

звіту про зайнятість і працевлаштування інвалідів уповноважена посадова особа, яка проводить перевірку, складає протокол про адміністративне правопорушення. Форма протоколу й порядок його заповнення затверджені Наказом Міністерства праці й соціальної політики України від 14.03.2007 № 99.

Таким чином, забезпечення трудової діяльності інвалідів є важливою соціальною функцією держави. У вирішенні цього завдання повинні брати участь не тільки відповідні органи центральної виконавчої влади, місцевого самоврядування, але й усі підприємства, установи, організації, незалежно від форм власності. Раціональне працевлаштування інвалідів – це, з одного боку, повернення трудових ресурсів державі, з другого – підвищення економічної самостійності інваліда з найменшою погрозою погіршення його здоров'я.

Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2007 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008 – 115 с.

2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2008 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Дніпропетровськ: Пороги, 2009 – 116 с.

3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010 – 128 с.

4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 р.: 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.

5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 р.: 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.

6. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 223 від 15.05.2007 р. «Про порядок сплати пенсій».

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 70 «Про реалізації статей 19 і 20 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».



УДК 616-036.86.616.006.614.1:31

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК НОВОУТВОРЕНЬ

Професор А. В. Іпатов¹, П. В. Павлов¹, Л. В. Кузьміна¹, А. Ю. Віноградов²

¹ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ,

²Клінічний онкологічний диспансер Дніпропетровської обласної ради

Резюме

В работе представлен анализ статистических данных заболеваемости, распространенности и инвалидности вследствие новообразований за 2002–2011 годы. Указано на необходимость разработки нового методологического подхода к анализу заболеваемости, распространенности и инвалидности как взрослого, так и трудоспособного 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 их изменений на короткий или более длительный срок, который в дальнейшем предоставит возможность разрабатывать целенаправленные мероприятия по предупреждению негативных тенденций их роста.

Ключевые слова: статистика, заболеваемость, инвалидность, новообразования.

Summary

The analysis of statistical data of morbidity, prevalence and disability is in-process presented as a result of illnesses of new formation for 2002–2011 years. It is indicated on the necessity of development of the new methodological going near the analysis of morbidity to prevalence and disability of adult and capable of working population of Ukraine, which would allow not only to estimate the percent of changes of these indexes in relation to the last year, relative risk of their increase, but also to forecast the possible tendencies of their changes on short or more protracted space, which will give possibility to develop purposeful measures in relation to warning of negative tendencies of their increase in future.

Key words: statistics, morbidity, disability, illnesses of new formation.

Онкологічна захворюваність є однією з найбільш актуальних проблем сучасності. Особливо значущою ця проблема стає перед Японією, середньоазіатськими та африканськими країнами. Щороку в світі виявляється 2 млн. нових випадків раку та більше 7 млн. осіб помирають від нього, що складає близько 20 тис. щоденно [2, 11]. У країнах СНД щороку реєструється 50 тис. нових випадків раку молочної залози. Найближчими роками рак, як причина смерті, в Україні посяде перше місце. Приріст захворюваності складатиме 1,0 % за рік. Очікується, що до 2030 року чисельність тих, хто захворів, складатиме 27 млн., померлих від раку – 17 млн., а кількість осіб, яким буде встановлено такий діагноз, сягатиме 75 млн. [2, 4, 12].

В Україні оцінка первинної та загальної захворюваності проводиться на основі річних форм державного статистичного спостереження (форма № 12), яка потім подається в Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ). Проте на оцінку поширеності патології можуть значно впливати застосовані критерії і методики збору інформації. Зміна критеріїв оцінки також суттєво змінює досліджувані показники [1, 2, 4]. Детальне вивчення повноти та якості інформації про зареєстровані контингенти хворих на онкопатологію дотепер ще в Україні не виконувались, проведення таких досліджень стало можливим лише після створення Національного канцер-реєстру України (НКР) та впровадження єдиної інформа-

ційної технології реєстрації онкологічних хворих. Особливого значення повнота інформації про життєвий статус онкологічного хворого набуває при вивченні показника виживання хворих, як основного критерію якості надання онкологічної допомоги населенню [1, 2].

