

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г. Баку
Международная Научно-практическая Глазная Клиника "Fako Lazer", г.Баку.*

Ведущее значение в познании внешнего мира человеком принадлежит органу зрения, трудовая и социальная деятельность человека влиянием на качество восприятия им внешнего мира.

Очень важными являются проблемы здравоохранения, связанные с дальнейшим снижением заболеваемости, влекущим за собой временную или стойкую утрату трудоспособности. В этом плане инвалидность населения заслуживает: самого пристального внимания со стороны медиков и социологов. Одним из значительных вопросов этой проблемы является инвалидность вследствие заболеваний или травмы органа зрения [2, 3, 7, 8].

Проблема инвалидности в последние годы оказалась в центре общественного внимания, что обусловлено изменением политики государства в отношении инвалидов [1, 2, 3].

В соответствии с ней инвалидность, в отличие от прежнего, трактуется не как стойкая утрата трудоспособности, а как социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и к необходимости его социальной защиты. Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью [1, 4, 5, 6, 9, 10].

Одним из основных показателей инвалидности является число лиц, впервые признанных инвалидами в течение календарного года. Ежегодный приток инвалидов является одним из основных факторов, участвующих в формировании общего контингента инвалидов.

В Азербайджанской Республике последний 15 лет отсутствует комплексное изучение первичных инвалидности по зрению (К.Т.Керимов, 2010).

Цель исследований: комплексная медико-социальная характеристика первичной инвалидности по зрению, разработка новой концепции по профилактике и снижению инвалидов в Республике.

Материал и методы исследования.

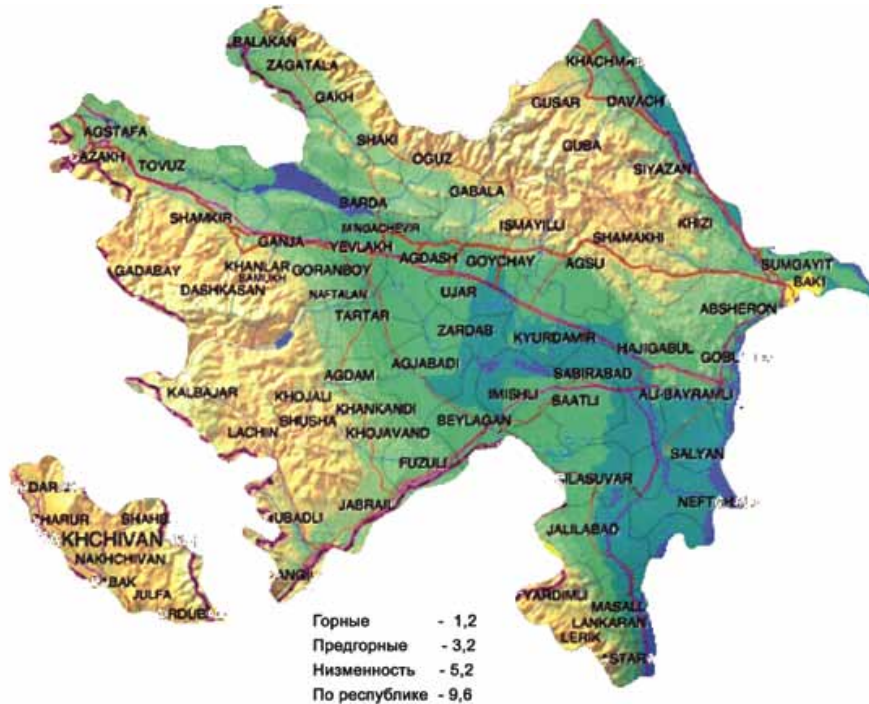
Для разработки этих проблем нами были собраны и неучены следующие материалы: данные из 37 МСЭК республики и пенсионных дел 19514 инвалида по зрению; результаты освидетельствований впервые признанным 23850 инвалидов по зрению в Азербайджане в 2000-2009 гг.; полученные путем выкопировки из актов медико-социальной экспертизы; мужчины – 65,1; женщины – 34,9; возраст инвалидов составлял от 16 до 78.

Результаты и обсуждения.

