

дихальних шляхів, порушення мозкового кровообігу. 4. Визначення ступеня ризику транспортування: похилий вік потерпілого при критичній та надкритичній опіковій травмі; час супроводу хворого до місця призначення; ступінь тяжкості гострої ниркової недостатності; ступінь тяжкості гострої печінкової недостатності; ступінь тяжкості гострої церебральної недостатності. 5. Отримання добровільної згоди на транспортування хворого на спеціалізований рівень надання медичної допомоги з боку хворого або його родичів. 6. Отримання згоди головного спеціаліста МОЗ України, головного спеціаліста Департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації зі спеціальності "Комбустіологія", головного лікаря обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова для перевезення хворого на високоспеціалізований рівень надання медичної допомоги (Київський міський Центр термічної травми та пластичної хірургії). 7. Визначення об'єму інтенсивної терапії при транспортуванні. 8. Транспортування хворого з критичними чи

надкритичними опіками проводити спеціалізованим транспортом - реанімобілем або транспортом санітарної авіації в супроводі реанімаційної бригади.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Чітка організація та терміни надання медичної допомоги обпеченим на первинному, вторинному та третинному рівнях дозволяє перервати або значно покращити розвиток опікової хвороби, профілакувати інфекційні ускладнення, скоротити терміни лікування, покращити естетичні й функціональні результати.

2. Отримані результати лікування хворих з опіками підтверджують доцільність впровадження стандартів лікування на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги.

Перспективним, на наш погляд, є подальший аналіз результатів лікування обпечених в умовах пілотного проекту.

Список літератури

- Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комбустіології: метод. рек. / [Бігуняк В.В., Повстанний М.Ю., Волков К.С. та ін.]. - Тернопіль, 2003. - 22 с.
- Вихриєв Б.С. Ожоги: рук. для лікарів / Б.С.Вихриєв, В.М.Бурмистров. - [2-е изд., перераб. и доп.]. - Л.: Медицина, 1986. - 272 с.
- Герасимова Л.И. Термические и радиационные ожоги /Л.И.Герасимова, В.Н.Жижин. - М.: Медицина, 1996. - 246 с.
- Термические субфасциальные поражения / [Гусак В.К., Фисталь Э.Я., Баринов Э.Ф., Штутин А.А.]. - [2-е изд.]. - Донецк: Библиотека "Фитофарм", 2012. - 276 с.
- Color atlas of burn reconstructive surgery / [Hyakusoku H., Orgill D., Teot L. et al.]. - Springer, 2010. - 499 p.
- Spence P.J. The challenge of reconstruction for severe facial burn deformity / P.J.Spence //Plast. Surg. Nurs. - 2008. - Vol.28, №2. - P. 71-76.

Нагайчук В.И.

УРОВНИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ И ЕЁ ОБЪЕМ В УСЛОВИЯХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Резюме. В статье освещена актуальная проблема оказания медицинской помощи обожженным на первичном, вторичном и третичном уровнях и её объем в условиях пилотного проекта. Доказана прямая зависимость конечных результатов лечения от сроков оказания специализированной помощи.

Ключевые слова: ожоги, уровни оказания медицинской помощи, пилотный проект, некрэктомия, ксенодермоимплантаты, аутодермотрансплантаты.

Nagaichuk V.I.

LEVELS OF RENDERING MEDICAL AID TO BURNED PEOPLE AND ITS VOLUME IN THE CONDITIONS OF PILOT PROJECT

Summary. In the article the actual problem of rendering medical aid to the burned people on the primary, secondary and third levels and its volume in the conditions of pilot project is light up. The direct dependence of the ends results of treatment depending on the time of the rendering specialized medical aid is proved.

Key words: burned people, levels of rendering medical aid, pilot project, necrectomy, xenodermoimplants, autodermotransplants.

Стаття надійшла до редакції 19.11.2012р.

© Турна Є.Ю., Крючкова О.М.

УДК: 616.12-008.331.1:616.831-005.4:616.89-07-004.12-08

Турна Є.Ю., Крючкова О.М.

