allsopp, N.S. Holmgreen, C.C. Murphy, D.E. Schendel // Centers for Disease Control and Prevention, MMWR Surveillance Summaries.— 1996.— 20 p.
32. Bradley E.A. Mental retardation in teenagers: prevalence data from the Niagara region, Ontario / E.A. Bradley, A. Thompson, S.E. Bryson // Canadian Journal of Psychiatry.— 2002.— V. 47.— P. 652–659.
33. Drillien C.M. Studies in mental handicap. I. Prevalence and distribution by clinical type and severity of defect / C.M. Drillien, S. Jameson, E.M. Wilkinson // Archives of Disease in Childhood.— 1966.— V. 41.— P. 528–538.
34. Findlander, A. A study of handicapped children in typical urban commune Cape Town / A. Findlander, D. Power // SA Med J.— 1982.— V. 61.— P. 873–876.
35. Fitaw Y. Prevalence and impact of disability in north-western Ethiopia / Y. Fitaw, J.M. Boersma // Disability and Rehabilitation.— 2006.— V. 28.— P. 949–953.
36. Glasson E.J. An assessment of intellectual disability among Aboriginal Australians / E.J. Glasson, S.G. Sullivan, R. Hussain, A.H. Bittles // Journal of Intellectual Disability Research.— 2005.— V. 49.— P. 626–634.
37. Goh S. A framework for commissioning services for people with leaning disabilities/ S. Goh, A.J. Holland // J Public Health Med.— 1994.— V. 16.— P. 279–285.
38. Grossman, S.A. Caring for the patient with mental retardation in the ED / S.A. Grossman, C.F. Richards, D. Anglin, H.R. Hutson // Ann Emer Med.— 2000.— V. 35.— P. 69–76.
39. Grunewald, K. Mentally retarded children and young people in Sweden. Integration I society: The progress in the last decade / K. Grunewald // Acta Paediatr Scand Suppl.— 1979.— V. 275.— P. 75–84.
40. Helgason T. Epidemiology of mental disorders in Iceland. A psychiatric and demographic investigation of 5395 Icelanders / T. Helgason // Acta Psychiatrica Scandinavica 39 (suppl 173).— 1964.— P. 7–250.
41. Herbst D.S. Nonspecific mental retardation in British Columbia as ascertain through a registry / D.S. Herbst, P.A. Baird // An J Ment Defic.— 1983.— V. 87.— P. 506–513.
42. Horvitz S. M. The Health Status and Needs of Individuals / S.M. Horvitz, B.D. Kerker et al.— New Haven, Connecticut, 2000.— 20 p.
43. Islam D. Socioeconomic status and the prevalence of mental retardation in Bangladesh / D. Islam, M.S. Durkin, C.C. Zaman // Ment Retard.— 1993.— V. 31.— P. 412–417.

44. Kerker B.D. *Mental health disorders among individuals with mental retardation: challenges to accurate prevalence estimates* / B.D. Kerker, P.L. Owens, E. Zigler, S.M. Horwitz // *Public Health Reports*.—2004.— V. 119.— P. 409–417.
45. King B.H. *Intellectual Disability* / B.H. King, K.E. Toth, R.M. Hodapp, E.M. Dykens // In: B.J. Sadock, V.A. Sadock, P. Ruiz *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.— P. 3444–3474.
46. Kuo-Tai, T. *Mentally retarded persons in the People's Republic of China: A review of the epidemiological studies and services* / T. Kuo-Tai // *Am J Ment Retard*.—1988.— V. 93.— P. 139–199.
47. Leonard, H. *Prevalence of intellectual disability in Western Australia* / H. Leonard, B. Peterson, C. Bower, R. Sanders // *Paediatric and Perinatal Epidemiology*.—2003.— V. 17.— P. 58–67.
48. Lopez, J.I. *Retraso mental y calidad de vida* / J.I. Lopez, L.M.V. Pineda, M.L. Botell // *Revista Cubana de Medicina General Integral*.—2005.— V. 21.— P. 1–7.
49. Mallon J.R. *The prevalence of severe mental retardation in Northern Ireland* / J.R. Mallon, D.N. MacKay, G. McDonald, R. Wilson // *J Ment Defic Res*.—1991.— V.— 35.— P. 66–72.
50. Maulik P.K. *Epidemiology of Intellectual Disability* / P.K. Maulik, C.K. Harbour // In: J.H. Stone, M. Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*.—2011.— Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>
51. Murphy C.C. *The administrative prevalence of mental retardation in 10-year-old children in metropolitan Atlanta, 1985 through 1987* / C.C. Murphy, M. Yeargin-Allsopp, P. Decoufle, C.D. Drews // *American Journal of Public Health*.—1995.— V. 85.— P. 319–323.
52. Patja, K. *Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study* / K. Patja, M. Iivanainen, H. Vesala, H. Oksanen, I. Ruoppila // *Journal of Intellectual Disability Research*.—2000.— V. 44.— P. 591–599.
53. Pongprapai, S. *A study on disabled children in a rural community in southern Thailand* / S. Pongprapai, K. Tayakkanonta, V. Chongsuvivatwong, P. Underwood // *Disability and Rehabilitation*.—1996.— V. 18.— P. 42–46.
54. Rantakallio, P. *Mental retardation and subnormality in a birth cohort of 12,000 children in Northern Finland* / P. Rantakallio P, L. von Wendt // *American Journal of Mental Deficiency*.—1986. V. 90.— P. 380–387.
55. Satapathy, R.K. *Survey of mentally retarded persons* / R.K. Satapathy, J.M. Chosh, D. Sarangi // *Indian Pediatric*.—1985.— V. 22.— P. 825–828.
56. Stromme P. *Mental retardation in Norway: prevalence and sub-classification in a cohort of 30037 children born between 1980 and 1985* / P. Stromme, K. Valvatne // *Acta Paediatrica*.—1998.— V. 87.— P. 291–296.
57. Temtamy S.A. *An epidemiological/genetic study of mental subnormality in Assiut Governorate, Egypt* / S.A. Temtamy, M.R. Kandil, A.M. Demerdash, W. A. Hassan, N.A. Meguid, H.H. Afifi // *Clinical Genetics*.—1994.— V. 46.— P. 347–351.
58. Xie Z.H. *Sampling survey on intellectual disability in 0-6-year-old children in China* / Z.H. Xie, S.Y. Bo, X.T. Zhang, M. Liu, Z.X. Zhang, X.L. Yang, et al. // *Journal of Intellectual Disability Research*/—2008.— V. 52.— P. 1029–1038.
59. Zigler E. *Understanding Mental Retardation* / E. Zigler, R. Hodapp.—Cambridge University Press, 1986.— 292 p.
60. Zuo Q.H. *An epidemiological study on mental retardation among children in Chang-Qiao area-western district of Beijing*. / Q.H. Zuo, X. Zhang, Z. Li, Y. Qian, X. Wu, Q. Lin, et al. // *Chinese Medical Journal*. 1986.— V. 99.— P. 9–14.

**Сведения об авторе**

**Михейкина Оксана Витальевна**—к.м.н., заведующая амбулаторным отделением ГБУЗ «Брянская областная детская психиатрическая больница». E-mail: oromanova2006@rambler.ru