

Т. О. Перцева, С. С. Паніна, В. М. Концур МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ

*Дніпропетровська державна медична академія
Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності*

Зростаючий тягар хронічних обструктивних захворювань легень і важливість цієї проблеми для здоров'я суспільства в цілому привели до створення ряду ініціатив щодо діагностики, лікування та профілактики цих захворювань [5].

Програма GOLD створена під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та національного інституту Серця, Легень і Крові (NHLBI) (США) і діє з 2001 р. (нова редакція в 2003 р.) [10]. У Європі з ініціативи Європейського Респіраторного Товариства (ERS), при підтримці European Lung Foundation (ELF) і Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) виконано п'ятирічний проект і 25 листопада 2003 року в Брюсселі Європейському парламенту офіційно представлена The European Lung White Book [11]. Мета цих ініціатив — підсилити розуміння проблеми легеневих захворювань у суспільстві в зв'язку з її драматичним впливом, ініціювати поліпшення допомоги пульмонологічним хворим, імплементувати сучасні дефініції цих захворювань, стандартів лікування й епідеміологічних досліджень.

За прогнозами ВООЗ до 2020 року ХОЗЛ вийдуть на 5 місце серед причин смертності й інвалідності дорослого населення розвинутих країн [10].

Проведені економічні розрахунки потенційних витрат унаслідок виплат пенсій по інвалідності в 8 розвинутих країнах — Канаді, Франції, Німеччині, Японії, Італії, Іспанії, Великобританії і США — показали, що витрати можуть складати від 5 до 25 більйонів доларів щорічно. У даній моделі використовувалися критерії інвалідності, прийняті в США — за показниками спірографії, і підкреслювалося, що кількість звертань за відповідною допомогою занижена в зв'язку з неточністю критеріїв інвалідності [9].

В Україні рівень первинної інвалідності дорослого і працездатного населення унаслідок хвороб органів дихання за останні 5 років складав 1,8–2,0 на 10 тис. населення. Деяке зменшення інвалідності з кінця 90-х років пояснюється поліпшенням надання допомоги таким хворим, введенням сучасних схем лікування хронічного бронхіту, а також зменшенням звертань пенсіонерів за віком у зв'язку зі скасуванням ряду соціальних пільг. Проте, рівень первинної інвалідності залишається досить високим і зівставимий з таким при гіпертонічній хворобі [4].

В Україні в середньому 2200 чоловік щорічно первинно визнаються інвалідами внаслідок ХОБ. Основна частина первинно визнаних інвалідами в 2002 році — 52,5 % мали вік від 40 до 55 років у жінок і до 60 років у чоловіків — тобто найбільш працездатний вік. Однак у порівнянні з 1992 роком намітилася негативна тенденція — виросло абсолютне число інвалідів у віці до 39 років. По Україні цей показник склав 34,4 % проти 12,4 % за минулий 10-літній період [4].

У структурі первинної інвалідності переважають інваліди II групи, тобто при першому ж звертанні до МСЕК хворих визнають стійко непрацездатними [3].

Мета дослідження — провести аналіз основних медико-соціальних факторів, які сприяють виникненню інвалідності у хворих хронічним обструктивним бронхітом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Об'єктом дослідження була сукупність хворих та інвалідів внаслідок ХОБ, які знаходились на обстеженні в терапевтичному відділенні клініки Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності.

У клініці інституту обстежено 192 хворих ХОБ, серед них визнані працездатними 48 (25,0 %) хворих (1 група), інвалідами III групи визнані 77 (40,1 %) (2 група) та інвалідами II групи 67 (34,9 %) (3 група).

Для оцінки функціонального стану хворих використовували 6-ти хвилинний прогулянковий тест (6 MWD) [8]. Підраховувалась дистанція в метрах, яку долали хворі протягом 6 хвилин у помірному темпі.

Для чисельної передачі суб'єктивної оцінки вираженості задишки до та після проведення прогулянового тесту у хворих визначали ступінь вираженості задишки за шкалою Борга [6]. Розраховували індекс паління з розрахунку 20 цигарок на добу на протязі року — 1 пачко/рік [7].

Для статистичної обробки використано метод варіаційної статистики з обчисленням критерію Ст'юдента та кореляційний аналіз. Математичні розрахунки здійснювалися за допомогою IBM PC-486 із використанням програми Excel 7.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед інвалідів унаслідок ХОБ переважали чоловіки — 74,5 %. Тривалість захворювання до моменту встановлення інвалідності в 25,5 % випадків складала 5–10 років і в 43,2 % — 11–20 років.

