

Аналіз первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні

О.М. Лисунець, І.Я. Ханюкова, Ю.В. Ткаченко, О.В. Танцура, І.М. Зубко, Л.В. Волкова

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

Серцево-судинні захворювання зумовлюють найвищі показники первинного виходу на інвалідність протягом останніх двох десятиліть, у тому числі і хворих працездатного віку. У статті представлена динаміка первинної інвалідності в Україні протягом останніх 3 років. Висока поширеність хвороб системи кровообігу, тяжкість клінічних проявів і провідна роль в стійкій втраті працездатності населення країни визначають пріоритетність питань профілактики серцево-судинних захворювань і подальшого удосконалення спеціалізованої кардіологічної і медико-соціальної допомоги.

Ключові слова: *серцево-судинні захворювання, первинна інвалідність, медико-соціальна експертиза.*

Незважаючи на те що у 2013 р. зберігалася позитивна тенденція зниження питомої ваги первинної інвалідності населення внаслідок хвороб системи кровообігу, яка намітилася за останні роки, серцево-судинні захворювання продовжували відігравати провідну роль у формуванні негативних медико-демографічних тенденцій в Україні та істотно впливати на основні показники здоров'я: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість і якість життя населення. Останнім часом найпоширенішими хворобами, що призводять до інвалідності, є: хвороби системи кровообігу (24,4%); новоутворення (20,0%); хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (11,1%); хвороби ока та його придаткового апарату (3,7%); ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,2%) [1]. Хронічний перебіг більшості серцево-судинних захворювань зумовив найвищі показники первинного виходу на інвалідність, у тому числі і в працездатному віці.

Особливу тривогу викликає поступове омолодження контингенту хворих та інвалідів до 39 років, що страждають на важкі захворювання серцево-судинної системи. Дана тенденція, по-перше, є наслідком росту числа захворювань органів кровообігу у дітей за останні десятиліття (з 44,0 на 10 тис. до 102,2 на 10 тис. дитячого населення). Слід відзначити, що на підлітковий вік припадає найбільше число уперше зареєстрованих захворювань органів кровообігу (141,5 на 10 тис.). Тому саме цей контингент є базою для формування кардіоваскулярної патології працездатного населення країни. По-друге, відзначається значне «омолодження» артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця (ІХС) як наслідків соціальної і економічної нестабільності суспільства. Це дозволяє прогнозувати і подальше зростання серцево-судинної захворюваності, що визначає необхідність подальшого поліпшення і зміцнення кардіологічної служби, удосконалення роботи кардіологічних МСЕК.

У 2013 р. питома вага первинної інвалідності від хвороб системи кровообігу дорослого населення знизилася з 22,8% (2011 р.) до 19,2%, а населення працездатного віку – з 20,1% (2011 р.) до 19,2%. У класі хвороб системи кровообігу про-

довжує превалювати первинна інвалідність внаслідок цереброваскулярної патології (9,5% серед дорослого населення та 7,6% – населення працездатного віку) та ІХС (8,1% та 7,3% відповідно) [2–4].

Аналіз структури первинної інвалідності осіб працездатного віку внаслідок хвороб системи кровообігу в розрізі областей України на 10 тис. засвідчив, що найвищі показники фіксують у Львівській, Вінницькій та Житомирській областях. Серед дорослого населення залишаються найвищі показники у Вінницькій області та м. Києві.

Значна частка інвалідів потребує залучення до реабілітаційних заходів, у тому числі і з професійної реабілітації. Однак вони мають бути диференційовані залежно від індивідуальних можливостей та потреб кожної конкретної особи з інвалідністю, надаватися своєчасно та у повному обсязі. Такий підхід є не лише основою повноцінної інтеграції інвалідів у суспільне життя, але й максимально повно відповідає положенням Конвенції [1].

Продовжує зберігатися стійка позитивна тенденція за такими нозологічними формами, як гостра ревматична гарячка та хронічні ревматичні хвороби серця, артеріальна гіпертензія [2–4].

