

УДК 616-036.86. 612.17

СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ВРОДЖЕНИХ ТА НАБУТИХ ХВОРОБ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко,
І. М. Зубко, М. М. Ємець, О. С. Маландій, Ю. А. Полницька

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

Резюме

Целью исследования стал анализ динамики показателей первичной инвалидности среди взрослого и трудоспособного населения Украины вследствие ведущих болезней системы кровообращения в 2015–2016 годах. Используются данные ежегодных статистических форм отчетности первичной инвалидности и деятельности медико-социальных экспертных комиссий Украины. Согласно анализу болезни системы кровообращения, в 2016 г. продолжают, как и в последние десятилетия, занимать первое место в структуре причин первичной инвалидности среди взрослого населения Украины и второе – среди трудоспособного на фоне повышения удельного веса злокачественных новообразований. Ведущая роль сердечно-сосудистой патологии в устойчивой потере трудоспособности населения страны определяет необходимость усовершенствования специализированной кардиологической, реабилитационной и медико-социальной помощи.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, первичная инвалидность, динамика, медико-социальная экспертиза.

Summary

The analysis dynamics of primary disability indicators among the adult and able-bodied population of Ukraine as a result of leading diseases of the cardiovascular system in 2015-2016 became the purpose of the study. The data of the annual statistical forms of reporting the primary disability and the activities of the medical and social expert commissions of Ukraine were used. According to the analysis the diseases of the cardiovascular system in 2016 as in the last decades are occupying the first place in the structure of the causes of primary disability among the adult population of Ukraine and the second - among the able-bodied population against the background of an increase specific gravity of malignant neoplasms. The leading role of cardiovascular pathology in the sustainable loss of work capacity of the country's population determines the need to improve specialized cardiological, rehabilitation and medico-social care.

Keywords: cardiovascular diseases, primary disability, dynamics, medical and social expertise.

Вступ. Хвороби системи кровообігу є мультиказуальною патологією. Зміни медико-екологічних стандартів способу життя, соціальний статус, рівень доходів і нерівність в їх розподілі, бідність, високі психоемоційні навантаження, нерівність у розпорядженні ресурсами здоров'я, відмінності в доступності спеціалізованої медичної допомоги – провідні соціальні предиктори хвороб системи кровообігу в сучасній Україні [3, 4, 6–9, 11].

Серцево-судинні захворювання серед усього населення України (за поширеністю) становили у 2015 році 30,9 % від усіх захворювань, серед дорослого населення віком від 18 років – 37,3 %, серед працездатного населення – 24,2 %. Щорічно в Україні народжується близько 4500 дітей з вадами серця. В разі високого рівня захворюваності, інвалі-

дизація і смертність в Україні внаслідок хвороб системи кровообігу значно перевищує аналогічні показники в розвинених країнах [10]. І як наслідок, в 2016 р., як і в останні десятиліття, хвороби системи кровообігу продовжують відігравати головну роль у формуванні загального контингенту інвалідів у країні і посідати перше місце в структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення [1, 2].

Аналіз об'єктивної інформації про динаміку показників первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу є важливим медико-соціальним критерієм суспільного здоров'я, характеризує рівень соціально-економічного розвитку того або іншого регіону країни, екологічний стан території, якість

медико-соціальних, реабілітаційних і профілактичних заходів, що проводяться.

Метою дослідження був аналіз динаміки показників первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення внаслідок провідних хвороб системи кровообігу в Україні в 2015–2016 роках.

Матеріали та методи дослідження

У проведеному аналізі використані дані щорічних статистичних форм звітності первинної інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України, форма № 14 (Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації, наказ МОЗ України від 10.07.2007 р., № 378) за період 2015–2016 років отримані з 24 обласних центрів медико-соціальної експертизи, центральної міської медико-соціальної експертної комісії м. Києва.

