

Научные исследования

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА: ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ, ПРИЧИНЫ И ТЯЖЕСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ

¹ Т.Н.Глинская, ² М.В.Щавелева

¹ Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, п. Городище, Минский район

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Проанализированы динамика и структура причин первичной инвалидности (ПИ) с учетом ее тяжести у женщин трудоспособного возраста, проживающих в Республике Беларусь, за период 2002–2009 гг. Исследованы особенности формирования и динамики ПИ с высокой тяжестью у данной когорты населения. Отмечена четкая тенденция к снижению уровня ПИ. Выявлено неравнозначное влияние различных классов заболеваний на динамику изученных показателей инвалидности.

Женское население трудоспособного возраста составляет 48,3% в структуре трудоспособного населения страны. В ряде отраслей экономики, включая здравоохранение, большая часть работающих – женщины. Трудопотери, связанные с инвалидностью женщин трудоспособного возраста, вносят значимый вклад в недопроизводство внутреннего валового продукта, наносят экономический ущерб и ухудшают медико-демографическую ситуацию.

В статье приведены результаты анализа динамики первичной инвалидности (ПИ) и ее тяжести у женщин трудоспособного возраста (18–54 года), проживающих в Республике Беларусь. Источником информации о первичной инвалидности служили данные информационной системы «Инвалидность» (РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации) за восьмилетний период наблюдения (2002–2009 гг.).

За указанный период показатель ПИ женского населения в трудоспособном возрасте уменьшился с 32,8 до 20,4 на 10 тыс. человек данной половозрастной группы. Темп прироста составил -37,7% (или -12,4 на 10 тыс. населения) (рис. 1).

Основными причинами ПИ женского населения в течение всего анализируемого периода были следующие классы болезней: новообразования; болезни системы кровообращения (БСК); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; психические расстройства; травмы. Снижение показателя ПИ характерно для каждого из

перечисленных классов. Наиболее быстрыми темпами шла убыль показателя ПИ при БСК – -55,9%; психических расстройствах – -44,4%; болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани – -43,9%. При новообразованиях убыль показателя была менее значимой и составила -19,4%; при травмах – -21,7% (рис. 1).

В 2002–2009 гг. уровень тяжелой инвалидности (первой и второй групп) женского населения в трудоспособном возрасте изменялся в пределах 14,9–10,9 на 10 тыс. населения с тенденцией к постоянному снижению. Отрицательный темп прироста показателя тяжелой инвалидности за анализируемый период составил -26,6% (или -4,0 на 10 тыс. населения). На тяжелую инвалидность



Рис. 1. Динамика ПИ и ПИ по причинам женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

в структуре ПИ населения данной половозрастной группы приходилось 45,4–55,0% (рис. 2).

Динамика показателя менее тяжелой инвалидности, установленной впервые (III группа), характеризовалась еще большей вариацией: от 17,9 до 9,4 на 10 тыс. женского населения трудоспособного возраста, а также более выраженной тенденцией к снижению показателя: темп прироста – -46,9% (или -8,4 на 10 тысяч соответствующего населения) (рис. 3).

Таким образом, снижение уровня менее тяжелой ПИ внесло наиболее заметный вклад в результирующее значение показателя ПИ для данной половозрастной группы, составив 67,9% значения абсолютного прироста показателя ПИ.

У женщин трудоспособного возраста существенно различается динамика ПИ с учетом ее тяжести по причинам, прежде всего, по выраженности темпов отрицательного прироста.

Рисунок 4 иллюстрирует динамику изучаемых показателей при новообразованиях. Уровень тяжелой ПИ в течение анализируемого периода изменился незначительно (снижение на 11,5%), в то же время показатель ПИ III группы снизился на

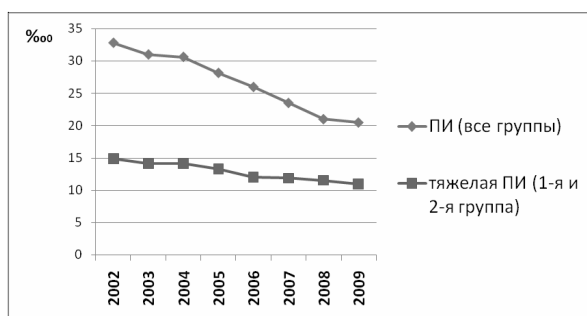


Рис. 2. Динамика ПИ и тяжелой ПИ женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

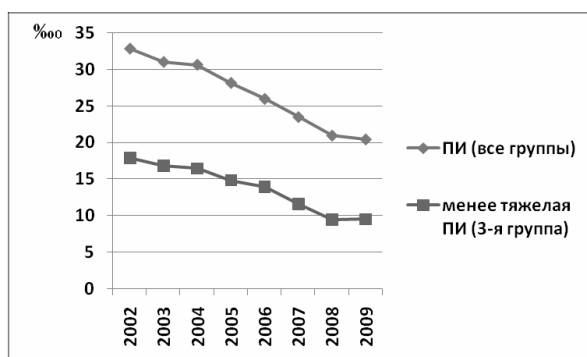


Рис. 3. Динамика ПИ и менее тяжелой ПИ женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

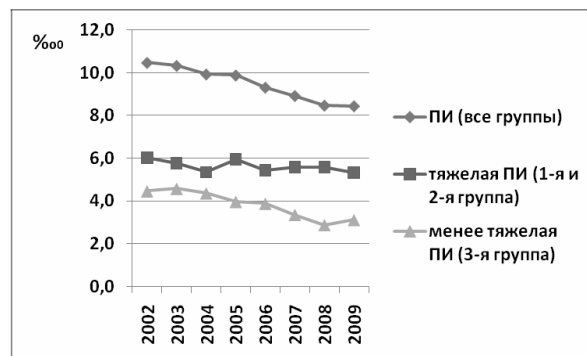


Рис. 4. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие новообразований у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

треть (30,3%), результирующий уровень ПИ для всех групп уменьшился на 19,4%. В течение всего периода наблюдения уровень тяжелой ПИ был выше показателя, регистрируемого для менее тяжелой инвалидности.