Продовжують відзначати за останні роки поступове зниження питомої ваги гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця у структурі первинної інвалідності як дорослого, так і працездатного населення за всіма регіонами (з 0,6% і 0,7% відповідно у 2009 р. до 0,2% у 2013 р.). Це пов'язують із удосконаленням діагностичного та терапевтичного процесу при даній патології, а також зі зменшенням поширеності усіх форм ревматизму та захворюваності на цю патологію в європейських країнах.

Серед адміністративних територій основні місця за період, який аналізувався, посідають Чернівецька область та м. Севастополь серед дорослого населення; серед працездатного – Чернівецька, Рівненська, Волинська області. При цьому по цих регіонах також відзначають суттєве зниження показників за останні роки.

На сьогодні близько 40% дорослого населення України хворіють на артеріальну гіпертензію. Особливої уваги заслуговує той факт, що 60% пацієнтів з артеріальною гіпертензією – це особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни [5].

Аналіз питомої ваги первинної інвалідності стосовно гіпертонічної хвороби за 2011–2013 рр. засвідчив її зниження серед працездатного населення з 1,3% до 0,9% та дорослого населення – з 1,2% до 0,9%.

У розрізі адміністративних територій основні місця продовжували посідати у 2013 році серед дорослого населення Одеська (1,3 на 10 тис. населення) та Вінницька області (1,2 на 10 тис. населення); однак відзначають у даних регіонах також зниження первинної інвалідності за даною нозологією.

ІХС залишається найпоширенішою патологією серця в Україні. Сучасний світовий та вітчизняний досвід

засвідчив доцільність інтенсивної роботи з хворими цієї категорії, включаючи невідкладну інвазивну діагностику і активну хірургічну тактику лікування як найбільш оптимальну відносно зниження летальності в найближчі терміни спостереження і збереження якості життя пацієнтів.

Останніми роками у багатьох регіонах країни функціонують сучасні кардіологічні центри, проте повного задоволення потреб хворих із захворюваннями органів кровообігу в кардіохірургічній допомозі досягти не вдалося.

Усе це, безумовно, впливає на показники первинної інвалідності при даній патології. Так, питома вага ІХС в структурі первинної інвалідності працездатного населення має стабільну тенденцію. Тобто, коливання питомої ваги ІХС протягом терміну, що аналізувався, майже відсутні. Так, у 2011 р. ІХС складала 7,3% первинної інвалідності, наступні два роки зберігалася на рівні 7,2–7,3%.

Питома вага ІХС в структурі первинної інвалідності дорослого населення мала за останні роки більш значущі коливання (з 8,5% у 2011 р. до 8,1% у 2013 р.). Показники первинної інвалідності внаслідок ІХС дорослого населення за 3-річний період знизилась майже по всіх регіонах. Найвищі показники за останні роки реєструють в м. Києві, Вінницькій області.

У працездатному віці інвалідність внаслідок ІХС продовжує перевищувати середні показники в Чернівецькій (5,7) і Львівській (5,5) 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 кардіологічної МСЕК і суттєво впливає на якість експертизи при даній небезпечній патології.

Аналіз структури первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу по областях України на 10 тис. населення засвідчив, що в пілотних регіонах (Вінницькій, Дніпропетровській і Донецькій областях) відзначають позитивну динаміку за всіма нозологічними формами в класі хвороб системи кровообігу протягом останніх трьох років [2–4].

Однак, незважаючи на отримані статистичні дані, існує ціла низка не вирішених питань.

Вимагає значного поліпшення реабілітація кардіологічних хворих. З цієї метою недостатньо використовуються можливості відновного лікування у поліклініках. У більшості своїх поліклініки не мають достатньої матеріально-технічної бази, що не дозволяє забезпечити реабілітаційні заходи. Істотним гальмом у розвитку реабілітаційного напрямку є відсутність підготовленого медичного персоналу.

