

УДК: 312:314.44:616-053.82

ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ І ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

І. В. Дроздова¹, С. А. Щудро², В. В. Храмцова¹, Ю. О. Гончар¹

¹ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

² ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

У статті представлені нові підходи до аналізу захворюваності та інвалідності осіб молодого віку. Визначено зростання поширеності усіх хвороб серед підлітків 15–18 років на 38,87 % та захворюваності – на 32,32 % упродовж 2008–2016 років, та зменшення рівня первинної інвалідності осіб, котрі старші 18 років, серед дорослого й працездатного населення з 3,1 і 4,4 у 2013 році до 2,6 і 3,6 на 10 тис. населення у 2016 році. Визначено, що серед осіб у віці 18 років найвищими показниками залишаються кількість уперше визнаних інвалідами у класах розладів психіки та поведінки (1431), вроджених аномалій, деформації і хромосомних порушень (1196), хвороб нервової системи (836 випадків). Розроблена інформаційна технологія аналізу динаміки здоров'я молоді дає можливість узагальнювати дані, встановлювати їх провідні тенденції, оцінювати ризик зростання, моделювати дані щодо захворюваності/інвалідності за тривалий проміжок часу.

Ключові слова: первинна інвалідність, захворюваність, інформаційні технології, особи молодого віку.

Summary

The article presents new approaches to the analysis of morbidity and disability of young people. The growth of the spread of all diseases among adolescents 15–18 years old by 38,87 % and 32,32 % in 2008–2016 and the reduction of the level of primary disability in persons over 18 years old among the adult and able-bodied population from 3,1 and 4,4 in 2013 to 2,6 and 3,6 per 10 thousand population in 2016. It was determined that among the persons at the age of 18 the highest numbers were first recognized by persons with disabilities in classes of mental and behavioral disorders (1431), congenital anomalies, deformation and chromosomal disorders (1196), diseases of the nervous system (836 cases). The developed information technology of the analysis of the dynamics of youth health provides an opportunity to summarize data, establish their leading trends, assess the risk of growth, model data on morbidity/disability over a long period of time.

Keywords: primary disability, morbidity, information technologies, young people.

У нинішній період реформування системи охорони здоров'я в Україні, складного соціально-економічного стану населення країни, виникає потреба поглибленого вивчення захворюваності дітей і підлітків, як майбутнього нації та найважливішого ресурсу суспільства [3, 4]. Питання вивчення захворюваності молоді набувають особливого значення за умови несприятливих демографічних умов у країні: зростання смертності та скорочення народжуваності [1, 10, 11]. О. О. Дудіна, А. В. Терещенко [2], Н. Я. Панчишин [10], Є. М. Білецька [1] вказують на значення якості здоров'я дітей в умовах низької народжуваності, що значною мірою залежить від здоров'я батьків дітей, характеру перебігу вагітності й пологів у матерів, якості й доступності медичних послуг дітям і матерям.

Заради уваги до охорони здоров'я дітей Європейський регіональний комітет Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розробив Європейську стратегію «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків». Україну визначено Європейським регіональним комітетом ВООЗ пілотним регіоном для впровадження цієї Стратегії [4, 13]. У ній ви-

значено провідні завдання у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків, шляхи їх вирішення з урахуванням досвіду ВООЗ упродовж останніх десятиріч [4, 13, 14]. Одним із завдань Європейської стратегії «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків» є розробка інформаційних технологій збору, аналізу, зберігання та прогнозування динаміки народжуваності, захворюваності, інвалідності та смертності дитячого населення та адаптація їх до вимог і норм Європейського союзу. Одним із варіантів вирішення цього завдання може бути розробка нових підходів до аналізу й прогнозування захворюваності дітей, підлітків та осіб, котрі старші 18 років, в Україні.

Мета роботи: розробити підходи до аналізу захворюваності підлітків та первинної інвалідності осіб, старші 18 років, в Україні.

Матеріали та методи дослідження

Поширення та захворюваність підлітків (15–17 років) по Україні вивчали за статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, за ф. 12. «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживали в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» за 2004–

2008 та 2016 роки, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) [12].

Розширену статистичну інформацію щодо стану інвалідності осіб у 18 років, котрі мали статус «дитини-інваліда» в Україні, містить «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (ф. № 14). Аналіз даних звіту з 2013 року використовується Державною установою «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» для видання аналітико-інформаційного довідника «Основні показники

інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за ... рік» [9].

