

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

¹Трифонова Н.Ю., ²Бутрина В.И., ³Шахсуварян С.Б., ^{4,5}Люцко В.В.

¹ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

²НОУ ВПО Евразийский открытый институт, г. Москва

³ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ», г. Москва

⁴ФГБОУ ДПО «ИПК ФМБА РФ», г. Москва

⁵Медицинский центр «Ваша клиника», г. Москва

В условиях социальной напряженности и расслоения общества, падения жизненного уровня населения в стране именно люди с ослабленным здоровьем – инвалиды – становятся одной из наиболее уязвимых групп населения, а их здоровье – предметом специального рассмотрения. Наиболее значимой остаётся проблема инвалидов вследствие онкопатологии. Роль государства заключается в обеспечении достойных условий жизни лицам с ограниченными жизненными возможностями, доступа к реабилитационным, образовательным, социальным и медицинским службам. Оценка состояния организации системы реабилитации в субъектах Российской Федерации показала, что до настоящего времени служба реабилитации инвалидов вследствие онкопатологии в отдельных регионах еще не создана; отсутствует системный подход в организации и проведении реабилитации, в порядке взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности, последовательности и преемственности в реализации реабилитационных мероприятий. Проведенное исследование позволило разработать ряд предложений по повышению эффективности системы реабилитации инвалидов.

Ключевые слова: инвалидность, онкологические заболевания, реабилитация инвалидов

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DISABILITY DUE TO ONCOLOGICAL DISEASES AND WAYS OF IMPROVEMENT OF MEASURES FOR REHABILITATION OF THE DISABLED

¹Trifonova N.U., ²Butrina V.I., ³Shakhsuvaryan S.B., ^{4,5}Liutsko V.V.

¹IPO GBOU MG MU Perva's VPO of I.M.Sechenov Minzdrava Rossii, Moscow

²NOU VPO Euroasian open institute (EAOI), Moscow

³FGBU "Federal bureau of medico-social examination of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation"

⁴FGBOU DPO "IPK FMBA RF", Moscow

⁵Medical klinicheskaja center «Your clinic», Moscow

In conditions of social tensions and inequality, a fall in the living standards of the population in the country is the people with the weakened health disabilities are one of the most vulnerable groups of the population, and their health is the subject of special consideration. The most significant problem remains disabled due to oncopathology. The role of the state is to ensure decent living conditions for persons with limited physical abilities, access to rehabilitation, education, social welfare and health services. Assessment of the status of rehabilitation system in the regions of the Russian Federation showed that up to the present time, the service rehabilitation of the disabled due to malignant tumors in some regions has not been created yet; there is no system approach in organization of the rehabilitation, in the manner of interaction between the institutions belonging to different authorities, consistency and continuity in the implementation of rehabilitation measures. The study made it possible to develop a number of proposals for enhancing the efficiency of the system of rehabilitation of disabled people.

Keywords: disability, oncological diseases, rehabilitation of disabled people

В условиях социальной напряженности и расслоения общества, падения жизненного уровня населения в стране именно люди с ослабленным здоровьем – инвалиды – становятся

одной из наиболее уязвимых групп населения, а их здоровье – предметом специального рассмотрения.

Наиболее значимой остаётся проблема инвалидов вследствие онкопатологии. Инвалидность лишает возможности активно участвовать в общественной и экономической жизни миллионы людей. Они не могут выполнять обычную для них роль в жизни в соответствии с возможностями их возраста и пола, а также социального и культурного уровня. Инвалидность вследствие онкопатологии порождает множество социальных проблем. Складывающаяся медико-демографическая ситуация, известные неблагоприятные тенденции в динамике показателей соматического, физического и психического здоровья людей, негативное влияние на организм риск-факторов окружающей среды, множественные проблемы медико-социального генеза, ощутимый дефицит качественного питания свидетельствуют о важности повышенного внимания к данной проблеме со стороны государственных институтов, специалистов, общественности, обуславливая необходимость принятия комплекса соответствующих конкретных мер на федеральном и региональном уровне [1, 2, 3, 4].

Роль государства заключается в обеспечении достойных условий жизни лицам с ограниченными жизненными возможностями, доступа к реабилитационным, образовательным, социальным и медицинским службам. На всех уровнях – от государства до семьи – необходима поддержка этой группы населения, для этого следует направить усилия на изменение взглядов общества и социальных установок, касающихся инвалидов [4, 5].