В Азербайджанской республике в течение 2000-2009 гг. общее число всех впервые признанных инвалидами колеблется в последнее 10 лет в пределах 14-26 тыс. человек и значительно увеличивается в 2008 гг. — до 33 тыс. человек (в среднем 19514 инвалидов). Число впервые признанных инвалидами вследствие патологии органа зрения (первично, повторно и общее инвалидности) в десять лет периода наблюдения колебалось в пределах 1608-2724 человек в год и значительно увеличилось в 2006-2007 гг. — до 2724 человек. В среднем приток инвалидов вследствие патологии органа зрения составил (2385) человек в год. Удельный вес инвалидов по зрению среди всех впервые признанных инвалидами составил 12,2% от общего числа. Уровень первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в 2000-2009 гг. колеблется в пределах 10,8-7,6 на 10 тыс. взрослого населения. Значительный подъем показателя отмечен в 2002 гг. - до 11,8 на 10 тыс. взрослого населения. В 2009 г. показатель уровня первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения уменьшился до 7,6 на 10 тыс. взрослого населения. В среднем показатель равен 9,6 на 10 тыс. взрослого населения (таб.1). По климато-географическим зонам неодинаково ниже в горных, 4,5 раза больше в низменности (Картограмма 1).

Региональная динамика (картограмма 1) инвалидности по зрению по климато-географическим зонам Республики показывает, что в горных зонах уровень 4,5 раза ниже от низменности и 2,8 раза ниже от предгорных зонах (Соответственно 1,2 ; 3,2 ; 5,2)

Уровень инвалидности вследствие патологии органа зрения
по климато-географическим зонам Азербайджанской Республики



Картограмма 1. Региональная динамика за последней 10 лет (2000-2009 гг.) инвалидности вследствие органа зрения в Азербайджанской Республике.

Региональная динамика (картограмма 1) инвалидности по зрению по климато-географическим зонам Республики показывает, что в горных зонах уровень 4,5 раза ниже от низменности и 2,8 раза ниже от предгорных зонах (Соответственно 1,2 ; 3,2 ; 5,2)

Среди впервые признанных инвалидами преобладают мужчины. Удельный вес мужчин с 57,7% в 2000 г. увеличился до 65,1% в 2009 г. В настоящее время структура первичной инвалидности по полу следующая: мужчины составляют (65,1±1,73)%, женщины - (34,9±2,15)%, ($p < 0,05$).

Структура первичной инвалидности по ее тяжести следующая: инвалиды I группы составляют (21,2±1,15)%, II группы - (32,7±3,35)% и III группы - (46,1±3,82)%.

В настоящее время отмечается следующая возрастная структура первичной инвалидности: инвалиды в возрасте 16-29 лет составляют (17,7±1,3)%; 30-39 лет - (9,9±1,0)%; 40-49 лет - (22,3±1,5)%; 50-54 лет - (18,8±1,4)%; 55-60 лет и старше - (31,3±1,6)%. В динамике за эти годы несколько увеличилась доля лиц до 29 лет - с 11,1 до 17,7% и инвалидов в возрасте 40-49 лет - с 17,6 до 22,3%. В целом в контингенте впервые признанных инвалидами вследствие патологии органа зрения преобладают лица трудоспособного возраста, которые составили 61,4% в 2000 г. и 69,7% в 2009 г.

Нозологическая структура первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в 2008 г. и в 2009 г. имеет свои особенности. В структуре первичной инвалидности в течение наблюдаемого периода первое место стабильно занимает инвалидность вследствие заболевания хрусталика, удельный вес инвалидов вследствие заболевания хрусталика является самым высоким в 2000 г. - 24,9% и несколько снижается в 2009 г. - до 20,5% от общего числа инвалидов.

На втором месте находится инвалидность вследствие аметропии, удельный вес которой мало изменился и составляет соответственно 16,0 и 16,8%. Далее произошли существенные изменения в структуре инвалидности. На 3-е место переходит инвалидность вследствие глаукомы, удельный вес которой уменьшается с 13,4 до 7,7%. В настоящее время в структуре первичной инвалидности первое место занимает инвалидность вследствие заболевания хрусталика - (20,5±3,16)%, второе - близорукость - (16,8±3,32)%, третье место - глаукома - (13,4±3,20)% (таб.2).

Таблица 1

Первичная инвалидность вследствие патологии органа зрения в Азербайджанской республике в динамике за последней 10 лет (2000-2009 гг.).

