

© Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В., Вернигородський С.В.

УДК: 616-036.86-053:[616.24-007.272-036.1:616.248]

Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В., Вернигородський С.В.

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів ВНМУ імені М.І. Пирогова (вул. Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, Україна, 21029); кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Резюме. Вивчено рівень, структуру, динаміку первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку, а також особливості формування контингенту інвалідів з даною патологією в 3 регіонах України за 2007, 2009 і 2011 рр. Аналіз медико-експертної документації 2078 осіб виявив значні коливання рівнів первинної інвалідності в різних областях. Важкість інвалідності при ХОЗЛ і БА приблизно однакова, що суперечить даним наукової літератури. Встановлено велику питому вагу інвалідів молодого віку, особливо при БА, а також низькі показники реабілітації.

Ключові слова: інвалідність, реабілітація, хронічні обструктивні захворювання легень.

Вступ

Хвороби органів дихання, зокрема хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і бронхіальна астма (БА) на даний час є важливою медичною і соціальною проблемою [Іпатов та ін., 2004; Малиш та ін., 2010; Фещенко, 2010; Малиш та ін., 2011]. Існуюча тривалий час неоднорідність поглядів на визначення і методи діагностики ХОЗЛ, відсутність чіткої класифікації не сприяли своєчасному виявленню даної патології, що призвело до практично повної відсутності достовірних даних про фактичне розповсюдження, фактори ризику захворювання і регіональні особливості [Павлищук и др., 2005; Пьянкова, 2007; Жестков и др., 2009].

Однією із важливих проблем в нашій країні є незадовільний статистичний облік захворюваності і розповсюдженості ХОЗЛ, що затрудняє підвищення якості медичної допомоги цим хворим [Фещенко, 2011]. МОЗ України внесло необхідні зміни в статистичну документацію, виділивши ХОЗЛ як окрему нозологію, однак серйозного покращення статистичного обліку захворюваності і розповсюдженості ХОЗЛ за цей період, на жаль, не відбулось. Офіційні статистичні дані [Фещенко, 2010] все ще дуже суттєво розходяться з даними зарубіжних епідеміологічних досліджень, які можна екстраполювати на Україну.

Дані про рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ в Україні відсутні [Аналітико-інформаційний довідник, 2012].

Звертає на себе увагу явна невідповідність розповсюдженості ХОЗЛ і астми їх рейтинговим позиціям в структурі первинної інвалідності [Павлищук и др., 2005]. Захворюваність ХОЗЛ, за даними світової статистики, переважає розповсюдженість астми в декілька разів. При цьому астма випереджує ХОЗЛ в структурі первинної інвалідності. Така невідповідність може свідчити про низьку якість діагностики ХОЗЛ в лікувально-профілактичних закладах, що зв'язане в першу чергу з відсутністю умов для визначення функції зовнішнього дихання. Важкість інвалідизації при первинній медико-соціальної експертизи у пацієнтів з ХОЗЛ достовірно більша,

ніж при астмі. Зафіксовано значні відмінності показників первинної інвалідності у зв'язку з захворюваннями органів дихання на різних територіях. Все це і обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета. Вивчити рівень, структуру і динаміку первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА, а також причини і особливості формування контингенту інвалідів працездатного віку з даною патологією.

Матеріали та методи

Проведено вивчення стану первинної інвалідності при ХОЗЛ і БА у Вінницькій, Житомирській та Хмельницькій областях в 2007, 2009 і 2011 рр. Проаналізовано медико-експертну документацію 416 інвалідів (ХОЗЛ - 178 чол., БА - 238 чол.) Вінницької області, 853 інвалідів (ХОЗЛ - 467 чол., БА - 386 чол.) Житомирської області і 809 інвалідів (ХОЗЛ - 399 чол., БА - 410 чол.) Хмельницької області. Загальна кількість первинних інвалідів склала 2078 чол. (ХОЗЛ - 1044 чол., БА - 1034 чол.).

Методи дослідження: соціально-гігієнічний, статистичний, аналітичний.

