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.

Болезни системы кровообращения (БСК) являются актуальной проблемой здравоохранения в связи с высокой распространенностью, частотой развития осложнений, высоким уровнем инвалидности и смертности. Экономические потери, связанные с БСК, а также затраты на оказание помощи больным, страдающим заболеваниями сердца и сосудов, ежегодно увеличиваются [1–3]. Инвалидность вследствие БСК является многофакторной проблемой, отражающей состояние здоровья населения и уровень социально-экономического развития страны [4]. Вышеизложенное определяет необходимость изучения первичной инвалидности (ПИ) вследствие БСК с целью уточнения приоритетных направлений в организации лечебно-профилактических и медико-социальных реабилитационных мероприятий среди целевых групп населения.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня и структуры первичной инвалидности вследствие БСК взрослого населения Краснодарского края за период с 1996 по 2010 г. по материалам основных форм статистического учета.

БСК в структуре ПИ взрослого населения Краснодарского края в течение многих лет занимают первое ранговое место. Удельный вес БСК за анализируемый период находился в пределах от 39,3 до 51,87% (табл. 1). Максимальный удельный вес БСК в структуре ПИ зарегистрирован в 1996 г., минимальный – в 2010 г. С 2006 г. имеет место стойкая тенденция к снижению ПИ вследствие БСК (на 23,7%). Уровень ПИ за анализируемый период уменьшился с 43,88 на 10 000 взрослого населения в 1996 г. до 31,80 на 10 000 взрослого населения в 2010 г. (темпы прироста 10,3%). Максимальные интенсивные показатели (ИП) первичного выхода на инвалидность вследствие БСК были зарегистрированы в 2005 и 2006 гг., превысив

аналогичный ИП, зарегистрированный в 2010 г., в 2,4 и 2,1 раза соответственно. Уровни ПИ близких групп сравнения (злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы) в 2010 г. были в 1,7 и 5,7 раза ниже (19,0 и 6,9 на 10 000 соответственно). Абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК за анализируемый период уменьшилось на 21,3% (с 16 983 в 1996 г. до 13 364 в 2010 г.). За период 1996–2005 гг. количество ВПИ увеличилось в 1,8 раза, а с 2006 г. абсолютное число ВПИ ежегодно уменьшается; в 2010 г. абсолютное число ВПИ сократилось в 2,3 раза по сравнению с 2005 г. (темпы убыли 56,8%).

Удельный вес ВПИ вследствие БСК среди населения трудоспособного возраста увеличился с 25,85% в 1996 г. до 31,11% в 2010 г. (табл. 2). Наибольший удельный вес ВПИ зарегистрирован в 2006 г. (31,16%). Уровень ПИ за анализируемый период вырос на 5,6%; наибольшие значения ИП вследствие БСК зафиксированы в 2006 г. (19,35). С 2007 по 2009 г. имела место тенденция к снижению уровня ИП (темпы прироста 24%); однако в 2010 г. ИП увеличился до 15,4 (темпы прироста +4,83%). Наибольшие темпы прироста уровня ПИ вследствие БСК зарегистрированы в 2000 (+15,8%), 2001 (+9,0%) и 2005 (+8,3%) годах, наибольшие темпы убыли – в 2007 (-20,9%), 1999 (-10%), в 2008 (-6,7%) годах. Абсолютное число ВПИ трудоспособного возраста за 1996–2010 гг. увеличилось на 15,6%.

Проанализирована структура первичного выхода на инвалидность взрослого населения по отдельным нозологическим формам БСК (см. табл.1). Ведущее место в структуре БСК с 1996 по 2004 г. занимали цереброваскулярные болезни (ЦВБ) – 27,32 и 16,31% соответственно; в 2005–2007 гг. – ишемическая бо-

Таблица 1

Уровень и структура первичной инвалидности вследствие БСК взрослого населения Краснодарского края за 1996–2010 гг.

