

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616-002.5-036.86:312.6(470.53)

Н.А. Баянова^{1,2}, А.В. Гаврилов¹, А.В. Расхожев¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ С ПРОГНОЗОМ ДИНАМИКИ

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области» ФМБА России, 460000, г. Оренбург; ²ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 460000, г. Оренбург

Представлены данные сравнительного анализа первичной инвалидности вследствие туберкулеза среди взрослого населения городских и сельских поселений Оренбургской области, а также тренды сравниваемых динамических рядов.

Ключевые слова: туберкулез, первичная инвалидность, прогноз.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF PRIMARY DISABILITY OWING TO TUBERCULOSIS IN CITY AND RURAL SETTLEMENTS IN THE ORENBURG REGION WITH DYNAMICS FORECAST

N.A. Bayanova^{1,2}, A.V. Gavrilov¹, A.V. Raskhozhev¹

¹The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Orenburg region, 460041, Orenburg, Russian Federation;

²Orenburg State Medical Academy 460000, Orenburg, Russian Federation

The results of comparative analysis of primary disability owing to tuberculosis among adult population of city and rural settlements of the Orenburg region and also trends of compared dynamic ranks

Key words: tuberculosis, primary disability, forecast.

Туберкулез является медико-социальной проблемой в нашей стране. Уровни первичной инвалидности вследствие туберкулеза (ПИТ) отражают степень запущенности эпидемиологического процесса, своевременность выявления и лечения патологии, позволяют оценить организацию системы здравоохранения и межведомственного взаимодействия. Особо значим анализ динамики явления, который в целом характеризует ситуацию региона по туберкулезу.

Цель исследования – изучить ПИТ в Оренбургской области за 1995–2011 гг. в зависимости от места проживания населения области. Рассчитать среднесрочный прогноз динамики в городских и сельских поселениях области.

Для проведения ретроспективного анализа тенденций показателя в работе использовались данные статистической отчетности ФКУ ГБ МСЭ по Оренбургской области за 17 лет (информационно-аналитические сборники «Состояние инвалидности по обращаемости в Оренбургской области, 1995–2011 гг.»).

В структуре первичной инвалидности по классам болезней, туберкулез в 1995 г. занимал 9-ю ранговую позицию и соответствовал 2,4%. Начиная с 1996–1999 гг. он переместился на 6-е место с колебанием удельного веса от 3,1 до 5,1%. Далее до 2006 г. тубер-

кулез удалялся от первых ранговых мест на 7-е (2000), 8-е (2001–2005), 9-е (2006) места. Начиная с 2007 г. наблюдается постепенное увеличение удельного веса. Максимальный экстенсивный показатель 5,1% отмечен в 2009 г., когда туберкулез занял 5-е ранговое место в структуре первичной инвалидности по классам болезней. Примечательно, что в структуре первичной инвалидности по классам болезней среди взрослого населения городских поселений туберкулез в этом году занял 3-е ранговое место. За весь период наблюдения ранговые позиции туберкулеза в структуре первичной инвалидности среди населения сельских поселений были ниже таковых среди населения городских поселений. Среднее значение удельного веса туберкулеза за 17 лет среди всего населения соответствует 3,8%, среди населения городских поселений — 3,7%, сельских — 3,6%. Ранговое место туберкулеза в структуре первичной инвалидности за весь период наблюдения — 7-е, что соответствует месту в 2011 г. Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней за 2011 г. представлена на рис. 1.

За период наблюдения в динамике ПИТ наблюдалось 3 пика подъема: в 2000, 2006, 2009 гг. (4,8, 6,1, 6,3 на 10 тыс. соответственно) (рис.2). Замечено, что подъемы в 2006 и 2009 гг. совпадают с началом реализации областных целевых программ «Организация борьбы с туберкулезом в Оренбургской области» на 2006–2008 гг. и «Укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений Оренбургской области» на 2009–2011 гг., главной задачей которых являлось обеспечение благополучной эпидемиологической обстановки по туберкулезу,

Для корреспонденции:

Баянова Наталья Александровна — канд. мед. наук, врач-методист организационно-методического отдела главного бюро, ст. преподаватель каф. общественного здоровья и здравоохранения № 1 академии; 460000, г. Оренбург, пер. Трофимовский, 13, e-mail: Doctor_bayanova@mail.ru.



