

Таблица 2

**Соотношение характера активности и реабилитационных программ**

Критерий	Социально-психологические технологии
Характер взаимоотношений больного с окружающими	Тренинг межличностных отношений Мультисенсорная терапия
Степень контактности	Коммуникативные тренинги Тренинг уверенности в себе
Степень способности к самообслуживанию	Оккупационная терапия Эрготерапия
Степень способности использования своих знаний и опыта	Когнитивные тренинги Библиотерапия
Степень способности целенаправленной общественной деятельности	Групповая психотерапия Трудотерапия
Степень способности целенаправленной досуговой деятельности	Арттерапия Игротерапия Кинотерапия Музыкотерапия Танцетерапия

использовано. Это связано с особенностями основного психического заболевания и низкими остаточными инструментальными функциями головного мозга. Нами была разработана технологическая карта реабилитационных программ, соответствующая оцененным критериям социальной активности. Для каждого критерия были подобраны социально-психологические технологии работы с пациентом (табл. 2).

Анализ разработанных реабилитационных программ убедительно свидетельствует об их дифференци-

ации: чем выраженнее социальная активность больных, тем более содержательны и насыщены реабилитационные программы. Относительная сохранность социальной активности и реабилитационного потенциала больных предполагает и большую эффективность реализации реабилитационных программ, которые нуждаются в применении и последующем анализе.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Дементьева Н. Ф., Береговский Н. А., Гусакова З. С. и др. Геронтопсихиатрический центр как организационная форма оказания специализированной медико-социальной помощи в системе учреждений социального обслуживания // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2001. — № 4. — С. 10—17.
2. Организация медико-социальной помощи инвалидам, проживающим в специализированных стационарных учреждениях социальной защиты населения города Москвы / Под ред. В. М. Розенцвайга, А. В. Паршутина, Т. А. Кременцова. — М., 2000.
3. Розенцвайг В. М. О профилизации психоневрологического интерната в связи с современными требованиями // Организация медико-социальной помощи инвалидам, проживающим в специализированных стационарных учреждениях социальной защиты населения города Москвы / Под ред. В. М. Розенцвайга. — М., 2004. — С. 45—61.

Поступила 01.08.11

**Сведения об авторах:**

Булавинцева О. С., психолог Геронтопсихиатрического центра милосердия Департамента соц. защиты населения Москвы; Соколов Д. А., врач-психиатр Геронтопсихиатрического центра милосердия Департамента соц. защиты населения Москвы.

**Для контактов:**

Соколов Дмитрий Анатольевич, 115569, Москва, Шипиловский проезд, 31. Телефон: 8(495)391-27-22; факс: 8(495)391-93-62.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ**

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 614.2:616-002.5-036.86]:312.2(470.41)

Э. М. Закирова<sup>1</sup>, А. А. Степанов<sup>2</sup>, Х. В. Иксанов<sup>2</sup>, В. И. Марчихин<sup>1</sup>

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН  
ЗА 2004—2008 гг.**

<sup>1</sup>ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан, Казань;

<sup>2</sup>ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ

*Представлен анализ первичной и повторной инвалидности у больных туберкулезом за период с 2004 по 2008 г. в Республике Татарстан, на основании чего сделан вывод, что ситуация по заболеваемости туберкулезом в Республике Татарстан и первичному выходу на инвалидность по туберкулезу можно охарактеризовать как относительно стабильную. Но, учитывая эпидемиологические особенности туберкулеза, рост рецидивов и лекарственную устойчивость, сопутствующие заболевания, такие как ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, эти показатели могут меняться в сторону как уменьшения, так и увеличения.*

**Ключевые слова:** заболеваемость, туберкулез, инвалидность, Республика Татарстан.

ANALYSIS OF PRIMARY AND RECURRING DISABILITY AS A RESULT OF TUBERCULOSIS  
IN TATARSTAN REPUBLIC IN 2004-2008

E.M.Zakirova, A.A.Stepanova, Kh.V.Iksanova, V.I. Marchikhin

*The analysis of primary and recurring disability in patients with tuberculosis for the period since 2004 till 2008 in Tatarstan Republic has shown that morbidity rate and primary disability rate is relatively stable. There rates could increase or decrease, taking into consideration epidemiological peculiarities of tuberculosis, increase of relapse and drug resistance, concomitant diseases such as AIDs infection, diabitus mellitus.*

