

Нозологическая структура инвалидности при остеоартрите в Иркутской области

Петрунько И.Л.^{1,2}, Меньшикова Л.В.¹, Сергеева Н.В.², Черкасова А.А.²

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Иркутск, Россия; ²ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Минтруда России, Иркутск, Россия
¹664049, Иркутск, м/р Юбилейный, 100; ²664075, Иркутск, ул. Байкальская, 206

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Branch, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Irkutsk, Russia; ²Main Bureau of Sociomedical Examination in the Irkutsk Region, Ministry of Labor of Russia, Irkutsk, Russia
¹100, Yubileinyi Microdistrict, Irkutsk 664049; ²206, Baikalskaya St., Irkutsk 664075

Контакты: Ирина Леонидовна Петрунько;
petrunkoirina@mail.ru

Contact: Irina Petrunko;
petrunkoirina@mail.ru

Поступила 13.09.18

Цель исследования – изучить нозологическую структуру первичной инвалидности вследствие остеоартрита (ОА) в Иркутской области за 2012–2016 гг., ее тяжесть, возрастные, половые особенности.

Материал и методы. Проанализирована сплошным методом база данных по лицам, впервые признанным инвалидами вследствие ОА за 2012–2016 гг. в Иркутской области. Изучались структура, тяжесть инвалидности, ее возрастные и половые особенности.

Результаты и обсуждение. Наибольший удельный вес среди впервые признанных инвалидами вследствие ОА в 2012–2014 гг. был у больных гонартрозом (от 46,6 до 52,7% соответственно). В 2015–2016 гг. стали преобладать инвалиды вследствие коксартроза (55,3 и 65,3% соответственно). Среди больных ОА с впервые установленной инвалидностью за анализируемый период преобладали женщины, но их доля в 2016 г. (54,4%) была ниже, чем в 2012 г. (74,2%). Снижение произошло преимущественно за счет женщин, больных полиостеоартритом (2012 г. – 83,5%; 2016 г. – 67,5%), коксартрозом (54,3 и 42,0%), гонартрозом (87,2 и 80,4% соответственно). Большая часть инвалидов с ОА были пенсионного возраста (64,7% в среднем за 5 лет). За последние 3 года существенно возросла доля инвалидов молодого возраста (до 44 лет) – с 7,1% в 2014 г. до 15,3% в 2016 г. – и зрелого возраста – с 21,2% в 2014 г. до 30,1% в 2016 г. Среди инвалидов с поражением тазобедренного сустава больных молодого и зрелого возраста было больше, а лиц пенсионного возраста – меньше, чем среди инвалидов с полиостеоартритом (16,8 и 3,1%; 31,5 и 23,5%; 51,9 и 73,4% в среднем за 5 лет соответственно). Инвалидность вследствие гонартроза устанавливалась преимущественно лицам пенсионного возраста (80,2%), тогда как доля лиц молодого возраста составила только 2,0%, что много меньше, чем при коксартрозе, полиостеоартрите, других артритах (9,2%). Доля инвалидов зрелого возраста (18,1% в среднем за 5 лет) также была меньше.

По тяжести инвалидности вследствие ОА основную часть составили инвалиды III группы (от 81,7% в 2012 г. до 90,9% в 2015 г.). Инвалидов II группы было гораздо меньше – от 16,1 до 8,3% соответственно. Минимальное число больных были признаны инвалидами I группы. За последнее пятилетие отмечалось улучшение структуры первичной инвалидности по тяжести вследствие полиостеоартрита и гонартроза за счет снижения доли инвалидов наиболее тяжелых I и II групп и нарастания доли III группы. Увеличение в 2016 г. удельного веса инвалидов II группы вследствие коксартроза до 22,3% с 11,4% в 2015 г. связано с единичными случаями осложнений после эндопротезирования тазобедренных суставов.

Ключевые слова: первичная инвалидность; остеоартрит; тяжесть инвалидности; возрастная, половая структура. **Для ссылки:** Петрунько ИЛ, Меньшикова ЛВ, Сергеева НВ, Черкасова АА. Нозологическая структура инвалидности при остеоартрите в Иркутской области. Научно-практическая ревматология. 2018;56(2):202–207.

