

Рис. 5. Структура первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований по группам инвалидности в Белгородской области в среднем за 2000—2009 гг.

тология в качестве причины инвалидности в 2000 г. занимает 3-е ранговое место, в 2009 г. — 2-е ранговое место после болезни системы кровообращения.

Контингент ВПИ вследствие злокачественных новообразований формируется преимущественно за счет лиц пенсионного и затем среднего возраста — инвалидов II и I групп инвалидности. С возрастом утяжеляется устанавливаемая группа инвалидности.

Вышеизложенное свидетельствует об актуальности и большой медико-социальной и экономической значимости проблемы первичной инвалидности взрослого населения Белгородской области вследствие злокачественных новообразований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / Под редакцией В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М., 2010.

© И. Л. ПЕТРУНЬКО, 2012

УДК 616.71/74-036.86-055]:312.6(571.53)

И. Л. Петрунко

## ПОВТОРНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кафедра медицинской экспертизы ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск

*Изучены гендерные особенности повторной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы в Иркутской области за 2006—2010 гг. В эти годы женщин среди повторно признанных инвалидами вследствие БКМС в Иркутской области было больше, чем мужчин (57,4%). Лица трудоспособного возраста среди повторно признанных инвалидами обоих полов преобладали, но доля мужчин была больше (до 96,4% в 2006 г.). С 2006 до 2010 г. увеличивался удельный вес повторно признанных инвалидами в пенсионном возрасте как мужчин (с 3,6 до 16,8%), так и женщин (с 10,4 до 44,2%).*

Ключевые слова: болезни костно-мышечной системы, повторная инвалидность, половые особенности.

RECURRING DISABILITY DUE TO DISEASES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM DEPENDING ON THE SEX

I.L.Petrunko

*Gender-specific recurring disability due to disease of the musculoskeletal system in the Irkutsk region in 2006-2010 has been studied. Disability due to diseases of the musculoskeletal system in the Irkutsk region was higher in women with recurring disability than in men (57, 4%) during these years. Recurring disability prevailed in both sexes, but the proportion of men was*

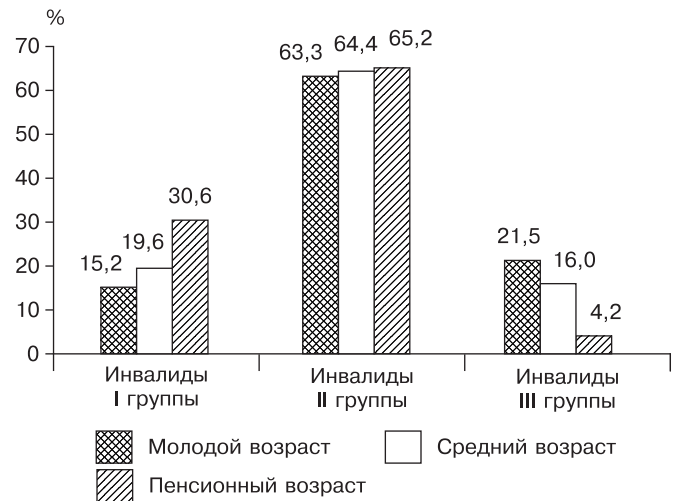


Рис. 6. Распределение контингента ВПИ вследствие злокачественных новообразований по возрасту и группам инвалидности в Белгородской области в среднем за 2000—2009 гг.

2. Чиссов В. И., Старинский В. В., Ковалев Н. Б. Злокачественные новообразования в России: статистика, научные достижения, проблемы // Казан. мед. журн. — 2000. — Т. 81, № 4. — С. 241—248.
3. Юдин С. В. Эпидемиологический анализ онкологической заболеваемости как показатель здоровья населения Приморского края // Тихоокеан. мед. журн. — 2006. — № 3 (25). — С. 43—45.

Поступила 20.01.12

Сведения об авторе:

Дмитриев Вадим Николаевич, канд. мед. наук, врач по МСЭ бюро № 10 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области, ст. преподаватель кафедры хирургических болезней № 1 ФГАОУ ВПО Белгородский государственный национальный исследовательский университет. 308006, Белгород, ул. Корочанская, 48. Телефон: 8(4722)37-61-86; e-mail: vadd@mail.ru.

higher (up to 96.4 % in 2006). The share of recurring disability in the retirement age for both men (from 3.6 to 16.8%) and women (from 10.4 to 44.2%) increased from 2006 -2010.

Key words: diseases of the musculoskeletal system, a second disability, and sexual features.

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) и системные заболевания соединительной ткани (XIII класс по МКБ-10) широко распространены, часто инвалидизируют больных, наносят большой экономический ущерб.

По данным крупного эпидемиологического исследования, в России у женщин суставные симптомы встречались в 1,5—2 раза чаще, чем у мужчин [1—5, 7].