Особого внимания заслуживает ситуация с ПИ, обусловленной классом болезней системы кровообращения. Уровень ПИ вследствие сердечно-сосудистой патологии за восемь лет у женщин трудоспособного возраста снизился более чем в два раза (на 55,9%), в первую очередь, за счет менее тяжелой ПИ (темп снижения для которой составил -64,4%). Показатель тяжелой ПИ уменьшился на 42,6%, то есть достаточно значимо, также внося свой вклад в формирование итогового значения совокупного уровня инвалидности, установленной впервые. В течение первых 5 лет наблюдения (2002–2006 гг.) уровень менее тяжелой ПИ превышал показатель инвалидности с высокой тяжестью в 1,4–1,6 раза. К концу периода наблюдения (2007–2009 гг.) уровни ПИ различной степени тяжести практически сравнялись, а в 2008 г. зафиксировано более высокое значение показателя ПИ с высокой тяжестью (рис. 5). Данный факт требует дополнительного анализа.

Основной вклад в структуру инвалидности, установленной впервые, вследствие БСК вносили четыре группы заболеваний (в порядке убывания): цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертония, хронические ревматические болезни сердца. Данный рейтинг ведущих причин был характерен для начала периода наблюдения. К 2009 году уровень ПИ в целом и менее тяжелой ПИ при артериальной гипертонии уменьшился в 9,0 раз, а тяжелой ПИ по той же причине – в 10 раз. Это обусловило снижение рейтинга названной причины до 4-го места и повысило значимость хронических рев-

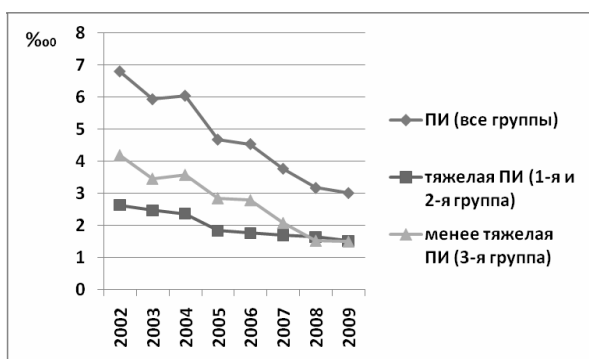


Рис. 5. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней системы кровообращения у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

матических болезней сердца, переместив их на 3-е место, несмотря на одновременное снижение изучаемых показателей при ревматических болезнях сердца в 2,5–2,8 раза (рис. 6–8). Показатели инвалидности, установленной впервые, при ИБС за тот же период времени снизились у женщин трудоспособного возраста в 1,6–1,8 раза.



Рис. 6. Динамика ПИ вследствие болезней системы кровообращения по причинам у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)



Рис. 7. Динамика тяжелой ПИ вследствие БСК по причинам у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)



Рис. 8. Динамика менее тяжелой ПИ вследствие БСК по причинам у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Для артериальной гипертонии и хронических ревматических болезней сердца максимальный отрицательный темп прироста был отмечен для показателя тяжелой ПИ (I и II группа), для ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней – для показателя третьей группы.

Абсолютный отрицательный прирост ПИ при БСК у женщин трудоспособного возраста обусловил 30,6% всего абсолютного отрицательного прироста первичной инвалидности в данной половозрастной группе.

Уменьшение уровня первичной инвалидности при БСК сопровождалось некоторым снижением показателя смертности трудоспособного женского населения от той же причины (рис. 9).

В 2004 г. (середина анализируемого периода) на каждый случай смертельного исхода от БСК приходился один случай инвалидности, установленной впервые (около 6 случаев на 10 тыс. населения). К концу периода наблюдения (2009 г.) число смертельных исходов составляло около 5 случаев на 10 тыс. населения, число случаев ПИ сократилось в 2 раза, составив 3 случая на 10 тыс. населения.

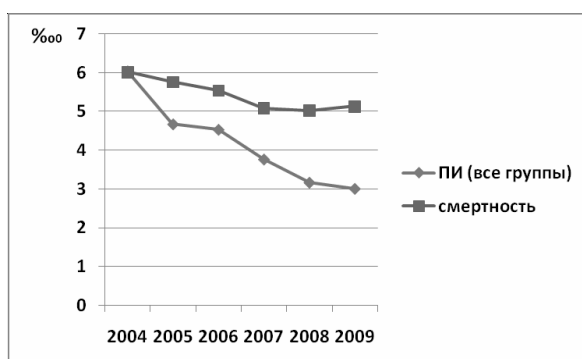


Рис. 9. Динамика ПИ и смертности вследствие БСК у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Анализ динамики ПИ женщин трудоспособного возраста при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани показал, что имеется четко выраженная тенденция к снижению данного показателя преимущественно за счет инвалидности III группы: темп прироста – -42,9%, абсолютный прирост – -1,2 на 10 тыс. населения (рис. 10). Меньший вклад в снижение совокупного показателя ПИ внесла тяжелая ПИ (абсолютный прирост -0,4 на 10 тыс. населения).