THE NOSOLOGICAL PATTERN OF DISABILITY IN OSTEOARTHRITIS IN THE IRKUTSK REGION

Petrunko I.L.^{1,2}, Menshikova L.V.¹, Sergeeva N.V.², Cherkasova A.A.²

Objective: to investigate the nosological pattern of primary disability due to osteoarthritis (OA) in the Irkutsk Region in 2012–2016, its severity, age- and gender-related features.

Material and methods. A continuous method was used to analyze the database on the newly recognized as disabled due to OA in the Irkutsk Region in 2012–2018. The pattern, degree of disability, its age- and gender-related characteristics were studied.

Results and discussion. Among those who were the newly recognized as disabled due to OA in 2012–2014, there was the largest proportion of patients with knee OA (46.6 to 52.7%, respectively). There was a preponderance of the disabled due to hip OA in 2015–2016 (55.3% and 65.3%, respectively). Among the OA patients with newly established disability during the analyzed period, there was a preponderance of women, but their proportion in 2016 was smaller than that in 2012 (54.4 and 74.2%, respectively). The decrease was mainly due to women with polyarticular OA (83.5% in 2012; 67.5% in 2016), hip OA (54.3 and 42.0%), or knee OA (87.2 and 80.4%, respectively).

Most of the disabled people with OA were pensioners (64.7% for an average of 5 years). Over the past 3 years, the proportion of disabled young people (aged less than 44 years) substantially increased from 7.1% in 2014 to 15.3% in 2016 and that of disabled adult people rose from 21.2% in 2014 to 30.1% in 2016. Among the disabled with hip joint damage, young and adult patients were more and pensioners were fewer than among those with polyarticular OA (16.8 and 3.1%; 31.5 and 23.5%; 51.9 and 73.4% for an average of 5 years, respectively).

Knee OA-associated disability was established mainly in pensioners (80.2%), while the proportion of young people was only 2.0%, which was much fewer than in those with hip OA, polyarticular OA, and other variants of the disease (9.2%). The proportion of disabled adult persons was also fewer (18.1% for an average of 5 years).

According to the severity of disability due to OA, the largest one was group with class III disability (81.7% in 2012 to 90.9% in 2015). Group with class II disability were much less – from 16.1 to 8.3%, respectively. The minimum number of patients was recognized as having class I disability. The last five years have been marked by an improvement in the pattern of polyarticular OA and osteoarthritis-related primary disability according to its severity, by reducing the proportion of people in the most severe groups with class I and II disability and by increasing the proportion of people having class III disability. The increase in the proportion of people with class II disability due to hip OA to 22.3% in 2016 from 11.4% in 2015 was due to isolated cases of complications after hip replacement.

Keywords: primary disability; osteoarthritis; severity of disability; age, gender structure.

For reference: Petrunko IL, Menshikova LV, Sergeeva NV, Cherkasova AA. The nosological pattern of disability in osteoarthritis in the Irkutsk Region. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2018;56(2):202–207 (In Russ.).

doi: 10.14412/1995-4484-2018-202-207

Остеоартрит (ОА) — одна из актуальных медицинских и социальных проблем ввиду большой и увеличивающейся в связи со старением населения распространенности заболевания, его хронического прогрессирующего течения, приводящего к снижению качества жизни и частой инвалидизации пациентов [1–5].

Инвалидность вследствие ОА является проблемой многих стран [6, 7]. Однако если вопросы инвалидности вследствие всей совокупности нозологий XIII класса Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) — «болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани» (БКМС) — достаточно хорошо изучены, то по исследованию показателей и особенностей инвалидности вследствие ОА имеются лишь отдельные работы [8–12], так как в форме государственной статистической отчетности «7-собес» из указанного XIII класса выделяются только дорсопатии.

Нам не удалось найти материалов по изучению первичной инвалидности вследствие ОА в зависимости от локализации процесса, ее тяжести (группы инвалидности), возрастных, половых особенностей, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Целью исследования было изучить нозологическую структуру первичной инвалидности вследствие ОА в Иркутской области за 2012–2016 гг., ее тяжесть, возрастно-половые особенности.

