

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

Т. В. Волобоева, Т. Н. Смагина, Е. А. Бурнатова

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ В 2008–2010 ГГ.

ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области, Оренбург

Проведена сравнительная характеристика показателей первичной инвалидности населения Оренбургской области вследствие психических расстройств и расстройств поведения со средними показателями по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу. Выявлена положительная динамика в пенсионном возрасте, отрицательная динамика в детском возрасте. Отмечен рост первичной инвалидности I группы. Определена зависимость динамики первичной инвалидности вследствие психических заболеваний от социально-экономического состояния общества и законодательной базы.

Ключевые слова: психические расстройства и расстройства поведения, первичная инвалидность, возрастная структура населения, тяжесть, динамика.

ANALYSIS OF THE POPULATION PRIMARY DISABILITY DUE TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN THE ORENBURG REGION IN 2008-2010

T.V.Voloboeva, T.N.Smagina, E.A.Burnatova

The comparative performance characteristics of the primary disability of the population of the Orenburg region due to mental and behavioral disorders with the average for the Russian Federation and the Volga Federal District. The positive dynamics in the retirement age, negative changes in children. Growth of the primary disability group I. The dependence of the dynamics of primary mental disability from the socio-economic condition of society and the legal framework.

Key words: mental and behavioral disorders, primary disability, age distribution, severity and dynamics.

В Оренбургской области острой социальной проблемой является инвалидность населения вследствие психических расстройств и расстройств поведения (ПР и РП). С 1998 г. психические болезни занимают лидирующую позицию среди причин инвалидизации детского населения региона. Как причина первичной инвалидности взрослого населения ПР и РП в области до 2005 г. стабильно занимали 7-е ранговое место, в 2006 г. – 8-е. С 2007 г. динамика отрицательная: в 2007 ПР и РП занимали 5-е место, в 2008 г. – 3-е, уступив первенство лишь болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям, в 2009–2010 гг. – 4-е ранговое место после болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и болезней костно-мышечной системы.

Проведен ретроспективный анализ динамики и структуры первичной инвалидности населения области вследствие ПР и РП с 2008 г. по 2010 г. (табл. 1).

За исследуемый период в области впервые установлена инвалидность вследствие ПР и РП 4179 граждан, в том числе в возрасте до 18 лет – 924 (22,2%), 18 лет и старше – 3246 (77,8%), (в трудоспособном возрасте – 1670 (40%), в пенсионном – 1576 (37,8%). Самая высокая доля в трудоспособном возрасте, что имеет не только социальное, но и особое экономическое значение, поскольку отрицательно влияет на экономический потенциал региона, округа и страны в целом.

В анализируемом периоде в Оренбургской области доля первичной инвалидности вследствие ПР и РП в общей структуре первичной инвалидности стабильно

выше, чем в Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе (ПФО); (табл. 2).

Максимально высокая доля взрослого населения была в 2008 г. – 7,6%: показатели по ПФО выше в 1,4 раза и по РФ (4,5) – почти в 2 раза [1].

В детском населении ПР и РП являются структурообразующей причиной инвалидности. Максимальный удельный вес в 2010 г. составлял 30,4%, т. е. был выше показателя по ПФО (24,4%) и по РФ (19,6) в 1,2 и в 1,3 раза соответственно [2].

Динамика доли в общей структуре первичной инвалидности в Российской Федерации среди взрослого населения увеличилась с 3,5 до 5,7% (трудоспособного возраста с 5,3 до 5,7%, пенсионного – с 2,1 до 2,6%), детского – с 19,0 до 19,6% [1–4].

В ПФО динамика роста наблюдалась среди детского населения (с 22 до 24,4%); среди населения трудоспособного возраста динамики не было (5,9–5,9%), среди населения пенсионного возраста отмечено незначительное снижение (3–2,9%) [1–4].

В Оренбургской области зафиксирована динамика роста в детском и трудоспособном возрасте (с 26,3 до 30,4% и с 6,8 до 7,1% соответственно); в пенсионном возрасте отмечается снижение ПР и РП – с 6,5 до 3,7%, т. е. почти в 2 раза.

Из 4170 инвалидов жителями городских населений были 2335 (60,8%), сельских поселений – 1635 (39,2%), т. е. в 1,6 раза меньше (табл. 3).