ДУ "Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського", кафедра терапії і сімейної медицини ФПО (бульвар Леніна, 5/7, м. Сімферополь, Україна, 95006)

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, НА ФОНІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Резюме. Мета дослідження - вивчення динаміки показників якості життя і психологічного профілю у пацієнтів з АГ, що

перенесли II, на тлі різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії. Комбінація олмесартан і амлодипін в лікуванні АГ у пацієнтів з II в анамнезі робить більш виражений вплив на якість життя і зміну психосоматичного профілю пацієнтів.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ішемічний інсульт, якість життя, психологічна оцінка особи, лікування.

Вступ

Ішемічний інсульт (II) є однією з провідних причин захворюваності, смертності і інвалідизації у всьому світі [Мищенко, 2007; Сусліна, 2007; Rosamond et al., 2007], провідним чинником ризику якого є артеріальна гіпертензія (АГ) [Lewington et al., 2002; Фонякин та ін., 2006; Law et al., 2009; Ovbiagele et al., 2011; Thompson et al., 2011]. Встановлено, що розвиток АГ супроводжується змінами психологічного профілю пацієнтів і негативно впливає на якість життя (ЯЖ), що відображається на ефективності проводимої антигіпертензивної терапії [Смулевич та ін., 2005; Дроздова, 2006; Ромасенко, 2006; Артюхова, 2008].

Пацієнти з АГ, що перенесли II, відносяться до категорії пацієнтів дуже високого кардіоваскулярного ризику, проте ця категорія хворих вимагає уніфікованого підходу з вивченням додаткових чинників ризику серцево-судинних ускладнень, у тому числі чинників ризику повторних цереброваскулярних ускладнень [Марцевіч, Егоров, 2006].

В даний час недостатньо досліджень, що відображають особливості психосоматичного профілю і якості життя пацієнтів з АГ після II, а також вплив різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії на дані показники [Парфенов, Гурак, 2005].

Метою нашого дослідження було вивчення психологічних особливостей особи пацієнтів з АГ, що перенесли II, оцінка якості життя (ЯЖ) цих пацієнтів, динаміка даних показників на фоні різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії.

Матеріали та методи

Нами обстежено 120 пацієнтів. Основну групу (60 пацієнтів, середній вік $61,3 \pm 0,9$, чоловіків - 59,2% та жінок - 40,8%) дослідження склали пацієнти з АГ, що перенесли II, які до призначення лікування були рандомізовані на 2 групи: група А і група В (порівнянні за віком і статтю). Всім пацієнтам була призначена базисна терапія, включаючи антиагреганти та статини, а також комбінована антигіпертензивна терапія. Пацієнтам групи А була призначена комбінована антигіпертензивна терапія, яка включала олмесартан в дозі 10 - 20 мг та гідрохлортиазид 12,5 - 25 мг на добу; пацієнти групи В отримували: олмесартан 10 - 20 мг і амлодипін 5 - 10 мг на добу. До групи порівняння увійшли 30 пацієнтів з АГ, середній вік $59,6 \pm 1,4$, порівнянні за віком і статтю з основною групою дослідження. У групі контролю - 30 пацієнтів без серцево-судинної патології, зіставні за віком і статтю.

Для оцінки психофізіологічних параметрів пацієнтів всім обстежуваним до призначення лікування та через рік на тлі антигіпертензивної терапії проводилося психодіагностичне тестування з використанням тесту СМОЛ,

який містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 оціночні та 8 клінічних. Вираженість клінічних шкал дозволяє виявити відповідні тенденції в актуальному психологічному стані особи пацієнтів [Зайцев, 1990]. Отримані результати оцінювалися в Т-балах, нормативним значенням відповідає розкид показників 40 - 60 Т-балів.

Для вивчення якості життя пацієнтів проводилось опитування за допомогою міжнародного сертифікованого опитувальника Medical Outcomes Study Form (Sf-36). Опитувальник Sf-36 включає 36 питань, які характеризують два компоненти здоров'я - фізичний та психологічний. Компоненти оцінюються за допомогою 8 шкал здоров'я: фізична працездатність, соціальна активність, міра обмеження фізичної працездатності і соціальної активності, психічне здоров'я, енергійність і стомлюваність, біль, загальна оцінка здоров'я [Андреева, Оганов, 2002].

Результати. Обговорення

Результати психологічного тестування методом СМОЛ пацієнтів до лікування представлені в таблиці 1.