Результати. Обговорення

Рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб у працездатному віці у Вінницькій області 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 дорі-

вноє 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. 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. Співвідношення загальної чисельності інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА (30% до 70%) та рівнів інвалідності внаслідок цих нозологій не відповідає даним світової статистики, причини чого необхідно вивчати; в контингенті вперше визнаних інвалідами (ВВІ) ці відмінності менш виражені, що, можливо, пояснюється впровадженням нових підходів до діагностики ХОЗЛ.

Рівні первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед працездатного населення Житомирської області коливались в різні роки від 1,09 до 1,85 на 10000, перевищуючи відповідний показник у Вінницькій області в 2,4-6,9 разів, а внаслідок БА - від 0,93 до 1,25, перевищуючи аналогічний показник у Вінницькій області в 1,3-3 рази, та були найвищими в 2011 році.

В середньому за 5 років рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед працездатного населення Хмельницької області склав 1,06 на 10000 осіб працездатного віку та виявився дещо нижчим за аналогічний показник у Житомирській області (в 1,2 рази) і значно вищим за аналогічний показник у Вінницькій області (в 2,9 рази). При БА він дорівнював в середньому 1,09 на 10000 і був таким же як і в Житомирській області, проте значно вищим порівняно з Вінницькою областю і середнім показником по Україні (в 2 рази).

Середні рівні первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і БА у осіб працездатного віку по областях склали відповідно 0,91 та 0,89 на 10000 населення. Показники первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ коливались від 0,37 до 1,30 випадків в різних регіонах, внаслідок БА - від 0,50 до 1,09, що свідчить, в першу чергу, про недоліки медико-соціальної експертизи.

Розподіл контингенту ВВІ внаслідок ХОЗЛ та БА за віком і статтю в 2011 році свідчить про перевагу чоловіків (60,6% проти 39,4%). Ця перевага обумовлена великою питомою вагою чоловічої статі серед інвалідів з ХОЗЛ (84,0% проти 16,0%). В контингенті ж первинних інвалідів внаслідок БА дещо більше жінок (53,7%). Вік більшості ВВІ внаслідок ХОЗЛ та БА (57,6%) складає 45-55 років, проте відзначається досить велика частка осіб до 40 років - 31,8%. При цьому кожний десятий не досяг і 30-річного віку. Наявність старших вікових груп більш характерна для ХОЗЛ, як і в попередні роки: за даної патології питома вага осіб у віці 45-55 років складає 68,0% і 56-60 років - 16,0%; у молодому віці таких інвалідів лише 16,0%. Інша картина спостерігається при БА: там інвалідів молодого віку майже половина - 46,4%, в тому числі 17,1% мають вік лише 18-29 років.

Рівень первинної інвалідності молодих інвалідів внаслідок ХОЗЛ в 2011 році був низький і склав 0,07 на 10000 населення молодого віку; внаслідок БА - в 4,6

рази вищий (0,32 на 10000 населення відповідного віку).

Аналіз структури первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку з урахуванням групи інвалідності в 2011 році вказує на те, що переважну більшість, як і в минулі роки, складають інваліди 3 групи, проте їх частка дещо зменшилась - 90,9%. Питома вага інвалідів 2 і 1 групи навпаки, збільшилась і складає відповідно 7,6% та 1,5%.

Звертає на себе увагу, на відміну від попереднього року, значно більша важкість інвалідності при ХОЗЛ порівняно з БА, що узгоджується з літературними даними. Так, в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ частка осіб з 3 групою інвалідності менша (відповідно 84,0% і 95,1%), 2 групи більша - в 2,4 рази (відповідно 12,0% і 4,9%) і є 4,0% інвалідів 1 групи (при БА інвалідність 1 групи не встановлювалась).

Розподіл контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку за віком і статтю в 2011 р. в Житомирській області може свідчити про часткову оптимізацію підходів до медико-соціальної експертизи хворих з бронхо-легеневими захворюваннями порівняно з 2009 р. Так, питома вага інвалідів у віці до 30 років в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА зменшилась до 12,2% (в 2,4 рази), а серед інвалідів з ХОЗЛ - до 6,1% (в 5,9 рази). Проте досить значною в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ виявилась вікова група 30-39 років - 25,7% (у Вінницькій області - лише 12,0%). Частка інвалідів молодого віку в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА склала 59,3%, тоді як у Вінницькій області вона була меншою в 1,7 рази (34,8%).

