

УДК 616.37-001, 616.37-089

ПОКАЗНИКИ ПЕРВИННОЇ ТА НАКОПИЧЕНОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ ЗА ТРИ РОКИ

О. В. Косинський, С. О. Марійченко

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

Резюме

Проаналізовані структура і рівень первинної і накопленої інвалідності (НІ) внаслідок хронічної патології підшлункової залози (ХППЗ) в Україні, їх динаміка з 2015 по 2017 рік. Рівень первинної інвалідності (ПІ) знизився на 4,8 % серед інвалідів дорослого віку і на 7,1 % – трудоспособного. Найчастіше інваліди мали вік 40–49 років (в 36,4 % випадків), тяжка інвалідизація визначалася у 28,5 % хворих. Цукровий діабет діагностували у 19,4 % первинно оглянутих інвалідів і 29,5 % – повторно, частота якого при кистах підшлункової залози (ПЗ) збільшилася в 1,8 разів. Середній термін перебування на інвалідності внаслідок ХППЗ склав 3 роки і 9 місяців. Визначення основних інвалідизуючих факторів і широке застосування хірургічного методу реабілітації сприяє зменшенню рівня інвалідності.

Ключові слова: хронічна патологія підшлункової залози, панкреатический свищ, киста підшлункової залози, інвалідність.

Summary

The structure and level of primary and accumulated disability (AD) due to chronic pancreatic diseases (CPD) in Ukraine, the dynamics from 2015 to 2017 were analyzed. The level of primary disability (PD) decreased by 4,8 % among disabled adults and 7.1 % – working. Most of disabled persons were aged 40–49 years (36,4% of cases), severe disability was determined in 28,5 % of patients. Diabetes mellitus diagnosed in 19.4 % initially examined disabled and 29,5 % – re-examined, whose share in case of pancreatic cysts increased 1.8 times. The average term of disability due to CPD was 3 years and 9 months. Identification of major disabling factor and widely used surgical method of rehabilitation reduces disability.

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

Актуальність проблеми. Захворюваність на патологію підшлункової залози, за даними вітчизняних та закордонних науковців, має стійку тенденцію до збільшення, пропорційно до цього збільшується і частота розвитку ускладненого перебігу даної патології [4]. Щорічна захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) у Західній Європі перебільшує 5 на 100 тис. осіб, з істотним переважанням хворих чоловічої статі (7:1) середнього віку (36–55 років) [2]. Смертність від хронічного панкреатиту через 5 років існування хвороби становить близько 18 %, через 10 років – 25 % [6]. Обмеження життєдіяльності у хворих на ХП обумовлено больовим синдромом, екзокринною та ендокринною дисфункцією, що призводить до зниження якості життя цих пацієнтів [1, 5]. Існуючі методи реабілітації інвалідів внаслідок ХП недостатньо ефективні, хірургічні втручання на підшлунковій залозі позбавляють пацієнтів від больового синдрому лише у 50–82 % випадків, дисфункція залози потребує довічної заміної терапії [3]. Тому дослідження рівня інвалідності за різних підходів лікування дасть змогу оптимізувати лікувальні та профілактичні заходи при патології ПЗ.

Мета дослідження: дослідити стан первинної та накопленої інвалідності внаслідок патоло-

гії підшлункової залози в Україні у 2017 році та їх динаміку за три попередні роки.

Матеріал та методи. Проведений аналіз рівня та структури ПІ та НІ внаслідок ХППЗ за нозологічними групами. Дані отримані з центрів та бюро медико-соціальної експертизи областей України, міста Києва, окрім тимчасово окупованих адміністративних регіонів (Автономна Республіка Крим, м. Севастополь, Донецька та Луганська області). Хронічний панкреатит, киста підшлункової залози та панкреатична норія розглядалися як основні інвалідизуючі нозологічні форми в групі ХППЗ. Оцінені тяжкість інвалідності, демографічна, соціальна та гендерна структура ПІ та НІ. Для аналізу даних використовували методи варіаційної статистики.

Результати та обговорення. В Україні рівень ПІ та НІ внаслідок ХППЗ у 2017 році становив 0,21 та 0,72 на 10 тисяч дорослого населення, 0,28 та 0,98 – працездатного населення відповідно. В структурі ПІ внаслідок захворювань печінки, ПЗ та жовчовивідних шляхів питома вага ХППЗ збільшилась на 15,0 % і досягла 28,1 % серед інвалідів усіх вікових категорій.

Рівень ПІ в період з 2015 до 2017 року знизився на 4,8 % серед інвалідів дорослого віку та на

7,1 % – працездатного, аналогічні показники НІ зменшились на 9,7 % та 11,7 % відповідно.

В 2017 році кількість інвалідів з ХППЗ складала 2756 хворих, з яких звертались до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) уперше 618 осіб. Найчастіше до інвалідизації призводив ХП – у 85,6 % або 529 хворих, кісти ПЗ – у 9,5 % або 59, та ПН – у 4,9 % або 30 випадків. Високий рівень ПІ (43,0 %) визначався внаслідок ПН в структурі загальної інвалідності за 2015 рік.