На начало 2005 года в Российской Федерации в органах социальной защиты населения состояло на учете 11,4 млн. человек инвалидов. Согласно статистическим данным, за последние годы наметилась тенденция к некоторому увеличению инвалидности, с одной стороны, и увеличению показателя смертности, с другой стороны. Так, исследования, проведенные в одном из центральных регионов Российской Федерации – Московской области, показали, что ежегодный прирост количества инвалидов составляет свыше тысячи человек, а ежегодная убыль населения 40 тысяч. Согласно предварительному прогнозу, демографический кризис в регионе может наступить в 2020 году.

Таким образом, разработка новых, более эффективных организационных моделей комплексной реабилитации инвалидов, с одной стороны, и совершенствование путей профилактики инвалидности среди населения страны – с другой, являются одними из актуальных задач, стоящих перед системой здравоохранения.

Однако с целью разработки организационно-методических основ комплексной реабилитации инвалидов необходимо более глубокое изучение вопросов медико-социальной характеристики контингента инвалидов, их потребностей в различных видах реабилитации,

сложившихся в стране условий реализации их реабилитации и правового обеспечения этого процесса.

Цель исследования: изучение социально-гигиенической характеристики инвалидов и пути повышения эффективности реабилитации.

Результаты и обсуждение

Анализ показателей распространенности и динамики первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации выявил следующие особенности.

Доля больных, выявленных при профилактических осмотрах, от числа впервые выявленных больных составила в 2009 г. в России 12,9% (в 2004 г. 11,3%). Менее 5% этот показатель был в республиках Калмыкия, Чувашия, Ингушетия, Тыва, Брянской, Новгородской, Камчатской, Ивановской, Магаданской и Еврейской автономной областях. Более благополучная ситуация наблюдалась в Беларуси (38,7%), Украине (27,8%), Азербайджане (24,5%), Курской (25,6%), Тамбовской (23,9%), Московской (22,0%), Ленинградской (21,3%) областях и Мордовии (23,2%). В 2009 г. в Вологодской, Камчатской, Магаданской областях, республиках Чувашия, Калмыкия, Чечня, Ингушетия, Тыва и Карачаево-Черкесия при профилактических осмотрах не было выявлено ни одного больного раком желудка; в Чувашии и Ингушетии – ни одной больной раком молочной железы; в Ингушетии, Чувашии и Камчатской области – ни одного больного раком легкого; в Мурманской, Новгородской, Воронежской, Камчатской, Калининградской, Курганской и Еврейской автономной областях, республиках Алтай, Ингушетия, Тыва, Бурятия, Чувашия и Калмыкия – ни одного больного меланомой кожи; в Магаданской и Еврейской автономной областях – ни одной больной раком шейки матки; в Чувашии, Калмыкии, Карачаево-Черкесии, Ингушетии, Тыве, Камчатской, Магаданской и Еврейской автономной областях – ни одного больного раком прямой кишки.

Доля больных злокачественными новообразованиями IV стадии в 2009 г. достигла 22,4% (в 2004 г. 23,3%). Более 32% этот показатель был в республиках Армения, Чечня, Тыва, Саха и Якутия, Тульской и Иркутской областях, Чукотском автономном округе. Значительная доля больных с IV стадией заболевания отмечена при раке желудка в Кировской и Магаданской областях, Чукотском автономном округе, республиках Адыгея и Тыва (более 55%); при раке легкого в Тульской, Иркутской областях, Краснодарском крае, Чукотском автономном округе, республиках Калмыкия, Ингушетия, Чечня, Тыва и Саха (более 50%); при раке предстательной железы в Тюменской, Еврейской автономной и Магаданской областях, республиках Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Ингушетия, Тыва и Саха (более 40%). Более 20% была доля больных раком молочной железы и шейки матки IV стадии в республике Чечня. В 2009 г. в России оставалась высокой запущенность (выявление III—IV стадий) при опухолях визуальных локализаций. Она составила 15,8% при раке губы, 28,6% при меланоме

кожи, 37,9% при раке шейки матки, 25% при раке щитовидной железы, 36,3% при раке молочной железы, 52,1% при раке прямой кишки. В общем контингенте инвалидов мужчины составляют 55,2%, женщины – 44,8%, в каждой возрастной группе уровень общей инвалидности среди мужчин больше, чем среди женщин. Среди контингентов инвалидов от 65,0% до 80,0% составляют лица пенсионного возраста.

Таблица 1

Структура первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований с учетом возраста в Российской Федерации в динамике за 8 лет (2005-2012 гг.)

