А. С. ВЫДРОВ[1], Е. Н. КОМАРОВСКИХ[2]

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

[1]Кафедра глазных болезней ГБОУ ВПО Амурской государственной медицинской академии Минздрава России,
Россия, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95; тел. 8 (4162) 319-009. E-mail: amurgma@list.ru;
[2] кафедра офтальмологии с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

Уровень первичной инвалидности взрослого населения Амурской области с 2005 по 2011 год вследствие глазных заболеваний снизился с $6,0^0/_{000}$ до $1,4^0/_{000}$. I группа первичной инвалидности в Амурской области в 2011 году составила 28%, II группа – 25,8% и III группа – 46,2%, что примерно сопоставимо с распределением в среднем по Российской Федерации. Настораживает увеличение частоты инвалидов I группы практически в 2 раза.

Ключевые слова: Амурская область, офтальмопатология, инвалидность.

A. S. VYDROV[1], E. N. KOMAROVSKIKH[2]

THE ANALYSIS OF STRUCTURE AND DYNAMICS OF DISABILITY IN THE AMUR REGION OWING TO EYE DISEASES

[1]Amur state medical academy of the Ministry of the Russia,
Russia, 675000, Blagoveshchensk, Gorkogo, 95; tel. 8 (4162) 319-009. E-mail: amurgma@list.ru;
[2]Krasnoyarsk state medical university named prof. V. F. Voino-Yasenetsky,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Zheleznyak, street, 1

Level of primary disability of adult population of the Amur region from 2005 to 2011 owing to eye diseases decreased with $6,0^0/_{000}$ to $1,4^0/_{000}$. In structure of disability the urban population prevails. In the Amur region, by data on the extremity of 2011, primary disability of the I group made 28%, the II groups – 25,8% and the III groups – 46,2% that is approximately comparable to distribution on the average across the Russian Federation.

Key words: Amur region, ophthalmopathology, disability.

Введение

Характеристики уровня и причин инвалидности по зрению служат одними из показателей здоровья населения и изменений, происходящих в обществе в целом и в системе здравоохранения. В соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) инвалидность трактуется как «социальная недостаточность вследствие ограничения жизнедеятельности, вызванного нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к необходимости социальной защиты».

В настоящее время показатели инвалидности вследствие глазной патологии в Российской Федерации остаются высокими. Число слепых и слабовидящих в 2011 году в РФ составило около 218 тысяч человек, из которых 103 тысячи слепых, уровень слепоты и слабовидения составил 19,1 на 10 тысяч населения [3]. Особенно неблагоприятным является факт, что 22% в контингенте инвалидов по зрению составляют люди молодого возраста [2]. Установлено, что нуждаемость инвалидов по зрению в медико-социальной реабилитации достигает почти 100%, в том числе в медицинской реабилитации – 96%.

Последнее десятилетие XX и начало XXI века характеризуются неблагоприятными тенденциями в здоровье населения: увеличением заболеваемости, инвалидности и смертности [3, 5, 6, 7, 9]. Особенно эти неблагоприятные явления проявляются среди лиц трудоспособного возраста [1]. Здоровье населения является не только результатом социально-экономического развития, образа жизни, воздействия биологических и природно-экологических факторов, но и существенным капиталовложением, что и определяет необходимость укрепления первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний, определяющих общественное здоровье страны [1, 2, 4, 8].

Материалы и методы

В настоящем исследовании была собрана и обобщена информация по основным показателям, характеризующим первичную инвалидность вследствие болезней глаз и их придаточного аппарата у взрослого населения Амурской области, за достаточно большой промежуток времени (1992–2011), по данным официальной статистики министерства здравоохранения, бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Амурской области и Федеральной службы государственной статистики Амурской области. Показатели рассчитывались на 10 000 населения ($^0/_{000}$). При построении логарифмической линии тренда путём расчёта точек методом наименьших квадратов использовали математическую логарифмическую формулу: $y=c\ln(x)+b$, где c и b – константы, ln – функция натурального логарифма, а X – период времени прогнозирования. При моделировании рассчитывали прогноз на 5 лет.

Результаты и обсуждение

Численность взрослого населения Амурской области на протяжении анализируемого периода колебалась от 625,7 (1992) до 656,5 (2010) тыс. человек (таблица).

