

Низький рівень ПП серед інвалідів у працездатному віці помітно в Чернівецькій (6,5 та 6,2 на 10 тис.), Закарпатській (6,2 та 5,8), Черкаській (6,7 та 6,4) областях. Суттєве зниження рівня ПП було в Рівненській (1,0/1,0), Хмельницькій (1,7/1,4), Івано-Франківській (0,6/0,5), Вінницькій (0,4/0,6) та Закарпатській (0,4/0,4) областях.

Аналіз отриманих даних свідчив про зменшення питомої ваги інвалідів у працездатному віці на 1,3 %, із одночасним збільшенням рівня ПП на 3,1 % унаслідок злякисних новоутворень. В частині регіонів: Закарпатська, Вінницька, Київська, Львівська, Сумська, Херсонська області спостерігалось зниження рівня інвалідності серед осіб працездатного віку на тлі збільшення показників у дорослому віці, при цьому в Одеській області спостерігалася протилежна тенденція.

Отже, в 2018 році спостерігається збільшення рівня ПП у дорослого та працездатного населення, як унаслідок усіх новоутворень, так і їхніх злякисних форм. Високі показники, як і в минулому, 2017 році, визначалися в регіонах, що найбільше постраждали від Чорнобильської аварії. Зниженням ПП внаслідок новоутворювань є їхня рання діагностика, ретельна профілактична діяльність медичних закладів та збільшення охоплення спеціальним лікуванням первинних онкологічних пацієнтів.

#### **2.4. Первинна інвалідність унаслідок захворювань органів дихання, ендокринної системи, кровотворних органів та інших**

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова, Н. М. Гавриленко, І. В. Кардашевська, К. А. Калініна, Л. В. Омельницька

Загальний рівень первинної інвалідності дорослого та працездатного населення України внаслідок захворювань органів дихання у 2018 р. дещо зріс, порівняно з 2017 р., і склав 0,9 на 10 тисяч дорослого та 1,0 на 10 тисяч працездатного населення, тоді як у 2017 р. – 0,8 та 1,0 відповідно.

Областями-лідерами з інвалідності внаслідок захворювань органів дихання у 2018 році, як і в минулі роки, є Львівська, Чернівецька, Сумська та Хмельницька області, із найвищим значенням у Львівській області (2,0 на 10 тисяч дорослого та 2,7 на 10 тисяч працездатного населення). Суттєвий приріст інвалідності внаслідок патології органів дихання демонструють Житомирська (0,9–1,4 на 10 тисяч дорослого та 1,1–1,8 на 10 тисяч працездатного населення) та Львівська області (1,8–2,0 на 10 тисяч дорослого та 2,3–2,7 на 10 тисяч працездатного населення). Загалом це відповідає даним щодо захворюваності на патологію дихальної системи, згідно з якими найвища захворюваність, яка перевищує середній показник в Україні, спостерігається, зокрема, у Львівській області. Однак хочемо звернути увагу на необхідність більш активного впровадження сучасних діагностичних і реабілітаційних технологій у цих регіонах для запобігання інвалідизації хворих. Стабільно низькими, без суттєвих змін упродовж декількох років, є показники інвалідності у Волинській (0,4), Херсонській (0,4) областях та м. Київ (0,3 на 10 тисяч працездатного населення). Хочеться відзначити позитивну динаміку зниження рівня інвалідності внаслідок хвороб органів дихання у Луганській

області – з 0,7 до 0,3 на 10 тисяч населення працездатного віку, що може свідчити про вдосконалення експертно-реабілітаційних підходів.

Показники інвалідності внаслідок хронічних неспецифічних захворювань легень упродовж двох останніх років залишалися стабільними – 0,7 на 10 тисяч дорослого та 0,9 на 10 тисяч працездатного населення, як у 2017, так і в 2018 роках. Знову ж таки, найвищі показники із тенденцією до зростання спостерігалися у Львівській (2,5), Житомирській (1,8), Хмельницькій (1,7), Чернівецькій (1,6) областях. Найбільш виражена позитивна динаміка була в Луганській області, де показник первинної інвалідності знизився з 0,6 до 0,3 на 10 тисяч населення працездатного віку.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є одним із найбільш серйозних викликів, які стоять нині перед світовою системою охорони здоров'я. Нині ХОЗЛ є однією з головних причин розвитку хронічних захворювань, інвалідизації та смертності в усьому світі і віднесене до глобальних загроз здоров'ю людства. У 2015 році хронічне обструктивне захворювання легень посідало друге місце, після ішемічної хвороби серця та інсульту, у структурі причин смертності у світі, призвівши до 3,2 млн смертей. За даними результатів Дослідження глобального тягаря ХОЗЛ, у 2016 році розповсюдження ХОЗЛ у світі сягнуло 251 млн випадків. Водночас, у Європейському респіраторному товаристві наголошують, що тільки в кожному четвертому випадку ХОЗЛ діагностується на ранніх стадіях, менше 6 % дорослого населення світу знають про наявність у них захворювання.