Пацієнти з ПН частіше визнавались інвалідами I та II груп (тяжка інвалідність) – 66,7 % випадків ($p > 0,01$), з кістами ПЗ – 30,5 %, а при ХП – 26,8 % (табл. 1). Перша група інвалідності у хворих на кісти ПЗ не визначалась.

Порівняно з 2015 роком, відсоток інвалідів I групи з ХППЗ зменшився у 2 рази, показник тяжкої інвалідності при цьому залишився незмінним (28,5 %).

Таблиця 1

Розподіл первинної інвалідності внаслідок хронічної патології підшлункової залози за тяжкістю

Нозологічні форми хронічної патології підшлункової залози	Група інвалідності					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Хронічний панкреатит, n=529	4	0,7	138	26,1	387	73,2
Кіста підшлункової залози, n=59	0	0	18	30,5	41	69,5
Панкреатична нориця, n=30	1	3,4	19	63,3	10	33,3

У 2017 році вперше визнані у МСЕК інвалідами у працездатному віці 95,4 %, серед яких працевлаштовано було 32,5 % осіб. Найвищий рівень зайнятості мали інваліди внаслідок ПН (50 %), менший рівень – унаслідок кіст ПЗ (28,8 %), ХП (31,9 %). За час перебування на інвалідності питома вага працевлаштованих хворих зменшилась на 34,9 %, особливо при ПН – на 66,7 %. За 3 останні роки темпи втрати місць роботи у повторно визнаних інвалідами не знизились.

Аналіз структури ПІ визначив найчастішу інвалідизацію внаслідок ХППЗ у віковому періоді 40–49 років у 36,4 % випадках, у осіб 30–40 років та передпенсійного віку – по 26,5 %. До первинної інвалідизації у молодому віці (до 30 років) найчастіше призводила ПН (10,0 %).

Переважну більшість первинно оглянутих інвалідів склали чоловіки: при ПН – 76,7 %, ХП – 70,9 %, кістах ПЗ – 69,5 % осіб ($p < 0,05$). За три поточних роки в гендерній структурі ПІ зменшилась питома вага хворих чоловічої статі з кістами ПЗ

на 13,8 %, ПН – на 15,5 %.

Мешканців міст серед первинно визнаних інвалідами в 2017 році було 60,0 %, серед повторно визнаних – 55,4 %, без зміни рівня цих показників при повторних освідченнях у МСЕК. Частіше містян інвалідизувала нориця ПЗ у 76,7 % випадків, ($p < 0,01$) первинно і 70,0 % повторно.

Кількість повторно визнаних інвалідами внаслідок ХППЗ у 2017 році складала 2759 осіб. Основною патологією в структурі ПІ внаслідок ХППЗ був ХП – 91,6 % (2490) хворих, рідше кісти ПЗ – 6,5 % (199) та ПН – 1,9 % (70) осіб. За три роки рівень ПІ знизився на 9,7%.

У 2017 році хворих з тяжкою групою інвалідності в структурі ПІ виявилось менше в 1,72 разу, порівняно з ПІ. Наявність ПН призводить до тяжкої інвалідизації у 47,5 % ($p > 0,01$), ХП та кіст ПЗ – по 15,6 % випадків (табл. 2). За період з 2015 до 2017 року відсоток хворих із тяжкою ПІ не змінився.

Таблиця 2

Структура накопиченої інвалідності внаслідок патології підшлункової залози за нозологіями

Нозологічні форми хронічної патології підшлункової залози	Група інвалідності					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Хронічний панкреатит, n=1961	9	0,5	304	15,5	1648	84,0
Кіста підшлункової залози, n=140	0	0	22	15,7	118	84,3
Панкреатична нориця, n=40	0	0	19	47,5	21	52,5

Під час дослідження вікової структури ПІ в 2017 році на відміну від ПІ встановлено зменшення питомих ваг інвалідів до 30 років в 2 рази, 30 – 40 років – в 1,3 разу, пенсійного віку – в 1,7 разу, збільшення осіб передпенсійного віку – в 1,4 рази.

В структурі ПІ внаслідок ХППЗ гендерний розподіл залишився сталим: чоловіків було 71,1 % ($p < 0,01$) хворих, при цьому кількість інвалідів чоловічої статі з кістами ПЗ збільшилась до 84,3 % випадків, з ПН зменшилась до 67,5 %. Порівняно з 2015 роком, інвалідів чоловічої статі з норицею ПЗ повторно стало на 30,0 % менше, з ХП – на 2,6 %.

Аналіз структури інвалідності внаслідок ХП за клінічними формами засвідчив наявність фіброзної форми у 29,5 % хворих при первинному і 38,5 % – при повторному огляді, вірсунголітіазу у 7,2 % і 6,0 % відповідно. За 3 поточних роки в структурі НІ спостерігається збільшення кількості інвалідів з фіброзним ХП на 11,3 %, зменшення з вірсунголітіазом на 51,7 % випадків при незмінних показниках за іншими клінічними формами ХП.

