

УДК 616-036.86:616.3

## СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ

Професор А. В. Іпатов, Н. О. Гондуленко,  
С. С. Паніна, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова

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

### Резюме

*В статті проведено аналіз стану первинної інвалідності дорослого і трудоспособного населення внаслідок захворювань печінки, жовчного міхура та підшлункової залози в Україні за 2011–2012 роки з урахуванням вікової та групової структури. Виділено регіони з найвищими рівнями інвалідності внаслідок захворювань печінки, жовчного міхура та підшлункової залози та негативними тенденціями їхнього зростання, що вимагає подальшого моніторингу інвалідності та удосконалення профілактичних реабілітаційних заходів.*

**Ключові слова:** *захворювання печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, первинна інвалідність.*

### Summary

*The article analyzes the state of the primary disability of adult and employable population due to diseases of the liver, gall bladder and pancreas in Ukraine for 2011–2012 years, taking into account its age and group structure. There were allocated the regions with the highest levels of disability due to disease of the liver, gall bladder and pancreas, and negative trends in their growth, and it requires further monitoring of disability and improvement of preventive and rehabilitative measures.*

**Key words:** *diseases of the liver, gall bladder and pancreas, primary disability.*

Патологія органів травлення посідає одне з провідних місць у структурі захворюваності та інвалідності. Хвороби органів шлунково-кишкового тракту, особливо хвороби печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, залишаються однією з основних причин тимчасової та стійкої непрацездатності [1, 2]. Рівень смертності від хронічних захворювань печінки мешканців України перевищує аналогічні показники як економічно розвинених країн, так і країн, що розвиваються [3, 4].

Соціально-економічна значущість проблеми дифузних захворювань печінки, крім їхнього широкого поширення, обумовлена ураженням осіб працездатного віку. У цьому зв'язку відновлення фізичного, психічного й соціального статусу хворих на хронічні дифузні захворюваннями печінки набуває загальнодержавного значення [5].

Ці фактори обумовлюють також важливість проведення своєчасної медико-соціальної експертизи обмежень життєдіяльності й ранньої реабілітації пацієнтів [6].

Незважаючи на соціальну значущість розглянутої проблеми, дотепер комплексного вивчення захворюваності й різних аспектів інвалідності внаслідок даної патології, їхньої соціально-гігієнічної характеристики, а також інших факторів, що впливають на формування інвалідності й обумовлюють реабілітацію цього контингенту інвалідів, не проводилося.

**Мета роботи** – аналіз медико-соціальних аспектів первинної інвалідності дорослого населення

та у працездатному віці внаслідок захворювань печінки, жовчного міхура та підшлункової залози в Україні протягом 2011–2012 років.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження є державна статистична звітність медико-соціальних експертних комісій України за формою № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної та соціально-трудова реабілітації за рік» за 2011–2012 роки з усіх 27 адміністративних територій України та загалом по Україні.

Проведено математичну обробку даних із розрахунками інтенсивних показників первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення та у працездатному віці, екстенсивних показників розподілу первинної інвалідності за тяжкістю інвалідності та віком [1, 2].

### Результати дослідження та їх обговорення

Упродовж останніх років в Україні спостерігається стабілізація показників первинної інвалідності внаслідок захворювань органів травлення як серед дорослого населення, так і серед населення працездатного віку – 1,2 на 10 тисяч дорослого та 1,6 на 10 тисяч працездатного населення.

У 2012 році в Україні серед дорослого населення первинно визнано інвалідами внаслідок захворювань органів травлення 4355 осіб (1,2 на 10 тис.), що на 130 осіб менше порівняно з минулим роком, з них 4048 (1,6 на 10 тис.) осіб у працездатному віці, що на 59 осіб менше порівняно з 2011 роком.

Стабільно високим залишається рівень первинної інвалідності внаслідок захворювань органів трав-

лення в Чернівецькій області (2,5 для дорослого населення у 2011–2012 рр.; 3,3 в 2011 р. та 3,4 у 2012 р. серед населення працездатного віку), що майже в 2 рази перевищує середній показник по країні. Найпомітніше зростання рівня інвалідності серед дорослого населення спостерігається у Хмельницькій області (на 30,8 %), в якій показники інвалідності за 2011–2012 рр. склали 1,3–1,7 на 10 тис. дорослого населення.

Стабільно низькі показники протягом 2011–2012 рр. спостерігаються у Сумській (0,7–0,6), Харківській (0,8–0,6) областях та м. Києві (0,8).