Материал и методы

Проанализирована сплошным методом база данных Единой автоматизированной вертикально интегрированной информационно-аналитической системы (ЕАВИИС) медико-социальной экспертизы (МСЭ) по лицам, впервые признанным инвалидами за 2012–2016 гг. в Иркутской области при заболеваниях, включенных в XIII класс МКБ-10 «БКМС», отдельно — при ОА: полиостеоартрите (М15), коксартрозе (М16), гонартрозе (М17), других артритах (М19). Изучались ее тяжесть (распределение больных по группам инвалидности), возрастно-половая структура в абсолютных числах и в процентах. Обработке подвергались обезличенные данные электронного контента, заполненного медицинскими работниками бюро МСЭ. Этические и правовые принципы при работе с медицинской документацией не были нарушены.

Результаты

БКМС занимают в структуре первичной инвалидности взрослого населения Иркутской области четвертое место, уступая в 2016 г. только злокачественным новообразованиям, болезням системы кровообращения, психическим заболеваниям. Их доля в 2016 г. снизилась до 6,8% (2015 г. — 8,6%; 2014 г. — 11,8%; 2013 г. — 12,8%; 2012 г. — 11,7%), уро-

вень инвалидности уменьшился до 5,4 (2015 г. — 5,9; 2014 г. — 10,3; 2013 г. — 10,4; 2012 г. — 11,0) на 10 тыс. взрослого населения.

Наиболее частой причиной первичной инвалидности в классе БКМС в 2016 г., как и в предшествующие годы, у взрослых был ОА с уменьшением его удельного веса (до 41,5%) по сравнению с предыдущими годами: 2012 г. — 57,4%; 2013 г. — 57,3%; 2014 г. — 57,1%; 2015 г. — 45,0%.

Наибольшее число больных ОА, впервые признанных инвалидами, за последние 5 лет было в 2014 г. (n=1123), а минимальное (n=412) — в 2016 г. Следует отметить, что в 2012–2014 гг. гонартроз среди причин первичной инвалидности вследствие ОА имел наибольший удельный вес (от 46,6% в 2013 г. до 52,7% в 2014 г.), а в 2015–2016 гг. преобладающей причиной инвалидности стал коксартроз (55,3 и 65,3% соответственно), тогда как в 2012 г. его доля составляла только 36,6%. Число инвалидов с полиостеоартритом за анализируемое пятилетие колебалось от 13,7% в 2012 г. до 4,8% в 2014 г. Незначительным был все годы удельный вес других артритов — от 2,0% в 2012–2013 гг. до 0,7% в 2016 г. (табл. 1).

Таким образом, за анализируемый период отмечено почти трехкратное снижение абсолютного числа инвалидов вследствие ОА (1113 в 2012 г. и 412 в 2016 г.), практически по всем нозологическим формам заболевания. Однако наблюдалось увеличение доли инвалидов с коксартрозом (36,6% в 2012 г. и 65,3% в 2016 г.).

Изучение гендерной структуры первичной инвалидности вследствие ОА показало преобладание женщин во все годы последнего пятилетия, но отмечалась тенденция к снижению их доли с 74,2% в 2012 г. до 54,4% в 2016 г., тогда как доля мужчин-инвалидов возросла с 25,8 до 45,6% соответственно (табл. 2). Проведен анализ первичной инвалидности вследствие отдельных нозологических форм ОА у лиц женского и мужского пола (табл. 3, см. табл. 2).

Среди впервые признанных инвалидами вследствие полиостеоартрита во все анализируемые годы преобладали женщины (83,5% в 2012 г. и 67,5% в 2016 г.). Среди больных коксартрозом в 2012–2014 гг. также преобладали женщины, но в 2015–2016 гг. их доля снизилась (49,7 и 42,0% соответственно).

Удельный вес женщин среди впервые признанных инвалидами вследствие гонартроза в последние 5 лет был преобладающим, но их доля снизилась с 87,2% в 2012 г. до 80,4% в 2016 г. При других артрозах (М19) в 2012–2016 гг. половая структура первичной инвалидности претерпевала разнонаправленные изменения.

Таким образом, в структуре первичной инвалидности лиц женского пола было значительно больше, чем мужчин, среди больных с полиостеоартритом, гонартрозом с тенденцией к снижению за пятилетний период.

Таблица 1 Структура первичной инвалидности вследствие ОА в Иркутской области за 2012–2016 гг.