Среди городского и сельского населения преимущество за инвалидами в возрасте 18 лет и стар-

Таблица 1

Динамика общей первичной инвалидности и инвалидности вследствие ПР и РП в Оренбургской области

Год	Всего	Общая первичная инвалидность			Всего	Инвалидность вследствие ПР и РП		
		взрослое население		дети		взрослое население		дети
		трудоспособное	пенсионное			трудоспособное	пенсионное	
2008	21 495	7 390	13 061	1044	1635	505	855	275
2009	21 814	8 908	11 722	1184	1419	676	397	346
2010	16 746	6 914	8 835	997	1116	489	324	303
Итого ...	60 055	23 212	33 618	3225	4170	1670	1576	924

Таблица 2

Динамика первичной инвалидности вследствие ПР и РП в общей структуре первичной инвалидности (в %)

Показатель	2008 г.				2009 г.			2010 г.				
	всего	взрослое население		дети	всего	взрослое население		дети	всего	взрослое население		
		трудоспо-собное	пенсион-ное			трудоспо-собное	пенсион-ное			трудоспо-собное	пенсион-ное	
По РФ	4,5	5,3	2,1	19,0	5,0	5,5	2,4	20,1	5,3	5,7	2,6	19,6
По ПФО	5,3	5,9	3,0	22,0	5,3	5,7	2,7	24,1	5,6	5,9	2,9	24,4
По Оренбургской области	7,6	6,8	6,5	26,3	6,5	7,7	3,7	29,2	6,7	7,1	3,7	30,4

Таблица 3

Динамика первичной инвалидности вследствие ПР и РП по населением и возрасту в Оренбургской области

Год	Городские поселения				Сельские поселения			
	всего	взрослое население		дети	всего	взрослое население		дети
		трудоспособное	пенсионное			трудоспособное	пенсионное	
2008	1020	310	710	114	340	195	145	161
2009	627	364	263	148	446	312	134	198
2010	489	263	226	137	324	226	98	166
Итого ...	2136	937	1199	399	1110	733	377	525

ше; их доли от общего числа впервые вышедших на инвалидность вследствие ПР и РП составляли 51,2 и 26,6% соответственно (в городских поселениях выше почти в 2 раза). В сельских поселениях выше удельный вес детей категории «ребенок-инвалид» (12,5% против 9,6%), но ниже удельный вес инвалидов трудоспособного (17,6% против 22,4%) и пенсионного (9% против 28,7%), т. е. ниже в 3,2 раза) возраста.

Анализ первичной инвалидности вследствие ПР и РП по возрастной структуре и поселениям определил самую высокую долю за городским населением пенсионного возраста, что обусловлено большей доступностью специализированной медицинской помощи, большей правовой активностью самих пенсионеров или их знакомых представителей. Вторая по величине доля – инвалиды трудоспособного возраста сельский поселений, что в немалой мере было спровоцировано высоким уровнем распространенности хронического алкоголизма до органических поражений психической сферы.

В Оренбургской области в 2008 г. распространенность больных с впервые установленным диагнозом «психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя» была в 3,6 раза выше, чем в РФ (в РФ – 40,8 на 100 тыс. населения, в Оренбургской области

– 147,9), в 2009 г. – в 3,7 раза (в РФ – 35,7, в Оренбургской области – 133,2) [5].

С 2008 по 2010 г. в РФ отмечено снижение общей первичной инвалидности на 7,2%. Это снижение сформировано динамикой первичной инвалидности взрослого населения, где убыль составила 8,3%. В детском населении динамика противоположная – повышение на 8,2% [1–4].

В ПФО динамика аналогичная: общая убыль составила 1,8% (в 4 раза ниже, чем в РФ). Темп убыли в возрасте 18 лет и старше – 2,2%, в возрасте от 0 до 18 лет – 5,1% [1–4].

В Оренбургской области динамика убыли значительно – 22,1% (см. табл. 1), т. е. выше показателя по РФ в 3,1 раза и по ПФО более чем в 12 раз. Снижение зарегистрировано во всех возрастных группах: в возрасте 18 лет и старше – на 23%, в возрасте от 0 до 18 лет – на 4,5%.

Несмотря на снижение общей первичной инвалидности, динамика общего числа граждан впервые вышедших на инвалидность вследствие ПР и РП имела рост в РФ, ПФО. В Оренбургской области наблюдалось снижение.