Патологія ПЗ у інвалідів супроводжувалась ЦД у структурі ПІ у 19,4 % випадків та НІ – у 27,6 % осіб. Серед первинно оглянутих ЦД частіше зустрічався у 109 (20,6 %) хворих з ХП, 5 (16,7 %) – норицями, 6 (10,2 %) – з кістами ПЗ. У разі повторного огляду питома вага діабету збільшилась у 1,8 разу в інвалідів з кістами ПЗ, у 1,4 – з ХП. Це свідчило про подальше погіршення ендокринної функції ПЗ у цих хворих.

Під час аналізу показників ПІ та НІ був розрахований середній термін перебування на інвалідності, який становив 3 роки і 9 місяців, 2 роки – при ХП, 4 роки – при кістах ПЗ та 1 рік і 4 місяці – внаслідок ПН. Порівняно з 2015 роком, даний показник зменшився на 2 місяці в інвалідів з ХП, на 6 місяців – із кістами ПЗ та 4 місяці – при ПН.

До настання ознак інвалідності в 2017 році у 49,7 % первинних інвалідів унаслідок ХППЗ були проведені хірургічні втручання на ПЗ: 44,8 % хворих на ХП, 76,3 % – з кістами ПЗ і 83,3 % – з норицями ПЗ.

У структурі НІ частка інвалідів, котрі перенесли операції на ПЗ, зменшилась до 45,8 % випадків нерівномірно по нозологіях: при ХП – на 2,3 %, при кістах ПЗ – 16 % та 15 % – з ПН. Але при поглибленому аналізі, з урахуванням середнього терміну перебування на інвалідності та кількості первинно та повторно визнаних інвалідів з 2017 року, за кожною нозологією отримані різні показники питомої ваги оперованих пацієнтів у структурі НІ. Так, у 2017 році, серед повторно визнаних інвалідами було лише 19,5 % оперованих з ХП, 8,6 % – з кістами ПЗ та 27,5 % – ПН. Отримані дані свідчать про виключно консервативний метод відновного лікування в програмі реабілітаційних заходів відносно інвалідів по всіх нозологічних формах.

Отже, за період з 2015 до 2017 року підвищилась на чверть питома вага ХППЗ у структурі ПІ внаслідок захворювань печінки, ПЗ та жовчних шляхів на тлі зниження рівня ПІ внаслідок ХППЗ із незмінною часткою тяжкої інвалідності. Основними заходами із зниження ПІ є обмеження впливу етіологічних чинників та своєчасне профілак-

тичне лікування хворих з ХП. Експертна оцінка у хворих з ХППЗ потребує визначення систематизації основних інвалідизуючих чинників та конкретизації критеріїв визначення ступеня обмеження життєдіяльності. Посилення хірургічної активності стосовно інвалідів з різними формами ХППЗ дасть змогу знизити рівень НІ та підвищити якість життя цих пацієнтів в Україні.

Висновки

1. Рівень первинної та накопиченої інвалідності внаслідок хронічної патології підшлункової залози серед працездатного населення знизився за визначений період унаслідок підвищення якості реабілітації при даній патології.

2. Залишився незмінним відсоток хворих з тяжкою інвалідністю за останні три роки в структурі як первинної, так і накопиченої інвалідності внаслідок ХППЗ через наявність у них стійких необоротних функціональних порушень та ускладнень.

3. Цукровий діабет у повторно оглянутих інвалідів був виявлений у 1,4–1,8 разу частіше, ніж при первинному, через пізні строки розвитку такого ускладнення. Хірургічні втручання були виконані невеликій кількості інвалідів з ХППЗ за рахунок переважання консервативних методів відновного лікування.

Література

1. Дмитриева Т. В. Методологические основы экспертизы стойкой утраты трудоспособности при хроническом панкреатите / Т. В. Дмитриева // Научные ведомости. Серия медицина. Фармация – 2010. – № 4(75). – С. 76–80.
2. French J. J. Chronic pancreatitis / J. J. French, R. M. Charnley // Surgery. – Feb, 2014. – Vol. 25. – N. 2. – P. 81–86.
3. Perwaiz A Surgery for chronic pancreatitis / Perwaiz A, Singh A, Chaudhary A. // Indian J. Surg. – 2015 – № 74(1). – P. 47–54.
4. Косинський О. В. Показники інвалідності внаслідок патології підшлункової залози в Україні / О. В. Косинський, Д. Л. Бузмаков // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2015. – № 3(17). – С. 26–29.
5. Physical and mental quality of life in chronic pancreatitis: a case-control study from the North American Pancreatitis Study 2 cohort / S. T. Amann, D. Yadav, M. M. Barmada [et al.] // Pancreas. – 2015, Mar. – № 42(2). – P. 293–300.
6. Epidemiology of chronic pancreatitis: burden of the disease and consequences / P. Lévy, E. Domínguez-Muñoz, C. Imrie [et al.]. // United European Gastroenterol J. – 2016, Oct. – № 2(5). – P. 345–354.