Год	Полиостеоартрит (М15), n (%)	Коксартроз (М16), n (%)	Гонартроз (М17), n (%)	Другие артриты (М19), n (%)	ОА всего, n
2012	152 (13,7)	407 (36,6)	531 (47,7)	23 (2)	1113
2013	92 (9,4)	411 (42)	455 (46,6)	20 (2)	978
2014	54 (4,8)	457 (40,7)	592 (52,7)	20 (1,8)	1123
2015	45 (9,1)	272 (55,3)	169 (34,3)	6 (1,2)	492
2016	28 (6,8)	269 (65,3)	112 (27,2)	3 (0,7)	412

Таблица 2 Гендерная структура первичной инвалидности вследствие ОА, полиостеоартрита, коксартроза в Иркутской области за 2012–2016 гг.

Год	ОА			Полиостеоартрит			Коксартроз		
	всего, п	мужчины, п (%)	женщины, п (%)	всего, п	мужчины, п (%)	женщины, п (%)	всего, п	мужчины, п (%)	женщины, п (%)
2012	1113	287 (25,8)	826 (74,2)	152	25 (16,5)	127 (83,5)	407	186 (45,7)	221 (54,3)
2013	978	294 (30)	684 (70)	92	19 (20,7)	73 (79,3)	411	189 (46,0)	222 (54,0)
2014	1123	283 (25,2)	840 (74,8)	54	9 (16,7)	45 (83,3)	457	181 (39,6)	276 (60,4)
2015	492	180 (36,6)	312 (63,4)	45	13 (28,9)	32 (71,1)	272	137 (50,3)	135 (49,7)
2016	412	188 (45,6)	224 (54,4)	28	9 (32,5)	19 (67,5)	269	156 (58,0)	113 (42,0)

Обращает на себя внимание возрастание доли мужчин-инвалидов среди больных коксартрозом с 45,7% в 2012 г. до 58,0% в 2016 г., несколько меньше – при гонартрозе (с 12,8 до 19,6% соответственно).

В табл. 4 представлена возрастная структура первичной инвалидности вследствие ОА.

Среди первичных инвалидов вследствие ОА преобладали лица пенсионного возраста (3-я возрастная группа) доля которых составляла 67,3% в 2012 г. и снизилась до 54,6% в 2016 г. (табл. 5). Обращает на себя внимание увеличение доли инвалидов относительно молодого возраста (до 44 лет) с 7,2% в 2012 г. до 15,3% в 2016 г. при снижении их абсолютного числа. Доля граждан 2-й возрастной группы (женщины от 45 до 54 лет, мужчины от 45 до 59 лет) несколько возросла за анализируемый пятилетний период (с 25,5% в 2012 г. до 30,1% в 2016 г.).

При анализе возрастной структуры первичной инвалидности вследствие полиостеоартрита было установлено, что доля лиц 1-й возрастной группы (до 44 лет) была в 2012–2013 и 2015 гг. незначительной (6,5%), а в 2014 и 2016 гг. таковых не было. Минимальный удельный вес лиц 2-й возрастной группы (женщины от 45 до 54 лет, мужчины от 45 до 59 лет) отмечен в 2014 г. (14,8%), а максимальный за указанный период – в 2016 г. (32,1%). Преобладала во все годы пятилетия доля лиц пенсионного возраста, она увеличилась с 66,6% в 2015 г. до 85,1% в 2014 г., в среднем за 5 лет – 73,4% (табл. 6).

Среди больных, впервые признанных инвалидами вследствие коксартроза, было больше лиц молодого возраста, чем в группе полиостеоартрита. Доля молодых пациентов с коксартрозом возросла с 14,1% в 2012 г. до 22,7% в 2016 г., в среднем за 5 лет она составила 16,8%. Доля инвалидов 2-й возрастной группы среди всех лиц с коксартрозом в среднем за 5 лет составляла 31,5%, тогда как при полиостеоартрите – 23,5%, доля лиц пенсионного возраста в среднем за 5 лет составляла 51,9 и 73,4% соответственно.

