

С. В. Афанасьєв. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 183 с.

2. Афанасьєв С. В. Питання моніторингу інвалідності внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту / С. В. Афанасьєв // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 21–24.

3. Прогнозування інвалідності після виконання операції з приводу ускладненої гастродуодена-

льної виразки / Є. М. Шепетько, П. Д. Фомін, Б. Б. Леськів та ін. // Клінічна хірургія. – 2006. – № 9. – С. 9–12.

4. Афанасьєв С. В. Експертна оцінка ускладнень оперативних втручань на органах травлення на етапах медичної реабілітації: Автореф. дис... док. мед. наук: 14.01.03 / Афанасьєв Сергій Вікторович; Харківський державний медичний університет. – Х., 2006. – 40 с.



УДК: 613.6.02:616.24:616-036.86

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДІВ ТА ФАКТОРИ НАСТАННЯ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У СПОЛУЧЕННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Професор А. В. Іпатов,¹ С. С. Паніна,¹ Н. А. Саніна,¹ Н. О. Гондуленко,¹
Т. С. Ігумнова,¹ М. Ю. Кожушко,¹ Л. В. Омельницька,¹ М. І. Терзи,²
Л. Б. Сергієнко²

¹ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

²КЗ «Державний центр первинної медико-соціальної допомоги №1», м. Дніпропетровськ

Резюме

Показана медико-соціальна характеристика інвалідів внаслідок бронхіальної астми та ХОЗЛ – проведено аналіз соціальних даних, якості діагностики та реабілітації пацієнтів. С допомогою методу багатофакторного аналізу виявлені основні фактори, впливаючі на настання інвалідності у цій категорії хворих – недоліки медичної допомоги, експертно-діагностичного процесу, наявність супутніх серцево-судинних патологій, недостатня мотивація пацієнта до лікування та особливості праці хворих, обчислено кумулятивний внесок груп факторів.

Ключеві слова: *хронічне обструктивне захворювання легких, бронхіальна астма, серцево-судинні захворювання, інвалідність*

Summary

It has been shown medical and social characteristic of invalids due to asthma and COPD, analysis of the social data, quality of diagnostics and rehabilitation of patients was performed. By the method of multifactor analysis the major factors influencing disability in this category of patients were evaluated – lacks of treatment, diagnostic and expert process, presence of comorbid cardiovascular disorders, low compliance of patients and their work specialities, the cumulative contributions of groups of factors were calculated.

Keywords: *chronic obstructive pulmonary disease, asthma, cardiovascular diseases, disability.*

Не зважаючи на успіхи сучасної медицини, захворювання органів дихання залишаються однією з провідних причин первинної інвалідності серед дорослого населення України. Показники інвалідності за 2006–2011 рр. склали відповідно 2,1–1,3 на 10 тис. працездатного населення, а внаслідок бронхіальної астми 0,4–0,5 на 10 тис. працездатного населення. Водночас залишаються високими показники інвалідності у розвинених промислових регіонах. Так, наприклад, у Донецькій області протягом 2006–2008 рр. спостерігався стабільно високий рівень інвалідності 5,2–5,3 на 10 тис., після чого відзначено позитивні тенденції у вигляді зниження інвалідності до 4,2 у 2009 році та до 2,9 у 2011 році [1].

Основне місце в структурі захворювань легень в Україні займають хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальна астма (БА). Недооцінка супутньої патології — й одна з причин, які визначають неможливість досягнення контролю бронхіальної астми та обтяжують її перебіг. Найбільш розповсюдженими коморбідними станами при БА та ХОЗЛ є захворювання серцево-судинної системи, які сприяють зростанню тяжкості основного захворювання [3, 4].