Исследуемый период можно условно разделить на два условных временных этапа. Первый этап (1992–2005), за который первичная инвалидность населения Амурской области старше 18 лет увеличилась в 3,3 раза: с 1,8‰ до 6‰. Второй временной этап (2005–2011) характеризовался значительными изменениями исследуемого показателя. Нами отмечено динамичное снижение уровня первичной глазной инвалидности в Амурской области с 6‰ до 1,4‰. Также при изучении динамики первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии у взрослого населения Амурской области нами была получена линия тренда с прогнозом на 5 лет, позволяющая определить изменение этого показателя с математическим значением: первичная инвалидность = 0,8366 ln (X) + 1,414, R^2 = 0,194, где X – период времени, для которого необходим прогноз заболеваемости; R^2 – степень достоверности аппроксимации. Согласно прогнозу, к 2016 году уровень первичной инвалидности в Амурской области, возможно, возрастет до 3,7‰ (рис. 1).

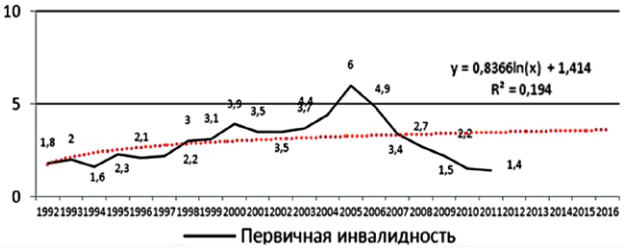

Рис. 1. Первичная инвалидность взрослого населения Амурской области (‰)

Среди городского населения нами были отмечены самые высокие показатели первичной инвалидности. Так, в 1992 году анализируемый показатель составлял 2‰, к 2005-му увеличился до 6,7‰, прирост составил 235%, в среднем на 16,8% в год. Далее отмечался спад, вследствие которого к 2011 году уровень первичной инвалидности городского населения Амурской области старше 18 лет снизился до 1,4‰. В динамике первичной инвалидности сельского населения наблюдались аналогичные изменения: с 1992 по 2005 год планомерный рост с 1,6‰ до 4,7‰, с последующим снижением исследуемого показателя до 1,5‰ к 2011 году (рис. 2).

В структуре первичной инвалидности населения Амурской области практически на протяжении всего периода наблюдения (1992–2011) преобладало городское население. Однако в 2001, 2010 и 2011 годах больше

Абсолютные величины численности взрослого населения Амурской области и число впервые признанных инвалидами вследствие офтальмопатологии

Год	Численность взрослого населения Амурской области (тыс. чел.)	Число впервые признанных инвалидами вследствие офтальмопатологии
1992	625,7	187
1993	631,1	215
1994	634,6	173
1995	631,7	238
1996	630,8	213
1997	636,5	226
1998	638,9	229
1999	640,5	244
2000	641,2	289
2001	639,4	263
2002	647,9	230
2003	639,8	228
2004	623,8	276
2005	626,1	375
2006	631,8	308
2007	636,1	217
2008	642,0	175
2009	648,2	141
2010	656,5	101
2011	648,9	93

Рис. 2. Первичная инвалидность городского и сельского взрослого населения Амурской области (‰)

было инвалидов среди сельского населения. Таким образом, в структуре первичной инвалидности вследствие заболеваний глаз и их придаточного аппарата населения Амурской области средние показатели составили около 55% городского и 45% сельского населения (рис. 3).

Изучив структуру первичной инвалидности по группам за длительный период наблюдения, выявили значительное уменьшение частоты II группы – с 63,3%

Рис. 3. Удельный вес городского и сельского населения в структуре первичной инвалидности по зрению в Амурской области (%)

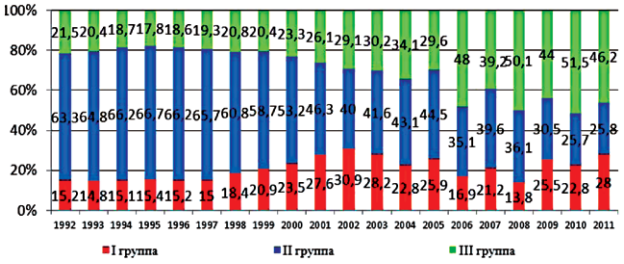

Рис. 4. Распределение впервые признанных инвалидами по группам среди населения Амурской области (%)

(1992) до 25,8% (2011). Частота III группы возросла с 21,5% до 46,2%. Частота I группы первичной инвалидности увеличилась практически в 2 раза: с 15,2% до 28%, с тенденцией к дальнейшему росту (рис. 4).

