

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

М.А. ХАЛИЛОВ, М.Ю. ЧЕРНОВ

ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», 302026, г. Орел, ул. Комсомольская, д. 95

Аннотация: в исследовании проанализированы общее состояние, формирование и динамика первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в целом и бронхиальной астмы в частности. Определены пути совершенствования и оптимизация оказания медико-биологической, социальной помощи и комплексного лечения пациентов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, профилактика, болезни органов дыхания.

DESCRIPTION AND FEATURES OF PRIMARY DISABILITY DUE TO ASTHMA

M.A. KHALILOV, M.Y. CHERNOV

Orel State University

Abstract: the study analyzed the general condition, formation and dynamics of the primary disability due to respiratory diseases including bronchial asthma. The ways for improvement and optimization of medico-biological, social care and complex treatment of patients are identified.

Key words: bronchial asthma, prophylaxis

За последние годы в Российской Федерации отмечен значительный прогресс как в диагностике, так и в лечении бронхиальной астмы, стали реализовываться такие программы, как «Глобальная стратегия по лечению и профилактике бронхиальной астмы», «Глобальная инициатива по бронхиальной астме», в которых представлены схемы лечения, принципы современной диагностики и профилактики, направленные на снижение хронической заболеваемости и преждевременной смертности от болезней органов дыхания. Таким образом, внедрение в клиническую практику рекомендаций на основе международной и национальных программ в России привело к стандартизации подходов в фармакотерапии, достоверному улучшению отдаленных исходов лечения, в том числе и к снижению первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания. Однако в стране насчитывается более 1 миллиона больных и ежегодно их число возрастает на 0,5-1%, причем распространенность таких болезней, как бронхиальная астма и хронический обструктивный бронхит колеблется от 3 до 8% среди всего населения. По прогнозам специалистов, XXI век станет веком легочной патологии из-за резких изменений экологии, увеличения числа активных и пассивных курильщиков, и эта группа заболеваний будет делить первые места с патологией сердечно-сосудистой системы и новообразованиями.

Для Орловской области также характерна негативная ситуация. В структуре общей заболеваемости по данным обращаемости в ЛПУ болезни органов дыхания в Орловской области занимают первое место. Согласно статистическим материалам Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области на протяжении последних пяти лет отмечается неуклонный рост показателей. Неуклонный рост заболеваемости органов дыхания связан с нарастающей неблагоприятной экологической обстановкой, постоянно увеличивающимся количеством активных и пассивных табакокурильщиков, выбросом в атмосферу вредных промышленных отходов в условиях низкого уровня технологий безопасности, значительной частотой острых патологий дыхательных путей, вызванных вирусной инфекцией.

Инвалидизация наступает в среднем через 10 лет после установления диагноза, что обуславливает необходимость своевременной диагностики степени тяжести данного заболевания и адекватного лечения.

Актуальность структуры и уровня первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания и их анализ необходимы и для определения частоты возникновения инвалидности при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Анализ возрастной структуры изучаемого контингента инвалидов проводился по данным учетной формы 7-Собес, утвержденной постановлением Росстата от 11.10.2006г. № 59. По данным ГБ МСЭ по Орловской области за период 2005-2009 гг. впервые признаны инвалидами вследствие болезней органов дыхания 562 человека, из них 246 (43%) инвалидов вследствие бронхиальной астмы.

Изучение численности *впервые признанных инвалидами* (ВПИ) вследствие болезней органов дыхания показало, что на протяжении пятилетнего периода (2005-2009 гг.) общее число инвалидов с данной патологией имело тенденцию к снижению (с 204 человек в 2005 г., до 129 в 2006 г., 79 в 2007 г., 85 в 2008 г. и до 65 в 2009 г.).

Результаты и их обсуждение. В структуре инвалидности по возрасту за пять лет инвалиды молодого возраста составили 50 человек, или 8,9% от общего числа, среднего возраста 172 человека, или 30,6% от общего числа, преобладали инвалиды пенсионного возраста 340 человек, или 60,5%.

Удельный вес инвалидов молодого возраста (женщины и мужчины до 44 лет включительно) в 2005 г. составлял 8,8% затем увеличился до 9,3-10,2% в 2006-2007 гг., а в 2008-2009 гг. вновь снизился до 9,4-6,2% соответственно.