Вся інформація, що вміщується у Бюлетені НКР України «Рак в Україні, 2009 – 2010», обчислена за персоніфікованими даними регіональних канцер-реєстрів, які є структурними одиницями НКР України. До основних визначень, які у ньому використовуються, відносяться грубий та стандартизований показники захворюваності або смертності. Грубий показник захворюваності (смертності) – це кількість нових випадків захворювань на злоякісні новоутворення (або випадків смерті від них), що відбулися в популяції протягом року, віднесена до середньої чисельності цієї популяції у тому ж році, виражена через показник на 100 тис. населення. Характеризує частоту захворювання на адміністративній території (популяції) і використовується для аналізу епідеміологічної ситуації в регіоні. Стандартизований показник захворюваності (смертності) – це показник захворюваності (смертності) у популяції, розрахований за віковою структурою «стандартної популяції». За стандарт популяції може бути обраний світовий стандарт населення, що дозволяє порівнювати рівень захворюваності з іншими країнами світу. Український стандарт населення було обрано на основі повікової структури

населення України 2000 року. Обчислені за цим стандартом показники доцільно використовувати для порівняння між собою рівня захворюваності різних регіонів України, або при вивченні динаміки захворюваності в регіоні [1].

В міжнародній практиці для характеристики онкоепідеміологічної ситуації в країні, окрім показників захворюваності та смертності використовується показник розповсюдженості – «контингенти хворих», який розраховується на 100 осіб населення та характеризує кількість хворих на онкопатологію, які перебувають на обліку. Для статистичної достовірності показників захворюваності, смертності та розповсюдженості необхідною умовою є щорічна реєстрація життєвого статусу кожного хворого (живий – помер) з використанням можливостей та вимог диспансеризації населення [10, 11, 12].

У Бюлетені НКР України «Рак в Україні, 2009 – 2010» дана характеристика захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень (ЗН); стану онкологічної допомоги населенню в Україні; повноти та якості інформації про контингенти хворих на ЗН за рік в Україні; структурі захворюваності та смертності ... року; показникам за рубриками міжнародної класифікації хвороб (С00–С97); матеріально-технічній базі та кадровому потенціалу онкологічної служби України в ... році; лікарняним канцер-реєстрам (ЛКР) ... року (опису показників ЛКР, загальним показникам діяльності стаціонарів, показникам діяльності стаціонарів за обраними нозологічними формами ЗН); статевіковим показникам захворюваності та смертності, захворюваності та смертності населення регіонів України від ЗН, контингентам хворих на ЗН за нозологічними формами захворювань, структурі захворюваності та смертності від ЗН [1].

Національним канцер-реєстром України постійно проводяться дослідження стану реєстрації та обліку онкологічних хворих в Україні в цілому і в окремих її регіонах. При цьому було встановлено, що в рік встановлення діагнозу новоутворень реєструється близько 94,0 % хворих, у наступний рік – ще 4,5 % та близько 1,5 % –

в подальші 5 років. Зазвичай упродовж перших двох років реєструються не більше 98,5 % нових випадків новоутворень, що є достатнім для коректного аналізу онкоепідеміологічної ситуації [1, 2].

Розширену статистичну інформацію щодо стану інвалідності в Україні містить «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (ф. № 14, затверджена наказом МОЗ України за погодженням з Держкомстатом України 10.07.2007 р. № 378). Зазначена форма містить: результати оглядів осіб, які вперше направлені до МСЕК; результати огляду і переогляду громадян для визначення відсотків втрати працездатності внаслідок каліцтва чи іншого пошкодження здоров'я, пов'язаного з виконанням трудових обов'язків; результати первинних оглядів працівників; розподіл уперше визнаних інвалідами за класами хвороб та окремими нозологічними формами; із загальної кількості вперше визнаних інвалідами; результати переогляду інвалідів для встановлення групи інвалідності; рекомендації з медичної, професійної і соціальної реабілітації для вперше та повторно визнаних інвалідами; загальні дані [6, 7, 8, 9].

