**Введение**

Здоровье населения России находится в критическом состоянии. Фундаментальные исследования этой проблемы констатируют кризис состояния здоровья во всех возрастных группах населения. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен.

Именно поэтому проблема сохранения здоровья населения реально становится приоритетной для государства.

Состояние здоровья рассматривается в качестве системообразующего фактора. Единство и взаимосвязь методологических подходов определили представленную в статье ситуацию о состоянии здоровья населения. Оно является индикатором качества развития общества и уровня поражения среды обитания.

Актуальность исследования обусловлена возрастанием в современных условиях медицинской и социальной значимости проблемы инвалидности у лиц репродуктивного возраста. Неудовлетворительное состояние ресурсообеспеченности медицины, неадекватная компенсация ухудшения природной и социальной среды предопределили дальнейшее ухудшение здоровья россиян, увеличение числа случаев первичного выхода на инвалидность. По данным Госкомстата России численность лиц, впервые признанных инвалидами, в 2008 г. в Российской Федерации составила 1 141 969 человек или 77,6 на 10 000 населения.

На учете в органах социальной защиты населения РФ состоит более 5 млн. человек, а общее число инвалидов в России составляет свыше 8 млн. человек.

Объект исследования: население РФ инвалиды детства и приобретшие инвалидность в течении жизни.

Предмет исследования: факторы способствующие инвалидизации населения в РФ.

Задачи исследования:

Изучить основные показатели заболеваемости населения РФ. Изучить закономерности формирования первичной инвалидности населения РФ.

Проанализировать результаты переосвидетельствования инвалидов в динамике и формирования индивидуальных программ реабилитации.

Определить структуру потребности инвалидов в различных видах медико-социальной помощи.

Научно обосновать пути совершенствования организации уменьшения инвалидизации населения РФ.

Научная новизна: осуществлено комплексное исследование факторов инвалидизации населения РФ.

Изучена динамика приобретения инвалидности.

Изучены группы инвалидности и факторы способствующие приобретению заболеваний данных групп.

Изучена потребность инвалидов в реабилитации и выявлена высокая нуждаемость инвалидов в различных видах медицинской, психологической и социальной реабилитации.

Научно обоснованы пути совершенствования организации медико-социальной реабилитации инвалидов в РФ на основе изучения заболеваемости, инвалидности, социальных потребностей инвалидов и условий их реализации.

Практическая значимость работы: данные исследования инвалидизации населения РФ использованы в качестве информационной базы для органов здравоохранения, социальной защиты населения, культуры и других органов исполнительной власти, органов местного самоуправления при разработке и реализации программ по профилактике инвалидности и реабилитации населения РФ.

**1. Здоровье население России**

**1.1 Рост заболеваемости**

Беспрецедентный рост смертности населения России проходит на фоне резкого ухудшения здоровья населения. О состоянии здоровья можно судить по росту заболеваемости, который характерен для всех возрастных групп населения, включая детей.

За последние годы заболеваемость в России болезнями крови и кроветворных органов выросла в 2,1 раза, болезнями мочеполовой системы, эндокринной системы и нарушения обмена веществ – в 1.5 раза, болезнями кожи и подкожной клетчатки – в 1,4 раза, инфекционными и паразитарными болезнями – на 35%, болезнями органов пищеварения – на 33%, болезнями нервной системы и органов чувств – на 27%. [1]

Ухудшается репродуктивное здоровье женщин, продолжается рост заболеваемости беременных женщин. В 2007 году, по сравнению с 2002 годом, число беременных женщин с анемией увеличилось в 2,8 раза, в 2, 2 раза – с болезнями мочеполовой системы, в 1,5 раза – с сердечно-сосудистой патологией. Доля нормальных родов продолжает сокращаться и в 2007 году составила 36%, по сравнению с 46% в 2003 году. [1]

Отмечается резкий рост заболеваемости новорожденных детей на фоне роста недонашиваемости и маловесности детей.

Крайне неблагоприятные тенденции роста заболеваемости отмечаются среди подростков (15–17 лет). Именно в этой возрастной группе наблюдается самый значительный рост общей заболеваемости. Резко увеличилась частота болезней крови и кроветворных органов – в 2,6 раза, мочеполовой системы – в 2,3 раза, эндокринной системы, нарушения обмена веществ и расстройств питания – в 2,2 раз.

Происходит качественное ухудшение здоровья детей дошкольного и школьного возраста. За период обучения в школе число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и с нервными болезнями увеличивается в 2 раза, с аллергическими болезнями – в 3 раза, с близорукостью – в 5 раз. Особенно неблагоприятная ситуация со здоровьем складывается у учащихся в школах нового типа (гимназиях, колледжах, лицеях) в связи с чрезмерными учебными нагрузками. К концу учебного года у учащихся таких школ в 2 раза увеличивается частота гипертонических реакций, а общее число неблагоприятных изменений артериального давления составляет 90%, проявления повышенной невротизации отмечается у 55–83% учащихся школ нового типа. Только 10% всех выпускников общеобразовательных школ могут считаться здоровыми, 50% имеют морфофункциональную патологию, 40% – хронические заболевания. [5, с. – 32]

Глубокую озабоченность вызывает рост инфекционных заболеваний, особенно так называемых болезней социального неблагополучия. Заболеваемость туберкулезом возросла в 1,7 раза, заболеваемость сифилисом за этот же период выросла среди взрослых в 33 раза, а среди подростков – в 49 раз. Резко ухудшилась ситуация с заболеваемостью СПИД.

