

- пізнє виявлення захворювання в результаті недостатньої якості проведення профілактичних оглядів;
- низький рівень санітарно-просвітньої роботи серед населення з питань ендокринної патології, звідси – пізнє звернення хворих за медичною допомогою, за нехтувані випадки захворювань;
- тяжкий прогресуючий характер захворювання з розвитком ускладнень, що призводять до тяжких груп інвалідності;
- складна соціально-економічна ситуація, що утруднює працевлаштування хворих, з одного боку, з другого – нерідко скорочує обсяг комплексної терапії до обсягу мінімальної необхідної замісної терапії.

Література

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» // Офіційний вісник України, 2009 р.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України // Уклад. Маруніч В. В., Іпатов А. В., Коробкін Ю. І. – Дніпропетровськ, Пороги, 2011.
3. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон

України від 06.10.2005 року №2691-IV // Відомості Верховної Ради України, 2006.

4. Дані про забезпеченість і використання ресурсів охорони здоров'я та результати діяльності медичних установ області // КЗ «Черкаський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Черкаської обласної ради при головному управлінні охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської ОДА. Жовтень 2011 р., м. Черкаси.

5. Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми звітності № 14 "Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік // Наказ МОЗ № 378 від 10.07.2007 р.

6. М. І. Балабалкін «Ендокринологія», 1989 р.

7. Н. Т. Старкова «Клиническая эндокринология», 1991 р.

8. Постанова Кабінету Міністрів України від 19.09.2009 № 877 «Про затвердження Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки» // Офіційний вісник України, 2009 р.

9. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». – К.: МОЗ України, 2011.



УДК 616–036.86

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ, РОЗЛАДІВ ХАРЧУВАННЯ ТА ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ РЕЧОВИН

І. В. Дроздова¹, І. Я. Ханюкова¹, О. М. Мацуга², С. С. Паніна¹,
Л. Г. Степанова¹, Л. В. Омельницька¹, М. М. Ємець¹, Н. О. Яковенко¹

¹Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

²Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара

Резюме

В работе представлен анализ данных первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ за 2002-2011 годы. Показана необходимость разработки нового методологического подхода к анализу инвалидности населения Украины, который позволил бы не только оценивать процент изменений этих показателей по отношению к прошлому году, относительный риск их роста, но и прогнозировать возможные тенденции изменений на короткий или более длительный срок, что в дальнейшем даст возможность разрабатывать целенаправленные мероприятия по преду-

преждению негативных тенденций их роста.

Ключевые слова: статистика, инвалидность, болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ

Summary

In the article presents an analysis of the data of primary disability due to endocrine, nutritional and metabolic diseases of the years 2002-2011. The necessity of developing a new methodological approaches to the analysis of the disability in the Ukrainian population, which would allow not only to assess the percentage changes in these parameters with respect to the previous year, the relative risk of their growth, but also to predict possible changes in trends in the short or longer term, that in the future will ability to develop targeted interventions to prevent negative trends in their growth.

Keywords: Statistics, disability, endocrine, nutritional and metabolic diseases

Реформування медицини в Україні як галузі неможливе без упровадження нових стандартів і підходів у медико-соціальній службі. Зроблені певні організаційно-правові кроки, до яких належить введення в дію нової Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженої Наказом МОЗ України від 05.09.2011 № 561 [3, 5, 7, 8].

Показники первинної інвалідності нині обумовлені зростанням захворюваності, погіршенням соціально-економічних умов життя та екологічної ситуації, зменшенням доступності та якості медичної допомоги. Зростання кількості інвалідів відбувається на фоні скорочення чисельності населення, його старіння та міграції. У зв'язку з цим інвалідність населення є однією з пріоритетних проблем держави і суспільства. Водночас, колишні підходи до її вирішення не відповідають сучасним соціально-економічним вимогам та існуючому статусу медико-соціальної служби в Україні. Успіх і темп сучасного реформування галузі залежить від обґрунтованості, виваженості, адаптованості до існуючих «реалій», кроків її здійснення, узгодженості дій органів медико-соціальної експертизи усіх рівнів, підготовленості та мотивації керівників закладів медико-соціальної експертизи, а також розробки сучасних інформаційних технологій [1, 5, 7].

