

Информация для цитирования:

Абрамов Н.В., Петров А.Г., Филимонов С.Н., Семенихин В.А., Хорошилова О.В., Денисова С.В. АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КУЗБАССА // Медицина в Кузбассе. 2025. №3. С. 86-91.

Абрамов Н.В., Петров А.Г., Филимонов С.Н., Семенихин В.А., Хорошилова О.В., Денисова С.В.

Кемеровский государственный медицинский университет,

г. Кемерово, Россия,

ФГБНУ НИИ Комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний,

г. Новокузнецк, Россия



АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КУЗБАССА

Первичная инвалидность является одним из основных показателей здоровья. Уровень первичной инвалидности населения находится в прямой зависимости от уровня социально-экономического развития общества, экологического благополучия каждого отдельного региона и страны в целом, качества и доступности медицинской и лекарственной, в том числе высокотехнологичной, помощи, профилактических мероприятий.

Ключевые слова: первичная инвалидность, причины инвалидности, население Российской Федерации и Кузбасса

Abramov N.V., Petrov A.G., Filimonov S.N., Semnikhin V.A., Khoroshilova O.V., Denisova S.V.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia,

Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia

RELEVANCE OF STUDYING THE CAUSES OF PRIMARY DISABILITY OF THE POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION AND KUZBASS

Primary disability is one of the main indicators of health. The level of primary disability of the population is directly dependent on the level of socio-economic development of society, the environmental well-being of each individual region and the country as a whole, the quality and availability of medical and pharmaceutical care, including high-tech, preventive measures.

Keywords: primary disability; causes of disability; population of the Russian Federation and Kuzbass

Инвалидами считаются люди с нарушениями здоровья. Обязанность государства — забота о них. Инвалидность практически всегда влечет за собой не только физические, но и социальные ограничения для человека: трудности с обучением, трудоустройством и другие. Эти ограничения делают проблему инвалидности очень значимой.

Наиболее перспективные программы поддержки населения с инвалидностью в РФ и Кузбассе направлены на развитие инфраструктуры, адаптированной под особые нужды, а также различных сервисов. Без них люди с инвалидностью остаются зависимы от адресной финансовой поддержки государства.

Инвалидность практически всегда свидетельствует не только о физических, но и о социальных и других ограничениях. В связи с этим, международная практика изучения проблемы инвалидности движется от медицинской к биосоциальной (или биопсихосоциальной) модели: акцент делается не только на нарушениях функций и структур организма, но и на связанных с ними барьерах в осуществлении полноценной и активной социальной жизни наравне с окружающими [1].

Профилактика и снижение инвалидности в настоящее время являются одной из важнейших госу-

дарственных задач [2, 3]. Предупредить инвалидность — значит сохранить здоровье населения и, следовательно, сохранить производительные силы и уменьшить расходы на социальное обеспечение и медицинское обслуживание инвалидов. Поэтому инвалидность принадлежит, несомненно, к числу наиболее актуальных проблем медицинской и фармацевтической помощи.

В последнее время проблема инвалидности стала привлекать к себе все большее внимание специалистов в области медицины и фармации. Эти вопросы далеки от решения, и глубокий анализ уровня и структуры, а также причин инвалидности, до настоящего времени не занял должного места в деятельности органов здравоохранения.

Цель исследования — изучение причин формирования первичной инвалидности населения Российской Федерации и Кемеровской области-Кузбасса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В качестве методов исследования использовались научные подходы: региональный, системный, структурно-функциональный; методы: логический, контент-анализ, социологический, статистический и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В современных условиях особую важность приобретают углубленные исследования инвалидности населения, которые могут дать сведения, необходимые для реализации задач по снижению заболеваемости и улучшению здоровья населения.