В РФ темп роста составил 7,6% и зарегистрирован во всех возрастных группах: среди взрослого насе-

ления – на 6,3% (трудоспособного возраста на 8,6%, пенсионного – на 1,4%), среди детского населения – на 10,9% [1–4].

Рост в ПФО был в 1,8 раза (на 3,4%) меньше, чем в РФ. В возрастных группах динамика неоднозначна: число инвалидов трудоспособного возраста увеличилось на 5,5% в возрасте от 0 до 18 лет – на 14,5%; в пенсионном возрасте отмечена убыль на 11,1% [1–4].

В Оренбургской области уменьшение общего числа значительное – на 516 (31,5%) инвалидов.

Несмотря на существенную положительную динамику первичной инвалидности вследствие ПР и РП, в Оренбургской области, как и в ПФО, отмечена отрицательная динамика: в трудоспособном возрасте – увеличение на 12,2%, т. е. выше показателя ПФО в 2,2 раза и по РФ в 1,4 раза, в детском – на 9,2%, т. е. меньше, чем в ПФО и РФ (более существенная разница с ПФО – меньше в 1,6 раза).

Положительная динамика первичной инвалидности вследствие ПР и РП в Оренбургской области сформирована динамикой инвалидов пенсионного возраста, у которых первичный выход на инвалидность уменьшился на 531 (62,1%) инвалидов.

В 2009 г. – в год финансового кризиса в области отмечен максимальный рост первичной инвалидности вследствие ПР и РП. Состояние психического здоровья населения детского и трудоспособного возраста как групп высокой степени социализации оказалась в прямой зависимости от спада в экономике, снижение реальных доходов, предсказуемости развития кризисной ситуации, неуверенности в завтрашнем дне. В кризисный 2009 г. 346 (37,4%) детей из числа всех впервые вышедших на инвалидность вследствие ПР и РП за анализируемый период стали инвалидами, в трудоспособном возрасте этот показатель составил 676 (45,5%). В 2010 г. – в год выхода из кризиса (в динамике за 2009–2010 гг.) показатели первичной инвалидности вследствие ПР и РП в трудоспособном возрасте снизились сразу на 187 (27,7%), в детском – на 43 (12,4%).

На динамику первичной инвалидности вследствие ПР и РП среди населения пенсионного возраста кризисный год не оказал влияния; убыль не только продолжилась, но и была самой активной. В 2008 г. первично установлена инвалидность 855 гражданам пенсионного возраста, в 2009 г. – 397, т. е. меньше на 458 (53,6%), в 2010 г. – 324, т. е. меньше, чем в предыдущем году, на 73 (18,4%). Значительная динамика вызвана отдаленностью действия Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ. Введение Федеральным законом дополнительных мер по социальной защите населения явилось побудительным мотивом к резкому увеличению первичной инвалидности населения пенсионного возраста вследствие всех причин. В РФ темп роста первичной инвалидности в пенсионном возрасте был самым высоким в 2004 г. – 40,6% (рост первичной инвалидности вследствие ПР и РП на 29,7%), в Оренбургской области – в 2005 г. – 124,6% (рост первичной инвалидности вследствие ПР и РП на 53,6%), что связано с отдаленностью региона от центра и правовой инертностью населения. С 2006 г. отмечено постепенное снижение первичной инвалидности граждан пенсионного возраста, к 2008 г. – почти полное возвращение исходных позиций к показателям

в 2003 г. Углубленный анализ контингента впервые вышедших на инвалидность в 2008 г. в пенсионном возрасте показал преобладание лиц старческого возраста со смешанным сосудисто-дегенеративными церебральными поражениями: около 70% заявлений на освидетельствование поступили от их законных представителей. Этот факт позволил прогнозировать дальнейший спад обращений на освидетельствование лиц пенсионного возраста по принципу «иссякшего потока». Динамика за 2009–2010 гг. это подтвердила.

В статистике более показателен сравнительный анализ динамики первичной инвалидности населения по уровню на 10 тыс. соответствующего населения.

В 2008 г. в Оренбургской области уровень первичной инвалидности вследствие ПР и РП среди взрослого населения был самым высоким среди субъектов РФ – 1-е ранговое место по РФ и ПФО. На каждые 10 тыс. взрослого населения приходилось 8 человек, впервые вышедших на инвалидность вследствие психического заболевания. Наиболее высокий уровень (20,6) был в пенсионном возрасте – пятикратное превышение уровня в РФ и почти четырехкратное – в ПФО. В трудоспособном возрасте уровень составлял 3,9 на 10 тыс. соответствующего населения [1].