Годы	ОБЩЕЕ ЧИСЛО ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧ. НОВООБР. (АБС. ЧИСЛО)	В ТОМ ЧИСЛЕ						ВСЕГО
		АБСОЛЮТНОЕ ЧИСЛО			СТРУКТУРА В %			
		МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ	СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ	ПЕНСИОННЫЙ ВОЗРАСТ	МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ	СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ	ПЕНСИОННЫЙ ВОЗРАСТ	
		ДО 44 ЛЕТ	М – 45-59 ЛЕТ, Ж – 45-54 ЛЕТ	М – 60 ЛЕТ И СТАРШЕ, Ж – 55 ЛЕТ И СТАРШЕ				
АБС. ЧИСЛО	АБС. ЧИСЛО	АБС. ЧИСЛО						
2005	200408	28470	52816	119122	14,2	26,4	59,4	100,0
2006	191236	24195	59094	107947	12,7	30,9	56,4	100,0
2007	171604	19218	57558	94828	11,2	33,5	55,3	100,0
2008	170184	19103	58078	93003	11,2	34,1	54,6	100,0
2009	181729	20067	60189	101473	11,0	33,1	55,8	100,0
2010	180211	20001	59689	100521	11,1	33,1	55,8	100,0
2011	184809	20190	59205	105414	10,9	32,0	57,1	100,0
2012	184355	20370	57355	106630	11,0	31,1	57,8	100,0

Таблица 2

Структура первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований с учетом возраста в Московской области в динамике за 8 лет (2005-2012 гг.)

Годы	Общее число инвалидов вследствие злокач. новообр. (абс. число)	В том числе						Всего
		Абсолютное число			Структура в %			
		Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст	Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст	
		до 44 лет	м – 45-59 лет, ж – 45-54 лет	м – 60 лет и старше, ж – 55 лет и старше				
Абс. число	Абс. число	Абс. число						
2005	10351	1314	2711	6326	12,7	26,2	61,1	100,0
2006	9274	960	2851	5463	10,4	30,7	58,9	100,0
2007	8881	880	2735	5266	9,9	30,8	59,3	100,0
2008	8381	782	2631	4968	9,3	31,4	59,3	100,0
2009	8509	864	2617	5028	10,2	30,8	59,1	100,0
2010	8390	887	2607	4896	10,6	31,1	58,4	100,0
2011	8561	835	2718	5008	9,8	31,7	58,5	100,0
2012	8344	838	2480	5026	10,0	29,7	60,2	100,0

Анализируя динамику первичной инвалидности вследствие онкопатологии с учётом возраста было установлено, что, несмотря на общую тенденцию снижения общего числа впервые признанных инвалидов (ВПИ), доля лиц среднего, т.е. наиболее трудоспособного

возраста, увеличивается. Эта тенденция характерна и для всей страны в целом, и для Московской области, и для Москвы в целом (таблицы 1, 2, 3).

Таблица 3

Структура первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований с учетом возраста в г. Москве в динамике за 8 лет (2005-2012 гг.)

Годы	Общее число инвалидов вследствие злокач. новообр. (абс. число)	В том числе						Всего
		Абсолютное число			Структура в %			
		Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст	Молодой возраст	Средний возраст	Пенсионный возраст	
		до 44 лет	м – 45-59 лет, ж – 45-54 лет	м – 60 лет и старше, ж – 55 лет и старше				
Абс. число	Абс. число	Абс. число						
2005	13835	1740	3835	8260	12,6	27,7	59,7	100,0
2006	14617	1898	4266	8453	13,0	29,2	57,8	100,0
2007	12560	1373	4119	7068	10,9	32,8	56,3	100,0
2008	13626	1548	4556	7522	11,4	33,4	55,2	100,0
2009	13966	1490	4404	8072	10,7	31,5	57,8	100,0
2010	11808	1245	3788	6775	10,5	32,1	57,4	100,0
2011	13975	1427	4121	8427	10,2	29,5	60,3	100,0
2012	13105	1433	3890	7782	10,9	29,7	59,4	100,0

В структуре инвалидности первое место среди заболеваний, послуживших причиной первичного выхода на инвалидность, занимают болезни системы кровообращения (46,0%), на втором месте стоят онкозаболевания (12,8%), на третьем – заболевания костно-мышечной системы (6,4%), на четвертом – последствия травм и отравлений (6,1%) и на пятом – психические расстройства (4,3%).

В структуре онкологической заболеваемости, повлекшей выход на инвалидность, первое место принадлежит раку желудка и легкого (по 15,4%). Причем среди мужчин лидирующее место занимают злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого (22,3%), а среди женщин – опухоли молочной железы (19,8%).

По прямым затратам (стоимость медикаментов, амбулаторного обслуживания, стационарного лечения, пенсий по инвалидности) болезни костно-мышечной системы занимают ведущее место среди других классов заболеваний, и эти затраты составляют до 23,0% от затрат на все болезни.