Рис. 1. Структура первичной инвалидности по классам болезней в 2011 г. (в %).

улучшение состояния здоровья, снижение смертности и предупреждение возникновения инвалидности вследствие туберкулеза[1].

Уровень показателя ПИТ находился в пределах от 2,7 до 6,3 на 10 тыс. взрослого населения области,

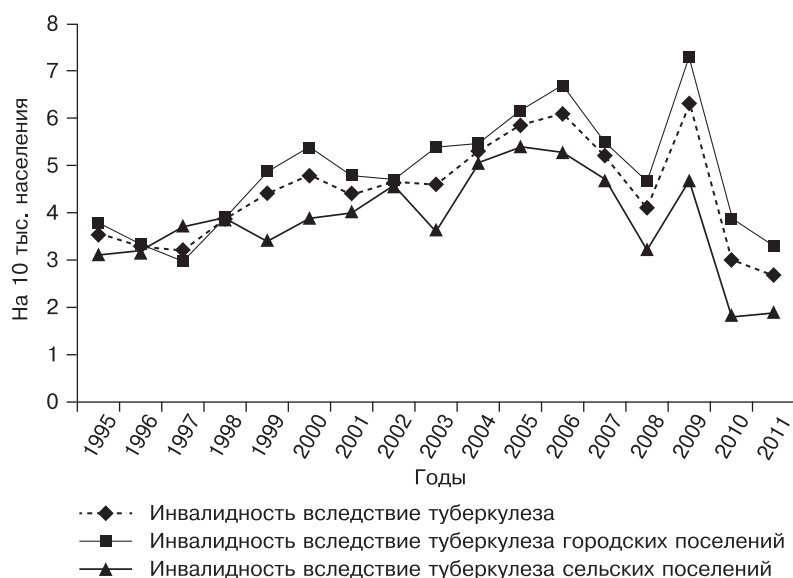


Рис. 2. Динамика первичной инвалидности вследствие туберкулеза взрослого населения Оренбургской области за 1995—2011 гг.

причем максимальный и минимальный уровни показателя отмечены в последние три года. За 3-летний период произошло снижение показателя в 2,3 раза. За 17-летний период наблюдения подобного явления не наблюдалось. Средний уровень ПИТ за 1995—2011 гг. составил 4,4 на 10 тыс. взрослого населения, что соответствует уровню в 1999 и 2001 гг. Абсолютная убыль показателя отмечена в 1996, 1997, 2001, 2007, 2008, 2010, 2011 гг., максимальная убыль среди этих лет отмечена в 2010 г. (-3,3 на 10 тыс.), сразу после максимального уровня показателя. До 2003 г. — середины

Показатели динамического ряда ПИ вследствие туберкулеза городских и сельских поселений взрослого населения Оренбургской области

Год	Уровень первичной инвалидности			Абсолютный прирост (убыль), на 10 тыс. населения			Темп прироста (убыли), %		
	В	Г	С	В	Г	С	В	Г	С
1995	3,6	3,8	3,1						
1996	3,3	3,3	3,2	-0,3	-0,5	+0,1	-8,3	-13,2	3,2
1997	3,2	3,0	3,7	-0,1	-0,3	+0,5	-3,0	-9,1	15,6
1998	3,9	3,9	3,9	+0,7	+0,9	+0,2	0,2	30	5,4
1999	4,4	4,9	3,4	+0,5	+1,0	-0,5	12,8	25,6	-12,8
2000	4,8	5,4	3,9	+0,4	+0,5	+0,5	9,1	10,2	14,7
2001	4,4	4,8	4,0	-0,4	-0,6	+0,1	-8,3	-11,1	2,6
2002	4,7	4,7	4,6	+0,3	-0,1	+0,6	6,8	-2,1	15
2003	4,6	5,4	3,6	-0,1	+0,7	-1,0	-2,1	14,9	-21,7
2004	5,3	5,5	5,1	+0,7	+0,1	+1,5	15,2	1,9	41,7
2005	5,9	6,2	5,4	+0,6	+0,7	+0,3	11,3	12,7	5,9
2006	6,1	6,7	5,3	+0,2	+0,5	-0,1	3,4	8,1	-1,9
2007	5,2	5,5	4,7	-0,9	-1,2	-0,6	-14,8	-17,9	-11,3
2008	4,1	4,7	3,2	-1,1	-0,8	-0,5	-21,2	-14,5	-10,6
2009	6,3	7,3	4,7	+2,2	+2,6	+1,5	53,7	55,3	46,9
2010	3,0	3,9	1,8	-3,3	-3,4	-2,9	-52,3	-46,6	-61,7
2011	2,7	3,3	1,9	-0,3	-0,6	+0,1	-10	-15,4	5,6