Таким образом, уровень первичной инвалидности среди взрослого населения Амурской области постепенно возрастал на протяжении 1992–2005 гг., а далее до 2011 года наблюдалось значительное снижение первичной инвалидности по зрению: с 6‰ до 1,4‰. В структуре первичной инвалидности преобладает городское население. В структуре инвалидности по группам отмечен значительный рост доли инвалидности I группы. По сообщению Е. С. Либман (2012), в РФ при первичном освидетельствовании инвалиды I группы составили 21,8%, инвалиды II группы – 35,1% и инвалиды III группы – 43,1% (2011). В Амурской области на конец 2011 года первичная инвалидность I группы составила 28%, II группы – 25,8% и III группы – 46,2%, что в среднем сопоставимо с распределением по Российской Федерации в целом.

Полагаем, выраженное снижение уровня первичной инвалидности к 2011 году при увеличивающейся общей заболеваемости офтальмопатологией связано с тем, что в конце 2004-го было принято постановление правительства, ужесточившее критерии установления инвалидности, а органы медико-социальной экспертизы начали проводить переосвидетельствование.

Необходимо обратить внимание на изменение соотношения между частотой первичной инвалидности среди городского и сельского населения. Наметившаяся в последние годы тенденция к смещению этого показателя в сторону сельского населения может быть обусловлена дефицитом квалифицированных кадров – врачей-офтальмологов и среднего медперсонала в некоторых районах Амурской области. В Российской Федерации имеется общая тенденция к дефициту специалистов-офтальмологов в амбулаторно-поликлинической сети. По данным IX съезда офтальмологов Российской Федерации (2011), практически все регионы РФ испытывают недостаток укомплектованности офтальмологической службы.

Состояние проблемы глазной инвалидности делает актуальным изучение, детализацию и повышение доступности информации о показателях и причинах инвалидности вследствие болезней глаз и их придаточного аппарата в Российской Федерации. Необходимы комплексные исследования эпидемиологии, причин, структуры, заболеваемости, слепоты и инвалидности по зрению. Инвалидность, как заметная социальная проблема, приводит к сокращению продолжительности здоровой жизни и существенному экономическому ущербу. В РФ этому способствуют рост первичного выхода на инвалидность за последние несколько лет темпами, опережающими смертность; увеличение первичной инвалидизации трудоспособного населения; регионализация проблем инвалидности с концентрацией высоких уровней на экономически неблагополучных территориях. С другой стороны, лица, имеющие инвалидность, являются активными пользователями медицинской помощи, составляя существенный контингент пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров. Таким образом, значимость проблемы инвалидности очевидна. Данные об уровне первичной инвалидности служат информационной базой при формировании социальной политики в отношении инвалидов, разработке многопрофильных программ и мер по социальной защите инвалидов, в том числе для осуществления предусмотренной законодательством программы медико-социальной реабилитации инвалидов. Работа в этом направлении будет продолжена.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Величковский Б. Т.* Реформы и здоровье населения // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 45. – С. 28–31.

2. *Выдров А. С., Комаровских Е. Н., Кафанова Н. Ю.* Анализ первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии взрослого населения Амурской области // Здоровье населения и среда обитания. – 2013. – № 3 (240). – С. 89–91.

3. *Либман Е. С., Шахова Е. В.* Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения // Вестник офтальмологии. – 2006. – № 3. – С. 35–37.

4. *Лисицин Ю. П., Улумбекова Г. Э.* Общественное здоровье й здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011. – 544 с.

5. *Максименко Л. Л.* Современные тенденции формирования заболеваемости взрослого населения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – М., 2002. – № 6. – С. 3–5.

6. *Стародубов В. И., Иванова А. Е.* Анализ изменений и прогноз смертности населения в связи с мерами демографической политики // Социальные аспекты здоровья населения: электрон, журн. – 2009. – № 1. URL: http://vestnik. mednet. ru (дата обращения 06. 02. 2011).

7. *Стародубов В. И., Калининская А. А., Шляфер С. И.* Первичная медицинская помощь: состояние, перспективы развития. – М.: Медицина, 2007. – 264 с.

8. *Полунина Н. В.* Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: МИА, 2010. – 544 с.

9. *Щепин В. О., Тишук Е. А.* Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. – С. 3–8.

Поступила 25.07.2013