

7. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин // Журнал неврологии и психиатрии. – Вып. 2, № 12. – 2010.

8. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – М.: Медицинская литература. – 2009. – 560 с.

9. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ, Женева, 2001.

10. Захаров В. В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения / В. В. Захаров. – Cons. med. – 2011. – № 13 (2). – С. 98–106.

11. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-ое издание. – СПб: Питер, 2008. – 496 с.

12. Евстигнеев В. В. Когнитивные нарушения в неврологической практике: научно-методическое пособие / В. В. Евстигнеев, О. В. Кистень, Е. А. Юршкевич и др.; под ред. проф. В. В. Евстигнеева. – Мн.: Белпринт, 2009. – 224 с.

13. Васильченко Н. И. Алгоритм диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов, перенесших мозговой инсульт / Н. И. Васильченко // Материалы 3-й научно-практической конференции «Здоровье для всех» (Пинск, 2011 г.). – С. 44–46.

14. Лаврова Д. И. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д. И. Лаврова, М. М. Косичкин, О. С. Андреева и др. – Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – № 3. – 2004. – С. 10–14.



УДК 616.37-001, 616.37-089, 614.29

ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ

А. В. Косинський, Д. Л. Бузмаков

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Резюме. В статті проведено аналіз структури, рівня первичної і накопленої інвалідності (НИ) і їх динаміка за 7 лет в результаті патології підшлункової залози (ПЖ) в Україні. Рівень первичної інвалідності (ПІ) внаслідок патології ПЖ склав 3 на 100 тис. трудоспособного населення і залишався незмінним в течение 7 останніх лет. К ПІ в 88,6 % випадків приводив хронічний панкреатит. У 30,1 % хворих інвалідизація настала в трудоспособному віці до 40 лет, у 30,0 % інвалідів визначалась тяжела інвалідність. При панкреатогенних кистах спостерігався найбільший серед усіх патологій ПЖ термін перебування на групі інвалідності (до 4 лет) і найнижчий показник повної реабілітації (1,2 %), а рівень НИ при даній патології погіршився за 7 лет в 2,4 рази. Удосконалення критеріїв визначення обмеження життєдіяльності і розробка нових ефективних способів реабілітації дозволить в подальшому знизити рівень інвалідизації при патології ПЖ.

Ключевые слова: патология поджелудочной железы, панкреатический свищ, киста поджелудочной железы, инвалидность.

Summary. The article analyzed the structure of primary and accumulated disability (AD) and their dynamics in 7 years due to pathology of the pancreas (PP) in Ukraine. The level of primary disability (PD) due to PP amounted to 3 in 100 thousand working population and remained unchanged over the last 7 years. By PD in 88,6 % of cases resulted in chronic pancreatitis. Disability occurred in patients with of working age to 40 years in 30,1 % of cases, 30,0 % was determined severe disability. The highest term of disability (4 years) and lowest index of complete rehabilitation (1,2 %) had pancreatic cysts among all the pathology of pancreatic, and the level of AD in this pathology worsened for 7 years by 2.4 times. Improving criteria for disability determine and development of new effective methods of rehabilitation will further reduce disability in the PP.

Keywords: pancreatic pathology, pancreatic fistula, pancreatic cyst, disability.

Вступ. За останні п'ять років кількість хворих з патологією підшлункової залози збільшилася майже вдвічі із тенденцією до поширення захворюваності серед осіб молодого та працездатного віку [1, 2]. Ці показники обумовлюють важливість та актуальність питань діагностики, лікування та реабілітації хворих на дану патологію [3]. Залишаються дискусійними питання тактики ведення цих хворих, а аспекти лікування іноді бувають суперечливими [4]. Однак науковці одноставно визначають, що результати лікування хворих з патологією ПЗ обумовлюються використанням усіх сучасних методів терапії [5, 6]. При цьому безпосередньо після лікування патології ПЗ сучасними методами значно покращуються показники якості життя у хворих [7]. Але під час дослідження віддалених результатів після резекції ПЗ, спостерігався високий (до 25 %) відсоток незадовільних результатів лікування [8].