Анализируя структуру первичной инвалидности вследствие гонартроза, следует отметить, что доля лиц 1-й возрастной группы (до 44 лет) была значительно меньше

(от 0,6% в 2015 г. до 2,8% в 2012 г., в среднем – 2,0%), чем при коксартрозе (16,8%), полиостеоартрите (3,1%), других артритах (в среднем 9,2%); 2-й возрастной группы (от 13,6 до 20,5%, в среднем – 18,1%) – также меньше; доля больных пенсионного возраста, напротив, больше (80,2% в среднем за 5 лет), чем при всех остальных анализируемых локализациях ОА (см. табл. 6).

Изучена также тяжесть первичной инвалидности (распределение больных по группам инвалидности) при ОА (табл. 7).

Среди больных ОА преобладали инвалиды III группы (с нарастанием их доли с 81,7% в 2012 г. до 90,9% в 2015 г. и снижением до 84,2% в 2016 г.). Первичных инвалидов II группы было 16,1% в 2012 г., 8,3% в 2015 г. и 15,8% в 2016 г. Отмечен минимальный удельный вес инвалидов I группы, а в 2016 г. их не было.

При раздельном изучении тяжести первичной инвалидности вследствие отдельных форм ОА установлено, что ее структура вследствие полиостеоартрита, коксартроза, гонартроза, других артритов в целом была аналогична вышеуказанной (табл. 8, 9).

Улучшение структуры первичной инвалидности по тяжести в 2012–2016 гг. за счет снижения доли инвалидов наиболее тяжелых I и II групп и нарастания доли III группы установлено при полиостеоартрите и гонартрозе. При коксартрозе в 2016 г. увеличился удельный вес инвалидов II группы с 11,4% в 2015 г. до 22,3% в 2016 г. Среди пациентов с другими артритами с 2012 (100%) до 2015 г. (83,3%) доля инвалидов III группы снижалась, но в 2016 г. она вновь составила 100%.

Обсуждение

ОА среди БКМС у взрослых занимает первое место в структуре первичной инвалидности с ежегодным уменьшением его доли с 57,4% в 2012 г. до 41,5% в 2016 г. Данный факт объясняется прежде всего внедрением в последние годы доступной качественной и высокотехнологичной (эндопротезирование суставов) медицинской помощи больным гонартрозом и коксартрозом.

Таблица 3 Гендерная структура первичной инвалидности вследствие гонартроза, других артритов в Иркутской области за 2012–2016 гг.

Год	Гонартроз			Другие артриты		
	всего, п	мужчины, п (%)	женщины, п (%)	всего, п	мужчины, п (%)	женщины, п (%)
2012	531	68 (12,8)	463 (87,2)	23	8 (34,8)	15 (65,2)
2013	455	77 (16,9)	378 (83,1)	20	9 (45)	11 (55)
2014	592	84 (14,2)	508 (85,8)	20	9 (45)	11 (55)
2015	169	26 (15,4)	143 (84,6)	6	4 (66,7)	2 (33,3)
2016	112	22 (19,6)	90 (80,4)	3	1 (33,3)	2 (66,7)

Среди инвалидов вследствие ОА наибольшей в 2012–2014 гг. была доля больных гонартрозом (46,6% в 2013 г. и 52,7% в 2014 г.). В 2015–2016 гг. преобладали инвалиды вследствие коксартроза (55,3 и 65,3% соответственно), тогда как в 2012 г. их доля была только 36,6%. Причиной таких изменений в нозологической структуре первичной инвалидности при ОА могли быть изменения нормативных документов, касающихся МСЭ. Россией в 2012 г. была ратифицирована Конвенция ООН «О правах инвалидов» (2006) [13], которая может реализоваться только в рамках применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (2001) [14], предусматривающей количественную оценку нарушений функций и структур организма. Поэтому

Таблица 5 Возрастная структура первичной инвалидности вследствие полиостеоартрита, коксартроза в Иркутской области за 2012–2016 гг.