Результати дослідження та їх обговорення

У структурі первинної інвалідності дорослого і працездатного населення за формами захворювань хвороби системи кровообігу склали у 2015 р. – 22,4 % і 19,4 % відповідно; у 2016 р. їх питома вага дещо підвищилась (до 22,5 % серед дорослого і 19,8 % – серед працездатного населення). Спостерігається підвищення питомої ваги злякисних новоутворень, що посідають друге рангове місце серед дорослого населення і вперше перше серед працездатного (в 2015 р. – 21,0 % у структурі інвалідності серед дорослого населення, 19,2 % – серед працездатного; в 2016 р. – 22,3 % і 20,7 % відповідно) [1, 2].

Таким чином, у 2016 р. відсутня позитивна тенденція зниження питомої ваги первинної інвалідності населення внаслідок хвороб системи кровообігу, яка намітилася за останні роки, і вони продовжують відігравати провідну роль у формуванні негативних медико-демографічних тенденцій та істотно впливати на основні показники здоров'я: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість і якість життя населення.

Реєструється поступове збільшення контингенту хворих та інвалідів до 39 років, які страждають важкими захворюваннями серцево-судинної системи. Дана тенденція, поперше, є наслідком зростання захворювань органів кровообігу у дітей за останні десяти-

ліття. Слід зазначити, що на підлітковий вік припадає найбільша кількість уперше зареєстрованих захворювань органів кровообігу (141,5 на 10 тис.). Тому саме цей контингент є ваговою базою для формування кардіоваскулярної патології працездатного населення країни. По-друге, спостерігається значне «помолодшання» артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця як наслідків соціальної й економічної нестабільності суспільства. Так, у 2016 році серед уперше визнаних інвалідами внаслідок хвороб системи кровообігу питома вага молодих осіб (до 39 років) склала 6,8 % (в 2011 році – 6,2 %), серед областей ця цифра відрізняється майже удвічі. Так, у Житомирській області – 13,2 %, у Дніпропетровській – 12,0 %.

За даними МСЕК України у 2016 р. хворі з вродженими вадами серця (ВВС), які пройшли огляд і були визнані інвалідами, становили 1,2 на 10 тис. населення, з них хворі з вродженими вадами розвитку клапанного апарату серця та пролапсу мітрального клапана становлять 36 %, тобто 0,43 на 10 тис. населення. Розподіл хворих за групами інвалідності склав: II гр. – 23,3 %; III гр. – 69,8 %; не встановлено інвалідності – 6,9 %. Спостерігається тенденція до збільшення первинної інвалідності при вроджених клапанних вадах серця серед усіх звернень пацієнтів з даною патологією: у 2010 р. – в 90,5 % випадків, у 2016 р. – в 93,1 %. Показники інвалідності внаслідок вроджених клапанних вад серця мають помітні коливання в різних регіонах за однакового поширення патології (від 8,4 % у Харківській області до 1 % – у Херсонській).

У класі хвороб системи кровообігу продовжує превалювати первинна інвалідність внаслідок цереброваскулярної патології. Структура первинної інвалідності дорослого населення та населення у працездатному віці за формами захворювань в Україні за період 2015–2016 років наведена в таблиці 1.

У 2016 р. відбулося незначне зменшення первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу з 9,8 до 9,7 випадку на 10 тис. дорослого населення, порівняно з 2015р., однак, у 2016 р. підвищилися показники з 9,4 до 9,7 випадку на 10 тис. серед населення працездатного віку (табл. 2).

Структура первинної інвалідності серед дорослого населення та у працездатному віці за формами захворювань в Україні за 2015–2016 рр. (%)¹

Нозологічні форми захворювань	Структура первинної інвалідності серед дорослого населення		Структура первинної інвалідності населення у працездатному віці	
	2015	2016	2015	2016
Хвороби системи кровообігу	22,4	22,5	19,4	19,8
із них:				
– гостра ревматична гарячка та хронічні ревматичні хвороби серця	0,4	0,3	0,4	0,3
– гіпертонічна хвороба	0,6	0,8	0,6	0,9
– ішемічна хвороба серця	7,9	7,8	7,4	7,3
– цереброваскулярні хвороби	9,6	9,5	7,8	8,1
– хвороби артерій, артеріол, капілярів та вен	1,7	1,8	1,3	1,2

¹ Без урахування показників АР Крим та м. Севастополя. Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей.