Такую ситуацию медики связывают с тем, что вирус СПИДа попал в среду наркоманов, где быстро распространился через внутривенные инъекции наркотиков. Крупные очаги СПИДа обнаружены в Нижнем Новгороде, Краснодаре, Саратове, Тюмени, Калининграде.

Свыше 70% населения России живет в состоянии затяжного психо-эмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, алкоголизма, наркомании, антисоциальных вспышек.

Беспрецедентны темпы роста алкоголизма. Об этом косвенно свидетельствуют данные о росте более чем в 2 раза употребления алкоголя в России за последние четыре года. По данным Российской ассоциации общественного здоровья среднедушевое потребление алкоголя за этот период выросло до 13 литров. По критериям ВОЗ ситуация считается опасной, когда потребление алкоголя составляет 8 литров. Число больных алкогольными психозами, взятых на диспансерное наблюдение, увеличилось в 2008 году по сравнению с 2000 годом в 5 раз. В 2008 году на профилактическом учете находилось 438,1 тыс. человек, злоупотребляющих алкоголем, 41,7 тыс. – наркотическими и 16,5 тыс. – ненаркотическими средствами. [17]

Неблагоприятное воздействие на здоровье россиян оказывает экологическое неблагополучие. В частности, по данным Минздрава России почти половина населения страны использует для питья воду, не соответствующую гигиеническим нормам. По данным Росгидромета превышение ПДК загрязняющих веществ отмечалось в воздушном пространстве более 200 городов России.

По данным выборочных социологических обследований в России растет число курящих людей, особенно среди женщин, детей и подростков. Согласно данным Российской Ассоциации Общественного Здоровья снизилось качество потребляемых табачных изделий, что оказывает негативное влияние на здоровье. По сведениям, которыми располагает Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, последние исследования распространения вредных привычек среди мальчиков-подростков показали, что 60% из них курят. Средний возраст приобщения к курению среди мальчиков составляет 11,3 лет, а среди девочек – 13,5 лет.

По оценке Минтрудсоцразвития России условия состояния и охраны труда в Российской Федерации в настоящий период оставляют желать лучшего. По данным Госкомстата России на начало 2006 года 21% работников промышленности трудились в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. В угольной промышленности рабочие места почти половины занятых в отрасли, а в черной металлургии – 40% работников не отвечали этим требованиям.

Сохраняется высокий уровень производственного травматизма. В 2005 году было зарегистрировано 270 тыс. случаев травматизма (55 на 10 тыс. работающих). При этом погибло 6789 человек.

Возрастает количество работающих, у которых впервые установлено профессиональное заболевание, а также число неявок на работу в связи с заболеваемостью.

В 2007 году по сравнению с 2003 годом почти в 2 раза возросло число инвалидов. В 2007 году были впервые признаны инвалидами 1,3 млн. человек против 1,1 млн. человек в 2004 году.

**1.2 Уровень инвалидности населения**

Официальные данные об общем числе инвалидов в России отсутствуют. Косвенное представление о контингенте инвалидов дают данные о числе лиц, получающих пенсию по инвалидности. В 2007 г. в России их насчитывалось более 6,2 миллионов человек (4,2% населения). По мнению экспертов, статистика дает представление в лучшем случае лишь о половине реально существующих в обществе инвалидов, что связано с рядом обстоятельств.

Во-первых, в число пенсионеров не попадает часть лиц, признанных инвалидами по результатам освидетельствования в экспертных комиссиях, но не обратившихся затем в органы социальной защиты.

Во-вторых, поскольку учет инвалидности ориентирован на источник пенсионного обеспечения, инвалиды, получающие другие виды пенсий (по возрасту, потере кормильца и др.), «исчезают» из общей статистики. В-третьих, учет инвалидности является ведомственным, поэтому часть инвалидов, получающих пенсии в других ведомствах, таких как Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Федеральная служба безопасности и др. также не входят в общую статистику.

Вместе с тем, поскольку основные принципы учета остаются практически неизменными на протяжении длительного времени, это позволяет получить сопоставимую статистику за ряд лет и, тем самым – судить о тенденциях распространенности инвалидности в России. Аналогичным образом, существование единых принципов регистрации и сбора сведений об инвалидности населения на всех российских территориях дает надежную информацию для анализа региональных аспектов инвалидности.

**1.2.1 Общая инвалидность**

С 1991 г. по настоящее время, т.е. за последние 5 лет число инвалидов выросло на 35,3% (табл. 1). Этот рост впечатляет, тем более, что за предыдущее пятилетие (1985–1990 г.) число пенсионеров по инвалидности увеличилось всего на 9,3%, а с 1980 по 1985 г. – и того меньше – на 1,5% за пятилетие.

Таблица 1. Динамика контингента лиц, получающих пенсию по инвалидности в Российской Федерации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Число инвалидов всех возрастов (тыс. чел.) | 3909 | 3968 | 4338 | 4583 | 4774 | 5079 | 5538 | 5888 | 6202 |
| на 1000 населения | 28.2 | 27.6 | 29.3 | 30.9 | 32.2 | 34.3 | 37.4 | 39.8 | 42.1 |

Увеличение темпов роста инвалидности обусловлено сочетанием различных факторов.