Таким чином, дослідження та аналіз показників рівня інвалідності за різних нозологій патологій ПЗ із оцінкою результатів застосування сучасних методів та способів лікування дасть змогу оптимізувати не тільки тактику ведення пацієнтів, а й оптимізувати об'єми їхньої реабілітації в подальшому.

Мета дослідження: провести аналіз рівня та структури первинної (ПІ) та накопиченої інвалідності (НІ) внаслідок патології підшлункової залози в Україні, в 2014 році, та в динаміці за 7 років.

Матеріали та методи. Досліджені показники ПІ та НІ внаслідок патології ПЗ, та оцінені результати реабілітації цих хворих за нозологічними групами. Були отримані дані з 23 центрів та бюро медико-соціальної експертизи областей України, міста Київ, за винятком тимчасово окупованих адміністративних регіонів (Автономна Республіка Крим,

м. Севастополь, Донецька і Луганська області). До основних нозологічних форм, що призводили до інвалідації, віднесено хронічний панкреатит (ХП), киста підшлункової залози (КПЗ), панкреатична нориця (ПН). Показники інвалідності оцінювалися за демографічними, соціальними, гендерними критеріями та тяжкістю інвалідності.

Результати та обговорення. В 2014 році рівень ПІ та НІ внаслідок патології ПЗ в Україні становив 0,21 та 0,73 на 10 тисяч дорослого населення, дані показники становили в працездатному віці 0,30 та 1,01 відповідно. Патологія ПЗ у структурі ПІ внаслідок захворювань печінки, ПЗ та жовчовивідних шляхів складала 27,7 % серед інвалідів усіх вікових категорій і 28,7 % інвалідів були в працездатному віці.

Показники НІ в період з 2008 до 2014 року зросли на 11 % у категорії дорослих інвалідів та на 13 % збільшились у працездатному віці за незмінних показників ПІ. Збільшилася питома вага ПІ внаслідок захворювань ПЗ у структурі захворювань печінки, ПЗ та жовчовивідних шляхів на 41 % серед усіх хворих від 18 років і на 45 % – серед пацієнтів працездатного віку.

Усього в 2014 році інвалідами визнано 2800 хворих з патологією ПЗ, серед яких 634 пацієнти – вперше. В структурі ПІ частка ХП складала 88,6 % (562 хворих), КПЗ – 6,3 % (40) та ПН – 5,1 % (32) випадки.

Показник тяжкої інвалідності внаслідок ПН склав 84,4 % оглянутих ($p > 0,01$), внаслідок КПЗ становив 32,5 %, а внаслідок ХП – 26,7 % (табл. 1). Перша група інвалідності найчастіше встановлювалася хворим з кістами ПЗ у 3 (7,5 %) осіб, а також норицями – 2 (6,3 %), рідше внаслідок ХП – 7 (1,2 %) оглянутим.

Таблиця 1

Структура первинної інвалідності внаслідок патології підшлункової залози за нозологіями

Нозологічні форми	Група інвалідності					
	I		II		III	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
ХП, n=562	7	1,2	143	25,5	412	73,3
КПЗ, n=40	3	7,5	10	25,0	27	67,5
ПН, n=32	2	6,3	25	78,1	5	15,6
Всього, n=634	12	1,9	178	28,1	444	70,0

Порівняно з 2008 роком, збільшилася частка хворих на ПН з тяжкою інвалідністю в 1,2 разу, натомість, внаслідок ХП та КПЗ спостерігалась зниження показників у 1,3 та 1,2 відповідно. Інвалідів першої групи серед хворих на ПН було 9,7 %, ХП – 2,3 %, внаслідок КПЗ не було взагалі.

Аналіз структури ПІ за 2014 рік, за статевою належністю, визначив переважання осіб чоловічої статі: 90,6 % унаслідок ПН, 73,5 % – ХП та 70,0 % – КПЗ ($p < 0,001$). З огляду на 2008 рік, кількість інвалідів чоловічої статі збільшилось на 10 % унаслідок нориць і на 2,1 % – хронічного панкреатиту. Показ-

ники рівня ПІ внаслідок кист ПЗ зменшилися на 7,0 % пацієнтів.