У 2010 році в системі медико-соціальної експертизи була впроваджена комп'ютерна програма по заповненню статистичної форми № 14, затвердженої наказом МОЗ України за погодженням з Держкомстатом України № 378 від 10.07.2007 р. Аналіз даних «Звіту про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (ф. № 14, затвердженої наказом МОЗ України за погодженням з Держкомстатом України 10.07.2007 р. № 378) використовується Державною установою «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» та відділом медико-соціальної експертизи та проблем інвалідності МОЗ України для видання аналітико-інформаційного довідника «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за ... рік» [6, 7].

Аналітико-інформаційні довідники, видані з 2000 до 2010 року, містять глибинний аналіз основних показників первинної інвалідності, детальну оцінку динаміки показників інвалідності внаслідок новоутворень та ЗН [6, 7]. Проте для поліпшення ефективності роботи всієї онкологічної служби та медико-соціальної експертизи необхідно розробити новий методологічний підхід до аналізу захворюваності, поширеності та інвалідності дорослого й працездатного населення України, який дозволив би не лише оцінювати відсоток змін показників захворюваності (первинної діагностики та постановки на диспансерний облік), поширеності (перебігу захворювання та накопичення відповідних функціональних порушень), первинної інвалідності (стійких обмежень життєдіяльності) по відношенню до минулого року, відносний ризик їх зростання, відповідність аналізу цих статистичних даних, а й встановлювати та оцінювати рівні цих показників, прогнозувати можливі тенденції їх змін на короткий чи більш тривалий термін, що в подальшому надасть можливість розробляти цілеспрямовані заходи щодо попередження негативних тенденцій їх зростання [8, 9].

Мета роботи: удосконалити підходи до аналізу захворюваності, поширеності та інвалідності внаслідок новоутворень та злоякісних новоутворень в Україні.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз захворюваності та поширеності новоутворень та ЗН наведено за даними Бюлетеня Національного канцер-реєстру України № 12 «Рак в Україні, 2009 – 2010» [1]. Аналіз інвалідності дорослого й працездатного населення у 2002 – 2011 роках проводився за даними статистичної звітності [6, 7]. Вивчали показники первинної інвалідності дорослого й працездатного населення по Україні та в розрізі адміністративних територій. Для дослідження було використано методи математичної статистики: первинний статистичний, аналіз часових рядів, кластерний та регресійний аналізи [3, 5]. Одним із елементів розробленої інформаційної технології аналізу динаміки інвалідності була обчислювальна

технологія прогнозування показників інвалідності [8].

Результати та їх обговорення

В 2009 році за уточненими даними Національного канцер-реєстру чисельність первинних хворих склала 160 797; грубий показник захворюваності ЗН досяг 349,8 на 100 тис. нас., тобто у порівнянні з 2008 роком майже не змінився. Виявлено зростання загального показника захворюваності в 15 регіонах, з найбільшим зростанням у Чернігівській (на 5,9 %), Сумській та Запорізькій (на 3,6 %), Кіровоградській (на 3,2 %) та Закарпатській (на 3,0 %) областях. Тенденція до зниження показника помічена в 12 областях, особливо в Черкаській (5,1 %), Рівненській (4,5 %), Миколаївській (2,9 %) та Тернопільській (2,5 %). Наприкінці 2010 року на онкологічному обліку перебувало 989 637 хворих, 2161,6 на 100 тис. нас.). У тому числі 347 560 чоловіків (1646,7 на 100 тис. чоловічого населення) та 642 077 жінок (2602,1 на 100 тис. жіночого населення) [1, 2].

Показник смертності населення України від ЗН у 2009 році знаходився на рівні 2008 року і становив 184,8 на 100 тис. нас. (84 927 померлих); проте в 13 регіонах рівень смертності зріс, найбільше у Севастополі (на 8,8 %), у Запорізькій (на 8,7 %), Рівненській (на 5,9 %), та Хмельницькій (на 5,5 %) областях. Зниження показника смертності відбулось у Вінницькому, Сумському, Миколаївському, Волинському, Чернівецькому, Закарпатському, Одеському, Черкаському, Дніпропетровському регіонах та АР Крим [1].

