

В. І. Шевчук, **В. П. Маленький**, В. Ю. Забур'янова, М. В. Вернигородська, І. А. Ільюк СУЧАСНИЙ СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ ІНВАЛІДНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛІДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В. И. Шевчук, **В. П. Маленький**, В. Ю. Забурьянова,
М. В. Вернигородская, И. А. Ильюк

Резюме

Цель исследования: изучение уровня, структуры и динамики инвалидности вследствие хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и бронхиальной астмы (БА) у лиц трудоспособного возраста, а также особенностей формирования контингента инвалидов.

Материалы и методы. Проведен анализ инвалидности в Винницкой области за 5 лет: 416 чел., впервые признанных инвалидами вследствие ХОЗЛ (178) и БА (238), и 4681 чел., признанных инвалидами повторно (всего — 4497). Применяли социально-гигиенический метод, метод экспертных оценок и структурно-логического анализа.

Результаты. Выявлено ежегодное уменьшение количества всех инвалидов вследствие ХОЗЛ и БА, что не согласуется с данными литературы о росте инвалидности вследствие этой патологии. Соотношение инвалидов по ХОЗЛ и БА отражает преимущество БА и колеблется за годы наблюдения от 24,4–30,0 % до 70,0–75,6 %. Уровень общей инвалидности при ХОЗЛ является не высоким по сравнению с БА, составляет в среднем 2,5 на 10000 населения трудоспособного возраста; данный показатель при БА равняется 7,0 и значительно снижается в течение 5 лет. Уровень первичной инвалидности при ХОЗЛ составляет 0,37, при БА — 0,50. В структуре общего контингента инвалидов основную массу формируют повторно признанные инвалидами. Установлено значительное преобладание мужчин (за счет ХОЗЛ) и инвалидов 3 группы. Основная причина инвалидности — общее заболевание; профессиональные заболевания практически не влияют на инвалидность. Показатели реабилитации очень низкие (полная реабилитация — 3,0 %, частичная — 10,8 %).

Заключение. Средний уровень первичной инвалидности вследствие ХОЗЛ у лиц трудоспособного возраста в 1,4 раза ниже по сравнению с БА. Наблюдается снижение уровней первичной инвалидности при данной патологии в течение 5 лет. Анализ инвалидности вследствие ХОЗЛ и БА свидетельствует об отсутствии современных научно-обоснованных медико-социальных программ по их реабилитации.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, бронхиальная астма, инвалидность, реабилитация.

Укр. пульмонолог. журнал. 2013, № 2, С. 31–35.

Шевчук Віктор Іванович

Директор Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова
Д. мед. н., професор
104, вул. Хмельницьке шосе, м. Вінниця, 21030, Україна
Тел. 38 0432 51-12-66, ins_reab_inv@mail.ru

CURRENT STATUS AND TRENDS OF DISABILITY OF WORKING AGE POPULATION DUE TO CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASTHMA

V. I. Shevchuk, **V. P. Malenky**, V. Y. Zaburyanova,
M. V. Vernyhorodska, I. A. Iliuk

Abstract

The Aim was to examine the level, pattern and dynamics of disability due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma (A) in people of working age, and to evaluate the peculiarities of disability formation.

Materials and methods. A disability in the Vinnytsia region for 5 years was analyzed. 416 cases, considered newly disabled (COPD — 178 and A — 238), and 4681 cases with re-confirmed disability (4497 cases in total) were evaluated. Social and hygienic method, expertise, structural and logical analysis methods were used.

Results. An annual decrease in the number of disabled due to COPD and A was revealed, which was not consistent with the literature data about the growth of disability caused by these conditions. The ratio of disabled due to COPD and A reflected the dominance of A ranging through the period of observation from 24,4–30% to 70–75,6%. The rate of total disability due to COPD was not high in comparison with A — 2,5 cases per 10 000 of the working age population (for A corresponding value was 7,0 per 10 000), and had a trend towards a reduction in last 5 years. The rate of primary disability in COPD was 0,37, in A — 0,50 per 10 000. In the structure of the general contingent of disabled the majority was comprised by re-confirmed disabled subjects. We also found a significant predominance of men (due to COPD) and group 3 disabled subjects. The main cause of disability was general illness, occupational diseases didn't influence much the disability. Rehabilitation indices were very low (complete rehabilitation — 3,0 %, partial — 10, 8%).

