

Петросян К. М.

Первичная и повторная инвалидность вследствие ишемической болезни сердца в Российской Федерации

Государственное казенное учреждение «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранений Центрального административного округа города Москвы», г. Москва

Petrosjan K. M.

Initial and repeated disability due to ischemic heart disease in the Russian Federation

Резюме

Проведен анализ первичной и повторной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца в целом по Российской Федерации за 2009–2011 гг. Отмечено, что инвалидность при данном заболевании формируют преимущественно лица пенсионного возраста и по тяжести - инвалиды 2 и 3 группы. За анализируемый период отмечается снижение показателей инвалидности.

Ключевые слова: первичная и повторная инвалидность, ишемическая болезнь сердца, возраст, тяжесть инвалидности, Российская Федерация

Summary

The analysis of primary and repeated disability due to ischemic heart disease in the whole of the Russian Federation for 2009 - 2011 years. Noted that disability in this disease entity formed mostly of retirement age and gravity - disabled 2 and 3 groups. During the analyzed period the decline in disability.

Keywords: primary and repeated disability, coronary heart disease, age, severity of the disability, the Russian Federation

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по-прежнему остается одной из наиболее актуальных проблем современного общества в связи с поражением лиц трудоспособного возраста, широкой распространенностью, высокой летальностью и ранним наступлением инвалидности [1,3,8,11,12]. На ИБС приходится 50% всех случаев заболеваний системы кровообращения. ИБС выявляется у 19,5% мужчин в возрасте 50-59 лет, при этом у 6% — стенокардия, у 0,55% — инфаркт миокарда. Лица в возрасте до 40 лет составляют 14-20% больных ИБС [2,4,6]. Проспективное наблюдение за больным с впервые диагностированной ИБС показывает, что в 50-60% случаев заболевание прогрессирует, в 20-30% — носит стабильный характер и в 10-15% происходит обратное развитие процесса. Среди причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на ИБС приходится 53%. Ежегодная смертность от ИБС составляет 150-250:100000 населения. В структуре причин инвалидности этот класс болезней занимает 1-е ранговое место, составляя 34,8%, среди них инвалиды вследствие ИБС составляет 23,7% [5,7,10]. В течение последних лет отмечен рост числа этих заболеваний. В структуре первичной инвалидности инвалидность

вследствие болезни системы кровообращения занимает 1-е место, составляя 54,7% в 2005 г. и 44,6% в 2008 г. Проблем инвалидности вследствие ИБС является важной научно-практической задачей, обусловленной необходимостью определения потребности пациентов в различных видах реабилитационных мероприятий и изучения особенностей комплексной медико-социальной реабилитации [9, 13, 14].

Цель исследования: изучение первичной и повторной инвалидности вследствие ИБС в РФ, определить закономерности ее формирования

Материалы и методы

Анализ динамики первичной и повторной инвалидности вследствие ИБС в РФ был проведен по данным статистических отчетов за период 2009-2011 гг.

Результаты и обсуждение

За три года инвалидами вследствие ишемической болезни сердца в РФ признано первично 403247 человек, в среднем 143442 человек в год, с уменьшением числа впервые признанных инвалидами на 17,5% (от 158477 человек в 2009 г. до 130671 человека в 2011 г.). Также от-

мечено снижение показателя уровня инвалидности за эти же годы на 17,5% (от 13,7 в 2009 г. до 11,3 на 10 тысяч взрослого населения в 2011 г.). В структуре инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в РФ ишемическая болезнь сердца занимала в 2009 г. 41,0%, в 2010 г. - 40,7%, в 2011 г. - 41,5%, увеличение за 3 года составило 1,2%.

Число инвалидов молодого возраста составило 17706 человек (4,1% от общего числа инвалидов вследствие ИБС), в среднем 5902 человек в год, с уменьшение числа инвалидов молодого возраста за три года на 4,5% (от 5986 человек в 2009 г. до 5714 человек в 2011 г. с увеличение в 2010 г. до 6006 человек). Уровень инвалидности лиц молодого возраста за все годы был низким и оставался практически неизменным - 0,9-1,0-1,0 на 10 тысяч взрослого населения.

Число инвалидов среднего возраста за три года составило 142149 человека (33,0% от общего числа), в среднем 47383 человек в год. За три года произошло снижение числа инвалидов среднего возраста на 5,4% (от 48546 человек в 2009 г. до 45914 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности у лиц среднего возраста также характеризовался положительной динамикой - снижением на 23,5% (от 22,5 в 2009 г. до 17,2 на 10 тысяч населения в 2011 г.).