Рівень приросту чоловічої та жіночої захворюваності у порівнянні з минулим роком в окремих областях помітно різниться між собою; наприклад: у жіночого населення Кіровоградської області грубий показник захворюваності зріс на 6,4 %, а у Тернопільській області – зменшився на 5,3 %, але у чоловічого населення цих областей він не змінився. Навпаки, відбулась більша зміна рівня захворюваності у чоловічого, ніж у жіночого населення на таких адміністративних територіях: у Чернігівському (+8,6 % у чоловіків проти +3,1 % у жінок), Черкаському (–8,1 % проти –2,1 %), Сумському (+6,5 % проти

+0,8 %), Житомирському (-4,4 % проти +0,4 %) регіонах. Стандартизовані за віком показники демонструють аналогічні тенденції [1].

Аналіз стану ураження населення України на ЗН у розрізі областей свідчить, що вищі, ніж у середньому по Україні, рівні захворюваності спостерігались у Севастополі (490,6 на 100 тис. нас.), у Кіровоградській, Запорізькій, Миколаївській, Одеській, Сумській, Чернігівській, Харківській областях та АР Крим (370,7–426,0 на 100 тис. нас.); найнижчі – в Закарпатській, Івано-Франківській, Волинській, Рівненській, Чернівецькій та Тернопільській областях (245,9–299,1 на 100 тис. нас.); при цьому показник максимального рівня захворюваності перевищує мінімальний в 2 рази [1, 2].

Проте навіть зараз дані захворюваності, розповсюдженості та інвалідності внаслідок новоутворень аналізують окремо [1, 2, 9]. Показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок новоутворень за останнє десятиріччя в середньому становив 9,0 на 10 тис. нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він зріс на 6,8 % та складає сьогодні 9,4 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення щодо цієї патології за вказаний термін посідали Севастополь (14,3), Київ (11,3) і Житомирська (11,8); найнижчі – Чернівецька (5,7), Івано-Франківська (7,0) й Донецька області (7,3 на 10 тис. нас.). Найсуттєвіше зростання даного показника за десятиріччя спостерігалось у Вінницькому (40,2 %), Тернопільському (38,8 %), Кіровоградському (27,6 %); зниження – у Житомирському (23,5 %), Полтавському (19,4 %) регіонах і Києві (15,2 %).

У порівнянні з 2010 роком у 2011 році показник рівня первинної інвалідності внаслідок новоутворень зріс і становив 9,4 на 10 тисяч дорослого населення, що на 5,6 % вище, ніж у 2010 (8,9) та 2009 (8,9) роках. Показники рівня первинної інвалідності дорослого населення суттєво відрізняються у різних областях. Так, найвищі показники первинної інвалідності внаслідок новоутворень на 10 тис. населення в 2011 році зафіксовані у місті Сева-

стополі (16,0), Київській (14,6), Запорізькій (11,6), Чернігівській (11,5), Черкаській (11,5) Вінницькій (11,5), Рівненській (11,4) областях. При порівнянні цих показників із попередніми роками спостерігається зростання рівня первинної інвалідності у всіх вищевказаних областях, крім Черкаської області, де рівень первинної інвалідності внаслідок новоутворень серед дорослого населення у 2011 році знизився на 0,9 %, порівняно із 2010 роком (11,5 та 11,6 на 10 тис. населення відповідно). Позитивні тенденції, пов'язані із зниженням даного показника, у 2011 році мали місце у Житомирській (10,1; на 7 %), Одеській (8,5; на 3,5 %), Сумській (8,7; на 1,1 %), Хмельницькій (8,3; на 19,3 %) областях. Стабільним лишився рівень первинної інвалідності серед дорослого населення у Закарпатській (7,7), Львівській (8,0) областях.