Conclusion. Average level of disability due to COPD in working age population was 1,4 times lower than in A. A decline in the level of primary disability due to COPD was observed for last 5 years. Analysis of disability due to COPD and A revealed a lack of modern science-based health and social rehabilitation programs.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, asthma, disability, rehabilitation.

Ukr. Pulmonol. J. 2013; 2: 31–35.

Victor I. Shevchuk

Director of Research Institute for Rehabilitation of the Disabled
Vinnitsa National Medical University named after Pirogov
MD., Professor
104, Khmelnytske highway, Vinnitsa, 21030, Ukraine
Tel. 38 0432 51-12-66, ins_reab_inv@mail.ru

Вивчення питань інвалідності внаслідок хронічних захворювань органів дихання, що супроводжуються бронхіальною обструкцією, має велике медичне, соціальне і економічне значення для суспільства, оскільки впливає на організацію і проведення медичних програм, направлених на профілактику і лікування цієї патології, на інвалідизацію населення, особливо у працездатному віці. Найбільш розповсюдженими є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальна астма (БА).

ХОЗЛ сьогодні — одна із найсерйозніших медико-соціальних проблем як в нашій країні, так і у всьому світі [8, 12]. Її актуальність обумовлена перш за все надзвичайно високими показниками розповсюдженості, інвалідизації і смертності від цього захворювання, в основі яких, в свою чергу, знаходиться недостатня увага до питань профілактики, несвоєчасна діагностика і відсутність адекватного лікування. За останні роки спостерігається лавиноподібне збільшення числа випадків ХОЗЛ [6]. Пізнє виявлення ХОЗЛ характерне не лише для України, але й для багатьох інших країн світу, в тому числі економічно розвинених, що пов'язане з майже безсимптомним перебігом захворювання на ранніх стадіях [8]. Бронхіальна астма характеризується високими показниками захворюваності і смертності, значними економічними затратами для суспільства та індивідуума і суттєвим зниженням якості життя пацієнтів [7, 9, 10, 11].

Звертає на себе увагу явна невідповідність розповсюдженості ХОЗЛ і астми їх рейтинговим позиціям в структурі первинної інвалідності, виявлена в Краснодарському краї Росії, а також значні відмінності показників первинної інвалідності у зв'язку з захворюваннями органів дихання на різних територіях [3, 4, 5]. Такі факти свідчать про низьку якість діагностики ХОЗЛ в лікувальних-профілактичних закладах.

Показники первинної інвалідності внаслідок БА серед працездатного населення в Україні за 2009–2011 рр. були стабільними та склали в середньому 0,5 на 10000 населення, проте їх значні коливання спостерігались в різних регіонах, навіть в тих, які мають досить сприятливу кліматичну та економічну ситуацію [1].

Достовірна статистична інформація про інвалідність внаслідок ХОЗЛ в Україні, і зокрема у Вінницькій області, відсутня.

Метою роботи було вивчення та порівняльний аналіз рівня структури і динаміки первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА за 5 років, а також причин та особливостей формування контингенту інвалідів з даною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження є поглибленим статистичним, соціально-гігієнічним. Об'єкт дослідження — медико-експертна документація вперше визначених інвалідами (ВВІ) та повторно визначених інвалідами (ПВІ) внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку на території Вінницької області у 2007–2011 рр.

Методи дослідження:

1) соціально-гігієнічний (метод документального обліку, методи математичної статистики);

2) метод експертних оцінок;

3) структурно-логічний аналіз.

Проведено вибірку даних з медико-експертної документації, аналіз державної статистичної звітності МСЕК.

Здійснено математичну обробку даних з розрахунками інтенсивних показників первинної, повторної та загальної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА на 10000 населення у працездатному віці, екстенсивних показників розподілу інвалідності за віком, статтю та важкістю інвалідності. Вивчено динаміку рівнів інвалідності за 5 років, детально проаналізовано контингенти інвалідів працездатного віку внаслідок ХОЗЛ та БА. Для встановлення епідеміологічних особливостей інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА проводилось порівняння деяких їх аспектів.

Загальна кількість первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА до 5 років склала 416 чол. (ХОЗЛ — 178, БА - 238); повторно визначених інвалідами — 4081 чол. (ХОЗЛ — 1015, БА - 3066) (всього 4497 осіб: ХОЗЛ — 1193 чол. і БА — 3304 чол.).