Під час оцінювання індивідуальних програм реабілітації встановлено, що заходи, які проводяться, в основному мають епізодичний характер і зводяться до меди-

каментозної підтримувальної терапії, термінів стаціонарного лікування, ощадного режиму, які передбачають значні обмеження фізичних і емоційних навантажень, що усуває сам факт активної участі пацієнта у боротьбі за власне здоров'я, неминуче призводить до його фізичної і психологічної дезадаптації.

Лікарі-кардіологи кардіологічних кабінетів переобтяжені прийомом первинних хворих і не в змозі виконати покладені на них функції з консультативної і організаційно-методичної роботи. У поліклініках практично не здійснюють динамічне спостереження за особами працездатного віку з високим ризиком хвороб системи кровообігу.

Обґрунтовану тривогу спричинює система надання спеціалізованої кардіологічної допомоги сільському населенню, що склалася. Питома вага жителів села, які звертаються в кардіологічні диспансери, не перевищує 15 – 20%. Відсутність посади лікаря-кардіолога у низці поліклінік, недостатня кваліфікація терапевтів з питань кардіології визначають низький рівень діагностики, раннього виявлення і високу смертність від серцево-судинних захворювань. У зв'язку з цим потрібні нові підходи до організації спеціалізованих видів медичної допомоги з метою максимального задоволення потреб населення в сучасних методах лікування і діагностики за умови раціонального використання ресурсів регіональної охорони здоров'я.

Недостатньо є пропаганда здорового способу життя та інформація про чинники ризику серцево-судинних захворювань.

Медичними працівниками первинних структур охорони здоров'я недостатньо проводиться оцінювання серцево-судинного ризику та корекція чинників ризику у хворих на артеріальну гіпертензію. Про наявність артеріальної гіпертензії знають близько 47% сільських і 85,1% міських жителів, з яких лікуються відповідно 12,4% і 61,2%, а ефективне лікування артеріальної гіпертензії отримують тільки 6,2% і 20,5% пацієнтів відповідно. Тобто метою терапії на сьогодні для більшості хворих є просто зниження артеріального тиску, поліпшення самопочуття, а не досягнення цільових значень артеріального тиску.

Недостатньою є об'єктивізація причин смерті, що призводить до штучного збільшення цього показника в структурі смертності від хвороб системи кровообігу і спотворення статистичної звітності, яка суто відрізняє Україну від розвинутих країн.

Таким чином, велика поширеність хвороб системи кровообігу, тяжкість клінічних проявів і провідна роль у стійкій втраті працездатності населення країни визначають пріоритетність питань профілактики серцево-судинних захворювань і подальшого удосконалення спеціалізованої кардіологічної і медико-соціальної допомоги.

Анализ первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Украине
Е.М. Лысунец, И.Я. Ханюкова, Ю.В. Ткаченко, А.В. Танцур, И.Н. Зубко, Л.В. Волкова

Сердечно-сосудистые заболевания обуславливают наибольшие показатели первичного выхода на инвалидность в течение последних двух десятилетий, в том числе и больных трудоспособного возраста. В статье представлена динамика первичной инвалидности в Украине в течение последних 3 лет. Широкая распространенность болезней системы кровообращения, тяжесть клинических проявлений и ведущая роль в стойкой утрате трудоспособности населения определяют приоритетность вопросов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и дальнейшего усовершенствования специализированной кардиологической и медико-социальной помощи.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, первичная инвалидность, медико-социальная экспертиза.

Analysis of the primary disability due to diseases of the circulatory system in Ukraine
O. Lysunets, I. Khanyukova, Y. Tkachenko, O. Tantsura, I. Zubco, L. Volkova

Cardiovascular diseases causing the highest rates of primary disabilities over the past two decades, including patients of working age. In the article the was shown the dynamics of the primary disability in Ukraine over the last 3 years. The high prevalence of cardiovascular diseases, severity of clinical manifestations and the leading role in the disability of the country population identify priority on prevention of cardiovascular disease and further improvement of cardiac and specialized health and social care.