Отримані цікаві дані щодо ролі паління в прогресуванні захворювання і настанні інвалідності. Інваліди II групи мали різко виражене зниження показника прохідності бронхів (показник $ОФВ_1$) на рівні 42,4 % від належного, тривалість захворювання у них — 14,7 років та інтенсивність паління складала 25,8 пачко/років, що було вірогідно вище в порівнянні з таким у інвалідів III групи — 10,6. Проведений кореляційний аналіз показав, що існує достовірний негативний взаємозв'язок показника $ОФВ_1$ спірографії з інтенсивністю паління ($r=-0,34$, $p<0,01$).

Взаємозалежність бронхіальної прохідності й інтенсивності паління представлена на рис. 1.

Хвороба й інвалідність призводять до несприятливої зміни соціально-економічного статусу: приблизно 1/3 інвалідів не одружені, або розведені, або не створювали родину взагалі. При встановленні інвалідності III групи 53 % хворих залишають роботу та 88 % інвалідів II групи не працюють. У 92 % випадків інваліди мали середню, середню-спеціальну та незакінчену середню освіту та у 87 % випадків займалися фізичною працею. Як правило, це особи, які тривалий час працювали в умовах підвищеної запиленості, загазованості та ін. (водії, трактористи, слюсарі промислових підприємств та ін.). У інвалідів значно

Клініко-функціональна характеристика хворих

Групи хворих	Показники			
	Середній вік, років	Тривалість захворювання, років	ОФВ ₁ , %	Інтенсивність паління, пачко/років
1	43,6±1,66	10,2±1,12	88,1±2,95	8,3±2,07
2	48,8±1,03	14,2±1,02	60,6±2,62	11,2±1,5
3	53,5±0,60	14,7±1,07	42,6±2,63	25,6±2,64
<i>Вірогідність різниці між групами</i>				
P1-2	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
P1-3	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
P2-3	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01

знижується прибуток: так у хворих ХОБ, які не визнані інвалідами, прибуток усієї сім'ї складає в середньому 534 грн, а у інвалідів — 257 грн ($p < 0,02$).

Різниця в соціальному статусі є сильним предиктором смертності від захворювань легень незалежно від статі та паління, в тому числі — рівень освіти менше 8 років. У чоловіків, такі індикатори соціального статусу, як рід занять ("голубі комірці"), низький прибуток сім'ї, житлові умови (проживання в кімнаті більше однієї людини), самотність, впливають на смертність від ХОЗЛ (за даними популяційних досліджень в Данії) [14].

Зрозуміло, що робота в шкідливих умовах праці неминує призводить до прискорення прогресування захворювання, а середній освітній рівень, вік 40—50 років та виникаюча виражена функціональна недостатність ускладнюють в значному відсотку випадків раціональне працевлаштування хворих.

Тому профілактикою інвалідності потрібно займатися якомога раніше. У випадках, коли необхідна зміна професії, потрібно враховувати наявні професійні навички і знання з урахуванням індивідуально-психологічних характеристик і реального ринку праці. У молодих людей необхідне вирішення питань щодо профорієнтації, якщо необхідно перепідготовки і перенавчання з виключенням протипоказаних видів праці.

ХОБ призводить до значного обмеження життєдіяльності хворого.

У сучасному розумінні інвалідність — це соціальна недостатність (дезадаптація) внаслідок обмеження життєдіяльності людини, що викликана порушенням здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, що призводить до необхідності в соціальному захисті і допомозі [1].

Поняття життєдіяльності містить у собі здатність людини забезпечувати своє існування, існування інших членів суспільства і всього суспільства в цілому за допомогою навчання, спілкування, орієнтації, пересування, самообслуговування, контролю за своєю поведінкою і участю в трудовій діяльності. Життєдіяльність являє собою інтеграцію фізичних, психологічних і соціальних функцій людини.