Год	Общее число ВПИ вследствие БСК лиц 18 лет и старше			В том числе вследствие											
				Хронических ревматических болезней сердца			Болезней с повышенным АД			ИБС			Цереброваскулярных болезней		
	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%
1996	16983	43,88	51,87	299	0,77	0,91	1299	3,36	3,97	5437	14,05	16,61	8946	23,11	27,32
1997	12818	32,75	45,73	269	0,69	0,96	1180	3,01	4,21	4055	10,36	14,47	6253	15,98	22,31
1998	12543	32,04	43,25	330	0,84	1,14	1228	3,14	4,23	4154	10,41	14,32	5849	14,94	20,17
1999	11706	29,52	41,37	291	0,73	1,03	1228	3,1	4,34	3992	10,07	14,11	5388	13,59	19,04
2000	13455	35,07	44,15	283	0,74	0,93	1690	4,4	5,54	4704	12,26	15,43	5933	15,46	19,47
2001	15161	39,31	46,23	289	0,75	0,88	2312	5,99	7,05	5204	13,49	15,87	6342	16,44	19,34
2002	15713	40,52	46,82	255	0,66	0,76	2753	7,14	8,20	5431	14,08	16,18	6112	15,85	18,21
2003	15032	38,64	44,97	246	0,63	0,74	3093	7,95	9,25	5040	12,95	15,08	5580	14,34	16,69
2004	19244	47,59	48,25	249	0,62	0,62	4477	11,07	11,23	6393	15,81	16,03	6507	16,09	16,31
2005	30902	75,92	51,50	328	0,81	0,55	7373	18,11	12,29	10576	25,98	17,63	10244	25,17	17,07
2006	26805	65,40	50,07	278	0,68	0,52	6805	16,60	12,71	9521	23,23	17,78	8020	19,56	14,98
2007	16139	39,1	42,10	216	0,52	0,56	3636	8,81	9,48	5693	13,79	14,85	5100	12,35	13,30
2008	15012	36,1	42,60	170	0,41	0,48	3234	7,77	9,18	5023	12,07	14,26	5064	12,17	14,38
2009	14843	35,4	40,50	164	0,39	0,45	2945	7,03	8,04	5218	12,45	14,24	5096	12,16	13,90
2010	13364	31,8	39,30	144	0,34	0,42	2277	5,41	6,71	5144	12,23	15,16	4534	10,78	13,36

Уровень и структура первичной инвалидности вследствие БСК лиц трудоспособного возраста в Краснодарском крае за 1996–2010 гг.

Год	Общее число ВПИ вследствие БСК трудоспособного возраста			В том числе вследствие											
				Хронических ревматических болезней сердца			Болезней с повышенным АД			ИБС			Цереброваскулярных болезней		
	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%	абс.	ИП	%
1996	4000	14,58	25,85	217	0,79	1,40	661	2,41	4,27	1379	5,03	8,91	1225	4,46	7,92
1997	3798	13,59	24,69	207	0,74	1,35	674	2,41	4,38	1323	4,74	8,60	1075	3,85	6,99
1998	3986	14,27	24,35	240	0,86	1,47	719	2,57	4,39	1354	4,85	8,27	1089	3,9	6,65
1999	3579	12,75	22,56	216	0,77	1,36	642	2,29	4,05	1177	4,19	7,42	1058	3,77	6,67
2000	3958	14,76	24,84	202	0,75	1,27	881	3,28	5,53	1271	4,74	7,98	1107	4,13	6,95
2001	4358	16,08	26,66	196	0,72	1,20	1077	3,97	6,59	1261	4,65	7,71	1271	4,69	7,78
2002	4385	16,18	27,31	150	0,55	0,93	1154	4,26	7,19	1286	4,74	8,01	1190	4,39	7,41
2003	4653	16,90	27,94	150	0,54	0,90	1308	4,75	7,85	1425	5,17	8,56	1194	4,34	7,17
2004	5046	17,42	29,97	132	0,46	0,78	1415	4,89	8,41	1566	5,41	9,30	1270	4,39	7,54
2005	5520	18,86	30,24	126	0,43	0,69	1439	4,92	7,88	1795	6,13	9,83	1460	4,99	8,00
2006	5720	19,35	31,16	124	0,42	0,68	1565	5,29	8,52	1851	6,26	10,08	1458	4,92	7,94
2007	4569	15,3	28,30	105	0,35	0,65	1094	3,67	6,77	1530	5,14	9,47	1209	4,06	7,48
2008	4296	14,3	29,80	95	0,32	0,66	1021	3,41	7,08	1392	4,65	9,65	1188	3,97	8,23
2009	4420	14,7	28,80	75	0,25	0,49	1064	3,54	6,93	1524	5,07	9,93	1195	3,97	7,79
2010	4624	15,40	31,11	84	0,28	0,57	1113	3,71	7,49	1711	5,70	11,51	1126	3,75	7,58

