

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**В.И. Чирков, Н.И. Шахова, А.С. Янет, А.П. Боярский****МЕДИКО – ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА**

Центральный Екатеринбургский отдел Управления Роспотребнадзора по Свердловской области, Центральный Екатеринбургский Филиал ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области"

Резюме. По результатам социально-гигиенического мониторинга дана характеристика первичной инвалидности населения г.Екатеринбурга в динамике за 2000–2007гг. в сравнении со средними показателями по Свердловской области. Выявлены значительные различия интенсивных показателей инвалидности в сравнимых возрастных группах населения, существенный прирост показателей инвалидности в 2005 году в связи с расширением гарантий инвалидам в пенсионном возрасте. Показатели инвалидности населения в трудоспособном возрасте в г.Екатеринбурге выше среднеобластных. Ведущими причинами первичной инвалидности взрослого населения являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Ключевые слова: социально-гигиенический мониторинг, медико-социальная экспертиза, первичная инвалидность, критерии, возрастные группы населения.

В разных странах и на разных этапах исторического развития понятие "инвалидность" истолковывалось по-разному. Во второй половине 17 века в России под инвалидностью понимали потерю трудоспособности только вследствие ранения. Во второй половине 19 и начале 20 веков в период бурного развития капитализма в России термин "инвалидность" применяли для характеристики полной или частичной утраты трудоспособности рабочих вследствие заболеваемости или травмы. В настоящее время под инвалидностью (лат. Invalidis – слабый, немощный) понимают стойкое длительное нарушение трудоспособности либо её значительное ограничение, вызванное врожденными пороками развития, заболеванием, последствиями травм.

В понимании инвалидности выделяют медицинские, социальные и юридические аспекты. Признание гражданина инвалидом осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) на основе комплексной оценки состояния его организма по результатам анализа клинико-функциональных, психологических, социально-бытовых и профессионально-трудовых данных с использованием утвержденных Минздравсоцразвития Российской Федерации критериев и классификации инвалидности. За установлением инвалидности следует прекращение работы или изменение условий и характера труда, назначение государственного социального пособия по инвалидности (пенсии), трудоустройство, профессиональное обучение, медико-социальная реабилитация, протезирование, гарантированное законодательством Российской Федерации. В Свердловской об-

ласти для проведения экспертизы инвалидности граждан образовано ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) по Свердловской области, а в его составе - 50 филиалов.

С учетом установленных критериев инвалидности, характеризующих нарушения функций организма человека, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, степень их выраженности, а также категорией жизнедеятельности человека (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению, трудовой деятельности, способности контролировать свое поведение), устанавливаются три группы инвалидности – первую, вторую или третью.

Центральный Екатеринбургский отдел (ЦЕО) Управления Роспотребнадзора и Центральный Екатеринбургский филиал (ЦЕФ) ФГУЗ "Центра гигиены и эпидемиологии" осуществляют социально-гигиенический мониторинг инвалидности населения г.Екатеринбурга. Цель мониторинга – изучение динамики, уровня и структуры инвалидности населения, причин и условий ее формирования, информирование администрации и заинтересованных ведомств с целью разработки целевых программ профилактики и снижения инвалидности населения.

При проведении социально-гигиенического мониторинга ведется учет и анализ первичной и общей инвалидности населения. Под первичной инвалидностью понимают совокупность случаев инвалидности, зарегистрированных впервые в текущем году. Общая (накопленная) инвалидность – совокупность зарегистрированных случаев инвалидности, установленных впервые в текущем году и предыдущие годы. Статистические коэффициенты частоты первичной и общей инвалидности вычисляются на 10 тыс. человек изучаемых контингентов населения.

При анализе причин инвалидности населения выделяют следующие причины: общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, врожденные пороки развития, травмы и увечья в детском возрасте, травмы, связанные с боевыми действиями в период Великой отечественной войны, травмы, полученные в период несения военной службы, последствия радиационных катастроф и чрезвычайных ситуаций, иные причины инвалидности, установленные законодательством Российской Федерации.

Программа социально-гигиенического мониторинга с использованием прикладных программных средств статистической обработки предусматривает сбор информации, заполнение электронных таблиц, проверку и сортировку данных, формирование матри-

цы, вычисление статистических показателей, построение таблиц и графиков, анализ и оценку полученной информации. При проведении социально-гигиенического мониторинга для формирования базы данных (БД) "инвалидность" по г.Екатеринбургу используется БД "государственная статистическая отчетность", данные отчетной формы "7-собес", содержащие сведения о лицах, впервые признанных инвалидами, результаты переосвидетельствования инвалидов в текущем году, сведения о результатах медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. При анализе и оценке инвалидности населения Екатеринбурга в рамках проведения СГМ вычислялись показатели частоты (коэффициенты интенсивности) первичной и общей инвалидности в расчете на 10 тыс. человек изучаемых социально-демографических групп, показатели структуры и наглядности (коэффициенты экстенсивности) в процентах к базовым показателям.

