

Література

1. Фещенко Ю. І. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006–2010 років [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич та ін. // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 4 – С. 5–10.
2. Причини неефективної організації лікування хворих на туберкульоз в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Сучасні інфекції. – 2010. – № 4. – С. 41–45.
3. Фещенко Ю. І. Підходи до організації лікування хворих на туберкульоз легень в сучасних умовах [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич та ін. // Укр. пульмонол. журн. – 2010. – № 4 – С. 5–7.
4. Фещенко Ю. І. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – Київ: Здоров'я, 2009. – 488 с.
5. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2000–2010 роки [Текст] / МОЗ України; під ред. І. М. Ємця. – Київ, 2011. – 103 с.
6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009–2011 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.]; за редакцією нач. Управління МСЕ МОЗ України Р. В. Богатирьової. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010–2012. – 150 с.
7. Наказ МОЗ України № 384 від 09.06.06 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
8. Наказ МОЗ України № 385 від 09.06.06 «Про затвердження Інструкцій щодо надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
9. Наказ МОЗ України № 597 від 06.09.06 «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».
10. Наказ МОЗ України № 276 від 28.08.08 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».
11. Наказ МОЗ України № 600 від 22.10.08 «Про затвердження «Стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».
12. Наказ МОЗ України № 846 від 19.11.09 «Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію».



УДК 616-036.86:616.12-089

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ МЕДИКО-ЕКСПЕРТНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ ХВОРИМ З УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова Ю. В. Ткаченко, О. В. Танцура,
І. М. Зубко, О. В. Фурса, Л. В. Омельницька

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

Резюме

В статті на прикладі власних досліджень і даних літератури розглядаються проблемні питання ведення дорослих хворих з вродженими пороками серця після хірургічної корекції і надання їм медико-соціальної і реабілітаційної допомоги. Приведені приклади ведення таких пацієнтів в інших країнах і рекомендації Європейського товариства кардіологів по даному питанню.

Ключеві слова: вроджені пороки серця, медична і соціальна допомога.

Summary

In the article the problematic issues of management and social rehabilitation services of adult patients with congenital heart disease after surgical correction, reviewed on basis of own studies and literature data. Some examples of management of the patients in other countries and recommendation of the European Society of Cardiology provided.

Keywords: congenital heart disease, social rehabilitation services.

Достовірних даних щодо розповсюдженості вроджених вад серця (ВВС) серед дорослого населення немає в жодній з країн світу. У 2002 році була зроблена спроба систематизувати результати 62 досліджень поширеності ВВС, що проводилися в різних країнах світу за останні 50 років. Автори виявили значні розбіжності результатів досліджень. Так, поширеність ВВС за даними різних авторів різнилася від 4/1000 до 50/1000 дітей, які народилися живими. При стратифікації результатів дослідження за поширеністю ВВС на основі ступеня впливу анатомічних аномалій на гемодинаміку було виявлено, що поширеність тяжких ВВС і ВВС з середнім ступенем вираженості гемодинамічних змін практично не різнилася за даними різних досліджень. Значні розбіжності виявлені в дослідженнях при вивченні асимптоматичних вад серця.

У зв'язку з кращою організацією допомоги дітям з ВВС в світі і в Україні, кількість дорослих пацієнтів з ВВС збільшується приблизно на 5% за рік. У даний час сформувалася велика популяція дорослих, в якій паралельно існують пацієнти з неоперованими ВВС, хірургічно модифікованою патологією і повністю коригованими пороками. Щорічно в Україні, за даними статистичної звітності по інвалідності, понад одну тисячу пацієнтів працездатного віку з ВВС первинно визнають інвалідами. Можна очікувати, що у зв'язку з покращанням операційних технологій і більш якісною реабілітацією дітей з ВВС, кількість дорослих пацієнтів буде і далі зростати. Таким чином, лікарі лікувально-профілактичних закладів та лікарі-експерти в своїй повсякденній практиці зустрічаються все частіше з трьома групами таких пацієнтів. Чи завжди вони готові прийняти обґрунтоване експертне рішення стосовно даних пацієнтів, яке б не вплинуло негативно на стан їх здоров'я і водночас давало можливість гармонійної інтеграції таких пацієнтів у суспільство.