Аналіз динаміки захворюваності зроблено за власними розробками, із використанням програмного забезпечення, яке було використано під час створення інформаційної технології аналізу динаміки інвалідності [5]. Одним із елементів розробленої інформаційної технології аналізу динаміки захворюваності була обчислювальна технологія прогнозування показників захворюваності, які являють собою часові ряди у вигляді:

$$\{x_t; t = \overline{1, n}\},$$

де x_t – значення первинної інвалідності внаслідок патології x , зафіксоване у t -му році;
 n – кількість років, упродовж яких проводився моніторинг захворюваності підлітків.

За результатами аналізу функціонування моніторингу захворюваності дітей в Україні, прогнозування проводилося за короткими часовими рядами. З огляду на це, в основу розробленої обчислювальної технології прогнозування покладено адаптивні методи короткострокового прогнозування [6, 8]. Адаптивні методи прогнозування базуються на принципі експоненціального згладжування, яке враховує ступінь старіння інформації і за рахунок адаптації до змін у досліджуваному ряді дає змогу одержувати досить точні оцінки майбутніх значень, але не більш, ніж на три кроки уперед [6, 8].

З метою вибору найадекватнішої адаптивної моделі прогнозування було проведено попереднє дослідження часових рядів показників захворюваності на основі критеріїв випадковості та візуального аналізу рядів [6, 8]. Аналіз результатів дослідження засвідчив наявність лінійних трендів у часових рядах, що обґрунтувало вибір моделей лінійного зростання Хольта, Брауна і Бокса-Дженкінса. В основі даних моделей лежить гіпотеза про те, що прогноз можна отримати згідно з формулою:

$$\hat{x}_\tau(t) = \hat{a}_{1,t} + \hat{a}_{2,t}\tau,$$

де $\hat{x}_\tau(t)$ – прогноз на τ кроків уперед, зроблений у t -му році;

$\hat{a}_{1,t}$, $\hat{a}_{2,t}$ – оцінки коефіцієнтів адаптивної моделі.

Результати та їх обговорення

Аналіз даних захворюваності та поширеності хвороб серед підлітків в Україні за 2004-2008 роки, розроблені й використані методи середньострокового й довгострокового прогнозування, що були проведені нами раніше [7], засвідчили про можливість зростання у підлітків (15–17 років) показників поширеності усіх хвороб; хвороб крові, кровотворних органів і окремих порушень із залученням імунного механізму (анемій, у тому числі залізодефіцитних анемій); цукрового діабету (інсулінозалежного цукрового діабету) та ожиріння; хвороб нервової системи (вегетосудинної дистонії); хвороб ока та придаткового апарату (з них міопії); хвороб органів дихання (з них гострих фарингіту, тонзиліту, ларингіту, трахеїту, хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів, ларингіту та ларинготрахеїту); хвороб органів травлення (з них гастриту і дуоденіту, функціональних розладів шлунка, хвороб підшлункової залози); вагітності, пологів та післяпологового періоду; вро-

джених аномалій (вад розвитку), деформацій і хромосомних порушень; інших хвороб серця; хвороб шкіри та підшкірної клітковини; розладів менструацій (табл. 1).

За розрахунковими даними передбачалось зростання захворюваності підлітків в Україні від усіх хвороб; хвороб крові, кровотворних органів і окремих порушень із залученням імунного механізму (з них анемій, у тому числі залізодефіцитних анемій); хвороб нервової системи (з них вегетосудинної дистонії); хвороб ока та придаткового апарату, вуха та соскоподібного відростка; органів дихання (з них гострого фарингіту та тонзиліту, алергічного риніту, хронічного ларингіту, ларинготрахеїту); хвороб органів травлення (з них гастриту, функціональних розладів шлунка, хвороб підшлункової залози); хвороб шкіри та підшкірної клітковини; ожиріння; есенціальної артеріальної гіпертензії та інших хвороб серця; розладів менструацій, вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Поширення хвороб серед підлітків (15–17 років) по Україні за 2004–2008 роки, довгостроковий прогноз за 2016 рік та первинна інвалідність осіб 18 років, котрі мали статус «дитини-інваліда»