лезнь сердца (ИБС) – 17,63% и 14,85%; в 2008-2009 гг. доли ИБС и ЦВБ были сопоставимы (14,26% против 14,38% и 14,24% против 13,9% соответственно); с 2010 г. 1-е ранговое место в структуре ПИ занимает ИБС (15,16%). Болезни с повышенным артериальным давлением (АД) на протяжении последнего десятилетия в структуре ВПИ вследствие БСК стабильно занимали 3-е ранговое место. Вместе с тем удельный ВПИ вследствие ИБС за анализируемый период оставался относительно стабильным (минимальный – 14,11% в 1999 г., максимальный – 17,78% в 2006 г.). Удельный вес ВПИ вследствие ЦВБ уменьшился в 2 раза, доля ВПИ вследствие болезней с повышенным АД, напротив, возросла в 1,7 раза.

В группе лиц трудоспособного возраста ИБС на протяжении анализируемого периода стабильно занимала 1-е ранговое место (7,42–11,51%), Наибольший удельный вес ВПИ трудоспособного возраста вследствие ИБС зарегистрирован в 2010 г. – 11,51%). 2-е ранговое место в структуре ВПИ до 2002 г. занимали ЦВБ (6,65–7,41%), болезни с повышенным АД до 2002 г. находились на 3-м ранговом месте (4,38–7,19%), переместившись в 2003 г. на 2-е место. С 2007 г. доля ВПИ вследствие ЦВБ превысила долю ВПИ вследствие болезней с повышенным АД (см. табл.2).

Наиболее значительно (в 1,7 раза) за анализируемый период увеличилась доля болезней с повышенным АД – с 3,97% в 1996 г. до 6,71% в 2010 г. (см. табл. 1). Уровень ПИ вследствие этой нозологии вырос в 1,6 раза (с 3,36 до 5,41 на 10 000 взрослого населения); наибольший ИП был зарегистрирован в 2005 г. (18,11). Абсолютное число ВПИ вследствие болезней с повышенным АД увеличилось в 1,8 раза (с 1299 в 1996 г. до 2277 – в 2010 г.). Аналогичные тенденции

наблюдались у лиц трудоспособного возраста (см. табл. 2). Так, удельный вес ВПИ вследствие болезней с повышенным АД вырос в 1,8 раза (с 4,27% в 1996 г. до 7,49% в 2010 г.). Уровень ПИ увеличился в 1,5 раза (с 2,41 до 3,71 соответственно), а абсолютное число впервые признанных инвалидами возросло в 1,7 раза (с 661 до 1113; темп прироста +68,4%). Максимальное значение ИП вследствие болезней с повышенным АД зарегистрировано в 2006 г. (5,29). С 2006 г. отмечено стойкая тенденция к снижению уровня ПИ вследствие этой нозологии (темпы убыли -29,9%).