Годы	Общее число признанных инвалидов вследствие всех патологий (абс. числа)	Число впервые признанных инвалидами вследствие патологии органа зрения (абс. числа)	Удельный вес инвалидов по зрению среди всех впервые признанных инвалидами (в%)	Темп прироста или убыли(в%)	Уровень первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения (на 10 тыс. взрослого населения)	Коэффициент наглядности показателя по отношению к уровню 2000 г. принятому за 100% (в%)	Темп прироста или убыли(в%)
2000	16004	2516	15,7		10,8	100,0	
2001	15475	2411	15,5	-2,4	11,8	97,6	+0,6
2002	14745	2834	19,2	+9,5	10,6	109,5	+1,1
2003	14388	2331	16,2	-4,3	10,2	97,5	+1,1
2004	14761	2062	14,0	-8,1	9,8	91,9	+0,5
2005	18326	1608	8,8	-21,5	9,7	88,5	-4,3
2006	25982	3724	14,9	+12,9	8,9	112,9	+6,8
2007	22001	2536	13,8	+1,1	8,6	101,1	+4,2
2008	21544	1947	10,4	-10,0	7,8	90,0	-4,6
2009	19569	2583	13,2	+1,8	7,6	101,8	-1,8
Средние показатели	18280	2385	12,2	-4,8	9,6	95,2	+1,1

Таблица 2

Нозологическая структура первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в динамике за последние 10 лет

Виды Патологии	Удельный вес инвалидов % (M±m)	
	2000	2009
Заболевания хрусталика	24,9±3,40	20,5±3,16
Аметропия	16,0±3,60	16,8±3,32
Глаукома	13,4±3,60	7,7±3,16
Травмы органа зрения	11,7±3,60	10,6±3,33
Диабет глаза	10,9±3,70	14,3±3,20
Болезни зрительного нерва	7,7±3,60	8,1±3,46
Заболевания сетчатки (хориоидеи)	6,2±3,70	9,9±3,46
Заболевания роговицы	5,1±3,70	7,6±3,61
Кератоконус и др.	4,1±3,70	4,5±3,32
Итого:	100,0	100,0

Распространенность первичной инвалидности вследствие отдельных форм офтальмопатологии различная. В 2000 г. наиболее высокий уровень инвалидности был вследствие заболевания хрусталика – 0,44, аметропия – 0,29, глаукома - 0,23 на 10 тыс. взрослого населения. В динамике за 10 лет уменьшился уровень инвалидности вследствие глаукомы, заболевания хрусталика, травм. Увеличился уровень инвалидности вследствие диабет глаза. В 2009 г. наиболее высокий уровень первичной инвалидности отмечен вследствие заболевания хрусталика – 1,3, аметропия – 1,2 и глаукомы – 1,1 на 10 тыс. взрослого населения (таб.3).

Таблица 3

Уровень первичной инвалидности вследствие отдельных форм патологии органа зрения в динамике (на 10 тыс. взрослого населения)

Виды офтальмологии	Годы наблюдения	
	2000	2009
Заболевания хрусталика	1,4	1,3
Аметропия	1,3	1,2
Глаукома	1,2	1,1
Травмы органа зрения	1,2	1,0
Диабет глаза	1,2	1,0
Болезни зрительного нерва	1,4	0,7
Заболевания сетчатки хориоидеи	1,2	0,6
Заболевания роговицы	1,0	0,5
Кератоконус и др.	0,9	0,2
Итого:	10,8	7,6

Патология хрусталика в течение многих лет является основной причиной первичной инвалидности вследствие органа зрения в республике.

Заключение: В заключении, основными особенностями первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в последние 10 лет являются: прирост инвалидов в среднем около 2009 год 65 человек; уровень ее в среднем равен 9,6 на 10 тыс. взрослого населения; отмечено его увеличение в 2001-2009 гг. и снижение уровня инвалидности в 2008-2009 гг.

Следует отметить, что основной причиной роста первичной инвалидности в Азербайджане послужили коренные политические, социальные, экономические преобразования, произошедшие в эти годы в республике. Война в Нагорном Карабахе, спад производства, иные формы хозяйствования по принципу рыночных отношений, миграция населения – основные факторы, объясняющие ухудшение здоровья населения.