Найменування класів і окремих хвороб	Поширення хвороб серед підлітків 15–17 років			Кількість осіб, визначених інвалідами в 2016 р.
	у середньому 2004–2008 рр. на 10 тис. нас.	довгостроковий прогноз	у 2016 р. на 10 тис. населення	
Усі хвороби	17037,06	23659,10	21545,3	*
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	426,58	593,88	434,8	62
Новоутворення	98,92	122,68	155,4	286
Хвороби крові, кровот. орг. і окремі порушення із залуч. імунн. механізмів	142,48	289,77	220,0	143
Порушення згортання крові	130,24	270,72	205,5	93
Хвороби ендокринної системи, розладу харч., поруш. обміну речовин	1293,22	1937,71	1503,7	595
дифузний зоб 2-3 ступенів	90,00	131,34	78,8	33
цукровий діабет	16,18	23,89	21,8	*
у тому числі інсулінозалежний цукровий діабет	14,94	23,86	*	*
ожиріння	139,02	285,69	293,9	*
Розлади психіки та поведінки	461,06	203,84	350,9	1431
Хвороби нервової системи	1003,82	1307,88	1177,9	836
з них вегетосудинна дистонія	708,92	957,92	844,2	*
Хвороби ока та придаткового апарату	1296,60	1864,21	1696,8	467
з них міопія	538,88	805,30	792,2	*
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	366,28	368,24	427,3	412
Хвороби системи кровообігу	555,64	638,81	779,8	161
з них хронічні ревматичні хвороби серця	20,58	-2,12	4,3	*
Хвороби органів дихання	5569,18	8249,18	8223,7	167
з них гострий фарингіт та гострий тонзиліт	335,46	580,95	57,1	*
хронічні хвороби мигдалин та аденоїдів	452,18	698,58	501,7	*
бронхіт хронічний	42,20	-17,03	20,2	*
бронхіальна астма	89,06	60,05	85,7	*
Хвороби органів травлення	1701,84	2477,15	1919,3	79
У тому числі виразка шлунка та 12-палої кишки	42,98	9,62	29,7	*
гастрит та дуоденіт	564,16	737,17	517,2	*
функціональні розлади шлунку	41,92	93,59	185,7	*
хвороби підшлункової залози	28,68	52,09	45,8	*
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	813,36	1094,03	977,9	39
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1568,02	1403,77	1628,9	492
з них ревматоїдний артрит	19,20	17,29	6,4	*
Хвороби сечостатевої системи	834,04	2141,82	1043,6	316
у тому числі хронічний гломерулонефрит	120,78	232,83	7,1	*
Інфекції нирок	94,10	167,95	142,4	*
Вроджені аномалії, деформації і хромосомні порушення	180,08	245,99	257,2	1196
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх впливів	520,60	217,54	693,2	332

Дані статистичної звітності [12] свідчать, що серед підлітків у період з 2008 до 2016 року поширеність усіх хвороб зросла на 38,87 % (з 17037,06 до 23659,1 на 10 тис. населення), захворюваність – на 32,32 % (з 9444,78 до 12497,6 на 10 тис. населення). Поширеність усіх хвороб підлітків збільшилась за рахунок зростання деяких інфекційних та паразитарних хвороб (на 1,92 %); новоутворень (на 57,1 %); хвороб крові, кровотворних органів і окремих порушень із залученням імунного механізму (на 54,41 %), із них анемії (на 57,59 %); хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин (на 16,28 %), із них цукрового діабету (на 34,73 %); ожиріння (на 111,41 %); хвороб нервової системи (на 17,34 %), із них вегето-судинної дистонії (на 19,08 %); хвороб ока та придаткового апарату (на 30,87 %), з них міопії (на 47,01 %); хвороб вуха та соскоподібного відростка (на 16,66%); хвороб системи кровообігу (на 40,34 %); хвороб органів дихання (на 47,66 %), із них мигдалин і аденоїдів (на 10,95 %); хвороб органів травлення (на 12,78 %), функціональних розладів шлунку (у 3,4 раза), хвороб підшлункової залози (на 59,69 %); хвороб шкіри та підшкірної клітковини (на 20,32 %); хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 3,88 %); хвороб сечової системи (на 25,13 %), у тому числі інфекцій нирок (на 51,33 %); вроджених аномалій, деформацій і хромосомних порушень (на 42,83 %); травм, отруєння та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин (на 33,15 %). Тобто, найбільші темпи зростання поширеності хвороб дітей в Україні упродовж 2008–2016 років спостерігались щодо функціональних розладів шлунка та ожиріння.