Виявлено зниження рівня первинної інвалідності серед дорослого населення внаслідок хвороб органів травлення у Вінницькій (1,6–1,2) та Житомирській областях (1,7–1,5). Це можна пояснити поліпшенням якості лікувально-діагностичної допомоги та експертного процесу в даних регіонах.

Аналізуючи питому вагу хвороб органів травлення в структурі первинної інвалідності населення за формами захворювань протягом 2011–2012 років, слід відзначити її стабільність серед дорослого населення (2,5 %) та незначне зростання серед населення працездатного віку. Так, якщо серед населення працездатного віку загалом по Україні

на хвороби органів травлення припадало у 2011 році 2,9 %, то у 2012 році цей показник склав 3,0 %.

Основними чинниками первинної інвалідності внаслідок захворювань органів травлення є захворювання печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, зокрема, це цирози печінки та хронічні гепатити, насамперед вірусні. Хвороби печінки, жовчного міхура та підшлункової залози також мають досить значну питому вагу і складають відповідно 1,7 % у структурі дорослого населення та 2,0 % – населення працездатного віку.

Рівень інвалідності внаслідок цієї патології теж високий у Чернівецькій області і становив у 2011–2012 рр. 2,4–2,5 на 10 тисяч працездатного населення. Тривожна ситуація ускладнюється гіподіагностикою вірусних гепатитів – так, за офіційними даними, на Буковині за 2012 рік зареєстровано лише 12 нових випадків гепатиту С. Нерідко захворювання діагностується на пізній стадії, коли методи лікування є малоєфективні. Викликає тривогу зростання рівня інвалідності у Хмельницькій області – порівняно з 2010–2011 рр. рівень інвалідності зріс на 25 %, і теж за рахунок патології печінки та жовчного міхура.

Таблиця 1

Первинна інвалідність унаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози в Україні за 2012 рік

Адміністративні території	Доросле населення		Населення працездатного віку	
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.
АР Крим	91	0,6	80	0,7
Вінницька	96	0,7	87	1,0
Волинська	78	1,0	74	1,3
Дніпропетровська	180	0,7	168	0,9
Донецька	298	0,8	290	1,1
Житомирська	121	1,2	117	1,7
Закарпатська	128	1,3	123	1,7
Запорізька	124	0,8	113	1,1
Івано-Франківська	108	1,0	104	1,3
Київська	108	0,8	103	1,0
Кіровоградська	73	0,9	66	1,2
Луганська	129	0,7	114	0,9
Львівська	209	1,0	185	1,3
Миколаївська	80	0,8	75	1,1
Одеська	186	1,0	177	1,3
Полтавська	101	0,8	91	1,1
Рівненська	78	0,9	76	1,2
Сумська	43	0,4	42	0,6
Тернопільська	76	0,9	72	1,2
Харківська	96	0,4	89	0,6
Херсонська	63	0,7	58	0,9
Хмельницька	104	1,0	95	1,3
Черкаська	88	0,8	78	1,1
Чернівецька	136	1,9	131	2,5
Чернігівська	82	0,9	75	1,3
м. Київ	78	0,3	78	0,5
м. Севастополь	23	0,7	18	0,8
В Україні 2012 р.	2977	0,8	2779	1,1

Стабільно низькими впродовж двох років залишаються показники інвалідності у м. Києві – 0,5 на 10 тисяч працездатного населення, що зумовлено наявністю сучасних гепатологічних центрів та високою якістю реабілітації пацієнтів. Позитивним є зниження рівня інвалідності по Житомирській області – порівняно з 2011 р. відбулося зниження на 16 %.

Щодо вікового складу інвалідів унаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової за-

лози (табл. 2), слід відзначити, що переважну кількість (93,4 %) складають особи працездатного віку. Питома вага осіб пенсійного віку становить лише 6,6 % від загальної чисельності вперше визнаних інвалідами. Проте в деяких регіонах кількість осіб пенсійного віку сягає більш високих значень. Так, наприклад, у м. Севастополі у 2012 році кількість осіб пенсійного віку досягла 21,7 %, у АР Крим – 12,1 %, у Луганській – 11,6 %, Львівській – 11,5 % та Черкаській області – 11,4 %.