Key words: cardiovascular disease, primary disability, medical and social expertise.

Сведения об авторах

Лисуец Елена Михайловна – ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1-А; тел.: (0562) 47-32-72. E-mail: lusunets.olena@gmail.com

Ханюкова Инна Ярославовна – ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1-А; тел.: (0562) 47-32-72. E-mail: khanyukova.inna@gmail.com

Ткаченко Юлия Валериевна – ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1-А; тел.: (0562) 47-32-72. E-mail: jvtkachenko@privat-online.net

Танцура Александр Витальевич – ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1-А; тел.: (0562) 47-32-72. E-mail: alexandr.tantsura@gmail.com

Зубко Ирина Николаевна – ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1-А; тел.: (0562) 47-32-72. E-mail: glebra@mail.ru

Волкова Любовь Вячеславовна – ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1-А; тел.: (0562) 47-32-72. E-mail: lebreto75@i.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про становище осіб з інвалідністю в Україні. Національна доповідь / Міністерство соціальної політики України ДУ науково-дослідний інститут соціально-трудова відносин. – К., 2013 – 198 с.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 р.: аналітико-інформаційний довідник / В.В. Ма-

рунич, 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 р.: аналітико-інформаційний довідник / С.І. Черняк, А.В. Іпатов, О.М. Мороз та ін.; за ред. директора Департаменту реформ

та розвитку медичної допомоги МОЗ України М.К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2013. – 149 с.
4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2013 р.: аналітико-інформаційний довідник / С.І. Черняк, А.В. Іпатов, О.М. Мороз та ін.; за ред. директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ

України М.К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2014. – 176 с.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 24 травня 2012 року № 384. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» / М.К. Хобзей, В.З. Нетяженко, Л.І. Божко та ін. – 2012. – 72 с.

Статья поступила в редакцию 19.03.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ИДЕЯ ПИТАНИЯ ПО ГРУППЕ КРОВИ – АНТИНАУЧНА

На протяжении более 10 лет реклама предлагает якобы действительно научно обоснованную диету - выбор максимально полезных продуктов зависит от группы крови "худеющего". Исследователи из Канады тщательно изучили принципы этой диеты - и отвергли ее.

Идею питания в зависимости от группы крови придумал в конце XX века американский врач-натуропат Питер Д'Адамо (Peter D'Adamo), который изложил свои идеи в ставшей бестселлером книге "Eat Right 4 Your Type" ("Питайся правильно - в зависимости от твоей группы крови"). Книга была переведена на 52 языка и напечатана общим тиражом более 7 миллионов экземпляров.

Автор утверждал, что появление в процессе эволюции человека 4-х групп крови было непосредствен-

но связано с характером питания обитателей тех или иных регионов планеты - таким образом, если питаться "правильными" продуктами, соответствующими группе крови, то они принесут организму значительно больше пользы.

Однако эта теория сразу же подверглась критике со стороны многих ученых как лженаучная.

Очередное "разрушение мифа" произвели канадские исследователи Challenges New сотрудники университета города Торонто (University of Toronto).

Авторы наблюдали почти 1 500 молодых и здоровых жителей Канады, которые представили ученым подробную информацию о характере их питания. С помощью анализа были определены группы крови всех испытуемых и показатели уровней глюкозы, холестерина и инсулина.

Средние показатели состояния здоровья членов подгруппы, чье питание максимально соответствовало советам Питера Д'Адамо, ничем не отличались от показателей тех участников, которые вели здоровый образ жизни, но питание с точки зрения писателя-натуропата абсолютно неправильно.

Аналогичные результаты получили в начале этого года сотрудники бельгийской некоммерческой медицинской организации Rode Kruis-Vlaanderen, которые провели мета-анализ более 1 400 научных публикаций посвященных связи рациона питания с группой крови.

Ни в одном из исследований не было получено достоверное подтверждение правильности идей Питера Д'Адамо.

Источник: www.health-ua.org