Вихідні (тестування до призначення антигіпертензивної терапії) усереднені показники тесту СМОЛ у всіх групах знаходились у межах статистичної норми (табл. 1). Як видно з таблиці 1, у пацієнтів з АГ нами виявлені достовірно ($p < 0,05$) вищі показники за 1-й, 3-й і 6-й шкалами (невротична тріада) в порівнянні з групою контролю, що свідчить про пасивне відношення цих осіб до конфліктів. Для них характерний відхід від рішення проблем, тенденція до "втечі" в хворобу, підвищена

Таблиця 1. Середні Т-бали за шкалами СМОЛ у пацієнтів основної групи, групи порівняння та групи контролю.

Шкали СМОЛ	Основна група, n=60		Група порівняння, n=30		Група контролю, n=30	
	M	±m	M	±m	M	±m
L	53,45	0,96	52,68	1,18	52,44	1,68
F	52,6	0,74	50,65	0,97	42,75	1,43
K	52,87	1,27	54,12	1,82	51,06	2,68
1	60,13 [#] *	1,01	47,73 [#]	2,25	27,16	2,95
2	54,5 [#] *	1,24	46,81 [#]	1,69	36,80	1,83
3	56,05 [#] *	1,05	53,82 [#]	1,44	40,15	2,55
4	45,62 [#] *	1,54	39,14 [#]	1,26	18,63	2,58
6	51,28 [#] *	1,05	46,79 [#]	1,49	33,15	3,00
7	49,35 [#] *	1,71	29,04 [#]	3,51	13,52	3,24
8	50,27 [#] *	1,39	33,9 [#]	2,19	11,71	2,62
9	50,48 [#] *	1,1	45,97	1,89	42,93	4,06

Примітки: М - середні величини, m - помилка середньої величини; * - $p < 0,05$ щодо групи порівняння; # - $p < 0,05$ щодо групи контролю; n - кількість пацієнтів у групі.

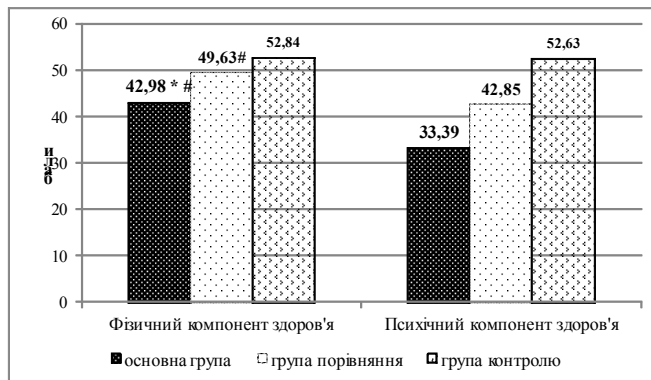


Рис. 1. Параметри фізичного та психічного компонентів здоров'я у пацієнтів основної групи, групи порівняння і групи контролю. **Примітки:** * - $p < 0,05$ щодо групи порівняння; # - $p < 0,01$ щодо групи контролю.

відображає міру обмеження соціальної адаптації у зв'язку з соматичними скаргами і емоційним станом пацієнтів основної групи, а також достовірне ($p < 0,05$) зниження показників соціального і фізичного функціонування. Отримані відповіді, що відображають оцінку хворим загального стану свого здоров'я в даний час і перспектив лікування, в основній групі склали $33,45 \pm 1,75$ балів, що достовірно нижче ($p < 0,05$), ніж в групі порівняння - $59,71 \pm 4,28$ балів.

Отримані нами дані опитування, що відображають різні компоненти здоров'я пацієнтів основної групи, свідчать про те, що у пацієнтів з АГ, які перенесли ІІ, переважання негативної динаміки протягом захворювання супроводжується зниженням як фізичного, так і психічного компонентів здоров'я (рис. 1). Так, у пацієнтів основної групи відмічається достовірно ($p < 0,05$) низький показник фізичного ($42,98 \pm 0,86$ балів) і психічного ($33,39 \pm 1,04$ балів) компонентів здоров'я, при цьому зниження психоемоційного компонента було більш виражене в порівнянні з показниками складових здоров'я в групі порівняння і контролю. У групі порівняння показник фізичного компоненту здоров'я склав $49,63 \pm 1,82$ балів, психічного компо-

ненту здоров'я - $42,85 \pm 2,19$ балів.

Дані щодо динаміки показників ЯЖ на фоні антигіпертензивної терапії, яка проводилась у групах А і В представлені в таблиці 4.