Порівняння «розрахункових» і фактичних даних за 2011 рік дає можливість говорити про наявність певної розбіжності, яку можна вважати «скритою» інвалідністю. Причини її достатньо обґрунтовані у ряді публікацій [8]. Найвищою «скрита» інвалідність була у Хмельницькому, Житомирському, Одеському, дещо нижчою – у Закарпатському та Сумському регіонах. Високий рівень інвалідності (11,1 – 17,8 на 10 тис. нас.) був у Вінницькому, Запорізькому, Київському, Рівненському регіонах; низький рівень (6,7 – 9,3 на 10 тисяч нас.) – у АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській областях [8]. Відносний ризик зростання первинної інвалідності дорослого населення внаслідок новоутворень був високим у Севастополі (1,7), Київському (1,6), Запорізькому, Черкаському, Рівненському, Чернігівському (по 1,2), Вінницькому, Житомирському регіонах і Києві (по 1,1).

На основі адаптивних методів прогнозується зростання показника первинної інвалідності дорослого населення внаслідок даної нозологічної форми в ряді регіонів: АР Крим, Волинській, Донецькій, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Миколаїв-

ській, Одеській, Полтавській, Чернівецькій областях; найвищі рангові місця посідають Севастополь (15,3), Київський (14,7) та Запорізький (12,0 на 10 тис. нас.) регіони. Проте є адміністративні території, де показник первинної інвалідності знижуватиметься. Це відбуватиметься як по всій Україні, так і у Вінницькій, Житомирській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській та Чернігівській областях, Києві й Севастополі; найнижчі місця займатимуть Чернівецький (6,1), Івано-Франківський (7,1), Закарпатський та Хмельницький регіони (по 7,7 на 10 тис. нас.).

Відповідна тенденція до підвищення рівня первинної інвалідності внаслідок новоутворень відзначається і серед працездатного населення. Показник первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок новоутворень за останнє десятиріччя в середньому становив 9,1 на 10 тисяч нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він зріс на 11,8% та складає сьогодні 9,5 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності працездатного населення за даний термін посідали Чернігівська (11,6), Київська (11,1), Полтавська (10,6); найнижчі – Чернівецька (6,6), Львівська (7,6) області та АР Крим (8,1 на 10 тис. нас.). Найбільше зростання цього показника спостерігалось у Одеському (34,4 %), Харківському (34,2 %), Тернопільському (31,1 %); найсуттєвіше зниження – у Житомирському (28,6 %) та Львівському (19,8 %) регіонах.

У 2010 році показник первинної інвалідності внаслідок новоутворень складав 9,3 на 10 тис. нас., а у 2011 році рівень первинної інвалідності працездатного населення вже склав 9,5 на 10 тис. нас., отже, визначалось зростання даного показника у 2011 році на 2,2 %. При порівнянні даного показника у 2009 та 2010 роках була інша картина: стабілізація рівня первинної інвалідності внаслідок новоутворень серед працездатного населення країни на рівні 9,3 на 10 тис. нас. [6, 7].

Дані статистичної звітності за 2011 рік свідчать, що перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок новоутворень займали Чернігівська (12,1), Запорізька

(11,4), Сумська (11,2); останні – Чернівецька (6,5), Львівська (6,9) та Житомирська (8,0 на 10 тис. нас.) області. Найвищою «скрита» інвалідність була у Хмельницькому, Полтавському, Одеському, дещо нижчою – у Житомирському, Закарпатському, Луганському, Львівському, Миколаївському, Рівненському, Черкаському, Чернівецькому регіонах. Високий рівень інвалідності (9,7 – 11,8 на 10 тис. нас.) був у Вінницькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській областях, Києві та Севастополі; низький рівень (6,6 – 8,1 на 10 тисяч нас.) – у Житомирському, Львівському та Чернівецькому регіонах [8]. Відносний ризик зростання показника первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок новоутворень високий у Чернігівській (1,3), Сумській, Запорізькій, Київській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській (по 1,2), Вінницькій, Миколаївській, Полтавській, Рівненській областях і Севастополі (по 1,1).

