Таблица 5

Структура инвалидности вследствие врожденных аномалий по полу (в %)

Нозологическая форма	Мальчики	Девочки	Оба пола
Гидроцефалия	61,5	38,5	100,0
Микроцефалия	36,4	36,6	100,0
Врожденные аномалии головного мозга	59,5	40,5	100,0
Врожденные аномалии спинного мозга	65,2	34,8	100,0
Последствия ОНМК	58,3	41,7	100,0
Всего...	60,7	39,3	100,0

от общего числа. При гидроцефалии мальчики составляют 61,5%, девочки – 35,8%, при микроцефалии преобладают девочки, которые составляют 63,9%, мальчиков всего 36,4% от общего числа. При аномалиях головного мозга мальчики составляют 59,5%, девочки – 40,5%; при аномалиях спинного мозга удельный вес мальчиков еще больше – 65,2%, девочек 34,8% от общего числа. При последствиях ОНМК мальчики составляют 58,3%, девочки – 44,7% от общего числа.

Сведения о нозологической структуре инвалидности вследствие врожденных аномалий у детей и с учетом пола даны на рис. 2 и в табл. 5.

Сведения о структуре инвалидности вследствие патологии нервной системы с учетом основных нозологических форм у детей по обращаемости в БМСЭ Москвы даны на рис. 3.

Далее сведены все данные и определена общая нозологическая структура инвалидности вследствие патологии нервной системы у детей по обращаемости в БМСЭ Москвы.

В структуре инвалидности 1-е ранговое место занимают инвалиды вследствие ДЦП с удельным весом 28,6%, 2-е ранговое место – инвалиды вследствие гидроцефалии – 23,8%, на 3-м месте эпилепсия – 15,5%, на 4-м месте аномалии головного мозга – 11,4%, на 5-м месте аномалии спинного мозга с меньшим удельным весом – 9,3%, на 6-м месте последствия менингоэнцефалита с удельным весом всего 4,3%, на 7-м последствия ОНМК с низким удельным весом – 3,3%. Рассеянный склероз встречается редко, и удельный вес инвалидов составляет всего 2,3%, они занимают 8-е ранговое место. Меньше всего и последнее 9-е место занимают инвалиды вследствие микроцефалии с удельным весом 1,5% от общего числа.

Поступила 22.10.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616–053.2–036.86(470.315)«2008–2012»

Рогачева Н.К.[1, 2], Жданова Л.А.[2], Рогачев Д.А.[1]

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2008–2012 гг.

[1]ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ивановской области» Минтруда России, 153012, г. Иваново;
[2]ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, г. Иваново

В статье приводится анализ первичной детской инвалидности в Ивановской области, который позволяет выявить доминирующие патологии, приводящие к инвалидности у детей различного пола и возраста. Данное исследование необходимо для разработки и оптимизации программ медико-социального сопровождения детей-инвалидов.

Ключевые слова: *инвалидность; дети; первичная инвалидность; уровень; структура; пол; возраст; классы болезней.*

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (3): 25–30.

STATE OF THE PRIMARY DISABILITY IN CHILDREN IN THE IVANOVO REGION DURING 2008–2012 PERIOD

Rogacheva N.K.[1, 2], Zhdanova L.A.[2], Rogachev D.A.[1]

[1]The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Ivanovo region, 153012, Ivanovo, Russian Federation;
[2]Ivanovo State Medical Academy, 153012, Ivanovo, Russian Federation

The article is an analysis of the primary childhood disability in the Ivanovo region, which reveals the dominant pathology, leading to disability in children of different age and gender. This study is necessary for the development and optimization of programs of medical and social support for children with disabilities.