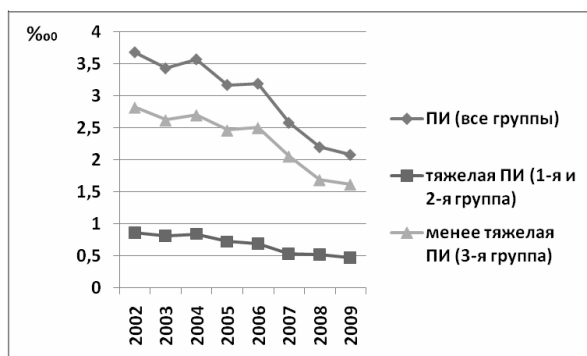


Рис. 10. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Для класса психических расстройств, занимавших изначально четвертое место в рейтинге причин ПИ женщин трудоспособного возраста, также было характерно динамичное снижение уровня ПИ преимущественно за счет тяжелой инвалидности, вклад абсолютного прироста данного показателя в убыль уровня ПИ составил 84,8%. Темп прироста показателя тяжелой ПИ составил -47,5%, а абсолютный прирост – -0,84 на 10 тыс. соответствующего населения. Показатель менее тяжелой инвалидности, установленной впервые, колебался в пределах 0,31–0,61 на 10 тыс. населения с максимумом, зарегистрированным в 2005–2006 гг. (рис. 11). Несмотря на то, что основной вклад в снижение уровня ПИ по причине психических расстройств вносит тяжелая инвалидность, сохраняется превышение уровней тяжелой ПИ над показателями менее тяжелой инвалидности в 2,0–4,1 раза.

К наиболее значимым причинам ПИ женщин в возрасте 18–54 лет также относится класс внешних причин (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин).

За анализируемый период наметилась тенденция к снижению показателей ПИ вследствие травм (их последствий) у женщин трудоспособного возраста (рис. 12).

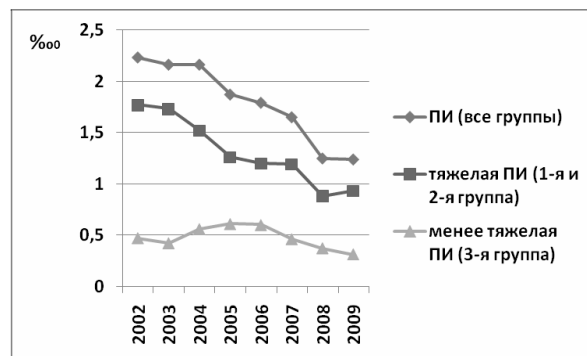


Рис. 11. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие психических расстройств у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

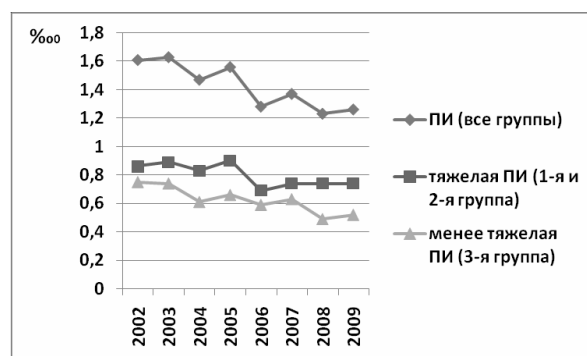


Рис. 12. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие травм у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Основной вклад в убыль инвалидности, установленной впервые, по данной причине внес показатель менее тяжелой инвалидности (темп прироста: -30,7%; абсолютный прирост: -0,2 на 10 тыс. населения). Менее заметно уменьшился показатель тяжелой инвалидности (темп прироста: -14,0%; абсолютный прирост: -0,1 на 10 тыс. населения). Отрицательную динамику показателей обусловили такие локализации травм, как травмы конечностей, последствия травм головы, сочетанные и комбинированные поражения. Для внутричерепных травм регистрировались колебания показателей, тенденция к снижению уровня ПИ отсутствовала или была несущественной (рис. 13).

К концу периода наблюдения (2009 г.) показатель ПИ вследствие травм незначительно превысил таковой для психических расстройств, что вывело класс травм на 4-е место среди ведущих причин инвалидности, установленной впервые, у женщин трудоспособного возраста.

В рейтинге причин ПИ женщин трудоспособного возраста места с 6-го по 10-е в 2002 году занимали следующие классы болезней: болезни глаза; болезни нервной системы; болезни эндо-

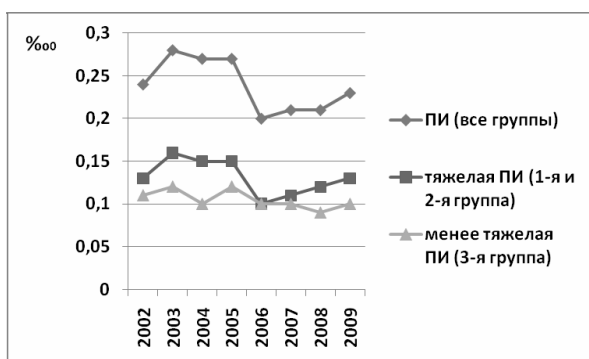


Рис. 13. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие внутричерепных травм у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

кринной системы; болезни органов пищеварения и болезни органов дыхания.