Следует подчеркнуть, что изучение инвалидности должно проводиться с учетом ее причин, отдельных проявлений, тяжести и степени распространения среди различных групп населения. В целом, по мнению многих исследователей, статистика инвалидности должна характеризовать состав (возрастно-половой и профессиональный) инвалидов с учетом их трудового стажа и причин инвалидности [4].

Уровень первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации за период 2018–2021 гг. (на 10 тыс. взрослого населения) составил в 2018 г. — 54,8, в 2019 г. — 54,6, в 2020 г. — 48,1, в 2021 г. — 46,3. Наблюдается заметная тенденция снижения уровня инвалидности.

В настоящее время основная причина впервые установленной инвалидности у взрослого населения (25% в каждом из субъектов) — это «злокачественные новообразования»: 35% среди всех причин, по данным Минтруда на 1 января 2019 года. Вторая по распространенности причина — установление инвалидности в связи с «болезнями системы кровообращения» (29%), которые до 2015 года лидировали среди причин взрослой инвалидности [5].

Болезни системы кровообращения (гипертоническая болезнь, стенокардия, аневризма сердца, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и т. д.) теперь находятся на втором месте в структуре инвалидности. И, если доля онкологических заболеваний среди причин первичной инвалидности у взрослых в 2019 году, по сравнению с 2014, в России увеличилась с 26,4% до 35% (или с 192693 до 222278 человек в абсолютных значениях), то ее доля из-за болезней системы кровообращения снизилась с 33,4% до 29% (или с 243588 до 184383 человек) [6, 7].

Как и в 2018 году, чаще всего первичная инвалидность из-за онкологических заболеваний в 2019 году фиксировалась у жителей Саратовской области (48%). Высокая доля инвалидности из-за онкопатологии была в Тюменской области без автономных округов (46%), Новгородской области (44%), а также в Алтайском крае, Астраханской области, Белгородской области и Республике Мордовия (по 43% в каждом из субъектов).

Во всех субъектах РФ от 2014-го к 2019 году отмечалось увеличение доли онкологических заболеваний среди причин первичной инвалидности. Самый заметный рост в диапазоне 15–18 п.п. отмечался в Белгородской, Тюменской областях и Ямало-Ненецком автономном округе.

Несмотря на это, с начала 2020 года в России произошло изменение правил оформления инвалидности для онкобольных пациентов, которые, по мнению экспертов, могут затруднить получение инвалидности людям с ранними стадиями онкозаболева-

ния или отказывать в продлении ранее установленной инвалидности.

От 2014 к 2019 году в 27 субъектах РФ доля инвалидности из-за причин, связанных с болезнями системы кровообращения, ежегодно снижалась, но особенно заметно в Калининградской области (с 36% до 22%), Белгородской области (с 39% до 27%), Республике Алтай (с 35% до 22%) и Тюменской области без автономных округов (с 34% до 23%).

Напротив, в двух субъектах отмечалась ежегодная негативная динамика — линейный рост доли этой нозологии в структуре первичной инвалидности за анализируемый период в Курской и Томской областях. Учитывая, что динамика роста доли первичной инвалидности из-за болезней системы кровообращения в этих субъектах существенно отклоняется от динамики в большинстве других российских регионов, это требует повышенного внимания к ситуации в этих регионах.

Следующую группу причин установления первичной инвалидности по общероссийской распространенности составили:

а) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (остеомиелит, перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, асептические некрозы, спондилез, пяточно-вальгусная косолапость и т.д.) [7];

б) психические расстройства и расстройства поведения (аутизм, умственная отсталость, шизоаффективное расстройство, деменция при болезни Альцгеймера и др.): в 2019 году 31445 человек в целом по стране;

в) болезни нервной системы (воспалительные болезни центральной нервной системы, поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений; церебральный паралич и т.д.): в 2019 году 25644 человека.