Во-первых, нельзя не отметить, что в последнее пятилетие, несмотря на глубокий социально-экономический кризис, был принят, тем не менее, ряд законодательных решений, направленных на социальную поддержку инвалидов. Увеличение пенсионного обеспечения и расширение льгот для различных категорий делает инвалидность более привлекательной для лиц со стойкими нарушениями в состоянии здоровья и значительными ограничениями жизнедеятельности. Таким образом, увеличение темпов роста инвалидности за последнее пятилетие является в значительной степени стимулированным процессом. Гипотеза об управляемом росте инвалидности подтверждается следующими фактами. Реакция на принятие соответствующих законодательных решений носит кратковременный характер (рост частоты инвалидности в течение 1–2 лет). Вслед за ним показатели вновь относительно стабилизируются, но уже на более высоком уровне. Наиболее наглядно эта динамика проявляется в показателях первичного выхода на инвалидность (табл. 2).

Таблица 2. Динамика впервые признанных инвалидами в Российской Федерации

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Число впервые признанных инвалидами в возрасте 16  лет и старше (тыс. чел.) | 765 | 911 | 1113 | 1143 | 1124 | 1347 | 1170 |
| на 10000 населения | 51,7 | 61,5 | 75,7 | 77,8 | 76,0 | 90,7 | 80,3 |

Во-вторых, важно подчеркнуть, что привлекательность инвалидности растет по мере того, как ухудшается уровень жизни населения и растет напряженность на рынке труда, вследствие чего пенсия по инвалидности и сопровождающие этот статус льготы становятся единственным источником средств существования для ранее социально адаптированных лиц со стойкими нарушениями в здоровье. Эту гипотезу подтверждают следующие цифры. Произошли заметные изменения в возрастной структуре инвалидности. Наиболее быстрыми темпами – на 37,7% выросла первичная инвалидность трудоспособного населения, на 7,9% увеличилось число новых инвалидов в предпенсионных возрастах, тогда как инвалидизация пенсионеров даже сократилась – на 5,8%. Следующее обстоятельство связано с изменением структуры инвалидности по тяжести. В трудоспособных возрастах наиболее быстрыми темпами – на 35,6% – росла инвалидизация третьей группы, тогда как число новых инвалидов первой и второй группы увеличилось существенно меньше, соответственно, на 10,6 и 10,9%. [5, с. – 13]

Динамика инвалидности имеет свои региональные особенности.

Во-первых, за последние 5 лет рост инвалидности населения был практически повсеместным, т.е. отмечался на подавляющем большинстве российских территорий.

Во-вторых, темпы роста инвалидности на территориях заметно различаются. Число зарегистрированных инвалидов растет быстрее на тех территориях, где оно было максимальным и пятилетие назад. Таким образом, по мере роста инвалидности расширяется ее региональная вариация. В-третьих, несмотря на рост региональной вариации, в отношении зарегистрированной инвалидности населения Российская Федерация все еще относительно однородна: коэффициент вариации показателя не превышает 30%. Впрочем, это не удивительно, если вспомнить, что учтенная распространенность инвалидности в значительной мере контролируемая характеристика. В-четвертых, региональная специфика инвалидности населения достаточно устойчива. Максимальные уровни инвалидности отмечаются на территориях Северо – Западного и Центрального районов. Минимальные уровни инвалидности характерны для территорий Азиатского Севера России, включая Дальний Восток, преимущественно для населения национальных округов и областей. Максимальные уровни были зафиксированы в С.-Петербурге (67,2), а также областях – Тамбовской (60,3), Орловской (60,3), Смоленской (59,9), Псковской (58,9), Брянской (55,8), Белгородской (55,8), Новгородской (55,0), Владимирской (54,9). Наименьшие уровни зарегистрированы в Ямало-Ненецком Автономном Округе (АО) – 12,3 инвалида на 1000 населения, в Чукотском АО (16,5), в Ханты-Мансийском АО (17,5), в Таймырском АО (17,9), в областях – Камчатской (18,6), Магаданской (19,7), Сахалинской (20,5). Среди территорий с минимальными уровнями инвалидности населения оказались также Чечня (15,4) и Ингушетия (16,9) – единственные из республик Северного Кавказа. [2, с. – 31]

**2. Факторы способствующие инвалидизации населения в РФ**

**2.1 Экологические факторы**

Выраженные изменения в структуре, характера патологии состояния здоровья и смертности населения объясняется географическими, природно-очаговыми, геохимическими особенностями территорий. А также глобальными техногенными преобразованиями и изменениями окружающей среды.

Значительные изменения состояния здоровья взрослого и детского населения в очагах экологического риска являются категорией эколого-экономической. Качество здоровья населения является лимитирующим фактором стратегии социально-экономического развития городов, регионов, территорий.

Общество становится жертвой собственного могущества. Чисто технологического решения проблемы выживания человечества нет и быть не может. Предстоит изменить характер и образ жизни, менталитет, свои сиюминутные потребности во имя будущих поколений.

Можно сделать неутешительный вывод о том, что, постоянно декларируя принцип создания условий необходимых для оптимального жизнеобеспечения людей, мы в процессе так называемой научно-технической революции чаще создавали условия, способствующие жизнеразрушению. «Можно, пожалуй, сказать, что назначение человека как бы заключается в том, чтобы уничтожить свой род, предварительно сделав земной шар непригодным для обитания (Ж-Б. Ламарк, Философия зоологии)».

На территории России происходит распространение скрытых хронических отравлений и загрязнение внутренней среды организма человека. Это зримо проявляется в изменении характера, течения, симптоматики, хронизации и Патоморфозе многих заболеваний и распространению экологически обловленной патологии.

Необходимо осознание и практическое использование положения о существовании тесной органической взаимосвязи между состоянием здоровья различных групп населения и качеством окружающей среды как концептуальной основы формирования истинно первичной профилактики.