В 2009 г. интенсивный показатель снизился до 6,3, но по-прежнему Оренбургская область занимала 1-е ранговое место в ПФО. Среди субъектов РФ область была на 3-м месте после Ненецкого АО и Республики Калмыкии [6].

В 2010 г. Оренбургская область с уровнем 4,8 заняла 4-е место в ПФО и 6-е место в РФ после Республики Калмыкии (5,8), Ненецкого АО (5,7), Чеченской Республики и Чукотского АО (5,5), Калужской и Тюменской областей (5,3), Курской и Иркутской областей (5,1) [3].

Наиболее благоприятная динамика отмечена в пенсионном возрасте: за анализируемый период уменьшение с 20,6 до 7,6, т. е. почти в 3 раза.

В связи с активной динамикой показателя Оренбургская область переместилась с 1-го рангового места в РФ и ПФО на 9-е в РФ и 4-е в ПФО [1, 6]. Отчасти здесь имел свое значение продолжающийся демографический кризис с постарением населения и нарастанием демографической нагрузки на возрастную группу «старше трудоспособного возраста». В области в период 2008–2010 гг. численность населения трудоспособного и детского возраста уменьшилась на 5254 (0,4%) и 12 488 (2,9%) соответственно, а пенсионного – увеличилась на 11 645 (2,7%).

В анализируемом контингенте преобладают инвалиды II группы.

В динамике в 2008–2010 гг. в РФ, ПФО и Оренбургской области доля инвалидов II группы уменьшилась в РФ с 62,8 до 53,8%, в ПФО с 62,2 до 50,1% [1, 3]. В области динамика наиболее активная – уменьшение с 73,1 до 42,1%, т. е. в 1,7 раза.

Наиболее показательна динамика распространенности на 10 тыс. взрослого населения. В РФ динамика незначительна (с 1,9 до 1,7), в ПФО – умеренная (с 2,2 до 1,7). В области динамика значительна: уровень впервые вышедших на II группу инвалидности вследствие ПР и РП снизился с 5,9 до 2,0, т. е. почти в 3 раза; 12-е ранговое место в РФ и 2-е в ПФО [1, 3].

Уменьшение числа инвалидов II группы повлекло увеличение долей инвалидов III и I группы.

В РФ и ПФО динамика доли инвалидов III группы умеренно положительная. Исходное значение удельного веса от конечных значений отличаются незначительно: в РФ увеличение с 16,2 до 19,2%, в ПФО – с 16,2 до 19,5%. Динамика уровня почти отсутствует; в РФ 0,5–0,6, в ПФО 0,6–0,7 [1, 3].

В области удельный вес инвалидов III группы увеличился в 2,2 раза – с 13,5 до 29,3%. Динамика уровня умеренная, увеличение с 1,1 до 1,4, но областной уровень в 2010 г. выше уровня РФ более чем в 2 раза и двукратно превышает уровень ПФО; 2-е ранговое место в РФ и ПФО [3]. В прогностическом плане это является благоприятным фактором, так как гарантирует сохранение трудовой деятельности, снижает формирование девианта с “рентным” поведением социального иждивенчества, способствует направленности инвалида на реабилитацию и полноценное возвращение в социум.

Закономерно, что доля инвалидов I группы в первичной инвалидности наименьшая. По сути она является итогом деятельности системы здравоохранения.

В РФ удельный вес инвалидов I группы имел умеренную динамику роста – с 21 до 26,9%. В ПФО динамика более активная: отмечен рост доли с 21,6 до 30,4%, т. е. в 1,4 раза. В Оренбургской области рост значительный – с 13,4 до 28,6%, т. е. более чем в 2 раза. Динамика уровня умеренная в РФ (увеличение с 0,6 до 0,8), в ПФО (с 0,8 до 1,0) и в Оренбургской области (с 1,1 до 1,4); 10-е место в РФ и 4-е в ПФО [1, 3].