Key words: *disability; children; primary; level; structure; gender; age; classes of diseases.*

Citation: Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18 (3): 25–30. (In Russ.)
Correspondence to: Nadezhda Rogacheva – MD, e-mail: ivanovomse@mail.ru.
Received 08.08.14

Таблица 1

Число лиц, впервые признанных инвалидами в Ивановской области до 18 лет, в сравнении с Российской Федерацией в целом, Центральным федеральным округом и соседними областями (на 10 тыс. детского населения)

Территория	Год				
	2008	2009	2010	2011	2012
Российская Федерация	25,4	26,8	28,2	27,4	26,9
Центральный федеральный округ	22,1	23,0	27,0	24,3	23,1
Владимирская область	23,4	24,8	25,0	27,5	24,5
Ивановская область	26,9	26,0	26,6	23,3	28,3
Костромская область	21,7	19,0	19,6	23,1	25,0
Ярославская область	19,2	20,2	20,9	22,0	21,2

За последнее десятилетие, несмотря на положительные тенденции в изменении показателей здоровья детского населения в результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения Ивановской области [1], первичная инвалидность у детей в Ивановской области сохраняется на прежнем уровне.

Цель нашего исследования заключается в проведении анализа первичной инвалидности и выявлении доминирующей патологии, приводящей к инвалидности у детей в Ивановской области. Знание количественных показателей инвалидности и ее структуры необходимо для выделения приоритетных направлений в оптимизации медико-социального сопровождения детей-инвалидов.

Материал и методы

Проведена сравнительная характеристика первичной инвалидности по Ивановской области и соседним областям, в Центральном федеральном округе и Российской Федерации за 2008–2012 гг. по статистическим сборникам «Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации» за 2008–2012 гг. [2–6]. Проанализирована структура первичной инвалидности у детей по основным классам болезней в Ивановской области за 2008–2012 гг. по результатам отчетов по форме 7д-собес. В результате были выделены доминирующие группы, которые взяты для исследования.

Результаты и обсуждение

Освидетельствование детей и подростков в Ивановской области осуществляется двумя бюро для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет, а также специализированными бюро для освидетельствования больных туберкулезом, для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения.

Для корреспонденции:
Рогачева Надежда Константиновна – врач по медико-социальной экспертизе экспертного состава № 1[1], аспирант каф. поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми[2]; 153012, Ивановская область, г. Иваново, пер. Свободный, д. 4, e-mail: ivanovomse@mail.ru.

В России за последние 3 года отмечается тенденция к снижению первичной инвалидности у детей, однако в Ивановской области в 2012 г. отмечается рост детей, впервые признанных инвалидами (табл. 1).

Следует отметить, что уровень первичной инвалидности детей в Ивановской области в 2008, 2009 и 2012 гг. (за исключением 2011 г.) превышает уровень первичной инвалидности в соседних областях (Владимирская, Костромская, Ярославская), а также и Центрального федерального округа в целом.

Исходя из вышеуказанного, следует провести анализ причин повышения показателей в Ивановской области. Возможно, это связано со своевременным направлением детей на МСЭ, с грамотным оформлением документов, однако, с другой стороны, это может свидетельствовать о недостатке реабилитации детей с хронической патологией, издержках медико-социального сопровождения на уровне поликлиники и медико-социальной экспертизы.

Анализ структуры первичной инвалидности показал значительный ее рост у детей в связи с психическими расстройствами, болезнями эндокринной

Таблица 2

Уровень первичной инвалидности у детей по основным классам болезней в Ивановской области за 2008–2012 гг. (на 10 тыс. детского населения)

Группа заболеваний	Год				
	2008	2009	2010	2011	2012
Туберкулез	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Злокачественные новообразования	1,0	1,5	1,6	0,9	1,6
Болезни эндокринной системы	2,4	2,0	1,9	1,5	2,8
Психические расстройства	3,2	3,3	3,9	4,9	4,8
Болезни нервной системы	5,8	6,3	5,5	4,1	4,4
Болезни глаза	1,2	1,4	1,2	1,2	1,1
Болезни уха	0,9	0,9	0,5	0,7	0,9
Болезни системы кровообращения	0,2	0,3	0,1	0,4	0,3
Болезни органов дыхания	0,6	0,3	0,4	0,4	0,6
Болезни системы пищеварения	0,6	0,1	0,2	0,4	0,4
Болезни костно-мышечной системы	0,9	0,9	1,6	0,9	1,5
Болезни мочеполовой системы	0,3	0,3	0,4	0,5	0,2
Врожденные аномалии	7,5	6,8	6,8	5,8	7,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,0	0,2	0,6	0,3	0,2
Травмы и другие внешние воздействия	1,0	0,3	0,8	0,6	0,8
Прочие болезни...	1,3	1,2	1,1	0,6	1,1
Всего...	26,9	26,0	26,6	23,3	28,3