Наибольшее соотношение людей с инвалидностью от 18 лет и старше к 10 тыс. населения было зафиксировано в двух республиках Северного Кавказа: в Чеченской Республике и Республике Ингушетия. Напротив, наиболее благополучная ситуация с низким уровнем инвалидности взрослого населения сложилась в Тюменской области. В 76 из 85 регионов РФ от 2018 к 2019 году стандартизированный показатель инвалидности взрослого населения снизился, но особенно заметное снижение было в Красноярском крае. В свою очередь, среди десяти регионов, которые демонстрировали ухудшенные ситуации, более всего выделяется Иркутская область.

Сильная региональная вариабельность этого показателя свидетельствует о том, что, кроме особенностей возрастной структуры населения, существуют и другие причины. Однако логично предположить, что позитивная динамика, то есть снижение численности людей с инвалидностью, может определяться как законодательным ужесточением требований к прозрачности медико-социальной экспертизы (МСЭ) и естественной убылью населения — смертностью пожилых людей с инвалидностью.

Согласно законодательству РФ, взрослому человеку может быть установлена одна из трех групп инвалидности. В генеральной совокупности взрослых людей с инвалидностью в РФ доли инвалидности в зависимости от группы распределены следующим образом, по убыванию: II группа (46,6%), III группа (40,7%) и I группа (12,7%). Получается, что практически у каждого второго взрослого человека с инвалидностью в России установлена II группа инвалидности.

Первая группа инвалидности наиболее тяжелая, свидетельствующая об устойчивых нарушениях функций организма, которые вызывают выраженные ограничения жизнедеятельности человека. В Республике Алтай самая высокая доля взрослых людей с этой группой инвалидности от всего взрослого населения субъекта (3,4%). На втором месте по удельному показателю сразу три региона, значение в каждом из которых составило 2,3%: Амурская область, Республика Дагестан, Санкт-Петербург. Обращает на себя внимание ситуация в Амурской области, где их доля от 2017 к 2019 году увеличилась практически вдвое в сравнении с остальными регионами — с 1,3% до 2,3%.

Меньше всего людей с I-й группой инвалидности (в диапазоне 0,6-0,8%) проживает в Республике Башкортостан, Республике Крым, Самарской области, Севастополе, Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах.

Инвалидность II-й группы чаще признавали у жителей Северного Кавказа — Чеченской Республики (14%), Республики Ингушетия (11%) и Карачаево-Черкесской Республики (10%). Наименьшая распространенность, не превышающая 1,5%, установлена среди жителей трех автономных округов.

В 2019 году доля людей с III-й группой инвалидности была наиболее высокой в Курской области (7%); наиболее низкой — среди жителей Ямало-Ненецкого автономного округа (2%).

В 2019 году почти 740 тыс. жителей РФ в возрасте от 18 лет и старше проходили освидетельствование для установления первичной инвалидности, но только в 85,9% случаев она была признана — у 635877 человек.

К пяти регионам, где инвалидность устанавливается значительно чаще среднего значения по всем регионам РФ, можно отнести Чукотский автономный округ (в 97% случаев человек, впервые обратившийся за инвалидностью, ее получает), Республику Марий Эл (96%) и Чеченскую Республику (96%). Стоит отметить, что подобная выраженность «доступности» оформления инвалидности у взрослых в этих регионах воспроизводилась и в 2018 году.

В Тюменской области фиксируется минимальный уровень первичной инвалидности взрослого населения (233 чел. на 100 тыс.). Благополучная ситуация, с низкими значениями в диапазоне от 330 до 430 чел. на 100 тыс. населения (стандарта) также сложилась в Мурманской области, Ленинградской области, Камчатском крае, Калининградской обла-

сти, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах.

В Кузбассе уровень первичной инвалидности в 2018 г. составил 50,2, в 2019 г. — 48,5, в 2020 г. — 47,3, в 2021 г. — 50,4, в 2022 г. — 53,4, в 2023 г. — 61,3 на 10 тыс. взрослого населения.