За оцінками Національного інституту фіззіатрії і пульмонології, на ХОЗЛ страждає мінімум 7 % населення України, тобто близько 3 млн осіб. Проте точної інформації про розповсюдженість захворювання немає, оскільки у країні відсутні дані офіційної статистики. За даними міжнародного епідеміологічного дослідження CORE (Chronic Obstructive REspiratory diseases in CIS countries, «Хронічні обструктивні респіраторні захворювання у країнах СНД»), що вивчало поширення бронхообструктивних захворювань на території трьох країн (в Україні, Казахстані та Азербайджані) серед дорослого населення, в Україні розповсюдженість ХОЗЛ, підтвердженого за допомогою спірометрії, склала 31,9 випадку на 1000 осіб, а вперше діагностованого (виявленого під час дослідження) – 28,8 випадку на 1000 осіб. Виявлення під час дослідження значної кількості пацієнтів із ранніми стадіями ХОЗЛ свідчить про низьку поінформованість українців про захворювання та необхідність звернення до лікаря, а також можуть вказувати на несвоєчасну діагностику захворювання, що, своєю чергою, призводить до несвоєчасного початку реабілітаційних заходів і виходу на інвалідність. Середня тривалість життя хворого на ХОЗЛ після встановлення II групи інвалідності складає лише 5,5 року, отже, слід приділяти більше уваги ранній діагностиці та адекватному базисному лікуванню цієї категорії хворих.

Упровадження сучасних підходів до діагностично-реабілітаційного процесу, дотримання сучасних стандартів обстеження та лікування хворих із залученням препаратів, які покращують тривалий прогноз пацієнтів та запобігають прогресуванню захворювання з настанням інвалідності, а також більш об'єктивні

підходи до визначення ступеня обмеження життєдіяльності також сприяють зниженню рівня первинної інвалідності.

У 2018 році знизився рівень первинної інвалідності внаслідок пневмококіозу – з 0,04 до 0,03 на 10 тисяч працездатного населення по Україні. Областями з найвищим показником інвалідності є Донецька та Львівська (1,0 на 10 тисяч працездатного населення в обох регіонах), проте рівень інвалідності є стабільним упродовж останніх двох років. У 2018 році зареєстровано лише 1 випадок інвалідизуючого силікотуберкульозу (Харківська область), порівняно з 4 випадками в минулому році.

Показник первинної інвалідності в Україні внаслідок бронхіальної астми зріс на 25 %, порівняно з минулим роком, і склав 0,4 на 10 тисяч дорослого і 0,5 на 10 тисяч працездатного населення. Найбільший внесок до цього приросту вклали Житомирська область, яка продемонструвала зростання показника інвалідності в два рази, з 0,5 до 1,0 на 10 тисяч працездатного населення, а також Хмельницька та Львівська області (приріст склав 42,3 % та 25,0 % відповідно). При цьому найвищі показники захворюваності на астму спостерігаються зовсім в інших регіонах. Така ситуація потребує подальшого моніторингу й аналізу.

За даними ВООЗ 2017 року 235 мільйонів людей у світі страждають від астми, і їхня кількість постійно зростає. В Україні бронхіальна астма офіційно охоплює менше 1 % населення, але через брак офіційної статистики ці дані дуже занижені. Зараз основна мета лікування пацієнтів на бронхіальну астму – це є досягнення контролю над перебігом захворювання, а отже, й профілактика первинного виходу на інвалідність. Це стає цілком можливим у разі ведення хворих згідно з сучасними міжнародними протоколами, зокрема, керівництвом GINA (Global Initiative for Asthma), та співзвучною їй клінічною настановою та уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги при бронхіальній астмі, які діють в Україні. До того ж базисні медикаментозні засоби, які рекомендовані вищезгаданими протоколами, залучені до програми реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки», що підвищує доступність сучасних препаратів для наших пацієнтів.