Результати дослідження та їх обговорення

В ході дослідження виявлено, що сукупність всіх інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА (ВВІ і ПВІ за зверненнями на МСЕК у Вінницькій області) серед осіб працездатного віку складає 1085 чол. (ХОЗЛ — 281 чол., БА — 804 чол.) в 2007 р., щорічно поступово зменшуючись до 1022 чол. (ХОЗЛ — 260 чол., БА — 762 чол.) в 2008 році, до 903 чол. (ХОЗЛ — 250 чол., БА — 653 чол.) в 2009 році, до 795 чол. (ХОЗЛ — 194 чол., БА — 601 чол.) в 2010 році і до 692 чол. (ХОЗЛ — 208, БА — 692 чол.) в 2011 році, що суперечить даним літератури про зростання захворюваності та інвалідності при вказаній патології.

Співвідношення інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА в контингенті інвалідів, що вивчається, відображає перевагу БА і коливається за роки спостереження від 24,4–30,0 % до 70,0–75,6 %. Виявлені дані, які свідчать про випередження астми в структурі загальної інвалідності, не відповідають даним світової статистики щодо переважання захворюваності ХОЗЛ порівняно з астмою в декілька разів.

Рівень загальної інвалідності серед осіб працездатного віку при ХОЗЛ є невисоким порівняно з БА і складає в 2007 році 2,93 на 10000 відповідного населення. В 2008 році він знижується до 2,73 (на 6,8 %); в 2009 році — до 2,64 (на 9,9 %); в 2010 році — ще більше до 2,06 (на 29,7 %) і є найнижчим за 5 років спостереження. І лише в 2011 році відзначається зростання даного показника до 2,22 (на 24,2 %). Порівняно з попереднім роком рівень загальної інвалідності внаслідок ХОЗЛ у осіб працездатного віку за останній рік зріс на 7,2 %; в середньому він дорівнює 2,5 на 10000 відповідного населення.

Рівень загальної інвалідності внаслідок БА серед осіб працездатного віку є набагато вищим порівняно з ХОЗЛ (в 2,9 рази) і складає в 2007 році 8,40 на 10000 населення працездатного віку. В подальшому даний показник характеризується постійним зниженням: до 7,99 в 2008 році (на 4,9 %), до 6,89 в 2009 році (на 18,0 %), до 6,38 в 2010 році (на 24,0 %) і до 5,17 в 2011 році (на 38,5 %) (рис. 1); в середньому дорівнює 7,0 на 10000 населення працездатного віку. Таке значне зниження рівнів загальної інвалідності внаслідок БА в контингенті працездатного населення потребує додаткового вивчення.

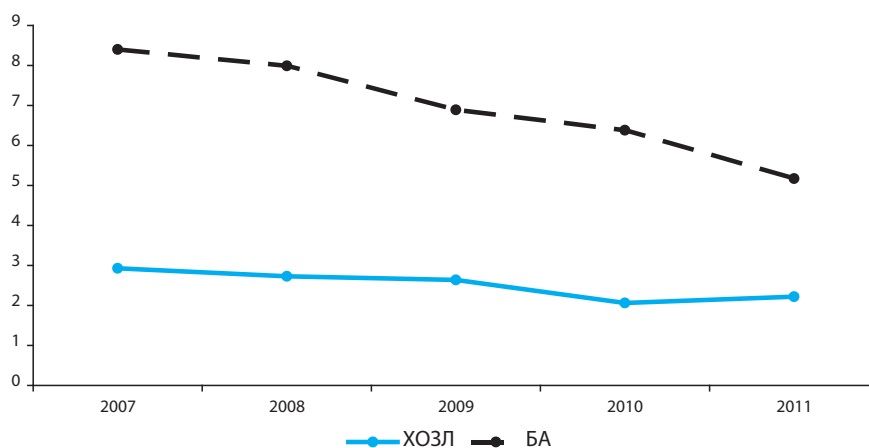


Рис. 1. Динаміка рівнів загальної інвалідності (на 10000 населення) внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку за 5 років.

Рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб у працездатному віці невисокий, дорівнює 0,50 на 10000 відповідного населення в 2007 році, знижується до 0,45 (на 10,0 %) в 2008 і 2009 рр., потім різко знижується до 0,20 (на 60,0 %) в 2010 році та зростає до 0,27 (на 46 %) в 2011 році. Тобто за останній рік спостереження порівняно з попереднім роком рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб працездатного віку зріс на 25,9 %; в середньому складає 0,37 на 10000 відповідного населення.

Рівень первинної інвалідності внаслідок БА в контингенті працездатного населення перевищує рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ лише в 1,4 рази (тоді як загальної — в 2,9 рази) і складає в 2007 році 0,69 на 10000. В 2008 році він знижується (на 30,4 %) і дорівнює 0,48; в 2009 році зростає (на 18,8 %) і складає 0,56; в 2010 році знову знижується (на 50,7 %) і складає 0,34; в 2011 році — знову зростає (на 36,2 %) та дорівнює 0,44 (рис. 2). За останній рік порівняно з попереднім спостерігається зростання даного показника в 1,3 рази. В середньому він складає 0,50 на 10000 населення працездатного віку.

В структурі загального контингенту основну масу формують повторно визнані інваліди.

Рівень повторної інвалідності вищий за рівень первинної і складає 2,43 на 10000 населення працездатного віку при ХОЗЛ та 7,71 при БА в 2007 році. До 2010 року включно даний показник при ХОЗЛ постійно знижувався

(2,28 в 2008 році; 2,19 в 2009 році; 1,86 в 2010 році), і лише в 2011 році він зріс до 1,95 (на 4,6 % порівняно з попереднім роком). В середньому він склав 2,14 на 10000 відповідного населення. Рівень повторної інвалідності внаслідок БА знижувався щороку (7,51 в 2008 році; 6,33 в 2009 році; 6,04 в 2010 році; 4,73 в 2011 році) (рис. 3) і склав в середньому 6,46 на 10000 населення працездатного віку. Темп спаду даного показника при БА склав від 2,6 % до 38,7 %.

Зменшення в динаміці числа повторно визнаних інвалідами та рівнів інвалідності пов'язане, в основному, зі збільшенням кількості осіб, визнаних інвалідами безтерміново (приблизно кожний п'ятий), та не призводить до оптимізації витрат на забезпечення інвалідів і реабілітаційного процесу.

В структурі контингенту первинних і повторних інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА в цілому за статтю виявлено перевагу чоловіків порівняно з жінками (в середньому відповідно 61,8 % і 38,2 % та 53,1 % і 46,9 %) за рахунок ХОЗЛ, при якому питома вага чоловіків більша в 5,1 та 4,4 рази. В контингенті ВВІ та ПВІ внаслідок БА дещо переважають жінки: відповідно 53,9 % та 57,0 %.

При ХОЗЛ в основному інвалідами є чоловіки, старші 45 років. При БА кожний п'ятий хворий в контингенті первинних інвалідів і кожний сьомий в контингенті ПВІ має вік до 30 років; серед цієї вікової групи теж переважають

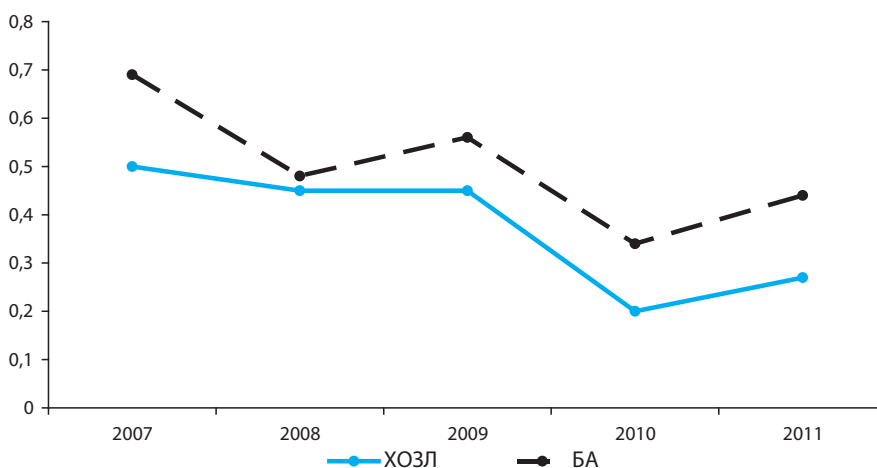


Рис. 2. Динаміка рівнів первинної інвалідності (на 10000 населення) внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку за 5 років.

