

шляхом розбудови і вдосконалення діяльності галузі. Покращення стану громадського здоров'я, в першу чергу, потребує розв'язання широкого спектру соціально-економічних проблем, особливо в сільській місцевості, всебічного посилення профілактичних засад в охороні здоров'я, формування здорового способу життя, покращення якості життя населення. Вирішення цих завдань є сьогодні надзвичайно актуальним для України.

Література

1. Ипатов А. В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монография / А. В. Ипатов, И. Л. Ферфильдин, С. А. Рыков. – Дн.: Гамалия, 2004. – 304 с.
2. Кендалл М. Многомерный статистический анализ и временные ряды / М. Кендалл, А. Стюарт. – Москва: Наука, 1976. – 736 с.
3. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір // Новини медицини і фармації. – 2010. – № 4 (309). – С. 21–26.

4. Лукашин Ю. П. Адаптивные методы краткосрочного прогнозирования временных рядов: Учеб. пособие / Ю. П. Лукашин. – Москва: Финансы и статистика, 2003. – 416 с.

5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 рік (Аналітико-інформаційний довідник) [В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.] / за ред. І. М. Ємця. – Д.: Пороги, 2011. – 135 с.

6. Русакова Л. Т. Наукове обґрунтування інформаційної технології аналізу системи «довкілля-здоров'я»: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. біол. наук: спец. 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія», 1403.11 «Медична і біологічна інформатика та кібернетика» / Л. Т. Русакова. – Київ, 2010. – 39 с.

7. Статистика инвалидности. – Режим доступа: <http://rosspolit.ru/socialnaya-politika/rabota-s-invalidami/statistikainvalidnosti.html>.

8. Хобзей М. К. Деякі аспекти організації медичної допомоги в Україні / М. К. Хобзей // Мед. перспективи. – 2010. – № 4. – С. 4–7.

9. Здоров'я та охорона здоров'я населення України: європейський вимір [Атлас]. За загальною редакцією члена-кореспондента АМН України, проф. В. Ф. Москаленка. – К., 2009. – 240 с.



УДК: 616-036.22:616-002.5

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ДОСВІД РОБОТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГІЧНОЇ МСЕК У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

С. С. Паніна¹, Н. О. Гондуленко,¹ М. Ю. Кожушко,¹ Г. Ю. Трайдук,²
Н. А. Саніна,¹ Н. М. Гавриленко,¹ М. М. Ємець¹

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

²Міжрайонна спеціалізована фтизіопульмонологічна медико-соціальна експертна комісія, м. Дніпропетровськ

Резюме

Проведен епідеміологічний аналіз первинної інвалідності в дорослого і трудоспособного населення внаслідок туберкульозу в Україні за 2009-2011 роки. Виділені регіони з найбільш високими рівнями інвалідності внаслідок туберкульозу, в частині туберкульозу легких, і негативними тенденціями до їх зростання, що викликає занепокоєння і потребує удосконалення профілактичних-реабілітаційних заходів. На прикладі позитивного досвіду роботи Дніпропетровської міжрайонної спеціалізованої фтизіопульмонологічної МСЕК показано ефективність проведення профілактичних-

реабилитационных мероприятий у данного контингента больных и инвалидов, что способствует снижению уровня инвалидности вследствие туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемиология, первичная инвалидность, реабилитация.

Summary

Was performed the epidemiological analysis of primary disability of adult and employable population due to tuberculosis in Ukraine for 2009–2011 yrs. There were selected some regions with the highest levels of disability due to tuberculosis, particularly due to pulmonary tuberculosis and with negative trends in their growth, which causes concern and needs to improve preventive and rehabilitative activities. On the example of the positive experience of the Dnipropetrovsk inter-district specialized phthisic and pulmonological medical and social expert commission was demonstrated the effectiveness of preventive and rehabilitative activities in this group of patients and disabled, helping to reduce the level of disability due to tuberculosis.

Key words: tuberculosis, epidemiology, primary disability, rehabilitation.