Україна є світовим лідером з поширення найбільш несприятливої, мультирезистентної форми туберкульозу, причому генотипи, що циркулюють в Україні, найагресивніші. Україна є активним членом ВООЗ, яка в 2015 році схвалила глобальну стратегію «Покласти край туберкульозу» та план дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону на 2016–2020 роки.

Серед осіб, які захворіли на туберкульоз, до 98,7 % припадає на доросле населення старше 18 років. Близько 76,0 % хворих – особи працездатного віку (18–54 роки). Більше 50,0 % припадає на вікову групу 25–44 роки.

Розрахункова захворюваність на туберкульоз у 2016 році становила 87 на 100 тис. населення, проте, за статистичними даними, захворюваність на туберкульоз становить 67,6 на 100 тис. населення. Отже, в Україні щороку своєчасно не виявляють приблизно 22,5 відсотка випадків захворювання на туберкульоз, що сприяє подальшому його поширенню серед населення. Поточний показник поширеності туберкульозу становить 82,1 на 100 тис. населення, що майже у три

рази перевищує показник цільових завдань, визначених глобальним планом дій «Зупинити туберкульоз».

Рівень первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок туберкульозу легень становить 1,9 на 10 000 у 2018 році та 2,0 на 10 000 – у 2017 році. За рівнем первинної інвалідності внаслідок туберкульозу легень «лідером» є Херсонська область – 4,8 у 2018 та 2017 роках. Значне зростання інтенсивного показника первинної інвалідності відбулося у Черкаській (1,0–1,4) та Запорізькій областях (1,3–1,7). Також зросли показники у Полтавській (1,9–2,2); Рівненській (1,2–1,3); Львівській (2,5–2,6) та Вінницькій областях (2,2–2,4). Але значно знизилися рівні інвалідності у Київській (2,4–1,8); Житомирській (2,4–1,9); Хмельницькій (2,0–1,8); Тернопільській (1,4–1,2); Одеській (3,9–3,0); Кіровоградській (2,8–2,6); Закарпатській (1,8–1,5) та Донецькій областях (2,0–1,8).

У 2014 році Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим показником мультирезистентного туберкульозу. Впродовж останніх років спостерігається зростання кількості випадків мультирезистентного туберкульозу з 3482 у 2009 році до 7778 у 2016 році. Однією з основних причин значного тягара туберкульозу, у тому числі мультирезистентного, в Україні є низька ефективність лікування серед нових випадків і рецидивів, що становить 74,2 % та є другим найнижчим результатом лікування в Європейському регіоні. Результат успішного лікування мультирезистентного туберкульозу також є одним з найнижчих в Європі та становить 46 %.

14 січня 2019 р. у Верховній Раді України зареєстровано проект Закону № 9467 «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки». Документ подано відповідно до статті 93 Конституції України Кабінетом Міністрів України.

В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на Сході країни, прогнозується погіршення епідемічної ситуації щодо туберкульозу, конфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД), що потребуватиме проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат.

З другої половини 2019 р. Україна перейде на амбулаторну форму лікування туберкульозу. Сімейні лікарі будуть виявляти хворих на туберкульоз та супроводжувати процес лікування на амбулаторному етапі. Лікарі проводитимуть анкетування хворих, щоб виявити, чи є ймовірність зараження на туберкульоз. Після анкетування лікар спрямовує хворого на подальші методи діагностики, зокрема, флюорографію, бактеріоскопічні та генно-молекулярні дослідження, для визначення діагнозу.

Зважаючи на ситуацію з мультирезистентним туберкульозом на теренах України, треба зазначити, що боротьба з даною формою захворювання на туберкульоз є пріоритетним напрямом для державного та цивільного секторів. ВООЗ рекомендовано інноваційні методи діагностики резистентного туберкульозу, з акцентом на використання картриджів GeneXpert MBT/RIF, як початковий діагностичний тест для виявлення туберкульозу у пацієнтів з підозрою на туберкульоз серед загального населення. Дана рекомендація впроваджується в рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією серед уразливих груп населення та Міністерством охорони здоров'я

разом з Центром громадського здоров'я заплановано розширити цей досвід на території усієї України впродовж 2019 року.