Удельный вес инвалидов среднего возраста (45-54 лет женщины, 45-59 мужчины) составлял 24,5-33,3% в 2005-2006 гг., уменьшился до 22,8% в 2007 году, и вновь возрос до 38,8-43% в 2008 и 2009 годах соответственно. Рост показателей в 2008-2009 гг. вероятнее всего связан с тем, что эта категория лиц стала более уязвимой, так как в последние годы резко снизились темпы промышленного производства, возросла безработица, вследствие чего больные трудоспособного возраста в условиях отсутствия работы остались без средств к существованию, что значительно ухудшило качество их жизни.

Отмечен наибольший удельный вес инвалидов пенсионного возраста. Этот показатель на протяжении анализируемого периода имел ежегодные колебания: в 2006г. уменьшился до 57,4% ,в сравнении с 66,7% 2005 года, увеличился в 2007 г. до 67%, и вновь снизился до 51,8-50,8% в 2008-2009 годах соответственно.

Представленные данные свидетельствуют о том, что в структуре первичной инвалидности, больше всего инвалидов пенсионного возраста, т.е. больше половины всех больных. Однако в последние годы наблюдается уменьшение данного контингента инвалидов, что можно объяснить более стабильным социальным положением пенсионеров. Индексация пенсий в последние годы позволила этой категории больных обеспечить себя более адекватным современным лечением, что в свою очередь привело к меньшему числу тяжелых форм заболеваний, сделало их контролируемыми, в результате чего улучшилось качество жизни больных и в меньшей степени стало ограничивать их жизнедеятельность.

Анализ ВПИ вследствие болезней органов дыхания по тяжести в Орловской области показал, что удельный вес инвалидов I группы, за пять лет составил 0,9% (всего 5 человек). Больше всего инвалидов II группы – 57,8% (325 человек). Незначительно меньше инвалидов III группы, за пять лет их процент составил 41,3% (232 человека). Такое процентное распределение по группам инвалидности связано с тем, что на МСЭ направляются больные с более тяжелыми формами болезней органов дыхания и с более выраженными осложнениями данной патологии.

Анализ структуры инвалидности по возрастным группам с учётом тяжести выявил следующие особенности: всего в контингенте ВПИ молодого возраста инвалидов I группы не было. Инвалиды II группы составляли 44,4% в 2005 г., 33,3% в 2006 г. и 50% в 2007, 2008 и 2009 годах соответственно. III группы – 55,6% и 66,7% в 2005-2006 годах, и по 50% в 2007, 2008, 2009 годах соответственно.

В контингенте инвалидов среднего возраста I группа так же не определялась ни одному больному.

Показатель II группы был в пределах 14,3-51,2%. В сравнении с 2005г. в 2006 году он повысился с 48 до 51,2%, затем снизился до 38,9% в 2007 году, вновь возрос до 45,5% и резко упал до 14,3% в 2009 году.

Удельный вес инвалидов III группы так же имел ежегодные колебания показателей. В 2005г. он составлял – 52%, в 2006 г. – 48,8%, в 2007 г. – 61,1%, в 2008 г. – 54,5%, в 2009 г. – 85,7%.

Снижение удельного веса инвалидов II группы и соответственно увеличение III группы в 2009 году можно объяснить значительным улучшением льготного обеспечения более современными лекарственными препаратами данной категории больных, что в свою очередь привело к улучшению качества лечения и снижению тяжелых форм заболевания, и как следствие к менее тяжелой инвалидности.

В контингенте инвалидов пенсионного возраста I группа была установлена у 0,7-4,1% ВПИ (2005-2006 гг.). В 2007-2009 гг. инвалидов I группы не было вообще. Основную массу до 2009 года составляли инвалиды II группы. Их удельный вес был равен в 2005 г. – 76,5%, в 2006 г. – 63,5%, в 2007 г. – 66%, в 2008 г. – 65,9%. И только лишь в 2009 году стал доминировать удельный вес III группы с показателем 51,5%, что также связано с вышеуказанными причинами.

В изучаемом контингенте инвалидов во всех исследуемых категориях доминируют представители городского населения. Изменения показателей среди городских и сельских жителей на протяжении анализируемого периода имеют ту же направленность, что и в общем контингенте ВПИ вследствие болезней органов дыхания.

Структура первичной инвалидности и её уровень при болезнях органов дыхания в Орловской области за анализируемый период были подчинены тем же тенденциям, что происходили в целом в Российской Федерации.