Лише за деякими нозологічними формами та класами хвороб за цей термін спостерігалось зниження рівня захворюваності: дифузний зоб 2–3-го ступенів – на 12,44 %, розлади психіки та поведінки – на 23,89 %, хронічні ревматичні хвороби серця – на 79,11 %, гострий фарингіт та гострий тонзиліт – на 82,98 %, хронічний бронхіт – на 52,13 %, бронхіальна астма – на 3,77 %, виразка шлунка та 12-палої кишки – на 30,89 %, гастрит і дуоденіт – на 8,32 %, ревматоїдний артрит – на 66,66 % та хронічний гломерулонефрит – 94,12 %. Тобто, найбільші темпи зниження поширеності хвороб підлітків в Україні упродовж 2008–2016 років спостерігались щодо хронічного гломерулонефриту, гострого фарингіту та гострого тонзиліту й хронічної ревматичної хвороби серця.

За класами хвороб, найвищі рангові місця за їхньою поширеністю серед підлітків у 2016 році займали хвороби органів дихання (8223,7) й травлення (1919,3), ока та придаткового апарату (1696,8), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (1628,9), хвороби ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин (1503,7), нижчі – новоутворення (155,4), хвороби крові, кровотворних органів і окремих порушень із залученням імунного механізму (220,0), вроджені аномалії, деформації

і хромосомні порушення (257,2) та розлади психіки та поведінки (350,9 на 10 тис. населення).

У структурі поширеності хвороб у 2016 році хвороби органів дихання (J00-J99) займали 38,2 %, органів травлення (K00-K93) – 8,9 %, ока та придаткового апарату (H00-H59) – 7,9 %, кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00-M99) – 7,6 %, ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (E00-E90) – 7,0 % та нервової системи (G00-G99) – 5,5 %.

Якщо розглядати гендерні особливості поширеності хвороб серед підлітків у 2016 році, то поширеність захворювань серед дівчат була значно вищою за юнаків (22968,9 проти 20191,2 на 10 тис. населення). Переважала вона в юнаків лише за певними класами хвороб і нозологічними формами: новоутворення (C00-D48) – 175,9 проти 133,9; розлади психіки та поведінки (F00-F99) – 544,2 проти 242,2; хвороби системи кровообігу (I00-I99) – 817,8 проти 739,8; бронхіальна астма (J45-J46) – 113,2 проти 56,7; хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00-M99) – 1776,1 проти 1474,2; уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення (Q00-Q99) – 280,6 проти 232,6; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх впливів (S00-T98) – 826,7 проти 552,7 на 10 тис. населення.

Динаміка захворюваності підлітків упродовж цих років призвела до зменшення рівня первинної інвалідності осіб, котрі старші 18 років, серед дорослого й працездатного населення у 2013 році – 3,1 і 4,4; у 2014 році – 2,9 і 3,3; у 2015 році – 2,7 і 3,8 та у 2016 році – 2,6 і 3,6 на 10 тис. населення. Проте найвищими серед осіб у віці 18 років залишаються у 2016 році кількість улерше визнаних інвалідами у класах: розладів психіки та поведінки (1431), вроджених аномалій, деформації і хромосомних порушень (1196), хвороб нервової системи (836); найнижчими – хвороб шкіри та підшкірної клітковини (39), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (62) і хвороби органів травлення (79 випадків) (табл.).

За даними аналітико-інформаційного довідника «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік» в Україні у 2015 і 2016 роках було оглянуто 9020 і 8543 особи старші 18 років, що мали статус дитини-інваліда. Упродовж цих років кількість визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення склала – 2,4 і 2,6; а на 10 тис. населення працездатного віку – 3,4 і 3,5 [9].

У 2016 році найбільше було визнано інвалідами у Донецькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській (по 100,0 %), Чернівецькій (99,2 %), Черкаській (98,7 %) та Чернігівській (97,7 %) областях. Найзначніша кількість визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення була у Рівненській (4,0), Закарпатській (3,8), Волинській, Львівській і Чернівецькій (по 3,6) областях; а на 10 тис. населення працездатного віку – у Житомирській та Рівненській (по 5,2), Вінницькій (5,0), Львівській (4,9), Волинській і Чернівецькій (по 4,8) областях [9].

Показники первинної інвалідності у віці 18 років дорослого й працездатного населення України у 2015 та 2016 роках склали: усього – 0,3 і 0,5 та 0,4 і 0,5; у тому числі I А групи – 0,2 і 0,3 та 0,2 і 0,3; I Б групи – 0,1 і 0,2 та 0,2 і 0,2; II групи – 0,9 і 1,3 та 0,9 і 1,3; III групи – 1,2 і 1,6 та 1,3 і 1,7 на 10 тис. населення [9].