Год	Полиостеоартрит				Коксартроз			
	всего, п	возрастные группы*			всего, п	возрастные группы*		
		1-я, п (%)	2-я, п (%)	3-я, п (%)		1-я, п (%)	2-я, п (%)	3-я, п (%)
2012	152	7 (4,6)	35 (23)	110 (72,3)	407	57 (14,1)	132 (32,4)	222 (54,5)
2013	92	6 (6,5)	17 (18,5)	69 (75)	411	61 (14,8)	138 (33,6)	212 (51,6)
2014	54	0	8 (14,8)	46 (85,1)	457	63 (13,8)	122 (26,7)	272 (59,5)
2015	45	2 (4,4)	13 (28,9)	30 (66,6)	272	51 (18,8)	84 (30,9)	137 (50,3)
2016	28	0	9 (32,1)	19 (67,8)	269	61 (22,7)	91 (33,8)	117 (43,5)

Таблица 6 Возрастная структура первичной инвалидности вследствие гонартроза, других артритов в Иркутской области за 2012–2016 гг.

Год	Гонартроз				Другие артриты			
	всего, п	возрастные группы*			всего, п	возрастные группы*		
		1-я, п (%)	2-я, п (%)	3-я, п (%)		1-я, п (%)	2-я, п (%)	3-я, п (%)
2012	531	15 (2,8)	108 (20,3)	418 (78,7)	23	1 (4,4)	9 (39,1)	13 (56,5)
2013	455	12 (2,6)	88 (19,3)	355 (78,0)	20	2 (10,0)	7 (35,0)	11 (55,0)
2014	592	14 (2,4)	100 (16,9)	478 (80,7)	20	3 (15,0)	8 (40)	9 (45,0)
2015	169	1 (0,6)	23 (13,6)	145 (85,8)	6	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)
2016	112	2 (1,8)	23 (20,5)	87 (77,7)	3	0	1 (33,3)	2 (66,7)

в классификациях и критериях, используемых при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ, утвержденных приказом Минтруда России от 29 сентября 2014 г. №664н, была предусмотрена в приложении «Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в процентах». Усовершенствованные классификации и критерии с приложением к ним «Количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека в процентах» были утверждены ныне действующим приказом Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н. В указанных критериях более четко, по сравнению с ранее действовавшими, с количественной оценкой обозначены критерии четырех степеней выраженности стойких нарушений статодинамических функций и/или связанных с движением структур организма (суставов), вызывающих ограничения жизнедеятельности разной степени и дающих основания для установления той или иной группы инвалидности.

При изучении гендерной структуры первичной инвалидности вследствие ОА установлено, что все годы послед-

Таблица 4 Возрастная структура первичной инвалидности вследствие ОА в Иркутской области за 2012–2016 гг.

Год	Всего, п	Возрастные группы*		
		1-я, п (%)	2-я, п (%)	3-я, п (%)
2012	1113	80 (7,2)	284 (25,5)	749 (67,3)
2013	978	81 (8,3)	250 (25,6)	647 (66,1)
2014	1123	80 (7,1)	238 (21,2)	805 (71,7)
2015	492	55 (11,2)	124 (25,2)	313 (63,6)
2016	412	63 (15,3)	124 (30,1)	225 (54,6)

Примечание. *Возрастные группы: 1-я – до 44 лет, 2-я – женщины от 45 до 54 лет, мужчины от 45 до 59 лет, 3-я – лица пенсионного возраста (в табл. 4–6).

него пятилетия преобладали женщины, но в 2015 и 2016 гг. их доля снизилась до 63,4 и 54,4% соответственно, тогда как в 2012 г. она составляла 74,2% и в 2014 г. – 74,8%. Снижение произошло за счет коксартроза (в 2012–2014 гг. женщины преобладали, в 2015 и 2016 гг. их доля составила 49,7 и 42,0% соответственно), гонартроза (с 87,2% в 2012 г. до 80,4% в 2016 г.), полиостеоартрита (с 83,5% в 2012 г. до 67,5% в 2016 г.). Причины выявленной динамики требуют дополнительного изучения.