Реформы в социальном и пенсионном законодательстве в 2004 году, изменившие пенсионное обеспечение и расширившие льготы для инвалидов, обусловили увеличение числа обращений в бюро МСЭ как для установления группы инвалидности, так и для определения степени ограничения способности к трудовой деятельности.

Пик первичного выхода на инвалидность вследствие болезней органов дыхания в целом, а так же при бронхиальной астме приходится на 2005 год.

Проведенная оценка уровня первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Орловской области за 2005-2009 г.г. показала, что отмечается ежегодное уменьшение ИП. Так в 2005 г. он соста-

вил 2,9, в 2006 г. уменьшился до 1,8, в 2007-2008 гг. составил 1,2, а в 2009 г. снизился до 1,1.

Анализ уровня первичной инвалидности вследствие бронхиальной астмы в Орловской области отражает те же тенденции по снижению ИП. Если в 2005 году он составил 1,4, то в 2006 г. снизился до 0,8, в 2007 г. до 0,5, а в 2008 – 2009 гг. соответственно составил 0,4. В целом за наблюдаемый период произошло уменьшение ИП при болезнях органов дыхания в 3 раза, а при бронхиальной астме в 3,7 раза.

Таблица 1

Уровень первичной инвалидности при болезнях органов дыхания на 10 тыс. трудоспособного населения по городу и селу за период 2005-2009 гг. (в абсолютных цифрах и на 10 тыс. трудоспособного населения)

Нозологические формы	Тип местности	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009 год	
		Всего	ИП	Всего	ИП	Всего	ИП	Всего	ИП	Всего	ИП
Болезни органов дыхания	Город	41	1,2	37	1,1	14	0,4	26	0,8	23	0,7
	Село	27	1,6	18	1,1	12	0,7	15	0,9	9	0,5
Бронхиальная астма	Город	27	0,8	25	0,7	8	0,2	11	0,3	13	0,4
	Село	14	0,8	8	0,5	8	0,5	3	0,2	5	0,3

В структуре инвалидности городских жителей вследствие болезней органов дыхания за пять лет инвалиды молодого возраста составили 32 человека, или 8,7% от общего числа, среднего возраста – 109 человек или 29,8%, отмечалось, преобладание инвалидов пенсионного возраста – 225 человек, или 61,5% от общего числа.

Удельный вес инвалидов молодого возраста имел ежегодные колебания показателей. В 2005 г. он составлял 7,5%, в 2006 г. увеличился до 9,6%, затем незначительно снизился до 7,1% в 2007 г. и вновь возрос до 11,3% в 2008 г. с последующим снижением до 9,8% в 2009 г.

Удельный вес инвалидов среднего возраста жителей города составил 23,3-35% в 2005-2006 гг., уменьшился до 17,9% в 2007 г., увеличился до 37,7-46,3% в 2008-2009 гг.

За анализируемый период отмечен наибольший удельный вес инвалидов пенсионного возраста. Этот показатель уменьшился с 69,2% в 2005 г. до 55,4% в 2006 г., увеличился до 75% в 2007 г. и значительно уменьшился до 51-43,9% в 2008-2009 гг.

Представленные данные свидетельствуют о том, что в структуре первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди городских жителей больше всего инвалидов пенсионного возраста, однако на протяжении последних лет прослеживается динамика снижения данного показателя. Эти изменения связаны с увеличением пенсионного обеспечения этой категории граждан, что привело к значительному улучшению качества лечения и качества жизни пенсионеров.

Анализ первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания городских жителей показал, что до 2009 года отмечалось преобладание инвалидов пенсионного возраста, которым определялась II группа инвалидности с волнообразным колебанием показателей. В 2005 году он был равен 54,1%, в 2006 – 36,1%, в 2007 – 50%, в 2008 – 35,8%. В 2009 г. наибольший удельный вес стали иметь инвалиды III группы среднего возраста с показателем 41,5%. Данные изменения показателей связаны с тем, что эта категория больных стала более уязвимой в сравнение с пенсионерами, так как в условиях социально-экономического спада, растущей безработицы лица трудоспособного возраста стали более социально незащищенными.