Уровень ПИ взрослого населения Краснодарского края вследствие ИБС с 1996 по 2005 г. увеличился (14,05 до 25,98; темп прироста +167,6%) (см. табл. 1); с 2006 г. зарегистрирована обратная тенденция: темпы убыли к 2010 г. составил -43,0%. Удельный вес ИБС в структуре ПИ за 1996–2006 гг. увеличился с 16,61 до 17,78%; с 2007 г. наметилась тенденция к снижению. В группе лиц трудоспособного возраста темп прироста уровня ПИ вследствие ИБС за анализируемый период составил +13,3% (5,7 в 2010 г. против 5,03 в 1996 г.), абсолютное число ВПИ увеличилось в 1,2 раза (с 1379 до 1711) (см. табл. 2). Наибольший ИП (6,26) зарегистрирован в 2006 г. Удельный вес ВПИ вследствие ИБС в общей структуре инвалидности лиц трудоспособного возраста за анализируемый период увеличился с 8,91 до 11,51%.

Удельный вес ЦВБ в общей структуре первичной инвалидности взрослого населения снизился в 2 раза с 27,32% в 1996 г. до 13,36% в 2010 г. (см. табл. 1). Уровень ПИ вследствие ЦВБ за анализируемый период снизился с 23,11 до 10,78 (темпы убыли составил -53,35%). Наибольший ИП ВПИ вследствие ЦВБ зарегистрирован в 2005 г. (25,17); с 2006 г. темпы убыли ИП

составил -57,2%. Абсолютное число ВПИ вследствие ЦВБ за анализируемый период уменьшилось с 8946 до 4534 (темпы убыли -49,3%), максимальное число ВПИ было зарегистрировано в 2005 г. – 10 244. Среди ВПИ трудоспособного возраста удельный вес ЦВБ оставался стабильным (7,92% в 1996 г. против 7,58% в 2010 г.) (см. табл. 2). Наибольшая доля ВПИ вследствие ЦВБ зарегистрирована в 2008 г. (8,23%), наименьшая – в 1999 г. (6,65%). Уровень ПИ вследствие ЦВБ за анализируемый период уменьшился с 4,46 до 3,75 (темпы прироста – 15,9%); абсолютное число ВПИ также уменьшилось с 1225 до 1126 (темпы прироста – 8,1%). Динамика уровня ПИ была неравномерной: наибольшие значения уровня ПИ зарегистрированы в 2005 (4,99), в 2006 (4,92) и в 2001 (4,69) гг.; с 2007 г. отмечена тенденция к снижению уровня ПИ вследствие ЦВБ у ВПИ трудоспособного возраста.

Удельный вес ВПИ с хроническими ревматическими болезнями сердца (ХРБС) за анализируемый период уменьшился в 2,2 раза (с 0,91% в 1996 г. до 0,42% в 2010 г.) (см. табл. 1). Наибольшая доля ВПИ вследствие ХРБС зарегистрирована в 1999 г. (1,14%). Уровень ПИ уменьшился в 2,3 раза (с 0,77 до 0,34; темпы убыли -42,86%). Наибольший уровень ПИ вследствие ХРБС зарегистрирован в 1998 (0,84) и 2005 (0,81) гг. Наиболее значительно (в 2,5 раза) уменьшилась доля ВПИ вследствие ХРБС в трудоспособном возрасте (с 1,40% в 1996 г. до 0,57% в 2010 г.). Уровень ПИ снизился в 2,8 раза (с 0,79 до 0,28), абсолютное количество ВПИ вследствие ХРБС уменьшилось в 2,6 раза (с 217 до 84). Такая положительная динамика показателей обусловлена четким соблюдением стандартов первичной и вторичной профилактики ХРБС врачами первичного звена.

