

УДК 616-036.86

ДИНАМІКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ 2010–2012 РОКІВ

Професор А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статті приведено аналіз результатів моніторингу первинної інвалідності населення України з урахуванням її інтенсивних та екстенсивних показателів за 2010–2012 роки. Показана структура первинної інвалідності в динаміці з урахуванням нозологічних форм, вікових категорій, причини та груп інвалідності. Дані пропонуються по удосконаленню діяльності служби медико-соціальної експертизи та профілактики інвалідності.

Ключеві слова: первинна інвалідність, медико-соціальна експертиза, причини інвалідності, профілактика.

Summary

In the article was performed the analysis of results of monitoring of primary disability of Ukrainian population taking into account its intensive and extensive indexes for 2010–2012 yrs. Was shown the structure of primary disability in a dynamics taking into account nosological forms, age-dependent categories, reasons and groups of disability. Were proposed suggestions on the improvement of activity of medical and social expertise and on disability prophylaxis.

Keywords: primary disability, medical and social expertise, reasons of disability, prophylaxis.

Показники здоров'я населення, відповідно до сучасної концепції, не вичерпуються лише характеристикою передчасної смертності. Необхідні дані про якість життя хронічно хворих, про соціальні аспекти погіршення здоров'я. Ключове місце в оцінці наслідків хвороб належить інвалідності з урахуванням її високої розповсюженості й різноманіття соціально значущих наслідків.

Інвалідність є важливим показником стану здоров'я населення України, на формування якого впливають різноманітні чинники, серед яких необхідно виділити стан захворюваності, якість надання медичної допомоги, біологічні, соціальні, професійні фактори, політичну спрямованість країни у вирішенні питань соціального захисту населення, введення нових законодавчих та нормативних актів державного регулювання цього процесу. Тому статистичні показники інвалідності необхідно враховувати як одні з найважливіших показників здоров'я населення [1–3].

Мета роботи – аналіз результатів моніторингу первинної інвалідності населення України з урахуванням її показників за 2010–2012 роки.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження була державна статистична звітність медико-соціальних експертних комісій України за формою №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної та соціально-трудова реабілітації за рік» за 2010–2012 роки з усіх адміністративних територій України. В дослідженні використані методи: документального обліку, математичної статистики з обчисленням інтенсивних та екстенсивних показників.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальна кількість оглянутих у МСЕК протягом 2012 року становила 852 675 осіб. Вона зменшилась у порівнянні з попереднім роком, але є дещо вищою, ніж у 2010 р. (оглянуто у 2010 та 2011 рр. відповідно 835 216 та 913 972 особи). Ця тенденція притаманна діяльності МСЕК протягом останніх трьох років. Зменшення відбулося за всіма показниками: за рахунок первинно та повторно оглянутих, оглянутих для визначення показань на отримання автотранспорту й по контролю та оскарженню обласними МСЕК. Найбільш суттєво зменшилась кількість оглянутих у Донецькій області – на 12 188 осіб. Відбулося це, головним чином, за рахунок повторно оглянутих. Дещо збільшилась кількість оглянутих на МСЕК у таких областях: Черкаська – на 1879 осіб, Одеська – на 1 173 особи, Миколаївська – на 792 особи.

Необхідно відзначити ще одну тенденцію, позитивну, – у 2012 році знову зменшилась кількість осіб, яких не визнали інвалідами. Питома вага не визнаних інвалідами знизилася до 12,1 %, проти 13,0 % у попередні два роки.

Відповідно знизилася у 2012 році питома вага необгрунтовано направлених на МСЕК до 3,3 % з 4,5 % у 2011 році. Тенденція до покращання даного показника свідчить про те, що МСЕК удосконалили роботу з ЛКК лікувально-профілактичних закладів з питань направлення на МСЕК, підвищився рівень знань лікарів ЛКК щодо медико-соціальної експертизи. Проте для утримання даної позитивної тенденції необхідно кожен випадок необгрунтованого направлення на МСЕК детально аналізувати та клініко-експертно розглядати при-

чини його появи: неправильна оцінка функціонального стану хворого через недостатнє обстеження чи недостатнє знання лікарями ЛКК сучасної класифікації обмеження життєдіяльності; недостатнє знання інструктивно-методичних матеріалів з питань медико-соціальної експертизи та ін. У областях, де постійно проводиться такий аналіз, необгрунтовано направлених на МСЕК немає, як у Хмельницькій області, або їхня питома вага складає лише 1,1%, як в Івано-Франківській, та 1,2% у Тернопільській та 1,3% у Черкаській областях. Найбільший відсоток необгрунтовано направлених на МСЕК у 2012 році був у Львівській – 6,2%, Вінницькій та Житомирській – по 6,1%, Миколаївській – 5,9% областях.