Змінилась і структура первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і БА у осіб працездатного віку з урахуванням груп інвалідності у Житомирській області в 2011 р. порівняно з 2009 р.

На позитивну динаміку вказує збільшення питомої ваги інвалідів 3 групи - до 89,1% (на 12,1%) та зменшення питомої ваги інвалідів 1-2 груп - до 10,9%. При цьому частка інвалідів 2 групи зменшилась в 2,2 рази, 1 групи - майже не змінилась. Звертає на себе увагу, як і в попередні роки, більша важкість інвалідності внаслідок БА порівняно з ХОЗЛ, на відміну від Вінницької області. Це суперечить даним літературних джерел та потребує додаткового вивчення.

Розподіл контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку за віком і статтю в 2011 р. в Хмельницькій області свідчить про нестабільність позитивних змін, виявлених в 2009 р. Так, частка інвалідів молодого віку знову збільшилась і складає 54,1% (в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ - 64,0%). І хоча частка хворих наймолодшої вікової групи (до 30 років) серед інвалідів з ХОЗЛ та БА зменшилась (9,0%), спостерігається збільшення її в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ (12,0%). Великою також є питома вага осіб у віці 30-39 років серед інвалідів з ХОЗЛ (32,0%), що може вказувати на де-

фекти діагностики бронхо-легеневих захворювань. Виявлено перевагу чоловічої статі, більш виражену в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ, що відповідає літературним даним. При бронхіальній астмі превалює жіноча стаття.

Важкість первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку Хмельницької області в 2011 р. збільшилась не тільки порівняно з 2009 р., але й з 2007 р. В контингентах первинних інвалідів ХОЗЛ і БА частка інвалідів 2 групи була однаковою, проте серед осіб з ХОЗЛ з'явилося 6,0% інвалідів 1 групи, що призвело до більшої важкості інвалідності при ХОЗЛ порівняно з БА.

Із врахуванням середніх даних 3 областей за роки спостереження щорічно вперше визнається інвалідом працездатного віку внаслідок ХОЗЛ 110 чол., з них інвалідом 1 групи - 0,9%, 2 групи - 14,0%, 3 групи - 85,1%. При БА вперше визнається інвалідом 105 чол., з них інвалідом 1 групи - 0,5%, інвалідом 2 групи - 15,3%, інвалідом 3 групи - 84,2%.

Виявлено перевагу чоловічої статі - від 55,5% до 83,7% в різних областях (в середньому 67,7%) в структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і деяку перевагу жіночої статі (в середньому 53,5%) в структурі первинної інвалідності внаслідок БА.

Частка осіб молодого віку в структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ значно коливається на різних територіях - від 15,2% до 63,9%, складаючи в середньому 45,4%; в структурі первинної інвалідності внаслідок БА - від 56,3% до 73,6%, в середньому дорівнює 62,6%, що вказує на потенційну можливість і необхідність реабілітації інвалідів з даною патологією.

Аналіз соціальних причин інвалідності вказує на те, що найбільшу питому вагу займає інвалідність внаслідок загального захворювання, яка в середньому по областях за роки спостереження складає при ХОЗЛ 85,5% (коливаючись від 72,3% до 96,5%), і при БА 75,6% (коливаючись від 72,3% до 81,0%). При БА досить великою виявилась частка інвалідів з дитинства: в середньому 17,5% (від 11,9% до 20,7%); при ХОЗЛ вона дорівнювала 3,9% (від 1,4% до 7,0%). Решта - це інваліди ЧАЕС та інваліди армії, МВС, СБУ тощо. Практично не відіграють ролі у виникненні інвалідності професійні захворювання.

Вивчено питання комплексної реабілітації інвалідів працездатного віку з ХОЗЛ та БА.

Аналізуючи результати переогляду інвалідів працездатного віку внаслідок ХОЗЛ та БА у Вінницькій області у 2011 році, ми звернули увагу на низькі показники повної реабілітації: не визнано інвалідами лише 3,4% (22 чол.) з усіх переоглянутих (648 чол.). Дещо більшим цей показник був у осіб з БА (3,7%), тоді як в контингенті інвалідів з ХОЗЛ він склав 2,7%.