За розрахунковими даними щодо цієї патології передбачається зростання показника первинної інвалідності населення працездатного віку в АР Крим, Вінницькій, Волинській, Донецькій, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Сумській, Харківській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській областях; найвищі рангові місця посідають Чернігівський (12,4), Сумський (11,6) та Київський (11,2 на 10 тис. нас.) регіони. Водночас спостерігатиметься зниження цього показника у Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Луганській, Львівській, Рівненській, Херсонській, Черкаській областях, Києві й Севастополі; найнижчі рангові місця посідають Львівський (6,8), Чернівецький (7,1) і Житомирський регіони (7,8 на 10 тис. нас.).

Рівень первинної інвалідності внаслідок новоутворень серед дорослого та працездатного населення у 2011 році може свідчити про більш злоякісний перебіг даної патології. Зростання первинної інвалідності відбувається за рахунок ЗН [6, 7].

Сьогодні відбувається зростання первинної інвалідності внаслідок ЗН серед дорослого населення України. Показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ЗН за останнє десятиріччя в середньому становив 8,6 на 10 тис. нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він зріс на 5,9 % та складає сьогодні 9,0 на 10 тисяч нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення щодо цієї патології за вказаний термін посідали Севастополь (13,8), Київська (13,2) та Житомирська (11,5); найнижчі – Чернівецька (5,4), Івано-Франківська (6,5) й Донецька області (6,9 на 10 тис. нас.). Найбільше зростання даного показника за десятиріччя спостерігалось у Тернопільській (38,1 %), Вінницькій (37,5 %) та Кіровоградській (28,8 %); найзначніше зниження – у Житомирській (23,4 %), Полтавській (22,4 %) областях і Києві (13,7 %).

Якщо у 2009 та 2010 роках показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ЗН складав 8,5 на 10 тис. нас., то у 2011 році він зріс на 5,9% та становив 9,0 на 10 тис. нас. Найбільше зростання первинної інвалідності внаслідок злоякісних новоутворень зафіксовано у Вінницькій (на 14,6%), Запорізькій (на 14,3%), Київській (на 12%), Миколаївській (на 12%), Полтавській (на 10,7%) та Харківській (на 9,7%) областях. Водночас, у Херсонській області помічено зниження первинної інвалідності у 2011 році на 1,1 %, незважаючи на підвищення цього показника у 2010 році у порівнянні з 2009 роком. Слід зазначити, що найменші показники первинної інвалідності внаслідок новоутворень, зокрема їх злоякісних форм, серед дорослого населення у 2011 році траплялися у Чернівецькій (6,0), Івано-Франківській (7,5), Закарпатській (7,7) та Донецькій (7,7) областях. Однак і в цих областях спостерігається тенденція до зростання рівня первинної інвалідності [6, 7]. Проте такий аналіз дещо громіздкий та розпливчастий.

За даними статистичної звітності у 2011 році перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ЗН займали Севастополь (15,5), Київська (14,0), Рівненська (11,3);

останні – Чернівецька (5,7), Закарпатська (7,3) й Донецька (7,4 на 10 тис. нас.) області. Найвищою «скрита» інвалідність була у Хмельницькому, Житомирському, Одеському й Херсонському регіонах. Високий рівень інвалідності (10,1 – 16,2 на 10 тисяч нас.) був у Вінницькому, Запорізькому, Київському, Рівненському, Черкаському, Чернігівському регіонах, Києві та Севастополі; низький рівень (6,4 – 9,0 на 10 тисяч нас.) – в АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій, Чернівецькій областях [8]. Відносний ризик зростання первинної інвалідності дорослого населення внаслідок злоякісних новоутворень був високим у Севастополі (1,7), Київській (1,6), Рівненській (1,3), Вінницькій, Запорізькій, Черкаській, Чернігівській (по 1,2), Житомирській, Кіровоградській областях і Києві (по 1,1).