Рост в 2010 г. числа и удельного веса впервые признанных инвалидами I группы в определенной мере стимулировано приказом Минздравсоцразвития России от 23 декабря 2009 г. № 1013н “Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы”. Приказ отменил промежуточную дифференциацию инвалидности между I и II группой в виде ОСТД III степени. С 2010 г. всем, кому ранее выносилось экспертное решение о признании инвалидом II группы III степени ОСТД, устанавливалась I группа инвалидности. Тем не менее превышение в области уровня I группы (в 1,4 раза выше, чем в ПФО, и в 1,7 раза выше, чем в РФ) свидетельствует о несоответствии принимаемых мер профилактики, выявления, лечения, диспансеризации и реабилитации больных с ПР и РП в учреждениях здравоохранения Оренбургской области.

Из впервые вышедших на инвалидность вследствие ПР и РП сразу с I группой преобладали инвалиды пенсионного возраста: в 2008–2010 гг. средний удельный вес инвалидов I группы пенсионного возраста составлял 18,7%, трудоспособного – 2,9%. Доля инвалидов пенсионного возраста больше в 6,4 раза. Средний уровень инвалидов I группы пенсионного возраста составлял 4,8, трудоспособного – 2,4, т. е. в пенсионном возрасте выше в 2 раза.

В анализируемом периоде отмечена отрицательная динамика в обеих возрастных группах, в большей степени в трудоспособном возрасте. Удельный вес и уровень в трудоспособном возрасте увеличились в 3,7 раза (доля с 1,2 до 4,5%, уровень – с 1,2 до 4,5) в

пенсионном возрасте удельный вес увеличился почти в 2 раза (с 12,2 до 24,1%), уровень – с 4,0 до 4,5.

В 2008–2009 гг. в РФ и ПФО в структуре причин первичной детской инвалидности лидирующие места не изменены: 1-е ранговое место – врожденные аномалии, 2-е – психические расстройства, 3-е – болезни нервной системы [4, 7]. В Оренбургской области распределение ранговых мест иное: 1-е место – ПР и РП, 2-е – врожденные аномалии, 3-е – болезни нервной системы. Распространенность инвалидов категории “ребенок-инвалид”, впервые вышедших на инвалидность вследствие ПР и РП, на 10 тыс. детского населения увеличивается (рост уровня с 6,5 до 7,3). Это обусловлено увеличением числа инвалидов и отчасти уменьшением численности детского населения.

По уровню первичной детской инвалидности вследствие ПР и РП Оренбургская область входит в число 15 наиболее неблагоприятных субъектов РФ. Динамика ранговых мест среди субъектов РФ отрицательная: в 2008 г. – 15-е, в 2009–2020 гг. – 9-е, динамика по регионам ПФО относительно положительная: 2008–2009 гг. – 3-е, 2010 г. – 4-е [2, 4, 7].

Аналитические показатели первичной инвалидности населения Оренбургской области вследствие ПР и РП ежегодно представляется в аппарат полномочного представителя Президента РФ в ПФО, в управление Росздравнадзора по Оренбургской области, Министерство здравоохранения Оренбургской области. Акцент делается на первичную инвалидность детского, трудоспособного возраста. Установление инвалидности в социально активных группах населения свидетельствует о раннем стойком ограничении их жизнедеятельности до нуждемости в мерах социальной защиты.

Особый акцент делается на установление впервые обратившимся на освидетельствование I группы инвалидности как значимый показатель обращения за медицинской помощью в стадии грубых, необратимых изменений психической сферы до нуждемости в постоянном постороннем уходе или же свидетельствуют о позднем выявлении заболевания или о позднем направлении лечебной сетью на медико-социальную экспертизу.

На основе информации о первичной инвалидности населения Оренбургской области вследствие ПР и РП строится социальная политика по отношению граждан, нуждающихся в специализированной медико-социальной помощи, разрабатываются социальные, психогигиенические мероприятия, начиная с антенатального периода.

В ы в о д ы

1. ПР и РП являются структурообразующей причиной инвалидности детского населения Оренбургской области.

2. По уровню первичной инвалидности взрослого населения вследствие ПР и РП Оренбургская область занимает лидирующие позиции в РФ и ПФО.

3. С 2008 г. в Оренбургской области отмечается активная динамика уменьшения числа впервые вышедших на инвалидность граждан пенсионного возраста вследствие ПР и РП – на 62,1%. Уровень на 10 тыс. населения пенсионного возраста уменьшился почти в 3 раза.

4. Продолжается рост первичной инвалидности вследствие ПР и РП среди детского населения с увеличением числа на 9,2%, уровня с 6,5 до 7,3. Отмечается незначительное снижение уровня в трудоспособном возрасте.

