

кардиоревматології», 27–28 апреля, Евпатория. – 2006. – С. 94–98.

8. Зиньковский М. Ф. Ранняя диагностика врожденных пороков сердца / М. Ф. Зиньковский // Журнал практичного лікаря. – 2002. – № 5. – С. 19–26.

9. Лікувальна тактика у дітей з природженими вадами серця / Н. М. Руденко, Є. О. Малишева, В. А. Ханенова [та ін.] // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 62–63.

10. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective / A. Rosano, L. Botto, B. Botting [et al.] // J. Epidemiology Community Health. – 2000. – Vol. 54. – P. 660–666.

11. Hoffman J. The incidence of congenital heart disease / J. Hoffman, S. Kaplan // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2002. – Vol. 39. – P. 1890–1900.

12. Hoffman J. Prevalence of congenital heart disease / J. Hoffman, S. Kaplan, R. Liberthson // Amer. Heart. J. – 2004. – Vol. 147. – P. 425–429.

13. Розендорфф . Основы кардиологии. Принципы и практика / К. Розендорфф. – Л.: Медицина світу, 2007. – 1037 с.

14. Кондратьев В. А. Врожденные пороки сер-

дца до и после операции/ В. А. Кондратьев // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – Т. 8, № 2. – С. 76–82.

15. Амосова Е. Н. Клиническая кардиология/ Е. Н. Амосова. – К.: Здоров'я, 1998. – Т. 1. – 704 с.

16. Диагностика и лечение клапанных пороков сердца. Основные положения рекомендаций Европейского общества кардиологов, 2007. Часть II // Серце і судини. – 2007. – № 4. – С. 20–32.

17. Кнышов Г. В. Сердечная хирургия: задачи и перспективы / Г. В. Кнышов // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 9–11.

18. Кнышов Г. В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее/ Г. В. Кнышов // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8–14.

19. Клинико-анамнестические особенности детей раннего возраста с врожденными пороками сердца / А. М. Чередниченко, Е. С. Козлова, С. В. Татарева [и др.] // Вестник аритмологии. – 2000. – № 18. – С. 128–136.

20. Досвід лікування критичних вроджених вад серця транскатетерним методом / Ю. В. Панічкін, І. О. Діпківський, Б. В. Черпак [та інш.] // Серце і судини. – 2008. – № 4. – С. 18–21.



УДК: 616.24-003.6:616-036.86

## СТАНДАРТИЗАЦІЯ ОЦІНКИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ У ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ГЕНЕЗУ

С. С. Паніна<sup>1</sup>, Н. А. Саніна<sup>1</sup>, Н. О. Гондуленко<sup>1</sup>, В. М. Концур<sup>1</sup>,  
Н. М. Гавриленко<sup>1</sup>, В. Д. Товт<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

<sup>2</sup> Комунальний заклад ДЦПМСД № 8, м. Дніпропетровськ

### Резюме

*Выделены основные составляющие реабилитационного потенциала у инвалидов вследствие ХОЗЛ профессиональной этиологии, предложена шкала количественной оценки реабилитационного потенциала. Внедрение предложенной технологии оценки реабилитационного потенциала будет способствовать повышению качества проводимых реабилитационных мероприятий, стабилизации и снижению уровня инвалидности вследствие ХОЗЛ профессионального генеза.*

**Ключевые слова:** *инвалидность, профессиональные заболевания легких, реабилитация, реабилитационный потенциал.*

### **Summary**

*Basic constituents are distinguished and scale of rehabilitation potential assessment is proposed for invalids with occupational lung diseases (occupational COPD). Implementation of offered technology of evaluation of rehabilitation potential will assist to improve the quality of conducted rehabilitation measures and decreasing of disability level due to occupational COPD.*

**Ключові слова:** *disability, професійні захворювання легень, rehabilitation, rehabilitation potential.*

На сьогоднішній день захворювання органів дихання, у тому числі хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) пилової етіології, залишаються однією з провідних причин первинної інвалідності населення України. Найбільш високі рівні інвалідності внаслідок цієї патології зафіксовані у промислово розвинених регіонах: Донецька (2,9–1,8 на 10 тис. осіб працездатного віку), Львівська (0,7–1,0), Дніпропетровська (1,0–0,9) області. Саме тому велике значення у профілактиці та зниженні рівня інвалідності набуває реабілітація хворих та інвалідів.