Ще одна позитивна тенденція, що відзначається у 2012 році, – стабільна кількість продовження листків непрацездатності у порівнянні з попередніми роками. Продовження листків непрацездатності – досить ефективний важіль профілактики інвалідності. Показники 2012 року, як і в попередні роки, стабільні за кількістю продовжених листків непрацездатності, чисельністю хворих, які закінчили лікування на 1 січня поточного року, та осіб, не визнаних інвалідами. Невизнані інвалідами після закінчення лікування – 70,8% хворих та травмованих (у 2010 та 2011 рр. відповідно – 72,1%, 71,6%).

Для об'єктивного порівняння регіонів з використання цього засобу профілактики інвалідності проведено розрахунки кількості продовження листків непрацездатності на кожну тисячу працюючих, які направлені на МСЕК для встановлення інвалідності. Найчастіше використовували продовження листків непрацездатності МСЕК таких областей: Хмельницька (373,9), Івано-Франківська (314,1) та Житомирська (280,1) області при середньому показнику по Україні 218,3. У попередньому році Хмельницька область за цим показником посідала останнє місце (113,7), Івано-Франківська – перше місце (321,4), а Житомирська (263,5) – 6-те місце. На другому місці в попередньому році була Чернівецька (318,3) область при середньому показнику по Україні – 215,1.

Дуже низький показник продовження листків непрацездатності в 2012 році у Миколаївській (128,4), Херсонській областях (135,0) та АР Крим (144,1). І якщо Хмельницька область, що посідала в 2011 році останнє місце, в 2012 році зайняла перше, то Миколаївська (114,7) та АР Крим (132,9) при середньому показнику по Україні в 2011 році 215,1 – також займали останні місця.

Для покращання контролю за лікуванням по листку непрацездатності, продовженому обласними та спеціалізованими МСЕК, що розташовані переважно в обласних центрах, необхідно передавати списки таких хворих до ЛПЗ та МСЕК за місцем проживання.

Ще одна позитивна тенденція, що зберігається в 2012 році. Кількість первинно визнаних усіх категорій (крім дітей-інвалідів) у 2012 році зменшилася у порівнянні з попередніми роками й становить 37,8 на 10 тис. усього населення (у 2010 р. – 37,9;

у 2011 р. – 38,6). У розрізі областей цей показник перевищує середній по Україні у таких регіонах: у Сумській – 31,9; Черкаській – 33,4, Івано-Франківській та Закарпатській областях – по 33,6. Перевищує середній по Україні даних показник у Чернівецькій області – 44,0, Вінницькій – 43,8 та Запорізькій області й м. Севастополі – по 41,6.

У 2012 році продовжує залишатися майже стабільною інвалідність з усіх причин з тенденцією до незначного зниження. Так, інвалідність унаслідок трудового каліцтва залишається без змін у порівнянні з попереднім 2011 р. і дорівнює 1,1 випадку на 10 тис. населення; інвалідність унаслідок загального захворювання дещо зменшилася до 32,2 випадку (у 2011 р. – 32,8). Така ж тенденція зберігається й для інвалідності серед військовослужбовців – 1,1 випадку (2011 р. – 1,2) та інвалідів з дитинства – 3,5 (2011 р. – 3,6). Кількість інвалідів внаслідок аварії на ЧАЕС найбільш суттєво знизилася з усіх причин інвалідності і становить 0,9 випадку на 10 тис. населення (2011 р. – 1,2).

Тенденція до зменшення інвалідності внаслідок трудового каліцтва та інвалідів з дитинства спостерігається протягом останніх п'яти років. Це пов'язано насамперед з поліпшенням роботи в країні зі своєчасного виявлення професійних захворювань і вжиттям заходів щодо їх попередження.

Зниження інвалідності з дитинства пов'язано, на наш погляд, із впровадженням заходів комплексної реабілітації дітей-інвалідів з провідних інвалідизуючих захворювань – органічних уражень нервової системи. Слід також зазначити й роль у цьому процесі зниження народжуваності в країні на першу половину 90-х років. Тобто, на цей самий період припадає рік народження сьогоднішніх вісімнадцятирічних громадян.

Зменшення кількості вперше визнаних інвалідами серед військовослужбовців та у зв'язку з аварією на ЧАЕС спостерігається вперше за останні п'ять років.

