

**Анализ структуры причин инвалидности на первичном уровне.
The analysis of structure of the reasons of disability at primary level
Жапаров К. А.¹, Кудиева А. И.², Барынбаева А. А.³**

¹Жапаров Келдибек Артыкбаевич / Zhararov Keldibek Artykbayevich – преподаватель,
кафедра хирургии;

²Кудиева Айнура Имангазиевна / Kudieva Ainura Imangazievna – преподаватель;

³Барынбаева Айнура Абдыкаликовна / Barinbaeva Ainura Abdykalikovna – преподаватель,
кафедра сестринского дела,
Медицинский колледж,

Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика

Аннотация: проведен комплексный анализ структуры причин инвалидности по нозологическим формам, по полу и возрастам среди больных, состоявших на учете у врачей Центра семейной медицины г. Ош. Выявлены слабые звенья в структуре причин инвалидности, где требуется усиление работы с помощью специалистов первичного звена. На основании данного изучения и оценки показателей инвалидности сделаны попытки определения некоторых направлений медицинской реабилитации инвалидов в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: инвалиды, первичная инвалидность, первичное звено, реабилитация, медицинская реабилитация, группа инвалидности, Центр семейной медицины, нозологические формы, причина инвалидности, показатели инвалидности.

Инвалидность (лат. invalidus — слабый, немощный) - это стойкое длительное нарушение трудоспособности либо ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием. Понятие «инвалидность» имеет медицинский, юридический и социальный аспекты. За установлением факта инвалидности следует прекращение работы или изменение условий и характера труда и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

Актуальность исследования: общественное здоровье динамично изучается в нескольких направлениях с использованием различных критериев, которые, в основном, предназначены для объективной характеристики изменений общественного здоровья и успешно применяются для планирования ресурсов и координации деятельности системы охраны здоровья населения [1].

Одной из наиболее важных проблем медико-социальной реабилитации инвалидов является решение вопросов профилактики и предупреждения утяжеления заболевания. Специальные исследования показали, что уровень инвалидности зависит от ряда факторов: экологической обстановки, демографической ситуации, экономического и социального уровня развития страны, уровня заболеваемости, качества работы системы здравоохранения и социальной защиты населения. В связи с этим основной задачей профилактики инвалидности является создание благоприятной экологической обстановки, улучшение условий труда и быта, формирование здорового образа жизни, разработка эффективных мер медико-социальной реабилитации [2, 3].

Реабилитация должна быть направлена на то, чтобы отойти от традиционного лечения больных с остаточными явлениями заболеваний и перейти к комплексу мероприятий, включающих медицинские, профессиональные и социальные аспекты [4, 5, 6].

Кроме этого, реабилитация должна включать психологическую педагогическую, техническую помощь и профессиональную реабилитацию инвалидов [7, 8].

Несмотря на некоторые позитивные мероприятия, до настоящего времени не имеется единой системы реабилитации инвалидов, не разработана система контроля и оценки эффективности индивидуальных программ восстановления здоровья. Назрела необходимость в разработке новых современных восстановительных технологий - стандартов основных услуг для различных контингентов населения при проведении реабилитационных мероприятий.

Медико-социальная реабилитация инвалидов в нашей стране предусматривает восстановление или компенсацию утраченных или нарушенных функций организма человека (медицинская реабилитация), восстановление конкурентоспособности инвалида на рынке труда (профессиональная реабилитация), восстановление способностей инвалида к самостоятельной общественной и социально-бытовой жизни (социальная реабилитация). Одним из наиболее важных вопросов медико-социальной реабилитации инвалидов является решение вопросов профилактики и предупреждения утяжеления заболевания [9].

Цель исследования: на основе изучения структуры причин инвалидности и оценки показателей инвалидности сделаны попытки определения некоторых направлений медицинской реабилитации инвалидов в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.