Метою нашої роботи був аналіз медико-соціальних даних хворих та інвалідів унаслідок захворювань легень, сполучених із серцево-судинною патологією, та виділення факторів, що сприяють настанню інвалідності у цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. При виконанні цього дослідження застосовувався історико-архівний метод та метод статистичного аналізу. Проведено ретроспективний аналіз медико-соціальних даних 70 хворих та інвалідів віком від 34 до 65 років, з них у 44 (62,9%) хворих діагностовано бронхіальну астму та у 26 (37,1%) — ХОЗЛ. Аналіз факторів, що сприяли настанню інвалідності, проводився за спеціально розробленою анкетною. Отримані дані були проаналізовані за допомогою пакета Statistica 99 Edition. Для виявлення впливу різних факторів на настання інвалідності був застосований метод факторного аналізу [5]. Для

розрахунку рівня коморбідності використовували стандартизований індекс Чарлсона [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Більшість інвалідів внаслідок захворювань легень — 37 (52,9%) склали жінки, з них — 26 (70,3%) віком від 40 до 59 років. Чоловіків було 33 (47,1%), серед них переважали особи вікової категорії від 50 до 59 років — 15 (45,5%) обстежених. Таким чином, серед інвалідів внаслідок захворювань легень переважали жінки у віці до 60 років — тобто працездатного віку. Що стосується окремих нозологій, то серед інвалідів внаслідок бронхіальної астми виявлено значне переважання жінок (59,1%), внаслідок ХОЗЛ — чоловіків (76,0%).

На момент розвитку клінічної симптоматики захворювання легень більшість хворих знаходились у віковій категорії до 30 років — 37 хворих (52,9%), а у 6 хворих перші клінічні прояви захворювання (бронхіальна астма) спостерігалися ще у дитячому віці. Проте не всім хворим було своєчасно встановлено правильний діагноз захворювання легень — так, лише 48,6% хворим було встановлено діагноз та призначено адекватне лікування протягом року. В середньому між першими симптомами захворювання та його діагностикою минало 4,5 року.

Середній вік хворих при встановленні групи інвалідності внаслідок патології легень складав 43,6 року. Тривалість захворювання до моменту встановлення групи інвалідності складала: у 49,0% хворих до 5 років, у 20,0% — 5–10 років, у 10,9% — 10–15 років та у 20,1% — більше 15 років.

Отримані дані демонструють факт достатньо своєчасної діагностики бронхіальної астми. Однак привертає до себе увагу досить великий відсоток хворих (13,6%), яким діагноз бронхіальної астми було встановлено через 10–15 років після розвитку клінічної симптоматики. Що стосується ХОЗЛ, то правильний діагноз таким хворим уперше встановлювався при існуванні симптоматики хвороби 4–5 років і більше. Також повертає до себе увагу досить значна кількість хворих з довготривалим існуванням ХОЗЛ. Несвоєчасна його

діагностика, у свою чергу, призводить до несвоєчасного призначення бронхолітичної, протизапальної та іншої терапії, і, як наслідок, веде до обтяження перебігу захворювання.

Привертає до себе увагу низький рівень освіти інвалідів, в основному, це середня і середньо-спеціальна освіта, що багато в чому впливало на можливість їхнього подальшого перенавчання або раціонального працевлаштування: середня та середня спеціальна освіта наявна у 81,8 % осіб, вища освіта – у 18,2 % осіб.

Спеціальності, за якими працювали хворі, в основному не були пов'язані зі шкідливими умовами праці. Лише 18,2% осіб довгий час працювали в умовах контакту з пилом, низькими температурами повітря, значного фізичного напруження. Після первинного огляду на МСЕК більшість визнаних інвалідами (40,0%) залишали роботу, 32,7% перейшли на роботу з полегшеними умовами праці, а 27,3% продовжували працювати за професією.

Аналіз медико-експертних справ засвідчив, що недостатня увага приділяється такому важливому чиннику розвитку патології легень, як паління. У 40% медичних справ відсутні дані про паління пацієнта.

Серед серцево-судинної патології, яка мала місце у хворих, переважала артеріальна гіпертензія різних стадій та ступенів (87,3% хворих); у 18,2% мала місце ішемічна хвороба серця.