Під час переогляду інваліди внаслідок ХОЗЛ 2 групи визнавались інвалідами 2 групи в 89,3% випадків та інвалідами 3 групи - в 10,7% (повної реабілітації не

було). Інваліди 3 групи в 3,1% випадків інвалідами не визнані, в 89,4% - визнані інвалідами 2 групи і 1,9% - інвалідами 1 групи. Тобто повна реабілітація серед інвалідів 3 групи з ХОЗЛ склала 3,1%; обважнення інвалідності спостерігалось у 7,5% інвалідів.

Переогляд інвалідів внаслідок БА 2 групи підтвердив 2 групу інвалідності 76,3% осіб; 23,7% були частково реабілітовані (що в 2,2 рази більше, ніж при ХОЗЛ). З числа інвалідів 3 групи повністю реабілітовано 4,0%; 3 група залишилась у 94,8%, і лише у 1,2% відзначалось збільшення важкості інвалідності (була встановлена 2 група інвалідності).

Якщо порівнювати показники часткової реабілітації інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА у Вінницькій області в 2011 році з 2009 роком, слід відмітити позитивну динаміку (особливо при БА). В контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ показник часткової реабілітації збільшився на 30,8%, в контингенті інвалідів внаслідок БА - на 65,8%.

Результати переогляду інвалідів працездатного віку внаслідок ХОЗЛ та БА у Житомирській області в 2011 р. вказують на те, що показник повної реабілітації в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА, як і у Вінницькій області, був невеликим і склав 4,4% (в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ - 7,0%, в контингенті інвалідів внаслідок БА - 3,2%).

Більший відсоток повністю реабілітованих осіб серед хворих з ХОЗЛ порівняно з БА може свідчити про недоліки діагностики бронхо-легеневих захворювань. Звертає на себе увагу факт відсутності часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та низький показник часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок БА (7,6%), який виявився в 3,1 рази меншим порівняно з Вінницькою областю. Вищевказане свідчить про недостатню увагу до питань медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА працівників медико-соціальної експертизи.

Середні по областях показники повної реабілітації низькі: складають 6,8% в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 2,4% в контингенті інвалідів внаслідок БА, що є недостатнім. Середні показники часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА склали відповідно 4,5% та 11,6%.

Вищевказане свідчить про необхідність оптимізації діяльності МСЕК щодо розробки та проведення заходів медико-соціальної реабілітації інвалідів з патологією органів дихання. В середньому по областях рекомендації з медичної реабілітації розроблені в 92,7% випадків при ХОЗЛ і 94,2% випадків при БА. Заходи з професійної реабілітації розроблено для 68,5% інвалідів працездатного віку з ХОЗЛ і 60,0% інвалідів з БА. Рекомендації з соціальної реабілітації стосувались лише 18,4% інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 12,1% інвалідів внаслідок БА. ІПР виконується не завжди і не в повному обсязі: в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ вона була виконана в 42,8% випадків, в контингенті інвалідів внаслідок БА - в 48,0%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Середні рівні первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і БА у осіб працездатного віку складають відповідно 0,91 та 0,89 на 10000 населення працездатного віку. Показники первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ коливаються від 0,37 до 1,30 випадків в різних регіонах; внаслідок БА - від 0,50 до 1,09. Такі значні розбіжності свідчать про незадовільний стан системи допомоги пульмонологічним хворим в регіонах з високими рівнями інвалідності та про відсутність єдиних підходів до оцінки ступеню обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності цих осіб.

2. Значне зниження рівнів первинної інвалідності внаслідок БА, виявлене в динаміці в контингенті працездатного населення Вінницької області, може бути пов'язане з більш ефективним астма-контролем над перебігом БА, своєчасною діагностикою і підвищенням ефективності лікування хворих.

3. В структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб працездатного віку по групах інваліди I групи складають 0,9%, II групи - 14,0%, III групи - 85,1%; внаслідок БА - відповідно 0,5%, 15,3% та 84,2%, тобто важкість інвалідності приблизно однакова, що суперечить даним наукової літератури.