Задачи исследования:

- анализ структуры причин инвалидности по нозологическим формам, по полу и возрастам среди больных, состоявших на учете у врачей Центра семейной медицины;

- оценка показателей инвалидности среди контингентов населения, прикрепленного к врачам ЦСМ г. Ош;
- определение некоторых направлений медицинской реабилитации инвалидов в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.

На различных этапах исследования сбор необходимой информации осуществлялся с использованием экспертной, аналитической, статистической, социологической оценки.

Материалы исследования:

для выяснения общей картины структуры инвалидности, нами изучены отчетные данные медико-информационного отдела Центра семейной медицины г. Ош. По отчетным данным медико-информационного отдела отмечается тенденция роста первичного выхода на инвалидность и общего количества инвалидов. Основными причинами потери трудоспособности у взрослых в последние годы неизменно являются болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, нервной системы, травмы, отравления. А у детей инвалидность наступает, в первую очередь, в результате врожденных аномалий развития и болезней нервной системы. При ретроспективном анализе отчетных данных по инвалидам за последние 3 года основные структурные показатели идентичны, а количественные показатели имеет вектор развития. Для большей достоверности исследования были изучены данные за последний год.

Из прикрепленных к лечебно-профилактическому учреждению 24 175 человек, количество зарегистрированных лиц с ограниченными возможностями здоровья – 356 (1,47 %), в том числе мужчин - 173 (48,5 %) и женщин - 183 (51,5 %).



Диаграмма 1. Распределение инвалидов по полу

Согласно диаграмме № 1, количество лиц с ограниченными возможностями здоровья женского пола незначительно превалирует над лицами мужского пола. Как видно из диаграммы № 2, дети и подростки до 18 лет с установленными признаками инвалидности составили - 67 человек (18,8 %), а взрослые – 289 (81,2 %).

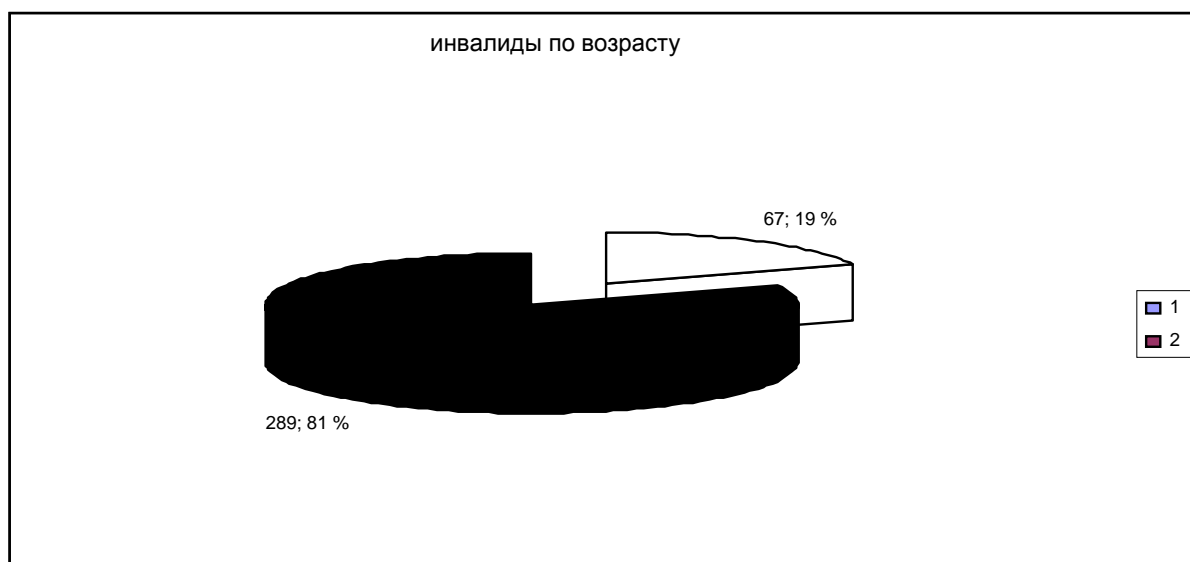


Диаграмма 2. Распределение инвалидов по возрасту

По нозологическим формам состав лиц с ограниченными возможностями здоровья у взрослого населения выглядит таким образом:

Таблица 1. Причины инвалидности у взрослых

наименование	Состояло инвалидов				В т. ч. признано впервые				Женский пол
	всего	1 гр	2 гр	3 гр	всего	1 гр	2 гр	3 гр	
Всего	289	19	180	90	31	3	17	11	152
Инфекцион. бол новообразования	3	0	3	0	0	0	0	0	3
Б-ни эндокрин.с	18	2	12	4	10	2	6	2	13
Психич. болезни	30	1	22	7	0	0	0	0	19
Болезни нерв. с	2	0	1	1	0	0	0	0	1
Болезни нерв. с	38	3	29	6	1	0	1	0	18
Болезни глаз	18	4	9	5	2	1	1	0	7
Болезни уха	9	0	2	7	0	0	0	0	2
Бол. кровообращ	47	3	35	9	5	0	3	2	17
Бол. орг. дыхания	17	0	10	7	0	0	0	0	12
Бол. ЖКТ	15	2	5	8	3	0	1	2	12
Бол. кост-мышеч.	42	2	32	8	3	0	1	2	25
Б-ни МПС	2	0	1	1	0	0	0	0	2
Врожд. аномалии	12	1	7	4	2	0	1	1	6
Травмы, отравления	34	1	10	23	5	0	3	2	15
Прочие	2	0	2	0	0	0	0	0	0

При изучении нозологических причин потери трудоспособности у взрослого населения выявлено, что наиболее частыми причинами являются болезни системы кровообращения – 47 (16,2 %), в виде ишемических болезней сердца. Далее идут болезни костно-суставной системы – 42 (14,5 %), болезни нервной системы – 38 (13,1 %), травмы и отравления – 34 (11,7 %) и болезни эндокринной системы – 30 (10,3 %). В целом многие болезни, приводящие к потере нетрудоспособности у обоих полов, зарегистрированы примерно одинаково, за исключением некоторых. Например: новообразования у женщин встречаются почти 1,5 раза чаще, а болезней систем кровообращения с инвалидным исходом у мужчин зарегистрировано в 2,8 раза больше. Показатель общей инвалидности взрослого населения (распространенность инвалидности) - 17,84 %, показатель первичной инвалидности взрослого населения - 1,91 %, что соответствует средним показателям регионов Российской Федерации. (А. Г. Захарьян ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Новосибирск).

Таблица 2. Причины инвалидности у детей

наименование	инвалидов	В т. ч. 7-17лет	Женский
--------------	-----------	-----------------	---------

					пол
	всего	первичные	всего	первичные	
Б-ни крови	1	1	0	0	0
Б-ни эндокрин.	1	1	0	0	0
Б-ни нерв. сис.	24	2	16	1	10
Б-ни глаз	5	0	5	0	4
Б-ни уха	2	0	1	0	1
Б-ни орг. дыхан.	1	1	1	1	0
Б. кост. мышеч.	4	0	2	0	1
Вр. аномалии	29	14	4	2	14
Всего	67	19	29	4	31

Показатель общей инвалидности детского населения (распространенность детской инвалидности) - 8,39 %, показатель первичной инвалидности детского населения - 3,63 %. Удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами - 16,85 %.

Основными причинами инвалидности у детей (таблица № 2) являются врожденные аномалии развития - 29 (43,2 %) и болезни нервной системы – 24 (35,8 %). Признаки инвалидности у лиц обоих полов встречаются примерно в одинаковой пропорции, за исключением патологии органов зрения, где девочки на 80 % преобладают над мальчиками.

Степень потери трудоспособности может быть разной: от ограничения трудоспособности по основной специальности до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности устанавливаются три группы инвалидности.

В структуре инвалидности по группам основную долю составляют инвалиды 2 группы, что соответствует средним республиканским отчетным данным.



