

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева

*УО «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации», пос. Городище, Минский район
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск*

Состояние здоровья населения трудоспособного возраста во многом определяет экономическую состоятельность государства. Особого внимания заслуживают неблагоприятные исходы заболеваний и травм, - смертность и инвалидность, ведущие к трудопотерям экономически активного населения. Координация усилий по минимизации уровней отрицательных показателей здоровья населения требует дифференцированных подходов с учетом гендерных различий, в том числе, в отношении основных классов болезней, формирующих данные показатели у мужчин и женщин.

Цель исследования – выделить лидирующие причины первичной инвалидности (ПИ) в трудоспособном возрасте, выявить особенности формирования инвалидности по причинам для женского и мужского населения в возрасте 18-54 (59) лет.

Источником информации о ПИ служили данные информационной системы «Инвалидность» (РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации) за 2002-2009 годы. С целью выявления особенностей формирования ПИ у лиц трудоспособного возраста и ведущих нозологических причин проведено сравнение обобщающих показателей для укрупненных интервалов времени (четырёхгодичные интервалы, соответственно, 2002-2005 годы и 2006-2009 годы). При этом учитывались среднегодовые значения уровней ПИ для всего населения трудоспособного возраста, для мужского населения (18-59 лет), для женского населения (18-54 года); уровни ПИ по причинам для тех же групп, проводилось сравнение аналогичных показателей в разные временные интервалы с оценкой достоверности.

В течение 2002-2005 годов интенсивный уровень ПИ населения в трудоспособном возрасте составлял 43,09 на 10 тыс. населения. Основными причинами, формирующими ПИ, являлись классы болезней: болезни системы кровообращения (БСК) – 12,07‰ (1-е место); новообразования – 10,16‰ (2-е место); травмы – 4,74‰ (3-е место); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 3,66‰ (4-е место) и психические расстройства – 2,37‰ (5-е место). На долю перечисленных причин пришлось 76,6% всех случаев ПИ в трудоспособном возрасте. Далее в рейтинге причин ПИ с 6-го по 11-е место занимали болезни нервной системы, болезни глаз, болезни органов пищеварения и болезни эндокринной системы, туберкулез и болезни органов дыхания. Данные классы болезней и от-

дельные нозологии обуславливали 15,5% случаев ПИ в трудоспособном возрасте.

За последующие четыре года (2006-2009) произошло снижение показателя ПИ в трудоспособном возрасте ($p < 0,05$), среднегодовой уровень ПИ достиг 35,56‰, отрицательный темп прироста составил «минус» 17,7%. Лидирующие причины ПИ (1-4-е места) не изменились, произошло снижение ПИ по этим причинам: при БСК на 16,8%; новообразованиях на 4,2%, травмах на 18,8%; болезнях костно-мышечной системы – на 19,5%. Рейтинг ведущих причин с 5-го по 11-е место стал иным: на 5-е место вышли болезни нервной системы, опередив психические расстройства (6-е место), 7-ое место заняли болезни органов пищеварения, 8-е – болезни эндокринной системы, 9-е – туберкулез, на 10-ю позицию «спустились» болезни глаза, 11-е место продолжали занимать болезни органов дыхания. Отрицательный темп прироста имел место для всех вышеназванных причин. Наиболее значимый отрицательный темп прироста ПИ в трудоспособном возрасте был выявлен для болезней глаза (-62,6%), болезней органов дыхания (-35,5%) и болезней эндокринной системы (-29,6%).

За анализируемый период времени (2002-2009) первично были признаны инвалидами 179806 лиц в возрасте 18-54(59) лет, из них мужчин - 120396 человек (67,0%); женщин – 59410 человек (33,0%). На протяжении данного временного интервала интенсивные уровни ПИ мужского населения в трудоспособном возрасте превышали аналогичные показатели у женщин в 1,7-2,2 раза. Показатель ПИ женского населения в возрасте 18-54 года в период первого четырехлетия (2002-2005) годы составил 30,64‰. Тот же показатель у мужчин достигал $55,03 \pm 0,69$ ‰.

Лидирующими пятью причинами ПИ у женщин трудоспособного возраста являлись новообразования с уровнем показателя 10,15‰; БСК ($5,16 \pm 0,51$ ‰), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,46‰), психические расстройства (2,11‰) и травмы (1,57‰). Названные причины в структуре ПИ составили 73,2%. Далее в рейтинге причин у женщин 18-54 лет следовали болезни нервной системы (1,49‰) и болезни эндокринной системы (1,49‰) разделили 6-е и 7-е место. Места с 8-го по 11-е принадлежали болезням глаза (1,2‰), болезням органов пищеварения (0,97‰), болезням органов дыхания (0,65‰), болезням мочеполовой системы (0,49‰).

Лидирующими пятью причинами ПИ мужчин в возрасте 18-59 лет являлись БСК (18,04‰); новообразования (10,16‰); травмы (7,79‰), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,83‰), болезни нервной системы (2,68‰). Эти пять классов болезней обусловили 77,2% всех случаев ПИ у мужчин. Далее в рейтинге причин ПИ мужского населения трудоспособного возраста следовали психические расстройства (6-е место, 4,8% в структуре ПИ); болезни глаза (7-е, 4,0%), болезни органов пищеварения (8-е, 3,5%), туберкулез всех локализаций (9-е, 3,1%), болезни эндокринной системы (10-е, 2,4%), болезни органов дыхания (11-е, 2,2%).