**Key words:** morbidity, tuberculosis, disability, Tatarstan republic.

В представленной работе проанализирована первичная и повторная инвалидность у больных туберкулезом за период с 2004 по 2008 г. Туберкулез органов дыхания является одной из ведущих причин инвалидности. Проведен анализ первичной инвалидности у больных с внелегочной формой туберкулеза, которая составляет 5,3% от числа признанных инвалидами. Число признанных инвалидами мужчин превышает показатель у женщин. Отмечается рост впервые признанных инвалидами женщин, живущих в сельской местности. Запущенные формы туберкулеза на поздних этапах заболевания тяжело поддаются химиотерапии и чаще приводят к инвалидности I группы. Большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза с выраженными нарушениями функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем также приводят к стойким выраженным ограничениям жизнедеятельности и как следствие — к инвалидности. Первичный выход на инвалидность по туберкулезу зависит не только от числа вновь выявленных больных, но и от числа больных с длительно текущими хроническими процессами, наблюдающихся у фтизиатров не один год. Также на первичную инвалидность влияют поздние рецидивы, которые выявляются через 5 лет и более.

Филиал № 14 ФГУ ГБ МСЭ по Республике Татарстан проводит освидетельствование по всей территории республики больных туберкулезом всех органов и систем организма, кроме туберкулеза органов зрения.

Инвалидность вследствие туберкулеза все еще остается острой медико-социальной проблемой, несмотря на наличие большого арсенала действенных противотуберкулезных препаратов. Проблему туберкулеза нельзя рассматривать только как медицинскую; необходим системный подход с решением экономических задач и повышением уровня жизни населения, — только так можно решить эту проблему.

Особенность туберкулеза — это несовпадение между сроками заражения и заболевания туберкулезом. Непосредственно после заражения заболевает только 1% инфицированных, еще примерно 70% населения заболевает в течение жизни, через несколько лет или даже десятилетий после заражения.

Снижение заболеваемости туберкулезом напрямую зависит как от уровня жизни населения России в целом вследствие процесса миграции, так и от организации работы общей лечебной сети.

С каждым годом в Республике Татарстан происходит снижение заболеваемости туберкулезом. В 2004 г. заболеваемость составила 60,9 на 100 000 населения, а в 2008 г. — 59,03 (снижение на 3%).

Параллельно со снижением заболеваемости происходит снижение болезненности. Болезненность в Республике Татарстан в 2004 г. составила 5738 человек (152,1 случая на 100 000 населения), в 2006 г. этот показатель снизился до 4845 человек (128,8 случая на 100 000 населения), в 2007 г. — до 4158 человек (110,6 случая на 100 000 населения), в 2008 г. — до 3897 человек (103,6 случая на 100 000 населения). Уменьшение или увеличение числа признанных инвалидами напрямую зависит от показателей заболеваемости и болезненности. Число всех признанных инвалидами за 2004—2008 гг. приведено в табл. 1.

Соответственно снижению заболеваемости и болезненности уменьшается и число впервые признанных инвалидами, но это снижение нельзя назвать стабильным, так как увеличивается количество лиц с тяжелыми формами туберкулеза, которые, несмотря на интенсивное лечение, умирают на ранних сроках. Обращает на себя внимание, что у 94,7% впервые признанных инвалидами имеет место туберкулез органов дыхания, среди которых в большинстве случаев распространены формы с полостями распада и бацилловыделением. Только у 5,3% первично признанных инвалидами наблюдается внелегочный туберкулез. Это туберкулезный спондилит, гонит, коксит, туберкулез кожи, туберкулез мочеполовой системы, туберкулез кишечника, туберкулезный менингит. Туберкулез костно-суставной системы выявляется чаще всего на поздних этапах; при этом требуется оперативное лечение с последующей длительной реабилитацией, что приводит к инвалидности (табл. 2).

В Республике Татарстан основная масса впервые признанных инвалидами находится в возрасте от 25

Таблица 1  
Динамика числа признанных инвалидами в Республике Татарстан за 2004—2008 гг.

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Число признанных инвалидами	2077	2148	2083	2000	1757
Число впервые признанных инвалидами I группы	14	16	13	18	12

Таблица 2

Динамика первичной инвалидности у больных с внелегочным туберкулезом

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Впервые признаны инвалидами	591	703	674	530	497
В том числе:					
больные внелегочным туберкулезом	33 (5,6)	29 (4,3)	42 (6,0)	35 (6,6)	31 (6,2)
лица трудоспособного возраста	554 (94)	612 (87)	612 (90,8)	483 (91,1)	452 (91)

Примечание. Здесь и в табл. 3 в скобках указан процент.

Динамика первичной инвалидности вследствие туберкулеза у женщин в Республике Татарстан за 2004—2008 гг.