Таблиця 2

Розподіл первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози за віком у розрізі областей України за 2012 рік

Адміністративні території	Вікові категорії							
	працездатний вік						пенсійний вік	
	усього		до 39 років включно		від 40 до 55 (ж) та до 60 (чол.)		жінки 55 років та старші, чоловіки 60 років та старші	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АР Крим	80	87,9	27	29,7	53	58,2	11	12,1
Вінницька	87	90,6	27	28,1	60	62,5	9	9,4
Волинська	74	94,9	34	43,6	40	51,3	4	5,1
Дніпропетровська	168	93,3	36	20,0	132	73,3	12	6,7
Донецька	290	97,3	99	33,2	191	64,1	8	2,7
Житомирська	117	96,7	53	43,8	64	52,9	4	3,3
Закарпатська	123	96,1	33	25,8	90	70,3	5	3,9
Запорізька	113	91,1	31	25,0	82	66,1	11	8,9
Івано-Франківська	104	96,3	32	29,6	72	66,7	4	3,7
Київська	103	95,4	38	35,2	65	60,2	5	4,6
Кіровоградська	66	90,4	19	26,0	47	64,4	7	9,6
Луганська	114	88,4	35	27,1	79	61,3	15	11,6
Львівська	185	88,5	62	29,7	123	58,8	24	11,5
Миколаївська	75	93,8	25	31,3	50	62,5	5	6,2
Одеська	177	95,2	39	21,0	138	74,2	9	4,8
Полтавська	91	90,1	27	26,7	64	63,4	10	9,9
Рівненська	76	97,4	26	33,3	50	64,1	2	2,6
Сумська	42	97,7	17	39,5	25	58,2	1	2,3
Тернопільська	72	94,7	22	28,9	50	65,8	4	5,3
Харківська	89	92,7	22	22,9	67	69,8	7	7,3
Херсонська	58	92,1	21	33,4	37	58,7	5	7,9
Хмельницька	95	91,3	26	25,0	69	66,3	9	8,7
Черкаська	78	88,6	24	27,3	54	61,3	10	11,4
Чернівецька	131	96,3	24	17,6	107	78,7	5	3,7
Чернігівська	75	91,5	24	29,3	51	62,2	7	8,5
м. Київ	78	100,0	26	33,3	52	66,7	–	–
м. Севастополь	18	78,3	5	21,8	13	56,5	5	21,7
В Україні	2779	93,4	854	28,7	1925	64,7	198	6,6

Це, ймовірно, можна пояснити регіональними особливостями соціально-пільгового забезпечення пенсіонерів-інвалідів, але наявна тенденція потребує подальшого вивчення. Серед уперше визнаних інвалідами найбільше осіб віком від 40 до 55 років (жінки) та 60 (чоловіки), що складає 64,7 % від загальної чисельності інвалідів. Більшим від середнього значення цей показник був у Чернівецькій (78,7 %), Одеській (74,2 %), Дніпропетровській (73,3 %), Закарпатській (70,3 %) областях.

Хворих, визнаних інвалідами віком до 39 років було 28,7 %. Інвалідність серед осіб молодого віку може бути зумовлена більш високим рівнем поширення вірусних гепатитів у цій віковій категорії населення. Обмеження життєдіяльності у таких хворих пов'язано з швидко прогресуючим перебігом захворювання, несвоєчасною діагностикою захворювань, розвитком тяжких ускладнень. Проте встановлення груп інвалідності пацієнтам молодого віку нерідко здійснюється не тільки за медичними, а й за соціальними факторами – необхідність навчання, здобуття професії, раціонального працевлаштування тощо. Однак у деяких регіонах частка первинно визнаних інвалідами у молодому віці була вищою від середньої по Україні: у Житомирській (43,8 %), Волинській (43,6 %), Сумській (39,5 %). Це можна пояснити різницею експертної тактики при визначенні обмеження життєдіяльності у молодих осіб та неповним використанням ресурсів медичної та професійної реабілітації.

Аналізуючи розподіл хворих за групами інвалідності (табл. 3), слід відзначити, що в структурі інвалідності внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози за 2012 рік переважну кількість становили інваліди III групи – 1639 осіб (55,0 %). Інвалідами другої групи визнані 1175 (39,5 %) хворих, першої – 163 (5,5 %) хворих. Привертає увагу той факт, що в деяких регіонах України переважна кількість хворих визнана інвалідами II групи. Зокрема, це стосується, в першу чергу, АР Крим, де інвалідами II групи визнано 61,5 % хво-

рих, Волинської (53,9 %), Луганської (53,5 %) областей, м. Севастополя (52,2 %), Київської (51,9 %) та Полтавської (51,5 %), Одеської (50,5 %) областей. Вища від середньої питома вага інвалідів другої групи зафіксована в м. Києві (50,0 %), Миколаївській (47,5 %), Донецькій (45,6 %), Дніпропетровській (45,0 %) областях. Інвалідами II групи внаслідок захворювань печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, як правило, визнаються хворі з тяжкими ускладненнями захворювання. Висока частка інвалідів II групи в деяких регіонах свідчить, з одного боку, про наявність недоліків у наданні медико-соціальної допомоги хворим, та, з іншого боку, передчасним установами II групи інвалідності в деяких випадках.