Для відповіді на це питання в клініці інституту проводився документальний облік за спеціально розробленою картою вибірки даних з медико-експертних справ та медичної документації 256 хворих з вро-

дженими вадами серця та великих судин, а також клініко-функціональне обстеження 138 хворих після успішних хірургічних корекцій. Проводилося також монографічне дослідження для вивчення і аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури з питань інвалідності осіб працездатного віку, міжнародних документів та державних законодавчих і нормативних актів щодо сучасної концепції інвалідності.

Аналіз медико-експертної документації свідчить, що в 31,9% випадку хворі з ВВС перед направленням на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) були недостатньо обстежені. Клініко-експертний діагноз у 19,7% випадку не мав функціональної частини. У 43,3% пацієнтів трудові рекомендації не відповідали стану серцево-судинної системи пацієнтів. У 11,9% випадку хворим було винесено неадекватне експертне рішення, при цьому в більшості випадків (71,6%) у бік заниження групи інвалідності. Таким чином, ми маємо проблему щодо надання кваліфікованої медико-експертної допомоги дорослим хворим з ВВС після хірургічної корекції.

Комплексне клініко-експертне дослідження показало низку залишкових патологічних змін у хворих (середній вік $29,5 \pm 1,37$ року) даної категорії після проведеної оперативної корекції ВВС. Серед обстежених було 62 (44,9%) хворих жіночої та 76 (55,1%) – чоловічої статі.

В залежності від виду вади серця серед хворих було виділено наступні групи. До першої групи увійшли 41 пацієнт, які відносяться за рубриками МКХ Q 21, за винятком Q 21.3 (вроджені вади розвитку серцевої перегородки, за виключенням тетради Фалло); до другої групи віднесено 31 пацієнт – Q 21.3 (Тетрада Фалло), третьої (40 хворих) – Q 25 (Вроджені вади розвитку великих артерій), четвертої (26 хворих) – Q 24 і Q 23 (Вроджені вади розвитку клапанів серця). До групи контролю увійшли здорові добровольці (20 обстежених). Групи були зіставлювані між собою й вірогідно не відрізнялися за віком і статтю. Повний клініко-функціональний діагноз виставлявся хворим згідно з категорією ВВС з урахуванням типів їх корекції,

наявності резидуальних дефектів, наслідків операції та її ускладнень. Розподіл хворих за видом проведеної хірургічної корекції представлено у таблиці 1.

Отримані дані, як видно з таблиці, свідчать про те, що дійсна повна корекція стала можливою лише у пацієнтів I і III груп. При цьому, для пацієнтів I групи частка хворих з дійсною повною корекцією склала 66,7%, а для хворих III групи – лише 6,7%. Для більшої частини пацієнтів інших груп можна було зробити лише анатомічну корекцію. Незважаючи на значні досягнення в хірургічній корекції ВВС у більшості пацієнтів спостерігаються деякі залишкові анатомічні і/або фізіологічні аномалії після операції. Ці проблеми можна розподілити на три основні групи: резидуальні дефекти, наслідки операції та її ускладнення.

В когорті обстежених хворих спостерігалися наступні залишкові анатомічні і/або

фізіологічні аномалії (табл. 2).

Зупинимося більш детально на залишкових анатомічних і/або фізіологічних аномаліях, які зустрічалися у хворих по групах дослідження. Так, у хворих I групи спостерігалось рещунтування в ділянці латки у 14 хворих (34,1%). Не прооперований дефект МШП залишився у одного хворого (2,4%). Дилатація порожнини серця була у 22 хворих (53,6%). Легенева гіпертензія спостерігалась у 3 (7,3%) хворих I групи. Зниження сегментарної скоротливої функції ЛШ – у 2 осіб, що складає 4,8% усіх хворих I групи.