При аналізі медико-експертної документації, виписок з історій хвороб стаціонарних хворих встановлено, що в цілому при направленні пацієнтів на МСЕК відбувається дотримання стандартів діагностики – проводиться огляд суміжними спеціалістами, рентгенологічне дослідження грудної клітки, спірографія та лабораторні дослідження. Однак у поодиноких випадках у хворих відсутні дані спірографічного дослідження, у низки хворих не наведені кількісні значення спірограм, а наявні лише їхні висновки. Лише в 20% випадків при первинному встановленні діагнозу хворим проводилася проба з бронхолітиками, яка є «золотим стандартом» діагностики ступеня та оборотності бронхіальної обструкції, а

також стадії ХОЗЛ. Також наявна недооцінка патології з боку серцево-судинної системи – так, у значній кількості медико-експертних справ відзначено наявність підвищеного рівня АТ, проте діагноз артеріальної гіпертензії не встановлювався та додаткові обстеження не призначалися. Це ускладнює об'єктивну оцінку вираженості функціональних порушень та, відповідно, правильності визначення ступеня обмеження життєдіяльності.

При аналізі якості реабілітації хворих та інвалідів унаслідок захворювань легень виявлено, що хворі на бронхіальну астму в більшості випадків (94%) отримували рекомендації, що відповідають сучасним стандартам терапії хронічних захворювань легень. В достатньому обсязі призначаються сучасні гормональні бронхолітики пролонгованої дії (зокрема, серетид) та β -2 агоністи. Проте мало уваги приділяється цілеспрямованій терапії супутньої патології, у тому числі серцево-судинних захворювань, що стає однією з основних причин обтяження інвалідності.

Так, основна маса хворих зі встановленим діагнозом артеріальної гіпертензії отримувала у якості гіпотензивної терапії препарати з групи інгібіторів АПФ (48,3% призначень). Але відомо, що ця група препаратів відносно протипоказана хворим із патологією легень, оскільки має такий небажаний побічний клас-ефект, як сухий кашель. 7,5% хворим було рекомендовано приймання бета-блокаторів, у т.ч. неселективних (карведилол, атенолол), які здатні підсилювати ступінь бронхообструкції.

Препаратами вибору для лікування артеріальної гіпертензії у хворих на бронхіальну астму та ХОЗЛ є антагоністи кальцію та блокатори рецепторів до ангіотензину-II (так звані «сартани»). Згідно з проаналізованою медико-експертною документацією, ці препарати призначалися у поодиноких випадках (3% пацієнтів).

Щодо амбулаторного етапу лікування хворих на захворювання легень, то потрібно зазначити, що дільничними терапевтами не завжди проводиться необхідна корекція лікування при погіршенні стану хворого. Замість цього хворий відправляється на госпіталізацію, що збільшує соціально-

економічні витрати суспільства. Привертають до себе увагу рекомендації МСЕК з подальшого лікування оглянутих інвалідів. У цих рекомендаціях зазначається тільки те, у спеціаліста якого профілю повинен лікуватися пацієнт. У 27,3% хворих не була складена індивідуальна програма реабілітації.

Застосування стандартизованого міжнародного індексу коморбідності Чарлсона засвідчило значну розповсюдженість супутньої патології серед хворих на захворювання легень, а також виявлено погіршення прогнозу 10-річного виживання на рівні 23% у 47,0% хворих на ХОЗЛ та на рівні 5-10% у 77,3% хворих на БА.

За даними аналізу медико-експертної документації нами були визначені різноманітні медичні, соціальні, професійні фактори, що найбільше впливали на настання інвалідності. Надалі ці фактори були згруповані наступним чином:

1-ша група – фактори, пов'язані з умовами праці пацієнтів. До них відносяться різновид праці (розумова, фізична або змішана), важкість, інтенсивність та напруженість праці, стаж роботи в шкідливих умовах (підвищений вміст пилу, алергенів або підземний стаж).

2-га група – досить динамічні фактори, пов'язані з недоліками медичної допомоги хворим. До них відносяться: недотримання стандартів діагностики та лікування, пізня діагностика захворювання, неадекватне лікування загострень, неповні рекомендації з відновлювального лікування, відсутність індивідуальних програм реабілітації.

3-тя група – фактори, пов'язані з супутньою серцево-судинною патологією. До них відносяться наявність та різновид серцево-судинного захворювання, давність супутньої патології, дотримання стандартів лікування супутньої патології.

4-та група – фактори, пов'язані з мотиваційною спрямованістю хворого до відшкодування втрат по ушкодженню здоров'я. До них належать: пізні звертання за медичною допомогою, відсутність курсів стаціонарного лікування, паління.