Распределение инвалидности взрослого населения по полу: мужчины составляют 44,9%, женщины — 55,1%.

Удельный вес по группам инвалидности в Кузбассе: первая группа инвалидности взрослого населения в 2019 г. составила 24,6%, в 2021 г. — 21,9%, в 2023 г. — 19,6%. Вторая группа инвалидности взрослого населения в 2019 г. была у 32,9%, в 2021 г. — 34,5%, в 2023 г. — 35,7%. Третья группа инвалидности взрослого населения в 2019 г. была у 42,5%, в 2021 г. — 43,6%, в 2023 г. — 44,7%.

Причины инвалидности по заболеваемости на 10 тыс. взрослого населения в Кузбассе — злокачественные новообразования: в 2020 г. — 20,7, в 2021 г. — 19,4, в 2022 г. — 21,8, в 2023 г. — 25,5; болезни системы кровообращения: в 2020 г. — 10,0, в 2021 г. — 10,3, в 2022 г. — 10,2, в 2023 г. — 11,9; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: в 2020 г. — 2,4, в 2021 г. — 3,5, в 2022 г. — 3,4, в 2023 г. — 3,6; болезни нервной системы: в 2020 г. — 2,1, в 2021 г. — 2,8, в 2022 г. — 2,7, в 2023 г. — 2,7; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин: в 2020 г. — 1,8, в 2021 г. — 2,1, в 2022 г. — 1,9, в 2023 г. — 2,5.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения на 10 тыс. населения по возрасту составляют: лица в возрасте 18 лет и старше — 53,4, трудоспособного возраста — 32,1, пенсионного возраста — 94,6.

В последнее время проблема инвалидности стала привлекать к себе все большее внимание специалистов в области медицины и фармации. Благодаря их исследованиям, получены новые сведения, проливающие свет на малоизученные до сих пор вопросы причин инвалидности (контингенты инвалидов, процессы их формирования, смертность инвалидов и т.д.). Эти вопросы далеки от решения, и глубокий анализ уровня и структуры, а также причин инвалидности, до настоящего времени не занял должного места в деятельности органов здравоохранения.

Следует подчеркнуть, что изучение инвалидности должно проводиться с учетом ее причин, отдельных проявлений, тяжести и степени распространения среди различных групп населения. В целом, по мнению многих исследователей, статистика инвалидности должна характеризовать состав инвалидов по степени утраты трудоспособности, возрастно-половой и профессиональный состав инвалидов с учетом их трудового стажа и причин инвалидности [8].

Обобщая результаты исследований следует отметить, что, помимо изучения инвалидности среди всего населения, следует изучать ее среди представителей отдельных производственных групп. Исключительно большое значение имеет полнота учета отдельных признаков, главным образом, про-

фессиональных, а также сбору и обработке материала на всех этапах статистического исследования.

В связи с необходимостью дальнейшего изучения основных закономерностей инвалидности среди населения значительно увеличилось число проведенных исследований. Параллельно изучались и совершенствовались методические приемы, что, в свою очередь, способствовало более углубленному изучению инвалидности.

Известно, что уровень инвалидности зависит от комплекса факторов. К основным из них относятся состояние здоровья населения, условия труда и быта, наличие лечебно-профилактической помощи, организация врачебно-трудоустройственной экспертизы в учреждениях здравоохранения и социального обеспечения, уровень общей и санитарной культуры населения. Совершенно очевидно, что результаты статистического анализа БМСЭ не всегда дают ответ на вопрос, какой из этих факторов или какая их совокупность доминирует в каждом конкретном случае или в определенный период времени.

Без знания основных причин, приводящих к инвалидности, практически невозможна разработка мероприятий по профилактике инвалидности. Инвалиды представляют собой группу лиц, на которой неблагоприятные влияния различных факторов социальной среды сказались более демонстративно, наложили более глубокие отпечатки. Без тщательного анализа причин инвалидности невозможно дать правильную оценку всей совокупности факторов, повлиявших как на заболеваемость, так и на саму инвалидность [9].

