

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.1-036.86:312.6(571.17)«2006—2010»

В. А. Братчикова, В. С. Лобанова, Л. Т. Полтарыхина, Я. В. Симчина, Е. А. Сасс

АНАЛИЗ И ТЕНДЕНЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА 5 ЛЕТ (2006—2010)

ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области, Кемерово

Изложен анализ первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Кузбассе в динамике за 5 лет с учетом возраста, тяжести инвалидности, классов болезней.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, первичная инвалидность.

ANALYSIS AND TENDENCIES OF PRIMARY DISABILITY DUE TO THE CARDIOVASCULAR
PATHOLOGY IN 5 YEARS IN KEMEROVO REGION (2006-2010).

V.A. Bratchikova, V.S.L Lobanova, L.T. Poltarykhina, Ya.V. Simchina, E.A.Sass

The analysis of primary disability due to cardiovascular diseases during 5 year dynamics with regard to age, severity of disability, disease classes in the Kuzbass.

Key words: diseases of the circulatory system, the primary disability.

Первичная инвалидность является одним из основных показателей здоровья. Уровень первичной инвалидности населения находится в прямой зависимости от уровня социально-экономического развития общества, экологического благополучия каждого отдельного региона и страны в целом, качества и доступности медицинской, в том числе высокотехнологичной, помощи, профилактических мероприятий. Уровень первичной инвалидности взрослого населения в Кемеровской области в 2010 г. составил 119,7 на 10 тыс. населения, что почти в 2 раза превышает аналогичный показатель по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному Округу (РФ — 76,4, СФО — 73,3 на 10 тыс. населения). Основными медицинскими причинами инвалидности среди взрослого населения как в Кузбассе, так и в РФ в 2010 г. являлись болезни системы кровообращения (БСК) — 41,3%, среди которых преобладают ишемическая болезнь сердца (ИБС) 41% и цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) — 37,6%. Стабильно высокий уровень заболеваемости вследствие патологии системы кровообращения взрослого населения объясняется старением населения, индустриализацией общества со снижением физической активности, изменением питания и другими причинами.

Проведено изучение структуры впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК за 5 лет по возрастам, группам, распространенности среди взрослого населения в Кемеровской области (рис. 1). В работе использованы данные статистических сборников «Основные показатели деятельности ФГУ ГБ МСЭ по Кемеровской области за 2006—2010 гг.».

В 2006 г. зарегистрирован один из самых высоких уровней ВПИ как по РФ, так и в Кемеровской области (128,3 и 81,8 на 10 тыс. населения соответственно). В 2006 г., как и в предыдущем 2005 г. значительно возросла потребность в медико-социальной экспертизе в связи с вступлением в силу ряда федеральных законов (с 01.01.05 Федеральный закон от 22.08.04 № 122-ФЗ,

положения федеральных законов от 17.12.01 № 173 — ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и от 15.12.01 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»), которые расширили государственные гарантии для инвалидов, заменили льготы на денежные выплаты.

В последующие годы отчетливо видна тенденция к снижению уровня ВПИ при БСК: отмечено уменьшение ВПИ среди всего взрослого населения в 2010 г. в 2,5 раза (32,5 на 10 тыс. населения) по сравнению с 2006 г. (81,8 на 10 тыс. населения) и в 1,2 раза среди населения трудоспособного возраста (16,2 на 10 тыс. населения в 2010 г. и 22,3 на 10 тыс. населения в 2006 г.).

Стабильно высоким сохраняется удельный вес лиц пенсионного возраста среди ВПИ вследствие БСК. Максимально высокий процент зарегистрирован в 2006—2007 гг. (79,4 и 77,3 соответственно) со снижением в 2008—2010 гг. более чем на 10% (2008 г. — 74,3%, 2009 г. — 68,45%, 2010 г. — 62,8%). В 2010 г. этот показатель вышел на уровень российского — 62,7%, в СФО — 61,8%. При анализе удельного веса лиц трудоспособного возраста выявлено его поступательное незначительное изменение в течение 5 лет с темпом роста — убыви в десятые доли процента (2006 г. — 25,5%, 2007 г. — 24,8%, 2008 г. — 25,5%, 2009 г. — 25,4%, 2010 г. — 24,7%). Таким образом, каждый четвертый гражданин, первично признанный инвалидом вследствие БСК, находится в трудоспособном возрасте. Данные показатели можно объяснить «омоложением» сердечно-сосудистых заболеваний в связи с индустриализацией общества, увеличением стрессогенных факторов внешней среды. При анализе интенсивного показателя первичной инвалидности граждан трудоспособного возраста в течение 5 лет также отмечается его снижение (2006 г. — 22,3, 2007 г. — 19,1, 2008 г. — 19,4, 2009 г. — 18,7, 2010 г. — 16,2 на 10 тыс. населения),

подтверждается тенденция снижения уровня первичной инвалидности вследствие БСК (рис. 2).

В структуре по группам инвалидности преобладает II группа, однако удельный вес ее в 2010 г. уменьшается до 42,3%. Удельный вес инвалидов I группы в 2010 г. увеличился до 17%, III группы увеличился до 40,8% от общего числа (рис. 3).