5. В сельских поселениях выше доля детской инвалидности. В городских поселениях выше доля инвалидов трудоспособного и пенсионного возраста, особенно пенсионного, (более чем в 3 раза выше, чем в сельских).

6. Уменьшается доля инвалидов II группы с увеличением доли III и I группы инвалидности. I группа инвалидности представлена преимущественно инвалидами пенсионного возраста, но отмечается увеличение доли и уровня в трудоспособном возрасте.

7. Высокие показатели первичной инвалидности детского и трудоспособного населения Оренбургской области с их отрицательной динамикой, рост впервые вышедших на инвалидность сразу с I группой инвалидности, прямая связь социально-экономического положения и инвалидности вследствие ПР и РП требует дополнительного усиления и расширения ряда социальных и психогигиенических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные показатели инвалидности взрослого населения в Российской Федерации: Стат. сборник. Ч. I / Под ред. Л. П. Гришиной. М., 2008.
2. Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации: Стат. сборник. Ч. I / Под ред. Л. П. Гришиной. М., 2010.
3. Основные показатели инвалидности взрослого населения в Российской Федерации: Стат. сборник. Ч. I / Под ред. Л. П. Гришиной. М., 2010.
4. Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации: Стат. сборник. Ч. I / Под ред. Л. П. Гришиной. М., 2008.
5. Социально-значимые заболевания населения России в 2009 году: Стат. материалы Минздравсоцразвития РФ. М., 2010. С. 37, 39.
6. Основные показатели инвалидности взрослого населения в Российской Федерации: Стат. сборник. Ч. I / Под ред. Л. П. Гришиной. – М., 2009.
7. Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации: Стат. сборник. Ч. I / Под ред. Л. П. Гришиной. М., 2009.

Поступила 21.09.11

Сведения об авторах:

Волобоева Т. В., руководитель – гл. эксперт по медико-социальной экспертизе ФГУ Главное бюро МСЭ по Оренбургской обл.; Смагина Т. Н., нач. оргметодотдела ФГУ Главное бюро МСЭ по Оренбургской обл., Бурнатова Е. А. врач-невролог, специалист экспертного состава по МСЭ ФГУ Главное бюро МСЭ по Оренбургской обл.

Для контактов:

Смагина Тамара Николаевна, 460000, Оренбург, пер. Трофимовский, 13. Телефон: 8(3532)99-82-89; e-mail: gbmseorenbur@yandex.ru

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 614.2:616.1-036.86]:312.6(470.62)

Е. В. Болотова¹, Т. В. Терещенко², Н. В. Солдатенко¹, Т. Ф. Шамраева¹, Ю. А. Шамрицкий²

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ЗА 1996–2010 гг.

¹Кафедра терапии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета; ²ФКУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Краснодарскому краю, Краснодар

Проанализирована динамика первичной инвалидности взрослого населения Краснодарского края вследствие болезней системы кровообращения (БСК) за 1996–2010 гг. Уровень первичной инвалидности взрослого населения Краснодарского края вследствие БСК за период 1996–2005 гг. увеличился в 1,7 раза, с 2006 г. имеет место стойкая тенденция к его снижению. В структуре по первичной инвалидности по нозологическим формам преобладают цереброваскулярные болезни. В структуре по тяжести инвалидности преобладали инвалиды II группы, удельный вес инвалидов III группы имел стойкую тенденцию к росту, что является положительным прогностическим фактором.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, первичная инвалидность.

PRIMARY DISABILITY DUE TO CIRCULATORY DISEASES DYNAMICS IN KRASNODAR REGION DURING 1996-2010

E.V.Bolotova, T.V.Tereschenko, N.V.Soldatenko, T.F.Shamraeva, Yu.A.Shamritsky

The dynamics of the primary disability of the adult population in the Krasnodar region due to cardiovascular disease (CVD) in 1996-2010. Level of primary disability of the adult population of the Krasnodar region due to CVD for the period 1996-2005 increased 1.7 times, but there is a strong tendency to reduce it from 2006. In the structure of the primary disability nosological forms predominate cerebrovascular disease. The structure of disability severity was dominated by the disabled P group, the proportion of disabled W group had a strong tendency to increase, which is a positive prognostic factor.

Key words: cardiovascular disease, primary disability.