Таблица 3

Ранговые места основных инвалидизирующих групп заболеваний

Группа заболеваний	Год				
	2008	2009	2010	2011	2012
Врожденные аномалии	1	1	1	1	1
Болезни нервной системы	2	2	2	3	3
Психические расстройства	3	3	3	2	2
Болезни эндокринной системы	4	4	4	4	4
Злокачественные новообразования	5	5	5–6	5–6	5
Болезни костно-мышечной системы	6	6	5–6	5–6	6

системы и относительный рост в связи с болезнями костно-мышечной системы, а также за 2012 г. – врожденными аномалиями (табл. 2).

В структуре первичной инвалидности у детей до 18 лет по основным классам болезней 1-е ранговое место занимают врожденные аномалии. 2–3-е ранговые места в разные годы занимали болезни нервной системы и психические расстройства (табл. 3).

Оценивая табл. 4, можно сформировать перечень нозологических форм, при выявлении которых участковому педиатру следует уделять повышенное внимание наблюдению и лечению детей. Ряд из них (перинатальное поражение ЦНС, умственная отсталость легкой степени) часто сопровождается коморбидной патологией, которой непременно должна быть дана соответствующая оценка. Это позволит более эффективно проводить реабилитацию данного контингента детей.

Таблица 4

Нозологические формы заболеваний детей в структуре основных классов болезней, приводящие к инвалидности

Группа заболеваний	Основные нозологические формы	Доля, %
Врожденные аномалии	Аномалии системы кровообращения	52,3
	Аномалии костно-мышечной системы	17,7
	Аномалии ЦНС	9,2
Болезни нервной системы	Перинатальная энцефалопатия	49,3
	Эпилепсия	18,7
	ДЦП	17,3
Психические расстройства	Умственная отсталость легкой степени	49,4
	Общее расстройство психологического развития (аутизм)	15,7
	Органические расстройства личности	14,5
Болезни эндокринной системы	Сахарный диабет	83,3
	Нарушения обмена веществ	8,3
	Нарушения функции гипофиза	4,2
Злокачественные новообразования	Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани	57,1
	Новообразования ЦНС	21,4
	Новообразование мочевых путей	7,1
Болезни костно-мышечной системы	Болезнь Легга–Калве–Пертеса	34,6
	Ювенильный ревматоидный артрит	30,8
	Сколиоз	7,7

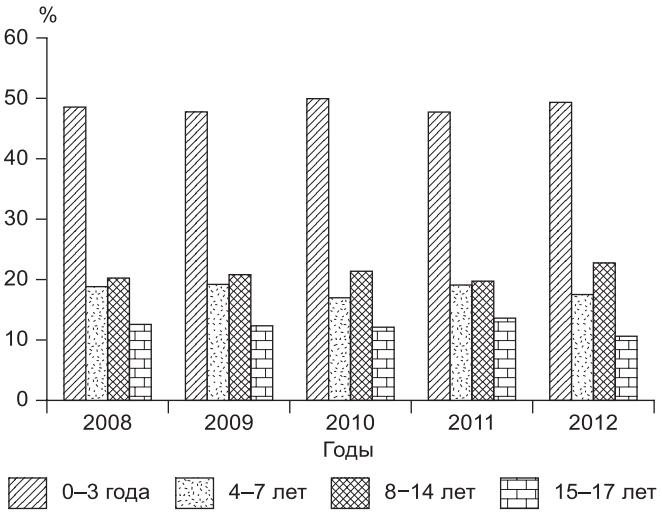

Рис. 1. Структура первичной детской инвалидности по возрасту.

Представляет интерес то, в каком возрасте основные нозологические группы приводят детей к инвалидности. Таким образом, по возрасту преобладают дети-инвалиды до 3 лет, причем их процент более чем в 2 раза превышает другие возрастные группы. 2-е место занимают дети в возрасте от 8 до 14 лет. 3-е место – дети в возрасте 4–7 лет (рис. 1).