На фоні антигіпертензивної терапії в групі А і В відмічалось значне і достовірне ($p < 0,05$) зростання всіх параметрів оцінки ЯЖ (табл. 4), що відображає ефективність лікування АГ у пацієнтів з ІІ в анамнезі в підвищенні задоволеності своїм життям і поліпшенні соціального функціонування цих пацієнтів. На тлі терапії, що проводили, у двох групах дослідження показник загального стану здоров'я достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$). Аналіз статистичної достовірності відмінностей ефективності терапії виявив достовірно ($p < 0,05$) більш виражене зростання параметрів рольового функціонування, обумовленого фізичним та емоційним компонентами здоров'я, соціального функціонування і показника психічного здоров'я у пацієнтів з АГ, що перенесли ІІ, які отримували комбінацію олімесартан і амлодипін (група В). У пацієнтів групи В оцінка інтенсивності болю і життєвої активності на фоні лікування також виявило достовірне ($p < 0,05$) зростання порівняно з пацієнтами, які отримували комбінацію олімесартан і гідрохлортіазид, що характеризує високу ефективність комбінованої терапії олімесартан і амлодипін в збільшенні соціальної активності пацієнтів і поліпшенні соматичного здоров'я пацієнтів, які перенесли ІІ.

Інтегральні показники ЯЖ, що відображаються у вигляді підсумкових шкал які характеризують фізичне і психічне здоров'я, представлені в таблиці 5.

Як видно із таблиці 5, на тлі антигіпертензивної терапії в двох групах достовірно ($p < 0,05$) покращувались параметри психічного компонента здоров'я, при цьому в групі В на фоні лікування нами виявлено достовірно ($p < 0,05$) вищий показник психічного компонента, що можливо відображає кращу переносимість і комфорт при прийомі комбінації олімесартан і амлодипін. Оцінка показників фізичного компоненту здоров'я в групі А не виявив достовірних відмінностей до ліку-

Таблиця 4. Оцінка ЯЖ під впливом різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії.

Шкали (бали)	Група А (n=30)		Група В (n=30)	
	До лікування	На фоні терапії	До лікування	На фоні терапії
Фізичне функціонування (PF)	38,43±3,41	45,43±3,17*	37,78±3,47	63,47±3,52#
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	17,86±3,89	45,00±5,47*	17,36±3,81	78,47±4,16#
Інтенсивність болю (BP)	39,61±3,99	48,44±2,85*	38,65±4,34	65,22±3,16#
Загальний стан здоров'я (GH)	31,03±2,32	39,00±2,98*	31,14±3,56	41,83±2,39#
Життєва активність (VT)	33,71±2,39	43,14±2,50*	33,19±2,71	57,64±2,72#
Соціальне функціонування (SF)	40,00±4,19	55,71±3,07*	39,93±4,30	67,36±2,52#
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)	20,00±4,34	59,05±5,32*	19,44±4,45	70,37±5,70#
Психічне здоров'я (MH)	41,71±2,75	47,66±2,56*	40,78±2,74	60,67±2,76#

Примітки: * - $p < 0,05$ щодо показників до лікування в групі А; # - $p < 0,05$ щодо показників до лікування в групі В.

Таблиця 5. Оцінка фізичного і психічного компонентів здоров'я на фоні лікування у пацієнтів з АГ, що перенесли ІІ.

Компонент здоров'я	Група А		Група В	
	До лікування	На фоні терапії	До лікування	На фоні терапії
Фізичний компонент здоров'я	43,21±1,50	44,40±1,61	42,77±1,46	50,13±1,51* #
Психічний компонент здоров'я	33,46±1,63	41,06±1,58*	33,32±1,57	46,50±1,44* #

Примітки: * - $p < 0,05$ щодо показників до лікування у двох групах; # - $p < 0,05$ у групах А і В на фоні терапії.

вання і на тлі антигіпертензивної терапії, а в групі В лікування АГ комбінацією олмесартан і амлодипін супроводжувалося достовірним ($p < 0,05$) поліпшенням фізичного компонента здоров'я, при цьому оцінка фізичного компонента в групі А була достовірно ($p < 0,05$) нижче, ніж в групі В (у групі А - 44,40±1,61 балів, в групі В - 50,13±1,51 балів, $p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Оцінка якості життя і психодіагностичного тестування за допомогою тесту СМОЛ виявило у хворих з АГ, що перенесли ІІ, достовірно вищі середні рівні по шкалах депресії і "невротичної триади", а також достовірно нижчі показники рольового і фізичного функц-

іонування, загального стану здоров'я.