Незважаючи на значні успіхи у діагностиці й лікуванні, туберкульоз залишається найпоширенішим інфекційним і водночас, соціально значимим захворюванням, на яке хворіє майже 1/3 населення планети. Ще декілька десятків років тому лікарі спокійно вважали що туберкульоз у нашій країні практично зник. Проте цього не трапилося, і це важке захворювання стало найактуальнішою проблемою сучасної медицини, тому що захворюваність на туберкульоз зростає з кожним роком, а лікувати його стає усе важче. Туберкульоз продовжує становити одну із основних загроз для людства серед інфекційних хвороб. Сьогодні ця хвороба не ліквідована в жодній країні, у тому числі й в Україні, незважаючи на те, що з 2006 р. ситуація з туберкульозу почала покращуватися, проте залишається низка невирішених проблем щодо контролю за туберкульозом [1].

Туберкульоз є проблема соціальна, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень та благополуччя населення, ступінь розвитку охорони здоров'я, у тому числі й фізичної служби. Вихід на інвалідність унаслідок туберкульозу випереджає в структурі первинної інвалідності дорослого населення вихід на інвалідність унаслідок хвороб органів дихання, травлення та ендокринних хвороб разом.

Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД), зросла в 2,6 разу (з 3,3 до 8,7 на 100 тис. населення) з 2006 до 2010 рр., кількість хворих із резистентним ТБ зростає – час-

тота первинної хіміорезистентності становить від 7 до 25 % хворих у різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 75 %. Це може бути причиною відсутності поліпшення ефективності лікування [2, 3].

Стан епідемічної ситуації з туберкульозу за період 2006–2010 рр. характеризувався нестійкою тенденцією до зменшення показників захворюваності та смертності. За цей період захворюваність на всі форми активного ТБ в Україні досить зменшилася на 17,8 %, з 83,2 до 68,4 на 100 тис. населення, тобто з 2006 р. спостерігається тенденція до скорочення захворюваності. Проте ще високі показники захворюваності на туберкульоз у 2010 році мали Херсонська область (106,9 на 100 тис. населення), Дніпропетровська область (93,7), Миколаївська (90,5), Автономна Республіка Крим (83,8), Луганська область (82,5). Отже, найвищий показник захворюваності на всі форми активного туберкульозу (більше 80 на 100 тис. населення) зареєстровано у південно-східних регіонах України, тобто в областях із потужними протитуберкульозними закладами в пенітенціарній системі. Ці дані свідчать про стабілізацію епідемії туберкульозу в Україні з 2006 р. і про недостатню ефективність існуючих протитуберкульозних заходів [4, 5].

Мета роботи – проведення епідеміологічного аналізу первинної інвалідності дорослого населення та населення працездатного віку внаслідок туберкульозу в Україні взагалі та оцінка досвіду проведення реабілітаційних заходів у даного контингенту інвалідів, зокрема, на прикла-

ді Дніпропетровської області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження була державна статистична звітність медико-соці-альних експертних комісій України за формою № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної та соціально-трудової реабілітації за рік» за 2009–2011 рр. з усіх 27 адміністративних територій України та звітна документація Дніпропетровської міжрайонної спеціалізованої фтизіопульмонологічної МСЕК за 2007–2010 рр. У дослідженні використано методи: документального обліку та математичної статистики (обчислення інтенсивних та екстенсивних показників).

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні протягом 2009–2011 років спостерігаються стабільні показники первинної інвалідності по туберкульозу легень із деяким їх зниженням у 2011 році – з 2,6 до 2,4 на 10 тисяч працюючого населення. Найвищі показники протягом трьох років спостерігалися у Херсонській, Львівській та Кіровоградській областях (5,5; 5,1; 4,1 у 2009 році, 5,6; 5,3; 4,7 у 2010 році та 5,2; 4,4; 4,1 у 2011 році відповідно). Помічено зниження показників на 30–40% у 2011 році по всіх трьох регіонах-лідерах [табл. 1].