Таблиця 2

Показники первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу на 10 тис. населення (2015–2016 роки)¹

Нозологічні форми захворювань	Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення			Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. населення працездатного віку		
	2015	2016	% зростання	2015	2016	% зростання
Хвороби системи кровообігу	9,8	9,7	-1,0	9,4	9,7	+3,2
із них:						
– гостра ревматична гарячка та хронічні ревматичні хвороби серця	0,2	0,1	-50,0	0,2	0,2	-
– гіпертонічна хвороба	0,3	0,4	+33,3	0,3	0,4	+33,3
– ішемічна хвороба серця	3,5	3,4	-2,9	3,6	3,6	-
– цереброваскулярні хвороби	4,2	4,1	-2,4	3,8	3,9	+2,6
– хвороби артерій, артеріол, капілярів та вен	0,8	0,8	-	0,6	0,6	-

¹ Без урахування показників АР Крим, м. Севастополя, Донецької та Луганської областей.

За останні роки зниження первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу відбувалося за всіма нозологічними одиницями, крім ішемічної хвороби серця серед працездатного населення. Однак, у 2016 р. намітилася негативна тенденція щодо збільшення показників інвалідності при гіпертонічній хворобі і цереброваскулярних хворобах серед працездатного населення.

Значущість інвалідності внаслідок серцево-судинної патології визначається частотою виникнення і поразкою осіб працездатного віку. Аналіз структури первинної інвалідності осіб працездатного віку внаслідок хвороб системи кровообігу в розрізі областей України на 10 тис. показав, що у 2016 р. продовжує спостерігатися підвищення даних показників у Львівській області – 14,2 (13,6 – в 2015 р.).

Незначне підвищення показників у 2016 р. реєструється у Вінницькій (10,8), Харківській

(11,5), Черкаській (10,8) областях. Дані представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Первинна інвалідність населення у працездатному віці за хворобами системи кровообігу у розрізі областей України за 2015–2016 роки¹

Адміністративні території	Хвороби системи кровообігу 2015 р.		Хвороби системи кровообігу 2016 р.		Відсоток зростання
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.	
Вінницька	963	10,5	993	10,8	+2,9
Волинська	610	10,1	581	9,5	-5,9
Дніпропетровська	1646	8,6	1681	8,9	+3,5
Донецька ²	1170	4,7	1090	9,6	+104,3
Житомирська	684	9,5	661	9,2	-3,2
Закарпатська	693	9,3	669	8,9	-4,3
Запорізька	1030	10,0	1067	10,3	+3,0
Івано-Франківська	817	10,0	852	10,3	+3,0
Київська	848	8,3	913	8,9	+7,2
Кіровоградська	324	5,8	328	5,9	+1,7
Луганська ²	408	3,1	402	9,3	+200,0
Львівська	2046	13,6	2144	14,2	+4,4
Миколаївська	733	10,7	731	10,6	-0,9
Одеська	1221	8,7	1412	10,0	+14,9
Полтавська	829	9,8	895	10,6	+8,2
Рівненська	563	8,4	557	8,2	-2,4
Сумська	452	6,9	508	7,7	+11,6
Тернопільська	559	8,9	542	8,6	-3,4
Харківська	1643	10,0	1881	11,5	+15,0
Херсонська	446	7,1	442	7,1	-
Хмельницька	659	8,8	599	8,0	-9,1
Черкаська	673	9,3	782	10,8	+16,1
Чернівецька	494	9,2	522	9,7	+5,4
Чернігівська	534	9,0	491	8,3	-7,8
м. Київ	1643	9,4	1435	8,2	-12,8
В Україні	21 688 ²	8,6 ²	22 178 ²	9,6 ²	+11,6

¹ Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя

² Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей

Нині близько 41,2 % дорослого населення України має артеріальну гіпертензію. Артеріальна гіпертензія – головний фактор ризику розвитку хвороб системи кровообігу та є нозологічною одиницею в кардіології, яка заслуговує на першочергову увагу не тільки з медико-соціальної точки зору, а й виходячи з реальних можливостей впливу на неї. Однак визнаним фактом є те, що процент осіб з адекватним контролем підвищеного артеріального тиску залишається в популяції низьким, і відповідно, ризику ускладнень залишаються

неконтрольованими [12, 13].