Проанализирована структура первичной инвалидности взрослого населения вследствие БСК по тяже-

сти. Преобладающей являлась II группа инвалидности, удельный вес которой за анализируемый период снизился с 69,4% в 1996 г. до 51,0% в 2010 г. Эта тенденция была характерна для всех нозологий. Удельный вес ВПИ I группы увеличился с 13,4 до 12,4%, в основном за счет болезней с повышенным АД (в 2,3 раза) и ИБС (в 2,8 раза). Доля ВПИ III группы за анализируемый период, напротив, возросла в 1,9 раза (с 19,3% в 1996 г. до 36,7% в 2010 г.). Наибольший рост удельного веса инвалидов III группы (в 2,5 раза) за последнее десятилетие отмечен в группе ИБС (с 17,5% до 44,3%) и ЦВБ (с 15,9% до 26,5%). Анализ структуры ПИ вследствие БСК трудоспособного населения по тяжести за период 1996–2010 гг. выявил стабильное преобладание II группы (табл. 3), 2-е ранговое место занимали инвалиды III группы. Наиболее часто II группа инвалидности в 2010 г. устанавливалась при болезнях с повышенным АД (64,3%). Среди ВПИ вследствие ИБС в 2010 г. преобладали пациенты с III группой инвалидности (52,7%). Доля инвалидов I группы среди ВПИ трудоспособного возраста вследствие БСК снизилась с 4,3 до 3,8%, в основном за счет ИБС (в 9 раз) и болезней с повышенным АД (в 2,2 раза). Удельный вес ВПИ I группы вследствие ЦВБ за анализируемый период имел тенденцию к увеличению (10,94% в 1996 г. и 12,6% в 2010 г.). Среди ВПИ пенсионного возраста также преобладала II группа инвалидности (см. табл. 3). Доля инвалидов I группы также увеличилась (с 13,4 до 16,9%), в основном за счет ВПИ вследствие повышенного АД (в 2,9 раза) и ИБС (в 2,8 раза). Удельный вес ВПИ III группы среди лиц нетрудоспособного возраста увеличился в 3 раза с 11,0% в 1996 г. до 32,8% в 2010 г., этот рост имел место по всем нозологиям (вследствие ХРБС в 2,7 раза, болезней с повышенным АД в 3,9 раза, ИБС в 5,1 раза, ЦВБ в 3,4 раза). Это свидетельствует о повы-

Таблица 3

Распределение ВПИ вследствие БСК по группам инвалидности в Краснодарском крае за 1996–2010 гг. (в %)

Год	I группа				II группа				III группа				Всего			
	Трудоспособный возраст		Пенсионный возраст		Трудоспособный возраст		Пенсионный возраст		Трудоспособный возраст		Пенсионный возраст		Трудоспособный возраст		Пенсионный возраст	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1996	173	4,3	1737	13,4	1972	49,3	9817	75,6	1855	46,4	1429	11,0	4000	100	12983	100
1997	161	4,2	1207	13,4	1872	49,3	7029	77,9	1765	46,5	784	8,7	3798	100	9020	100
1998	185	4,6	1168	13,7	1969	49,4	6754	78,9	1832	46,0	635	7,4	3986	100	8557	100
1999	170	4,8	1215	15,0	1780	49,7	6399	78,7	1629	45,5	513	6,3	3579	100	8127	100
2000	162	4,1	1331	14,0	2084	52,7	7545	79,5	1712	43,2	621	6,5	3958	100	9497	100
2001	156	3,6	1324	12,2	2271	52,1	8702	80,6	1931	44,3	777	7,2	4358	100	10803	100
2002	140	3,2	1517	13,4	2320	52,9	8943	78,9	1925	43,9	868	7,7	4385	100	11328	100
2003	166	3,6	1288	12,4	2515	54,0	8002	77,1	1972	42,4	1089	10,5	4653	100	10379	100
2004	156	3,1	1620	11,4	2899	57,5	10621	74,8	1991	39,4	1957	13,8	5046	100	14198	100
2005	156	2,8	2335	9,2	3002	54,4	16982	66,9	2362	42,8	6065	23,9	5520	100	25382	100
2006	168	2,9	1569	7,4	2933	51,3	13116	62,2	2619	45,8	6400	30,4	5720	100	21085	100
2007	119	2,6	1156	10,0	2309	50,5	6458	58,8	2141	46,9	3956	34,2	4569	100	11570	100
2008	115	2,6	1193	11,1	2252	52,4	5928	53,3	1929	45,0	3595	33,5	4296	100	10716	100
2009	153	3,5	1274	12,22	2352	53,1	5554	53,3	1921	43,4	3596	34,5	4426	100	10424	100
2010	174	3,8	1478	16,9	2411	52,1	4399	50,3	2039	44,1	2863	32,8	4624	100	8740	100

шении качества как лечебных, так и реабилитационных мероприятий.