Обозначения: В — первичная инвалидность вследствие туберкулеза всего населения области; Г — первичная инвалидность вследствие туберкулеза населения городских поселений; С — первичная инвалидность вследствие туберкулеза населения сельских поселений.

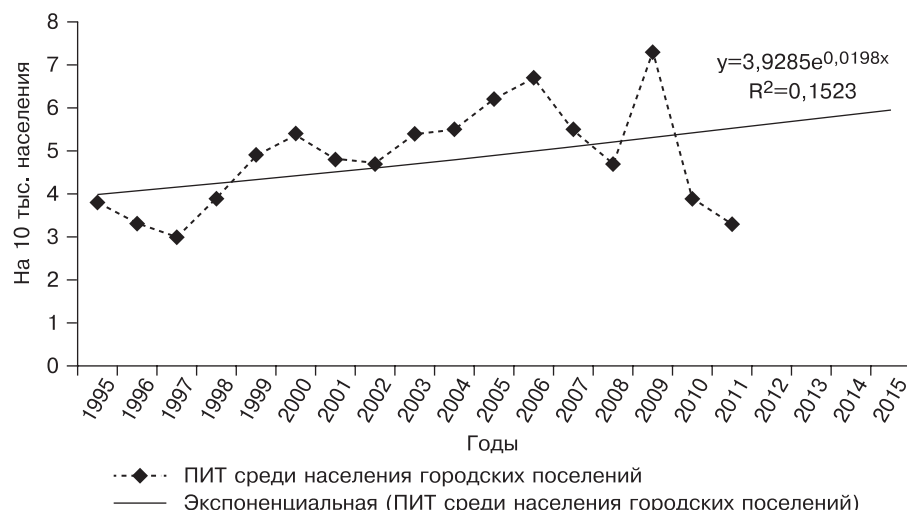


Рис. 3. Прогноз уровня ПИТ среди населения городских поселений до 2015 г.

исследования — колебания абсолютного прироста входили в пределы от 0,1 до 0,6 между значениями абсолютного прироста. После 2003 г. наблюдались более резкие колебания абсолютного прироста от 0,1 до 1,1. Темп прироста первичной инвалидности вследствие туберкулеза в 2009 г. составил 53,3% — самый интенсивный темп за период исследования (см. таблицу).

При сравнении динамики ПИТ среди населения городских и сельских поселений достоверно выше уровни среди населения, проживающего в городе, за исключением 1997 г. В этом единственном случае показатель выше среди сельских поселений на 0,7 и соответствовал 3,7 на 10 тыс. населения. Так, средний уровень показателя за период исследования среди городских поселений составил 4,8, среди сельских — 3,85 на 10 тыс. населения. ПИТ среди городских поселений находилась в доверительном интервале от 3,0 до 7,3 на 10 тыс. населения, тогда как среди сельских поселений показатель варьировал от 3,1 до 5,4 на 10 тыс. населения. Одинаковые уровни ПИТ сравниваемых динамических рядов отмечены в 1998 г., значение которого соответствовало 3,9 на 10 тыс. населения. Минимальный уровень ПИТ среди городского населения отмечен в 1997 г. — 3,0 на 10 тыс. населения; среди сельского в 2010 г. — 1,8 на