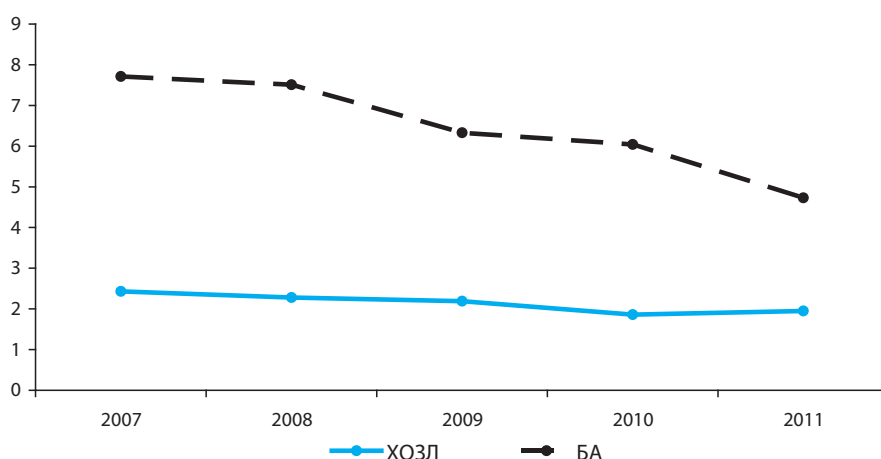


Рис. 3. Динаміка рівнів повторної інвалідності (на 10000 населення) внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку за 5 років.

жають чоловіки, частка яких складає відповідно 68,8% та 70,6%. Збільшення частки жінок в структурі повторної інвалідності внаслідок БА відбувається за рахунок осіб старшого віку.

Якщо порівнювати структуру повторної інвалідності в 2011 році з попередніми роками, то слід підкреслити появу значних відмінностей у важкості інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА: частка інвалідів I-II груп при ХОЗЛ в 2,6 рази більша, ніж при БА. Ці дані вже наближуються до достовірних і свідчать про тенденцію до покращення якості діагностики і медико-соціальної експертизи.

Одна із основних причин інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку — це загальне захворювання, що складає в середньому 79,6 % всіх випадків; інвалідність дитинства займає 2 місце і складає 12,1 % (в контингенті хворих БА — 20 %). Незначний відсоток займають інваліди ЧАЕС (4,5 %), інваліди армії, МВС, СБУ (3,4 %). Практично не впливають на інвалідність професійні захворювання (в різні роки від 0 до 1,8 %).

Виявлено вкрай низькі показники реабілітації інвалідів працездатного віку із ХОЗЛ та БА. Середній показник повної реабілітації дорівнював 3,0 % (в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ — 2,7 %, в контингенті інвалідів внаслідок БА — 3,2 %). Середній показник часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА склав 10,8 % (в контингенті інвалідів із ХОЗЛ — 11,5 %, із БА — 10,6 %).

При порівнянні показників часткової реабілітації інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА в 2011 році і в 2009 роках, виявилось, що спостерігається позитивна динаміка, особливо при БА. В контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ показник часткової реабілітації збільшився на 30,8 %, в контингенті інвалідів внаслідок БА — на 65,8 %.

Вивчення окремих аспектів професійної діяльності повторно визнаних інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА в 2011 році показало, що на час переогляду працює лише 207 чол., що складає 33,1 %. Враховуючи те, що в даному контингенті частка інвалідів 3 групи досить велика — 88,6 %, можна зробити висновок, що питанню раціонального працевлаштування як важливому елементу комплексної реабілітації інвалідів не надається достатньої уваги. Частка працюючих осіб в контингенті інвалідів

внаслідок ХОЗЛ майже в 2 рази менша порівняно з БА (відповідно 20,3 % та 37,2 %). Не працює і не навчається при ХОЗЛ 79,3 % інвалідів; при БА не працює 61,4 % (ще 1,4 % ПВІ складають студенти).

