

А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, С. С. Паніна, Т. Г. Войтчак, Н. О. Гондуленко ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ЕКСПЕРТНІ АСПЕКТИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В УКРАЇНІ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Бронхіальна астма (БА) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем, що обумовлено високою захворюваністю і смертністю, а також значними економічними втратами, пов'язаними з інвалідністю. Поширеність БА в багатьох країнах світу складає 5–7 %, а в деяких регіонах досягає 15 % [5].

Протягом останнього часу в Україні проводиться значна робота щодо вдосконалення медичної допомоги хворим на БА. В 1998 році на II з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України було вперше прийнято угоду з БА, на основі якої МОЗ України було затверджено "Інструкцію про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми (Наказ № 311 від 30.12. 1999 р). У травні 2003 р. на III з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України було оновлено угоду з БА, на підставі якої в жовтні 2003 р. наказом МОЗ України № 499 затверджено поновлену інструкцію [2].

Проте, не дивлячись на значні успіхи в розробці сучасних аспектів патогенезу, діагностики та лікування бронхіальної астми, в клінічній практиці ще нерідкі випадки запізнілої діагностики, недооцінки тяжкості стану хворого, недостатнє знання питань реабілітації і методів лікування. Це утруднює проведення оцінки стану життєдіяльності таких хворих і призводить до винесення неправильних експертних рішень про встановлення інвалідності.

В офіційному статистичному звіті МСЕК дані про первинну інвалідність внаслідок БА і хронічного обструктивного бронхіту (ХОБ) окремо не представлені. У зв'язку з цим нами було проведено запит додаткової інформації від головних експертів областей, що дозволило вперше встановити частоту та питому вагу первинної інвалідності внаслідок БА і ХОБ в різних регіонах України. Були отримані відомості з усіх 27 адміністративних територій України про абсолютне число первинно визнаних інвалідами, з 24 — про віковий склад і структуру інвалідності за тяжкістю. Проведено математичну обробку даних з розрахунками інтенсивних показників первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення та у працездатному віці, екстенсивних показників розподілу первинної інвалідності внаслідок БА за віком та тяжкістю інвалідності. Проаналізовано медико-експертну документацію 200 первинно визнаних інвалідами та проведено клініко-функціональне обстеження 100 інвалідів внаслідок БА. Для встановлення епідеміологічних особливостей первинної інвалідності внаслідок БА проводилося порівняння її деяких аспектів з інвалідністю внаслідок ХОБ.

Результати дослідження. Первинна інвалідність внаслідок хвороб органів дихання в Україні у 2003 році становить 1,7 на 10 тисяч дорослого населення, 1,9 — на 10 тисяч населення працездатного віку. Більш низькі показники первинної інвалідності дорослого населення пов'язані з прихованою інвалідністю осіб пенсійного віку.

При хворобах органів дихання, як і при іншій патології, звертання за інвалідністю у сучасних умовах залежить від соціально-економічних причин. У пенсійному віці тепер тільки при I групі інвалідності встановлюється доплата до пенсії за віком на сторонній догляд, II та III групи при хворобах органів дихання ніяких пільг не дають. Тому відбувається інтенсивне зниження інвалідності за рахунок осіб пенсійного віку та її тяжкості.

У порівнянні з 1992 роком в первинній інвалідності внаслідок хвороб органів дихання намітилася негативна тенденція до зростання питомої ваги інвалідів у віці до 39 років включно, тобто виражене "омолодження" інвалідності. Несприятливою ознакою є те, що серед молодих інвалідів 44,1 % складають інваліди з дитинства, у яких провідною патологією є БА (70,0 %), та у чверті яких встановлюють II групу інвалідності [1].

Завдяки двом факторам — зменшеному звертанням пенсіонерів за віком та сучасному ефективному лікуванню хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) частота встановлення I групи інвалідності при цій патології зменшилася у 4 рази та її питома вага при хворобах органів дихання у цілому встановлюється дуже рідко — у (2,4±0,2) % у 2003 році, що нижче, ніж при всій іншій основній інвалідизуючій патології (для порівняння при хворобах системи кровообігу — у (19,9±0,2) %, новоутвореннях — (22,1±0,2) %).