С учетом преобладающих нозологических форм, которые имеют тенденцию к росту, предупреждение

Таблица 5

Ранговые места основных классов болезней с учетом возраста в 2012 г.

Ранговое место	1–3 года	4–7 лет	8–14 лет	15–17 лет
1	Врожденные аномалии	Психические расстройства	Психические расстройства	Психические расстройства
2	Болезни нервной системы	Болезни эндокринной системы	Болезни эндокринной системы	Болезни нервной системы
3	Болезни глаза и его придаточного аппарата	Болезни костно-мышечной системы	Болезни костно-мышечной системы	Злокачественные новообразования
4	Болезни эндокринной системы	Болезни уха и сосцевидного отростка	Болезни нервной системы	Болезни костно-мышечной системы
5	Злокачественные новообразования	Злокачественные новообразования	Прочие болезни	Болезни эндокринной системы

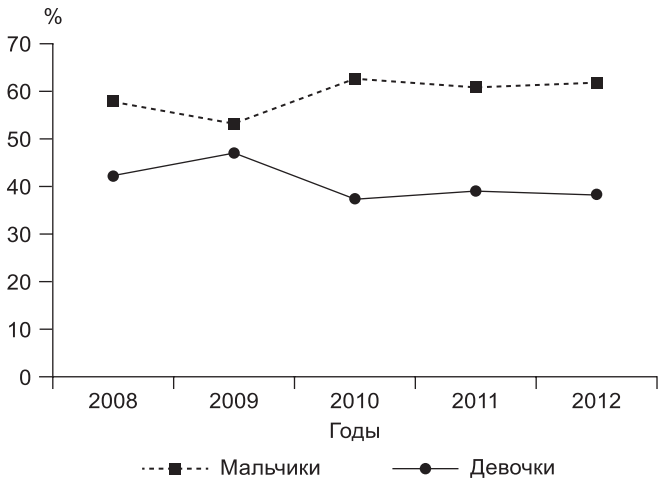

Рис. 2. Структура первичной детской инвалидности по полу.

инвалидности детей до 3 лет может быть осуществлено на этапе пренатальной диагностики, а также в первые годы жизни, в тех случаях, когда ребенок рождается с врожденной аномалией, получает травму в интранатальном периоде или имеет даже легкие поражения ЦНС, которые могут сопровождаться ухудшением состояния и приводить к инвалидности. Тогда медико-социальное сопровождение будет направлено на улучшение качества жизни ребенка с помощью медицинской (оздоровительные операции, консервативная терапия) и социальной (работа с семьей) реабилитации. У детей 8–14 лет недостаточно эффективна реабилитация в более ранних периодах жизни. Для более результативного медико-социального сопровождения и профилактики заболевания необходимо проанализировать анамнез, разобраться, в какой период произошел срыв компенсаторных возможностей.

Проанализировав ранговые места с учетом возраста (табл. 5), мы видим, что на 1-е место у детей 4–17 лет выходят психические расстройства. На 2-м месте патология нервной (1–3, 15–17 лет) и эндокринной (4–14 лет) систем. На 3-м месте у детей 4–14 лет находятся болезни костно-мышечной системы. Все эти заболевания нуждаются в сопровождении врача-специалиста, но для осуществления комплексного сопровождения этих детей необходимо активное участие врача-педиатра. У всех детей с данными патологиями достаточно много коморбидных состояний, которые усугубляют основное заболевание, мешают проведению реабилитационных мероприятий. Поэтому особенно важно медико-социальное сопровождение этих детей, так как оно включает в себя медицинскую, психологическую помощь, организацию жизни ребенка как в семье, так и в социуме.

Представляет интерес половой диморфизм инвалидности. В ее структуре среди детей по полу преобладают мальчики (рис. 2).