В 2006-2009 годах обе группы населения (мужчины и женщины) характеризовались снижением уровня ПИ, который составил 22,71‰ для женщин трудоспособного возраста (снижение на 25,9%) и 47,62‰ для мужчин 18-59 лет (снижение на 13,5%). Среди причин ПИ у женщин продолжали лидировать те же классы болезней: новообразования (8,79±0,24‰), БСК (3,61‰), болезни костно-мышечной системы (2,51‰), психические расстройства (1,48‰) и травмы (1,29‰). Места с 6-го по 11-е заняли болезни нервной системы; болезни эндокринной системы; болезни органов пищеварения; болезни глаза, болезни мочеполовой системы, болезни органов дыхания. Основной вклад в снижение уровня ПИ от всех причин внесли БСК (абсолютный прирост «минус» 2,25‰); новообразования (абсолютный прирост «минус» 1,37‰); болезни костно-мышечной системы (абсолютный прирост «минус» 0,95‰); болезни глаза (абсолютный прирост «минус» 0,77‰). Достоверное снижение уровней ПИ имело место при психических расстройствах, болезнях эндокринной системы, травмах и болезнях органов дыхания, при этом выросла значимость классов болезней органов пищеварения и болезней мочеполовой системы.

У мужчин трудоспособного возраста в 2006-2009 годах рейтинг первых пяти причин ПИ не изменился, хотя темп прироста интенсивного уровня показателей был различным. Максимальный темп снижения отмечался для класса травм – «минус» 19,77%; «минус» 12,79%, – для класса болезней костно-мышечной системы и «минус» 10,92%, – для класса БСК; при новообразованиях был отмечен рост уровня ПИ на 4,43%. Достоверное снижение уровня ПИ по причинам ($p < 0,05$) имело место только для класса травм, класса БСК и болезней нервной системы. Места с 6-го по 11-е заняли психические расстройства; болезни органов пищеварения; туберкулез; болезни эндокринной системы; болезни органов дыхания; болезни глаза. Темп снижения уровня ПИ был максимальным для болезней глаза (в 2,6 раза и перемещение в рейтинге на 4 позиции вниз), что обусловило повышение на один ранг классов болезней органов пищеварения; туберкулеза; болезней эндокринной системы; болезней органов дыхания. Основной вклад (66,0% абсолютного прироста) в снижение у мужчин интенсивного показателя ПИ от всех причин внесли травмы (абсолютный прирост «минус» 1,54‰); БСК («минус» 1,97‰); болезни глаза («минус» 1,35‰).

Основной вклад в формирование уровня ПИ населения в трудоспособном возрасте вносят мужчины, уровень ПИ мужчин от всех причин в 1,7-2,2 раза выше, чем у женщин. Именно ПИ мужского населения формирует рейтинг ведущих причин ПИ населения в трудоспособном возрасте на протяжении обоих четырехлетий: БСК, новообразования, травмы, болезни костно-мышечной системы. Ведущими причинами ПИ у женщин являются новообразования, болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы, психические расстройства и травмы. Женская популяция в 2002-2005 годах повлияла лишь на значение класса психических расстройств для всего населения 18-54(59) лет (5-е место).

В течение 2006-2009 годов данный феномен сохранялся. Показатели ПИ для мужчин и женщин трудоспособного возраста снизились, но наиболее значимо для женской популяции. Влияние ПИ мужского населения на формирование рейтинга причин ПИ в возрасте 18-54(59) лет стало еще более значимым. У мужчин заметно выше, чем у женщин (в 2,0 раза) уровни ПИ при болезнях нервной системы, органов пищеварения, глаза, органов дыхания, а при туберкулезе уровень ПИ мужчин превышает таковой у женщин в 5,0 раз.

Таким образом, причины, формирующие ПИ в трудоспособном возрасте, различны у мужского и женского населения. Выявленные гендерные особенности формирования ПИ населения в трудоспособном возрасте должны учитываться при организации диспансерной и профилактической работы.

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: 1995-2010 ГОДЫ

Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева

*УО «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации», пос. Городище, Минский район*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск*

Состояние здоровья детского населения во многом определяет завтрашнее медико-демографическое благополучие государства в целом. Дети – весьма динамичная группа в составе населения, пополняемая, с одной стороны, за счет рождаемости (в меньшей степени миграции) и убывающая, с другой стороны, за счет перехода в старшую возрастную группу (в гораздо меньшей степени за счет естественных потерь и эмиграции). Полная смена когорты детей в возрасте 0-14 лет происходит каждые пятнадцать лет. Тем важнее оценить состояние медико-демографических показателей данной возрастной группы, включая заболеваемость, у детей в различные временные периоды. Основной целью настоящего исследования явился анализ динамики показателей общей заболеваемости (ОЗ) и первичной заболеваемости (ПЗ) детского населения в возрасте 0-14 лет за достаточно длительный шестнадцатилетний период с 1995 года по 2010 год.

Материалом для исследования служили данные официальной статистической отчетности о заболеваемости детского населения за период 1995-2010 годы. С целью сглаживания колебаний показателей рассчитывались обобщающие показатели – многолетние средние показателей ОЗ и ПЗ за восьмилетние периоды времени: 1995-2002 годы и 2003-2010 годы. Тот же методический прием использован для анализа ОЗ и ПЗ детского населения