Таблиця 1

Первинна інвалідність населення працездатного віку внаслідок туберкульозу у розрізі адміністративних територій України за 2011 рік

Адміністративні території	Усього внаслідок туберкульозу		з них: туберкульоз легень	
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.
АР Крим	317	2,8	304	2,7
Вінницька	220	2,4	208	2,3
Волинська	140	2,4	132	2,3
Дніпропетровська	480	2,5	442	2,3
Донецька	552	2,2	534	2,1
Житомирська	205	2,9	181	2,5
Закарпатська	270	3,7	230	3,2
Запорізька	166	1,6	153	1,5
Івано-Франківська	176	2,2	172	2,2
Київська	215	2,2	202	2,0
Кіровоградська	237	4,2	232	4,1
Луганська	477	3,6	425	3,2
Львівська	702	4,8	643	4,4
Миколаївська	206	3,0	205	3,0
Одеська	385	2,8	372	2,7
Полтавська	177	2,1	166	2,0
Рівненська	196	3,0	178	2,7
Сумська	94	1,4	87	1,3
Тернопільська	106	1,7	94	1,5
Харківська	269	1,7	236	1,4
Херсонська	338	5,4	325	5,2
Хмельницька	139	1,9	125	1,7
Черкаська	86	1,2	65	0,9
Чернівецька	105	2,0	105	2,0
Чернігівська	176	2,9	162	2,7
м. Київ	178	1,0	176	1,0
м. Севастополь	53	2,4	49	2,2
В Україні 2011 р.	6665	2,5	6203	2,4

Аналізуючи ці дані, можна відзначити позитивну тенденцію до деякого зменшення первинної інвалідності внаслідок туберкульозу, що можна пояснити спробами вирішення цього питання на державному рівні, а саме виконанням програми боротьби з туберкульозом на 2007–2011 роки, прийняттям в Україні DOTS- та DOTsplus-стратегії, прийнятим Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках», а також виданням низки наказів МОЗ України – № 384 від 09.06.2006, № 385 від 09.06.2006, № 600 від 22.10.2008 «Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз» та ін. [7–12]. Це привело до впровадження сучасних стандартів своєчасної діагностики та лікування, забезпечення хворих безкоштовними медичними препаратами, застосування стандартизованих режимів лікування, а також підвищенням кількості відповідних фахівців у протитуберкульозних закладах та вдосконалення їх кваліфікації.

Однак при позитивній тенденції зменшення первинної інвалідності, показники у деяких регіонах залишаються досить високими у порівнянні з середнім показником в Україні, що можна пояснити недостатнім фінансуванням державних програм протидії туберкульозу та флюорографічним дослідженням при щорічному диспансерному обстеженні, недостатньою забезпеченістю медичними кадрами протитуберкульозної служби регіонів.

Складною залишається ситуація у Херсонській області, в якій на кожні 100 тисяч населення припадає 106,9 хворих на туберкульоз, що в 1,6 разу більше від загальноукраїнського показника; особливо стрімко зростає кількість хворих на вперше виявлений швидко прогресуючий, мультирезистентний та ВІЛ-асоційований туберкульоз.

Також у цьому регіоні спостерігається висока концентрація протитуберкульозних лікувальних закладів, зокрема пенітенціарних. Отже, ситуація в окремих регіонах вимагає подальшого моніторингу та посилення лікувально-діагностичних та соціальних заходів, які проводяться, зокрема, з

удосконалення протитуберкульозної терапії, розширення показань до хірургічного лікування, а також роз'яснювальна робота з роботодавцями щодо працевлаштування хворих із припиненням бактеріовиділення, що призведе до зменшення рівня пенсійних виплат та ресоціалізації хворих [6].

Тому оптимізація роботи спеціалізованої фтизіопульмонологічної служби МСЕ України, яка проводить медико-експертне обслуговування цієї категорії хворих, надає медико-соціальну та реабілітаційну допомогу інвалідам, є нагальною і своєчасною. Спеціалізовані фтизіопульмонологічні МСЕК формуються з урахуванням чисельності населення, яке обслуговується, стану захворюваності та інвалідності дорослого населення внаслідок туберкульозу та хвороб органів дихання, кількості оглянутих у зоні обслуговування хворих та інвалідів відповідного профілю за три останні роки, соціально-демографічних, географічних та інших особливостей регіону щодо фтизіопульмонологічної патології.