10 тыс. населения. Максимальный уровень ПИТ среди лиц, проживающих в городе, отмечен в 2009 г. — 7,3 на 10 тыс. населения, что в 1,6 раза больше уровня этого года среди сельского населения и выше на 1,9 на 10 тыс. населения максимального значения ПИТ 2005 г. среди сельского населения. Абсолютный прирост ПИТ среди городского и сельского населения не совпадал не только по значению ежегодного динамического показателя, но и по направлению динамики явления (приросту и убыли), за исключением 2007, 2008, 2010 гг., когда абсолютная убыль ПИТ прослеживалась в обоих сравниваемых динамических рядах. Однако интенсивность убыли выше в ПИТ среди

сельского населения, особенно в 2010 г. (-2,9 на 10 тыс.) с последующим относительно высоким темпом прироста в 2011 г. (5,6%). Динамические показатели ПИТ среди городского населения в 2011 г. не изменили тенденцию к снижению.

Нами выполнено прогнозирование ПИТ среди населения городских и сельских поселений с помощью экспоненциальной линии тренда до 2015 г. (рис. 3, 4). Прогноз динамики свидетельствует о тенденции роста ПИТ среди населения городских поселений, но уровень показателя не превысит максимального значения за период исследования (в 2009 г. — 7,3 на 10 тыс. населения) и к 2015 г. составит 6,0 на 10 тыс. населения (см. рис.3). Линия тренда динамики ПИТ среди населения сельских поселений, наоборот, характеризуется снижением уровня показателя, но ее значение к 2015 г. будет не меньше уровня 2010—2011 гг. (см. рис. 4).

Заключение

Результаты проведенного ретроспективного анализа за 17 лет в сравнительном аспекте динамических рядов ПИТ среди населения городских и сельских поселений Оренбургской области раскрывают существенную разницу, скрытую за показателем ПИТ

всего взрослого населения области без принадлежности к месту жительства. ПИТ среди взрослого населения городских поселений выше в показателях относительных величин. Прямо противоположная разница наблюдается и в прогностических трендах ПИТ взрослого населения среди населения городских и сельских поселений. Скорее, это говорит о проблеме связанной с доступностью медицинской помощи, в том числе и противотуберкулезной, жителям сельской местности. Определяется некоторая связь подъема показателя с реализацией областных целевых программ, направленных на снижение изучаемого показателя, особенно ПИТ среди населения городских поселений.

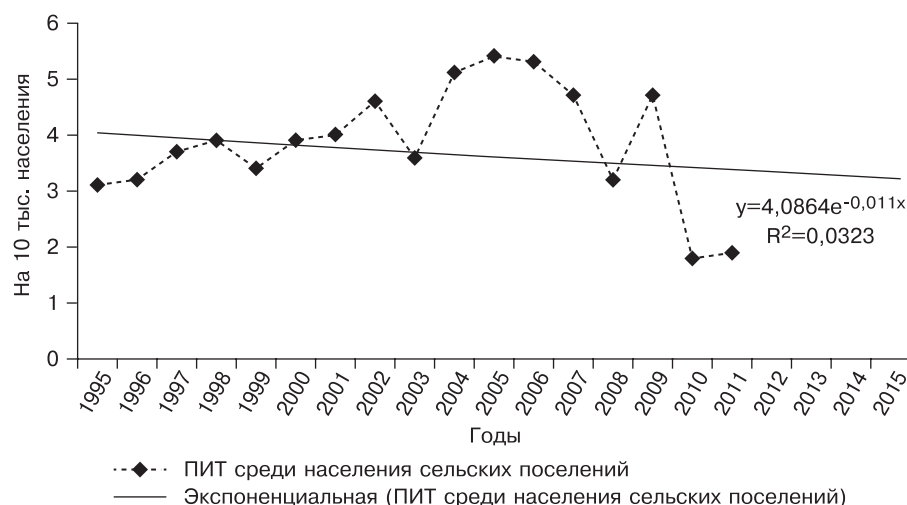


Рис. 4. Прогноз уровня ПИТ среди населения сельских поселений до 2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Областная целевая программа «Укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений Оренбургской области» на 2009—2010 гг. <http://orenburg-gov.ru/magnoliaPublic/regportal...>

REFERENCES

1. The regional target program «Strengthening of Material Base of Anti-tubercular Establishments of the Orenburg Region» on 2009—2010. <http://orenburg-gov.ru/magnoliaPublic/regportal...> (in Russian).
Поступила 01.08.12

© Н.Н. СОЛОВЬЕВА, 2013

УДК 616-036.86-053.81:312.6(470.42)«2007-2011»

Н.Н. Соловьева

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2007–2011 гг.

ГКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ульяновской области», 432017, г. Ульяновск

В статье дан анализ уровня первичной, повторной и общей инвалидности у лиц молодого возраста (18–44 года) в Ульяновской области и РФ, выявлены особенности динамики инвалидности.

Ключевые слова: инвалидность первичная, повторная, общая; уровень инвалидности; удельный вес инвалидов.

ANALYSIS OF THE MAIN DISABILITY INDICATORS IN YOUNG ADULTS IN THE ULYANOVSK REGION IN DYNAMICS FOR THE YEARS 2007-2011

N.N. Solov'yova

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Ulyanovsk region, 432017, Ulyanovsk, Russian Federation

The paper analyzes the level of primary, repetitive and general disability in young adults (18–44 years) in the Ulyanovsk region and the Russian Federation, the peculiarities of the disability dynamics.

Key words: primary disability, repeated disability, the overall, the level of disability, the proportion of people with disabilities.

Инвалидность у лиц молодого возраста (18–44 года) – это актуальная и сложная проблема для всех субъектов Российской Федерации. Это обусловило необходимость и актуальность изучения инвалидности молодого возраста в Ульяновской области. Источники информации – отчетная форма №7-собес бюро МСЭ. База исследования – ГКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ульяновской области». Исследование сплошное.

В Ульяновской области число впервые признанных инвалидами (ВПИ) молодого возраста в динамике за 2007–2011 гг. в течение года колеблется в пределах 1,6–1,8 тыс. человек; всего за 5 лет инвалидами признаны 8,8 тыс. человек, в среднем в год это число составляет 1,8 тыс.

Удельный вес инвалидов молодого возраста в структуре первичной инвалидности всех возрастов колеблется в пределах 15,7–17,3%, в среднем составляет 16,3%. В РФ удельный вес колеблется в пределах 14–17%, в среднем составляет 15,8%, т.е. в области удельный вес выше.

Рассчитаны показатели уровня первичной инвалидности у лиц молодого возраста в Ульяновской области и РФ за 2007–2011 гг.

В Ульяновской области уровень первичной инвалидности у лиц молодого возраста составляет 31,4 в 2007 г., уменьшается до 27,5 в 2008 г. (–12,4%), увеличивается до 30,5 в 2009 г. (+10,9%), до 36,3 в 2010 г. (+20,3%), составляет 33,8 в 2011 г. (–6,9%); в среднем равен 31,9 на 10 тыс. соответствующего населения.

В РФ уровень первичной инвалидности у лиц молодого возраста ниже и равен 24,4 в 2007 г., уменьшается до 22,6 в 2008 г. (–7,3%), увеличивается до 23,2 в 2009 г. (+2,7%), до 25,8 в 2010 г. (+11,2%), уменьшается 24,9 в 2011 г. (–3,5%); в среднем равен 24,2 на 10 тыс. соответствующего населения (рис. 1).

Число повторно признанных инвалидами (ППИ) молодого возраста в Ульяновской области значительно больше ВПИ и в динамике за 5 лет (2007–2011) составляет 9,5–8,5 тыс. человек в 2007–2008 гг., уменьшается до 7,0 тыс. человек в 2009 г., до 5,4–4,8 тыс. человек в 2011 г.; в среднем составляет 7,1 тыс. человек в год.

Удельный вес инвалидов молодого возраста в структуре повторной инвалидности всех возрастов составляет 26,6% в 2007 г., однако снижается до 24,5–23,1% в 2008–2009 гг., до 21,1% в 2010 г., до 19,8% в 2011 г., в среднем составляет 23,4%. В РФ удельный вес инвалидов молодого возраста колеблется в пределах 27–34%, в среднем составляет 30,2%, т.е. в области удельный вес ниже.

Рассчитана динамика уровня повторной инвалид-

Для корреспонденции:

Соловьева Наталья Николаевна – зам. главного эксперта, 432017, г. Ульяновск, ул. 12 сентября, д. 112А, телефон: 8-8422-30-06-99.