Динамика ПИ при болезнях глаза характеризовалась весьма значительными темпами снижения как совокупного показателя (все группы), так и менее тяжелой инвалидности. Уровень ПИ в целом снизился в 5,5 раз, показатель менее тяжелой инвалидности уменьшился в 8 раз (рис. 14). Уровень тяжелой инвалидности снизился практически в два раза, но из-за исходно низких значений показателя данный факт не оказал существенного влияния на совокупный показатель ПИ.

Такая выраженная отрицательная динамика показателя ПИ повлияла на рейтинговую значимость описываемой причины, в результате чего к 2009 году болезни глаза, как причина ПИ, разделили с болезнями органов дыхания 10-е и 11-е места, переместившись на 4 позиции вниз.

Инвалидность, установленная впервые, у женщин трудоспособного возраста при болезнях нервной системы также характеризовалась тенденцией к снижению показателя, темп прироста составил -30,7%.

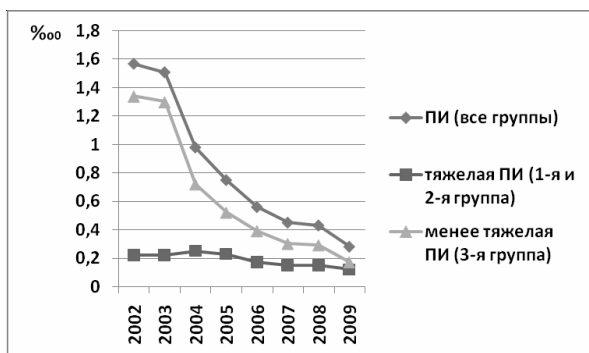


Рис. 14. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней глаз у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Это произошло в равной степени за счет тяжелой инвалидности и инвалидности III группы (менее тяжелой) (рис. 15). Темп прироста показателя тяжелой инвалидности при болезнях нервной системы составил -31,1%, абсолютный прирост – -0,23 на 10 тыс. населения; для показателя менее тяжелой ПИ соответственно -30,4% и абсолютного – -0,24 на 10 тыс. населения. При этом к концу периода наблюдения показатели ПИ с различной тяжестью практически сравнялись. Уровень тяжелой инвалидности вследствие заболеваний нервной системы максимально снизился в 2003 г., затем темп прироста замедлился; показатель же менее тяжелой инвалидности начал заметно снижаться, начиная с 2008 г.

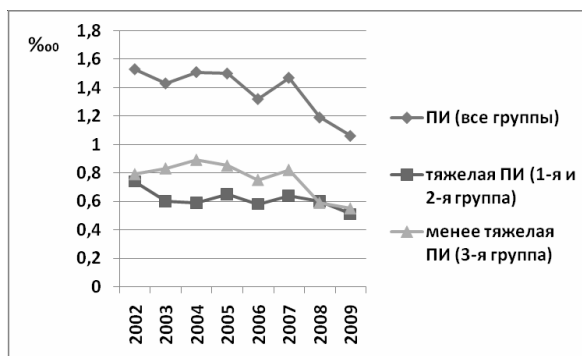


Рис. 15. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней нервной системы у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

К 2009 г. данный класс болезней занимал 6-е место в структуре причин инвалидности, установленной впервые, у женщин трудоспособного возраста.

Динамика ПИ при болезнях эндокринной системы женщин трудоспособного возраста неоднозначна. До 2005 г. наблюдался рост показателя за счет менее тяжелой ПИ на фоне практически не меняющихся уровней тяжелой инвалидности. С 2006 г. регистрируется существенное снижение всех трех показателей, причем максимальный вклад в снижение уровня ПИ внес показатель менее тяжелой инвалидности (3-я группа).

В 2009 г. зарегистрирован определенный рост совокупного показателя ПИ по данной причине и рост показателя менее тяжелой инвалидности, хотя уровень тяжелой инвалидности продолжал снижаться (рис. 16).

По отношению к уровню 2002 года темп прироста составил: для совокупного показателя первичной инвалидности вследствие эндокринной патологии – -33,1%; для показателя тяжелой инвалидности – -59,3%; для показателя менее тяжелой инвалидности – -27,0%. В 2009 году класс болез-

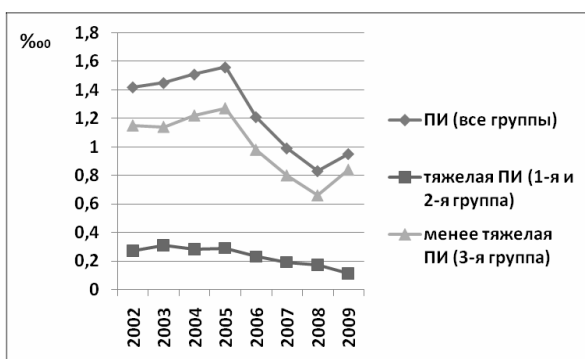


Рис. 16. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней эндокринной системы у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

ней эндокринной системы занял в рейтинге причин первичной инвалидности 7-е место.

ПИ вследствие болезней органов пищеварения характеризовалась тенденцией к определенному росту показателей до 2006 года, а с 2007 года – к значимому снижению. Особенностью является высокая тяжесть инвалидности, установленной впервые. На протяжении всего анализируемого периода показатель тяжелой инвалидности превышал показатель инвалидности III группы в 1,3–1,8 раза (рис. 17).