2. Проведення антигіпертензивної терапії сприяє достовірному зниженню рівнів тривожності, іпохондричній настроєності, підвищенню соціальної адаптації, поліпшенню значень всіх показників ЯЖ.

3. Комбінована антигіпертензивна терапія з використанням олмесартана і амлодипіна, в порівнянні з комбінацією олмесартана і гідрохлортіазиду, сприяло статистично значимому більш вираженому зниженню тривожно-депресивних порушень і підвищенню фізичного і психічного компонентів здоров'я.

У перспективі подальше вивчення даної проблеми дозволить вирішити питання підвищення прихильності пацієнтів до терапії, що проводилась, досягнення стійкішого контролю АТ і поліпшення прогнозу.

Список літератури

Андреева Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью /Г.Ф.Андреева, Р.Г.Оганов //Терапевтический архив. - 2002. - Т.74, №1. - С. 8-16.

Артюхова М.Г. Депрессия и тревога у кардиологических больных /М.Г.Артюхова //Русский медицинский журнал. - 2008. - Т.16, №12. - С. 1724-1727.

Дроздова І.В. Психічні і поведінкові розлади у хворих з артеріальною гіпертензією /І.В.Дроздова //Укр. кардіол. журн. - 2006. - Спец. вип. - С. 48-53.

Зайцев В.П. Диагностические возможности психологического теста СМОЛ при гипертонической болезни //Кардиология. - 1990. - №4. - С. 83-87.

Марцевич С.Ю. Профилактика мозгового инсульта у больных артериальной гипертонией: возможности современной гипотензивной терапии /С.Ю.-Марцевич, В.А.Егоров //Справочник поликлинического врача. - 2006. - №10. - С. 16-20.

Мищенко Т.С. Анализ состояния распространенности, заболеваемости и смертности от цереброваскулярных заболеваний в Украине /Т.С.Мищенко //Судинні захворювання головного мозку. - 2007. - №3. - С. 2-4.

Парфенов В.А. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертензией /В.А.Парфенов, С.В.Гурак //Журн. неврол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. - 2005. - Вып.14, прил. - С. 3-7.

Психокардиология /[Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В.]. - М., 2005. - 784 с.

Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике /Ромасенко Л.В. //Тер. архив. - 2006. - №10. - С. 5-8.

Суслина З.А. Ишемический инсульт: суды, сердце, кровь //Журн. неврол. и психиатр. (Прилож. "Инсульт": материалы 2-го Рос. междунар. конгресса "Цереброваскулярная патология и инсульт"). - 2007. - Спец. вып. - С. 36-38.

Фонякин А.В. Артериальная гипертензия, цереброваскулярная патология и сосудистые когнитивные расстройства. Актуальные вопросы: [краткое рук. для врачей] /Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Суслина З.А. - Москва, 2006. - 48 с.: ил., табл. - ISBN 5-903274-01-3.

Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies /S.Lewington, R.Clarke, N.Qizilbash [et al.] //Lancet. - 2002. - Vol.360. - P. 1903.

Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis /A.M.Thompson, T.Hu, C.L.Eshelbrenner [et al.] //JAMA. - 2011. - Vol.305. - P. 913.

Heart disease and stroke statistics - 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee /W.Rosamond, K.Flegal, G.Friday [et al.] //Circulation. - 2007. - Vol.115, №5. - P. 69-171.

Law M.R. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies /M.R.Law, J.K.Morris, N.J.Wald //B.M.J. - 2009. - Vol. 338. - P. 1665.

Level of systolic blood pressure within the normal range and risk of recurrent stroke /B.Ovbiagele, H.C.Diener, S.Yusuf [et al.] //JAMA. - 2011. - Vol.306. - P. 2137-2144.

Турна Э.Ю., Крючкова О.Н.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме. Целью нашей работы явилось изучение динамики показателей качества жизни и психологического профиля у пациентов с АГ, перенесших ИИ, на фоне различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии. Комбинация олмесартан и амлодипин в лечении АГ у пациентов с ИИ в анамнезе оказывает более выраженное влияние на качество жизни и изменение психосоматического профиля пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемический инсульт, качество жизни, психологическая оценка личности, лечение

Turna E.U., Kryuchkova O.N.