Таблица 7 Структура первичной инвалидности вследствие ОА в Иркутской области по тяжести за 2012–2016 гг

Год	Всего, п	Группы инвалидности		
		I, п (%)	II, п (%)	III, п (%)
2012	1113	24 (2,2)	179 (16,1)	910 (81,7)
2013	978	19 (2,0)	146 (14,9)	813 (83,1)
2014	1123	5 (0,4)	122 (10,9)	996 (88,7)
2015	492	4 (0,8)	41 (8,3)	447 (90,9)
2016	412	0	65 (15,8)	347 (84,2)

Таблица 8 Структура первичной инвалидности вследствие полиостеоартрита, коксартроза в Иркутской области за 2012–2016 гг. по тяжести

Год	Полиостеоартрит				Коксартроз			
	всего, n	группы инвалидности*			всего, n	группы инвалидности*		
		I, n (%)	II, n (%)	III, n (%)		I, n (%)	II, n (%)	III, n (%)
2012	152	12 (7,9)	37 (24,3)	103 (67,8)	407	8 (2,0)	79 (19,4)	320 (78,6)
2013	92	8 (8,7)	19 (20,6)	65 (70,7)	411	5 (1,2)	72 (17,5)	334 (81,3)
2014	54	2 (3,7)	12 (22,2)	40 (74,1)	457	2 (0,4)	61 (13,3)	394 (86,2)
2015	45	1 (2,2)	6 (13,3)	38 (84,5)	272	1 (0,4)	31 (11,4)	240 (88,2)
2016	28	0	3 (10,7)	25 (89,3)	269	0	60 (22,3)	209 (77,7)

Таблица 9 Структура первичной инвалидности вследствие гонартроза, других артритов в Иркутской области за 2012–2016 гг. по тяжести

Год	Гонартроз				Другие артриты			
	всего, n	группы инвалидности*			всего, n	группы инвалидности*		
		I, n (%)	II, n (%)	III, n (%)		I, n (%)	II, n (%)	III, n (%)
2012	531	4 (0,8)	63 (11,8)	464 (87,4)	23	0	0	23 (100)
2013	455	6 (1,3)	54 (11,9)	395 (86,8)	20	0	1 (5)	19 (95,0)
2014	592	1 (0,2)	45 (7,6)	546 (92,2)	20	0	4 (20)	16 (80,0)
2015	169	1 (0,6)	4 (2,3)	164 (97,1)	6	1 (16,7)	0	5 (83,3)
2016	112	0	2 (1,8)	110 (98,2)	3	0	0	3 (100)

Говоря о возрастной структуре, следует отметить, что среди первичных инвалидов вследствие ОА преобладали лица пенсионного возраста (71,7% в 2014 г.; 63,6% в 2015 г. и 54,6% в 2016 г.). При этом возрос удельный вес молодых граждан (до 44 лет) с 7,1% в 2014 г. до 15,3% в 2016 г. и лиц зрелого возраста (женщины от 45 до 54 лет, мужчины от 45 до 59 лет) с 21,2% в 2014 г. до 30,1% в 2016 г., что характеризует негативные тенденции в возрастной структуре первичной инвалидности при ОА.

Среди граждан с коксартрозом, впервые признанных инвалидами, было больше больных молодого и зрелого возраста и меньше пациентов пенсионного возраста, чем среди лиц с полиостеоартритом.

Среди больных, впервые признанных инвалидами вследствие гонартроза, по сравнению со всеми другими анализируемыми вариантами ОА, было больше лиц пенсионного возраста, тогда как доля лиц молодого и зрелого возраста была много меньше, чем при коксартрозе, полиостеоартрите, других артритах.

Структура первичной инвалидности вследствие ОА характеризовалась преобладанием инвалидов III группы (81,7–90,9%). Доля первичных инвалидов II группы колебалась от 8,3 до 16,1%. Отмечен минимальный удельный вес инвалидов I группы, а в 2016 г. их не было.

Установлено улучшение структуры первичной инвалидности вследствие полиостеоартрита, гонартроза в 2012–2016 гг. за счет снижения доли инвалидов наиболее

тяжелых I и II групп и нарастания доли III группы. Но среди больных коксартрозом в 2016 г. увеличился удельный вес инвалидов II группы, что обусловлено единичными случаями осложнений после эндопротезирования тазобедренных суставов.

