

УДК 616-036.86: 616.12-008

**А.В. Іпатов,  
О.М. Лисунець,  
І.Я. Ханюкова,  
Ю.І. Коробкін,  
Ю.В. Ткаченко**

## СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ В УКРАЇНІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВОООБІГУ

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

(директор – проф. А. В. Іпатов)  
м. Дніпропетровськ

**Ключові слова:** інвалідність, хвороби системи кровообігу, медико-соціальна експертиза, показники статистичної звітності

**Key words:** disability, cardiovascular diseases, medical and social expertise, indexes of statistical reporting

**Резюме.** В статті представлено состояние первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Украине за последние 3 года. Используются данные ежегодных статистических форм отчетности медико-экспертных комиссий Украины. Проведенный анализ позволяет планировать тактические и стратегические мероприятия по снижению уровня инвалидности и укреплению здоровья нации.

**Summary.** The article presents the state of primary disability due to cardiovascular diseases in Ukraine over the past three years. Data from the annual statistical report forms of medical expert commissions of Ukraine are used. This analysis allows to schedule tactical and strategic measures to reduce disability and improve health of the nation.

Інвалідність є інтегральним показником здоров'я населення, умов життя, праці, побуту і середовища існування. Протягом останніх десятиріч у зв'язку із зростанням захворюваності, смертності, збільшенням частки осіб пенсійного віку серед населення, погіршенням соціально-економічного положення осіб працездатного віку, зниженням рівня життя всіх верств населення, у тому числі й пенсіонерів, доступності і якості медичної допомоги наголошується значне зростання показників інвалідності в Україні.

На 01.01.2012 р. понад 2,8 мільйона наших громадян є інвалідами. У 2011 році, згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, хвороби системи кровообігу посідають перше місце в Україні за поширеністю, зумовлюють понад половину всіх випадків смерті, продовжують стабільно посідати перше місце в структурі причин первинної інвалідності дорослого населення. Незважаючи на те, що сучасний розвиток кардіології та кардіохірургії в Україні характеризується активним втіленням нових технологій обстеження та лікування, до теперішнього часу відсутня позитивна динаміка показників здоров'я, які пов'язані з серцево-судинною патологією. Значне «помолодшання» серцево-судинної та мозкової патології свідчить про те, що сьогодні в нашому суспільстві не працюють ефективні технології профілактики, а присутня лише констатація та більш успішне лікування сформованих патологічних станів [1, 5]. І в цьому контексті – здійснення заходів по профілактиці інвалідизації населення, упровадження

в практику в Україні нових підходів до визначення інвалідності і програм реабілітації зумовлюють необхідність отримання об'єктивної інформації про динаміку показників інвалідності унаслідок найбільш значущих в цьому плані захворювань, до яких, зокрема, в першу чергу належать хвороби системи кровообігу.

У проведеному аналізі використані дані щорічних статистичних форм звітності первинної інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за період 2009 – 2011 років, які отримані з 25 обласних центрів медико-соціальної експертизи, центральних міських медико-соціально експертних комісій м. Києва та м. Севастополя [2, 3, 4].

За період, що аналізувався, статистичні дані фіксують то зниження, то зростання інвалідності унаслідок серцево-судинних захворювань, однак питома вага первинної інвалідності населення працездатного віку залишається за останні три роки практично без змін (20,1% у 2009 р., 19,9% – у 2010 р., 20,1% – 2011 р.). У 2011 році наголошується тенденція до зростання первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця серед дорослого населення, цереброваскулярних хвороб. Деяка тенденція підвищення питомої ваги хвороб системи кровообігу дорослого населення в структурі первинної інвалідності у 2011 р. до 24,4%, проти 23,7% в 2009 р. за рахунок ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби та цереброваскулярної патології можливо розглядати і як позитивне явище зниження госпітальної летальності

від інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового кровообігу.

У класі хвороб системи кровообігу превалює первинна інвалідність внаслідок цереброваскулярної патології (10,3% серед дорослого населення та 7,9% – населення працездатного віку) та ішемічної хвороби серця (8,5% та 7,3% відповідно).

Аналіз структури первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу в розрізі областей України на 10 тис. показав, що найвищі показники залишаються в Вінницькій обл. протягом останніх років (2009 р. – 16,1, у 2010, 2011 рр. – 16 на 10 тис.). Підвищились показники за аналізований період серед дорослого населення в Полтавській (2009 р. – 12,7, 2010 р. – 13,1, 2011 р. – 15,3 на 10 тис.) та Запорізькій (2009 р. – 11,7, 2010 р. – 13,1, 2011 р. – 14,6 на 10 тис.) областях.