У хворих II групи спостерігалися наступні залишкові післяопераційні аномалії: рещунтування у 4 хворих (12,9%); дилатація порожнини серця у 21 хворого (67,7%); по 2 випадки (6,5%) зустрічалось функціонуючих анастомозів та ремоделювання ЛШ.

Таблиця 1

Розподіл хворих за видом проведеної хірургічної корекції по групах дослідження, (%)

Вид хірургічної корекції	Хворі з вродженими вадами розвитку системи кровообігу після оперативної корекції			
	I група	II група	III група	IV група
Дійсна повна корекція	90,2	-	6,4	-
Анатомічна корекція	9,8	78,2	86,1	65,7
Корекція з застосуванням протезних матеріалів	-	0,1	-	33,4
Фізіологічна корекція	-	11,7	7,5	0,9

Таблиця 2

Залишкові анатомічні і/або фізіологічні аномалії, що спостерігались у хворих по групах дослідження, (%)

Залишкові анатомічні і/або фізіологічні аномалії	Хворі з вродженими вадами розвитку системи кровообігу після оперативної корекції			
	I група	II група	III група	IV група
Резидуальні дефекти	9,1	31,1	27,9	11,6
Наслідки операції	2,3	6,8	7,3	12,3
Ускладнення операції	-	1,3	0,8	1,1

У хворих III групи спостерігалися рещунтування у двох випадках (5,0%); дилатація порожнин серця зустрічалася у 5 (12,5%) хворих, легенева гіпертензія – у 2 (5,0%) хворих; аневризми висхідного відділу аорти – у 1 хворого (2,5%); концентрична гіпертрофія ЛШ – у 3 (7,5%) хворих.

Хворі IV групи мали такі післяопераційні аномалії: дилатація порожнин серця у 2 (7,7%) хворих; параклапанна регургіація – у 3 (11,5%) хворих; зниження скоротливої функції шлуночків також у 3 (11,5%) хворих.

Таким чином, хворі, що увійшли до груп дослідження, є особи молодого віку. Дійсна повна корекція вроджених захворювань серця стала можливою лише у пацієнтів з вродженими вадами розвитку серцевої перегородки й з тетрадою Фалло.

Серед залишкових анатомічних і/або фізіологічних аномалій були у хворих з вродженими вадами розвитку серцевої перегородки – рещунтування в ділянці латки у 14 хворих (34,1%). Не прооперований дефект МШП залишився у одного хворого (2,4%). Дилатація порожнин серця була у 22 хворих (53,6%). Легенева гіпертензія спостерігалася у 3 (7,3%) хворих, зниження сегментарної скоротливої функції ЛШ – у 2 осіб, що складає 4,8%. У хворих з тетрадою Фалло: рещунтування у 4 хворих (12,9%); дилатація порожнин серця у 21 хворого (67,7%); по 2 випадки (6,5%) зустрічалася функціонуючих анастомозів та ремоделювання ЛШ.

У хворих з вродженими вадами розвитку великих артерій спостерігалися рещунтування у двох випадках (5,0%); дилатація порожнин серця зустрічалася у 5 (12,5%) хворих, легенева гіпертензія – у 2 (5,0%); аневризми висхідного відділу аорти – у 1 (2,5%); концентрична гіпертрофія ЛШ у 3 (7,5%) хворих відповідно.

Хворі з вродженими вадами розвитку клапанів серця мали наступні післяопераційні аномалії: дилатація порожнин серця у 2 (7,7%) хворих; параклапанна регургіація – у 3 (11,5%) хворих; зниження скоротливої функції шлуночків також у 3 (11,5%) хворих.