В 2003 році серед первинно визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ на БА припадає 46,8 %, на ХОБ — 40,2 %. В Україні у 2003 році первинно визнані інвалідами внаслідок БА 2480 чоловік. Показники первинної інвалідності внаслідок БА на 10 тисяч дорослого населення коливаються від 0,2–0,3 випадків до 0,9–1,2 випадків в різних регіонах (табл.).

Такі значні розбіжності рівнів первинної інвалідності внаслідок БА свідчать, по-перше, про незадовільну організацію лікувально-профілактичної допомоги хворим в регіонах з високими рівнями інвалідності, по-друге — про різні підходи лікарів-експертів до оцінки ступеню обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності цих хворих. Про це свідчать також розбіжності між рівнями поширеності БА серед дорослого населення та рівнями інвалідності в окремих регіонах. Так, за даними Центру медичної статистики МОЗ України, поширеність БА на 100 тисяч дорослого населення в Волинській (374,8), Рівненській (372,6), Івано-Франківській (392,8) та Кіровоградській (436,0) областях нижче за пересічну в Україні — 468,4 за 2002 рік [4]. Первинна інвалідність внаслідок БА у 2003 році в цих областях значно перевищує (на 33,3 % — 83,3 %) пересічний показник в Україні — 0,6 випадків на 10 тисяч дорослого населення.

Виявилось також, що співвідношення первинно визнаних інвалідами внаслідок БА та ХОБ в різних регіонах коливається: від 3:1 в м. Києві та Харківській області до 1:1,5 у Львівській області. Такі коливання показників пов'язані з неправильною оцінкою тяжкості перебігу захворювання, важкістю диференційної діагностики захво-

Таблиця

Показники первинної інвалідності внаслідок бронхіальної астми та хронічного обструктивного бронхіту у розрізі адміністративних територій України за 2003 рік (на 10 тисяч населення)

Адміністративні території	Бронхіальна астма		Хронічний обструктивний бронхіт	
	на 10 тис. дорослого населення	на 10 тис. населення у працездатному віці	на 10 тис. дорослого населення	на 10 тис. населення у працездатному віці
АР Крим	1,2	1,3	1,3	1,4
Вінницька	0,5	0,4	0,5	0,3
Волинська	0,8	1,1	0,3	0,5
Дніпропетровська	0,5	0,6	0,3	0,3
Донецька	0,8	0,9	0,9	1,1
Житомирська	0,5	0,6	0,7	0,9
Закарпатська	0,2	0,2	0,3	0,4
Запорізька	0,5	0,6	0,3	0,4
Івано-Франківська	0,9	0,5	0,9	0,6
Київська	0,6	0,8	0,3	0,3
Кіровоградська	1,1	1,5	0,7	0,8
Луганська	0,3	0,5	0,2	0,2
Львівська	0,8	1,0	1,2	1,5
Миколаївська	0,7	0,9	0,7	0,8
Одеська	0,3	0,2	0,1	0,1
Полтавська	0,3	0,3	0,4	0,4
Рівненська	0,8	1,1	0,5	0,5
Сумська	0,5	0,4	0,3	0,4
Тернопільська	0,6	0,8	0,7	0,9
Харківська	0,6	0,7	0,2	0,2
Херсонська	0,6	0,8	0,5	0,4
Хмельницька	1,0	1,4	1,0	1,3
Черкаська	0,5	0,8	0,4	0,4
Чернівецька	0,6	0,6	0,6	0,6
Чернігівська	0,5	0,5	0,5	0,4
м. Київ	0,6	0,7	0,2	0,1
м. Севастополь	0,6	0,4	0,5	0,5
В Україні 2003 р.	0,6	0,7	0,5	0,6

рювань БА та ХОБ, незадовільною реабілітаційною допомогою цим хворим і різними експертними підходами в різних регіонах.