В 2016 р. спостерігається уперше за останні роки підвищення на 33,3 % показників первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби як серед дорослого, так і серед працездатного населення. Найвищі показники первинної інвалідності на 10 тис. населення у працездатному віці внаслідок гіпертонічної хвороби в 2016р. реєструються в Одеській (1,9), Черкаській (1,1), Полтавській, Житомирській (1,0) областях за середнього показника 0,4 (табл. 4).

Таблиця 4

Первинна інвалідність населення у працездатному віці за гіпертонічною хворобою у розрізі областей України за 2015–2016 роки¹

Адміністративні території	Гіпертонічна хвороба 2015 р.		Гіпертонічна хвороба 2016 р.		Відсоток зростання
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.	
Вінницька	82	0,9	75	0,8	-11,1
Волинська	27	0,4	34	0,6	+50,0
Дніпропетровська	27	0,1	39	0,2	+100,0
Донецька ²	19	0,1	15	0,1	-
Житомирська	52	0,7	73	1,0	+42,9
Закарпатська	9	0,1	13	0,2	+100,0
Запорізька	55	0,5	73	0,7	+40,0
Івано-Франківська	21	0,3	19	0,2	-33,3
Київська	11	0,1	12	0,1	-
Кіровоградська	1	0,02	5	0,1	+400,0
Луганська ²	15	0,1	11	0,3	+200,0
Львівська	82	0,5	63	0,4	-20,0
Миколаївська	13	0,2	10	0,1	-50,0
Одеська	107	0,8	271	1,9	+137,5
Полтавська	78	0,9	81	1,0	+11,1
Рівненська	11	0,2	13	0,2	-
Сумська	5	0,1	15	0,2	+100,0
Тернопільська	15	0,2	17	0,3	+50,0
Харківська	-	-	-	-	-
Херсонська	2	0,03	9	0,1	+233,3
Хмельницька	2	0,03	3	0,04	+33,3

Черкаська	29	0,4	83	1,1	+175,0
Чернівецька	3	0,1	4	0,1	-
Чернігівська	15	0,3	8	0,1	-66,7
м. Київ	32	0,2	24	0,1	-50,0
В Україні	713 ²	0,3	970 ²	0,4	+33,3

¹ Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя

² Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей

За останні роки спостерігається зниження гострої ревматичної гарячки та хронічної ревматичної хвороби серця в структурі первинної інвалідності як дорослого, так і працездатного населення по всіх регіонах на 50 % серед дорослого населення (табл. 2). Це свідчить про удосконалення діагностичного та терапевтичного процесів при даній патології, а також зменшення поширеності усіх

форм ревматизму та захворюваність на цю патологію в європейських країнах. Серед адміністративних територій найвищі показники в 2016 р. реєструються в Житомирській, Миколаївській, Рівненській і Чернівецькій областях (0,3 на 10 тис. серед працездатного населення). При цьому у цих регіонах також спостерігалось суттєве зниження показників за останні роки (табл. 5).

Таблиця 5

Первинна інвалідність населення у працездатному віці за гострою ревматичною гарячкою та хронічною ревматичною хворобою серця у розрізі областей України за 2015, 2016 роки¹

Адміністративні території	Гостра ревматична гарячка та хронічна ревматична хвороба серця, 2015 р.		Гостра ревматична гарячка та хронічна ревматична хвороба серця, 2016 р.		Відсоток зростання
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.	
Вінницька	20	0,2	20	0,2	-
Волинська	16	0,3	6	0,1	-66,7
Дніпропетровська	43	0,2	35	0,2	-
Донецька ²	27	0,1	19	0,2	+100,0
Житомирська	20	0,3	24	0,3	-
Закарпатська	10	0,1	8	0,1	-
Запорізька	16	0,2	11	0,1	-50,0
Івано-Франківська	22	0,3	15	0,2	-33,3
Київська	11	0,1	18	0,2	+100,0
Кіровоградська	6	0,1	8	0,1	-
Луганська ²	-	-	5	0,1	-
Львівська	36	0,2	18	0,1	-50,0
Миколаївська	16	0,2	24	0,3	+50,0
Одеська	35	0,2	27	0,2	-
Полтавська	11	0,1	11	0,1	-