Реабілітація інвалідів визначена законодавчими актами України як система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство. Основна мета реабілітації інвалідів – відновлення або стабілізація дефектних функцій, психологічного статусу та пристосування хворого до нових умов існування, підвищення функціональних резервів, компенсаторно-адаптаційних механізмів; відновлення та компенсація професійних та соціальних функцій [2, 3, 4].

Оцінка реабілітаційного потенціалу (РП) передбачає визначення медико-біологічних та соматоособистісних здібностей, що властиві даному індивідові, і збереглися всупереч захворюванню та є передумовою для відновлення статусу, а також прогнозування рівня можливості відновлення або компенсації наявних обмежень. Вона включає визначення рівня фізичного розвитку, фізичної та психофізичної витривалості, психоемоційного розвитку

і стійкості, визначення соціально-психологічного статусу з урахуванням рівня загального розвитку і запасу знань, особливості особи, стану і стійкості психічних процесів, рівня мікросоціальної адаптації; визначення соціально-трудового статусу з урахуванням загальної і спеціальної освіти, профмаршрута, рівня оплати праці, умов і характеру праці, рівня збереження професійних знань, навичок і умінь, рівня толерантності до професійно-виробничих навантажень; визначення соціально-середовищної ситуації з урахуванням сімейного стану, житлово-побутових умов, матеріального положення, рівня збереження соціально-побутових навичок і умінь, рівня збереження мікросоціальних зв'язків, рівня соціальної активності. Здебільшого оцінка реабілітаційного потенціалу хворого є досить суб'єктивною, і виражається у якісних показниках (високий, середній, низький тощо).

Метою нашого дослідження було досягнення об'єктивізації оцінки реабілітаційного потенціалу за допомогою розробленої схеми його бальної оцінки.

### **Матеріали і методи**

Було проведено аналіз результатів клініко-інструментального та психологічного дослідження 84 хворих та інвалідів унаслідок ХОЗЛ професійного генезу в клініці інституту. За допомогою методу експертних оцінок було відібрано окремі показники та проведено їх бальну оцінку. При розробці шкали оцінки РП використовувалися сучасні стандартизовані показники стану хворого на ХОЗЛ.

Для оцінки інтенсивності паління хворого протягом його життя розраховували індекс паління, приймаючи 20 цигарок в день протягом року за 1 пачко/рік. З метою вивчення толерантності до фізичного навантаження використовували тест 6-и хвилинної ходьби (крокова проба, коридо-

рний тест або 6 MWD). Підраховувалася дистанція в метрах, яку проходив хворий протягом 6 хвилин у помірному темпі, а також розраховувалися відсотки від на-

лежних величин.

Для визначення рівня задишки використовувалася шкала mMRC (Modified Medical Research Council) (табл. 1).

Таблиця 1

## Шкала рівня задишки mMRC

Оцінка задишки у балах	Тяжкість задишки	Опис
0	Немає	Задишка не турбує, за винятком дуже інтенсивного навантаження
1	Легка	Задишка при швидкій ходьбі або при підйомі на невелику гору
2	Середня	Задишка призводить до більш повільної ходьби у порівнянні з іншими людьми такого ж віку, або з'являється необхідність зупинитися при ходьбі у звичайному темпі по рівній поверхні
3	Тяжка	Задишка змушує хворого робити зупинки при ходьбі до 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній поверхні
4	Дуже тяжка	Задишка робить неможливим для хворого вихід за межі будинку або з'являється при вдяганні та роздяганні

Рівень комплаєнтності хворих до лікування, що проводилося, оцінювався за допомогою модифікованої шкали Моріскі–Гріна, яка складається з 4 питань [8]:

1. Чи забуваєте Ви іноді прийняти препарати?