В статье анализируются и оцениваются интенсивные и экстенсивные показатели первичной инвалидности населения г.Екатеринбурга в сравнении с аналогичными показателями по Свердловской области в динамике за 2000-2007 годы (8 лет).

В г.Екатеринбурге за последние 8 лет первичная инвалидность изменялась волнообразно. Так, с 2001 года по 2004 год наблюдалась тенденция устойчивого снижения первичной инвалидности, и она достигла показателя 85,0 на 10 тыс. населения. В 2005 году произошел рост первичной инвалидности до 120,2 на 10 тыс. населения. Аналогичная ситуация наблюдалась и по Свердловской области.

Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения Свердловской области за период с 2000г. по 2007г. практически не изменился (табл. 1), хотя внутри этого периода наблюдалась тенденция к снижению этого показателя к 2004г, в 2007г. она составила 41,7 на 10 тыс. трудоспособного населения, по Екатеринбургу наблюдалась аналогичная картина.

Возрастная структура первичной инвалидности в России, в Свердловской области и г.Екатеринбурге кардинально изменилась за счет изменения соотношения между лицами трудоспособного и пенсионного возраста, впервые признанными инвалидами, в сторону увеличения последних. Эта ситуация объясняется общими причинами, связанными с ростом числа обращений за счет лиц пенсионного возраста в связи с введением новых нормативно – правовых документов, расширивших социальные гарантии инвалидам.

Первичная инвалидность в городе Екатеринбурге превышает среднеобластные показатели по следующим классам болезней: злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения (табл. 2).

Среди причин первичной инвалидности взрослого населения в 2007 году I место заняли болезни системы кровообращения – 43,0%, показатель 29,0 на 10 тыс. (в основном это: ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни); II место - злокачественные новообразования – 19,8% от всех причин, показатель - 13,4; III место - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 9,0%, показатель 6,1 на 10 тыс. населения. Эти классы болезней являются ведущими на протяжении многих лет.

Таблица 1

Частота первичной инвалидности населения г.Екатеринбурга и Свердловской области в динамике за 2000-2007 годы, на 10 тыс.населения

Годы	г.Екатеринбург		Свердловская область	
	взрослое население	население трудоспособного возраста	взрослое население	население трудоспособного возраста
2000	97,3	39,9	92,7	57,1
2001	105,5	42,7	95,8	56,1
2002	96,0	38,3	90,5	55,9
2003	87,7	35,9	83,0	56,1
2004	85,0	38,9	83,3	51,7
2005	120,0	44,3	123,3	57,7
2006	99,5	41,6	111,7	56,7
2007	67,6	31,4	79,2	41,7
В среднем	94,8	39,1	94,9	54,1

Таблица 2

Структура причин первичной инвалидности взрослого населения г. Екатеринбурга и Свердловской области в 2003 и 2007 годах, в %

Причины инвалидности	г. Екатеринбург		Свердловская область	
	2003	2007	2003	2007
Болезни системы кровообращения	46,5	43,0	42,3	40,1
Злокачественные новообразования	17,3	19,8	15,7	18,1
Болезни костно-мышечной системы	6,5	9,0	7,3	9,7
Травмы и отравления	6,4	4,8	7,7	6,3
Болезни глаза	2,8	2,2	3,6	3,5
Болезни органов дыхания	3,5	2,5	3,8	3,2
Прочие причины	17,0	18,7	19,6	19,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Далее среди причин первичной инвалидности в убывающем порядке следуют: последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 4,8%, психические расстройства – 3,4%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 3,2%; болезни нервной системы – 2,8%, болезни органов дыхания – 2,5%.

В 2007 году вследствие профзаболевания получили инвалидность 9 человек, в 2006 году – 11 человек, в 2005 году – 17 человек.

Распределение больных по группам первичной инвалидности выглядит следующим образом: I группа – 12,4%, II группа – 43,8%, III группа – 43,8%. Болезнями, определяющими первую группу инвалидности, являются злокачественные новообразования – 51,4%, болезни системы кровообращения – 23,2%, психические расстройства – 10,9%. Вторая и третья группы формируются в основном за счет болезней системы кровообращения – 42,7% и 48,8% соответственно.