Стосовно найтяжчої інвалідності I групи, то найбільшу кількість інвалідів I групи зафіксовано у Сумській (11,6 %), Луганській (10,1 %) та Дніпропетровській (10,0 %) областях, що більш ніж удвічі перевищує загальнодержавний показник. Високий рівень питомої ваги інвалідів першої групи зафіксовано також у м. Києві (9,0 %), м. Севастополі (8,7 %), Рівненській (17,2 %), Київській (6,4 %) областях.

З метою профілактики, стабілізації та зниження рівня інвалідності внаслідок захворювань печінки, жовчного міхура та підшлункової залози необхідним є впровадження сучасних рекомендацій з діагностики та лікування цієї патології, зокрема, активне визначення інфікованості вірусними гепатитами, особливо у осіб, які знаходяться в групі ризику, моніторинг перебігу захворювання з метою попередження розвитку тяжких ускладнень.

Необхідно удосконалити існуючі критерії медико-соціальної експертизи при захворюваннях печінки, жовчного міхура та підшлункової залози з урахуванням новітніх можливостей терапії, діагностики та контролю перебігу захворювання, а також запровадження єдиних експертних підходів по регіонах України.

Таблиця 3

Розподіл первинної інвалідності дорослого населення внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози за групами інвалідності у розрізі областей України за 2012 рік (у %)

Адміністративні території	Первинно визнані інвалідами				
	усього	I група		II група	III група
		у тому числі			
		1 А	1 Б		
1	2	3	4	5	6
АР Крим	1,1	–	1,1	61,5	37,4
Вінницька	5,2	1,0	4,2	29,2	65,6
Волинська	5,1	1,3	3,8	53,9	41,0
Дніпропетровська	11,1	1,1	10,0	45,0	43,9
Донецька	3,0	0,3	2,7	45,6	51,4
Житомирська	7,4	3,3	4,1	27,3	65,3

1	2	3	4	5	6
Закарпатська	6,3	0,8	5,5	32,0	61,7
Запорізька	5,7	–	5,7	41,1	53,2
Івано-Франківська	5,5	0,9	4,6	30,6	63,9
Київська	7,4	1,8	5,6	51,9	40,7
Кіровоградська	5,5	–	5,5	39,7	54,8
Луганська	12,4	2,3	10,1	53,5	34,1
Львівська	5,3	1,5	3,8	28,2	66,5
Миколаївська	5,0	1,2	3,8	47,5	47,5
Одеська	1,6	–	1,6	50,5	47,9
Полтавська	7,9	2,0	5,9	51,5	40,6
Рівненська	6,4	–	6,4	28,2	65,4
Сумська	13,9	2,3	11,6	34,9	51,2
Тернопільська	1,3	–	1,3	21,1	77,6
Харківська	5,2	–	5,2	36,5	58,3
Херсонська	1,6	–	1,6	39,7	58,7
Хмельницька	2,9	1,9	1,0	26,0	71,1
Черкаська	3,4	1,1	2,3	31,8	64,8
Чернівецька	0,7	–	0,7	28,0	71,3
Чернігівська	6,1	1,2	4,9	24,4	69,5
м. Київ	10,3	1,3	9,0	50,0	39,7
м. Севастополь	8,7	–	8,7	52,2	39,1
В Україні	5,5	1,0	4,5	39,5	55,0

### Висновки

1. Патологія органів травлення посідає значне місце в структурі первинної інвалідності і обумовлює 1,2% інвалідності дорослого населення та 1,6% – населення працездатного віку.

2. Хвороби печінки, жовчного міхура та підшлункової залози також мають досить значну питому вагу і складають відповідно 1,7% у структурі дорослого населення та 2,0% – населення працездатного віку.