Анализ по тяжести инвалидности выявил несколько взаимосвязанных тенденций:

- а) увеличение удельного веса I группы инвалидности с 7,1% в 2006 г. на десятки доли в 2007—2008 гг. (7,4—8,1%), на 2,2% в 2009 г. (10,3%) и значительный рост до 17% в 2010 г. (СФО — 16,4%, РФ — 12,8%). Увеличение числа инвалидов I группы произошло в основном за счет больных цереброваскулярной болезнью (ЦВБ), у которых при установлении неспособности или противопоказаний к любой трудовой деятельности с 06.04.10 в связи с вступлением в силу “Классификаций и критериев, используемых при осуществлении МСЭ”, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 23.12.09 № 1013н, а также в соответствии с приказом от 03.08.10 № 595 “Об организации пересмотра решений федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы” стала устанавливаться I группа инвалидности;
- б) значительное снижение в течение указанных 5 лет удельного веса инвалидов II группы, оно составило 18,9% (с 61,2% в 2006 г. до 42,3% в 2010 г.). Это снижение объясняется той же “заместительной” причиной, что и увеличение числа инвалидов I группы, а также тем, что в связи с совершенствованием методов первичной профилактики, применением высокотехнологичной медицинской помощи, комплексной реабилитации увеличилось количество случаев благоприятных исходов сосудистых катастроф с незначительными или умеренными нарушениями функций организма;
- в) это привело к закономерному росту числа граждан, признанных инвалидами III группы при первичном освидетельствовании, темп роста за 5 лет составил 9,1% (с 31,7% в 2006 г. до 40,8% в 2010 г.). В Кемеровской области с 1995 г. работает и развивается сеть нейрососудистых центров для оказания специализированной ангионеврологической

помощи с использованием современных медицинских клинко-организационных технологий, которые включают амбулаторный, стационарный и санаторных этапы лечения и реабилитации больных сосудистыми заболеваниями головного мозга. В Кузбассе находится научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, который использует в лечении больных новейшие методики и техники проведения реабилитирующих оперативных вмешательств, что во многом способствует снижению как уровня первичной инвалидности, так и ее тяжести.

Среди нозологических форм болезней системы кровообращения в течение анализируемых 5 лет выявлены несколько интересных тенденций в плане первенства отдельных классов. Из четырех классов болезней системы кровообращения, учитываемых в статистических формах, закономерно преобладают ИБС и ЦВБ. За 5 лет снизилось число лиц, впервые признанных инвалидами как вследствие ИБС (в 3 раза), так и вследствие ЦВБ (почти в 2 раза). В 2009—2010 гг. произошла смена лидерства: преобладают лица ВПИ вследствие ЦВБ: в 2009 г. — 18,7 на 10 тыс. населения вследствие ЦВБ и 18,6 на 10 тыс. населения вследствие ИБС; в 2010 г. — 15,2 и 12,2 на 10 тыс. населения соответственно. Уменьшение общей численности инвалидов можно объяснить, с одной стороны, развитием высокотехнологичной медицинской помощи при ИБС, цереброваскулярных инсультах с благоприятными исходами проведенных в специализированных клиниках и сосудистых центрах оперативных вмешательств, с другой — совершенствованием нормативных документов, используемых при осуществлении МСЭ, и мероприятий по профилактике и снижению инвалидности.

Принципы проведения медико-социальной реабилитации заключаются в комплексности используемых методов, индивидуальном подходе, непрерывности, длительности, последовательности и регулярности осуществления всех этапов реабилитации с учетом состояния здоровья, возраста, уровня образования, психоэмоциональных особенностей, профессии.

Всего за 2010 г. среди взрослого населения сформировано 61 269 индивидуальных программ реабилита-

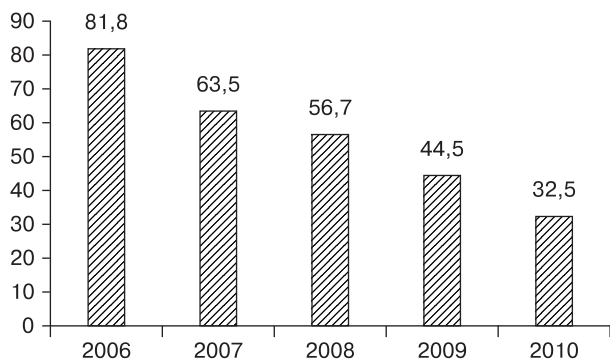


Рис. 1. Показатели первичной инвалидности в Кемеровской области вследствие БСК за 2006—2010 гг. (на 10 тыс. населения).

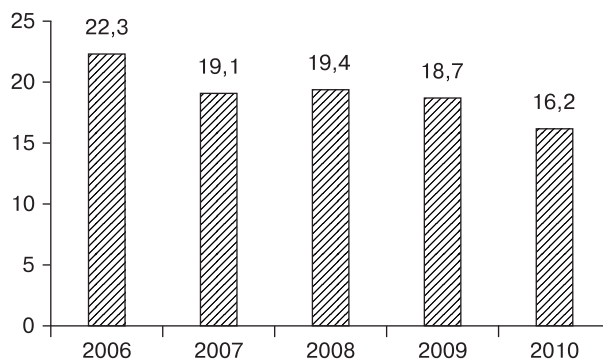


Рис. 2. Показатели первичной инвалидности населения в трудоспособном возрасте в Кемеровской области вследствие БСК за 2006—2010 гг. (на 10 тыс. населения).