Корекція ВВС – не єдина проблема та-

ких пацієнтів. Як за даними літератури, так і за нашими спостереженнями у цих пацієнтів досить часто зустрічається супутня патологія, як кардинальна (порушення ритму, клапанна недостатність і ураження клапанів ендокардитом, порушення скоротливої функції), так і некардинальна (найчастіше – аномалії центральної нервової системи) [1]. За думкою J. K. Perloff [2], організація ведення пацієнтів з ВВС повинна враховувати усі медичні і немедичні проблеми. У дорослих з ВВС, які переносять некардіологічну операцію, необхідно брати до уваги ризик, що загрожує даним пацієнтам, і забезпечити інтраопераційну безпеку. Вагітні жінки, як оперовані, так і неоперовані з приводу ВВС, повинні знаходитися під постійним наглядом гінеколога, акушера і досвідченого кардіолога. Особливої уваги потребують пацієнти з ознаками легеневої недостатності, передсердними аритміями, шлуночковою дисфункцією, супутніми захворюваннями серця, наприклад, коронарною недостатністю, захворюваннями клапанів серця, артеріальною гіпертензією. В деяких випадках пацієнти після корекції ВВС не потребують «особливого лікування», але сполучення ВВС з іншою некардинальною патологією потребують змін тактики ведення таких хворих. За даними С. L. Webb [3], не потребують постійного контролю за станом здоров'я в спеціалізованому хірургічному центрі 45 % дорослих хворих з ВВС. Відповідно до Рекомендацій Європейського товариства кардіологів, спеціалізовану медичну допомогу потребують 25–50 % дорослих з ВВС [4].

Європейське товариство кардіологів по організації допомоги дорослим пацієнтам з ВВС рекомендує створення спеціальних центрів (відділень) надання допомоги дорослим пацієнтам з ВВС. Доцільно, щоб центр працював на базі вже існуючої великої багатопрофільної клініки і тісно взаємодіяв з крупними клініками педіатричної кардіології. Відповідно до рекомендацій оптимізації допомоги дорослим пацієнтам з ВВС, центр повинен мати мінімум, а краще двох кардіологів, які пройшли спеціальне навчання за питаннями ВВС; двох серцево-судинних хірургів, які

оперують і дітей, і дорослих (оптимальна кількість операцій – 125 на рік; 50 з них – при ВВС у дорослих); забезпечувати взаємодію між дорослими і дитячими кардіологами, серцево-судинними хірургами, а також наступність ведення пацієнтів і взаємодію з неспеціалізованими лікарями; в клініці повинна бути електрофізіологічна лабораторія з відповідним штатом співробітників і обладнанням для лікування аритмій (імплантації електрокардіостимуляторів, кардіовертерів-дефібріляторів, проведення радіочастотної абляції).

Дорослі кардіологи і лікарі загальної практики повинні тісно співпрацювати з такими центрами шляхом направлення пацієнтів, отримання формальних та неформальних консультацій по веденню пацієнтів по телефону.

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів, необхідна нова система навчання для лікарів щодо ведення дорослих пацієнтів з ВВС, яка повинна розвиватися разом з уже існуючою системою освіти. Освітня програма організації медичної допомоги дорослим з ВВС повинна бути спрямована на 3 групи лікарів: педіатрів, терапевтів (кардіологів) і лікарів загальної практики. Останні є ідеальними кандидатами щодо забезпечення амбулаторної медичної допомоги дорослим з ВВС.

На першому рівні навчання (для лікарів-педіатрів і терапевтів) лікарі повинні навчитися чітко розпізнавати випадки необхідності направлення в спеціалізований центр. На другому рівні навчання (для кардіологів, які спеціалізуються на веденні дорослих пацієнтів з ВВС у регіональних центрах) протягом одного року лікарі повинні здобути практичні навички ведення пацієнтів на базі крупного центру, що спеціалізується на лікуванні хворих з ВВС. Третій рівень (для кардіологів, які будуть працювати в великих центрах) передбачає дворічне навчання в провідному центрі. Загалом, як вважають закордонні дослідники, підготовка лікаря-експерта, який спеціалізується на проблемах дорослих пацієнтів з ВВС, займає 5–6 років.

Крім того, повинен бути налагоджений

навчальний процес, який містить навчання написання індивідуальних докладніших епікризів. Епікриз повинен бути підготовлений педіатром при досягненні пацієнтом підліткового віку. Проводити бесіди в залежності від рівня зрілості та інтелекту окремих пацієнтів. При переході пацієнта від педіатра до дорослого кардіолога хворому і його сім'ї необхідно правильно пояснити про його здоров'я, потребу в медичній допомозі та прогноз. Пацієнти повинні бути інформовані про призначені препарати, можливість побічних ефектів і взаємодію з іншими препаратами (включаючи алкоголь), і їх необхідно повністю інформувати щодо профілактики ендокардиту.