Анализ признанных инвалидами страдающих бронхиальной астмой среди лиц городского населения показал, что в течении пятилетнего периода было признано инвалидами 172 человека. Самое большое количество ВПИ наблюдалось в 2005-2006 гг. – 73 и 41. В последующие годы их общее число резко снизилось до 17 человек в 2007 г., до 21 в 2008 г., до 20 в 2009 г. Значительное снижение инвалидов вследствие бронхиальной астмой среди городских жителей объясняется более тщательным отбором ВК больных направляемых на МСЭ, а также увеличением льготного обеспечения данной категории граждан.

Анализ структуры первичной инвалидности вследствие бронхиальной астмы по возрасту имел аналогичные закономерности, что и у инвалидов вследствие болезней органов дыхания в целом. Число инвалидов молодого возраста небольшое, всего 18 человек. Удельный вес этого контингента имел ежегодные колебания показателей. В 2005 г. он составил 6,9%, в 2006 г. повысился до 14,6%, в 2007-2008 гг. снизился до 11,8-9,5%, и в 2009 вновь возрос до 15%, в среднем он был равен 10,5% от общего числа. Число инвалидов среднего возраста страдающих бронхиальной астмой за пять лет составило 66 человек. Удельный вес лиц среднего возраста увеличился с 30,1% в 2005 г. до 46,4% в 2006 г., затем незначительно снизился до 37,7%, и вновь в 2008 и 2009 г. возрос до 42,9 и 50%, в среднем за анализируемый период он был равен 38,4%.

Более половины от общего числа ВПИ вследствие бронхиальной астмы за исследуемый период составили лица пенсионного возраста – 88 человек. Удельный вес этого контингента так же имел ежегодные колебания. В 2005 г. он составлял 63%, в 2006 г. снизился до 39%, в 2007 г. увеличился до 52,9%, а в 2008-2009 гг. вновь снизился до 47,6 и 35%.

Таким образом, в последние годы прослеживается тенденция к уменьшению удельного веса лиц пенсионного возраста, страдающих бронхиальной астмой, и соответственно увеличению лиц трудоспособного возраста. Причины увеличения удельного веса больных трудоспособного возраста, страдающих бронхиальной астмой, те же, что и при болезнях органов дыхания в целом.

Изучение показателей первичной инвалидности с учётом возраста и групп инвалидности больных бронхиальной астмой среди лиц городского населения показало, что до 2009 года преобладали лица пенсионного возраста, которым была определена II группа инвалидности (показатель имел ежегодные волнообразные изменения: в 2005 году он составлял 45,2%, в 2006 году – 29,3%, в 2007 году – 41,1%, в 2008 году – 23,8%), а в 2009 году стали преобладать лица среднего возраста, с III группой инвалидности. Изменение показателей связано с теми же причинами, которые оказывали влияние и на показатели инвалидности вследствие болезней органов дыхания.

Структура признанных инвалидами при болезнях органов дыхания с учетом возраста и групп инвалидности сельского населения за анализируемый период выявила следующие особенности. Инвалидов молодого возраста страдающих патологией органов дыхания мало, их абсолютное число колеблется от 0 до 8 человек. Всего за пять лет инвалидами признаны 18 человек, что составило 9,2% от общего числа сельских жителей. Удельный вес инвалидов молодого возраста был равен 11,3-8,7% в 2005-2006 гг. увеличился до 17,7% в 2007 г., уменьшился до 6,3% в 2008 г., а в 2009 г. инвалидов среди лиц молодого возраста не было.

Инвалидов среднего возраста несколько больше, абсолютное число их составило 63 человека – 32,1% от всех жителей села. Удельный вес инвалидов среднего возраста был равен 26,8 – 30,4% в 2005-2006 г., увеличился до 34,8-40,6% в 2007-2008 г., затем уменьшился до 37,5%.

Обращает на себя внимание преобладание инвалидов пенсионного возраста, общее число которых составило 115 человек – 58,7% от общего количества сельских жителей. Удельный вес инвалидов пенсионного возраста большой: был равен 61,9 – 60,9% в 2005-2006 г., уменьшился до 47,8% в 2007 году, и вновь увеличился до 53,1 и 62,5% в 2008-2009 гг.

Представленные данные свидетельствуют о том, что среди ВПИ вследствие болезней органов дыхания у сельских жителей преобладают лица пенсионного возраста, что вероятнее всего связано с наличием более низкого реабилитационного потенциала у пенсионеров, большим стажем заболевания и наличием сопутствующей патологии.