Рівненська	18	0,3	20	0,3	-
Сумська	7	0,1	10	0,2	+100,0
Тернопільська	11	0,2	9	0,1	-50,0
Харківська	16	0,1	15	0,1	-
Херсонська	6	0,1	7	0,1	-
Хмельницька	12	0,2	12	0,2	-
Черкаська	14	0,2	8	0,1	-50,0
Чернівецька	11	0,2	15	0,3	+50,0
Чернігівська	17	0,3	7	0,1	-66,7
м. Київ	37	0,2	12	0,1	-50,0
В Україні	438 ²	0,2	364 ²	0,2	-

¹ Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя

² Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей

Питома вага ІХС у структурі серцево-судинних захворювань в Україні складає 27,5 %. За останні десятиліття поширеність ІХС серед українського населення зростає в 3,3 рази. Завдяки розвитку кардіологічної і кардіохірургічної служби в Україні, останнім часом сталися позитивні зміни, що намітили стабільність у показниках первинної інвалідності внаслідок ІХС [5]. Так, питома вага ІХС у структурі первинної інвалідності

дорослого населення зменшилася з 8,5 % у 2011 р. до 7,9 у 2015 р. та 7,8 % у 2016 р.; серед населення працездатного віку позитивної динаміки не реєструється (7,3 % – у 2011 р., 7,4 % – у 2015 р. і 7,3 % – у 2016 р.)

У працездатному віці інвалідність унаслідок ІХС у 2016 р. продовжує перевищувати середні показники у Чернівецькій (5,3) і Львівській (5,4) областях за середнього показника – 3,6 на 10 тис. населення, таблиця 6.

Таблиця 6

Первинна інвалідність населення у працездатному віці
внаслідок ішемічної хвороби серця у розрізі областей України
за 2015, 2016 роки¹

Адміністративні території	Ішемічна хвороба серця, 2015р.		Ішемічна хвороба серця, 2016р.		Відсоток зростання
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.	
Вінницька	358	3,9	381	4,1	+5,1
Волинська	267	4,4	238	3,9	-11,4
Дніпропетровська	649	3,4	683	3,6	+5,9
Донецька ²	456	1,8	363	3,2	+77,8
Житомирська	182	2,5	176	2,4	-4,0
Закарпатська	277	3,7	314	4,2	+13,5
Запорізька	366	3,5	342	3,3	-5,7
Івано-Франківська	328	4,0	342	4,1	+2,5
Київська	319	3,1	309	3,0	-3,2
Кіровоградська	96	1,7	126	2,3	+35,3

Луганська ²	155	1,2	159	3,7	+208,3
Львівська	770	5,1	811	5,4	+5,9
Миколаївська	306	4,5	311	4,5	-
Одеська	399	2,8	401	2,8	-
Полтавська	246	2,9	232	2,7	-6,9
Рівненська	229	3,4	229	3,4	-
Сумська	134	2,0	144	2,2	+10,0
Тернопільська	251	4,0	222	3,5	-12,5
Харківська	685	4,2	775	4,7	+11,9
Херсонська	192	3,1	161	2,6	-16,1
Хмельницька	245	3,3	215	2,9	-12,1
Черкаська	250	3,5	202	2,8	-20,0
Чернівецька	272	5,1	289	5,3	+3,9
Чернігівська	172	2,9	173	2,9	-
м. Київ	702	4,0	638	3,6	-10,0
В Україні, 2015 р. ²	8306 ²	3,3	8236 ²	3,6	+9,1

¹ Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя

² Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей

Слід зазначити, що в останні роки активне використання сучасних стандартів клініко-експертної діагностики хворих на ІХС залишається позитивною тенденцією в практиці роботи кардіоМСЕК і суттєво впливає на якість експертизи в разі даної небезпечної патології. Удосконалення експертно-реабілітаційної тактики стосовно хворих ІХС після ревазуляризації міокарда дає змогу більшості пацієнтів повернутися до означених видів праці. Усе це має значний економічний ефект у кожному конкретному випадку, що особливо важливо у зв'язку з тим, що збільшується щорічно кількість ендovasкулярних та кардіохірургічних втручань по ревазуляризації міокарда [5].