У 2011 році співробітниками Дніпропетровської спеціалізованої міжрайонної фтизіатричної МСЕК оглянуто 1792 хворих, з них первинно – 515 (у 2009 році – 1714 та 550 відповідно). Слід відзначити, що кількість визнаних інвалідами за 2010 рік у порівнянні з 2009 роком збільшилась на 70 осіб, а у 2011 році у порівнянні з минулим роком тільки на 7 осіб (табл. 2). Цю динаміку слід пояснювати тим фактом, що у 2010 році це зростання відмічено в основному за рахунок збільшення хворих на позалегеновий туберкульоз. Указану динаміку можна пояснити зростанням активності роботи фтизіоортопедів, фтизіоурологів, гінекологів та лікарів-фтизіатрів інших вузьких спеціальностей по представленню хворих на МСЕК. Також слід відзначити зростання у 2010 році кількості ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД до 104 осіб, у той час як з діагнозом туберкульоз визнано інвалідами 359 хворих. У 2011 році, навпаки, значно знизилася кількість визнаних інвалідами внаслідок позалегенових форм туберкульозу. Відбулося також і деяке зниження визнаних інвалідами внаслідок туберкульозу легень.

Таблиця 2

Динаміка первинно визнаних інвалідами внаслідок туберкульозу за даними Дніпропетровської спеціалізованої міжрайонної фтизіатричної МСЕК

Визнано інвалідами	Роки		
	2009	2010	2011
Усього:	493	563	470
З них: унаслідок туберкульозу легень	437	452	431
позалегенові форми	56	111	39

Прогноз лікування туберкульозу на фоні ВІЛ та СНІД – несприятливий (усього по області близько 18% хворих із сумісною патологією: туберкульоз + СНІД), обумовлює високу смертність від туберкульозу в Дніпропетровській області (4-те місце в Україні). Аналізуючи розподіл хворих за групами інвалідності (рис. 1), слід відзначити, що зростання кількості інвалідів у 2010 році зумовлено в основному за рахунок третьої групи інвалідності.

Збільшення кількості інвалідів III групи внаслідок туберкульозу в 2010 році можна пояснити поліпшенням якості і кількості профоглядів, більш ретельним об-

стеженням хворих, що відображено у збільшенні осіб, оглянутих у фтизіатричній МСЕК (1880) у порівнянні з 2009 роком (1714). У 2011 році зафіксовано зменшення кількості визнаних інвалідами не тільки третьої, але й другої групи.

Оцінюючи вищевикладені показники, слід зазначити, що фтизіатрична МСЕК Дніпропетровської області ставить перед собою завдання утримувати рівень інвалідності нижчим, ніж середній по Україні. До цього часу інтенсивний показник інвалідності внаслідок туберкульозу на 10 000 дорослого населення був нижчий, ніж по Україні (по області – 1,6; по Україні – 1,7).

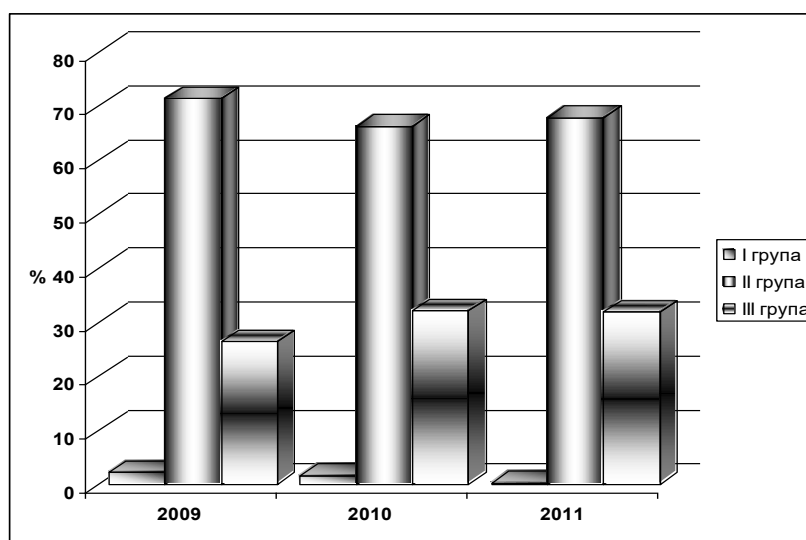


Рис 1. Розподіл первинно визнаних інвалідами внаслідок туберкульозу в Дніпропетровській області за групами інвалідності