Очевиден факт наличия реальной угрозы выживанию человека в случае дальнейшего ухудшения экологической обстановки. Проблема взаимосвязи экология-здоровье имеет корреляционную зависимость. Чем в большей степени загрязнена окружающая среда, тем больше вероятность формирования экологически обусловленной патологии здоровья человека.

При разработке проектов хозяйственной деятельности, размещения в регионах и реконструкции промпредприятий недостаточное внимание уделяется экспертизе воздействий окружающей среды на здоровье населения в близком и отдаленном будущем. Если исходить из современных представлений о стоимости человеческой жизни (в человеко-часах активной жизни) следует рассматривать состояние здоровья в качестве одной из основных характеристик эколого-экономического развития общества.

Косвенным признаком ухудшения состояния здоровья в зонах экологического бедствия может быть рост потребления фармакологических препаратов (транквилизаторов, аналгетиков, снотворных, противовоспалительных и наркологических препаратов).

Одним из важных аспектов ранней медико-социальной реабилитации является раздел общей патологии и экологии человека, направленный на оценку, прогноз и раннюю коррекцию компенсаторно-приспособительных реакций дезадаптивных и предболезненных состояний организма с учетов комплексного воздействия вредных факторов. [15, с. – 2]

Данные о заболеваемости различных групп населения, а также сведения о состоянии окружающей среды оказались удивительным образом и на протяжении длительного времени рассредоточенными в отчетных сведениях различных учреждений и ведомств. Это порождает противоречивость статистических показателей, затрудняет их анализ, оценку достоверности, обобщение и сопоставление.

Известная недостоверность официальных показателей заболеваемости, ее причин и состояния здоровья различных возрастных групп населения, искажает представление об истинной распространенности основных экологически зависимых заболеваний.

**2.2 Производственные факторы**

Вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения – одна из важнейших проблем медицины труда и здравоохранения. Анализ состояния здоровья работающих в России свидетельствует о его ухудшении в последние годы в связи с высоким уровнем травматизма на производстве и увеличением профессиональной заболеваемости, хотя последняя остается несопоставимо меньшей по сравнению с другими индустриальными странами. Схожая ситуация прослеживается и в РФ.

Наряду с этим следует отметить, что в настоящее время в связи с внедрением новых, безопасных технологий на отдельных предприятиях снижается риск возникновения профессиональных заболеваний в тяжелой форме, чаще регистрируются заболевания без четких биологических маркеров на основе смешанного – профессионального и возрастного (инволютивного) – генеза. Это заболевания со стертыми клиническими формами у высокостажированных пациентов, с трудовым стажем 20 и более лет, у которых выявляются различные нарушения здоровья возрастного характера.

Например, при многолетнем воздействии пыли у рабочих появляется нерезко выраженная инспираторная одышка на фоне эмфиземы Легких без клинически выраженного хронического бронхита, у лиц, занятых тяжелым физическим трудом с вынужденной позой, выявляются различные остео-дистрофические изменения позвоночного столба (остеохондроз) с легким и периферическим ангиодистоническим и миотоническим синдромами. [4, с. – 21]

Поэтому крайне важное значение имеет определение среднестажевого порога риска в сопоставлении с параметрами вредных факторов на производстве, за пределами которого возникает опасность формирования «профессионально обусловленного» (индуцированного) заболевания. Данная проблема актуальна еще и потому, что в последние годы многие рабочие даже при существенном превышении предельно допустимого уровня (ПДУ) вредных факторов на рабочем месте, несмотря на наличие среднестажевого порога риска, продолжают работать во вредных условиях труда, подвергая свое здоровье опасности. Это связано с тем, что, в обществе появилась новая форма психических отклонений, получившая название «социофобия». Подобная практика недопустима для высокостажированных рабочих с наличием заболеваний, в развитии которых по вероятностным этиотропным факторам наряду с возрастными изменениями имеется патогенетическая связь с вредными условиями труда, что создает трудности в принятии решения о признании заболевания профессиональным. Это, прежде всего касается легочной патологии и заболеваний костно-мышечной системы. Например, как отмечалось ранее, при контакте с пылевым фактором у большинства высокостажированных пациентов развиваются нерезко выраженная эмфизема легких и ирритативный бронхит, которые в последующем быстрее трансформируются в более тяжелую форму легочной патологии и приводят к инвалидизации (вследствие несвоевременного ухода на пенсию). При сочетанном воздействии малых концентраций и интенсивности нейротропных ядов, физических факторов (шум, вибрация) у рабочих пенсионного возраста выявляемые остеохондроз позвоночного столба, вегетативно-сосудистая дистония (ВСД), начальные явления дисциркуляторной энцефалопатии сложного генеза при продолжающемся контакте с вредными факторами заметно прогрессируют и в конечном итоге снижают трудоспособность. Поэтому в настоящее время, как никогда, актуально осознанное представление о здоровье в различных возрастных группах. [1]

Оценка здоровья работающих возможна при комплексном изучении степени профессионального риска, неспецифического влияния различных вредных факторов производственной среды на формирование, течение общих (непрофессиональных) заболеваний.

Неспецифическое влияние вредных факторов производственной среды на течение и формирование общих заболеваний, как и возникновение профессиональных заболеваний, напрямую зависят от гигиенических параметров, тяжести и напряженности трудового процесса. Степень профессионального риска для здоровья работающих определяется согласно классам условий труда по степени вредности и опасности.