Серед хворих, які визнані в 2014 році інвалідами первинно, були мешканцями міст і склали 62,6 % ($p > 0,001$), серед повторно визнаних – 55,5 % хворих ($p > 0,001$). Питома вага міських мешканців серед інвалідів за різних нозологій різнилася. Так, унаслідок ПН показник склав 78,7 % первинно ($p > 0,001$) і 61,4 % – повторно. В 2008 році відсоток первинних інвалідів з міської місцевості склав 63,5 % і майже не змінювався на переоглядах у 62,2 % пацієнтів.

У 2014 році 97,3 % первинно визнаних інвалідами хворих зверталися до медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) у працездатному віці. Найнижча трудова зайнятість зазначена серед інвалідів з КПЗ (15,0 %), найвища – з ПН (50,0 %). У разі повторного огляду частка працевлаштованих інвалідів дещо зменшується (на 2,1 %), при цьому з КПЗ – спостерігалось збільшення до 23,5 %. В 2008 році, за час перебування на інвалідності, втратило роботу близько 44,7 % хворих (до 28,4 %), особливо внаслідок нориць та кист ПЗ зі зменшенням працюючих у 3,3 разу та 1,7 разу відповідно.

Інвалідів внаслідок патології ПЗ працездатного віку в 2014 році було 2703 особи, серед яких 617 (22,8 %) первинно оглянутих МСЕК хворих і 2086 (77,2 %) – повторно.

Найчастіше, в 37,5 % випадках, інвалідність визначалась у осіб середнього віку (40–49 років), особливо з кистами ПЗ (45 %), осіб до 40 років було 30,1 %.

Аналізуючи структуру НІ внаслідок патології ПЗ, виявлено найбільший відсоток інвалідів з ХП – 90,1 % (1952) хворих, менший з КПЗ – 7,9 % (170) та ПН – 2,0 % (44) випадки. Значно збільшився за 7 років рівень хворих НІ внаслідок саме кист ПЗ щодо ПЗ з 1,8 % до 4,3 % хворих у 2014 році.

Хворих з тяжкою НІ майже у 2 рази зменшилось – до 16,5 %, з яких I група встановлювалась у 0,3 % хворих. У половині випадків (52,3 %) до тяжкої інвалідності призводила нориця ПЗ ($p > 0,01$), (табл. 2).

Таблиця 2

Структура накопиченої інвалідності внаслідок патології підшлункової залози за нозологіями

Нозологічні форми	Група інвалідності					
	I		II		III	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
ХП, n=1952	4	0,2	304	15,6	1644	84,2
КПЗ, n=170	0	0	27	15,9	143	84,1
ПН, n=44	2	4,5	21	47,8	21	47,7
Всього, n=2166	6	0,3	352	16,2	1808	83,5

За період з 2008 до 2014 року збільшилася кількість хворих із тяжкою НІ внаслідок нориць ПЗ на 88,8 % хворих. У 2014 році меншими майже у два рази були показники тяжкої інвалідності пацієнтів з кистами та 1,5 разу – з ХП.

Серед повторно оглянутих інвалідів переважали чоловіки – 73,0 % ($p > 0,001$) хворих, а частка інвалідів чоловічої статі з кистами ПЗ за міжкомісійний період зросла з 70,0 % до 83,5 % випадків. Це свідчить про більш тяжкий перебіг захворювань у чоловіків. У 2008 році повторних інвалідів чоловічої статі з норицею ПЗ було на 13,1 % більше, з кистами ПЗ – на 7,8 %, ніж у 2014 році.

Аналіз вікової структури НІ внаслідок патології ПЗ у 2014 році встановив зменшення відсотка інвалідів до 40 років на 29,7 %, порівняно з первинним оглядом у МСЕК.