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в Кузбассе в 2023 г. составил 61,3 на 10 тыс. населения. Ведущими причинами по основным классам болезней инвалидности являются злокачественные новообразования – 25,5, болезни системы кровообращения – 11,9, болезни костно-мышечной системы – 3,6, болезни нервной системы – 2,7, последствия травм и отравлений – 2,5 на 10 тыс. населения и др. Удельный вес структуры первичной инвалидности по группам в Кузбассе: I группа – 19,6%, II группа – 35,7% и III группа – 44,7%. Уровень первичной инвалидности взрослого населения на 10 тыс. населения по возрасту составляют: лица в возрасте 18 лет и старше – 53,4, трудоспособного возраста – 32,1, пенсионного возраста – 94,6.

Поскольку вопросы инвалидности в целом, проведение мероприятий по ее снижению и профилактике неразрывно связаны с процессами организации лечения и реабилитации инвалидов, определенный интерес представляет рассмотрение повышения доступности и качества медицинской и лекарственной помощи инвалидам посредством механизмов правового регулирования.

В современных условиях особую значимость приобретает изучение организационно-правовых основ регулирования социально-ориентированных технологий в системе управления качеством медицинской и лекарственной помощи инвалидам [10].

Говоря о роли исследований инвалидности, с использованием социально-ориентированных технологий, показывающих, как влияют на здоровье населения различные социальные факторы, особо следует подчеркнуть, что такие исследования помогут найти пути к устранению отдельных неблагоприятных факторов, что будет способствовать снижению заболеваемости и инвалидности населения.

Исследований по организационно-правовым основам регулирования социально-ориентированных технологий в системе управления качеством медицинской и лекарственной помощи инвалидам по различным аспектам инвалидности, основанных на материалах отделов социального обеспечения, сравнительно мало, хотя проблема инвалидности является одной из важнейших проблем, изучение которой с помощью социально-ориентированных технологий исследования может помочь разработке многих еще малоизученных вопросов.

Вместе с тем, в показателях первичной инвалидности, относящихся к одним и тем же годам, но к разным городам и промышленным предприятиям, можно отметить значительный диапазон колебаний. Эти различия могут быть обусловлены рядом факторов: заболеваемостью, условиями труда и быта, качеством медицинской и лекарственной помощи и врачебно-трудоустройственной и др. Особый интерес представляют работы, касающиеся инвалидности рабочих и служащих промышленных предприятий. Эти вопросы в доступной литературе освещены недостаточно. Исследования целого ряда ученых посвящены, в основном, инвалидности, наступающей в результате травматизма. В этих работах почти не изучены вопросы системы управления качеством медицинской и лекарственной помощи с использованием социально-ориентированных технологий [11].

Анализ приведенных данных показывает, что в России и в Кузбассе на протяжении многих лет ведущей причиной инвалидности являются злокачественные новообразования и сердечно-сосудистые заболевания.

Снижение первичного выхода на инвалидность в различных городах отмечают многие авторы. Последнее является результатом проведения органами здравоохранения и социального обеспечения комплекса мер, направленных на предупреждение инвалидности и восстановление утраченной трудоспособности. Этим мерам в нашей стране придается государственное значение.

Однако широкое изучение медицинской и лекарственной помощи инвалидам и влияния различных социально-правовых аспектов инвалидности среди населения до сих пор не отражено должным образом в научных исследованиях. Между тем, экономические и социально-правовые аспекты изучения проблемы инвалидности дают возможность выяснить роль отдельных факторов, от которых во многом зависит уровень показателей инвалидизации.