На основании степени профессионального риска можно более объективно осуществлять аттестацию рабочих мест, управлять здоровьем работающих, обеспечивать мотивированную социальную защиту, социальное страхование от несчастных случаев на производстве.

Классы условий труда по степени вредности и опасности и прогнозируемый профессиональный риск:

1-й класс: оптимальные условия труда (риск отсутствует, меры не требуются), при которых сохраняется здоровье работающих и создаются предпосылки для поддержания высокой работоспособности.

2-й класс: допустимые условия труда (несущественный риск, меры не требуются) без превышения установленных гигиенических нормативов (соответствуют им), но в процессе работы возможны изменения функционального состояния организма, исчезающие в процессе отдыха, к началу рабочей смены и не ведущие к отдаленным последствиям.

1-й и 2-й классы соответствуют безопасным условиям труда.

3-й класс: вредные условия труда с превышением гигиенических нормативов, оказывают неблагоприятное влияние на организм работающего. В зависимости от параметров превышения гигиенических нормативов подразделяется на четыре степени.

3.1. Первая степень 3-го класса (малый, умеренный риск) – значительное превышение параметров предельно допустимых концентраций (ПДК) (в 1,1–3 раза). Создает условия для развития заболеваний, могут возникать обратимые функциональные изменения.

3.2. Вторая степень 3-го класса (средний, существенный риск) – превышение параметров ПДК в 3,1–5 раз. Пред – располагает к развитию стойких функциональных нарушений, увеличению временной нетрудоспособности, повышению общей заболеваемости, появлению начальных явлений профессиональной патологии.

3.3. Третья степень 3-го класса (высокий риск) – превышение параметров ПДК в 5,1 -10 раз. Приводит к развитию профессиональной патологии в легкой форме, росту хронической общесоматической патологии (неспецифическое влияние вредных факторов на формирование болезненности у предрасположенных лиц, при наличии скрытых анатомо-физиологических дефектов) и временной нетрудоспособности.

3.4. Четвертая степень 3-го класса (очень высокий риск) – превышение параметров ПДК более чем в 10 раз. Приводит к выраженной форме профессиональных заболеваний, значительному росту хронической непрофессиональной патологии.

4-й класс: опасные (экстремальные) условия труда (опасный, сверхвысокий риск) – чаще встречаются в аварийных ситуациях, способствуют развитию острых профессиональных заболеваний. [7. с. -51]

**2.3 Травматизм и несчастные случаи**

Третье место среди причин смертности населения большинства экономически развитых стран занимают несчастные случаи и травмы, количество которых растет с каждым годом. Удельный вес травм и отравлений в структуре общей заболеваемости жителей Санкт-Петербурга составляет около 12%. Высока доля травм и среди подростков – 8%. Среди взрослого населения этот показатель составляет 121 случай на 1000 жителей. [5, с. – 27]

Удельный вес смертности от несчастных случаев к настоящему времени возрос на 8–10%. Особенно интенсивно смертность увеличивалась в последние 20–25 лет (в 1,5–2 раза).

Несчастные случаи – главная причина смерти детей, подростков, молодых лиц. В развитых странах смертность от них занимает первое место среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет. «Эпидемия» травматизма продолжается, и каждый год его жертвами становятся сотни тысяч человек; к ним нужно добавить случаи убийств, изнасилований, число которых увеличивается с каждым годом. Тревогу вызывает возросший в последние годы транспортный травматизм, составляющий 30–40% от всех несчастных случаев. Большое число случаев смерти связано с производственными и бытовыми травмами, особенно с падениями (в быту, на производстве). Увеличилось число травм среди спортсменов. [14, с. – 16]

Перенаселенность городов, загрязнение внешней среды, ускорение общего ритма жизни, увеличение количества транспортных средств и повышение скорости их передвижения, распространение новых технологических процессов на производстве и в сельском хозяйстве, широкое использование техники в быту – все это определяет уровень травматизма.

Травматизм является важной социально-гигиенической проблемой, решение ее неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением уровня временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, с увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Травматизм наносит огромный экономический ущерб национальному хозяйству страны.

Медико-социальный анализ травматизма осуществляется с учетом: 1) обстоятельств несчастных случаев (производственные, бытовые, при пешеходном движении, при повреждении транспортом, спортивные, убийства, самоубийства и др.); 2) возрастно-половых особенностей, профессии; 3) характера травм (ушиб, перелом, ранение); 4) локализации травм; 5) места оказания медицинской помощи; 6) последствий травм (без потери трудоспособности, инвалидность, смерть). Среди причин травматизма выделяют технические, организационные, санитарно-гигиенические, индивидуально-поведенческие. [17. с. – 12]

**2.4 Факторы по медицинским показателям**

В настоящее время официальная статистика располагает надежными данными лишь о причинах первичной инвалидности взрослого населения (старше 16 лет). Перспектива получения соответствующих качественных данных в отношении детского населения связана с завершением работы по внедрению уже разработанной и апробированной соответствующей учетной и отчетной документации.

Половина всей первичной инвалидности взрослого населения обусловлена болезнями системы кровообращения, еще 10% – злокачественными новообразованиями, по 4–6% новых инвалидов ежегодно прибавляют болезни нервной системы, травмы, психические расстройства, болезни органов дыхания и болезни костно-мышечной системы.