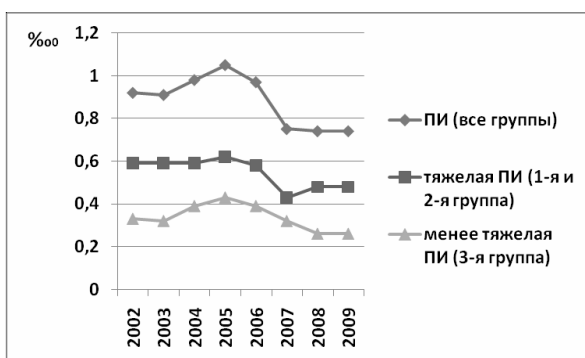


Рис. 17. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней органов пищеварения у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Темп прироста показателей ПИ женщин трудоспособного возраста при болезнях органов пищеварения изменился менее значимо, чем при описанных выше болезнях нервной и эндокринной систем, болезнях глаза. Для совокупного показателя темп прироста составил -19,6%; тяжелой инвалидности – -18,6%; менее тяжелой инвалидности – -21,2%. К 2009 году данный класс болезней занимал 8-е место в структуре причин ПИ у женщин трудоспособного возраста.

Динамика показателей инвалидности, установленной впервые, при болезнях органов дыхания

(ОД) у изучаемой половозрастной группы приведена на рис. 18. До 2007–2008 гг. показатели имели ярко выраженную тенденцию к снижению, особенно показатели ПИ в целом и инвалидности III группы. Все показатели инвалидности, оцениваемые с позиции тяжести, уменьшились более чем в два раза.

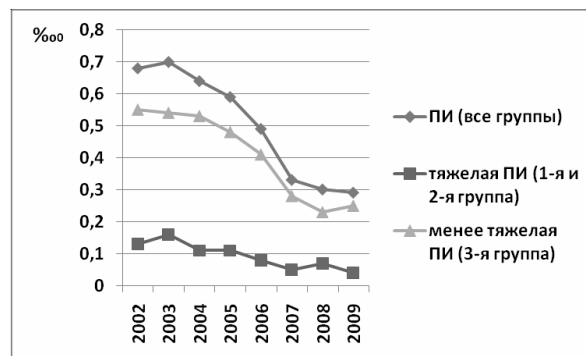


Рис. 18. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней органов дыхания у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

Значительный вклад в уменьшение показателя ПИ при болезнях ОД внесла инвалидность III группы. Уменьшение показателя менее тяжелой инвалидности обусловило более 75,0% абсолютного отрицательного прироста показателя ПИ по данной причине у женщин трудоспособного возраста.

Столь значимое снижение показателей привело к изменению рейтинговой значимости такой причины ПИ, как болезни ОД, она снизилась к 2009 году на одну позицию (11-е место), «пропустив вперед» класс болезней мочеполовой системы.

Пять причин ПИ женщин трудоспособного возраста, замыкавших рейтинг в 2002 г., представлены в порядке убывания значимости следующими классами болезней: врожденные аномалии, болезни мочеполовой системы; туберкулез; болезни уха и болезни крови.

Из-за малых значений показателей ПИ, не превышающих 0,5 на 10 тыс. населения, рейтинг причин теряет свою значимость. Значительно больший объем аналитической информации дают оценка тяжести инвалидности, установленной впервые, в динамике и констатация размаха колебаний показателя с расчетом средних величин (при условии достоверности каждого из значений вариационного ряда – ряда динамики).

Ниже приведены особенности изменения во времени показателей инвалидности при врожденных аномалиях (рис. 19). Темп отрицательного прироста показателей ПИ превысил -60,0%. В ос-

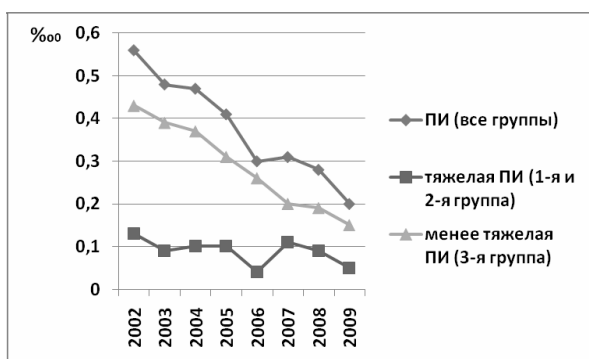


Рис. 19. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие врожденных аномалий у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

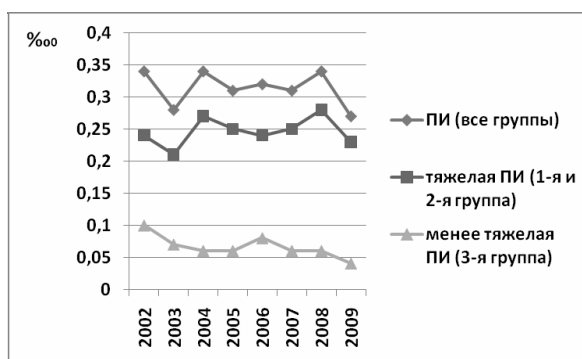


Рис. 21. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие туберкулеза у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

новном снижении произошло за счет показателя менее тяжелой ПИ (вклад абсолютного прироста показателя в снижение совокупной инвалидности, установленной впервые, составил 77,8%). Динамика показателя тяжелой инвалидности носила разнонаправленный характер в течение периода наблюдения, размах колебаний составил от 0,04 на 10 тыс. населения (2006 г.) до 0,13 на 10 тыс. населения (2002 г.).