Найвищими показниками первинної інвалідності дорослого населення у віці 18 років у розрізі областей України у 2016 році були: за I А групою – Чернівецька (0,7), Волинська й Львівська (по 0,4); за I Б групою – Вінницька, Житомирська й Львівська (по 0,3); за II групою – Тернопільська (1,8), Рівненська (1,6) і Вінницька (1,5); за III групою – Закарпатська (2,4), Чернігівська (2,3) й Чернівецька (2,2 на 10 тис. населення) [9]. Найбільшими показниками первинної інвалідності у віці 18 років населення працездатного віку у розрізі областей України у 2016 році були: за I А групою – Чернівецька (0,9), Волинська (0,6) і Вінницька й Львівська (по 0,5); за I Б групою – Вінницька, Житомирська, Львівська (по 0,4), Волинська, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Полтавська, Рівненська (по 0,3); за II групою – Тернопільська (2,5), Рівненська (2,2) й Вінницька (2,1); за III групою – Чернігівська (3,3), Закарпатська (3,1) і Кіровоградська (3,0 на 10 тис. населення) [9].

По Україні розподіл первинної інвалідності у віці 18 років за групами інвалідності у 2015 і 2016 роках склав: усього – 14,5 і 14,1 %; I А групи – по 8,6 %; I Б групи – 5,8 і 5,5 %; II групи – 38,1 і 36,3 %; III групи – 47,4 і 49,6 % [9]. Питома вага встановлення усієї первинної інвалідності у віці 18 років була у 2016 році найвищою у Чернівецькій (21,7 %), Черкаській (20,3 %) і Львівській (19,4 %); I А групи – у Чернівецькій (19,0 %), Черкаській (13,5 %) і Донецькій (11,8 %); I Б групи – у Львівській (8,7 %), Київській (7,3 %) і Вінницькій (7,2 %); II групи – у Тернопільській (63,5 %), Луганській (62,7 %), Черкаській (54,0 %); III групи – у Чернігівській (78,6 %), Кіровоградській (66,7 %) та Закарпатській (62,4 %) областях [9].

Запропонований підхід до аналізу динаміки захворюваності/інвалідності молоді в Україні дає можливість не тільки узагальнити дані щодо захворюваності/інвалідності за тривалий проміжок часу; встановити провідні тенденції за вказаний термін; оцінити ризик зростання захворюваності/інвалідності внаслідок різної патології, а й моделювати дані захворюваності/інвалідності на певний проміжок часу. Все це необхідно для подальшого удосконалення організаційно-методичної роботи лікарів та розробки цілеспрямованих заходів з профілактики та зниження захворюваності/інвалідності молоді України.

Перспективами подальших досліджень проблем суспільного здоров'я є розробка моделі моніторингу захворюваності/інвалідності молоді в Україні з визначенням переліку показників, що відстежуються, джерел інформації та її періодичності, рівнів спостереження, програмного забезпечення для інформаційної підтримки функціону-

вання системи охорони здоров'я. Для вивчення багатофакторних залежних тенденцій захворюваності/інвалідності населення України необхідно використовувати методи математичної статистики, враховуючи при цьому неоднозначність соціально-економічних, демографічних, індустріальних, політичних та інших особливостей розвитку регіонів.

Висновки

1. В Україні упродовж 2008–2016 років серед підлітків 15-18 років поширеність усіх хвороб зросла на 38,87 % (з 17037,06 до 23659,1), захворюваність – на 32,32 % (з 9444,78 до 12497,6 на 10 тис. населення). Поширеність усіх хвороб підлітків збільшилась за рахунок зростання новоутворень – на 57,1 %, хвороб крові, кровотворних органів і окремих порушень із залученням імунного механізму – на 54,41 %, анемії – на 57,59 %, ожиріння – на 111,41 %, функціональних розладів шлунку – у 3,4 раза, хвороб підшлункової залози – на 59,69 %, інфекцій нирок – на 51,33 %, уроджених аномалій, деформацій і хромосомних порушень – на 42,83 %.

2. За цей термін сталося зменшення рівня первинної інвалідності осіб, старших 18 років, серед дорослого й працездатного населення з 3,1 і 4,4 у 2013 році до 2,6 і 3,6 на 10 тис. населення у 2016 році. Проте найвищими серед осіб у віці 18 років залишаються кількість уперше визнаних інвалідами у класах розладів психіки та поведінки (1431), вроджених аномалій, деформацій і хромосомних порушень (1196), хвороб нервової системи (836 випадків).