Анализ первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания у жителей села показал, что до 2009 г. отмечалось преобладание инвалидов пенсионного возраста, которым была определена II группа инвалидности с ежегодным снижением показателя. В 2005 г. он был равен 45,1%, в 2006 г. – 36,9%, в 2007 г. – 30,4%, в 2008 г. – 31,2%. В 2009 г. наибольший удельный вес стали иметь пенсионеры, которым определена III группа инвалидности с показателем 33,3%. Такие изменения можно объяснить улучшением в последние годы диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, что в конечном итоге привело данный контингент к менее тяжелой инвалидности.

Изучение показателей первичной инвалидности больных бронхиальной астмой среди лиц сельского населения показало, что они имели тенденцию к снижению на протяжении пятилетнего периода с 28 человек в 2005 г., до 16 человек в 2006 и 2007 гг. и 7 человек в 2008 и 2009 гг.

Наибольшее число ВПИ вследствие бронхиальной астмы отмечалось в третьей возрастной группе, причем этот показатель составил 50% в 2005, 2006, 2007 годах, а в 2008 г. он был равен 57,1%. Лишь в 2009 г. преобладали лица среднего возраста, их число составляло 71,4%.

Анализ первичного выхода на инвалидность жителей села вследствие бронхиальной астмы с учетом возраста и групп инвалидности выявил аналогичные изменения, что и у лиц, проживающих в городе. До 2009 г. доминировали пенсионеры, которым была определена II группа инвалидности. Их показатель имел ежегодные волнообразные колебания: в 2005 г. – 35,7%, в 2006 и 2007 гг. – 31,2%, в 2008 г. – 42,8%. В 2009 г. наибольший удельный вес приобрели лица среднего возраста с III группой инвалидности с показателем 57,1%.

Наблюдаемые аналогичные тенденции изменения показателей у жителей села и города свидетельствуют об однообразии причин, влияющих на структуру первичной инвалидности за анализируемый период наблюдения.

С целью использования остаточной трудоспособности инвалидов с патологией органов дыхания, было проведено изучение характера профессиональной деятельности на момент освидетельствования, которое показало, что на протяжении анализируемого периода, преобладали лица занятые физическим трудом. Их удельный вес имел ежегодные колебания показателей: в 2005 г. – 69,1%, в 2006 г. – 78,2%, в 2007 г. – 57,7%, в 2008 г. – 63,4%, в 2009 г. – 78,1%.

Большинство инвалидов, в основе профессиональной деятельности которых был физический труд, занимались работой со средними (допустимыми) физическими нагрузками, их удельный вес составлял от 58,1 до 73,3% (в 2005 г. – 68,1%, в 2006 г. – 58,1%, в 2007 г. – 73,3%, в 2009 г. – 60%). Процент лиц выполняющих труд с оптимальным физическим напряжением был в пределах 23,1-32% (2005 г. – 25,5%, в 2006 г. – 27,9%, 2007 г. – 26,7%, 2008 г. – 23,1%, в 2009 г. – 32%). И лишь небольшое количество признанных инвалидами с патологией органов дыхания, были заняты тяжелым (вредным) физическим трудом (6,4% в 2005 г., 14% в 2006 г., 2007 г. их не было, 3,8% в 2008 г. и 8% в 2009 г.).

Доля лиц страдающих патологией органов дыхания занятых в сфере умственного труда за анализируемый пятилетний период составляла 21,8-42,3% (в 2005 г. – 30,9%, в 2006 г. – 21,8%, 2007 г. – 42,3%, 2008 г. – 36,6%, 2009 г. – 21,9%).

Аналогичная ситуация распределения ВПИ с учетом факторов труда и у инвалидов страдающих бронхиальной астмой. Наибольший удельный вес имеют лица занятые физическим трудом, их показатель за период 2005-2009 гг. колебался в пределах 56,2-77,8% (2005 г. – 61%, 2006 г. – 75,8%, 2007 г. – 56,2%, 2008 г. – 64,3%, 2009 г. – 77,8%). Большинство больных выполняли труд с допустимым физическим напряжением от 44,4 до 72%. Наибольший показатель был в 2005 г. – 72%, наименьший в 2008 г. – 44,4%. От 16 до 44,4% больных до наступления инвалидности выполняли работу с оптимальной физической нагрузкой, их показатель в 2005 г. был равен 16%, 2006 г. – 36%, 2007 г. – 33,3%, 2008 г. – 44,4%, 2009 г. – 28,6%.