Таким образом, в последние годы тенденции предыдущих лет в состоянии психического здоровья населения Российской Федерации в основном сохранились. Помимо продолжающегося роста показателей заболеваемости психическими расстройствами в целом, увеличивается контингент больных, имеющих инвалидность.

Изучение потребностей инвалидов вследствие онкопатологии в различных видах медико-социальной реабилитации позволило установить, что 98,0% нуждаются в медицинской

реабилитации, в том числе восстановительной терапии нуждаются 99,0% -100,0%, в протезно-ортопедической помощи – 32,3%, в санаторно-курортном лечении – 67,9%, в технических средствах медицинской реабилитации – 43,5%.

Потребность инвалидов в профессиональной реабилитации также высока: в получении другой специальности нуждаются 65,3%, в изменении профессиональных навыков с учетом состояния здоровья – 23,9%. Отмечается высокая потребность инвалидов в социальной реабилитации (98,7%), в том числе в психологической реабилитации (97,5%), в технических средствах реабилитации – 88,4% инвалидов.

Оценка состояния организации системы реабилитации в субъектах Российской Федерации показала, что до настоящего времени служба реабилитации инвалидов вследствие онкопатологии в отдельных регионах еще не создана; отсутствует системный подход в организации и проведении реабилитации, в порядке взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности, последовательности и преемственности в реализации реабилитационных мероприятий.

Заключение. Проведенное исследование позволило нам разработать ряд предложений по повышению эффективности системы реабилитации инвалидов.

Так, в целях реального улучшения реабилитации инвалидов вследствие онкопатологии, обеспечения им эффективной медицинской и социальной реабилитации и интеграции в общество, необходимо:

- обеспечить нормативно-правовую базу деятельности реабилитационных учреждений для инвалидов;
- создать единую систему учета инвалидов, людей с ограниченными возможностями, в том числе находящихся в специализированных интернатах, стационарных учреждений различных ведомств;
- реализовать создание индивидуальных программ обучения, реабилитации с учетом физических и умственных возможностей инвалида;
- продолжить работу по укреплению материально-технической базы реабилитационных учреждений различной ведомственной принадлежности;
- продолжить внедрение в деятельность реабилитационных учреждений современных инновационных технологий;
- принять меры по повышению квалификации кадров, работающих с инвалидами;
- утвердить на федеральном уровне форму индивидуальной программы реабилитации инвалида, порядок ее формирования и реализации;
- разработать на федеральном уровне методическое обеспечение и технологии в деятельности реабилитационных учреждений;

- обеспечить дальнейшее развитие системы реабилитационных учреждений для инвалидов путем целевого планирования за счет федерального и регионального бюджета;
- обеспечить подготовку кадров (специалистов по реабилитации, психологов, специалистов по специальной работе на дому, специалистов по техническим средствам реабилитации и др.) для системы реабилитационных учреждений;
- обеспечить организацию передвижных реабилитационных центров.

Многие из предложенных нами совершенствований комплексной реабилитации инвалидов уже внедрены в практику на региональном уровне (Московская область).

Так, на кафедре специальной психологии и коррекционной педагогики Московского государственного областного университета разработаны программы курсов повышения квалификации специалистов системы здравоохранения, социальной защиты населения и образования по различным аспектам инвалидности.

Список литературы

1. Амасьянц Р.А., Артюхов А.С. Социально-гигиенические аспекты общего контингента инвалидов в Московской области. Сб. научных трудов. – вып. 5. – М., 2003.
2. Государственный доклад О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2009 году.
3. Государственный доклад О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2012 году.
4. Дедова Н.Г. Развитие нетрадиционных форм стационарной медицинской помощи населению Российской Федерации. Материалы 3-й научно-практ. конф. НПО «Медсоцэкономинформ» Развитие стационарной медицинской помощи в период реформы здравоохранения в России. – М., 1996. – С. 124 -126.
5. Wagg, A., Bayliss, M., Ingham, N. J., et al. Urodynamic variables cannot be used to classify the severity of detrusor instability // Br. J. Urol. – 1998. V-. 2. – PP. 499-502.
6. Zimmern, P. Medical treatment modalities for lower urinary tract symptoms: what are the relevant differences in randomised controlled trials? // Eur. Urol. 2000; 38 (suppl. 1): 18-24.
7. Zlotta, A. R., Raviv, G., Schulman, C. C. Clinical prognostic criteria for later diagnosis of prostate carcinoma in patient with initial isolated prostatic intraepithelial neoplasia // Eur. Urol. – 1996. – Vol. 30. – P. 249-255.

Рецензенты:

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, директор АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ» г. Москва.

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации УО «Полоцкий государственный университет», Председатель Белорусского республиканского общественно-геронтологического объединения, г. Новополоцк.