Потенційний ефект від використання LF-LAM для ВІЛ-позитивних осіб: підвищення виявлення ТБ – потенційно додаткове виявлення 1 400 випадків ТБ щорічно, прискорення виявлення ТБ, зменшення смертності від ТБ. Наразі розпочато його впровадження за підтримки гранту Глобального фонду у пілотних регіонах із подальшим розширенням у всіх регіонах упродовж 2019–2020 років.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ пацієнт-орієнтовані послуги мають бути зосередженими на потребі та очікуваннях людей та громад, а не пацієнтів чи хвороб. Шлях пацієнта з моменту виявлення туберкульозу має бути чітко визначеним на кожному етапі. В національній стратегії боротьби з туберкульозом слід приділити увагу скринінгу з виявлення туберкульозу, менеджменту латентної туберкульозної інфекції, контролю за туберкульозом у пенітенціарній системі, фармаконагляду, підтримці прихильності до лікування, інформуванню, навчанню, комунікації, оперативним та клінічним дослідженням.

Досягнення в сфері протидії ТБ, що створюють передумови для покращення результатів лікування: розроблено нову Національну програму боротьби з ТБ на 2018–2021 роки, в основі якої План боротьби з ТБ ВООЗ на 2016–2020 рр.; політична прихильність до застосування міжнародних стандартів з урахуванням доказової медицини; розширюється впровадження моделі лікування, орієнтованої на потреби пацієнта в масштабах країни; посилено систему державних закупівель з використанням міжнародних закупівельних механізмів; розширено доступ до якісних послуг ТБ (оновлено номенклатурний перелік лікарських засобів, розпочато впровадження нових ПТП); управління забезпеченням протитуберкульозними препаратами з використанням міжнародного інструменту QuanTB; удосконалені програми соціального супроводу пацієнтів у рамках реалізації гранту Глобального фонду; використовується кращий досвід протидії ТБ із залученням міжнародної технічної допомоги (ВООЗ, Глобальний фонд, USAID, MSF).

Порівнюючи дані показників первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування серед населення працездатного віку в середньому в Україні за період 2017–2018 рр., можна зробити такі висновки: загальний показник по країні залишається стабільним: 2,3–2,4 на 10 тис. нас. У Донецькій (2,1–2,8), Житомирській (1,6–2,0), Закарпатській (1,8–2,2), Кіровоградській (2,8–3,1), Львівській (3,3–3,8), Одеській (2,4–2,8) спостерігається значне зростання показника, в середньому на 20 %. У Чернігівській (3,5–3,2), Львівській (3,3–3,8), Івано-Франківській (2,9–2,7), Київській (2,8–3,0), Кіровоградській (2,8–3,1) областях він перевищує середні показники по Україні (2,4). Незмінними залишаються показники у Вінницькій (2,4–2,5), Луганській (2,0–1,9), Херсонській (1,9–1,8) та Харківській (1,8–1,7) областях.

Значне зниження показників первинної інвалідності на 10 тисяч населення працездатного віку зафіксовано у м. Київ (2,2–1,8) – на 15 %, Хмельницькій – на 25 % (2,2–1,5) та Чернігівській – на 8,5 % (3,5–3,2) областях.

Упродовж останніх п'яти років, як в Україні, так і в світі, спостерігається негативна тенденція до збільшення захворюваності на цукровий діабет другого типу, який набув за останні десятиріччя епідемічного характеру поширення в

популяції: у 2017 р. у світі нараховувалося приблизно 425 млн хворих на цукровий діабет, за оцінками експертів IDF, у світі передбачається збільшення числа хворих на дану патологію до 629 млн осіб до 2045 р., з яких понад 90 % припадає на цукровий діабет 2-го типу (Атлас Діабету, 8-е видання, International Diabetes Federation, 2017).

ЦД відрізняється від усіх інших ендокринних захворювань не тільки значною поширеністю, але й частотою розвитку та тяжкістю перебігу ускладнень. ЦД призводить у 70–80 % випадків до розвитку серцево-судинних, цереброваскулярних захворювань, патології органа зору, що підвищує ризик розвитку захворювань серця у 2 рази, сліпоти в 10 разів, гангрені й ампутацій нижніх кінцівок у 15–40 разів. Величезна шкода здоров'ю населення і значні економічні витрати на дороге лікування ускладнень, реабілітацію хворих та осіб з інвалідністю визначають ЦД у багатьох країнах, у тому числі й в Україні, як національний пріоритет серед найбільш важливих проблем охорони здоров'я та соціального захисту.

Показник первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету, як серед дорослого населення, так і серед населення працездатного віку, за період з 2017–2018 рр. залишався на стабільному рівні – 1,5–1,6 на 10 тис. населення.