Мета роботи: розробити нові підходи до аналізу первинної інвалідності внаслідок хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз показників інвалідності зроблено за власними розробками. Одним із

елементів розробленої інформаційної технології аналізу динаміки інвалідності була обчислювальна технологія прогнозування показників інвалідності, яка складалась з таких етапів:

1. Встановлюються початкові значення оцінок коефіцієнтів $a_{1,0}$ та $a_{2,0}$.

2. Налаштовуються параметри моделей Хольта, Брауна та Бокса-Дженкінса. Для цього значення параметрів моделі, яку треба налаштувати, змінюються з певним кроком (наприклад, з кроком 0,01), і за кожних значень параметрів здійснюється прогнозування. Ті значення, яким відповідає найменша похибка прогнозування, вважаються найкращими. При цьому похибка прогнозування визначається тільки за другою половиною ряду. Може бути використана середня абсолютна або відносна похибка.

3. Проводиться прогнозування на задану кількість кроків τ за допомогою моделей Хольта, Брауна та Бокса-Дженкінса.

4. Визначаються похибки прогнозування за кожною з моделей і обираються прогнозні значення показника інвалідності значення моделі з найменшою похибкою [2, 4, 6].

Результати та їх обговорення

У 2011 році в структурі первинної інвалідності дорослого населення ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин склали 4,2% [5]. Показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ендокринних хвороб і розладів харчування за останнє десятиріччя в середньому становив 2,1 на 10 тис. нас., у 2011

році в порівнянні з 2002 роком він знизився на 4,8% та складає сьогодні 2,0 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця посідали Одеський (2,7), Львівський (2,6), Черкаський регіони та АР Крим (по 2,5); найнижчі – Полтавська, Сумська (по 1,2), Харківська (1,8 на 10 тис. нас.) області. Найсуттєвіше зростання даного показника спостерігалось у Київській (28,5%), Сумській (27,3%), Кіровоградській (21,1%); зменшення – у Херсонській областях, Києві та Севастополі (по 33,3%).

За даними статистичної звітності у 2011 році вищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення займали Київська й Львівська (по 2,6); нижчі – Волинська, Сумська області й Севастополь (по 1,4 на 10 тис. нас.) області.

Отримані показники первинної інвалідності внаслідок хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин за 2011 рік дещо відрізняються від розрахункових. Факт інвалідності визнається тільки після його юридичного оформлення і тому кількість осіб зі стійкими порушеннями здоров'я, що призводить до повної втрати або зниження працездатності, за розрахунковими даними може бути значно вищою, ніж за офіційними даними. Це дає можливість говорити про наявність «скритої» інвалідності. Під цим терміном слід розуміти що фактичний рівень інвалідності населення України значно вищий за офіційні дані. Визначення рівня «скритої» інвалідності можна запропонувати як різницю між розрахунковими прогностичними даними та фактичним значенням за певний термін. Наявність «скритої» інвалідності, на нашу думку, пов'язана із демографічними тенденціями (постарінням і міграцією населення); соціально-економічними проблемами в сьогоdnшній Україні (можливістю втрати роботи при наявності тимчасової або стійкої втрати працездатності); із наявністю додаткових чинників, що впливають на рівень інвалідності населення (сподіванням на соціальну підтримку інвалідів, регіональною специфікою оцінки критеріїв визначення та оформлення клініко-експертного діагнозу). Населення, а це в першу чергу, стосується населення праце-

здатного віку, юридично не оформлює інвалідність у зв'язку із побоюваннями втрати роботи та відсутністю засобів до існування. Частина працездатного населення працює без юридичного закріплення трудових відносин і тому також не звертається за встановленням стійкої втрати працездатності. Щодо пенсіонерів за віком, то тепер оформлення інвалідності практично не дає жодних пільг (за винятком інвалідності внаслідок патології опорно-рухового апарату та органів зору), а тому цей контингент населення юридично не оформлює інвалідність. Найбільше «скрита» інвалідність внаслідок хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин була у Миколаївському, Івано-Франківському регіонах і Севастополі. Щодо рівня інвалідності дорослого населення України з цією патологією у 2011 році відносний ризик зростання був високим у Київській (1,4) та Львівській областях (1,3).