Серед первинно визнаних інвалідами внаслідок БА 83,2 % становлять особи працездатного віку, з них (36,0±1,0) % — у віці до 39 років включно, при середньому в первинній інвалідності у цілому у 2003 році — (25,5±0,1) %. Це підкреслює соціально-економічну значущість проблеми профілактики інвалідності і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок БА. У переважній більшості вивчених регіонів (63,6 %) показники первинної інвалідності внаслідок БА в працездатному віці перевищують такий серед дорослого населення.

Звертає на себе увагу той факт, що віковий склад первинно визнаних інвалідів значно коливається в різних регіонах України. Так, в розподілі за віком первинної інвалідності внаслідок БА питома вага осіб у віці до 40 років у Сумській області складає 2,8 % випадків, а в Луганській області — 63,5 %. Питома вага у віці від 40 до 55 (жінки) та до 60 років (чоловіки) мінімальна зареєстрова-

на в Закарпатській області — 7 %, а максимальна — у м. Києві — 82 % при середній 47,2 %. У пенсійному віці первинно визнані 57,0 % інвалідів в Івано-Франківській області, а у Волинській та Черкаській областях пенсіонери за віком інвалідами не визнавалися взагалі.

У структурі первинної інвалідності внаслідок БА за групами інвалідності також відмічається значне протиріччя даних у різних областях. Так, якщо в Одеській області інвалідність II групи встановлювалась у (53,4±6,6) % випадків, АР Крим — (35,3±3,3) %, м. Києві — (33,8±4,0) %, то у Чернігівській (8,1±3,4) %, Рівненській — у (5,3±2,5) % випадків ($p < 0,05$). У середньому в Україні інваліди III групи внаслідок БА становили 75,5 % серед первинно визнаних, II групи — 23,3 % та I групи — 1,2 % випадків.

Переважання в розподілі за тяжкістю III групи інвалідності свідчить, що найчастіше встановлюють інвалідність хворим на БА середнього та важкого перебігу з ДН I–II та II ступеня, якщо вони працюють у недозволених видах та умовах праці. Таким хворим протипоказана середньої важкості та важка фізична праця, робота, що пов'язана з

вираженим нервово-емоційним напруженням, впливом алергенів, що викликають бронхоспазм, в умовах запиленості, загазованості, несприятливих метеорологічних умовах, а також види трудової діяльності, раптове припинення яких у зв'язку з приступом ядухи може спричинити шкоду хворому та оточуючим. Помірно виражене обмеження життєдіяльності у таких хворих виражається в частковій втраті можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне зниження кваліфікації або зменшення обсягу трудової діяльності); значне утруднення в придбанні професії чи в працевлаштуванні у осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії — для інвалідів з дитинства.

З урахуванням всіх цих факторів важливим напрямком профілактики інвалідності при БА є працевлаштування в доступній професії без зниження кваліфікації чи суттєвого зменшення обсягу виробничої діяльності. Тому хворим з вперше встановленим діагнозом БА, поряд з адекватною терапією, повинна обов'язково проводитися профорієнтація, своєчасне навчання і перенавчання, раціональне працевлаштування.

Критеріями встановлення II групи інвалідності є БА середньої важкості та важкого перебігу зі стійкими незворотними порушеннями бронхіальної прохідності (показник ОФВ₁ після проби з бронхолітиками < 35 % н.в. — ХОЗЛ IV стадії), розвиток ДН II та II–III ст., порушення з боку серцево-судинної системи: СН IIA стадії, артеріальна гіпертензія II стадії з помірною та тяжкою гіпертензією; терапієрезистентна астма (неефективність великих доз інгальційних глюкокортикоїдів (більше 2000 мкг на добу), необхідність додаткового використання значних доз пероральних глюкокортикоїдів), трудноконтрольована астма (часті виклики швидкої медичної допомоги та лікування у відділеннях інтенсивної терапії).