За результатами аналізу в Україні на 2016 рік нараховується 5942 інваліди внаслідок ІХС після ревазуляризації міокарда, що становить 34,4 % від усіх хворих ІХС. Первинна інвалідність унаслідок ІХС після ревазуляризації міокарда становила 1,2 на 10 тис. населення працездатного віку. Накопичена інвалідність становила 1,9 на 10 тис. дорослого населення.

В останні 10 років спостерігається зростання у рази кількості хворих, які перенесли ендovasкулярні та оперативні втручання на серці та звернулися в заклади МСЕК. Так,

у 2006 р. первинно було визнано інвалідами 523 хворих, у 2016 році – 2835, накопичена інвалідність у 2006 р. становила 1306 осіб, а у 2016 р. – 5942.

Серед контингенту, який аналізувався, переважають мешканці міста (67,8 %). У структурі первинної інвалідності даного контингенту майже половина хворих мають другу групу інвалідності (46,3 %). Інвалідами III групи визнано 29,5 % хворих після АКШ та 63,1 % – після стентування коронарних судин, II групу інвалідності встановлено 70,3 % хворим після АКШ і 36,7 % хворим – після стентування.

За адміністративними територіями показники суттєво різні: від 426 інвалідів у м. Києві, до 23 – у Луганській області.

Однак оцінка індивідуальних програм реабілітації інвалідів унаслідок серцево-судинних захворювань, яка проводиться за даними медико-експертної справи і даних обстеження експертних хворих, котрі направляються медико-соціальними експертними комісіями в інститут для визначення ступеня обмежень життєдіяльності, демонструє, що заходи, які проводяться, в основному зводяться до медикаментозної підтримувальної терапії, термінів стаціонарного лікування, ощадного режиму, що передбачають значні обмеження фізичних

і емоційних навантажень, а це усуває сам факт активної участі пацієнта у боротьбі за власне здоров'я і неминуче призводить його до фізичної і психологічної дезадаптації. Недостатня також пропаганда здорового способу життя та значення чинників ризику серцево-судинних захворювань.

Висновки

Отже, в 2016 р. відсутня позитивна тенденція зниження питомої ваги первинної інвалідності населення внаслідок хвороб системи кровообігу, яка склалася за останні роки:

- хвороби системи кровообігу в 2016 р. продовжують, як і в останні десятиліття, посідати перше місце у структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення України і друге – серед працездатного на тлі підвищення питомої ваги злжакісних новоутворень;
- у класі хвороб системи кровообігу продовжує превалювати первинна інвалідність внаслідок цереброваскулярної патології та ішемічної хвороби серця;
- уперше за останні 5 років підвищилась питома вага первинної інвалідності населення внаслідок гіпертонічної хвороби;
- реєструється збільшення кількості молодих осіб (до 39 років), які первинно визнані інвалідами внаслідок хвороб системи кровообігу;
- визначено, що схеми ведення пацієнтів з ВВС до кардіохірургічного втручання і в стаціонарі здаються досить відпрацьованими, однак у подальшому реабілітаційна і медико-соціальна допомога потребує серйозного перегляду, як загалом, так і по окремих складниках.

Провідна роль у стійкій втраті працездатності населення країни визначає пріоритетність питань профілактики серцево-судинних захворювань і подальшого удосконалення спеціалізованої кардіологічної, реабілітаційної і медико-соціальної допомоги. Подальший моніторинг первинної інвалідності внаслідок серцево-судинної патології сприятиме удосконаленню критеріїв медико-соціальної експертизи та розробці програм реабілітаційної допомоги даному контингенту хворих.

Література

1. Іпатов А. В., Мороз О. М., Голик В. А. [та ін.]. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 р.: аналітико-інформаційний довідник / за ред. начальника відділу організації соціальної допомоги окремим категоріям громадян, а також питань МСЕК МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропет-

ровськ: Акцент ПП, 2016. – 162 с.

2. Іпатов А. В., Мороз О. М. [та ін.]. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 р.: аналітико-інформаційний довідник / за ред. начальника відділу організації соціальної допомоги окремим категоріям громадян, а також питань МСЕК МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2017. – 162 с.