2. Чи не ставитеся Ви іноді не уважно до часу прийому лікарських засобів?

3. Чи не пропускаєте Ви прийом препаратів, якщо відчуваєте себе добре?

4. Якщо Ви відчуваєте себе погано після прийому лікарських засобів, чи пропускаєте Ви наступний прийом?

## Результати дослідження

На підставі проведеного аналізу була розроблена кількісна шкала визначення медичної складової реабілітаційного потенціалу у хворих та інвалідів унаслідок ХОЗЛ професійного генезу в балах (табл. 2). До її складу входять 27 пунктів, кожен із яких має власну бальну оцінку. Після проведення розрахунку за окремими пунктами, усі бали сумуються та проводиться остаточна оцінка рівня реабілітаційного потенціалу хворих. Для розрахунку балів використовуються сучасні діагностичні шкали [5, 6, 7].

Таблиця 2

## Шкала оцінки реабілітаційного потенціалу хворих та інвалідів унаслідок ХОЗЛ професійного генезу в балах

Показники		Бали
Стать	жіноча	2
	чоловіча	1
Вік	до 40 років	4
	41–50 років	3
	51–60 років	2

	> 60 років	1
Освіта	вища	3
	середня	2
	початкова	1
Трудова зайнятість	працює	3
	не працює	1
Характер роботи	переважно розумова	3
	змішана	2
	переважно фізична	1
Тривалість роботи у шкідливих умовах, років	10–20	3
	20–30	2
	> 30	1
Контакт з професійними шкідливостями	відсутній	3
	помірний	2
	значний	1
Задишка за шкалою mMRC	відсутня або легка (1-2 бали)	4
	середня (3 бали)	3
	тяжка (4 бали)	2
	дуже тяжка (5 балів)	1
Кашель	легкий	3
	помірний	2
	тяжкий	1
Кількість харкотиння	немає	3
	мало	2
	багато	1
Характер харкотиння	слизове	3
	гнійно-слизове	2
	гнійне	1
Індекс паління (пачко/роки)	не палять	4
	до 10	3
	11–20	2
	Більше 20	1
Стадія ХОЗЛ	I	4
	II	3
	III	2
	IV	1
Ступінь ЛН	0	4
	I	3
	II	2-1
	III	1
Легенева гіпертензія	відсутня	4
	I	3
	II	2
	III	1
Ступінь НК	відсутня	4
	I	3
	II	2
	III	1

Частота загострень захворювання за рік	0–1	4
	1-2	3
	2-5	2
	> 5	1
Характер перебігу захворювання	стабільний та повільно прогресуючий	4
	рецидивуючий помірно прогресуючий	3
	безперервно рецидивуючий прогресуючий	2
	тяжкий, швидко-прогресуючий	1
Супутня патологія	немає або незначно виражена	3
	помірно виражена	2
	значно виражена	1
Дистанція тесту 6-хвилинної ходьби, м	≥ 350	4
	300–350	3
	250–300	2
	< 250	1
ОФВ1 після проби з бронхолітиком (постбронходилатаційний)	> 70 %	4
	51–70 %	3
	30–50 %	2
	< 30 %	1
Проба з бронхолітиком	позитивна (приріст ОФВ1 > 200 мл)	3
	негативна (приріст ОФВ1 < 200 мл)	1
Скорочувальна здатність міокарда (фракція викиду лівого шлуночка)	задовільна	3
	знижена	1
Розмір правого шлуночка	< 3,2 см	3
	>3,2 см	1
1	2	3
Ознаки ендотеліальної дисфункції (визначається при наявності обладнання та досвіду)	відсутні	3
	мінімальні	2
	виражені	1
Мотивація хворого до працевлаштування	є	3
	немає	1
Тип внутрішньої картини хвороби	адекватна	3
	неадекватна	1
Прихильність хворого до лікування (за модифікованою шкалою Морискі-Гріна)	висока	4
	середня	3
	низька	2
	відсутня	1

Кількісна оцінка професійної, трудової, психологічної, соціальної складової реабілітаційного потенціалу має проводитися за кожним показником окремо з розрахунку: високий РП – 4 бали, середній

або задовільний – 3 бали, відсутній – 1 бал.