Известно, что многие исследователи, изучавшие инвалидность, строили свои работы в основном на

материалах только БМСЭ, что не дает полного представления об общей численности инвалидов, а также о тех изменениях, которые происходят в их численности и составе (пожизненно назначенная группа инвалидности, перевод на пенсию по старости, выбытие по различным причинам и др.). Материалы БМСЭ не дают представления о всех инвалидах хотя бы потому, что около 30% впервые проходящих освидетельствование получают группу инвалидности пожизненно и в дальнейшем выпадают из поля зрения.

Кроме того, материалы БМСЭ не позволяют судить о составе накопившихся контингентов инвалидов, остаются неизвестными закономерности, определяющие продолжительность пребывания инвалидов на пенсии, порядок и причины выбывания. В этой связи особое значение приобретают комплексные исследования инвалидности населения.

Обобщая результаты исследований следует отметить, что, помимо изучения инвалидности среди всего населения, следует изучать ее среди представителей отдельных производственных групп. Исключительно большое значение имеет полнота учета отдельных признаков, главным образом, профессиональных, а также сбору и обработке материала на всех этапах статистического исследования.

Известно, что уровень инвалидности зависит от комплекса факторов. К основным из них относятся состояние здоровья населения, условия труда и быта, наличие лечебно-профилактической помощи, организация врачебно-трудовой экспертизы в учреждениях здравоохранения и социального обеспе-

чения. Совершенно очевидно, что результаты статистического анализа БМСЭ не всегда дают ответ на вопрос, какой из этих факторов или какая их совокупность доминирует в каждом конкретном случае или в определенный период времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Без знания основных причин, приводящих к инвалидности, практически невозможна разработка мероприятий по профилактике инвалидности. Инвалиды представляют собой группу лиц, на которой неблагоприятные влияния различных факторов социальной среды сказались более демонстративно. Без тщательного анализа причин инвалидности невозможно дать правильную оценку всей совокупности факторов, влиявших как на заболеваемость, так и на развитие инвалидности. Между тем, экономические и социально-правовые аспекты изучения проблемы инвалидности дают возможность выяснить роль отдельных факторов, от которых во многом зависит уровень показателей инвалидизации населения. В связи с этим, необходимы углубленные исследования, которые могут дать сведения для реализации задач по снижению инвалидности.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Disability and social status of disabled people in Russia /ed. T.M. Maleva. M.: Publishing house "Delo" RANEPa, 2017. 256 p. Russian (Инвалидность и социальное положение инвалидов в России /под ред. Т.М. Малевой. М.: ИД «Дело» РАНХиГС, 2017. 256 с.)
2. Federal Law of November 24, 1995 N 181-FZ "On social protection of disabled people in the Russian Federation" (as amended on October 29, 2024) Russian (Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в ред 29 октября 2024 г.))
3. Federal Law of November 21, 2011 N 323-FZ On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation. Collection of legislation of the Russian Federation. 2011. N 48. Art. 6724. Russian (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации //Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724.)
4. Federal Register of Disabled Persons. Russian (Федеральный реестр инвалидов.) URL: <https://sfri.ru>
5. Puzin SN, Yakovlev AA, Lyalina IV, Shurgaya MA, Sharikadze DT. Primary disability of the adult population due to diseases of the circulatory system. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2021; 13(5): 205-225. Russian (Пузин С.Н., Яковлев А.А., Лялина И.В., Шургая М.А., Шарикадзе Д.Т. Первичная инвалидность взрослого населения вследствие болезней системы кровообращения //Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. Т. 13, № 5. С. 205-225.) doi: 10.12731/2658-6649-2021-13-5-205-22
6. Bratchikova VA, Lobanova VS, Poltarykhina LT, Simchina YaV, Sass EA. Analysis and trends of primary disability in the Kemerovo region due to diseases of the circulatory system for 5 years (2006-2010). *Medical and social examination and rehabilitation*. 2012; 2: 24-26. Russian (Братчикова В.А., Лобанова В.С., Полтарыхина Л.Т., Симчина Я.В., Сасс Е.А. Анализ и тенденции первичной инвалидности в Кемеровской области вследствие болезней системы кровообращения за 5 лет (2006-2010) //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. № 2. С. 24-26.)
7. Gavriilyuk ON, Ponomarenko GN, Sokurov AV, Karasayeva LA. Analysis of primary disability due to industrial injuries in the Kemerovo region – Kuzbass in the period 2018-2022. *Physical and rehabilitation medicine*. 2024; 6(3): 54-61. Russian (Гаврилюк О.Н., Пономаренко Г.Н., Сокуров А.В., Карасаева Л.А. Анализ первичной инвалидности вследствие производственных травм в Кемеровской области – Кузбассе в период 2018-2022 годов //Физическая и реабилитационная медицина. 2024. Т. 6, № 3. С. 54-61.) doi: 10.26211/2658-4522-2024-6-3-54-61