Во все годы исследуемого периода среди впервые признанных инвалидами детей количество мальчиков значительно превышало количество девочек от 1,1 раза в 2009 г. до 1,7 раза в 2010 г. По возрасту первичная инвалидность в основном определялась в раннем возрасте с постепенным снижением к подростковому возрасту. При этом если разница первичной инвалидности в раннем периоде жизни между мальчиками и девочками составляла не совсем большой разрыв, то в подростковом возрасте этот разрыв составлял 2 раза. Причем разрыв увеличился к 2012 г. и достиг 2,2 раза по сравнению с 1,8 раза в 2009 г. (в 2010 г. – 1,9, в 2011 г. – 2 раза) (табл. 6). Однако доказано, что перинатальная патология у мальчиков более выражена, имеет негативные последствия, поэтому мужской пол сам по себе уже является фактором риска для менее эффективной реабилитации, что видно по показателям 0–3 года. С трех лет начинается социальная адаптация детей, сначала к детскому дошкольному

Таблица 6

Структура первичной инвалидности у детей с учетом пола и возраста в Ивановской области за 2008–2012 гг. (в %)

Год	Пол	0–3 года	4–7 лет	8–14 лет	15–17 лет	Всего
2008	Мальчики	25,7	11,8	11,8	8,4	57,7
	Девочки	22,8	7,0	8,4	4,1	42,3
	Оба пола	48,5	18,8	20,2	12,5	100,0
2009	Мальчики	24,3	11,8	10,1	6,9	53,1
	Девочки	23,4	7,4	10,7	5,4	46,9
	Оба пола	47,7	19,2	20,8	12,3	100,0
2010	Мальчики	28,6	11,0	15,2	7,9	62,7
	Девочки	21,1	5,9	6,1	4,2	37,3
	Оба пола	49,7	16,9	21,3	12,1	100,0
2011	Мальчики	25,6	13,6	12,6	9,0	60,8
	Девочки	22,1	5,5	7,0	4,6	39,2
	Оба пола	47,7	19,1	19,6	13,6	100,0
2012	Мальчики	28,5	12,6	13,6	7,2	61,9
	Девочки	20,8	4,9	9,1	3,3	38,1
	Оба пола	49,3	17,5	22,7	10,5	100,0

Таблица 7

Структура первичной инвалидности у мальчиков и девочек за 2012 г.

Ранговое место	Мальчики	%	Девочки	%
1-е	Врожденные аномалии	25,7	Врожденные аномалии	28,6
2-е	Психические расстройства	18	Психические расстройства	15,7
3-е	Болезни нервной системы	16	Болезни нервной системы	14,6
4-е	Болезни эндокринной системы	10,7	Болезни эндокринной системы	8,6
5-е	Болезни костно-мышечной системы	6	Злокачественные новообразования	5,9

Таблица 8

Характеристика первичной инвалидности у детей с учетом пола и возраста для врожденных аномалий в Ивановской области за 2008–2012 гг., в абсолютных цифрах

Год	Пол	0–3 года	4–7 лет	8–14 лет	15–17 лет	Всего
2008	Мальчики	48	4	4	2	58
	Девочки	58	9	7	0	74
	Оба пола	106	13	11	2	132
2009	Мальчики	44	5	4	4	57
	Девочки	47	6	6	2	61
	Оба пола	91	11	10	6	118
2010	Мальчики	58	3	5	1	67
	Девочки	41	3	3	2	49
	Оба пола	99	6	8	3	116
2011	Мальчики	44	6	6	3	59
	Девочки	37	1	2	0	40
	Оба пола	81	7	8	3	99
2012	Мальчики	72	3	2	0	77
	Девочки	49	3	0	1	53
	Оба пола	121	6	2	1	130

учреждению, далее с 6–7 лет – к школе, с 14–15 лет к среднему профессиональному учреждению, и во всех возрастных группах мальчики превышают количество девочек, что еще раз доказывает, что социальная адаптация у них проходит хуже. Поэтому необходимо учитывать данный аспект участковому педиатру при сопровождении детей мужского пола и своевременно направлять ребенка к специалисту для оказания психологической помощи.