Освітній процес не обмежується разовою консультацією, він повинен бути поступовим як для пацієнта, так і для лікаря, який практикує. Особливу увагу на сучасному рівні організації реабілітаційної медичної допомоги дорослим з ВВС мають фінансові питання, компенсація витрат на надання медичних реабілітаційних заходів. Проблема в тому, що витрати на реабілітацію таких хворих варіюють в дуже широкому діапазоні й структури, які фінансують охорону здоров'я, повинні мати точну інформацію про кількість таких хворих і розрахунки коштів, які потрібні на їх реабілітацію.

Таким чином, організація медико-експертної допомоги дорослим хворим з вродженими вадами серця повинна ґрунтуватися на сучасних уявленнях про дану патологію, хірургічних методах її корекції і післяопераційних ускладнень і потребує подальшого обговорення і розробки. Організація медичної реабілітаційної допомоги дорослим пацієнтам з вродженими вадами серця, наскільки це можливо, повинна базуватися на національній моделі медичної допомоги, яка б була поділена за регіонами, які закріплені за спеціалізованим центром. В ідеалі модель надання медичної реабілітаційної допомоги таким хворим повинна бути збалансованою: кожний компонент кардіологічної і некардіологічної допомоги на амбулаторному і стаціонарному етапі повинні бути взаємопов'язані.

Література

1. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В. И. Бураковского, Л. А. Бокерия. – М., 2005.
2. Perloff J. K. Survival patterns without cardiac surgery or interventional catheterization: a narrowing base // Congenital Heart Disease in Adult / Eds J. K. Perloff, J. S. Childs. 2nd Ed. – Philadelphia, 2001. – P. 15–53.
3. Webb C. L., Jenkins K. J., Karpawich P. P.

et al. Congenital Cardiac Defects Committee of the American Heart Association Section on Cardiovascular Disease in the young // Circulation. – 2002. - Vol. 105. – P. 2318 – 2323.

4. Marelli A. J., Mackie A. S., Ittu R. I. et al. Congenital heart disease in the general population: Changing prevalence and age distribution // Circulation. – 2007. - Vol. 115. – P. 163– 172.



УДК 616-036.86

СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Професор А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін, І. Я. Ханюкова, О. М. Мороз

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

Резюме

В статье рассматриваются вопросы организации медико-социальной реабилитации, методологические подходы и система реабилитации в Украине. Приведена законодательная база, регламентирующая организацию и контроль выполнения реабилитационных мероприятий для инвалидов. Изложены правила заполнения индивидуальной программы реабилитации инвалида. Дан перечень учреждений, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам. Затронуты проблемные аспекты реабилитации инвалидов и приведены основные направления решения задач усовершенствования государственной системы медико-социальной реабилитации инвалидов и повышения ее доступности.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, реабилитация, инвалидность

Summary

In this article the organization of medical and social rehabilitation, methodological approaches and rehabilitation system in Ukraine are considered. Given the legal framework governing the organization and supervision of the implementation of rehabilitation measures for persons with disabilities. Filling out the rules of individual rehabilitation programs for the disabled. Given a list of agencies that provide rehabilitation services to persons with disabilities. Affected by the problematic aspects of rehabilitation and the basic direction of solving problems to improve the state system of medical and social rehabilitation of disabled people and increase its availability.

Keywords: medical and social examination, rehabilitation, disability.

На фоні стійкого і тривалого скорочення населення України чисельність інвалідів в державі зростає. В 2011 році кількість повнолітніх і неповнолітніх осіб з інвалідністю в загальній чисельності населення досягала показника 6%. Інваліди працездатного віку складають 52% від загальної кількості осіб відповідної категорії або 6,2% у загальній структурі економічно

активного населення [1].

Діяльність держави щодо інвалідів проявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів з боку дер-