На основі адаптивних методів прогнозується зростання показника первинної інвалідності дорослого населення внаслідок даної нозологічної форми як у цілому по Україні, так і у Волинському, Донецькому, Київському, Кіровоградському, Луганському, Одеському, Сумському, Тернопільському, Хмельницькому регіонах і Севастополі; найвищі рангові місця посідають Київська (2,8), Львівська (2,5) та Одеська області (2,4 на 10 тис. нас.). Водночас спостерігатиметься зниження цього показника в АР Крим, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Чернігівській областях і Києві; найнижчі місця займатимуть Полтавський, Сумський, Івано-Франківський та Волинський регіони (по 1,5 на 10 тис. нас.).

У 2011 році в структурі первинної інвалідності населення працездатного віку ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин склали 4,1% [5]. Показник первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок ендокринних хвороб і розладів харчування за останнє десятиріччя в середньому становив 2,2 на 10 тис. нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він не змінився та

складає сьогодні 2,2 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності працездатного населення за даний термін посідали Львівська, Тернопільська та Одеська (по 2,8); найнижчі – Сумська (1,3), Полтавська (1,4) області та Севастополь (1,6 на 10 тис. нас.). Найбільше зростання цього показника за даний термін спостерігалось у Кіровоградській (41,2%), Вінницькій (35,3%), Полтавській та Сумській (33,3%); найсуттєвіше зменшення – у Херсонській (32,0%), Львівській областях і Севастополі (по 25,0%).

За даними статистичної звітності у 2011 році перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок ендокринних хвороб і розладів харчування займали Київська (2,9), Львівська (2,7), Одеська (2,6) області; останні – Севастополь (1,2), Волинський та Сумський (по 1,6 на 10 тис. нас.) регіони. Найбільше «скрита» інвалідність була у Черкаській, Хмельницькій, Миколаївській та Івано-Франківській областях. Щодо рівня інвалідності працездатного населення України у 2011 році відносний ризик зростання цього показника був високим у Київському, Львівському (по 1,3) та Одеському (1,2) регіонах.

За розрахунковими даними передбачається зростання показників первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок цієї патології у Вінницькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Рівненській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях; найвищі рангові місця посідатимуть Вінницька (4,0), Київська (3,1) та Львівська області (2,9 на 10 тис. нас.). Водночас спостерігатиметься зниження цього показника у Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Івано-Франківській, Полтавській, Сумській, Харківській, Чернівецькій областях; найнижчі рангові місця посідатимуть Волинська, Сумська (по 1,5) області та Севастополь (1,2 на 10 тис. нас.).

У 2011 році в структурі первинної інвалідності дорослого населення тиреотоксикоз складав 0,1% [5]. Показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок тиреотоксикозу за останнє десятиріччя в

середньому становив 0,10 на 10 тис. нас., у 2011 році у порівнянні з 2002 роком він знизився на 50,0% та складає сьогодні 0,05 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення щодо цієї патології за вказаний термін посідали Львівська (0,18), Івано-Франківська (0,14), Хмельницька й Донецька (по 0,13) області; найнижчі – Севастополь (0,01), Сумський (0,02), Запорізький та Дніпропетровський (по 0,03 на 10 тис. нас.) регіони. Найбільше зростання даного показника за десятиріччя спостерігалось у Закарпатській (у 4 рази), Харківській (у 3 рази) областях і Севастополі (100,0%); найсуттєвіше зменшення – у Києві, Дніпропетровському (по 100,0%), Житомирській, Вінницькій, Запорізькій областях (по 90,0%).