Диаграмма 3. Структура инвалидности по группам

Как видно из диаграммы № 3, 62 % инвалидов взрослого населения составляют лица с признаками нетрудоспособности 2 группы, инвалиды 1 и 2 группы составили соответственно - 7 % и 31 %. Если во второй и третьей группах инвалидности мужчины и женщины зарегистрированы в одинаковом количестве, то в первой группе мужчин встречается в три раза больше. В ходе изучения данной темы выяснено, что мужчины меньше следят за своим здоровьем, чем женщины. Они реже обращаются к врачам, плохо выполняют назначения врача, часто срывают медицинские процедуры, что являются основными причинами запущенности состояния здоровья у мужчин.

1 группа инвалидности - это стойкие и тяжелые нарушения функций организма, при которых больные утрачивают трудоспособность полностью постоянно или длительно и нуждаются в посторонней помощи, уходе или надзоре. В отдельных случаях инвалиды первой группы приспосабливаются к отдельным видам труда в особо созданных условиях. В наших исследованиях заболеваниями, которые часто приводили к таким состояниям, являлись, в первую очередь, болезни глаз. Глаукомы с полной потерей зрения составили - 21 % причин инвалидности 1 группы, болезни нервной системы и систем кровообращения - по 15,7 %, новообразования, болезни систем пищеварения и костно-суставной системы - по 10,5 %, болезни эндокринной системы, врожденные аномалии развития и травмы, отравления составили по 5,2 %.

Основную долю составляют больные 2 группы инвалидности, при которой отмечаются значительно выраженные функциональные нарушения, не вызывающие необходимости в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны. При некоторых случаях больным разрешают труд в специальных условиях или на дому. Здесь на первом месте стоят болезни системы кровообращения - 19,4 %. В ходе исследования специалистами названа основная причина данной обстановки - гиподинамия и курение. Удельный вес болезней костно-мышечной системы - 17,7 %, болезней нервной системы - 16,1 %. Далее идут болезни эндокринной системы - 12,2 %, новообразования - 6,6 %, болезни органов дыхания и травмы, отравления - по 5,5 %, болезни глаз - 5 %, врожденные аномалии развития - 3,8 %, болезни органов пищеварения - 2,7 %, инфекционные болезни - 1,6 %, болезни уха - 1,1 %, психические болезни и болезни мочеполовой системы - 0,55 %.

При 3 группе инвалидности отмечается значительное снижение трудоспособности вследствие хронических заболеваний или анатомических дефектов. Больные нуждаются в значительных изменениях условий труда в своей профессии, что приводит к снижению квалификации. Основную часть данной группы инвалидов составляют больные после травм, которые в первую очередь нуждаются в медицинской реабилитации - 25,5 %. Больные с проблемами сердечно-сосудистой системы, освидетельствованные 3 группы инвалидности составили - 10 %, с болезнями желудочно-кишечного тракта и костно-суставной системы - по 8,8 %, с болезнями эндокринной системы и органов дыхания - по 7,7 %. Удельный вес патологий нервной системы - 6,6 %, глаз - 5,5 %, новообразований и врожденных аномалий - 4,4 %. Психические и урологические больные в данной группе составили 1,1 %.

Таким образом, в ходе исследования выявлено, что основные причины и показатели инвалидности в г. Ош соответствуют средним показателям по республике и некоторым данным регионов Российской Федерации (А. Г. Захарьян ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Новосибирск). Количество лиц с ограниченными возможностями здоровья женского пола незначительно превалирует над лицами мужского пола. Дети и подростки до 18 лет с установленными признаками инвалидности составили - 67 человек (18,8 %), а взрослые - 289 (81,2 %). Наиболее частыми причинами инвалидности у взрослых являются болезни системы кровообращения - 47 (16,2 %), в виде ишемических болезней сердца. Далее идут болезни костно-суставной системы - 42 (14,5 %), болезни нервной системы - 38 (13,1 %), травмы и отравления - 34 (11,7 %) и болезни эндокринной системы - 30 (10,3 %). Новообразования у женщин встречаются почти 1,5 раза больше, а болезней систем кровообращения с инвалидным исходом у мужчин зарегистрировано в 2,8 раза больше. Основной причиной инвалидности у детей являются врожденные аномалии развития - 29 (43,2 %) и болезни нервной системы - 24 (35,8 %). 62 % инвалидов взрослого населения составляют лица с признаками нетрудоспособности 2 группы, инвалиды 1 и 2 группы составили, соответственно - 7 % и 31 %.