1 – Туберкулез

2 – Злокачественные новообразования

3 – Психические расстройства

4 – Болезни нервной системы и органов чувств

5 – Болезни системы кровообращения

6 – Болезни органов дыхания

7 – Болезни органов пищеварения

8 – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

9 – Болезни эндокринной системы

10 – Травмы

Ведущие причины инвалидности в значительной мере определяются возрастным составом инвалидов. Так, около 60% лиц, впервые признанных инвалидами, имели пенсионный возраст (мужчины – старше 60 лет, женщины – старше 55 лет). Доли «молодых» (16–44 года женщины, 16–49 лет мужчины) инвалидов и инвалидов предпенсионного возраста примерно одинаковы. В свою очередь, нозологический и возрастной состав инвалидов, определяют структуру инвалидности по тяжести. Подавляющее большинство инвалидов (около 70%) имеют вторую группу, доли инвалидов первой и третьей группы также примерно одинаковы. [17, с. – 26]

Очевидно, что в различных возрастах ведущие причины инвалидности заметно различаются.

В возрастах до 45–50 лет спектр инвалидизирующих заболеваний достаточно широк. Первое по значимости место делят психические заболевания и травмы, давая примерно по 16% новых инвалидов в этой возрастной группе. Третье место занимают болезни системы кровообращения (14,8% «новых инвалидов»), четвертое – болезни нервной системы и органов чувств (12,4%), пятое – злокачественные новообразования (9,3%), шестое – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,0%). Суммарно все шесть классов болезней являются причинами более 75% случаев инвалидности в возрастах до 45–50 лет. [2, с. – 11]

В последнем предпенсионном десятилетии жизни (45–54 года для женщин, 55–59 лет – для мужчин) среди ведущих причин инвалидности на первое место выходят болезни системы кровообращения, дающие более 37% инвалидов этого возраста. На второе место выходят новообразования, ставшие причиной около 17% случаев инвалидности. Примерно равное значение (7–8%) имеют болезни нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также травмы. Суммарно эти пять классов болезней являются причинами более 75% случаев инвалидности в последнем предпенсионном десятилетии жизни.

Основной причиной инвалидности лиц пенсионного возраста являются болезни системы кровообращения, дающие около 75% случаев. [16, с. – 20]

Таким образом, с возрастом спектр инвалидизирующих заболеваний существенно сужается и в нем постепенно выделяются ведущие причины, определяющие всю картину инвалидности.

Нозологическая специфика инвалидности в отдельных возрастах позволяет достаточно точно прогнозировать динамику основных причин инвалидности, опираясь на данные о тенденциях инвалидности как в целом, так и в отдельных возрастных группах. Как было отмечено выше, за последние 5 лет отмечался рост первичного выхода на инвалидность, затронувший, в основном, возрастные группы до 45–50 лет, что привело, естественно, к омоложению возрастного состава инвалидов. На этом фоне можно было ожидать роста инвалидности вследствие психических расстройств, болезней нервной системы, а также других причин, характерных для молодых возрастов. Также можно было рассчитывать, что затормозиться рост инвалидности вследствие злокачественных новообразований и болезней системы кровообращения.

Основные закономерности нозологического состава инвалидности проявляются на всех российских территориях. Вместе с тем, распространенность отдельных видов инвалидизирующей патологии имеет некоторые существенные отличия. Рассмотрим ведущие причины инвалидности и региональную специфику их распространения в отдельных возрастах. Начнем с болезней системы кровообращения, которые вызывают наибольшее число случаев инвалидности.

Минимальные уровни инвалидности вследствие данного класса болезней регистрируются в северных территориях преимущественно азиатской части России, а также в ряде национальных республик. Так, в младшей возрастной группе (16 – 44 года для мужчин, 16–49 лет для женщин) минимальные уровни первичной инвалидности в 1995 г. отмечались в Тюменской (2,3 на 10 000 населения соответствующего возраста), Сахалинской (3,4), Магаданской (3,9), Читинской (4,1), Камчатской (4,3) областях, а также в Кабардино-Балкарии (2,8) и Северной Осетии (3,7).

В предпенсионных возрастах (45–54 года для женщин, 50–59 лет для мужчин) минимальные уровни инвалидности отмечались в Сахалинской (27,3 на 10 000 населения соответствующего возраста), Магаданской (28,3), Тюменской (28,5), Камчатской (31,8) областях, Якутии (30,6), Чукотском АО (28,8), а также в Кабардино – Балкарии (27,5).

В пенсионных возрастах (55 лет и старше для женщин, 60 лет и старше для мужчин) минимальные уровни инвалидности зафиксированы в 1995 г. в Томской (64,0 на 10 000 населения соответствующего возраста), Магаданской (73,3) областях, Якутии (69,8), Чукотском АО (29,6), а также в Туве (75,4), Калмыкии (54,9) и Ингушетии (34,9).

Максимальные уровни инвалидности вследствие болезней системы кровообращения характерны для населения территорий Европейского центра России, включая столичные города. Так, в младшей возрастной группе (16–44 года для мужчин, 16–49 лет для женщин) наибольшие уровни первичной инвалидности в 1995 г. отмечались в Костромской (10,2 на 10 000 населения соответствующего возраста), Рязанской (9,8), Тульской (9,8), Ростовской (9,4), Новгородской (9,1), Орловской (8,9), Воронежской (8,9) областях. В предпенсионных возрастах (45–54 года для женщин, 50–59 лет для мужчин) максимальные уровни инвалидности отмечались в Новгородской (78,0 на 10 000 населения соответствующего возраста), Белгородской (74,4), Костромской (72,3), Смоленской (70,6), Вологодской (67,6) областях, а также в С-Петербурге (67,5) и Москве (66,3). В пенсионных возрастах (55 лет и старше для женщин, 60 лет и старше для мужчин) наибольшие уровни инвалидности зафиксированы в 1995 г. в С-Петербурге (590,4 на 10 000 населения соответствующего возраста) и Москве (452,4), а также в областях: Нижегородской (439,5), Вологодской (293,3), Кировской (279,6), Рязанской (260,2). [1]