Таблица 9

Характеристика первичной инвалидности у детей с учетом пола и возраста для психических расстройств в Ивановской области за 2008–2012 гг., в абсолютных цифрах

Год	Пол	0–3 года	4–7 лет	8–14 лет	15–17 лет	Всего
2008	Мальчики	2	11	12	10	35
	Девочки	0	4	10	8	22
	Оба пола	2	15	22	18	57
2009	Мальчики	0	26	11	6	43
	Девочки	0	2	7	5	14
	Оба пола	0	28	18	11	57
2010	Мальчики	3	17	23	8	51
	Девочки	0	6	3	7	16
	Оба пола	3	23	26	15	67
2011	Мальчики	5	26	23	12	66
	Девочки	1	7	7	3	18
	Оба пола	6	33	30	15	84
2012	Мальчики	3	23	19	9	54
	Девочки	1	9	12	7	29
	Оба пола	4	32	31	16	83

Таблица 10

Характеристика первичной инвалидности у детей с учетом пола и возраста для болезней нервной системы в Ивановской области за 2008–2012 гг., в абсолютных цифрах

Год	Пол	0–3 года	4–7 лет	8–14 лет	15–17 лет	Всего
2008	Мальчики	43	12	11	9	75
	Девочки	19	3	5	1	28
	Оба пола	62	15	16	10	103
2009	Мальчики	37	5	7	9	58
	Девочки	32	6	7	5	50
	Оба пола	69	11	14	14	108
2010	Мальчики	33	6	5	9	53
	Девочки	33	2	3	4	42
	Оба пола	66	8	8	13	95
2011	Мальчики	30	6	2	3	41
	Девочки	20	1	3	5	29
	Оба пола	50	7	5	8	70
2012	Мальчики	30	4	5	9	48
	Девочки	24	1	2	0	27
	Оба пола	54	5	7	9	75

Структура инвалидности у мальчиков и девочек практически идентична (табл. 7), что позволяет разработать единый алгоритм для медико-социального сопровождения детей.

В то же время при анализе структуры первичной инвалидности среди первично признанных инвалидами детей с учетом пола и возраста, занимающих первые шесть ранговых мест в структуре инвалидности групп заболеваний, картина несколько меняется.

В 2008–2009 гг. среди первично признанных инвалидами при врожденных аномалиях девочки составляли большинство, причем инвалидность устанавливалась в первые годы жизни (табл. 8). С 2010 г. постепенно возрастала доля мальчиков, причем как в относительных, так и в абсолютных цифрах. Если в 2008 г. мальчики составляли 0,8 от числа девочек, то в 2012 г. превышали число девочек в 1,5 раза.

2-е ранговое место среди первичной инвалидности детей занимают психические расстройства. В этой группе заболеваний преобладают также мальчики (превышение составляет в разные годы от 1,6 до 3,7 раза), причем инвалидность им устанавливается не в первые годы жизни, а в более старшем возрасте, больше всего в период с 4 до 14 лет, что обусловлено спецификой выявления психических расстройств в этот период (ребенок начинает посещать детское дошкольное учреждение, школу, появляется дополнительная психологическая и умственная нагрузка). Следует также отметить значительное увеличение числа инвалидов по психическим расстройствам в 2011 и 2012 гг. (табл. 9).

3-е ранговое место в первичной инвалидности детей занимают болезни нервной системы (табл. 10). Здесь, как и при врожденных заболеваниях, преобладают мальчики, причем состояние инвалидности вы-

является в первые годы жизни в значительно большей степени, чем в более старшем возрасте.

В отличие от предыдущих групп заболеваний при установлении инвалидности при болезнях эндокринной системы явных закономерностей по возрасту и полу не наблюдается. В разные годы первичная инвалидность по этим показателям меняется.

То же самое следует отметить при анализе первичной инвалидности при злокачественных новообразованиях и болезнях костно-мышечной системы.