3. Іпатов А. В. Поняття інвалідності в аспекті сучасного міжнародного права / А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2015. – № 3 (17). – С. 15–21.

4. Іпатов А. В. Динаміка первинної інвалідності в Україні протягом 2010–2012 років / А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – № 2 (8). – С. 17–20.

5. Лисунець О. М. Медико-соціальна експертиза у пацієнтів з ішемічною хворобою серця після реваскуляризації міокарда / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко [та ін.]. // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2015. – № 2 (16). – С. 12–20.

6. Маноїленко Т. С., Дорогой А. П., Гандзюк В. А. [та ін.]. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема (Аналітико-статистичний посібник) / Під ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. – Київ: «СПД ФО «Коломіцин В. Ю.», 2014. – 279 с.

7. Про становище осіб з інвалідністю в Україні. Національна доповідь / Міністерство соціальної політики України ДУ науково-дослідний інститут соціально-трудова відносин. – Київ, 2013. – 198 с.

8. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітико-статистичний посібник – рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / Під ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. – К., 2011. – 165 с.

9. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П., Крапівна А. А. Сучасні тенденції смертності населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 33–39.

10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно- епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. В. В. Шафранського. – К., 2016. – 452 с.

11. Коваленко В. Н., Долженко М. Н., Несукай Е. Г. [и др.]. Сравнительная характеристика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине и Европе по данным исследования EUROASPIRE IV: госпитальная линия // Український кардіологічний журнал – 2015. – № 4. – С. 17 – 24.

12. Сиренко Ю. Н. Гипертоническая болезнь и артериальные гипертензии. – Донецк: Издатель Заславский А. Ю., 2011. – 288 с.

13. Joseph L. Hypertension primer. The essentials of high blood pressure. Basic science, population science, and clinical management / L. Joseph, Jr. Izzo. – [S.1], 2012. – 593 p.



УДК: 616-001:616.714,159.9; 616-036.86

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК СПОЛУЧНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Д. Д. Богуславський, К. О. Суганяк, О. М. Мороз

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

Резюме

В статье представлены психологические особенности больных и инвалидов вследствие сочетанной черепно-мозговой травмы, изучение мнестических и когнитивных нарушений, а также их влияние на формирование ограничения жизнедеятельности. Даны наиболее информативные методики оценки психологических нарушений. Рассмотрены вопросы оценки психологических критериев при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации при последствиях черепно-мозговых травм.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, психологические особенности, мнестические и когнитивные нарушения.

Summary

In the article psychological features of patients and invalids due to combined craniocerebral trauma, studying of mnestic and cognitive impairments, as well as their influence on the formation of the limitation of vital activity are presented. The most informative methods for assessing psychological disorders are given. The questions of evaluation of psychological criteria during medical and social examination and rehabilitation with the consequences of craniocerebral injuries are considered.

Key words: craniocerebral injury, psychological features, mnestic and cognitive impairments.

Вступ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є складною і, на жаль, дуже поширеною медико-соціальною проблемою. Поширеність ЧМТ, особливо більш легких її варіантів – струсу та забою головного мозку легкого ступеня, були влучно названі «епідемією». Так, за даними ВООЗ, частота ЧМТ складає 1,8–5,4 випадку на 100 000 населення і щороку відзначається приріст на 2 %. В Україні щорічно отримують ЧМТ близько 100-200 тис. осіб, з них 11,5–13,5 тис. – це діти до 15 років; ці цифри, на жаль, також мають стійку тенденцію до зрос-

тання. Ситуація ускладнюється ще і тому, що переважно травмуються особи молодого та середнього віку, тобто найактивніша в соціальному та трудовому відношенні категорія населення.

За даними зарубіжних авторів, серед усієї неврологічної патології ЧМТ є причиною 12,1 % госпіталізації та 22,4 % смертей. Навіть легка ЧМТ впливає на зниження мозкового резерву та «стійкість» мозку до різної патології з відстроченим розвитком. Частота ЧМТ, за даними ВООЗ, зростає в середньому на 2 % за рік. Якщо механічні ушкодження