Головна проблема хворих на ХОЗЛ — це обмеження повітряного потоку внаслідок зниження бронхіальної прохідності. Задишка є домінуючим симптомом, що призводить до обмеження фізичних можливостей та низької фізичної працездатності хворого. Використано шкалу задишки Борга, за допомогою якої обстежувани виражали ступінь дихального дискомфорту в балах. Якщо хворі, які визнані працездатними, відчували після фі-

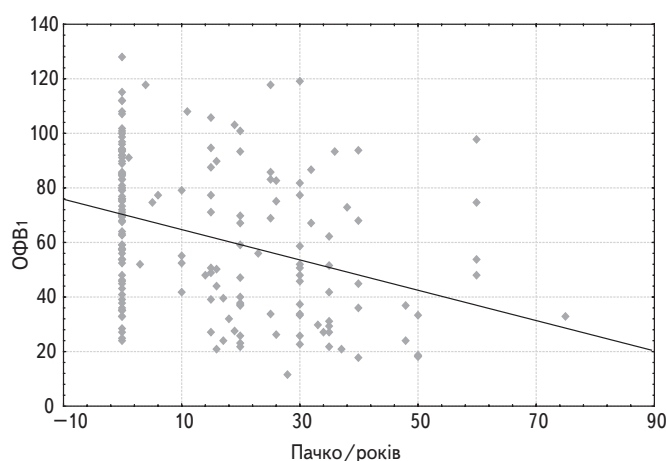


Рис. 1. Взаємозалежність бронхіальної прохідності й інтенсивності паління у хворих та інвалідів внаслідок ХОБ

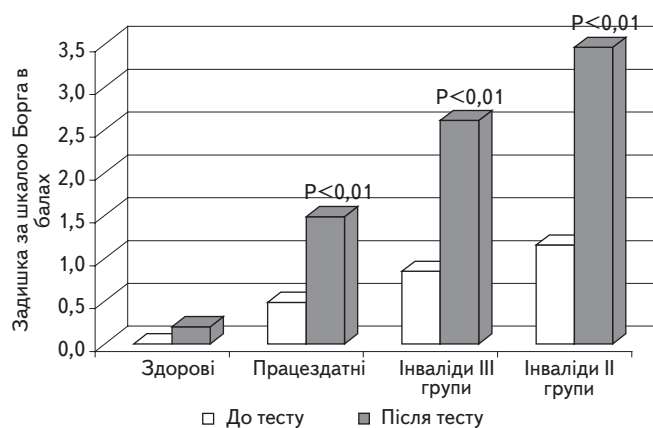


Рис. 2. Показники задишки за шкалою Борга у хворих та інвалідів внаслідок хронічного обструктивного бронхіту

зичного навантаження незначну і легку задишку, то інваліди III групи відчували помірну, а інваліди II групи — значно виражену задишку. Показники задишки представлені на рис. 2.

Паралельно зростанню задишки знижується толерантність до фізичного навантаження. Останні дослідження свідчать, що б MWD є незалежним предиктором смертності, більш сильним, ніж інші маркери тяжкості захворювання (ОФВ₁ та індекс маси тіла) з урахуванням віку та супутньої патології [15].

Нами визначене закономірне зниження відстані, яку хворі з різним ступенем бронхіальної обструкції здатні подолати за 6 хвилин. При належному рівні ця відстань

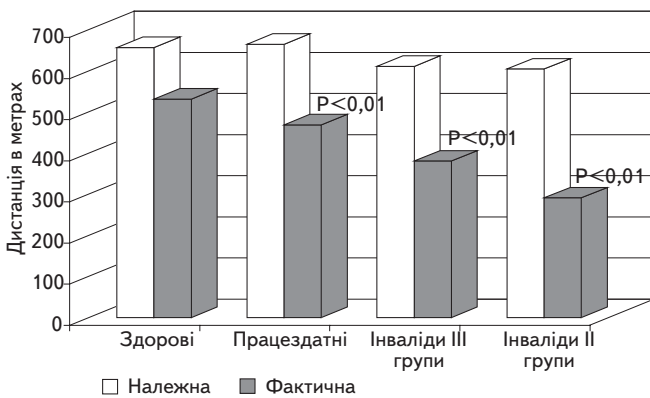


Рис. 3. Показники прогулянкового тесту в хворих та інвалідів внаслідок хронічного обструктивного бронхіту

становить більше 600 м. Показники прогулянкового тесту представлені на рис 3.

Стомлення і слабкість м'язів, пов'язані з хворобою, призводять до посилення почуття задишки і ще більшого обмеження фізичної активності хворого, фізичної детренованості і, як наслідок, падіння в них кардіопульмонального резерву та атрофії м'язів ніг. Функціональна недостатність дуже важлива для хворого і пов'язана зі збільшенням симптоматики, погіршенням якості життя, погіршенням фізичної витривалості, тобто фізичної здатності до роботи, зменшенням тривалості життя, збільшенням споживання медикаментів і пов'язаних з цим витрат.