Второй по значимости причиной инвалидности населения являются злокачественные новообразования. Специфика ее региональной частоты достаточно близко повторяет контуры описанной выше ситуации в отношении болезней системы кровообращения. Минимальные уровни инвалидности вследствие данного класса болезней регистрируются также в северных территориях преимущественно азиатской части России, а также в ряде национальных республик. Так, в младшей возрастной группе (16–44 года для мужчин, 16–49 лет для женщин) минимальные уровни первичной инвалидности регистрировались в Тюменской (1,3 на 10 000 населения соответствующего возраста), Камчатской (2,0), Мурманской (2,3), Сахалинской (2,4), Амурской областях, а также в Ингушетии (1,1), Чечне (1,5), Калмыкии (2,3), Туве (2,5), Северной Осетии (2,5).

В предпенсионных возрастах (45–54 года для женщин, 50–59 лет для мужчин) минимальные уровни инвалидности в 1995 г. отмечались в Тюменской (8,5 на 10 000 населения соответствующего возраста), Сахалинской (11,9), Мурманской (12,2) областях, а также в Чечне (4,5), Ингушетии (6,9), Северной Осетии (12,3) и Дагестане (13,3).

В пенсионных возрастах (55 лет и старше для женщин, 60 лет и старше для мужчин) наименьшие уровни инвалидности зафиксированы в Чечне (2,1), Дагестане (6,5), Ингушетии (7,8), Удмуртии (9,3), Северной Осетии (9,4).

(Значительные – более 4 раз – различия в уровнях первичной инвалидности в пенсионных возрастах на полюсе минимальных значений явились причиной неадекватного картографического представления этого показателя при автоматическом подборе градаций признака.

Максимальные уровни инвалидности вследствие злокачественных новообразований, так же как и вследствие болезней системы кровообращения, характерны для населения территорий Европейского центра России, включая столичные города. Так, в младшей возрастной группе (16–44 года для мужчин, 16–49 лет для женщин) наибольшие уровни первичной инвалидности в 1995 г. отмечались в Белгородской (6,5 на 10 000 населения соответствующего возраста), Брянской (6,5), Калужской (5,8), Курской (5,7), Тульской (5,3), Смоленской (5,2) областях. В предпенсионных возрастах (45–54 года для женщин, 50–59 лет для мужчин) максимальные уровни инвалидности отмечались в Саратовской (32,0 на 10 000 населения соответствующего возраста), Воронежской (30,2), Костромской (30,3), Кировской (29,4), Смоленской (29,3) областях. В пенсионных возрастах (55 лет и старше для женщин, 60 лет и старше для мужчин) наибольшие уровни инвалидности зафиксированы в 1995 г. в Москве (33,1 на 10 000 населения соответствующего возраста), С-Петербурге (29,6), областях: Ленинградской (31,7), Новгородской (29,2), Ивановской (28,1), Рязанской (27,1). [1]

**3. Предложения**

Руководителям органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений необходимо формирование на территориальном уровне автоматизированной базы данных о контингенте инвалидов в возрасте 15–49 лет, слежение за уровнем инвалидности данного контингента инвалидов, изменениями ее структуры; ведение социально-гигиенического мониторинга за состоянием удовлетворенности больных медицинскими услугами разного типа, факторами, определяющими их уровень. Ведение мониторинга состояния факторов, влияющих на формирование репродуктивной установки инвалидов в возрасте 15–49 лет (в том числе, учет изменения таких факторов как структура населения по полу, возрасту, семейному положению, роду занятий, уровню и профилю образования, медицинской активности), а также учет объема выполненных медицинских услуг по их типам. Информированность населения о месте оказания медицинских услуг разного профиля, о правах пациента.

Руководителям лечебно-профилактических учреждений повысить качество работы врачей по коррекции медицинской активности инвалидов путем проведения корригирующих мероприятий, направленных на охрану собственного здоровья с использованием различных памяток, бесед по факторам риска нарушения здоровья

Руководителям органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений необходимо обеспечить оперативный непрерывный контроль за качеством реабилитационных услуг инвалидам.

Руководителям органов управления здравоохранением совершенствовать и развивать инфраструктуру учреждений, работающих в сфере реабилитации инвалидов на основе разработки и внедрения современных реабилитационных мероприятий данному контингенту населения.

Кафедрам общественного здоровья и здравоохранения, руководителям органов управления здравоохранением, руководителям медицинских учреждений организовать проведение дополнительных социально-гигиенических исследований социально-экономических и медико-психологических факторов, влияющих на уровень инвалидности населения для возможно более полного представления о нуждах данного контингента инвалидов

**Заключение**

Для того, чтобы преломить существующую тенденцию необходимо выявление не только биологических факторов, определяющих состояние здоровья, но и социально-экономических компонент образа жизни, направленных на сохранение здоровья конкретного человека и здоровья общества в целом. Для этого прежде всего следует решить кардинальные методологические проблемы науки о здоровье человека.

Технологически иной подход, антропоцентрический, с позиции целостности человека, психо-сомато-физиологического единства способен сдвинуть ситуацию с заболеваемостью людей трудоспособных возрастов. Это экономически дешевле и личностно более приемлемо. Это медико-социальная реабилитация, включающая человека как активного борца за свое здоровье.