У структурі ПЗ та НІ внаслідок ХП фіброзна форма ХП мала інвалідизуючі наслідки у 206 (36,7 %) хворих при первинному і 664 (34,0 %) повторному освідченні, вірсунголітаз визначався у 47 (8,4 %) і 134 (6,9 %) інвалідів відповідно. Інші форми ХП призводили до інвалідності у 309 (54,9 %) пацієнтів у структурі ПЗ та 1154 (59,1 %) – НІ. Порівняно з 2008 роком, спостерігалось збільшення кількості первинних інвалідів з фіброзним ХП на 14,3 % і повторних – з вірсунголітазом на 10,8 % випадків.

Досліджена частота цукрового діабету в структурі ПЗ та НІ, як ускладнення патології ПЗ, становила 15,8 % серед первинно оглянутих у МСЕК, з яких з ХП було 92 (16,4 %), осіб з кистами ПЗ – 6 (15,0 %), норицями – 2 (6,3 %). В разі повторного огляду цукровий діабет діагностувався на 42,4 %

частіше (487 осіб). При цьому питома вага діабету в інвалідів з ПН збільшилась у 2,2 разу, з ХП – на 40,9 %, КПЗ – на 17,3 % випадків. Це свідчило про прогресування патологічного процесу із погіршенням ендокринної функції, особливо у хворих з панкреатичними норицями і хронічним панкреатитом.

До освідчення у МСЕК хірургічні втручання на ПЗ виконувались у 299 (47,2 %) пацієнтів з патологією ПЗ, у тому числі: у 248 (44,1 %) хворих на ХП, у 26 (65,0 %) з кистами залози і 25 (78,1 %) осіб з ПН. В разі повторних оглядів частка інвалідів, які перенесли операції на ПЗ, зменшилась до 992 (45,8 %) осіб. Кількість хворих на ХП та КПЗ після хірургічного лікування знизилась і склала 846 (43,3 %) та 110 (64,7 %) осіб відповідно. Показник прооперованих інвалідів з ПН збільшувався на 4,7 % до 36 (81,8 %) пацієнтів.

Зниження відсотка прооперованих інвалідів унаслідок переогляду свідчило про використання в програмі реабілітації цих хворих лише консервативного методу лікування. Показники 2008 року також свідчили про невисоку (51,3 %) питому вагу оперованих первинних інвалідів зі зниженням (до 46,0 %) – серед повторно оглянутих МСЕК в основному за рахунок пацієнтів з КПЗ та ПН.

За аналізом показників середнього терміну перебування на інвалідності визначено, що внаслідок ХП вік складав 3,5 року, КПЗ – чотири і в інвалідів унаслідок ПН – один рік.

Визнання інвалідами хворих з кистами ПЗ тривалий термін є недопустимим, оскільки ця патологія піддається ефективному хірургічному лікуванню. В динаміці за 7 років спостерігалось зрос-

тання рівня накопиченої інвалідності у 2,4 разу. Рівень працевлаштованості також збільшувався на 23,5% серед повторно оглянутих інвалідів у 2014 році.

Отже, в експертизі хворих на патологію ПЗ є необхідність визначення основних інвалідизуючих чинників та удосконалення критеріїв визначення

ступеня обмеження життєдіяльності, особливо за наявності таких нозологічних форм, як фіброзний і калькульозний ХП, а також кист ПЗ.

Проаналізовані дані показників реабілітації інвалідів унаслідок ПЗ (табл. 3). Показники повної реабілітації за різних нозологічних патологій ПЗ суттєво не відрізнялися ($p > 0,05$)

Таблиця 3

Показники реабілітації інвалідів унаслідок патології підшлункової залози за нозологічними формами

Нозологічні форми	Підвищення групи інвалідності, %		Без зміни групи, %	Часткова реабілітація, %		Повна реабілітація, %
	з II на I	з III на II		до II групи	до III групи	
ХП, n=1952	0,1	2,1	89,9	0,5	5,3	2,1
КПЗ, n=170	-	5,3	84,1	-	9,4	1,2
ПН, n=44	-	9,1	77,3	-	9,1	4,5
Всього, n=2166	0,1	2,5	88,7	0,5	5,7	2,1

Показники НІ за тяжкістю мали пряму залежність від показників реабілітації. В разі повторного огляду інвалідів унаслідок патологій ПЗ встановлений високий відсоток (88,7%) стабільної інвалідності. Критеріями ефективності відновного лікування інвалідів були повна та часткова реабілітація (відсутність ознак інвалідності або зменшення її тяжкості). Середній показник повної реабілітації у 2014 році складав 2,1%, найвищим він був у хворих з панкреатичними норицями (4,5%), найнижчим – з кистами ПЗ (1,2%) випадків.