4. Структура відрізняється за гендерною ознакою. В структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ виявлено перевагу чоловіків (67,7% проти 32,3%), внаслідок БА - жінок (53,5% проти 46,5%). Водночас зафіксовано значні відмінності структури інвалідності за статтю

на різних територіях, особливо при ХОЗЛ, де частка чоловіків коливається від 55,5% до 83,7%.

5. Встановлено досить велику питому вагу інвалідів молодого віку (в середньому 45,4% при ХОЗЛ і 62,6% при БА) та значні коливання її в межах різних областей: від 15,2% до 57,1% в структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і від 56,3% до 73,6% в структурі первинної інвалідності внаслідок БА.

6. Одна із основних причин інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку - це загальне захворювання, що складає в середньому 85,5% всіх випадків при ХОЗЛ і 75,6% при БА; інвалідність дитинства займає 2 місце: відповідно 3,9% та 17,5%. Незначний відсоток складають інваліди ЧАЕС та інваліди армії, МВС, СБУ тощо. Практично не впливають на інвалідність професійні захворювання.

7. Виявлено вкрай низькі показники реабілітації інвалідів працездатного віку із ХОЗЛ та БА. Середній показник повної реабілітації дорівнював 6,8%, коливаючись від 0,9% до 7,0% на різних територіях в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 2,4% (від 0,3% до 3,7%) - в контингенті інвалідів внаслідок БА. Середній показник часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА склав відповідно 4,5% та 11,6%.

Аналіз стану інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА з осіб працездатного віку вказує на відсутність сучасних науково-обґрунтованих підходів до діагностики цих хвороб, до реабілітації і медико-соціальної експертизи осіб з бронхолегеневою патологією.

Список літератури

- Бронхіальна астма: економічні збитки, шляхи їх зниження на прикладі промислового регіону та спрямування управлінських рішень / Малиш П.М., Соляник Ф.Т., Семенець Ю.П. [та ін.] // Укр. пульмон. журнал. - 2010. - № 4. - С. 25-29.
- Епідеміологічні та медико-експертні аспекти інвалідності внаслідок бронхіальної астми в Україні / Іпатов А.В., Сергієні О.В., Паніна С.С. [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. - 2004. - № 3. - С. 23-26.
- Жестков А.В. Хроническая обструктивная болезнь легких у жителей крупного промышленного центра: эпидемиология и факторы риска / А.В. Жестков, В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Пульмонология. - 2009. - № 6. - С. 53-57.
- Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 р.: Аналітико-інформаційний довідник. Дніпропетровськ 2012 р. - 150 с.
- Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2008-2009 рр. / Під ред. Ю.І. Феценка. - Київ, 2010. - 47 с.
- Пьянкова И.В. Медико-социальная экспертиза при болезнях органов дыхания / И.В. Пьянкова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2007. - № 3. - С. 23-25.
- Рейтинг и структура первичной инвалидности при болезнях органов дыхания в Краснодарском крае / [Павлищук С.А., Боготова Е.В., Терещенко Т.В., Захарченко Ю.И.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2005. - № 1. - С. 32-35.
- Скільки коштує бронхіальна астма? / Малиш П.М., Соляник Ф.Т., Победьонна Г.П. [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. - 2011. - № 3. - С. 23-26.
- Фещенко Ю.И. Актуальные вопросы хронического обструктивного заболевания легких / Ю.И. Фещенко // Украинский пульмонологический журнал. - 2010. - № 1. - С. 6.
- Фещенко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких - актуальная медико-социальная проблема / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмон. журнал. - 2011. - № 2. - С. 6.

Шевчук В.И., Забурьянова В.Ю., Вернигородская М.В., Вернигородский С.В. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Изучены уровень, структура, динамика первичной инвалидности вследствие ХОЗЛ и БА среди лиц трудоспособного возраста, а также особенности формирования контингента инвалидов с указанной патологией в 3 регионах Украины за 2007, 2009 и 2011 гг. Анализ медико-экспертной документации 2078 лиц выявил значительные колебания уровней первичной инвалидности в различных областях. Тяжесть инвалидности при ХОЗЛ и БА приблизительно одинакова, что противо-

речит данным научной литературы. Выявлен большой удельный вес инвалидов молодого возраста, особенно при БА, а также низкие показатели реабилитации.