5-та група – фактори, пов'язані з недоліками огляду хворого на МСЕК. Це такі фактори, як неточне формулювання діаг-

нозу МСЕК та завищення відсотків втрати професійної працездатності.

Для проведення аналізу хворі були розподілені на 2 групи, в залежності від ступеня обмеження життєдіяльності за захворюванням органів дихання. До першої групи ввійшли хворі–не інваліди (45,5%), до другої – особи зі встановленою групою інвалідності (54,5%, серед них інваліди III гр. склали 74,5%, а інваліди II групи – 25,5%).

Проведений факторний аналіз засвідчив наступний сукупний вплив факторів на настання інвалідності внаслідок захворювань легень:

- фактори, пов'язані з недоліками медичної допомоги хворим – кумулятивний внесок 40,1%;
- фактори, пов'язані з недоліками експертного процесу – 39,5 %;
- фактори, пов'язані з наявністю супутньої серцево-судинної патології – 38,5%;
- фактори, пов'язані з недостатньою мотивацією особистості щодо лікування – 29,5 %
- фактори, пов'язані з особливостями праці хворих – 28,2 %.

Активне впровадження сучасних рекомендацій з лікування бронхообструктивних захворювань дозволить забезпечити адекватний контроль за перебігом захворювання. За даними деяких авторів, незважаючи на успіхи в лікуванні БА, більше 88% пацієнтів із середньотяжкою та тяжкою персистуючою БА мають не повністю контрольований перебіг захворювання при застосуванні протизапальної терапії. Як відомо, нині велика увага приділяється не тяжкості перебігу, а саме ступеня контролю захворювання, оскільки терапевтичні втручання проводяться на базі саме цього параметру [7]. Отже, згідно з сучасним уявленням, лікування пацієнта з БА повинно бути динамічним у залежності від ступеня астма-контролю.

Важливе місце посідають фактори, пов'язані з недоліками експертно-діагностичного процесу. Щодо неточного визначення ступеня функціональних порушень, то воно нерідко викликане неповним обстеженням хворого через відсутність можливості застосування сучасних

діагностичних методик. Широке використання таких методів, як комп'ютерна спірометрія з проведенням проби з бронхолітиком, доплерехокардіографія, комп'ютерна томографія органів грудної порожнини, пульсоксиметрія слугуватиме об'єктивізації визначення стадії розвитку захворювання, а отже, й вірному визначенню ступеня обмеження життєдіяльності. Необхідно щорічне проведення спірографічного дослідження (з ретельним контролем правильного проведення дихального маневру) для об'єктивної оцінки ступеня та динаміки перебігу захворювання [8].

Велике значення мають також фактори, пов'язані з наявністю супутньої серцево-судинної патології. Наявність артеріальної гіпертензії або ішемічної хвороби серця є чинником, що обтяжує перебіг основного захворювання, оскільки має додатковий вплив на стан гемодинаміки. Для зменшення впливу даних факторів необхідно активно впроваджувати сучасні стандарти діагностики та лікування серцево-судинних захворювань, та підвищувати рівень знань лікарів-пульмонологів з особливостей терапевтичних підходів при даній патології.

Впливовою групою факторів стали несприятливі умови праці хворих: праця високої тяжкості, напруженості та інтенсивності, наявність шкідливих умов (контакт з пилом, хімічними речовинами та ін.). Для профілактики інвалідності внаслідок захворювань легень рекомендовано покращення умов праці та зменшення впливу шкідливих факторів на робочому місці.

Також на настання інвалідності вплинула недостатня мотивація хворого до лікування: пізнє звертання за медичною допомогою, відсутність курсів планового стаціонарного лікування, паління, зацікавленість хворого до встановлення ступеня обмеження життєдіяльності.

Особливої уваги заслуговує фактор паління. У боротьбі з цією шкідливою звичкою великий вплив може мати грамотна державна політика – спонукання засобів масової інформації до зменшення числа передач і рекламних роликів, що рекламують тютюнові вироби, впровадження жорстких обмежень з продажу цих виробів не-

повнолітнім та ін. Але медичний персонал поліклінічних та стаціонарних закладів також може вплинути на ситуацію: потрібно проведення агресивної антитютюнової пропаганди, активне роз'яснення хворому шкідливості паління, інформування хворого про наслідки вживання тютюну та вплив цієї шкідливої звички на прогноз його захворювання.