За даними статистичної звітності у 2011 році вищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення внаслідок тиреотоксикозу займали Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Київська, Луганська, Львівська, Одеська, Хмельницька й Чернівецька (по 0,1 на 10 тис. нас.); нижчі – Дніпропетровська області, Київ і Севастополь (по 0,01). Найбільше «скрита» інвалідність була у Кіровоградському, Миколаївському, Донецькому та Херсонському регіонах. Щодо рівня інвалідності дорослого населення України з цієї патологією у 2011 році відносний ризик зростання був високим у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Луганській, Львівській, Одеській, Хмельницькій та Чернівецькій областях (по 2,0).

За даними адаптивних методів прогнозування передбачається зростання показника первинної інвалідності дорослого населення внаслідок даної нозологічної форми як у цілому по Україні, так і в АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській областях; найвищі місця посідатимуть Луганський (0,16), Волинський (0,11), Закарпатський, Одеський і Хмельницький регіони (по 0,10 на 10 тис. нас.). Водночас, спостерігатиметься зниження цього показника у Житомирській, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Миколаївській,

Херсонській, Черкаській та Чернігівській областях; найнижчі місця займатимуть Київ, Севастополь, Миколаївський і Житомирський регіони (по 0).

У 2011 році в структурі первинної інвалідності населення працездатного віку тиреотоксикоз складав 0,1% [5]. Показник первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок тиреотоксикозу за останнє десятиріччя в середньому становив 0,1 на 10 тис. нас., у 2011 році у порівнянні з 2002 роком він не змінився та складає сьогодні 0,1 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності працездатного населення за даний термін посідали Львівська (0,25), Одеська (0,18), Івано-Франківська, Донецька, Хмельницька (по 0,17) області; найнижчі – Севастополь (0,01), Сумський та Рівненський регіони (по 0,03 на 10 тис. нас.). Найбільше зростання цього показника за даний термін спостерігалось у Закарпатській і Київській (по 2,3 рази), Полтавській областях і Севастополі (100,0%); найзначніше зменшення – у Києві (100,0%), Житомирському (90,0%), Запорізькому, Кіровоградському, Рівненському, Черкаському (по 90,0%) регіонах.

За даними статистичної звітності у 2011 році рівень первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок тиреотоксикозу був високим у всіх регіонах; нижчі рангові місця посідали Київ, Севастополь (по 0), Житомирська й Дніпропетровська (по 0,01 на 10 тис. нас.) області. Найбільше «скрита» інвалідність була у Черкаському, Кіровоградському регіонах та АР Крим. Щодо рівня інвалідності працездатного населення України у 2010 році відносний ризик зростання цього показника був високим лише в Одеській області (2,0).

За розрахунковими даними передбачається зростання показників первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок цієї патології в АР Крим, Дніпропетровській, Житомирській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Херсонській, Черкаській областях; найвищі рангові місця посідатимуть Одеський (0,19), Луганський (0,16), Миколаївський (0,11 на 10 тис. нас.) регіони. Вод-

ночас спостерігатиметься зниження даного показника в Волинській, Запорізькій, Київській, Львівській, Одеській, Полтавській, Харківській, Хмельницькій областях; найнижчі рангові місця посідатимуть Запорізький регіон, Київ та Севастополь (по 0,0).

У 2011 році в структурі первинної інвалідності дорослого населення цукровий діабет складав 3,2% [5]. Показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок цукрового діабету за останнє десятиріччя в середньому становив 1,5 на 10 тис. нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він знизився на 6,3% та складає сьогодні 1,5 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення щодо цієї патології за вказаний термін посідали Київ та Одеський регіон (по 2,0), АР Крим (1,9); найнижчі – Волинська, Полтавська й Сумська області (по 1,0 на 10 тис. нас.). Найбільше зростання даного показника за десятиріччя спостерігалось у Вінницькій (60,0%), Київській (40,0%), Хмельницькій (33,3%); найсуттєвіше зменшення – у Миколаївській (31,8%), Черкаській областях і Києві (по 33,3%).