3. В Україні протягом 2011–2012 років зафіксовані стабільні показники первинної інвалідності із захворювань печінки, жовчного міхура та підшлункової залози. Стабільно найвищі показники протягом трьох років спостерігалися у Чернівецькій області. Низький рівень первинної інвалідності серед працездатного населення впродовж трьох років із зниженням інтенсивного показника зафіксовано у м. Києві, Харківській, Сумській областях та АР Крим.

4. Моніторинг первинної інвалідності населення України внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози констатує тенденції до її стабілізації як серед дорослого населення, так і серед населення працездатного віку, та дозволяє виділити регіони, що потребують пильнішої уваги гастроентерологів до ранньої діагностики і лікування хвороб даного профілю, поліпшення якості диспансерного нагляду хворих.

5. Майже третину від загальної чисельності вперше визнаних інвалідами складають особи молодого віку до 39 років включно (28,7%). У деяких регіонах, зокрема, Житомирській, Волинській та Сумській областях кількість первинно визнаних інвалідами у молодому віці значно перевищує середній показник, що не може не турбувати і потребує збільшення використання ресурсів медичної та професійної реабілітації. Викликає занепокоєння досить висока питома вага інвалідності II групи, яка в деяких регіонах сягає майже половини, що може бути зумовлено як розвитком тяжких ускладнень, так і недоліками у наданні медико-соціальної допомоги хворим, зокрема, передчасним установам II групи інвалідності в деяких випадках.

6. З метою зниження рівня інвалідності внаслідок захворювань печінки доцільним є створення реєстру щодо захворюваності та розповсюдженості гепатиту С на регіональному та державному рівнях; затвердження Національної програми з протидії поширенню вірусних гепатитів; розробка та затвердження протоколів лікування гепатитів та цирозів печінки, які відповідатимуть міжнародним стандартам; попередження розвитку тяжких інвалідизуючих ускладнень цирозу печінки, розвитку печінкової недостатності; зниження вартості обстеження та лікування хворих, а також запровадження єдиних експертних підходів по регіонах України.

### Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік: 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.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2012 рік: аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012 – 150 с.
3. Бабак О. Я. Фиброз печени: современные представления о механизмах, способах диагностики и лечения / О. Я. Бабак, Е. В. Колесникова, Н. А. Кравченко // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 2 (46). – С. 5–15.
4. Передерий В. Г. Практическая гастроэнтерология / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. – Винница: Нова книга, 2011. – 776 с.
5. Щуров В. В. Медико-социальная характеристика заболеваемости и инвалидности вследствие хронических диффузных заболеваний печени и современные подходы к комплексной реабилитации инвалидов на региональном уровне / В. В. Щуров: автореф. канд. дисс. – Москва, 2012.
6. Паніна С. С. Причини інвалідності внаслідок хронічного гепатиту / С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна та ін. // Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник. – Дніпропетровськ: Журфонд, 2008. – С. 20–24.



УДК 616-036.86:616.12

## СТАН ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

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

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

### Резюме

*Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения является основной инвалидизирующей патологией в Украине среди взрослого населения и в трудоспособном возрасте. Целью исследования стал анализ первичной инвалидности в Украине вследствие болезней системы кровообращения в 2010–2012 годах. Определены основные направления развития медицинской экспертной и реабилитационной помощи больным кардиологического профиля в Украине.*

**Ключевые слова:** болезни системы кровообращения, первичная инвалидность, медико-социальная экспертиза, показатели статистической отчетности.

### Summary

*Disability due to diseases of cardiovascular system is the main disabling pathology in Ukraine among the adult population of working age. The study purpose was analysis of primary disability in Ukraine due to diseases of cardiovascular system during 2010–2012 years. The main development directions of medical expert and rehabilitative assistance to cardiological patients in Ukraine were defined.*

**Keywords:** diseases of cardiovascular system, primary disability, medical social examination, data of statistical reports.

Проблема патології серцево-судинної системи є найбільш актуальною в сучасній медицині, що пов'язано з прискоренням темпу життя, зі зростанням психоемоційного напруження і, водночас, зі зниженням фізичної активності населення. Хвороби системи кровообігу є мультикаузальною патологією. Серцево-судинні захворювання складають найбільш поширену групу в структурі захворювань у більшості країн світу. Україна, нажал, також

знаходиться серед держав, що поділяють сумну першість серед європейських країн за кількістю смертей від серцево-судинних захворювань. Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні є несприятливою. Прогресуюча депопуляція призводить до негативних якісних зрушень у розподілі за віком – його старіння. Так, за даними МОЗ України, поширення хвороб системи кровообігу продовжує зростати: кількість дорослих із захворюван-