Удельный вес БСК в структуре первичной инвалидности с 1996 по 2010 г. был более высоким у жителей городов (62–72% от общей инвалидности по БСК). Наибольший удельный вес ВПИ среди жителей городов наблюдался вследствие ЦВБ и повышенного АД (в 2010 г. 64,4 и 66,2% соответственно), что обусловлено, вероятно, высоким уровнем стрессогенных нагрузок.

Вышеизложенное определяет необходимость финансирования региональных программ по организации профилактических осмотров трудоспособного населения, направленных на раннее выявление лиц с БСК, своевременную их постановку на диспансерный учет, назначение медикаментозной терапии в соответствии с Национальными рекомендациями (ВНОК), своевременное направление на высокотехнологичные методы лечения [2]. Увеличение доли ВПИ и уровня ПИ вследствие БСК среди трудоспособного населения, преобладание в структуре ВПИ инвалидов II группы определяют необходимость разработки индивидуальных программ реабилитации с акцентом на медицинский аспект у этой категории инвалидов, что позволит снизить тяжесть инвалидности или полностью реабилитировать инвалидов III группы. При формировании программ медицинской реабилитации врачам первичного звена выбор медикаментозной терапии необходимо осуществлять в соответствии с Национальными рекомендациями, предложенными ВНОК [2]. Преобладание в структуре ПИ трудоспособного населения инвалидов III группы вследствие ИБС (51%) определяет целесообразность разработки и реализации программ медицинской и профессиональной реабилитации с целью осуществления более эффективного медикаментозного контроля за течением заболевания и рационального трудоустройства инвалидов.

Выводы

1. 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.

2. В структуре первичной инвалидности по нозологическим формам преобладают ЦВБ.

3. В структуре по тяжести инвалидности преобладали инвалиды II группы, удельный вес инвалидов III группы имел стойкую тенденцию к росту, что является положительным прогностическим фактором.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захарченко Ю. А., Болотова Е. В., Терещенко Т. В., Власова Е. С. Динамика первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения взрослого населения Краснодарского края за 1997–2005 гг. *Здравоохран. Рос. Федерации*. 2008; 36: 32–34.
2. Кардаков Н. Л. Структура первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Российской Федерации. *Рос. кардиол. журн.* 2007; 2: 87–90.
3. Харченко В. И., Какорина Е. П. Смертность от болезней кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации. *Рос. кардиол. журн.* 2005; 26: 5–7.
4. Гришина Л. П., Лаврова Д. И. Инвалидность как многофакторная проблема. *Мед.-соц. эксперт. и реабил.* 2006; 2: 27–31.
5. Национальные клинические рекомендации / Под ред. Р. Г. Оганова. М., 2009.

Поступила 14.05.12

Сведения об авторах:

Болотова Е. В. – д-р мед. наук, проф. каф. терапии № 1 фак. повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) Кубанского государственного медицинского университета; *Терещенко Т. В.* – канд. мед. наук, зам. руководителя-гл. эксперта по медико-социальной экспертизе ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Краснодарскому краю; *Солдатенко Н. В.* – заочный аспирант каф. факкультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета; *Шамраева Т. Ф.* – аспирант каф. терапии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета; *Шамрицкий Ю. А.* – канд. мед. наук, зам. руководителя-гл. эксперта по медико-социальной экспертизе ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Краснодарскому краю.

Для контактов:

Болотова Елена Валентиновна, 350000, Краснодар, ул. Чапаева, 58; e-mail: bolotowa_e@mail.ru