Данные, полученные в результате детальной разработки указанные выше тем, должны оказаться полезными для здравоохранения и могут быть использованы для выработки стройной системы мероприятий по профилактике слепоты и инвалидности, также социальной и медицинской реабилитации слепых и инвалидов по зрению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Азербайджанской Республики «О социальной защите инвалидов». Баку, 1993 и 2003 гг.
2. Алиева З.А. «Глазные болезни при диабете», Ташкент, 1981 г. Монография.
3. Либман Е.С. // Офтальмологическая медико-социальная экспертиза и реабилитация на современном этапе. Московская глазная больница - 170 лет: Актуальные вопросы офтальмологии. 1996-С-8-10.
4. Либман Е.С. Основные этапы и позиции социальной офтальмологии в решении проблем слепоты и инвалидности по зрению. Юбилейная Научно-практическая конференция, посвящ. 75-летию ЦИЭТИН. Тезисы докладов. Москва, 2005, с. 14-16.
5. Керимов К.Т. Инвалидность и реабилитация инвалидов по зрению в Азербайджане. Монография, Баку, 1997, 278 стр.
6. Амансаатов Ш.А. и соавт. Медико-социальные аспекты и инвалидности по зрению в Туркменистане. «Труды Научно-клинического центра глазных болезней им. С.Каранова». Ашхабад, Ыльым, 2003, с. 30-37.
7. Гришина Л.П., Чумаева Е.А. Первичная инвалидность вследствие офтальмопатологии в РФ в 1992-2001гг. «Мат. Науч.-практич. конф., посвящ. Году инвалидов». Москва, 2003, с.27-28.
8. Касимов Э.М. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие глаукомы в Азербайджане. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Москва, 1998, 21 с.
9. Пузин С.Н. Перспективы развития государственной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации в РФ. «Мат. Науч.-практич. конф., посвященной Году инвалидов». Москва, 2003, с.8-14.

10. Гришина Л.П., Чумаева Е.А. Первичная инвалидность вследствие офтальмопатологии. Материалы научно-практической конференции посвященной году инвалидов. Москва, 2003, стр. 25.

Kərimov K.T., Rüstamova N.M., Kərimova Nər.K., Sultanova A.İ., Kərimova N.K.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA GÖRMƏ ORQANININ PATOLOGİYASI NƏTİCƏSİNDƏ BİRİNCİLİ ƏLİLLİYİN DİNAMİKASI

*Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh.
Bakı Elmi-praktiki Beynəlxalq Göz Klinikası "Fako Lazer"*

XÜLASƏ

Göz əlilliyinin dinamikasına nəzər saldıqda axırıncı 10 il ərzində hər il 65 nəfər artım hiss olunur, hər 10.000 nəfərə 1,8 yaşlı əhali düşür. 2006 və 2007-ci illərdə onun tezliyi yüksəlir və 2008 və 2009-cu illərdə azalır. Əlilliyin strukturunda katarakta, ametropiya, gözün diabet fəsadları travma, qlaukoma və digər patologiyalar əsas yerləri tutur. 10 illiyin ilk illərində birincili əlilliyin yüksək olması social siyasətin dəyişilməsi, iqtisadi yenidənqurma, Dağlıq Qarabağda gedən soyuq müharibə, Ermənistanın – Azərbaycan əhalisinin rifahına vurduğu ziyanlar, bəzi istehsal sahələrinin bağlanması, bazar iqtisadiyyatına keçid və onun təcridən qurulması, əhalinin keçid dövründə sağlamlılıqlarının nisbətən pozulması faktorları rol oynayır. 10 illiyin axır illərində iqtisadiyyatda olan inkişaf, yenidənqurma, yeni istehsal sahələrinin açılması əhalinin sağlamlığına müsbət təsir göstərmiş və birincili əlillik əhali içərisində aşağı düşmüşdür.

Kerimov K.T., Rüstamova N.M., Kerimova Ner.K., Sultanova A.I., Kerimova N.K.

DYNAMICS OF PRIMARY INVALIDITY DUE TO EYE PATHOLOGY IN AZERBAIJAN REPUBLIC.

*National Ophthalmology Centre named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku.
Scientific-practical International Eye Hospital, Baku*

SUMMARY

According to authors' data main peculiarities of primary invalidity due to eye pathology within last 10 years are a yearly growth of the number of invalids, about 65 persons, on the average; its level makes up, on the average, 20.5% of the general number, the second to ametropiya — 16.8%, the third to glaucoma — 14.3%. In young persons the leading pathologies are congenital and traumas, 9.6 per 10000 of adult population; the level of invalidity increased in 2006-2007 and decreased in 2008-2009.

In the nosologic structure, the first place belongs to invalidity due to lens diseases — in invalids of elderly age - lens diseases and glaucoma.