Серед населення працездатного віку відзначається підвищення показників у Житомирській (2009 р. – 11,9, 2010 р. – 11,6, 2011 р. – 13,9 на 10 тис.) і Миколаївській (2009 р. – 12,7, 2010 р., 2011 р. – 13,1 на 10 тис.) областях.

Найнижчі показники первинної інвалідності серед дорослого населення та населення працездатного віку спостерігаються в Херсонській (доросле населення – 8,1; працездатний вік – 8,6 на 10 тис.) та Кіровоградській (доросле населення – 8,4; працездатний вік – 6,9 на 10 тис.) областях та населення працездатного віку у м. Севастополі (6,9 на 10 тис.).

Стійка позитивна тенденція спостерігається за такими нозологічними формами як гостра ревматична гарячка та хронічні ревматичні хвороби серця. Так, за останні роки відмічається поступове зниження питомої ваги цієї патології в структурі первинної інвалідності як дорослого, так і працездатного населення по всіх регіонах (з 0,6% і 0,7% відповідно у 2009 р. до 0,3% у 2011 р.). Це пов'язується із удосконаленням діагностичного та терапевтичного процесу при такій патології, а також зі зменшенням поширеності усіх форм ревматизму та захворюваністю на цю патологію в європейських країнах.

Серед адміністративних територій найвищі місця за аналізований період продовжують посідати Вінницька (2009 р. – 0,6; 2010 р. – 0,5; 2011 р. – 0,5 на 10 тис.) та Чернівецька (2009 р. – 0,6; 2010 р. – 0,5; 2011 р. – 0,6 на 10 тис.) області. Суттєво знизились показники у Рівненській області: з 0,9 і 1,2 відповідно у 2009 р. до 0,3 і 0,4 у 2011 році. За цей період не зросла первинна інвалідність дорослого населення стосовно гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця в жодній з областей.

На теперішній час близько 31,5% від усього дорослого населення України має артеріальну гіпертензію. Гіпертонічна хвороба – головний фактор ризику розвитку хвороб системи кровообігу та є нозологічною одиницею в кардіології, яка заслуговує на першочергову увагу не тільки з медико-соціальної точки зору, а й виходячи з реальних можливостей впливу на неї. Однак визнаним фактом є те, що процент осіб з адекватним контролем підвищеного артеріального тиску залишається в популяції дуже низьким, і, відповідно, ризику коронарної хвороби серця, серцевої недостатності, фібриляції передсердь, інсульту, хвороб периферичних артерій, ниркової недостатності залишаються не контрольованими.

Аналіз питомої ваги первинної інвалідності стосовно гіпертонічної хвороби за період 2009 – 2011 років показав її деяке підвищення – з 1,1 до 1,2% серед дорослого населення України, та працездатного населення – з 1,2 до 1,3%.

У розрізі адміністративних територій найвищі місця посіли у 2009 році серед дорослого населення Чернівецька (1,5), Одеська (1,3) та Вінницька (1,2 на 10 тис. населення); у 2011 році відмічається підвищення первинної інвалідності тільки в Одеській області (до 1,6), та деяке підвищення в Полтавській (2009 р. – 0,9; 2011 р. – 1,1 на 10 тис. населення), Запорізькій (2009 р. – 0,4; 2011 р. – 0,8 на 10 тис. населення) та інших областях, що вплинуло на загальну тенденцію.

Найнижчими залишаються показники первинної інвалідності дорослого населення стосовно гіпертонічної хвороби за період 2009 – 2011 років у Кіровоградській (2009 р. – 0,1; 2010 р. – 0,05; 2011 р. – 0,04 на 10 тис.) та Херсонській (з 2009 р. до 2011 р. – 0,1 на 10 тис.) областях.

Аналіз первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок гіпертонічної хвороби в 2009 і 2011 роках показав, що відбулося її підвищення з 0,6 до 0,7 на 10 тис. населення. У розрізі адміністративних територій найвищі місця посідали у 2009 році Чернівецька (1,8), Одеська (1,7), Вінницька (1,3 на 10 тис. населення) області. За цей період зросла первинна інвалідність населення у працездатному віці внаслідок цієї патології в Одеській (до 2,0), Миколаївській (до 1,4), Полтавській (до 1,2), Житомирській, Луганській та Запорізькій областях (до 1,0).

Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається найпоширенішою патологією серця в Україні. В останнє десятиріччя, разом з удосконаленням медикаментозної терапії та хірургічного лікування ІХС, в Україні активно впроваджуються в прак-

тику високотехнологічні засоби відновлення коронарного кровотоку. Використання сучасних технологій суттєво покращує стан хворих (особливо працездатного віку) за рахунок підвищення функціонального класу стенокардії, зменшення дисфункції лівого шлуночка та ознак серцевої недостатності.