Год	Число больных	Трудоспособного возраста	Из них проживающих в селе	Пенсионного возраста	Из них проживающих в селе
2004	90	90	19 (21)	0	0
2005	131	102	25 (19)	29	6 (21)
2006	125	73	26 (20,8)	52	8 (15,4)
2007	107	81	29 (27)	26	8 (31)
2008	81	68	24 (29,6)	13	4 (31)

Таблица 4

Показатели полной реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза в Республике Татарстан за 2004—2008 гг.

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Полная реабилитация:					
абс.	254	71	131	165	161
%	14,6	4,7	8,5	10,1	11,3

Таблица 5

Динамика числа больных с рецидивами туберкулеза в Республике Татарстан за 2004—2008 гг.

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Рецидивы туберкулеза:					
абс.	332	345	345	367	351
на 100 000 населения	8,8	9,2	9,2	9,8	9,2

до 45 лет. Количество мужчин преобладает над количеством женщин. На долю женщин, впервые признанных инвалидами в 2004—2008 гг., приходится от 19 до 30%. При этом отмечается рост впервые признанных инвалидами женщин, проживающих в сельской местности. Если в 2004 г. они составляли 21%, в 2005 г. — 19%, в 2006 г. — 20,8%, то в 2007 г. — 27%, в 2008 г. — 29,6% (табл. 3).

Необходимо отметить, что выявление запущенных форм туберкулеза на поздних этапах заболевания, которые тяжело поддаются химиотерапии и требуют настойчивости как врача, так и пациента, приводит к инвалидности I группы (см. табл. 1).

В 2008 г. I группа определена у 12 больных, т. е. их количество по сравнению с 2007 г. (18 больных) уменьшилось на 33,5%. Это связано с волнообразным течением туберкулеза и социальными факторами. Многие тяжелобольные умирают на ранних сроках наблюдения и лечения до направления на медико-социальную экспертизу.

Смертность от туберкулеза, несмотря на снижение статистических показателей, из года в год остается высокой. В 2004 г. умерли 526 больных (13,9 на 100 000 населения), в 2005 г. — 540 (14,3 на 100 000 населения), в 2006 г. — 383 больных (10,2 на 100 000 населения), в 2007 г. — 375 больных (10,0 на 100 000 населения), в 2008 г. — 381 больной (10,1 на 100 000 населения).

За последние 3 года сократились сроки наблюдения за больными, состоящими на учете с активными формами туберкулеза, и сроки наблюдения по III группе диспансерного учета. Это одна из причин роста показателей полной реабилитации инвалидов (табл. 4).

С учетом больших остаточных изменений, которые приводят к выраженным нарушениям функции

дыхательной и сердечно-сосудистой систем, несмотря на то что больные состоят на учете по III группе диспансерного учета с клиническим излечением туберкулеза, полная реабилитация инвалидов в таких случаях практически невозможна.

Полная реабилитация больных туберкулезом не свидетельствует о полном излечении, так как при определенных условиях может возникнуть рецидив заболевания и лечение этих больных не всегда дает положительные результаты (табл. 5).

Больные с рецидивами туберкулеза чаще всего повторно представляются на медико-социальную экспертизу; лечение этих больных и наблюдение за ними длительные, определить реабилитационный прогноз после рецидива за 1—2 года не всегда бывает возможно, в связи с чем количество повторных больных остается большим. На уровень инвалидности вследствие туберкулеза влияет и образ жизни пациентов: большинство туберкулезных больных ведут асоциальный образ жизни, лечатся нерегулярно или вообще не лечатся, злоупотребляют алкогольными напитками.

Следует отметить, что первичный выход на инвалидность вследствие туберкулеза зависит не только от числа вновь выявленных больных, но и от числа больных с длительно текущими хроническими процессами, которые наблюдаются у фтизиатров не один год. Также на первичную инвалидность влияют поздние рецидивы, которые выявляются через 5 лет и более.

#### Выводы

Исходя из изложенного выше, следует отметить, что ситуацию по заболеваемости туберкулезом в Республике Татарстан и первичному выходу на инвалидность вследствие туберкулеза можно охарактеризовать как относительно стабильную. С учетом эпидемиологических особенностей туберкулеза, роста числа рецидивов, лекарственной устойчивости, сопутствующих заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, эти показатели могут меняться в сторону как уменьшения, так и увеличения.

Поступила 06.12.11

#### Сведения об авторах:

Закирова Э. М., руководитель филиала № 14 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан; Степанов А. А., доц. каф. реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии; Иксанов Х. В., доц. каф. реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии; Марчихин В. И., руководитель филиала № 4 ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан.

#### Для контактов:

Закирова Эльвира Мансуровна, 420029, Казань, ул. Сибирский тракт, 27а. Телефон: 8 (9600) 55-80-44.