Таблица 2

Распределение впервые признанных инвалидами при болезнях органов дыхания среди трудоспособного населения с учетом факторов труда за период 2005-2009 гг. (в абсолютных цифрах и %)

Классы условий труда		2005		2006		2007		2008		2009	
		болезни органов дыхания	бронхиальная астма	болезни органов дыхания	бронхиальная астма	болезни органов дыхания	бронхиальная астма	болезни органов дыхания	бронхиальная астма	болезни органов дыхания	бронхиальная астма
Умственный труд	Ab s.	21	16	12	8	11	7	15	5	7	4
	%	30,9	39,0	21,8	24,2	42,3	43,8	36,6	35,7	21,9	22,2
Физический труд	Ab s.	47	25	43	25	15	9	26	9	25	14
	%	69,1	61,0	78,2	75,8	57,7	56,2	63,4	64,3	78,1	77,8
из них: оптимальный (лёгкая физическая нагрузка)	Ab s.	12	4	12	9	4	3	6	4	8	4
	%	25,5	16,0	27,9	36,0	26,7	33,3	23,1	44,4	32,0	28,6
допустимый (средняя физическая нагрузка)	Ab s.	32	18	25	14	11	6	19	4	15	9
	%	68,1	72,0	58,1	56,0	73,3	66,7	73,1	44,4	60,0	64,3
Вредный (тяжелый труд)	Ab s.	3	3	6	2			1	1	2	1
	%	6,4	12,0	14,0	8,0			3,8	11,2	8,0	7,1
Всего:	Ab s.	68	41	55	33	26	16	41	14	32	18
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Значительно меньшее число пациентов были заняты тяжелым (вредным) трудом. Их удельный вес составил в 2005 г. – 12%, 2006 г. – 8%, 2007 г. таких больных не было, в 2008 г. – 11,2%, 2009 г. – 7,1%.

Таким образом, как свидетельствуют выше представленные данные основную массу исследуемых составляли лица выполняющие физический труд со средним физическим напряжением, как среди ВПИ вследствие болезней органов дыхания, так и среди инвалидов страдающих бронхиальной астмой.

Для рационального профессионального обучения, переобучения и трудоустройства было проведено изучение образовательного уровня ВПИ вследствие болезней органов дыхания, которое показало, что наибольший удельный вес имеют больные со средним образованием, их показатель колеблется от 29,3 до 40%,

причем за последние три года анализируемого периода отмечается тенденция к снижению показателей. В 2005 г. он был равен 35,3%, в 2006 г. – 40%, а в 2007 г. – 38,5%, 2008 г. – 29,3%, в 2009 г. – 28,1%.

Анализ по уровню образования контингента инвалидов страдающих бронхиальной астмой выявил, что самое большое количество признанных инвалидами, страдающих бронхиальной астмой, это лица со средним образовательным уровнем знаний, число которых в последние годы имеет тенденцию к снижению (в 2005 г. – 29,3%, в 2006 г. – 39,4%, в 2007 г. – 31,2%, в 2008 г. – 28,6%, в 2009 г. – 27,8%). Динамика снижения удельного веса прослеживается и у инвалидов с высшим образованием, если их удельный вес в 2005 г. и 2007 г. был равен 29,3 и 37,5%, то в 2008 и 2009 годах уже 14,3 и 5,6%. Одновременно с этим на протяжении анализируемого периода отмечается рост лиц, имеющих среднетехническое (от 12,2% в 2005 г. до 22,2% в 2009 г.), и средне-специальное образование (от 21,9% в 2005 г. до 33,3% в 2009 г.).

Невысоким остается процент инвалидов, имеющих неполное среднее образование с незначительными годовыми колебаниями (в 2005 г. – 7,3%, 2006 г. – 6,1%, 2007 г. – 6,3%, 2008 г. – 7,1%, 2009 г. – 11,1%). Лиц, страдающих бронхиальной астмой с неоконченным высшим, начальным и без образования признано инвалидами в 2005-2009 гг. не было.

Аналогичная динамика показателей наблюдалась по ЦФО. Общее число ВПИ в 2005 г. составляло 16079 человек, в 2006 г. – 12119, в 2007 г. – 7759 человек, в 2008 г. – 6227 человек, в 2009 г. – 6025.