Заболеваемость трудоспособного населения России, связанная с костно-мышечной патологией, характеризуется гендерными особенностями: у мужчин преобладают поражения околосуставных мягких тканей, спондилопатии, у женщин — ревматоидный артрит, остеоартроз и ранний системный остеопороз [6].

Одним из наиболее распространенных заболеваний класса БКМС — остеоартритом (остеоартрозом) — в Англии страдает 9,6% мужчин и 18% женщин в возрасте старше 60 лет [10].

Среди больных ревматоидным артритом женщины болеют в 2—3 раза чаще [3, 8, 9].

Исходя из половых различий заболеваемости БКМС следует ожидать гендерные различия в инвалидизации населения.

Повторная инвалидность вследствие БКМС и ее половые особенности как в России, так и в Восточной Сибири, изучены недостаточно. В Иркутской области с 2001 г. статистическая отчетность по БМСЭ нами компьютеризирована, что значительно облегчает анализ инвалидности. В связи с этим представлялось актуальным изучение половых особенностей повторной инвалидности вследствие БКМС у взрослого населения центра Восточно-Сибирского региона страны — Иркутской области.

На основании компьютерной базы данных о гражданах, освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы в Иркутской области за 2006—2010 гг., проведен раздельный анализ повторной инвалидности вследствие БКМС у мужчин и женщин. Рассчитывали уровень первичной инвалидности на 10 тыс. населения, долю в процентах первичных инвалидов каждого пола.

За последние 5 лет инвалидность вследствие БКМС в Иркутской области была повторно установлена 22 465 лицам: 9570 (42,6%) мужчинам, 12 895 (57,4%) женщинам.

Доля женщин среди повторно признанных инвалидами во все годы была больше и в 2010 г. максимальной составила 64,9%, минимальной была в 2006 г. — 53,7%, т. е. за 5 лет она повысилась на 11,2%. Доля мужчин соответственно снизилась с 46,3% в 2006 г. до 35,1% в 2010 г.

Уровень повторной инвалидности вследствие БКМС у женщин в Иркутской области превышал аналогичный показатель у мужчин в 2007—2010 гг. и только в 2006 г. был ниже, чем у мужчин. Для сравнения: при первичной инвалидности во все анализируемые годы уровень был выше среди женщин. Среди мужчин показатель повторной инвалидности вслед-

ствие БКМС на 10 тыс. населения снизился с 23,2 в 2006 г. до 19,4 в 2010 г. У женщин наблюдалась иная динамика: если в 2006 г. уровень повторной инвалидности вследствие БКМС был 22,0, то максимальный показатель за 5 лет отмечен в 2008 г. (26,2), затем он снизился и в 2010 г. составил 23,1 на 10 тыс. населения (табл. 1).

Как среди мужчин, так и женщин, которым была повторно установлена инвалидность вследствие БКМС, преобладали лица трудоспособного возраста, но среди мужчин их максимальная доля приходилась на 2006 г. (96,4%), затем она снизилась до 83,2% в 2010 г. Среди женщин, повторно признанных инвалидами вследствие БКМС, доля лиц трудоспособного возраста была ниже, чем среди мужчин, но имела такую же динамику: была максимальной в 2006 г. — 89,6% и минимальной в 2010 г. — 55,8%. При этом с 2006 до 2010 г. нарастал удельный вес повторно признанных инвалидами в пенсионном возрасте как мужчин (с 3,6 до 16,8%), так и женщин (с 10,4 до 44,2%) (табл. 2).

Мы сравнили уровни повторной инвалидности вследствие БКМС у мужчин и женщин, проживающих в городской и сельской местности. В городских поселениях уровень повторной инвалидности вследствие БКМС был с 2007 г. выше среди женщин (25,7 против 22,6 среди мужчин в 2007 г. и 23,6 против 19,4 среди мужчин в 2010 г.). В сельских поселениях такая закономерность отсутствовала. Однако среди мужчин, проживающих в сельской местности, уровень повторной инвалидности за 5 лет снизился в 1,3 раза (табл. 3).

### Заключение

Таким образом, среди повторно признанных инвалидами вследствие БКМС преобладали женщины (57,4% за последние 5 лет), что связано, вероятно, с большей заболеваемостью женщин остеоартрозом и ревматоидным артритом. Доля женщин среди повторно признанных инвалидами вследствие БКМС с 2006 до 2010 г. повысилась на 11,2%.

Лица трудоспособного возраста среди повторно признанных инвалидами обоих полов преобладали,

Таблица 1

Гендерные особенности повторной инвалидности вследствие БКМС в Иркутской области за 2006—2010 гг.