Такі стани викликають виражене обмеження життєдіяльності II ступеня — суттєве зниження здатності до самообслуговування, виконання трудової діяльності, навчання та вимагають створення для них спеціальних умов працевлаштування, навчання чи з використанням допоміжних засобів або допомоги інших осіб.

Підставою для встановлення I групи інвалідності є важка БА з прогресивним перебігом, рефрактерністю до лікування, тяжкою дихальною та серцево-судинною недостатністю, іншими незворотними ускладненнями, що призводять до обмеження життєдіяльності III ступеня — нездатність до самообслуговування, самостійно пересуватися, нездатність до трудової діяльності, до навчання, спілкування, потреба у постійному сторонньому догляді та допомозі.

Розроблені критерії обмеження життєдіяльності у хворих на БА вже впроваджені в новій Інструкції про встановлення груп інвалідності (2004 р.) [3]. Це особливо важливо з урахуванням виявлених при аналізі медико-експертної документації невірних експертних рішень при встановленні груп інвалідності.

Як показав аналіз, до неправильного винесення експертного рішення у бік необгрунтованого завищення групи інвалідності, як правило, призводить неввірна оцінка ступеня тяжкості БА, адекватності контролю захворювання, ефективності лікування, що проводиться.

Класифікація, що призначена для первинної оцінки тяжкості астми, не враховує рівень контролю захворювання [2]. Між тим у більшості хворих з персистуючою астмою захворювання може бути адекватно контролю-

ване шляхом проведення оптимальної фармакотерапії з мінімальними (або відсутністю) побічними ефектами з дотриманням відповідної ступінчастості: збільшення дози препаратів і комбінація різних медикаментів при погіршанні стану та зменшення дози і кількості препаратів при стабілізації стану [6].

Достовірним способом оцінки ступеня тяжкості захворювання є визначення рівня лікування, необхідного для досягнення контролю над захворюванням. Тому при визначенні стану життєдіяльності оцінка тяжкості астми повинна проводитися з урахуванням рівня підтримуючої терапії, що дозволяє досягти оптимального контролю захворювання.

Обстеження хворих на БА також нерідко знаходиться не на належному рівні. Так, в медико-експертній документації дані спірографічного дослідження були відсутні у четверті первинно визнаних інвалідами внаслідок БА, а у частині випадків наводився тільки висновок без цифрових показників, що не дозволяло об'єктивно судити про ступінь бронхіальної прохідності і дихальної недостатності. Тест на зворотність обструкції проводився лише в поодиноких випадках.

Одним із важливих моментів обстеження хворого на БА є оцінка зворотності обструкції та ступеня ремоделювання дихальних шляхів за допомогою тесту з бронхолітиком (стандартний тест з сальбутамолом). Наші спостереження показали, що у інвалідів внаслідок БА з різко вираженим порушенням бронхіальної прохідності в одній п'ятій випадків після бронхолітичного тесту воно стає легким або прохідність повертається до норми. Функціональні проби дають важливу інформацію про максимальну спроможність легенів, що має велике значення для визначення реабілітаційного потенціалу інваліда. Також представляється важливим динамічне дослідження функції зовнішнього дихання в процесі реабілітації, яке дозволяє контролювати ефективність лікування, що проводиться.

Аналіз якості лікування інвалідів за даними медико-експертної документації показав, що більш ніж у половині випадків у виписках із історії хвороби та амбулаторних карток немає відомостей про те, які медикаменти приймає хворий постійно (базисна терапія). Прийом пероральних глюкокортикостероїдів був вказаний в 38,3 % випадків, хоча реально ця цифра значно вища. Препарати базисної терапії були вказані значно менше: інгальційні бронхолітики — у 21,6 % та інгальційні кортикостероїди — у 8,8 %. І це при тому, що препарати базисної терапії повинні приймати абсолютно всі хворі на БА, окрім легкої форми, і тим більше інваліди внаслідок астми. Можливо, ці дані занижені у зв'язку з неякісним заповненням медичної документації хворих, направлених на огляд у МСЕК для встановлення групи інвалідності, проте це тільки підтверджує відсутність належної уваги лікарів лікувальних установ до проблем реабілітації і лікування хворих на БА.