ПИ вследствие болезней мочеполовой системы у женщин трудоспособного возраста характеризовалась высокой тяжестью и волнообразной динамикой (рис. 20).

Динамика показателей ПИ при туберкулезе является неблагоприятной (рис. 21). Характерна высокая тяжесть инвалидности с превышением показателя тяжелой инвалидности над уровнем показателя инвалидности III группы в 2,4–5,8 раз, при этом максимум превышения достигнут в 2009 г. Именно тяжелая инвалидность формировала совокупный показатель ПИ при туберкулезе и влияла на его динамику. Из-за постоянных ко-

лебаний показателя темп прироста к базовому уровню 2002 года не позволяет оценить истинный характер изучаемого явления. Заметна лишь тенденция к снижению уровня менее тяжелой инвалидности (темп прироста – -60,0%).

Минимальный вклад в структуру причин первичной инвалидности женщин трудоспособного возраста вносил класс болезней уха (диапазон колебаний значений от 0,04 до 0,11 на 10 тыс. населения или менее 0,5%).

Для данного класса причин характерна крайне низкая тяжесть инвалидности и выраженная тенденция к снижению совокупного показателя инвалидности, установленной впервые, за счет менее тяжелой ПИ.

Проведенный анализ позволил разделить нозологические причины ПИ на 2 группы: с **высокой тяжестью инвалидности** (показатели тяжелой ПИ – инвалидности первой и второй групп – выше, чем показатели ПИ третьей группы, или уровни обоих показателей практически равны) и с **низкой тяжестью инвалидности** (показатели

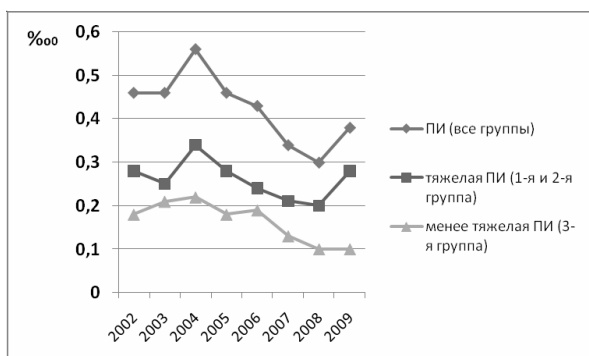


Рис. 20. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней мочеполовой системы у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

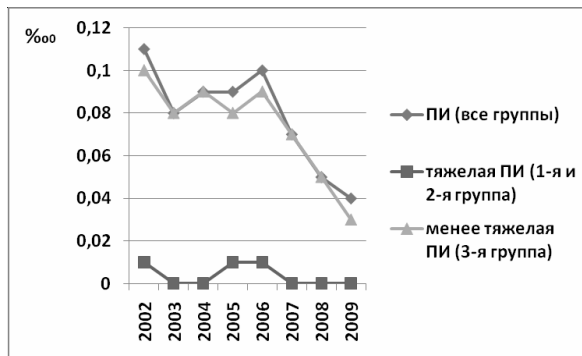


Рис. 22. Динамика ПИ, тяжелой и менее тяжелой ПИ вследствие болезней уха у женщин трудоспособного возраста Республики Беларусь за 2002–2009 гг. (на 10 тыс. населения)

тяжелой ПИ ниже, чем показатели менее тяжелой инвалидности, установленной впервые) (табл. 1).

Наибольший интерес с позиций оценки исходов инвалидизирующих заболеваний у лиц трудоспособного возраста представляет динамика ПИ с высокой тяжестью.

С целью выявления особенностей формирования у женщин трудоспособного возраста ПИ с высокой тяжестью (в том числе по отдельным причинам), а также нивелирования колебаний регистрируемых показателей временного ряда проведено сравнение обобщающих показателей для укрупненных интервалов времени (четырёхгодичные интервалы, соответственно 2002–2005 и 2006–2009 гг.). При этом учитывались среднегодовые значения уровней ПИ с высокой тяжестью для женского населения в трудоспособном возрасте, проводились сравнение аналогичных показателей в разные временные интервалы с оценкой достоверности и анализ лидирующих причин тяжелой ПИ.

Данные о средних значениях показателей ПИ с высокой тяжестью женского населения трудоспособного возраста по причинам приведены в табл. 2.

Ведущие причины инвалидности с высокой тяжестью у женщин трудоспособного возраста отличны от основных причин совокупной инвалидности, установленной впервые. Если первые два места по причинам занимают одни и те же классы болезней: новообразования и болезни системы кровообращения, то на третьем месте среди причин инвалидности с высокой тяжестью находятся психические расстройства, далее следуют травмы, болезни нервной системы, болезни костно-мышечной системы, органов пищеварения и туберкулез (табл. 3).

Названные восемь причин обуславливают 93,2% всех случаев первичной инвалидности с высокой тяжестью. Рейтинговые места с 9-го по 11-е занимают классы болезней мочеполовой системы, эндокринной системы и болезней глаз.

Анализ средних многолетних значений показателей ПИ женского населения в трудоспособном возрасте наглядно показал, что по отношению к первому временному отрезку (2002–2005 гг.) произошло снижение интенсивных уровней инвалидности с высокой тяжестью по ряду причин.