Год	Всего инвалидов обоого пола		Мужчины			Женщины		
	абс.	на 10 тыс. населения	абс.	%	на 10 тыс. населения	абс.	%	на 10 тыс. населения
2006	4190	22,5	1942	46,3	23,2	2248	53,7	22,0
2007	4503	24,1	1931	42,9	23,1	2572	57,1	25,0
2008	4881	24,8	2052	46,6	23,2	2829	54,4	26,2
2009	4671	23,7	1931	41,3	21,8	2740	58,7	25,3
2010	4220	21,4	1714	35,1	19,4	2506	64,9	23,1

Таблица 2

Гендерные особенности повторной инвалидности вследствие БКМС в Иркутской области в зависимости от возраста за 2006—2010 гг.

Год	Мужчины						
	всего	трудоспособного возраста			пенсионного возраста		
	абс.	абс.	%	на 10 тыс. населения	абс.	%	на 10 тыс. населения
2006	1942	1872	96,4	25,8	70	3,6	6,3
2007	1931	1778	92,1	24,5	153	7,9	13,8
2008	2052	1820	88,7	23,8	232	11,3	19,6
2009	1931	1676	86,8	21,9	255	13,2	21,3
2010	1714	1426	83,2	18,8	288	16,8	23,3

Год	Женщины						
	всего	трудоспособного возраста			пенсионного возраста		
	абс.	абс.	%	на 10 тыс. населения	абс.	%	на 10 тыс. населения
2006	2248	2014	89,6	27,9	234	10,4	7,8
2007	2572	1974	76,7	27,4	598	23,3	19,4
2008	2829	2010	71,0	26,7	819	29,0	25
2009	2740	1800	65,7	24	940	34,3	28,1
2010	2506	1398	55,8	18,8	1108	44,2	32,4

Таблица 3

Гендерные различия уровней повторной инвалидности (на 10 тыс. населения) вследствие БКМС в Иркутской области в зависимости от проживания в городской или сельской местности за 2006—2010 гг.

Год	Лица обоего пола			Мужчины			Женщины		
	Иркутская область	городские поселения	сельские поселения	Иркутская область	городские поселения	сельские поселения	Иркутская область	городские поселения	сельские поселения
2006	22,5	22,5	22,5	23,2	22,7	26,0	22,0	22,4	19,3
2007	24,1	24,3	23,3	23,1	22,6	25,2	25,0	25,7	21,5
2008	24,8	24,8	25,0	23,2	22,9	24,3	26,2	26,3	25,6
2009	23,7	20,0	22,8	21,8	21,5	22,9	25,3	25,9	22,7
2010	21,4	21,7	20,4	19,4	19,4	19,5	23,1	23,6	21,2

но доля мужчин была больше (до 96,4% в 2006 г.). С 2006 до 2010 г. увеличивался удельный вес повторно признанных инвалидами в пенсионном возрасте как мужчин (с 3,6 до 16,8%), так и женщин (с 10,4 до 44,2%), что может свидетельствовать о недостаточно полном объеме проведенных лечебным учреждением реабилитационных мероприятий при направлении граждан на медико-социальную экспертизу.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Галушко Е. А. и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования (предварительные результаты) // Науч.-практ. ревматол. — 2009. — № 1. — С. 11—17.
2. Галушко Е. А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2011.
3. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е. Л. Насонова. — М., 2008.
4. Петрачкова Т. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов в популяции г. Иркутска: Дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2006.
5. Фоломеева О. М., Галушко Е. А., Эрдес Ш. Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США // Науч.-практ. ревматол. — 2008. — № 4. — С. 4—13.
6. Шеметова Г. Н. Медико-социальное значение болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в здоровье населения и организационная модель профилактической артрологии: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004.
7. Эрдес Ш. Ф. и др. Распространенность артралгий и припухания суставов у жителей разных регионов РФ (предварительные результаты) // Науч.-практ. ревматол. — 2004. — № 4. — С. 42—46.
8. Carbonell J. et al. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry // Rheumatology (Oxford). — 2008. — Vol. 47, N 7. — P. 1088—1092.
9. Pedersen J. K. et al. Incidence of rheumatoid arthritis from 1995 to 2001: impact of ascertainment from multiple sources // Rheumatol. Int. — 2009. — Vol. 29, N 4. — P. 411—415.
10. Woolf A. D., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. — 2003. — Vol. 81 (9). — P. 646—656. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710506>.

Поступила 20.10.11

### Сведения об авторе:

Петрунько Ирина Леонидовна, канд. мед. наук, доц. зав. каф. медицинской экспертизы ГОУ ДПО Иркутский ин-т усовершенствования врачей, рук. экспертного состава главного бюро МСЭ ФГУ Главное бюро МСЭ по Иркутской области. 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, Медицинская академия последипломного образования. Телефон/факс: 8(3952)42-50-87.