Однак віддалені результати реваскуляризації міокарда можуть залежати від цілого ряду чинників. Відновлення симптомів ішемії після коронарного шунтування щорічно відзначається у 4 – 8% пацієнтів і зумовлено прогресуванням коронарного атеросклерозу та оклюзією перш за все венозних шунтів. Ускладненням стентування коронарних артерій є повторне звуження в місцях встановлення стентів (рестенози), які розвиваються у 16 – 20% пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги. При сучасному рівні діагностики у 10 – 28% хворих на ІХС виявляється клапанна патологія, яка суттєво погіршує стан хворих і призводить до інвалідизації. В останні роки, незважаючи на поступове зменшення числа випадків ревматичних пороків серця, об'єм хірургії клапанної патології має виражену тенденцію до росту.

Все це, безумовно, впливає на показники первинної інвалідності при такій патології. Так, питома вага ІХС у структурі первинної інвалідності працездатного населення, незважаючи на її розповсюдженість, має більш стабільну тенденцію. Тобто коливання питомої ваги ІХС протягом терміну, що аналізувався, майже відсутнє. Так, у 2009 р. ІХС становила 7,4% первинної інвалідності, наступні два роки зберігається на рівні 7,3%.

Однак питома вага ІХС у структурі первинної інвалідності дорослого населення підвищилась за останні роки (з 8,1% у 2009 р. до 8,5% у 2011 р.). Показники первинної інвалідності внаслідок ІХС дорослого населення за 3-річний період підвищились по багатьох регіонах (з 3,8 до 4,0 випадків на 10 тис. населення). Найвищі показники за останні роки реєструються в м. Києві (2009 р. – 6,0; 2010 р. – 5,9; 2011 р. – 6,0 на

10 тис.), Вінницькій (2009 р. – 6,2; 2010 р. – 5,6; 2011 р. – 6,0 на 10 тис.), Чернівецькій (2009 р. – 4,5; 2010 р. – 4,3; 2011 р. – 5,1 на 10 тис.), Чернігівській (2009 р. – 4,3; 2010 р. – 4,9; 2011 р. – 5,0 на 10 тис.) та Миколаївській (2009 р. – 4,6; 2010 р. – 5,3; 2011 р. – 5,0 на 10 тис.) областях.

У працездатному віці інвалідність внаслідок ІХС продовжує значно перевищувати середні показники в Чернівецькій (5,7), Волинській (5,0), Львівській (4,9) областях.

Серед адміністративних територій України найнижчими були показники первинної інвалідності працездатного населення за цією патологією у 2009 році в Сумській (2,7), Житомирській (2,9), Кіровоградській (2,8) областях, м. Севастополь (2,3). У 2011 році – залишаються в Житомирській (2,9), Сумській (по 2,4), Кіровоградській (2,5) областях, у м. Севастополь (2,2) та в АР Крим (2,8 на 10 тис. населення).

Протягом аналізованого терміну первинна інвалідність працездатного населення продовжує знижуватись у Дніпропетровській (з 3,6 до 3,3), Полтавській (з 3,6 до 3,1), Чернігівській (з 3,6 до 3,2) областях.

Необхідно відзначити, що в останні роки активне використання і аналіз сучасних стандартів клініко-експертної діагностики хворих на ІХС залишається позитивною тенденцією в практиці роботи кардіо МСЕК і суттєво впливає на якість експертизи при такій небезпечній патології.

Аналіз даних інвалідності внаслідок серцево-судинних захворювань надає можливість планування тактичних і стратегічних заходів щодо зниження інвалідності та зміцнення здоров'я нації. Визначення регіонів з високими показниками інвалідності внаслідок серцево-судинних захворювань передбачає можливість відповідного розподілу бюджетних коштів. Економічний ефект такого розподілу буде проявлятися в підвищенні якості лікувально-профілактичної і медико-експертної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання і профілактику інвалідності внаслідок цієї патології.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Аналітико-статистичний посібник – рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / під ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. – К., 2009. – 146 с.

2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009 р.: аналітико-інформаційний довідник / В.В. Ма-

рунич, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін [та ін.]; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Д.: Пороги, 2010. – 128 с.

3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 р.: аналітико-інформаційний довідник / В.В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін [та ін.]; за ред. міністра охорони здоров'я України І. М. Ємця. – Д.: Пороги, 2011. – 135 с.

4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 р.: аналітико-інформаційний довідник / В.В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін [та ін.]; за ред. міністра охорони здоров'я України Р. В. Богатирьової. – Д.: Пороги, 2012. – 150 с.

5. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітико-статистичний посібник – рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / під ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. – К., 2011. – 165 с.