У соціальній підтримці хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми важливим елементом повинен стати безкоштовний або пільговий відпуск лікарських засобів по рецептах лікарів у разі амбулаторного лікування.

Таким чином, причинами інвалідності внаслідок БА, поряд із професійними чинниками, є те, що хворі практично не одержують адекватного сучасного лікування, мають незадовільний контроль захворювання, неправильну оцінку тяжкості захворювання і стану їх життєдіяльності. Проведення моніторингу інвалідності внаслі-

док ХОЗЛ та БА сприятиме покращанню надання медико-соціальної допомоги цим хворим.

ВИСНОВКИ

1. Значні коливання показників первинної інвалідності внаслідок БА та ХОБ в різних регіонах, зростання частки інвалідів у молодому віці свідчать про незадовільну організацію пульмонологічної допомоги, неоднаковий підхід до діагностики цих захворювань, лікування та визначення стану життєдіяльності, різний рівень соціальної недостатності цих хворих.

2. Основними причинами інвалідності внаслідок БА є недостатня діагностика захворювання, у тому числі диференціальна діагностика, недотримання сучасних стандартів обстеження і ведення хворих на бронхіальну астму. Одним із важливих напрямків профілактики інвалідності при БА є своєчасне проведення профорієнтації, навчання та перенавчання, раціональне працевлаштування в доступній професії.

3. При оцінці стану життєдіяльності хворих на БА для визначення інвалідності необхідно адекватно оцінювати ступінь тяжкості захворювання, вираженість обструктивного синдрому, ступінь ремоделювання дихальних шляхів, стадію дихальної недостатності, характер і ефективність терапевтичних заходів, адекватність контролю захворювання, стан серцево-судинної системи, вік хворого, професійні та соціальні чинники і реабілітаційний потенціал хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Іпатов А. В.* Основні показники інвалідності з дитинства в Україні за 2000–2001 роки: Аналітико-інформаційний довідник. — Дніпропетровськ: Пороги, 2002. — 52 с.
2. *Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р.* Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів.
3. *Наказ МОЗ України № 183 від 07.04.2004 р.* Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 квітня 2004 р. за № 516/9115.
4. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2001–2002 роки:* Довідник МОЗ України. — Київ: ГМП "Полимед", 2003. — 97 с.
5. *Фещенко Ю. И.* Бронхиальная астма — одна из главных проблем современной медицины // Укр. пульмонолог. журнал. — 2000. — № 2 (додаток). — С. 13–16.
6. *Яшина Л. А.* Астма-контроль — пути достижения // Укр. пульм. журнал. — 2003. — № 2. — С. 13–18.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ЕКСПЕРТНІ АСПЕКТИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В УКРАЇНІ

А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, С. С. Паніна, Т. Г. Войтчак, Н. О. Гондуленко

Резюме

Вперше в Україні проведено епідеміологічний аналіз інвалідності внаслідок бронхіальної астми, з'ясовані основні причини інвалідності та методи її профілактики. При оцінці стану життєдіяльності хворих на бронхіальну астму необхідно адекватно оцінювати ступінь тяжкості захворювання, ступінь ремоделювання дихальних шляхів, ефективність терапевтичних заходів, стан серцево-судинної системи, соціальні чинники і реабілітаційний потенціал хворого.

EPIDEMIOLOGIC, MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DISABILITY DUE TO ASTHMA IN UKRAINE

A. V. Ipatov, O. V. Sergieni, S. S. Panina, T. G. Voytchak, N. O. Gondulenko

Summary

The epidemiology of disability due to asthma was for the first time studied in Ukraine. The principal reasons of disability and methods of its prophylaxis were indicated. The adequate estimation of the disease severity, degree of airway remodeling, efficiency of therapeutic intervention, state of the cardiovascular system, social factors and rehabilitation potential of patient are necessary for the evaluation of vital activity state in patients with asthma.