За даними статистичної звітності у 2011 році вищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення внаслідок цукрового діабету посідали Київський (2,1), Кіровоградський (2,0) та Одеський (1,9) регіони; нижчі – Івано-Франківська, Волинська й Житомирська (по 1,0 на 10 тис. нас.) області. Найбільше «скрита» інвалідність була у Севастополі, Хмельницькому й Чернігівському регіонах. Щодо рівня інвалідності дорослого населення України з цією патологією у 2011 році відносний ризик зростання був високим у Київській (1,4), Одеській та Кіровоградській (по 1,3) областях.

На основі адаптивних методів прогнозується зростання показника первинної інвалідності дорослого населення внаслідок даної нозологічної форми в АР Крим, Вінницькому, Київському, Рівненському, Тернопільському, Черкаському регіонах; найвищі місця посідатимуть Київська (2,2), Кіровоградська та Одеська області (по 1,9 на 10 тис. нас.). Водночас спостерігатиметься зниження цього показника у Дніп-

ропетровській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Миколаївській, Харківській, Херсонській областях і Києві; найнижчі місця займатимуть Івано-Франківський (0,9), Волинський та Житомирський регіони (по 1,0 на 10 тис. нас.).

У 2011 році в структурі первинної інвалідності населення працездатного віку цукровий діабет складав 2,9% [5]. Показник первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок цукрового діабету за останнє десятиріччя в середньому становив 1,5 на 10 тис. нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він не змінився та складає сьогодні 1,5 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності працездатного населення за даний термін посідали Одеська (2,0), Миколаївська й Чернівецька (по 1,9); найнижчі – Сумська та Полтавська (по 1,0), Вінницька (1,1 на 10 тис. нас.) області. Найбільше зростання цього показника за цей період спостерігалось у Вінницькій (77,8%), Кіровоградській (66,7%), Київській (50,0%); найзначніше зменшення – у Херсонській (27,8%), Черкаській (22,2%) областях і Києві (18,8%).

За даними статистичної звітності у 2011 році перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок цукрового діабету займали Київська (2,1), Одеська й Кіровоградська (по 2,0); нижчі рангові місця посідали Житомирська й Хмельницька області та Київ (по 1,0 на 10 тис. нас.). Найбільше «скрита» інвалідність була у Севастополі, Чернігівському, Івано-Франківському, Хмельницькому, Черкаському регіонах і Києві. Щодо рівня інвалідності працездатного населення України у 2011 році відносний ризик зростання цього показника високий у Київській (1,4), Кіровоградській та Одеській (по 1,3) областях.

За розрахунковими даними щодо цієї патології передбачається зростання показників первинної інвалідності населення працездатного віку як у цілому по Україні, так і у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Івано-Франківській, Київській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Чернігівській облас-

тах і Києві; найвищі рангові місця посідають Київська (2,3), Кіровоградська та Одеська (по 2,0 на 10 тис. нас.) області. Водночас спостерігатиметься зниження цього показника у Донецькій, Запорізькій, Черкаській областях; найнижчі рангові місця посідають Волинський (1,1), Хмельницький регіони та Севастополь (по 1,0 на 10 тис. нас.).

Здоров'я населення – це найважливіший інтегральний показник демографічного та соціально-економічного благополуччя держави. Завдання збереження й зміцнення здоров'я населення проголошено в Україні головним обов'язком суспільства і найважливішим стратегічним орієнтиром соціальної політики [1, 9]. Проте в останні десятиліття в країні сформувалась і продовжує зберігатись досить несприятлива медико-демографічна ситуація. Вона характеризується істотним погіршенням основних показників громадського здоров'я, зниженням рівня народжуваності, підвищенням захворюваності, інвалідності та смертності населення в усіх вікових групах, демографічним старінням, скороченням середньої тривалості життя. Такі негативні тенденції в стані здоров'я населення спостерігаються не лише в Україні, а й в інших країнах Європейського регіону ВООЗ. Проте в Україні показники загальної смертності вдвічі вищі, ніж у більшості країн Європейського союзу, смертність населення працездатного віку, особливо чоловіків, у 2-4 рази перевищує показники у розвинених країнах Європи, має місце найвищий в Європейському регіоні рівень природного зменшення населення [1, 9]