Проте у деяких областях інвалідність унаслідок аварії на ЧАЕС хоча й зменшилася, але перевищує середній показник по Україні в декілька разів, а у Київській області – в 10 разів (показник первинної інвалідності в 2012 р. склав 10,0 на 10 тис. населення або 25,1% від загальної кількості інвалідів; в Україні цей показник становить 0,9 випадку на 10 тис. населення або 2,5% від загальної кількості інвалідів). Незважаючи на час, що минув з дня трагедії, у даній області постійно спостерігаються високі показники інвалідності внаслідок аварії на ЧАЕС, тому необхідно проаналізувати усі випадки первинної інвалідності в даному регіоні, при яких можливо б запобігти інвалідності через своєчасну та у повному обсязі реабілітацію. Законом ірно, що на зміну інвалідності ліквідаторів та постраждалого населення, що переважала, почала реєструватися інвалідність дітей, які народжені від ліквідаторів. Однак необхідно більш ретельно підходити до реабілітаційних заходів та постійно удосконалювати організацію медичної допомоги даної категорії населення області.

Тенденція до зниження первинної інвалідності

працюючих продовжувалася у 2012 році – зниження відбулося на 4,1 %. Первинна інвалідність працюючих склала у 2012 році 28,4 випадку проти 29,6 випадку на 10 тис. населення працездатного віку в попередньому році. Істотне зниження інвалідності працюючих відбулося у 20 регіонах України. Високі показники первинної інвалідності працюючих традиційно притаманні не тільки великим промисловим областям – Донецькій (37,3), Запорізькій (32,9), Київській (33,0), а й таким областям, як Полтавська (37,1), Чернігівська (34,7) при середньому по Україні – 28,4.

Первинна інвалідність дорослого населення загалом в Україні у 2012 році знизилася на 2,3 % – з 46,9 до 45,8 випадку на 10 тис. дорослого населення. Але ця позитивна тенденція спостерігається не по всіх регіонах. Так, у Кіровоградській області цей показник збільшився на 15,1 %, у Хмельницькій – на 9,1 %, у Чернівецькій – на 8,7 %.

Проте найбільші показники на 10 тис. дорослого населення у 2012 році були у Вінницькій (53,7), Кіровоградській (52,7) та Чернігівській (52,3) областях при середньому по Україні – 45,8.

Вочевидь, це пов'язано з тим, що є такі регіони, де органами місцевого самоврядування встановлені деякі пільги інвалідам, в окремих областях інвалідам пенсійного віку пенсія виплачується у першу чергу. Проте, на нашу думку, це не єдині причини даного процесу, необхідно провести детальний аналіз даних показників.

Найменші рівні первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення у 2012 році були в Сумській (37,8), Харківській (38,9), Івано-Франківській та Дніпропетровській (по 42,2) областях. За рівнем зменшення первинної інвалідності дорослого населення у лідерах такі регіони: Черкаська область – зниження на 14,7 % та Житомирська область – на 13,1 %.

Первинна інвалідність працездатного віку також дещо знизилася в Україні (на 1,3 %) з 53,0 до 52,3 випадку на 10 тис. працездатного населення. Але у 10 адміністративних територіях відбулося зростання. Кіровоградська область також у «лідерах» по даному показнику: + 15,9 % та дещо відстає від неї Чернівецька – + 8,9 %. За інтенсивним показником (на 10 тис. працездатного населення) найвищі показники у таких регіонах: Чернігівська (60,4), Львівська (59,3), Рівненська (58,7) та Чернівецька (58,5) області. Найменший цей показник у містах Севастополі (38,8) та Києві (39,1).

В останнє десятиріччя інвалідність сільського населення – як дорослого, так і працездатного – перевищує показники міського населення. Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення у 2012 році серед міського населення склала 44,8, а сільського – 48,2; серед населення працездатного віку відповідно – 49,0 та 60,1.

На ці факти необхідно звернути увагу адміністрації усіх регіонів. Ця тенденція пов'язана переважно з двома основними факторами: значне ускладнення з працевлаштуванням у сільських районах та низький рівень медичної допомоги у порів-

нянні з міським.

У 2012 році первинна інвалідність дорослого населення зростає за такими класами: хвороби сечостатевої системи – на 16,7 %, сліпоти – на 11,0 %, травми та отруєння внаслідок дії інших причин – на 8,3 %.

Серед працездатного населення зростання інвалідності відбулося за такими класами: хвороби сечостатевої системи – на 28 %, виробничі травми та отруєння – на 16,7 %, інші причини – на 12,5 %.