Число инвалидов пенсионного возраста за три года составило 270392 человека (62,9% от общего число инвалидов), в среднем 90131 человек в год, также с положительной динамикой показателей - уменьшением число инвалидов пенсионного возраста на 23,9% (от 103945 человек в 2009 г. до 79043 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности лиц пожилого возраста также имел тенденцию к снижению на 25,5% (от 34,5 в 2009 г. до 25,7 на 10 тысяч населения в 2011 г.). Таким образом, за три года отмечается уменьшение как числа инвалидов вследствие ИБС, так и снижение уровня инвалидности на 10 тысяч взрослого населения.

Анализ динамики инвалидности у лиц с ИБС с учетом групп инвалидности показал следующее. Число инвалидов 1 группы за три года составило всего 5710 человек (1,3% от общего числа инвалидов вследствие заболеваний системы кровообращения), в среднем 1903 человека в год; их число за три года увеличилось на 28,5% (от 1478 человека в 2009 г. до 1899 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности был очень низкий, 0,1-0,2 на 10 тысяч взрослого населения.

Инвалидов 2 группы было 204850 человек (47,6% от общего числа инвалидов), в среднем 68283 человека в год, их число за три года характеризовалось уменьшение на 32,4% (от 82635 человек в 2009 г. до 55841 человека в 2011 г.). Уровень инвалидности 2 группы был невысоким - в среднем 5,8 на 10 тысяч населения.

Инвалидов 3 группы было 219687 человека (51,1% от общего числа инвалидов), в среднем 73229 человека в год. Их число за три года уменьшилось на 1,2% (от 74364 человек в 2009 г. до 72931 человека в 2011 г.). Уровень инвалидности был невысокий - в среднем 6,3 на 10 тысяч населения.

Таким образом, в контингенте первичных инвалидов вследствие ишемической болезни сердца инвалиды 3 группы составляли большинство, а инвалидность характеризовалась положительной динамикой - уменьшением числа инвалидов, как с учетом уровня инвалидности, так и группы инвалидности.

Повторно признанные инвалидами за три года (2009-2011) вследствие ишемической болезни сердца в РФ составили 828690 человек, в среднем 276230 человек в год, с уменьшением числа повторно признанных инвалидами на 18,0% (от 308879 человека в 2009 г. до 253242 человек в 2011 г.). Также отмечено снижение показателя уровня инвалидности за эти же годы на 18,3% (от 26,7 в 2009 г. до 21,8 на 10 тысяч взрослого населения в 2011 г.). В структуре повторной инвалидности вследствие болезней органов кровообращения в РФ ишемическая болезнь сердца составляла в 2009 г. 41,2%, в 2010 г. - 40,9%, в 2011 г. - 42,8%, увеличение за 3 года составило 3,9%.

Число инвалидов молодого возраста составило 36825 человек (4,4% от общего числа инвалидов вследствие ИБС), в среднем 12275 человек в год, с уменьшение числа инвалидов молодого возраста за три года на 23,6% (от 14397 человек в 2009 г. до 10994 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности лиц молодого возраста за все годы был низким и оставался практически на одном уровне - 2,2-2,0-1,9 на 10 тысяч взрослого населения.

Число инвалидов среднего возраста за три года составило 432133 человека (52,1% от общего числа), в среднем 144044 человек в год. За три года произошло уменьшение числа инвалидов среднего возраста на 25,3% (от 168917 человек в 2009 г. до 116113 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности у лиц среднего возраста также характеризовался положительной динамикой - снижением на 39,8% (от 78,4 в 2009 г. до 47,2 на 10 тысяч населения в 2011 г.).

Число инвалидов пенсионного возраста за три года составило 359732 человека (43,5% от общего число инвалидов), в среднем 119911 человек в год, также с положительной динамикой показателей - уменьшением числа инвалидов пенсионного возраста на 7,5% (от 125565 человек в 2009 г. до 116135 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности лиц пожилого возраста также имел тенденцию к снижению на 9,3% (от 41,7 в 2009 г. до 37,8 на 10 тысяч населения в 2011 г.). Таким образом, за три года отмечается уменьшение как числа повторных инвалидов вследствие ИБС, так и снижение уровня инвалидности на 10 тысяч взрослого населения.

Анализ динамики повторной инвалидности у лиц с ИБС с учетом групп инвалидности показал следующее. Число инвалидов 1 группы за три года составило всего 10069 человек (1,2% от общего числа инвалидов болезней системы кровообращения), в среднем 3356 человека в год, их число за три года увеличилось на 11,3% (от 2689 человека в 2009 г. до 2993 человек в 2011 г.). Уровень инвалидности был очень низкий, в среднем 0,3 на 10 тысяч взрослого населения.