Найвищі показники рівня первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок цукрового діабету, які перевищують середній в Україні (1,6) у 2018 році зафіксовано у Кіровоградській та Одеській (по 2,0 відповідно) та Вінницькій і Запорізькій (по 1,8 відповідно) областях. Помірне зростання спостерігається у Житомирській (1,0–1,4) та Закарпатській (1,2–1,6) областях на 28 %, Луганська (0,5–1,3) – на 61 %. Зниження показника спостерігається у Чернігівській (2,1–1,7), Волинській (1,3–1,1), Дніпропетровській (1,7–1,5) та Івано-Франківській (1,6–1,4) областях. Незмінними залишаються показники у Кіровоградській (2,0–2,0), Миколаївській (1,4–1,4) та Харківській (1,3–1,3) областях.

Сьогодні змінилися стандарти ведення хворих на ЦД 2-й тип згідно з новими рекомендаціями з лікування, які ґрунтуються на клінічних дослідженнях, представлених на 78-му конгресі ADA у червні 2018 р. Були переглянуті підходи до лікування, враховуючи вплив на ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, спрямовані на зменшення смертності та кардіо-васкулярних захворювань, які здебільшого призводять до обмеження життєдіяльності пацієнта. Приведені нові дані, отримані в дослідженнях, повністю відповідають сучасним підходам доказової медицини, не можуть не враховуватися під час лікування пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу. Тому мають бути внесені поправки до протоколів, зроблені в нашій країні, якими користуються лікарі-ендокринологи, сімейні лікарі та терапевти – Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу» від 21.12.2012 № 1118).

Як показано у попередніх наших дослідженнях, основними причинами інвалідності в разі цукрового діабету, обтяженому серцево-судинними захворюваннями, є коморбідність (наявність макро- та мікросудинних ускладнень, АГ), особливості перебігу захворювання (тяжкість діабету, потреба в інсулінотерапії, рівень компенсації тощо), медичні (недостатній рівень обстеження хворих, недотримання стандартів надання медичної допомоги тощо), демографічні (вік та

стать хворих) та чинники, пов'язані з умовами праці хворих (вплив шкідливих чинників виробничого середовища).

Не треба забувати про своєчасну діагностику цукрового діабету та раннє виявлення ускладнень, з метою запобігання розвитку важких діабетичних ускладнень, поліпшення якості та збільшення тривалості життя: дотримуватися алгоритму надання медичної допомоги пацієнтам з діабетичною ретинопатією, нейропатією, нефропатією, діабетичною стопою (визначення концентрації альбуміну, креатиніну, САК, ШКФ, обстежити стопи пацієнта та дистальну частину ніг для виявлення факторів ризику діабетичної стопи (визначення вібраційної чутливості (камертоном), визначення тактильної чутливості (монофіламентом), визначення температурної чутливості тощо); проводити моніторинг показників обов'язкових діагностичних процедур, частоту відвідування фахівців у залежності від стадії ускладнень, що виникають; регулярна оцінка адекватності терапії, в разі необхідності її коригування, досягнення цільових значень показників рівня пре- та постпрандіальної глікемії, HbA1c, АТ, ліпідограми, мікроальбумінурії, нормалізація маси тіла.

Основними напрямками при складанні ППР для осіб з інвалідністю внаслідок цукрового діабету є дотримання дієтичних рекомендацій; збільшення режиму фізичної активності (ЛФК); призначення і корекція цукрознижувальної терапії, що проводиться (амбулаторне спостереження та стаціонарне лікування); навчання хворого самоконтролю (організація «шкіл для хворих на цукровий діабет»); корекція надлишкової маси тіла; контроль артеріального тиску, постійна гіполіпідемічна терапія для пацієнтів старше 40 років; психологічна підтримка й мотивація; забезпечення хворих цукрознижувальними препаратами (розширення списку згідно з поновленими рекомендаціями) і засобами для проведення самоконтролю (глюкометр, тест-смужки для контролю глікемії та глюкозурії, кетонурії), допоміжними засобами для введення інсуліну (шприц-ручка, інсулінова помпа); раціональне працевлаштування. Важливим аспектом є призначення «безпечної» цукрознижувальної терапії, яка має мінімізувати розвиток ССЗ, важких гіпоглікемій та є доступною.

Формування найближчих і довгострокових цілей лікування, підтримання тривалої компенсації ЦД, зменшення перешкод досягнення цілей реабілітації (матеріальні, недоліки медичного обслуговування, неукомплектованість вузькими спеціалістами) тощо, а також посилений контроль за дотриманням протоколів та клінічних настанов надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет дасть змогу покращити стан здоров'я пацієнтів із ЦД 2-го типу та попередити настання інвалідності й покращити ефективність реабілітації осіб з інвалідністю.