В инвалидности населения трудоспособного возраста распределение по группам выглядит следующим образом: I группа – 9,6%, II группа – 41,6%, III группа – 48,8%. В структуре I группы определяющими являются также злокачественные новообразования – 59,1%, далее – болезни системы кровообращения и последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – по 12,5%; II группы инвалидности – злокачественные новообразования – 29,6%, болезни системы кровообращения – 21,5, туберкулез – 9,3%; III группы – болезни системы кровообращения – 40,4%, болезни костно-мышечной системы – 14,9%, последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 9,8%.

Если рассмотреть формирование групп инвалидности по возрастам, то можно прийти к выводу, что лицам пенсионного возраста чаще определяется I (1/8 от общего числа инвалидов) или II группа (почти 1/2 от числа инвалидов), т.е. в пенсионном возрасте заболевания протекают наиболее тяжело, ограничивая в значительной степени социальные возможности и трудоспособность. При этом среди пенсионеров основной причиной инвалидности являются болезни системы кровообращения, что закономерно связано с ухудшением здоровья в более преклонном возрасте. В трудоспособном возрасте инвалидность в основном обусловлена злокачественными новообразованиями и травмами.

В среднем по России мужчины составляют большую часть контингента лиц, впервые признанных инвалидами – 55%, женщины – 45%. Структура первичной инвалидности в Свердловской области отличается от Российской структуры инвалидности по полу: мужчины составляют 43,3%, женщины – 56,7%. В г.Екатеринбурге ситуация аналогична областной: мужчины составляют – 40,6%, женщины – 59,4%, в трудоспособном возрасте среди инвалидов преобладают мужчины, составляя 63,1%.

Структура первично признанных инвалидами по причинам инвалидности по г.Екатеринбургу в течение последних лет неизменна, из общего числа признанных инвалидами основную группу представляют инвалиды по общему заболеванию – 96,1%, затем инвалиды из числа бывших военнотружеников – 2,6%, инвалиды вследствие

трудового увечья или профессионального заболевания – 0,5%, инвалиды с детства составляют 0,5% и инвалиды из числа участников ликвидации последствий радиационных аварий и катастроф – 0,3%.

Заключение

– В городе Екатеринбурге за последние годы, как и в целом по России, с начала 90-х годов прослеживается волнообразная динамика первичного выхода на инвалидность. Рост первичной инвалидности связан с притоком лиц пенсионного возраста в связи с введением новых нормативно-правовых документов, расширивших социальные гарантии инвалидов.

– Показатели первичной инвалидности в г.Екатеринбурге выше, чем в Свердловской области. Структура первичной инвалидности по классам болезней в г.Екатеринбурге схожа с областной, где первые места также занимают болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования.

– Анализ уровня первичной инвалидности лиц пенсионного возраста показывает, что расширение льгот для инвалидов пенсионного возраста привело к увеличению их удельного веса в структуре первичной инвалидности. По половому составу большую часть лиц, впервые признанных инвалидами, составляют женщины – 59,4%, а мужчины – 40,6%, что не совпадает с Российскими показателями (45% и 55% соответственно).

– Структура общей инвалидности по причинам определяется в основном инвалидами вследствие общего заболевания – 96,1%, удельный вес других причин инвалидности ничтожно мал.

– Показатели инвалидности зависят от многих факторов: здоровья населения, условий труда и быта, постановки лечебно-профилактической помощи, организации медико-социальной экспертизы и уровня общей санитарной культуры населения.

В связи с изложенным стратегия профилактики и снижения первичной инвалидности вследствие заболеваний должны быть направлены на раннюю диагностику заболеваний, своевременное стационарное, амбулаторное лечение и активную реабилитацию, динамическое диспансерное наблюдение, активную социальную поддержку инвалидов со стороны государства и общества, формирование среды жизнедеятельности, не приводящей к инвалидности, и заинтересованности самого больного в скорейшем восстановлении трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005г. № 535 "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико – социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико – социальной экспертизы".
2. Бородулин В.И., Вялков А.И., Гайдаров Г.М., Грибанов Э.И., Денисов И.Н. Профилактика первичной инвалидности вследствие основных сердечно-сосудистых заболеваний // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №1. – С.22–23.
3. Лисицин Ю.П., Полункина Н.В., Отдельнова К.А. и др. Под ред. Ю.П. Лисицина. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. - М.: 1999. - С.35, 37.