Структура первинної інвалідності як дорослого населення, так і населення працездатного віку залишається колишньою. Рангові місця посідають, як і протягом тривалого часу, хвороби системи кровообігу (23,4 % – у структурі дорослого населення та 19,5 % – працездатного), майже не поступається їм питома вага новоутворень (20,8 % серед дорослого населення та 18,9 % – у працездатному віці). Якщо перше й друге місця в структурі хвороб посідають однакові нозології серед дорослого та працездатного населення, то нозології, що посідають третє місце, відрізняються. Серед дорослого населення на третьому місці – хвороби кістково-м'язового апарату (10,9 %), серед працездатного – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (11,9 %).

Зростання первинної інвалідності внаслідок новоутворень, показники якої в 2012 році майже впритул підійшли до показників інвалідності через хвороби системи кровообігу, не можуть не викликати занепокоєння. На показники інвалідності внаслідок новоутворень впливає такий факт: на якій стадії розвитку пухлини виявляється онкозахворювання. На жаль, як показує практичний експертний досвід, у переважній більшості випадків виявлення новоутворення є пасивним – за зверненням хворого, а не активним – при профілактичних та диспансерних оглядах. Пізнє виявлення онкозахворювань, а також неповноцінне лікування та реабілітація призводять до встановлення найбільш тяжкої інвалідності – I–II груп.

Викликає занепокоєння таке явище, що в 2012 році первинна інвалідність унаслідок травм та отруєнь у працездатному віці посідає третє місце та відбулося її зростання, у порівнянні з попереднім роком, унаслідок травм на виробництві (на 16,7 %). Це свідчить про незадовільну роботу з профілактики травматизму на підприємствах, особливо приватної власності. Адже на державних підприємствах традиційно залишається штат робітників з техніки безпеки, приватники ж на таких штатних одиницях заощаджують.

Більш детальний аналіз динаміки інвалідності внаслідок окремих нозологічних форм та її особливостей по регіонах представлено у наступному розділі.

У розподілі первинної інвалідності за групами зберігалися у 2012 році такі тенденції, притаманні попереднім рокам: зростання частоти та питомої ваги інвалідів III групи як серед дорослого, так і серед населення працездатного віку, питома вага III групи відповідно склала 51,4 % та 58,0 % (у 2011 році вона дорівнювала відповідно 50,5 %

та 57,0%). Перевищують пересічний показник питомої ваги III групи серед дорослого населення у Львівській (64,6%), Донецькій (60,3%) та Закарпатській (59,1%) областях. Тобто, якщо пересічний показник питомої ваги III групи в Україні дорівнює половині первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення, то у вищеперелічених – уже більше половини. Серед населення працездатного віку питома вага III групи найбільша у Львівській (69,9%), Вінницькій (67,7%) та Чернівецькій (67,3%) областях. Таким чином, у даних областях $\frac{3}{4}$ усіх первинно визнаних інвалідами серед осіб працездатного віку встановили III групу інвалідності. Сподіваємося у подальшому відзначити в даних областях покращання показників реабілітації.

Ці тенденції обумовлюються такими причинами: недостатнім фінансуванням реабілітаційних заходів за індивідуальними програмами реабілітації, брак можливості працевлаштування. Перелічене призвело до того, що тепер при переогляді інвалідам зберігають III групу за соціальними причинами.

Число оскарження рішень первинних МСЕК у 2012 році дещо зменшилося: підтверджено рішення у 85,9% випадку (2011 р. – 86,5%); число скасувань попередніх рішень зросло з 13,5% до 14,1%. По оскарженню рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасувань зареєстровано у таких областях: Івано-Франківська (27,7%), Рівненська (26,9%) та Хмельницька (22,8%) при середньому показнику по Україні 13,7%.

Щодо контрольних оглядів, то кількість скасування попередніх рішень первинних МСЕК у 2012 році дещо зменшилося – з 1,7% у попередньому році до 1,3% при збільшенні контрольних оглядів з 33 614 до 33 831. Залишається низьким охоплення обласними МСЕК контрольними оглядами первинних інвалідів у Донецькій, Хмельницькій та Тернопільській областях.

Ураховуючи дані аналізу інвалідності та діяльності МСЕК України у 2012 році та сучасні завдання суспільства і галузі, вважаємо обґрунтованими такі пропозиції:

- підвищити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення у відповідність до вимог Конвенції;

- реалізувати Концепцію реформування охорони здоров'я в Україні шляхом наближення медико-експертної допомоги до населення, особливо сільського, за рахунок раціональних форм організації мережі МСЕК;

- удосконалити спільну роботу МСЕК з лікувально-профілактичними закладами, регіональними відділеннями Фонду соціального захисту інвалідів України, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, підприємствами та громадськими організаціями з питань фінансування індивідуальних програм реабілітації інвалідів; з Фондом соціального страхування з тимчасової непрацездатності –

- з питань продовження листків непрацездатності для подальшого лікування та реабілітації;

- брати активну участь у виконанні заходів національних програм, спрямованих на профілактику захворюваності та інвалідності, удосконалення медико-соціального обслуговування інвалідів, професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями та ін.;

- удосконалити облік інвалідів шляхом застосування у роботі МСЕК електронних облікових форм;

- розробити інноваційні підходи до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів з урахуванням положень МКФ;

- забезпечити фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.