Таким чином, у інвалідів унаслідок патологій ПЗ визначається низький рівень повної і часткової реабілітації за високого рівня стабільної інвалідності. Це свідчить про недостатню ефективність методів відновного лікування цих хворих в Україні.

Висновки

1. В структурі первинної інвалідності внаслідок захворювань печінки та підшлункової залози у 2014 році відсоток інвалідів унаслідок патологій підшлункової залози складав 28,7% із розповсюдженням 3 на 100 тис. працездатного населення. В 88,6% випадках до первинної інвалідизації призводив хронічний панкреатит.

2. Установлено збільшення питомої ваги первинної інвалідизації за останні 7 років унаслідок патологій підшлункової залози в структурі хвороб панкреатогепатобіліарної системи на 41% серед інвалідів дорослого і на 45% працездатного віку.

3. У більшості випадків первинна інвалідизація визначалася в працездатному віці (97,3%) і характеризувалася частим ураженням хворих віком до 40 років – у 30,1% пацієнтів.

4. Хірургічне втручання на підшлунковій залозі до визнання інвалідами перенесли 44,1% хворих на хронічний панкреатит, 65,0% – з кистами і 78,1% – норицями підшлункової залози.

5. Зниження рівня накопиченої інвалідності внаслідок патологій підшлункової залози можливе за умов удосконалення методів медичної реабілітації цих хворих.

Література

1. Губергриц Н. Б. Современные достижения европейской панкреатологии (по материалам 44-й встречи европейского клуба панкреатологов) / Н. Б. Губергриц // Гастроэнтерология. – 2013. – №1 (47). – С. 65–71.

2. Красильников Д. М. Хирургическое лечение больных с хроническим панкреатитом / Д. М. Красильников // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92. – № 4 – С. 465–467.

3. Prevalence pancreatitis and other benign disorders in pancreatoduodenectomy for presumed malignancy of the pancreatic head / M. J. van Heerde, K. Biermann, P. E. Zondervan [et al.] // Digestive Diseases and Sciences, 2012 vol. 57, № 9, pp. 2458–2465.

4. Ульянов Д. Н. Эндоскопические транспиллярные операции на панкреатических протоках / Д. Н. Ульянов // Гастроэнтерология. – 2010. – № 8. – С. 70–76.

5. Chronic Calcific Pancreatitis: Combination ERCP and Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy for Pancreatic Duct Stones / C. Lawrence, M. F. Siddiqi; J.N. Hamilton [et al.] // South Med J. – 2010. – Vol. 103, № 6. – P. 505–508.

6. Definition, diagnosis and therapy of chronic widespread pain and so-called fibromyalgia syndrome in children and adolescents. Systematic literature review and guideline / B. Zernikow, K. Gerhold, G. Bürk [et al.] // Schmerz. – 2012. – Jun, Vol. 26, № 3. – P. 318–330.

7. Evaluation of the quality of life after surgical treatment of chronic pancreatitis / P. Hildebrand, S. Duderstadt, T. Jungbluth, U. J. Roblick [et al.] // JOP. – 2011. – Vol. 12 – № 4. – P. 364–371.

8. Increased Incidence of Benign Pancreatic Pathology following Pancreaticoduodenectomy for Presumed Malignancy over 10 Years despite Increased Use of Endoscopic Ultrasound / S. Yarandi, T. Runge, L. Wang, Z. Liu, Y. Jiang, [et al.] // Division of Digestive Diseases. – 2014. – Vol. 12, № 4. – P. 364–371.