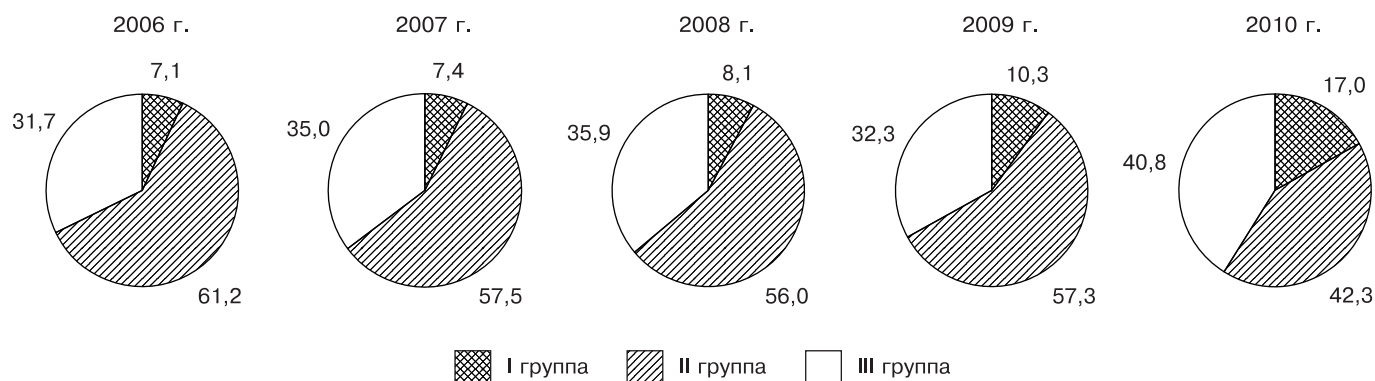


Рис. 3. Распределение (в %) первично признанных инвалидами по группам среди взрослого населения в Кемеровской области в 2006—2010 гг.

ции (ИПР), что составляет 107,5% от числа признанных инвалидами. С 2009 г. количественный показатель разработанных карт ИПР превышает 100%.

Для всех первично признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения в 2010 г. разработаны карты ИПР (2758). Наиболее востребованными мероприятиями медицинской реабилитации являются восстановительная терапия; средства опоры, абсорбирующее белье среди технических средств реабилитации; реконструктивная хирургия (аорто-коронарное шунтирование, маммарно-коронарное шунтирование, чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика). В Кемеровской области уделяется большое внимание созданию рабочих мест для трудоустройства инвалидов по направлениям центров занятости населения, с которыми филиалами (бюро МСЭ) организовано тесное сотрудничество. Рекомендации по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и переобучению, подбору подходящего и созданию специального рабочего места имеют реальную возможность воплощения в соответствии с действующим соглашением органов и учреждений, занимающихся социальной защитой инвалидов.

Таким образом, анализ первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения позволяет сделать следующие выводы:

1. За последние 5 лет наблюдается значительное снижение числа граждан, признанных инвалидами при первичном освидетельствовании, как в абсолютных цифрах, так и на 10 тыс. населения.
2. Болезни системы кровообращения продолжают занимать первое ранговое место в структуре причин первичного выхода на инвалидность среди населения.
3. Отмечается снижение уровня первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди лиц трудоспособного возраста.

4. Наиболее высокий уровень первичной инвалидности в группе лиц пенсионного возраста с тенденцией к снижению.

5. Лидирующую позицию среди нозологических форм болезней системы кровообращения в 2006—2009 гг. занимала ИБС, в 2010 г. первое место занимает ЦВБ, так как в части случаев исходы церебральных инсультов, несмотря на совершенствование медицинской помощи, значительно меняют жизнедеятельность человека, и в первую очередь способность к трудовой деятельности.

6. В течение анализируемого периода преобладает II группа инвалидности с тенденцией к постепенному уменьшению ее удельного веса.

7. Значительный рост инвалидов I группы в 2010 г. связан с изменением норм законодательства; истинная инвалидность при значительно выраженных нарушениях функций организма вследствие ЦВБ занимает первое место и на порядок превышает показатели при других нозологических формах БСК.

Сведения об авторах:

Братчикова В. А., зам. руководителя по экспертной работе ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области; Лобанова В. С., врач-невролог экспертного состава № 2 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области; Полтарыхина Л. Е., врач-терапевт экспертного состава № 2 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области; Симчина Я. В., врач-невролог, руководитель экспертного состава № 2 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области; Сасс Е. А., врач-терапевт экспертного состава № 2 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области.

Для контактов:

Братчикова Валентина Андреевна, 650056, Кемерово, ул. Волгоградская, 23а. Телефон/факс: 8(384)254-42-02, e-mail: kem_mse_buh@rambler.ru; gbmse42@finbama.ru.