Факторами, сдерживающими развитие здравоохранения, доступность медицинской помощи, обеспечение ее качества, являются по-прежнему недостаток финансирования, трудности приобретения лекарственных средств населением и лечебно-профилактическими учреждениями, сложности координации развития здравоохранения.

Сохраняется низкий уровень производства лекарственных средств, выпуска медицинской техники, практически не производится реконструкция и техническое перевооружение действующих предприятий, а также ввод в эксплуатацию новых объектов. Основными причинами спада производства являются ухудшение обеспечения предприятий сырьем и материалами в связи с недостатком валютных средств, нарушение хозяйственных связей, тяжелое финансовое положение учреждений и организаций здравоохранения, их низкая конкурентоспособность. Существенное влияние на эти процессы оказали трудности социально-экономических преобразований, недостаточный уровень расходов на здравоохранение, медицинскую науку и физическую культуру в государственном бюджете. Несмотря на развитие новых механизмов управления, активизацию деятельности системы обязательного медицинского страхования, одним из сдерживающих факторов повышения качества медицинской помощи в отдельных регионах остается устаревший механизм экономических взаимоотношений внутри отрасли, связанный не с финансированием объема и качества предоставляемых медицинских услуг, а с обезличенным финансированием по мощности медицинских учреждений и числу занятого в них медицинского персонала. Недостаточный объем ассигнований, выделяемых на здравоохранение, отрицательно сказался на развитии отрасли; несмотря на успехи отдельных регионов остаются медленными темпы укрепления и обновления материально-технической базы учреждений здравоохранения, их оснащение современным оборудованием, обеспечение медикаментами, перевязочными средствами и медицинскими изделиями. Одновременно происходит оптимизация коечного фонда и смещение части его деятельности на внебольничную помощь. Значительная часть учреждений здравоохранения требует капитального ремонта.

Научно-практическая значимость заключается в том, что результаты изучения состояния здоровья, образа жизни, репродуктивного поведения и репродуктивной установки инвалидов в генеративном возрасте во взаимосвязи с социально-гигиеническими и медико-биологическими факторами позволили обосновать комплекс рекомендаций и предложений, который может быть использован в практической работе участковых врачей поликлиник для взрослых, акушеров-гинекологов женских консультаций, врачей бюро МСЭК, органов социальной защиты населения, что будет способствовать повышению качества реабилитационной помощи данному контингенту инвалидов.

Главное не только жить, а оставаться активным, трудоспособным и молодым.

Известно, что одной из задач реабилитологии является продление плато молодости и трудоспособности. Это возможно только при применении новых технологий медико-социальной реабилитации замкнутых циклов.

Существующие научно-практические разработки позволяют сделать эту задачу возможной и реальной.

**Список используемой литературы**

1. Доклад заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации А.Л. Сафонова на Всероссийском съезде специалистов по охране труда «Государственная политика в области охраны труда в свете Концепции демографической политики в Российской Федерации». – Москва, ТПП, 22 апреля 2008 г.

2. Измеров Н.Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья работающего населения России // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. №1.

3. Концепция Программы действий по улучшению условий и охраны труда (разработана Департаментом трудовых отношений и государственной гражданской службы Минздравсоцразвития России), 2008.

4. Лещенко Я.А., Батура О.Г., Лебедева Л.Н. Смертность населения трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №3.

5. Российский статистический ежегодник, 2008.

6. Культурно-бытовое обслуживание рабочих на промышленных предприятиях. Сб. трудов / Под ред. Десятова В.Г. – Свердловск: Уральский ПромстройНИИпроект, 2000.

7. Лихачев П.Ю. и др. Производственные травмы как причина инвалидности. В сб. научных трудов «Актуальные проблемы инвалидности». – М.: ЦИЭТИН, 1999.

8. Мартов П.М. Трудовое устройство инвалидов (современное состояние и проблемы совершенствования). Сб. научных трудов. Вып. 20. – М.: ЦИЭТИН, 1999.

9. Овчаренко С.А. и др. Социально-гигиеническая характеристика факторов риска инвалидизации населения активного трудоспособного возраста. В сб. научных трудов «Актуальные проблемы инвалидности». – М.: ЦИЭТИН, 2004.

10. Осадчих А.И. Теоретические аспекты концепции инвалидности. Актуальные вопросы врачебно-трудовой реабилитации инвалидов, М.: 1988.

11. Рейфман М.Б. Социальная реабилитация (опыт работы Московского областного правления). – М.: ВОС, 1991.

12. Васюк Ю.А. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия: обзор / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Терапевтический архив. 2007.

13.Приоритеты социальной политики /Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2001. – №21.

14. Смехнов М. Не надейся на таблетки – береги здоровье сам / Михаил Смехнов; интервьюер Надежда Стахеева // Наша городская газета. – 2008. – 9 апр. (№15).

15. Павлов В. Экология как фактор, определяющий здоровье / Владимир Павлов // Наша городская газета. – 2008. – (№5).

16. Вилкова И. Почему кровь не наше кровное дело?: на этот животрепещущий вопрос есть весьма простой ответ / Ирина Вилкова // Медицинская газета. – 2008. – 30 января (№6).

17. Добромыслова О. Российские болезни / Ольга Добромыслова // Российская газета. – 2008. – 3 апр. (№72).

18. Васюк Ю.А. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия: обзор / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Терапевтический архив. 2007. – №10.