8. Burdyak AYa, Tyndyk AO. Measurement of disability and socio-economic status of disabled: The Russian and international approaches. *Vestnik of NSUEM*. 2016; 1; 22-43. Russian (Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: российский и международный подходы //Вестник НГУЭУ. 2016. № 1. С. 22-43.)
9. Aleksandrova OYu. Implementation of legislative norms on the availability of medical care. *Healthcare*. 2012; 8: 50-55. Russian (Александрова О.Ю. Реализация норм законодательства о доступности медицинской помощи // Здравоохранение. 2012. № 8. С. 50-55.)
10. Telnova EA, Petrochenkov GA, Rumyantsev AS. Provision of certain categories of citizens with necessary medicines: status, problems, prospects. *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2008; 3: 7-11. Russian (Тельнова Е.А., Петроченков Г.А., Румянцев А.С. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами: состояние, проблемы, перспективы //Вестник Росздравнадзора. 2008. № 3. 7-11.)
11. Burmykina IV. Methodological foundations of the theory of social technologies of our time. *Bulletin of Moscow University. Series 18. Sociology and political science*. 2013; 4: 151-161. Russian (Бурмыкина И.В. Методологические основания теории социальных технологий современности //Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2013. № 4. С. 151-161.)

Сведения об авторах:

АБРАМОВ Николай Владимирович канд. фарм. наук, доцент кафедры фармациии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: abramovn85@mail.ru

ПЕТРОВ Андрей Георгиевич, доктор фарм. наук, доцент, профессор кафедры фармациии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: mefc@mail.ru

ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, начальник отдела экологии человека, общественного здоровья и здравоохранения, ФГБНУ НИИ КППГЗ, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: fsn42@mail.ru

СЕМЕНИХИН Виктор Андреевич, доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: viansem@yandex.ru

ХОРОШИЛОВА Ольга Владимировна, канд. фарм. наук, доцент кафедры фармациии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: olgakhorosh77@yandex.ru

ДЕНИСОВА Светлана Викторовна канд. биол. наук, доцент, зав. кафедрой фармакологии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: farm@kemsma.ru

Information about authors:

ABRAMOV Nikolay Vladimirovich, candidate of pharmaceutical sciences, docent of the department of pharmacy, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: abramovn85@mail.ru

PETROV Andrey Georgievich, doctor of pharmaceutical sciences, docent, professor of the department of pharmacy, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: mefc@mail.ru

FILIMONOV Sergey Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of human ecology, public health and healthcare, Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

SEMENIKHIN Viktor Andreevich, doctor of medical sciences, professor of the department of faculty therapy, occupational diseases and endocrinology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: viansem@yandex.ru

KHOROSHILOVA Olga Vladimirovna, candidate of pharmaceutical sciences, docent of the department of pharmacy, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: olgakhorosh77@yandex.ru

DENISOVA Svetlana Viktorovna, candidate of biological sciences, docent, head of the department of pharmacology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: farm@kemsma.ru

Корреспонденцию адресовать: АБРАМОВ Николай Владимирович, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: abramovn85@mail.ru