Зниження ваги у хворих ХОЗЛ — несприятлива ознака прогресування захворювання, яка пов'язана з негативним енергетичним балансом, вираженим запальним процесом, гіпоксією, і є вірогідним предиктором смерті хворих. Зниження ваги тіла відбувається за рахунок зменшення м'язової маси скелетної мускулатури, призводить до зменшення її сили та втомлюваності [12, 13]. У інвалідів відмічалась значна втрата ваги — індекс маси тіла у інвалідів II групи складав — $23,7 \pm 0,54$ проти $26,4 \pm 0,80$ у групі працездатних ($p < 0,01$) та інвалідів III групи $26,2 \pm 0,67$ ($p < 0,01$).

Однією з причин інвалідності при ХОЗЛ є неадекватне лікування хворих, яке не відповідає сучасним стандартам тривалої підтримуючої терапії, відсутність диспансерного спостереження [2].

Як видно з проведеного нами аналізу якості лікування за даними медико-експертної документації і виписок із історій хвороби — інгаляційні бронхолітики призначають лише в 12 % випадків і М-холінолітики — у 5 % випадків, хоча по протоколу ці препарати повинні призначатися в 100 % (Рис. 4). Фізіотерапевтичне лікування і ЛФК проводилися лише у чверті випадків.

Метою реабілітації хворого ХОЗЛ є зниження темпів прогресування обструкції дихальних шляхів, зменшення симптоматики захворювання — задишки, зменшення частоти загострень, поліпшення якості життя хворих, а також виконання ними соціальних, емоційних і професійних потреб [10].

ПІДСУМОК

1. Хронічний обструктивний бронхіт є важливою медико-соціальною проблемою для суспільства. У структурі первинної інвалідності переважають інваліди II групи. При встановленні інвалідності 52 % інвалідів III групи та 88 % інвалідів II групи залишають роботу. Серед інвалідів майже 75 % чоловіки працездатного віку, з них 87 %

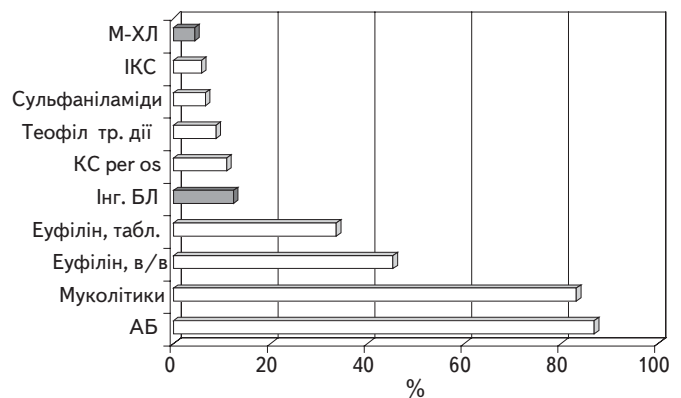


Рис. 4. Частота призначення медикаментозних препаратів у період загострення ХОБ

Примітка: М-ХЛ — М холінолітики, ІКС — інгаляційні кортикостероїди, Теофіл тр. дії — теофіліни тривалої дії, КС per os — пероральні кортикостероїди, Інг. БЛ — інгаляційні бронхолітики, АБ — антибіотики

займаються фізичною працею в шкідливих умовах. Середній вік близько 50 років та середній і середньо-спеціальний освітній рівень (92 %) у більшості випадків затрудняють раціональне працевлаштування і призводять до втрати професії та кваліфікації.

2. Зловживання тютюнопалінням (інтенсивність паління 11 пачко/років у інвалідів III групи і 26 пачко/років у інвалідів II групи), неадекватне лікування (83 %) призводять до неухильного прогресування захворювання і є факторами, які сприяють настанню інвалідності.

3. Прогресуюче зниження повітряного потоку ($ОФВ_1$ менше 50 %), різке зростання задишки, зниження толерантності до фізичного навантаження ($6MWD < 300$ м), зниження маси тіла (індекс маси тіла — 23,7) у хворих на хронічний обструктивний бронхіт, перешкоджають виконанню професійних обов'язків, призводять до соціальної недостатності, різкого обмеження життєдіяльності та встановлення інвалідності II групи.