Послідовна сумація балів призводить до інтегрованої оцінки реабілітаційного потенціалу. Він оцінюється як високий, якщо сума балів ≥ 70 балів, середній – 51–

69 балів, низький – 31–50 балів, відсутній – 27–30 балів.

Нами було проведено оцінку реабілітаційного потенціалу у 84 хворих на професійні захворювання легень за розробленою технологією визначення реабілітаційного потенціалу. Хворі були розподілені на 3 групи в залежності від наявності групи інвалідності – хворі з 2-ю групою, хворі з 3-ю групою та хворі – не інваліди.

Реабілітаційний потенціал був оцінений як високий у 50% хворих, що не були визнані інвалідами, середній – теж у 50% хворих; у цій групі хворих не було визначено низького або відсутнього реабілітаційного потенціалу. Серед інвалідів III групи середній реабілітаційний потенціал визначено у 92,2% хворих, низький – у 7,8%; відсутнього та високого реабілітаційного потенціалу не визначалося. Щодо інвалідів II групи, то у них здебільшого (у 75%) визначався низький реабілітаційний потенціал, і лише у 25% пацієнтів було визначено середній реабілітаційний потенціал.

#### Висновки

1. При оцінці реабілітаційного потенціалу необхідно брати до уваги комплекс соціо-економічних, демографічних, клініко-функціональних показників з особливим акцентом на результати спірометричного тесту з показником постбронходиляційного ОФВ1, показники толерантності хворого до фізичного навантаження, та результати реабілітаційних заходів, що проводяться. Необхідно також враховувати психологічні можливості індивідуума: рівень резервних можливостей основних психічних функцій, рівень мотивації до праці, реабілітації та відшкодування збитків, завданих здоров'ю хворого.

2. Шкала оцінки реабілітаційного потенціалу в балах, що пропонується, дозволяє швидко та об'єктивно оцінити реабілітаційний потенціал хворого, у тому числі в динаміці з метою оцінки ефективності реабілітаційних заходів, які проводилися, та рекомендована для практичного вико-

ристання у практиці медико-соціальних експертних комісій України.

3. Розроблена технологія визначення реабілітаційного потенціалу хворих на професійні захворювання легень із застосуванням його бальної оцінки дозволяє підвищити ефективність реабілітації інвалідів унаслідок професійних захворювань легень та посилити контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації, що, у свою чергу, сприяє стабілізації і зниженню рівня інвалідності внаслідок ХОЗЛ професійного генезу.

#### Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2006–2011 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [А. В. Іпатов, В. В. Маруніч, С. І. Черняк та ін.]; за редакцією міністра охорони здоров'я України І. М. Ємця. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006–2011. – 104 с.
2. Про реабілітацію інвалідів в Україні [Текст]: [Закон України: офіц. Текст: за станом на 06 жовтня 2005 року] // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005, 2 листопада. – № 213.
3. Про затвердження Соціальних нормативів у сфері професійної реабілітації інвалідів для центрів професійної реабілітації інвалідів: наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 12 квітня 2007 року № 155.
4. Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року: постанова КМУ від 12 травня 2007 року № 716.
5. Про затвердження стандартів надання медичної допомоги за спеціальністю «Професійна патологія» в амбулаторно-поліклінічних закладах: наказ МОЗ України від 10 січня 2005 року № 7.
6. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія»: наказ МОЗ України від 19 березня 2007 року № 128.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Електронний ресурс] // Режим доступу: Update 2011. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org). Last updated: December 2011.
8. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care* 1986; 24: 67–73.