Висновки

1. У 2012 році порівняно з минулими роками зафіксовано зменшення кількості осіб первинно визнаних інвалідами серед усіх категорій населення України.

Така динаміка первинної інвалідності може бути зумовлена, з одного боку, зменшенням як кількості оглянутих, так і необґрунтовано спрямованих на МСЕК; з іншого, покращанням стану діагностики та лікування деяких захворювань, що сприяє попередженню інвалідизації таких хворих. Не можна виключати і вплив демографічних факторів (щорічне зменшення кількості населення, особливо у працездатному віці, як основного постачальника інвалідів).

2. Незважаючи на позитивну динаміку первинної інвалідності, необхідно звернути увагу на регіональні її особливості та визначити перевищення середніх по країні показників більш ніж у половині регіонів України.

3. Для подальшої стабілізації та зниження інвалідності і поліпшення результатів медичної та професійної реабілітації і зниження показників інвалідності, за нашою думкою, необхідно зосередити зусилля на подальшому проведенні таких заходів, як підвищення якості, об'єктивності, доступності і ефективності медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг з наближенням медико-експертної допомоги до населення, а також удосконалення співпраці МСЕК з лікувально-профілактичними закладами, регіональними відділеннями Фондів та ін.

Література

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

2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України

Р. В. Богатирьової. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 150 с.

3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2012 рік: аналітико-інформаційний довідник /

С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012 – 150 с.



УДК 616-036.86:616.37

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В УКРАЇНІ

Професор А. В. Іпатов, Н. О. Гондуленко, С. С. Паніна,
Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова, В. В. Марочкіна

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статті дана характеристика первинної інвалідності дорослого і трудоспособного населення внаслідок сахарного діабету в Україні за 2010–2012 роки з урахуванням вікової та групової структури. Виділені регіони з найбільш високими рівнями інвалідності внаслідок сахарного діабету і негативними тенденціями до їх зростання, що вимагає подальшого моніторингу інвалідності і удосконалення профілактичних і реабілітаційних заходів.

Ключові слова: сахарний діабет, первинна інвалідність.

Summary

The article presents the characteristics of the primary disability of adult and employable population as a result of diabetes mellitus in Ukraine for 2010–2012 yrs, taking into account its age and group structure. Were identified the regions with the highest levels of disability due to diabetes and negative trends in their growth, and this requires further monitoring of disability and improvement of preventive and rehabilitative measures.

Key words: diabetes mellitus, primary disability.

Цукровий діабет (ЦД) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем, оскільки найбільш поширене захворювання в промислово розвинених країнах, де його частота складає близько 5%. Протягом останніх 30 років відзначається різке зростання поширеності і захворюваності на цукровий діабет, що являє собою істотну загрозу для життя і здоров'я працездатного населення у більшості індустріально розвинених країн [1]. Кожні 10–15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Це відбувається в основному за рахунок приросту хворих, які страждають на ЦД другого типу [2]. Продовжує зростати поширеність цукрового діабету 2-го типу, яка набуває тенденції світової пандемії. У цьому зв'язку продовжується науковий пошук, спрямований на запобігання виникнення та прогресування цього захворювання, розвиток ускладнень та попередження інвалідизації хворих. У 2012 році було видано оновлені рекомендації

Американської діабетологічної асоціації (ADA) зі скринінга, діагностики та лікування цукрового діабету 2-го типу [3].

Незважаючи на програми профілактики, які розробляються і впроваджуються у світі і в нашій країні, у більшості хворих розвиваються ускладнення, які обмежують можливості хворих у різних сферах життєдіяльності. Серед хворих на діабет смертність від хвороб серця та інсульту вище у 2–3 рази, термінальне ураження нирок – у 15 разів, сліпота – у 25 разів, гангрена і ампутація кінцівок – у 15–40 разів частіше, ніж серед населення загалом. Судинні ускладнення цукрового діабету є головною причиною інвалідності і летальності у цього контингенту хворих [2].

Високий збиток здоров'ю населення і значні економічні витрати на дороге лікування ускладнень, реабілітацію хворих та інвалідів визначають цукровий діабет у багатьох країнах, у тому числі