За результатами адаптивних методів короткострокового прогнозування передбачається зростання показника первинної інвалідності дорослого населення щодо цієї нозологічної форми у Волинському, Донецькому, Запорізькому, Київському, Львівському, Миколаївському, Полтавському, Сумському, Тернопільському й Чернівецькому регіонах; найвищі рангові місця посідатимуть Севастополь (14,7), Київська (14,1), Запорізька області (12,0 на 10 тис. нас.). Водночас спостерігатиметься зниження показника як по всій Україні, так і в АР Крим, Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях, Києві й Севастополі; найнижчі місця займатимуть Хмельницький (5,3), Чернівецький (5,8), Івано-Франківський регіони (6,5 на 10 тис. нас.).

Дещо інші відмінності спостерігались серед населення працездатного віку. Показник первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок ЗН за останнє десятиріччя в середньому становив 8,6 на 10 тис. нас., у 2011 році в порівнянні з 2002 роком він зріс на 11,1% та складає

сьогодні 9,0 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності працездатного населення за вказаний термін посідали Чернігівська (11,0), Київська (10,6) й Полтавська (10,4); найнижчі – Чернівецька (6,3), Львівська (7,4) області та АР Крим (7,6 на 10 тис. нас.). Найбільше зростання даного показника за цей період спостерігалось у Одеському (39,3 %), Харківському (36,8 %) і Тернопільському (30,8 %); найзначніше зниження – у Житомирському (28,9 %) і Львівському (19,0 %) регіонах.

Існуючі форми аналізу динаміки інвалідності дещо громіздкі та висвітлюють динаміку лише за один рік. Динаміка первинної інвалідності внаслідок новоутворень, зокрема їх злоякісних форм, серед працездатного населення України у 2011 році характеризувалася підвищенням цього показника у 16 областях та м. Києві.

Найбільше зростання первинної інвалідності зафіксовано у м. Київ (9,8; на 19,5 %), Запорізькій (11,4; на 14 %), Тернопільській (10,9; на 10,1 %), Дніпропетровській (9,8; на 8,9 %), Миколаївській (10,1; на 8,6 %), Донецькій (9,2; на 7 %) областях. Цей показник у 2011 році у порівнянні із попереднім роком зменшився в 7 областях та м. Севастополі. Значне зниження рівня первинної інвалідності внаслідок новоутворень серед працездатного населення спостерігається у Хмельницькій (8,4; на 25 %), Одеській (8,2; на 8,5 %), Чернівецькій (6,5; на 9,2 %) областях. Найвищі показники первинної інвалідності в 2011 році зафіксовані у Чернігівській (12,1), Запорізькій (11,4), Сумській (11,2), Київській (11,1), Херсонській (10,9), Тернопільській (10,9) областях. У всіх цих регіонах, крім Херсонської області, у порівнянні із 2010 роком було зростання первинної інвалідності внаслідок вищевказаної патології. Водночас, найменші показники мали Чернівецька (6,5), Львівська (6,9), Одеська (8,2), Житомирська (8,0), Хмельницька (8,4) області та АР Крим (8,4). У всіх цих регіонах, крім АР Крим (зростання на 5 %), відзначено зниження цього показника, у порівнянні з 2010 роком. Стабільним цей показник визначався лише у Кіровоградській області (9,6) [7].

Дані статистичної звітності за 2011 рік свідчать, що перші рангові місця за рівнем первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок ЗН займали Чернігівська (11,4), Запорізька (10,9) і Сумська (10,7); останні – Чернівецька (6,2), Львівська (6,8), Житомирська (7,6 на 10 тисяч нас.) області. Найвищою «скрита» інвалідність була у Черкаському, Херсонському, Чернівецькому, Одеському, дещо нижчою – у Житомирському, Закарпатському, Кіровоградському, Луганському, Львівському, Полтавському, Хмельницькому регіонах. Високий рівень інвалідності (9,7 – 11,5 на 10 тис. нас.) був у Полтавському, Рівненському, Сумському, Тернопільському, Херсонському, Черкаському, Чернігівському регіонах і Севастополі; низький рівень (6,8 – 8,1 на 10 тис. нас.) – в АР Крим, Житомирській, Львівській, Одеській, Хмельницькій, Чернівецькій областях. Відносний ризик зростання показника первинної інвалідності населення у працездатному віці внаслідок ЗН був високим у Чернігівській (1,3), Запорізькій, Київській, Херсонській, Черкаській (по 1,2), Вінницькій, Дніпропетровській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Тернопільській областях і Севастополі (по 1,1).