Инвалидов 2 группы было 376245 человек (45,4% от общего числа инвалидов), в среднем 125415 человека в

год. Их число за три года характеризовалось уменьшение на 31,5% (от 152453 человек в 2009 г. до 104402 человека в 2011 г.). Уровень инвалидности 2 группы был невысоким, за этот период он уменьшился на 31,8% (от 13,2 в 2009 г. до 9,0 в 2011 г.).

Инвалидов 3 группы было 442376 человека (53,4% от общего числа инвалидов), в среднем 147459 человек в год. Их число за три года уменьшилось на 5,1% (от 153737 человек в 2009 г. до 145847 человека в 2011 г.). Уровень инвалидности был невысоким - в среднем 12,7 на 10 тысяч населения.

Заключение

Полученные данные о первичной и повторной инвалидности вследствие ИБС в РФ являются информационной основой для органов здравоохранения и социальной защиты при разработке комплексных, целевых программ по профилактике и снижению инвалидности на региональном уровне.

Учитывая полученные данные, что в контингенте повторных инвалидов вследствие ИБС инвалиды 3 группы составляли большинство, а инвалидность характеризовалась уменьшением числа инвалидов 2 и 3 группы и увеличением числа инвалидов 1 группы разработка

программы медико-социальной реабилитации пациентов должна учитывать необходимость развития социальной реабилитации с использованием стационарных учреждений социального обслуживания и нестационарных форм социального обслуживания (центры социального обслуживания, центры-отделения социального обслуживания на дому, специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому и т.д.).

Результаты проведенного исследования представляя безусловный практический интерес для специалистов, занимающихся вопросами профилактики и комплексной реабилитации больных и инвалидов вследствие ишемической болезни сердца, доказывают необходимость совершенствования профилактических и реабилитационных мер, как на первичном, так и на вторичном уровне. ■

Петросян К. М., кандидат медицинских наук, Karina M Petrosyan, PhD. Государственное казенное учреждение «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранений Центрального административного округа города Москвы», г. Москва; Ответственный за переписку - Костенко Елена Владимировна ekostenko58@mail.ru.

Литература:

1. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Болотова Е.В., Фуфаев Е.Н. Клинико-социальная характеристика взрослых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и потребность в отдельных видах лечебно-диагностической помощи (по данным исследования среди пациентов, обратившихся в государственные медицинские учреждения). *Общественное здоровье и профилактика заболеваний* 2007;(5):50-54.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Международный опыт создания баз данных на пациентов, оперированных на сердце. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия* 2009;(2):52-57.
3. Бокерия Л.И. Оптимизация расчета потребности кардиохирургической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Здравоохранение Российской Федерации* 2008;(4):25-27.
4. Государственная Программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения". Коллегия Минздрава России 28 сентября 2012 года. Москва. 2012. 66 с.
5. Зверев К.В., Черенков С.А. Социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие ишемической болезни сердца у лиц пенсионного возраста и их потребность в медико-социальной реабилитации // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии М - 2007, 1(2) - С 27-29*
6. Карпов Ю.А., Аронов Д.М. Кардиологическая реабилитация в России нуждается в коренной реорганизации. *Кардиологический вестник* 2010;V(2):5-11.
7. Щепин О.П. Доступность профилактической помощи для лиц, составляющих группу риска / О.П. Щепин, В.К. Овчаров, В.С. Нечаев // *Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины*. - 2000. - ч 2. - С. 3-12.
8. Baum A, Garofalo JP, Yali AM. Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? *Ann. NY Acad. Sci* 1999;896:131-144.
9. Hallberg V, Palomaki A, Kataja M, Tarkka M. Return to work after coronary artery bypass surgery. A 10-year follow-up study. *Scand. Cardiovasc. J* 2008;8:1-8.
10. MacKenzie TA, Malenka DJ, Olmstead EM. Prediction of survival after coronary revascularization: modeling short-term, mid-term, and long-term survival. *Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Ann Thorac. Surg* 2009;87 (2):463-472.
11. Mattioli AV, Bonatti S, Zennaro M, Mattioli G. The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation. *Europace* 2005;7(3):211-220.
12. Mobley LR, Freeh HE. Firm growth and failure in increasingly competitive markets: theory and application to hospital markets. *Journal of the Economics of Business* 1994;1:77-93.
13. Perk J, Alexanderson K. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand. J. Public Health* 2004;32 (Suppl. 63):S181-206.
14. Yancy CW, Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, Stough WG, Gheorghide M, et al. Influence of patient age and sex on delivery of guideline-recommended heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: findings from IMPROVE HF. *Am. Heart J* 2009;157(4):754-762.