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, хронические обструктивные заболевания легких.

Shevchuk V.I., Zabur'yanova V.Yu., Vernygorodska M.V., Vernygorodskyi S.V.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY DISABILITY DUE TO CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASTHMA IN PEOPLE OF WORKING AGE

Summary. Studied the level structure and dynamics of primary disability due to COPD and asthma among persons of working age, and especially the formation of the bulk of invalids with this pathology in 3 regions of Ukraine for 2007, 2009 and 2011 expert analysis of medical records 2078 people showed significant variations in the levels of primary disability in different areas. The severity of disability in COPD and asthma is approximately the same, contrary to scientific literature. Established a large proportion of disabled young people, particularly in asthma and low indices of rehabilitation.

Key words: disablement, rehabilitation, chronic obstructive diseases of the lungs.

Стаття надійшла до редакції 14.05.2015 р.

Шевчук Віктор Іванович - д.мед.н., професор, директор НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ імені М.І. Пирогова; ins_reab_inv@mail.ru

Забур'янова Валентина Юріївна - к.мед.н., провідний науковий співробітник НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ імені М.І. Пирогова; ins_reab_inv@mail.ru

Вернигородська Марія Василівна - к.мед.н., зав. відділом КФД, НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ імені М.І. Пирогова; ins_reab_inv@mail.ru

Вернигородський Сергій Вікторович - к.мед.н., доцент кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права ВНМУ імені М.І. Пирогова; vernset@rambler.ru

© Саволук С.І.

УДК: 616.36-089:616.36-008.5-089

Саволук С.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПРИНЦИПИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОГО ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НЕПУХЛИННОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ

Резюме. Робота висвітлює питання динаміки змін метаболічних маркерів в 510 хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею в післяопераційному періоді в залежності від застосування традиційної та оптимізованої програми періопераційного лікування. В ході проведеного спостереження доведена висока ефективність запропонованої періопераційної лікувальної програми у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею.

Ключові слова: непухлинна обтураційна жовтяниця, програма періопераційного лікування, хірургічна тактика, метаболічні предиктори.

Вступ

Незважаючи на досягнення сучасної інтенсивної терапії та впровадження малоінвазивних оперативних технологій, суттєвого покращення результатів лікування хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею (НПОЖ), особливо її ускладнених та критичних форм, не спостерігається, зокрема в групах високого операційного ризику (хворі похилого та старечого віку, з поєднаною супутньою соматичною патологією, печінковою дисфункцією) [Захараш, 2011; Мальчиков, 2011]. В першу чергу, це стосується відсутності чітких алгоритмів консервативного супроводу хворих з НПОЖ на етапах періопераційної курації та рекомендацій щодо принципів вибору хірургічної тактики, застосування методів оперативної біліарної декомпресії [Грубник, 2012; Яльченко, 2012], а тому розробка програми комплексного періопераційного лікування хворих з НПОЖ та впровадження її в хірургічну практику є актуальною проблемою [Гальперин, 2011; Хацко, 2013].

Мета роботи - оцінка ефективності методів оптимізованого періопераційного супроводу радикальних та етапних оперативних втручань у хворих з НПОЖ.

Матеріали та методи

У роботі аналізуються результати лабораторного моніторингу хірургічного лікування 510 хворих з НПОЖ, оперованих на клінічних базах кафедри хірургії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Середній вік пацієнтів становив 61,7±0,61 років: жінок 61,6% (314) (62,4±0,79), чоловіків - 38,4% (196) (60,6±0,96).

Серед причин НПОЖ на долю первинного та резидуального холедохолітіазу припадало 80,8% (412) та 5,8% (30) відповідно (загалом 86,6%(442)), їх поєднання з іншими ускладненнями ЖКХ - в 9,8% (50) та 3,6% (18) (загалом 13,4%(68)). Так, поєднання первинного холедохолітіазу з доброякісними стенозами протоків спостерігалось в 3% (15) (за Bismuth I - 9 (1,8%), II - 5