Висновки

1. Серед інвалідів унаслідок захворювань легень виявлено переважання інвалідів III групи інвалідності; 20% інвалідів є інвалідами II групи. Більшість інвалідів унаслідок БА склали жінки, внаслідок ХОЗЛ – чоловіки працездатного віку. При досягненні хворими віку 35–40 років до провідної патології приєднуються серцево-судинні захворювання (артеріальна гіпертензія, стабільна стенокардія та метаболічні зміни в міокарді), що обтяжує перебіг захворювання. Наявність серцево-судинної патології не завжди вказана у діагнозі МСЕК, що призводить до недооцінки стану хворого і правильної оцінки ступеня обмеження його життєдіяльності. Якість реабілітації в цілому відповідає міжнародним стандартам та клінічним протоколам надання допомоги, однак, незважаючи на це, в 40% випадків не вдається досягти повного контролю перебігу захворювання. Застосування сучасного стандартизованого міжнародного індексу коморбідності Чарлсона засвідчило високу розповсюдженість супутньої патології серед хворих на захворювання легень, а також виявлено погіршення прогнозу 10-річного виживання на рівні 23% у 47,0% хворих на ХОЗЛ та на рівні 5–10% у 77,3% хворих на БА.

2. При захворюваннях легень на настання інвалідності істотно вплинули такі групи факторів: пов'язані з недоліками медичної допомоги (кумулятивний внесок факторів 40,1%); пов'язані з недоліками експертно-діагностичного процесу (кумулятивний внесок факторів 39,5%); фактори, пов'язані з наявністю супутньої серцево-судинної патології (кумулятивний внесок факторів 38,5%); фактори, пов'язані з недостатньою мотивацією особистості щодо лікування (кумулятивний внесок факторів 29,5%) та пов'язані з особливостями

праці хворих (кумулятивний внесок факторів 28,2%).

3. Вплив на основні фактори інвалідності, а саме підвищення якості лікувально-діагностичної та експертної допомоги хворим на захворювання легень, раннє виявлення цієї патології, своєчасне раціональне працевлаштування хворих дозволить суттєво зменшити рівень захворюваності та інвалідності внаслідок БА та ХОЗЛ та знизити економічні витрати суспільства.

Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2005–2011 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін, С. І. Черняк, О. М. Мороз та ін.]; за редакцією нач. Управління МСЕ МОЗ України В. В. Маруніча. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005–2011. – 135 с.

2. Березин А. Е. Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечно-сосудистый риск / А. Е. Березин // Укр. мед. часопис. – 2 (70). – III/IV.– 2009. – С. 62–68

3. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2008. – № 2. – С. 5–14.

4. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Часть I. ХОБЛ и поражения сердечно-сосудистой системы / А. Г. Чучалин // РМЖ. – 2008. – № 2, Т. 16. – С. 23–32

5. Лакин Г. Ф. Биометрия: Учебное пособие для биологических специальностей вузов / Лакин Г. Ф. // М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.

6. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J Chron Dis. – 1987. – № 40(5). – P. 373–383

7. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Електронний ресурс] // Global Initiative for Asthma. – 2011. – 106с. – Режим доступу: <http://www.ginasthma.org/guidelines-gina-report-global-strategy-for-asthma.html>.

8. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».



УДК 616-036.865

СИНДРОМ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Д. мед. н., профессор В. Б. Смычѣк

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск

Резюме

Определение инвалидности пациенту в каждом конкретном случае требует учета не только последствий заболевания или травмы, но и многих других факторов. Как правило, группа инвалидности определяется по наиболее выраженному ограничению жизнедеятельности, однако весьма часто имеют место случаи, когда уровень социальной дезадаптации пациента обусловлен снижением не одной какой-либо способности, а нескольких, которые и должны стать критерием принятия экспертного решения. В статье приводятся новые подходы к определению инвалидности с учетом так называемого «синдрома социальной компенсации».

Ключевые слова: инвалид, инвалидность, ограничение жизнедеятельности, нарушение, «синдром социальной компенсации».