© С. А. В. КУЛАКОВ, А. Н. БАРАЕВА, 2012  
УДК 616.1-036.86-053.8]:312.6(470.316) «2008-2010»

А. В. Кулаков<sup>1</sup>, А. Н. Бараева<sup>2</sup>

## АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2008—2010 гг.

<sup>1</sup>ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ярославской области; <sup>2</sup>ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ

*Представлен анализ первичной и повторной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Ярославской области за период 2008--2010 гг. по возрастным категориям и тяжести инвалидности.*

*Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, первичная и повторная инвалидность, болезни системы кровообращения, уровень инвалидности.*

### ANALYSIS OF DISABILITY DUE TO CIRCULATORY SYSTEM DISEASES OF THE ADULT POPULATION OF YAROSLAVL REGION IN 2008-2010

*A.V.Kulakov, A.N.Barayeva*

*The article presents an analysis of primary and repeated disability due to the diseases of circulatory system in Yaroslavl Region for the period 2008-2010 according to the age categories and severity of disability.*

*Key words: medico-social expertise, primary and repeated disability, circulatory system diseases, disability level.*

Болезни системы кровообращения являются основной причиной заболеваемости, смертности и инвалидности взрослого населения и представляют собой одну из важнейших проблем системы здравоохранения и социальной защиты населения как отдельного региона, так и всего государства.

Анализ инвалидности проведен на основании данных форм федерального государственного статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» за 2008, 2009 и 2010 гг. Изучена динамика первичной и повторной инвалидности, выявлены ее возрастные особенности, определены основные тенденции.

Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения у лиц старше 18 лет в Ярославской области занимает первое место (42,1%) в структуре первичной инвалидности. Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие болезней системы кровообращения за изучаемый период в среднем составляет 4787 (43,6%) на 10 000 населения в год. В целом уровень ВПИ вследствие болезней системы кровообращения в области снизился в 2010 г. на 3,9% по сравнению с уровнем 2008 г. и составил 42,0 на 10 000 взрослого населения (табл. 1). За изучаемый период произошло уменьшение первичной инвалидности вследствие болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, на 14,3%, ишемической болезни сердца (ИБС) на 2,4%. В то же время регистрируется незначительное увеличение первичной инвалидности вследствие хронических ревматических болезней сердца и цереброваскулярных болезней (ЦВБ). Несмотря на снижение показателей инвалидности, областные данные превышают среднероссийские показатели как в целом по классу болезней системы кровообращения (в 2008 г. — на 17,1%, в 2009 г. — на 29,7%), так и по отдельным нозологическим группам.

Анализ структуры первичной инвалидности по тяжести показал, что у половины ВПИ определена II группа (50,7% в 2008 г., 51,3% в 2009 г., 43,6% в 2010 г.). Следует отметить, что на структуру инвалидности по тяжести влияет возрастной состав ВПИ (табл. 2). Так, если в 2008 г. доля лиц старше трудоспособного возраста составила 72% от общего числа ВПИ, в 2009 г. — 69,2% (а именно этой категории граждан чаще всего устанавливают II группу инвалидности), то в 2010 г. она уменьшилась до 66,8%, соответственно доля освидетельствованных трудоспособного возраста увеличилась до 33,2%, в результате чего отмечен больший вес инвалидов III группы, что характерно для этой возрастной категории. Несмотря на снижение уровня первичной инвалидности, за изучаемый период зарегистрирован рост показателей ВПИ I группы с 3,9 до 4,3 на 10 000 населения за счет старшей возрастной группы, где показатель ВПИ I группы увеличился с 11,2 до 12,3 на 10 000 населения соответствующего возраста.

Значения показателей первичной инвалидности в возрастных группах существенно различаются. Так, средний показатель ВПИ за 3 года составил 4,5 на 10 000 населения молодого возраста, 49,8 на 10 000 населения среднего возраста, 102,3 на 10 000 населения пенсионного возраста (табл. 3). За изучаемый период уровень ВПИ среди лиц трудоспособного возраста возрос (с 3,6 до 5,0 на 10 000 населения молодого возраста и с 46,5 до 52,2 на 10 000 населения среднего возраста). Во всех возрастных категориях наиболее высокие уровни инвалидности наблюдаются вследствие ИБС и ЦВБ. Отмечается рост инвалидности вследствие ИБС (с 1,3 до 1,9 на 10 000 населения) и ЦВБ (с 1,3 до 1,8 на 10 000 населения) у граждан молодого возраста. У лиц среднего возраста наблюдается увеличение показателя вследствие ЦВБ (с 13,3 до 14,8 на 10 000 населения) и ИБС (с 21,4