В контингенті вперше визнаних інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА на момент освідчення на МСЕК питома вага працюючих осіб була більшою порівняно з контингентом ПВІ (43,9 % проти 33,1 %) за рахунок хворих ХОЗЛ. Нами проаналізовані професії інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА до встановлення інвалідності. Виявлено, що в контингенті хворих із ХОЗЛ переважали професії, пов'язані із фізичною працею (84 %). Як правило, ці особи тривалий час працювали в умовах підвищеної заповищеності, загазованості та ін. (механізатори, водії, робітники сільгосптехніки, зварювальники, слюсарі). Набагато меншу питому вагу (16 %) склали хворі з професіями, що вимагали наявності вищої освіти (наприклад, лікар, економіст, службовець МВС, бухгалтер). В контингенті хворих із БА, навпаки, особи з вищою або базовою вищою освітою склали 53,7 % (в основному це були бухгалтери, економісти, працівники освіти, торгівлі, громадського харчування, ветеринари, зоотехніки тощо).

Низька частка працюючих хворих з БА на момент первинного освідчення на МСЕК пояснюється, можливо, відсутністю робочих місць, які б відповідали їх професіям. Зменшення ж частки працюючих осіб в контингенті повторно визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ, на наш погляд, можна зв'язати із бажанням інвалідів уникнути впливу шкідливих професійних чинників (хоча в структурі причин інвалідності професійні захворювання склали лише 3,8 %) та відсутністю можливостей працевлаштування в інших професіях, в умовах спеціально створених робочих місць.

Таким чином, вивчення аспектів працевлаштування інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА свідчить про відсутність уваги до питання професійної реабілітації даного контингенту. Робочим місцем забезпечено лише кожного п'ятого інваліда внаслідок ХОЗЛ і кожного третього внаслідок БА, що, враховуючи їх працездатний вік та переважно інвалідність 3 групи, є недостатнім.

На наступному етапі дослідження планується розробити сучасні підходи до медико-соціальної реабілітації

інвалідів з урахуванням етіологічного фактора, характеру і ступеню функціональних порушень і обмежень категорій життєдіяльності.

Будуть розроблені пропозиції з професійної реабілітації інвалідів (профорієнтація, професійна освіта, професійно-виробнича адаптація, раціональне працевлаштування, протипоказані види праці), потреба в соціально-психологічній і соціально-правовій допомозі.

Висновки

1. Середній рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ у осіб працездатного віку за 5-річний період спостереження складає 0,37 на 10000 відповідного населення і є в 1,4 рази нижчим порівняно з БА (0,5 на 10000). Середній рівень повторної інвалідності вищий порівняно з первинною і складає при ХОЗЛ і БА відповідно 2,14 та 6,46 на 10000 населення працездатного віку. Виявлене співвідношення рівнів інвалідності (особливо повторної) внаслідок ХОЗЛ та БА суперечить даним світової статистики. Аналіз динаміки інвалідності свідчить про зниження рівнів первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і пер-

винної інвалідності внаслідок БА у осіб працездатного віку, що теж не відповідає літературним даним, за винятком останнього року; відмічено стабільне зниження рівня загальної інвалідності, яка формується в основному за рахунок повторної, при БА протягом всього періоду спостереження та зниження вищевказаних показників при ХОЗЛ, крім останнього року.

2. Аналіз стану інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку вказує на відсутність сучасних науково-обґрунтованих підходів до діагностики цих хвороб, до реабілітації і медико-соціальної експертизи осіб з бронхолегеневою патологією, що вимагає більш поглибленого і детального вивчення цієї проблеми.

3. Будуть сформульовані основні напрямки реабілітації інвалідів (державне забезпечення ранньої лабораторної діагностики, поглиблена диспансеризація молодого населення (віком до 30 років) з метою найбільш ранньої діагностики і своєчасного проведення відповідних заходів, створення регіональних реєстрів інвалідів, розвиток мережі пульмонологічних центрів, підготовка і підвищення кваліфікації кадрів).