Для решения проблем инвалидности вследствие ОА, по нашему мнению, необходима его профилактика с учетом факторов риска возникновения и прогрессирования заболевания, фенотипа, в том числе предупреждение травматизации суставов, борьба с ожирением, раннее выявление патологии, улучшение качества диспансерного наблюдения за больными, проведение эффективной базисной терапии, дальнейшее повышение доступности такого вида высокотехнологичной медицинской помощи больным, как эндопротезирование суставов.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

ЛИТЕРАТУРА

- Насонова ВА, Фоломеева ОМ, Эрдес ШФ. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики. *Терапевтический архив*. 2009;(6):5–10 [Nasonova VA, Folomeeva OM, Erdes ShF. Rheumatic diseases in the Russian Federation at the beginning of the XXI century through the eyes of statistics. *Terapevticheskiy Arkhiv*. 2009;(6):5–10 (In Russ.)].
- Галушко ЕА, Большакова ТЮ, Виноградова ИБ и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого

населения России по данным эпидемиологического исследования (предварительные результаты). *Научно-практическая ревматология*. 2009;47(1):11–7 [Galushko EA, Bolshakova TU, Vinogradova IB, et al. Structure of rheumatic diseases among the adult population of Russia according to the epidemiological study (preliminary results). *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2009;47(1):11–7 (In Russ.)].

3. Балабанова РМ, Эрдес ШФ. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. Научно-практическая ревматология. 2012;50(3):10–2 [Balabanova RM, Erdes ShF. Trends in the prevalence of rheumatic diseases in ICD-10 in the adult population of the Russian Federation over 2000–2010. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2012;50(3):10–2 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2012-702
4. Балабанова РМ, Эрдес ШФ. Распространенность ревматических заболеваний в России в 2012–2013 гг. Научно-практическая ревматология. 2015;53(2):120–4 [Balabanova RM, Erdes Shf. The prevalence of rheumatic diseases in Russia in 2012–2013. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2015;53(2):120–4 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-120-124
5. Hootman JM, Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis Rheum*. 2006;54(1):226–9. doi: org/10.1002/art.21562
6. Hunter DJ, Lo GH. The Management of Osteoarthritis: An Overview and Call to Appropriate Conservative Treatment. *Med Clin N Am*. 2009;93(1):127–43. doi: 10.1016/j.rdc.2008.05.008
7. Yoshimura N. Epidemiology of osteoarthritis in Japan: the ROAD study. *Clin Calcium*. 2011;21(6):821–5. doi: CliCa1106821825
8. Никитченко ИИ. Социально-гигиеническая и клинико-функциональная характеристика больных и инвалидов вследствие коксартроза и их значение для медико-социальной экспертизы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва; 2001. 59 с. [Nikitchenko II. Socio-hygienic and clinical-functional characteristics of patients and invalids due to coxarthrosis and their significance for medical and social expertise: Abstract dis ... Doct Med. Moscow; 2001. 59 p. (In Russ.)].
9. Хутыз ТК. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие заболеваний коленного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2005. 25 с. [Khutyzy TK. Medico-social rehabilitation of patients and the disabled due to diseases of the knee joint: Abstract dis. ... Cand Med Sci. Moscow; 2005. 25 p. (In Russ.)].
10. Петрунько ИЛ, Меньшикова ЛВ. Контингент инвалидов с остеоартрозом в Иркутской области по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2010;(2):46–8 [Petrunko IL, Menshikova LV. A contingent of people with disabilities due to osteoarthritis in the Irkutsk region by request to the Bureau of Medical and Social Expertise. *Mediko-Sotsial'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya = Medico-Social Examination and Rehabilitation*. 2010;(2):46–8 (In Russ.)].
11. Петрунько ИЛ. Заболеваемость, инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы, их медико-социальная значимость и научное обоснование системы реабилитации инвалидов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва; 2012. 56 с. [Petrunko IL. Morbidity and disability due to diseases of the musculoskeletal system, their medical and social importance and a scientific substantiation of the system of rehabilitation of invalids: Abstract dis ... Doct Med. Moscow; 2012. 56 p. (In Russ.)].
12. Болтенко ЖВ. Современные подходы к медико-социальной экспертизе инвалидов вследствие остеоартроза с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Курортная медицина. 2014;(4):83–91 [Boltenko JV. Modern approaches to medical and social expertise of disabled people due to osteoarthritis, taking into account the provisions of the International Classification of Functioning, Limitation of Life and Health. *Kurortnaya Meditsina = Spa Medicine*. 2014;(4):83–91 (In Russ.)].
13. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted by the United Nations General Assembly on December 13, 2006. Available from: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf
14. International Classification of Functioning, Disability and Health (World Health Organization, 2001). Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>