Показники первинної інвалідності серед населення працездатного віку внаслідок тиреотоксикозу за період 2017–2018 рр. залишаються незмінними, в середньому в Україні складають 0,05–0,05 на 10 тис. населення. Суттєво зменшилися показники у Миколаївській (0,1–0,02), Полтавській (0,1–0,01) та Харківській (0,1–0,04) областях. Стабільно високими залишаються показники в Івано-Франківській (0,1–0,1), Луганській (0,2–0,2), Львівській (0,1–0,1), та Одеській (0,1–0,1) областях. Порівняно з минулим роком, відмічається зростання показника

первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок тиреотоксикозу у Кіровоградській (0,1–0,3) та Миколаївській (0,01–0,1) областях. Осіб з первинним виходом на інвалідність з приводу тиреотоксикозу у Чернівецькій та Сумській областях немає, але значно виріс показник у Тернопільській області (0–0,1).

Значне поширення захворювань щитовидної залози серед населення України пов'язано з комбінованим впливом низки несприятливих чинників: куріння тютюну, дефіцит мікронутрієнтів (йоду та селену), рідко – надходження надлишку йоду (понад 500–1000 мкг/добу), наприклад, з аміодароном, сімейний анамнез (генетичні варіації, особливо у жінок), зниження імунітету та вплив навколишнього середовища. ДТЗ – це аутоімунне захворювання, при якому тиреостимулюючі антитіла (АТ-рТТГ) впливають на рецептори ТТГ і сприяють підвищеному синтезу гормонів ЩПЗ, з подальшим порушенням функціонального стану різних органів та систем, насамперед серцево-судинної, центральної нервової системи та органа зору. Наслідком невчасно виявленого захворювання є порушення цих систем, які, своєю чергою, призводять до втрати працездатності та обмеження життєдіяльності. З метою поліпшення роботи первинної ланки були розроблені протоколи надання допомоги хворим на ДТЗ (первинний гіпертиреоз) у 2017 р. «Стандарти надання медичної допомоги хворим з патологією щитовидної залози в умовах дій негативних чинників довкілля» за редакцією д. мед. н. О. В. Каменського, у яких наведені алгоритми моніторингу, діагностики, лікування та профілактики патології щитовидної залози.

До регіонів з тяжким дефіцитом йоду належать Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області. На іншій території України всюди існує помірний йодний дефіцит, також не слід забувати про вплив дії іонізуючого випромінювання (наслідки аварії на ЧАЕС). Отже, патологія ендокринної системи посідає одне з провідних місць у структурі загальних захворювань населення, що, своєю чергою, призводить до втрати працездатності.

Показник первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення серед дорослого населення в Україні упродовж 2018 р. збільшився на 9,1 %, порівняно з минулим роком (з 1,1 на 10 000 нас. у 2017 р. до 1,2 на 10 000 нас у 2018 р.), як і серед населення працездатного віку – на 7,1 % (з 1,4 на 10 000 нас. у 2017 р. до 1,5 на 10 000 нас у 2018 р.).

Показники первинної інвалідності дорослого населення внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози також дещо збільшилися. Зокрема, інтенсивний показник первинної інвалідності дорослого населення збільшився з 0,7 до 0,8 (на 14,3 %), а інтенсивний показник населення працездатного віку залишався стабільним, на рівні 1,0.

Упродовж останніх двох років стабільно високі показники первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення спостерігаються у Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Хмельницькій, Тернопільській областях.

Зростання рівня первинної інвалідності серед населення працездатного віку спостерігається у Запорізькій (з 1,7 у 2017 р. до 1,9 у 2018 році), Донецькій (з 1,5 до 1,7), Житомирській (з 1,8 до 2,4) областях. Позитивна динаміка показника



спостерігалася в таких областях: Херсонській (1–0,6), Луганській (0,9–0,7), Запорізькій (1,4–1,6).

Значне покращання ситуації у хворих на виразку шлунка та 12-палої кишки демонструє Черкаська (0,3–0,2), область. Дещо підвищились показники інвалідності у Луганській області (0,02–0,1). Стабільно низькі показники демонструють Дніпропетровська, Харківська області та м. Київ, до них приєдналася Закарпатська область (0,01–0). Ці регіони можуть вважатися позитивним прикладом комплексного та конструктивного підходу до вирішення цієї проблеми.

Основними чинниками первинної інвалідності внаслідок захворювань органів травлення є захворювання печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, зокрема, це цирози печінки та хронічні гепатити, насамперед вірусні.