Таким образом, анализ первичной инвалидности дает нам направления, на которые следует обратить особое внимание специалистам поликлиник. Представляет интерес изучение медико-социальных проблем этих детей, особенно дошкольного и школьного возраста, для разработки программы, которая поможет предотвратить инвалидность, с одной стороны, и сделать эффективней реабилитацию детей-инвалидов – с другой.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Постановление Правительства Ивановской области от 13.11.2013 года № 449-п г. Иваново «Об утверждении государственной программы Ивановской области «Развитие здравоохранения Ивановской области» на 2014–2020 годы».* Иваново; 2013.
2. Гришина Л.П., ред. *Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2008 году: Статистический сборник.* М.: ФБ МСЭ; 2009.
3. Гришина Л. П., ред. *Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2009 году: Статистический сборник*. М.: ФБ МСЭ; 2010.
4. Гришина Л. П., ред. *Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2010 году: Статистический сборник*. М.: ФБ МСЭ; 2011.
5. Гришина Л. П., ред. *Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2011 году: Статистический сборник*. М.: ФБ МСЭ; 2012.
6. Гришина Л. П., ред. *Основные показатели инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2012 году: Статистический сборник*. М.: ФБ МСЭ; 2013.

REFERENCES

1. *The Resolution of the Government of the Ivanovo Region from 13.11.2013 № 449-n «On Approval of the State Program of the Ivanovo Region "Health development of the Ivanovo region" for 2014–2020».* Ivanovo; 2013. (in Russian)
2. Grishina L.P., ed. *The Main Indicators of Disability of the Child Population in the Russian Federation in 2008: Statistical Compendium.* Moscow: FB MSE; 2009. (in Russian)
3. Grishina L.P., ed. *The Main Indicators of Disability of the Child Population in the Russian Federation in 2009: Statistical Compendium*. Moscow: FB MSE; 2010. (in Russian)
4. Grishina L.P., ed. *The Main Indicators of disability of the Child Population in the Russian Federation in 2010: Statistical Compendium.* Moscow: FB MSE; 2011. (in Russian)
5. Grishina L.P., ed. *The Main Indicators of Disability of the Child Population in the Russian Federation in 2011: Statistical Compendium*. Moscow: FB MSE; 2012. (in Russian)
6. Grishina L.P., ed. *The Main Indicators of Disability of the Child Population in the Russian Federation in 2012: Statistical Compendium*. Moscow: FB MSE; 2013. (in Russian)

Поступила 08.08.14

© ГОРШКОВ В.И., САПОЖНИКОВА Д.В., 2015

УДК 616–036.86:312.6(571.15)«1997–2012»

Горшков В.И., Сапожникова Д.В.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В ДИНАМИКЕ ЗА 16 ЛЕТ (1997–2012 гг.)

ФКУ «Главное бюро по медико-социальной экспертизе по Алтайскому краю» Минтруда России, 656043, г. Барнаул

Анализируется состояние первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края за 1997–2012 гг. В основу работы положены статистические показатели инвалидности службы медико-социальной экспертизы (МСЭ). Приведенные данные обобщались с учетом изменения периода наступления взрослого возраста (2001). В анализируемый период несколько раз изменялась и нормативно-правовая база службы МСЭ, и система пенсионного обеспечения в Российской Федерации, что влекло за собой некоторое изменение числа инвалидов и структуры первичной инвалидности взрослого населения. В целом в период 1997–2005 гг. отмечены рост интенсивного показателя первичной инвалидности (с 87,2 в 1997 г. до 181,3 в 2005 г.), существенное его снижение в 2006–2008 гг. и стабильный уровень за последние четыре года на уровне 55,2 (2009) – 58,5 (2012). Статистические показатели первичной инвалидности в Алтайском крае приведены в сравнении с аналогичными по Российской Федерации.

Ключевые слова: *первичная инвалидность; Алтайский край; взрослое население; трудоспособный возраст; пенсионный возраст.*

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (3): 30–33.

THE MAIN TRENDS OF PRIMARY DISABILITY OF THE ADULT POPULATION IN THE ALTAI REGION IN DYNAMICS FOR 16 YEARS (1997–2012)

Gorshkov V.I., Sapozhnikova D.V.

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Altai Region, 656043, Barnaul, Russian Federation

Examines the state of primary disability of the adult population of the Altai territory for 1997–2012, based on statistics of disability services of medical-social examination (MSE). The data was aggregated to reflect changes in the period of