Уровень первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Орловской области за анализируемый период был в пределах 3,0-1,0 на 10 тысяч взрослого населения. В целом, за все годы наблюдения, в Орловской области он оказался ниже, чем по Российской Федерации и ЦФО. ИП среди ВПИ с патологией органов дыхания в Орловской области в 2005 г. составлял 3,0 на 10 тысяч взрослого населения (в РФ и ЦФО 5,2 на 10 тысяч населения), в 2006 г. – 1,9 (в РФ и ЦФО 3,9), в 2007 г. и 2008 г. – 1,2 на 10 тысяч взрослого населения (в РФ этот показатель выше и был равен в 2007 г. – 2,7, в 2008 г. – 2,2 на 10 тысяч взрослого населения, в ЦФО – 2,5-2,0 соответственно), в 2009 г. – 1,0 (в РФ – 2,1, ЦФО – 1,9). Представленные данные свидетельствуют, что ежегодно уровень первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в течение 2005-2009 гг. снижается как в Орловской области, так и в целом по стране.

Среди впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов дыхания в 2005-2008 г. среди жителей в РФ в целом преобладали лица, которым определена III группа инвалидности. Так если в 2005 г. их удельный вес был равен 43%, то на протяжении последних лет он возрос до 52,3% в 2006 г., 55,6% в 2007 г. и 56,7 в 2008 году, в 2009 г. – 60%.

Таким образом, анализ структуры инвалидности вследствие болезней органов дыхания по группам инвалидности выявил, что как в РФ в целом, так и в Орловской области в 2005 году преобладал удельный вес инвалидов II группы. В 2006-2007-2008-2009 годах среди впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов дыхания в РФ в целом и ЦФО доминировали инвалиды III группы, а в Орловской области до 2009 года инвалиды II группы. Однако в 2009 году количество инвалидов III группы значительно возросло до 66,2% и стало превышать общероссийские показатели. Так же необходимо учесть, что в целом первичный выход за анализируемый период в Орловской области был значительно ниже показателей РФ и ЦФО. На протяжении анализируемого периода наблюдалось снижение первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди населения РФ в целом, ЦФО и Орловской области. Уровень первичной инвалидности в Орловской области ниже, чем по РФ и ЦФО.

Заключение. Оценка уровня инвалидности среди городских и сельских жителей области за 5 лет выявила четкую тенденцию по преобладанию первичного выхода на инвалидность среди жителей города, что связано с более благоприятной экологической обстановкой ведущей к ухудшению здоровья городского населения.

Среди всего взрослого населения ВПИ преобладают лица пенсионного возраста, что связано с ухудшением состояния здоровья этого контингента.

На протяжении исследуемого периода наблюдалось постоянно преобладание удельного веса мужчин, как среди городского, так и среди сельского населения, что связано с их профессиональной деятельностью, факторами риска, образом жизни.

В динамике за пять лет I группа инвалидности лицам трудоспособного возраста не устанавливалась. В пенсионном возрасте за тот же период удельный вес её крайне низок. Удельный вес инвалидов II группы преобладал в пенсионном возрасте, а удельный вес III группы в трудоспособном.

Распределение ВПИ с учетом факторов труда показало, что основную массу составляют лица, выполняющие физический труд со средним физическим напряжением, как среди инвалидов с патологией органов дыхания, так и среди инвалидов страдающих бронхиальной астмой.

Распределение ВПИ с учетом образовательного уровня вследствие болезней органов дыхания показало, что наибольший удельный вес имеют больные со средним образованием, в том числе и ВПИ страдающие бронхиальной астмой.

Проведенный анализ указывает на необходимость дальнейших усилий и комплексного подхода медико-социального характера в лечении и реабилитации пациентов с тяжелыми формами заболеваний органов дыхания. Предлагаемая методика дифференцированной иммуномодуляции может иметь значительную эффективность в улучшении качества жизни больных.

Литература

1. *Чернов, М.Ю.* Клинико-эпидемиологическая характеристика тяжелых форм бронхиальной астмы у жителей Орловской области / М.Ю.Чернов, М.А.Халилов, А.Д. Снимщикова // Ученые записки Орловского государственного университета.– 2012.– №6 (50).– С. 356–363.
2. *Бурлачук, В.Т.* Анализ распространенности и выявляемости хронической обструктивной болезни легких на территории города Воронежа и области / В.Т. Бурлачук, Ю.В. Есипенко, О.М. Королькова // Вестник новых медицинских технологий.– 2011.– №2.– С. 233–234.