Майже у половині випадків (47,1 %) установлення інвалідності при захворюваннях печінки, жовчного міхура та підшлункової залози причиною інвалідності був цироз печінки (ЦП). За даними наших досліджень, у структурі інвалідності внаслідок хронічного гепатиту (ХГ) близько половини випадків (46,0 %) складають вірусні гепатити, з них більшу частку (65 %) вірусні гепатити С, майже у третині випадків (28,4 %) причиною інвалідності стають змішані гепатити. Близько третини від загального числа вперше визнаних особами з інвалідністю складають особи молодого віку до 39 років включно (28,7 %). Серед хворих уперше визнаних особами з інвалідністю внаслідок цирозу печінки у 74,0 % випадків встановлювалась друга група інвалідності, що також свідчить про медико-соціальну значущість даної проблеми. Обмеження життєдіяльності у таких хворих пов'язано з швидкопрогресуючим перебігом захворювання, несвоєчасною діагностикою захворювань, розвитком тяжких ускладнень.

Показники первинної інвалідності серед населення працездатного віку внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози впродовж останніх двох років залишаються високими у Закарпатській, Житомирській, Львівській та Чернівецькій областях. Відбулося навіть зростання показників у Вінницькій (з 0,8 до 1,2), Тернопільській (з 1,1 до 1,6) областях. Тенденція до зниження спостерігається в Кіровоградській (з 1,0 до 0,9), Луганській (з 0,7 до 1,4), Чернівецькій (з 1,1 до 0,9) областях.

Значно нижче середньоукраїнських (1,0), з тенденцією до зниження показники впродовж 2017–2018 рр. спостерігаються у м. Києві – 0,4–0,3 та Луганській області – 0,7–0,4 на 10 тис. населення працездатного віку, а також у Харківській області – 0,5–0,6, проте в останній з тенденцією до зростання показника у 2018 році. Це свідчить про високий рівень надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю та тісну взаємодію зі службою МСЕ.

Нині досягнуто значний прогрес у лікуванні гепатиту С, зараз його можна вважати вилковним захворюванням. Результати досліджень останніх років демонструють, що успішна противірусна терапія у хворих на хронічний гепатит С та В, навіть на стадії цирозу, в значній кількості пацієнтів супроводжується регресом фіброзу печінки, зменшенням кількості ускладнень та покращенням виживаємості. Оскільки ефективність противірусної терапії знижується зі збільшенням давності захворювання та ростом рівня фіброзу печінки, противірусна терапія повинна починатися максимально рано, а лікарі загальної практики

повинні бути націлені на раннє виявлення даної патології. Занесення до протоколів лікування гепатиту С сучасних противірусних препаратів, фінансування державних програм є важливими кроками до зниження важких наслідків гепатиту і профілактики інвалідності, в т. ч. і внаслідок цирозу печінки.

Співробітниками інституту запропоновані стандарти медико-соціальної експертизи при хронічному гепатиті та цирозі печінки (Стандарти медико-соціальної експертизи при хронічному гепатиті та цирозі печінки: методичні рекомендації / А. В. Іпатов, С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко та ін. – Дніпро: Акцент ПП, 2017. – 40 с.). У методичних рекомендаціях викладені стандарти медико-соціальної експертизи в осіб з інвалідністю внаслідок дифузних захворювань печінки (хронічні гепатити та цирози печінки) з урахуванням сучасних можливостей діагностики та лікування. Запропоновано програми обстеження хворих під час проведення медико-соціальної експертизи та оцінки реабілітаційного потенціалу і прогнозу з виділенням найбільш інформативних методик з урахуванням тяжкості, форми та ускладнень захворювання, морфо-функціональних змін, ефективності реабілітаційних заходів, психологічних особливостей, соціально-економічних та медико-професійних чинників.

Загальноукраїнський рівень первинної інвалідності внаслідок хвороб сечостатевої системи залишається стабільним упродовж останніх двох років і складає 0,7 на 10 тисяч населення працездатного віку. Найвищими традиційно є рівні інвалідності населення працездатного віку переважно в західному регіоні, зокрема у Львівській (1,2–1,4) області. У Дніпропетровській (0,7–0,6), Волинській (0,8–0,6), м. Київ (0,6–0,5), Запорізькій (0,8–0,6) та Херсонській (0,3–0,1) областях помітне прогресивне зниження показників інвалідності. Можливо, цьому посприяло активне впровадження сучасних протоколів лікування нефрологічних хворих. У Чернівецькій (0,5–0,7), Львівській (1,2–1,4) областях та Вінницькій (0,7–1,7) спостерігається тенденція до зростання інтенсивних показників інвалідності.