ЛІТЕРАТУРА

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік [Текст] / Аналітико-інформаційний довідник. — Дніпропетровськ. — 2012. — 58 с.
2. Рейтинг і структура первинної інвалідності при болезнях органов дыхания в Краснодарском крае [Текст] / С. А. Павлишчук, Е. В. Боготова, Т. В. Терещенко [та ін.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2005. — № 1. — С. 32–35.
3. Пьянкова, И. В. Медико-социальная экспертиза при болезнях органов дыхания [Текст] / И. В. Пьянкова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2007. — № 3. — С. 23–25.
4. Пьянкова, И. В. Анализ первичной инвалидности больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в Кировской области за 2003–2005 гг. [Текст] / И. В. Пьянкова // Экспертиза и реабилитация. — 2007. — № 4. — С. 5–8.
5. Пьянкова, И. В. Социально-гигиенические аспекты инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация при болезнях органов дыхания [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.52 / Пьянкова Ирина Валерьевна ; Федеральное государственное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — Москва, 2007. — 128 с.
6. Фещенко, Ю. І. Хронічні обструктивні захворювання легень: проблемні питання [Текст] / Ю. І. Фещенко // Нова медицина — 2005. — № 1 — С. 18–20.
7. Фещенко, Ю. І. Достижения контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы [Текст] / Ю. И. Фещенко // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 5–9.
8. Фещенко, Ю. І. Хроническое обструктивное заболевание легких — актуальная медико-социальная проблема [Текст] / Ю. И. Фещенко // Укр. пульмонолог. журнал. — 2011. — № 2. — С. 6.
9. Яшина, Л. А. Астма-контроль — пути достижения [Текст] / Л. А. Яшина // Укр. пульмонолог. журнал. — 2003. — № 2. — С. 13–18.
10. Beuther, D. A. Overweight Obesity, and Incident Asthma—A Meta-analysis of Prospective Epidemiologic Studies [Text] / D. A. Beuther // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2007. — Vol. 175. — P. 661–666.
11. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Workshop Report, 2009 [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://www.ginasthma.com>
12. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2009) [Електронний ресурс] / ©Medical Communications Resources, Inc — 2009 — Режим доступу : <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>.

REFERENCES

1. *Osnoyni pokaznyky invalidnosti ta diyalnosti medyko-sotsialnykh ekspertnykh komisii Ukrainy za 2011 rik* (The main indicators of disability and medical and social expert commissions in Ukraine in 2011). Analytyko-informatsynnyy dovidnyk. Dnipropetrovsk, 2012. 58 p.
2. Pavlishchuk SA, Bogotova EV, Tereshchenko TV. *Reyting i struktura pervichnoy invalidnosti pri boleznyakh organov dykhaniya v Krasnodarskom kraje* (Rating and structure of primary disability from diseases of the respiratory system in the Krasnodar region). *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2005;No 1:32–35.
3. Pyankova IV. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza pri boleznyakh organov dykhaniya* (Medical and social expertise in diseases of the respiratory system). *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2007;No 3:23–25.
4. Pyankova IV. *Analiz pervichnoy invalidnosti bolnykh bronkhialnoy astmoy i khronicheskoy obstruktivnoy boleznyu legkikh v Kirovskoy oblasti za 2003–2005 gg* (Analysis of the primary disability of patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Kirov region in 2003–2005). *Ekspertiza i reabilitatsiya*. 2007;No 4:5–8.
5. Pyankova IV. *Sotsialno-gigiyenicheskiye aspekty invalidnosti, mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya pri boleznyakh organov dykhaniya* (Social and hygienic aspects of disability, medical and social assessment and rehabilitation in diseases of the respiratory system). Moscow, 2007. 128 p.
6. Feshchenko YUI. *Khronichni obstruktyvni zakhvoryuvannya legen: problemni pyannya* (Chronic obstructive pulmonary disease: problematic questions). *Nova medytsyna*. 2005;No 1:18–20.
7. Feshchenko YUI. *Dostizheniya kontrolya — sovremennaya strategiya vedeniya bronkhialnoy astmy* (Progress of control - modern management strategy of asthma). *Astma ta alergiya*. 2007;No 1–2:5–9.
8. Feshchenko YUI. *Khronicheskoye obstruktyvnoye zabolevaniye legkikh — aktualnaya mediko-sotsialnaya problema* (Chronic obstructive pulmonary disease: a medical and social challenge). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2011;No 2:6.
9. Yashina LA. *Astma-kontrol — puti dostizheniya* (Asthma control - ways to achieve). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2003;No 2: 13–18.
10. Beuther DA. Overweight Obesity, and Incident Asthma—A Meta-analysis of Prospective Epidemiologic Studies. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2007;175:661–666.
11. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Workshop Report, 2009. Available at: <http://www.ginasthma.com>
12. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2009). ©Medical Communications Resources, Inc — 2009. Available at: <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>.