EVALUATION OF DYNAMICS OF INDICES OF PSYCHOLOGICAL STATE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WHO HAD ISCHEMIC STROKE ON THE BACKGROUND OF DIFFERENT TYPES OF COMBINED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

Summary. *The aim of our work was to study the dynamics of indices of psychological state and quality of life of patients with AH who had IS on the background of different types of combined antihypertensive therapy. The combination of olmesartan and amlodipine in the treatment of AH of the patients with IS in history has strongly pronounced effects on the quality of life and changes in the psychosomatic state of patients.*

Key words: arterial hypertension, ischemic stroke, quality of life, psychological assessment of personality, treatment.

Стаття надійшла до редакції 05.11.2012р.

© Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В.

УДК: 616.248+616.24-008:616-036.865 (477.44)

Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В.

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів (ннлк) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, Україна, 21029)

СТРУКТУРА ТА РІВЕНЬ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ СЕРЕД ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Резюме. *Вивчено структуру та рівень інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА серед працездатного населення Вінницької області в 2011 році шляхом аналізу медико-експертної документації 692 чол., в тому числі 208 інвалідів із ХОЗЛ та 484 інвалідів з БА. Виявлено меншу важкість інвалідності і більш молодий вік осіб із БА порівняно з ХОЗЛ, що є перспективним в плані реабілітації; значний відсоток осіб, інвалідність яким встановлюється пожиттєво; низькі показники реабілітації, особливо при ХОЗЛ, та необхідність розробки рекомендацій по медико-соціальній експертизі та реабілітації досліджуваного контингенту.*

Ключові слова: інвалідність, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма.

Вступ

Вивчення питань інвалідності внаслідок хронічних захворювань органів дихання, що супроводжуються бронхіальною обструкцією, має велике медичне, соціальне і економічне значення для суспільства, оскільки впливає на організацію і проведення медичних програм, направлених на профілактику і лікування цієї патології, та інвалідизацію населення, особливо у працездатному віці. Найбільш розповсюдженими є хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) та бронхіальна астма (БА).

ХОЗЛ сьогодні - одна із найсерйозніших медико-соціальних проблем як в нашій країні, так і у всьому світі, [Фещенко, 2001; Global Strategy, 2009]. Її актуальність обумовлена перш за все надзвичайно високими показниками розповсюженості, інвалідизації і смертності від цього захворювання, що обумовлено недостатньою увагою до питань профілактики, несвоечасною діагностикою і відсутністю адекватного лікування. За останні роки спостерігається лавиноподібне збільшення числа випадків ХОЗЛ. Пізніше його виявлення характерне не лише для України, але й для багатьох інших країн світу, в тому числі економічно розвинутих, що пов'язано з майже безсимптомним перебігом захворювання на ранніх стадіях [Фещенко, 2011]. Бронхіальна астма також характеризується високими показниками захворюваності і смертності, значними

економічними затратами для суспільства та індивідуума і суттєвим зниженням якості життя [Фещенко, 2007; Global Strategy for Asthma, 2009].

Привертає увагу явна невідповідність розповсюженості ХОЗЛ і астми їх рейтинговим позиціям в структурі первинної інвалідності [Павлишук и др., 2005], а також значні відмінності показників первинної інвалідності у зв'язку з захворюваннями органів дихання на різних територіях [Пьянкова, 2007]. Такі факти свідчать про низьку якість діагностики ХОЗЛ в лікувально-профілактичних закладах.

Показники первинної інвалідності внаслідок БА серед працездатного населення в Україні за 2009-2011 рр. були стабільними та склали в середньому 0,5 на 10000 населення, проте їх значні коливання спостерігались в різних регіонах, навіть в тих, які мають досить сприятливу кліматичну та економічну ситуацію [Основні показники інвалідності, 2012].

Достовірна статистична інформація про інвалідність внаслідок ХОЗЛ в Україні, і зокрема у Вінницькій області, відсутня.

Метадослідження: вивчити та проаналізувати рівень і структуру інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА, а також причини та особливості формування контингенту інвалідів з даною патологією серед працездатного населення Вінницької області.