Щодо окремих нефрологічних нозологій, слід зазначити, що рівні первинної інвалідності внаслідок хронічного гломерулонефриту та хронічного пієлонефриту є стабільними в Україні упродовж двох років і складають 0,2 на 10 тисяч населення працездатного віку. У більшості регіонів України спостерігається тенденція до суттєвого зниження показника інвалідності внаслідок хронічного гломерулонефриту. Але в деяких регіонах помітне значне коливання з тенденцією до зростання рівня інвалідності внаслідок цієї патології. Найвищі показники – у Львівській (0,6–0,7), Черкаській (0,04–0,2), Кіровоградській (1,0–0,3), Вінницькій (0,2–0,4), Житомирській (0,3–0,3), Харківській (0,3–0,3), Рівненській (0,2–0,2) Донецькій (0,3–0,3) та Сумській (0,3–0,3) областях.

Виявлено зниження рівня інвалідності внаслідок хронічного пієлонефриту в більшості регіонів, зокрема у Дніпропетровській (0,3–0,2), Івано-Франківській (0,3–0,2), Миколаївській (0,3–0,1), Запорізькій (0,4–0,2), Полтавській (0,3–0,1) областях.

З метою профілактики, стабілізації та зниження рівня інвалідності внаслідок захворювань сечостатевої системи потрібно впроваджувати сучасні рекомендації з діагностики та лікування цієї патології. Показники первинної інвалідності внаслідок хвороб крові та кровотворних органів упродовж 2016–2017 років

залишаються в Україні стабільними та складають 0,1 на 10 тисяч працездатного та дорослого населення. Найвищі показники первинної інвалідності спостерігаються в Івано-Франківській та Хмельницькій областях (0,2 на 10 тисяч працездатного населення). В деяких областях спостерігається позитивна тенденція до зниження рівня інвалідності – в Луганській (0,1–0,02), Черкаській (0,04–0,03), Миколаївській (0,1–0,05) областях. Зростання показників інвалідності спостерігається у Волинській (0,1–0,2) та Кіровоградській (0,04–0,1) областях. Це можна пояснити недостатньою ефективністю діагностичних та реабілітаційних заходів через проблеми з фінансуванням спеціалізованих лікувальних установ та наявністю певних недоліків експертно-діагностичного процесу під час проведення медико-соціальної експертизи пацієнтів із гематологічною патологією.

## **2.5 Первинна інвалідність унаслідок травм, захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини**

О. М. Тарасенко, Є. Л. Ліфаренко

Первинна інвалідність унаслідок травм в Україні зберігає високий рівень, та, порівняно з 2017 роком має місце підвищення показників на 9,3 % у дорослого населення. У населення працездатного віку, порівняно з 2017 роком, має місце збільшення показників на 9,2 %.

Найвищі показники первинної інвалідності внаслідок травм на 10 тисяч дорослого населення зареєстровані в 2018 р. у Житомирській – 8,4; Рівненській – 5,9; Вінницькій – 5,8; Волинській – 5,4 (у середньому в Україні в 2018 р. – 4,3 випадку на 10 тисяч дорослого населення, порівняно з 4,4 у 2017 р.).

Спостерігаються відносно низькі показники рівня інвалідності внаслідок виробничих травм у 2018 р., але показники такі ж, як і в 2017 р. – 0,3 випадку на 10 тисяч дорослого населення в Україні. Це може бути пов'язано зі скороченням виробництва та робочих місць, покращанням якості надання первинної медичної допомоги.

Серед виробничих травм високі показники первинної інвалідності зареєстровані в 2018 р. у Донецькій області – 0,8; Дніпропетровській – 0,6; Волинській та Вінницькій областях – по 0,4 на 10 тисяч дорослого населення, що може бути зумовлене недофінансуванням заходів з профілактики травматизму, послабленням контролю за технікою безпеки.

Найвищі показники первинної інвалідності внаслідок травм на 10 тисяч населення працездатного віку зареєстровані в 2018 р. у Житомирській – 11,1; Вінницькій – 7,8; Волинській – 6,6 (у середньому в Україні в 2018 р. – 5,5; в 2017 році – 56,6).

Також як і у дорослого населення в 2018 р. спостерігаються не високі показники рівня інвалідності внаслідок виробничих травм у населення працездатного віку (в середньому 0,3 на 10 тисяч населення), що не відрізняються від показників у 2017 р.