Практические рекомендации:

1. С учетом того, что инвалиды в Кыргызстане относятся к малообеспеченным слоям населения (низкие социальные пособия, отсутствие работы и т. д.), необходимо, в первую очередь, обеспечить доступность и качество медицинской помощи, в том числе реабилитации, путем усиления работы и улучшения материально-технической базы первичного звена.

2. С учетом того, что основными причинами стойкой потери нетрудоспособности являются болезни систем кровообращения, костно-суставной, нервной и эндокринной систем, травмы и отравления, необходимо максимально использовать узких специалистов первичного звена для реабилитации, профилактики и предупреждения утяжеления заболевания.

3. С учетом того, что реабилитация инвалидов - долгая и трудоемкая работа необходимо разработать единой системы реабилитации инвалидов, системы контроля и оценки эффективности индивидуальных программ восстановления здоровья.

4. С учетом того, что до настоящего времени не имеется единой системы реабилитации инвалидов, назрела необходимость в разработке новых современных восстановительных технологий - стандартов основных услуг для различных контингентов населения при проведении реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость работы: на основании материалов проведенного исследования можно разработать и внедрить в практическую медицину перспективную модель стандартов комплексной медицинской реабилитации инвалидов. Материалы проведенного исследования можно использовать в работе органов управления здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций, а также для подготовки специалистов системы ОМС и здравоохранения, повышения их квалификации.

Литература

1. *Каратаев М. М., Абдраимов Т. С., Мойдинов У. Р.* Основные направления улучшения системы контроля качества / Наука и новые технологии, Бишкек. - 2009. - № 1-2. - С. 212-214.
2. *Царик Г. Н.* Социально-экономические аспекты разработки модели многоуровневой системы оказания медицинской помощи / Г. Н. Царик. Кемерово, 2000. - 59 с.
3. Эффективность медицинской реабилитации на санаторном этапе / В. Н. Преображенский, В. Е. Васюрин, А. А. Матвеев и др. // Воен.-мед. журн. 1997. - № 9. - С. 33-35.

4. *Смычек В. Б.* Организация медицинской реабилитации в Федеративной Республике Германия / В. Б. Смычек // Медицинские новости. - 2004. № 9. - С. 48-51.
5. *Юрковский О. И.* Базовые принципы построения комплексной системы реабилитации пострадавших при ЧС, ДТП и в локальных конфликтах / О. И. Юрковский // Пробл. управления здравоохранением. 2005. - № 1. - С. 45-46.
6. *Холопов А. П.* 2-й Международный симпозиум врачей «Традиционные и нетрадиционные методы реабилитации больных» 20, 22 сентября 1994 г., Анапа) / А. П. Холопов // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 1995. - № 3. - С. 49-50.
7. Система медико-социальной реабилитации лиц, работающих в экстремальных профессиональных условиях / Е. И. Нестеренко, Х. Э. Абанто, Васкес // Российский мед. журн. 2001. - № 4. - С. 10-12.
8. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья: основные термины и понятия / Л. Е. Сырцова, А. М. Калинина // Медицинская сестра. 2003. - № 2. - С. 2-3.
9. *Медведева А.* Работа лечебно-профилактических учреждений в современных условиях / А. Медведева, В. Гройсман / Врач. 2003. - № 12. - С. 56-57.