Несприятлива демографічна ситуація в країні посилюється подальшим зростанням у всіх вікових групах населення захворюваності та поширеності хвороб, у тому числі таких соціально значущих як хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, туберкульоз та інші, що призводить до поглиблення негативної динаміки показників громадського здоров'я та істотного зростання медико-соціальних потреб населення [1, 9]. Зазначені тенденції в стані здоров'я населення висувають вимоги не лише щодо підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги

шляхом розбудови і вдосконалення діяльності галузі. Покращення стану громадського здоров'я, в першу чергу, потребує розв'язання широкого спектру соціально-економічних проблем, особливо в сільській місцевості, всебічного посилення профілактичних засад в охороні здоров'я, формування здорового способу життя, покращення якості життя населення. Вирішення цих завдань є сьогодні надзвичайно актуальним для України.

Література

1. Ипатов А. В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монография / А. В. Ипатов, И. Л. Ферфильдин, С. А. Рыков. – Дн.: Гамалия, 2004. – 304 с.
2. Кендалл М. Многомерный статистический анализ и временные ряды / М. Кендалл, А. Стюарт. – Москва: Наука, 1976. – 736 с.
3. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір // Новини медицини і фармації. – 2010. – № 4 (309). – С. 21–26.

4. Лукашин Ю. П. Адаптивные методы краткосрочного прогнозирования временных рядов: Учеб. пособие / Ю. П. Лукашин. – Москва: Финансы и статистика, 2003. – 416 с.

5. 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. І. М. Ємця. – Д.: Пороги, 2011. – 135 с.

6. Русакова Л. Т. Наукове обґрунтування інформаційної технології аналізу системи «довкілля-здоров'я»: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. біол. наук: спец. 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія», 1403.11 «Медична і біологічна інформатика та кібернетика» / Л. Т. Русакова. – Київ, 2010. – 39 с.

7. Статистика инвалидности. – Режим доступа: <http://rosspolit.ru/socialnaya-politika/rabota-s-invalidami/statistikainvalidnosti.html>.

8. Хобзей М. К. Деякі аспекти організації медичної допомоги в Україні / М. К. Хобзей // Мед. перспективи. – 2010. – № 4. – С. 4–7.

9. Здоров'я та охорона здоров'я населення України: європейський вимір [Атлас]. За загальною редакцією члена-кореспондента АМН України, проф. В. Ф. Москаленка. – К., 2009. – 240 с.



УДК: 616-036.22:616-002.5

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ДОСВІД РОБОТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГІЧНОЇ МСЕК У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

С. С. Паніна¹, Н. О. Гондуленко,¹ М. Ю. Кожушко,¹ Г. Ю. Трайдук,²
Н. А. Саніна,¹ Н. М. Гавриленко,¹ М. М. Ємець¹

¹Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

²Міжрайонна спеціалізована фтизіопульмонологічна медико-соціальна експертна комісія, м. Дніпропетровськ

Резюме

Проведен епідеміологічний аналіз первинної інвалідності в дорослого і трудоспособного населення внаслідок туберкульозу в Україні за 2009-2011 роки. Виділені регіони з найбільш високими рівнями інвалідності внаслідок туберкульозу, в частині туберкульозу легких, і негативними тенденціями до їх зростання, що викликає занепокоєння і потребує удосконалення профілактичних-реабілітаційних заходів. На прикладі позитивного досвіду роботи Дніпропетровської міжрайонної спеціалізованої фтизіопульмонологічної МСЕК показано ефективність проведення профілактичних-