Таблица 1

Распределение причин первичной инвалидности женщин трудоспособного возраста с учетом тяжести инвалидности

Классы болезней (заболевания) с высокой тяжестью первичной инвалидности	Классы болезней (заболевания) с низкой тяжестью первичной инвалидности
Новообразования	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
Болезни системы кровообращения (2008–2009 гг.)	Болезни системы кровообращения (2002–2007 гг.)
Психические расстройства	Болезни глаза и его придаточного аппарата
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Болезни эндокринной системы
Болезни нервной системы (2002, 2008, 2009 гг.)	Болезни нервной системы (2003–2007 гг.)
Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания
Болезни мочеполовой системы	Врожденные аномалии
Туберкулез	Болезни уха и сосцевидного отростка

Таблица 2

Показатели первичной инвалидности с высокой тяжестью по причинам для женского населения трудоспособного возраста в 2002–2005 и 2006–2009 гг.

Классы болезней (нозологий)	Средние значения ($M \pm m$)		Достоверность различий (P) между средними	Темп прироста (в процентах)
	2002–2005 $M_1 \pm m_1$	2006–2009 $M_2 \pm m_2$		
Все классы болезней	14,13±0,38*	11,58±0,28*	< 0,05	-18,05
Туберкулез	0,24±0,01*	0,25±0,01*	> 0,05	+4,17
в том числе туберкулез легких	0,18±0,02*	0,18±0,01*	> 0,05	0,00
Новообразования	5,77±0,17*	5,49±0,07*	> 0,05	-4,85
в том числе злокачественные	5,54±0,16*	5,31±0,08*	> 0,05	-4,15
Болезни крови	0,04±0,01	0,03±0,01	-	-25,00

Болезни эндокринной системы	0,29±0,01*	0,18±0,03*	< 0,05	-37,93
в том числе сахарный диабет	0,19±0,01*	0,13±0,02*	< 0,05	-31,58
Психические расстройства	1,57±0,14*	1,05±0,10*	< 0,05	-33,12
в том числе шизофрения	1,00±0,08*	0,71±0,08*	< 0,05	-29,00
Болезни нервной системы	0,65±0,04*	0,58±0,03*	> 0,05	-10,77
Болезни глаза	0,23±0,01*	0,15±0,01*	< 0,05	-34,78
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,01±0,003	0,00	-	-100,00
Болезни системы кровообращения	2,32±0,20*	1,65±0,06*	< 0,05	-28,88
в том числе хронические ревматические болезни сердца	0,21±0,03*	0,12±0,01*	< 0,05	-42,86
в том числе артериальная гипертония	0,25±0,07*	0,07±0,01*	-	-72,00
в том числе ишемическая болезнь сердца	0,60±0,06*	0,39±0,02*	< 0,05	-35,00
в том числе цереброваскулярные болезни	1,05±0,04*	0,84±0,03*	< 0,05	-20,00
Болезни органов дыхания	0,13±0,01*	0,06±0,01*	< 0,05	-53,85
в том числе бронхиальная астма	0,08±0,01*	0,03±0,01	< 0,05	-62,50
Болезни органов пищеварения	0,60±0,01*	0,49±0,04*	> 0,05	-18,33
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,81±0,04*	0,55±0,06*	< 0,05	-32,10
в том числе артропатии и системные поражения	0,43±0,02*	0,35±0,04*	> 0,05	-18,60
в том числе дорсопатии	0,28±0,03*	0,15±0,01*	< 0,05	-46,43
в том числе остеопатии	0,09±0,02*	0,06±0,02	> 0,05	-33,33
Болезни мочеполовой системы	0,29±0,02*	0,23±0,02*	> 0,05	-20,69
Врожденные аномалии	0,11±0,01*	0,07±0,02*	< 0,05	-36,36
Травмы	0,87±0,02*	0,73±0,01*	< 0,05	-16,09
в том числе внутричерепные травмы	0,15±0,01*	0,12±0,01*	> 0,05	-20,00
в том числе плеча и верхней конечности	0,05±0,005*	0,03±0,003	< 0,05	-40,00
в том числе тазобедренного сустава и нижней конечности	0,30±0,01*	0,26±0,01*	< 0,05	-13,33
в том числе захватывающие несколько областей тела, без уточнения, последствия проникающего инородного тела через естественные отверстия	0,11±0,01*	0,12±0,01*	> 0,05	+9,09
в том числе последствия травм головы	0,05±0,01*	0,04±0,01*	> 0,05	-20,00
Прочие болезни	0,08±0,02*	0,07±0,01*	> 0,05	-12,50

* – p < 0,05

Значимый отрицательный абсолютный прирост интенсивного уровня данного показателя был выявлен для семи классов болезней: болезни системы кровообращения (-0,67 на 10 тыс. населения); психические расстройства (-0,52 на 10 тыс. населения); новообразования (-0,28 на 10 тыс. населения); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (-0,26 на 10 тыс. населения); травмы (-0,14 на 10 тыс. населения); болезни эндокринной системы и болезни органов пищеварения (-0,11 на 10 тыс. населения для обоих классов).

Однако не все изменения носили достоверный характер. Наиболее значимый отрицательный темп прироста наблюдался для класса болезней органов дыхания – -53,9% ($p < 0,05$). Колебания темпа прироста от -21,0 до -40,0% отмечались для БСК (-28,9%; $p < 0,05$); для болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (-32,1%; $p < 0,05$); психических расстройств (-33,1%; $p < 0,05$); болезней глаза (-34,8%; $p < 0,05$); врожденных аномалий (-36,7%; $p < 0,05$); болезней эндокринной системы (-37,9%, $p < 0,05$). Темп прироста составил от -15,0% до -20,0% для класса травм (-16,9%; $p < 0,05$).