За розрахунковими даними щодо цієї патології передбачається зростання показника первинної інвалідності населення працездатного віку як по всій Україні, так і в АР Крим, Вінницькій, Волинській, Донецькій, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях; найвищі рангові місця посідатимуть Чернігівський (11,6), Черкаський та Сумський (по 11,0 на 10 тис. нас.) регіони. Водночас спостерігатиметься зниження цього показника у Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Київській областях і Севастополі; найнижчі рангові місця займатимуть Львівський (6,7), Чернівецький (7,1) та Житомирський регіони (7,5 на 10 тис. нас.).

Таким чином, сьогодні спостерігається зростання рівня первинної інвалідності

внаслідок новоутворень, зокрема їх злоякісних форм, серед дорослого та працездатного населення в більшості регіонів країни у порівнянні з попередніми роками. Своєчасна на ранній стадії діагностика новоутворень дасть можливість проводити радикальне комплексне лікування та підвищить його ефективність, що сприятиме покращенню динаміки первинної інвалідності внаслідок новоутворень в Україні.

Література

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру України – 2011. – № 12. – 117 с.
2. Бондарь Г. В. Онкологическая помощь в Украине / Г. В. Бондарь, Л. Н. Кузнецова // НАМН України. – 2011. – Т. 17. – № 1. – С. 26–29.
3. Кендалл М. Многомерный статистический анализ и временные ряды / М. Кендалл, А. Стюарт. – Москва: Наука, 1976. – 736 с.
4. Крижанівська А. Е. Роль сучасних методів діагностики онкологічних захворювань в персоналізації лікування / А. Е. Крижанівська, В. Р. Романчук // Онкологія. – Т. 14. – № 2. – 2012. – С. 161–162.
5. Лукашин Ю. П. Адаптивные методы краткосрочного прогнозирования временных рядов:

Учеб. пособие / Ю. П. Лукашин. – Москва: Финансы и статистика, 2003. – 416 с.

6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009 рік (Аналітико-інформаційний довідник) / [В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.]; за ред. В. М. Князевича. – Д.: Пороги, 2010. – 127 с.

7. 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.

8. Інформаційна технологія аналізу динаміки інвалідності: навчально-методичний посібник / М. К. Хобзей, А. В. Іпатов, І. В. Дроздова [та інш.]. – Д.: Пороги, 2012. – 269 с.

9. Статистика инвалидности. – Режим доступу: http://rosspolit.ru/socialnaya_politika/rabota-s-invalidami/statistikainvalidnosti.html.

10. Тимофеев И. В. Почечно-клеточный рак в России в 2008 г. / И. В. Тимофеев, Е. М. Аксель // Злокачественные опухоли. – 2011. – № 1. – С. 6–16.

11. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006 / J. Ferlay, P. Autier, M. Boniol [et al.] // Ann. Oncol. – 2008. – Vol. 18 (3). – P. 581–592.

12. Davydov M. J. Cancer statistics in Russia and CIS in 2008 / M. J. Davydov, E. M. Aksel // J. of N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS. – 2010. – № 2. – P. 48–49.



УДК 616-036.86

ДО ПОНЯТТЯ «ІНВАЛІДНІСТЬ»

І. Я. Ханюкова

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

Резюме

В статті изложена история возникновения понятия «инвалидность». Рассмотрены социальный, юридический и медицинский аспекты инвалидности.

Ключевые слова: инвалидность, категория, дефиниция.

Summary

The article describes the history of the conception of "disability." The social, legal and medical aspects of disability.

Keywords: disability, conception, category, definition.

Латинське слово «інвалід» (invalid) буквально означає «непридатний» і служить для характеристики осіб, які внаслідок захворювання, поранення, каліцтва мають

обмеження життєдіяльності. В російській мові це слово з'явилося уперше у XVIII столітті. Спочатку інвалідами називали колишніх військовослужбовців, які за ста-