4. Припинення паління, раціональне працевлаштування, застосування нових сучасних стратегій щодо діагностики, лікування і реабілітації хворих та інвалідів унаслідок хронічного обструктивного бронхіту — важливі компоненти профілактики інвалідності.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України. — Дніпропетровськ: Пороги, 2002. — 342 с.
2. Концур В. М. Оцінка ефективності лікування інвалідів внаслідок хронічного обструктивного бронхіту // Медичні перспективи. — № 1. — 2002. — С. 128–131.
3. О некоторых факторах, способствующих наступлению инвалидности вследствие хронического бронхита / Л. К. Сулеева, В. Н. Концур, С. С. Панина и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межведомственный сборник научных трудов. — Днепропетровск, 1997. — Вып. 29. — С. 151–162.
4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2002 рік: Аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні та ін. (Під редак. В. В. Маруніча) — Дніпропетровськ: "Пороги", 2001. — 96 с.
5. Фещенко Ю. И. Новые подходы в лечении и диагностике хронического обструктивного бронхита // Укр. пульмонолог. журнал. — 2003. — № 1. — С. 5–11.
6. Borg G. A. Psychophysical bases of perceived exertion // Med. Sci. Sports. Exerc. — 1982. — № 14. — P. 377–381.
7. Calverley P. M. A., Georgopoulos D. Chronic obstructive pulmonary disease: symptoms and signs. In: Management of chronic obstructive pulmonary disease. — London: Martin Dunitz, 2003. — P. 1–10.

- tive pulmonary disease / Edit by D. S. Postma, N. M. Siafakas // Eur. Respir. Mon. — 1998. — Mon. 7. — P. 215–234.
8. *Effect* of arterial desaturation on six minute walk distance, perceived effort and perceived breathlessness in patients with airflow limitation / Mac V. H. F., Bugler J. R., Roberts C. M., Spiro S.G. // Thorax. — 1993. — Vol. 49. — P. 468–472.
 9. *Financial* impact of COPD on long-term disability pension programs / Nordyke R., Isonaka Sh., DesFosses K., Justus C. // The Eur. Respir. J. — 2003. — Vol. 22. — Suppl. 45. — 13th ERS Annual Congress, Vienna, Austria, September 27 — October 1, 2003: Abstracts. — [P1469].
 10. *Global* Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. — National Institutes of Health. — National Heart, Lung, and Blood Institute. — Publication Number 2701. — April, 2001. — P. 58–64.
 11. *Loddenkemper R., Gibson G.J., Sibille Y.* The burden of lung disease in Europe: why a European White Book on lung disease? // Eur. Respir. J. — 2003. — V. 22. — P. 869
 12. *Nutrition* and metabolism in chronic respiratory disease / Edited by Wouters E.F.M., Schols A.M.W.J. // Eur. Respir. Mon. — 2003. — V. 8, Mon. 24. — 180 p.
 13. *Prognostic* value of weight change in chronic obstructive pulmonary disease: results from the Copenhagen City Heart Study / E. Prescott, T. Almdal, K. L. Mikkelsen et al. // Eur. Respir. J. — 2002. — V. 20, № 3. — P. 539–544.
 14. *Social* position and mortality from respiratory diseases in males and females / E. Prescott, N. Godtfredsen, J. Vestbo, M. Osler // Eur. Respir. J. — 2003. — V. 21, N 5. — P. 821–826(6)
 15. *The 6-min* walk distance: change over time and value as a predictor of survival in severe COPD / V. M. Pinto-Plata, C. Cote, H. Cabral, J. Taylor, B. R. Celli // Eur. Respir. J. — 2004. — V. 23, № 1. — P. 28–33(6).

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ

Т. О. Перцева, С. С. Паніна, В. М. Концур

Резюме

Хронічний обструктивний бронхіт є важливою медико-соціальною проблемою для суспільства. Пізня діагностика, неадекватне лікування захворювання, паління, робота в несприятливих умовах та нераціональне працевлаштування хворих на хронічний обструктивний бронхіт призводять до неухильного прогресування захворювання, зниження життєдіяльності, втрати працездатності і соціальної дезадаптації. Припинення паління, раціональне працевлаштування, застосування нових сучасних стратегій щодо діагностики, лікування і реабілітації хворих та інвалідів унаслідок хронічного обструктивного бронхіту — важливі компоненти профілактики інвалідності.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DISABILITY IN CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

T. O. Pertseva, S. S. Panina, V. N. Kontzur

Summary

Chronic obstructive bronchitis is important medical and social problem of community. Late diagnostics, inadequate management, smoking, occupational exposure and irrational employment of patients with chronic obstructive bronchitis result in steady aggravation of disease, decreasing of vital activity, loss of capacity for work, social disadaptation. Smoking cessation, rational employment, application of advanced strategy for diagnosis, management and rehabilitation in patients with chronic obstructive bronchitis are important components of prevention of disability.