Достоверные изменения уровней показателя (с сохранением высокой тяжести ПИ) отсутствовали при новообразованиях, болезнях нервной системы, туберкулезе, болезнях органов пищеварения и мочеполовой системы.

Таким образом, оценив динамику и тяжесть ПИ у женщин трудоспособного возраста, можно сделать следующие **выводы**.

1. В течение анализируемого периода была четко выражена тенденция к снижению показателей ПИ. Наиболее значимый вклад в результирующее значение показателя ПИ для данной половозрастной группы внесло снижение уровня менее тяжелой ПИ – инвалидности III группы.

2. Основными причинами ПИ женского населения трудоспособного возраста являлись следующие классы болезней: новообразования; БСК; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; психические расстройства; травмы; болезни нервной системы; болезни эндокринной системы.

3. Причины первичной инвалидности с высокой тяжестью (равный или более высокий уровень показателя тяжелой инвалидности по отношению к показателю ПИ III группы), начиная с третьего рангового места, отличны от причин совокупной инвалидности, установленной впервые. Лидирующие причины ПИ с высокой тяжестью: новообразования, БСК, психические расстройства, травмы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни нервной системы, болезни органов пищеварения.

4. За период 2006–2009 гг. по отношению к периоду 2002–2005 гг. произошло достоверное снижение интенсивного уровня тяжелой инвалидности, установленной впервые, на 18,0%. Основной вклад в снижение данного показателя внесли два класса болезней: БСК и психические расстройства, которые обусловили 46,7% абсолютного отрицательного прироста уровня ПИ с высокой тяжестью. Еще 26,7% абсолютного отрицательного

Таблица 3

Ведущие причины первичной инвалидности (классы болезней (заболевания)) у женщин трудоспособного возраста (2006–2009 гг.)

Место в рейтинге	Первичная инвалидность	Первичная инвалидность с высокой тяжестью
1	Новообразования	Новообразования
2	Болезни системы кровообращения	Болезни системы кровообращения
3	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Психические расстройства
4	Психические расстройства	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
5	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Болезни нервной системы
6	Болезни нервной системы	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
7	Болезни эндокринной системы	Болезни органов пищеварения
8	Болезни органов пищеварения	Туберкулез
9	Болезни глаза	Болезни мочеполовой системы
10	Болезни мочеполовой системы	Болезни эндокринной системы
11	Болезни органов дыхания	Болезни глаза

прироста обусловили три класса болезней: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, новообразования и травмы.

5. Изменения интенсивных уровней ПИ обусловили изменение ранговой значимости для отдельных классов болезней (заболеваний), формирующих ПИ. В частности, вырос ранг для болезней нервной системы, туберкулеза. Соответственно снизился ранг для болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней эндокринной системы.

6. Несмотря на снижение уровня инвалидности, установленной впервые, при большинстве причин, высокая тяжесть ПИ сохранялась для восьми классов болезней: новообразования, БСК, психические расстройства, травмы, болезни нервной системы, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы и туберкулез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глинская, Т.Н. Первичная инвалидность в трудоспособном возрасте женского населения Республики Беларусь (2002–2009 годы) / Т.Н.Глинская, М.В.Щавелева, А.В.Копыток // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. междунар. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы ме-

дицинской экспертизы и реабилитации», Брест, 20 мая 2011 г. – Минск, 2011. – Вып. 13. – С.16–21.

2. Женщины и мужчины Республики Беларусь: статистические сборники за 2002–2010 годы. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь.
3. Показатели инвалидности в Республике Беларусь: информационно-статистические сборники за 2002–2009 годы / В.Б.Смычек [и др.]. – Минск: РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации.

HEALTH OF FEMALE POPULATION IN WORKING AGE: PRIMARY DISABILITY, ITS CAUSES AND DISABILITY SEVERITY

T.N.Glinskaya, M.V.Shaveleva

The dynamics and structure of primary disability (PD) with the regard for its severity in females of the working age, residing in the Republic of Belarus (2002–2009), were analyzed. Peculiarities of PD formation and dynamics with the high level of severity in this cohort of the population were studied. A strong trend towards a decrease in PD level was noted. The nonequivalent effect of various classes of diseases on the dynamics of the studied PD indicators was revealed.

Поступила 08.06.2011 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ВЕЩЕСТВАМИ РАЗЪЕДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

¹ А.Б.Дыбаль, ² М.М.Сачек, ³ И.И.Федосеева

¹ Витебская областная клиническая больница, г. Витебск

² Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

³ Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении, г. Минск

*Разработан алгоритм лечения пациентов с эрозивно-язвенными поражениями желудка, вызванными веществами разъедающего действия. Установлено, что эффективность фармакотерапии поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых отравлениях веществами разъедающего действия (ООВРД) достоверно повышают антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы; эрадикационная терапия *H.pylori*-позитивных пациентов; применение иммуномодулятора деринат, стимулирующего репаративный процесс; своевременная диагностика кандидозной инфекции пищевода и назначение противогрибковой терапии.*

Вещества разъедающего действия – одни из наиболее распространенных этиологических факторов острых отравлений [1]. Особую актуальность отравления приобрели в последние десяти-

летия, вследствие накопления в окружающей среде огромного количества различных химических веществ. Этиологическими факторами при химических ожогах желудочно-кишечного тракта яв-