3. Розробка інформаційних технологій аналізу динаміки здоров'я молоді дає можливість не лише узагальнювати дані щодо захворюваності/інвалідності за тривалий проміжок часу, встановлювати їх провідні тенденції за вказаний термін, оцінювати ризик зростання захворюваності/інвалідності внаслідок різної патології; а й моделювати дані захворюваності/інвалідності на певний проміжок часу. Все це необхідно для подальшого удосконалення організаційно-методичної роботи лікарів та розробки цілеспрямованих заходів з профілактики та зниження захворюваності/інвалідності молоді України.

Література

1. Донозологічні показники здоров'я дітей промислових територій / [Є. М. Білецька, Т. Д. Землякова, Т. А. Головова та ін.] // Наук. вісник Національного мед. університету ім. О. О. Богомольця. – 2010. – № 27. – С. 162–163.
2. Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2 (60). – С. 49–57.
3. Европейская стратегия «Здоровье и развитие подростков». – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005. – 23 с.
4. Здоровые дети – лучшая инвестиция в будущее [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<http://www.100spravok.ru/100Spravok/Article.aspx?ID=332>. – Название с экрана.

5. Інформаційна технологія аналізу динаміки інвалідності / [М. К. Хобзей, А. В. Іпатов, І. В. Дроздова та ін.]. – Д.: Пороги, 2012. – 269 с.

6. Кендалл М. Многомерный статистический анализ и временные ряды / М. Кендалл, А. Стьюарт. – Москва: Наука, 1976. – 736 с.

7. Критеріальне значення соціально-гігієнічних чинників та умов навчання у формуванні здоров'я підлітків загальноосвітніх навчальних закладів у сучасних умовах: автореф. дис. докт. мед. наук: спец. 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія» / С. А. Щудро. – К., 2011. – 37 с.

8. Лукашин Ю. П. Адаптивные методы краткосрочного прогнозирования временных рядов: учеб. пособие / Ю. П. Лукашин. – Москва: Финансы и статистика, 2003. – 416 с.

9. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітико-інформаційний довідник/ за ред. С. І. Черняка. – Дніпро: Акцент ПП, 2017. – 168 с.

10. Панчишин Н. Я. Захворюваність дитячого населення України та чинники, які впливають на здоров'я дітей / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова, О. Я. Галицька-Хархаліс // Актуальні питання

педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – № 2. – С. 131–132.

11. Людський розвиток в Україні: трансформація рівня життя та регіональні диспропорції (колективна монографія) / відпов. за випуск Л. М. Черенько, О. В. Макарова; за ред. Е. М. Лібанової. – У 2-х томах. – К.: Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М. В. Птухи; НАН України, 2012. – 436 с.

12. Статистика захворюваності дітей в Україні. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>. – Назва з екрана.

13. Strong M. A. The effects of adult mortality on infant and child mortality. Unpublished paper presented at the Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their Families and Society / M. A. Strong. – Washington: DC. – [Electronic resource]. – Access mode: http://www.nap.edu/openbook.php record_id. – Title from screen.

14. United Nations Secretary-General Ban Ki-moon. Global Strategy for women's and children's health. – New York: United Nations, 2010. – [Electronic resource]. – Access mode: http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf [accessed 10 October, 2011]. – Title from screen.



УДК 616-036.86:614.253.2-055:378.147

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА УЧАСНИКІВ АТО В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ: КОНТРОЛЬ ОФОРМЛЕННЯ ДОКУМЕНТІВ

В. В. Лепський, І. С. Борисова, С. В. Макаренко

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації (зав. каф. – к. м. н., доц. Березовський В. М.)

² КЗ «Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи ЧОР» (головний лікар – к. м. н. Лепський В. В.)

За даними, висвітленими на сайті Міністерства оборони України станом на 10 січня 2017 року, статус учасника бойових дій уже отримали 142 тисячі 117 осіб Збройних сил України. З урахуванням інших категорій громадян (ветеранів МВС, СБУ, Національної гвардії, добровольців та ін.), статус учасника бойових дій мають близько 200 тисяч громадян України [1, 4, 8]. Отримані в екстремальних бойових умовах бойові поранення, травми, контузії, захворювання та психологічні розлади стають підґрунтям для виникнення стій-

ких порушень критеріїв життєдіяльності, які обумовлюють настання інвалідності. Відповідно до діючої нормативної бази МОЗ, підставою для розгляду питання про направлення хворого на МСЕК є направлення лікаря загальної практики-сімейного лікаря закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) за місцем проживання чи лікування у вигляді форми № 088/0 – «Направлення на медико-соціальну експертизу», що затверджений наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документа-