Свою роботу по зниженню інвалідності МСЕК спрямовує на контроль за диспансеризацією та лікуванням хворих та їх раціональним працевлаштуванням. При аналізі медико-експертних справ виявлено, що група інвалідності часто встановлюється

хворим, які не працюють, страждають на хронічний алкоголізм або нещодавно повернулися з місць позбавлення волі (більше 75 %). Досить високою є інвалідність і серед населення, яке не має відношення до установ виконання покарань, це

пояснюється тим, що хворі не консультуються у фізiatrів і мало оперуються з обмеженими формами туберкульозу, а також низьким рівнем працевлаштування осіб, які страждають на туберкульоз з протипоказаннями до праці за професією. Особливо актуальним в останні роки стало встановлення групи інвалідності внаслідок туберкульозу на фоні СНІДу та ВІЛ-інфекції, бо кожен четвертий хворий, оглянутий у МСЕК, є ВІЛ-інфікованим або хворим на СНІД, що значно погіршує прогноз і призводить до інвалідності.

Фтизіатрична МСЕК, поруч з роботою з профілактики інвалідності, велику увагу приділяє реабілітаційним заходам, бо вважає питання реабілітації інвалідів та відновного лікування одними з найважливіших. Основні зусилля по зниженню інвалідності в області МСЕК спрямовує на контроль за диспансеризацією та лікуванням хворих на туберкульоз, а також на їх раціональне працевлаштування.

Протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення показника повної реабілітації інвалідів унаслідок туберкульозу (1,2–1,4–3,6%). Стан часткової

реабілітації дещо погіршився у 2010 році і становив 6,7 (проти 7,0 у 2009 р). У 2011 році відбулося суттєве зростання цього показника і він становив 19,6%. Щодо показника сумарної реабілітації, то у 2010 р. він із 8,9 на 100 оглянутих зменшився на 0,8 і становив 8,1% , а у 2011 році збільшився на 6,5 у порівнянні з минулим роком і становив 14,6%. Показники реабілітації інвалідів унаслідок туберкульозу в Дніпропетровській області протягом останніх років залишалися вищими, ніж в Україні в цілому, що свідчить про активну роботу лікарів-реабілітологів і МСЕК (табл. 3).

Найкращими є показники реабілітації у хворих з вогнищевими формами туберкульозу легень та у хворих у післяопераційному періоді (після радикального лікування). Найгірше піддаються реабілітації інваліди з хронічними, особливо терапієрезистентними формами (дисемінований та фіброзно-кавернозний туберкульоз).

Як правило, чинники, які призводять до інвалідизації хворих на туберкульоз, є причинами, що утруднюють реабілітацію інвалідів унаслідок туберкульозу легень.

Таблиця 3

Показники реабілітації інвалідів унаслідок туберкульозу за даними спеціалізованої фтизіатричної МСЕК Дніпропетровської області

Вид реабілітації	Роки					
	2009		2010		2011	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Повна	20	1,2	17	1,4	46	3,6
Часткова	70	7,0	79	6,7	140	19,6
Сумарна	90	8,9	96	8,1	186	14,6

Основними завданнями лікаря-реабілітолога є планування, організація, координація та контроль виконання робіт з реабілітації інвалідів у регіоні діяльності спеціалізованої фтизіопульмонологічної МСЕК. Ця робота здійснюється разом з головами ЛКК протитуберкульозних диспансерів області, районними фізiatrами, завідувачими тубвідділеннями і лікуючими лікарями. Для створення та розробки програм медичної, соціальної та професійної реабілітації та адаптації інвалідів проводиться велика організаційно-методична

робота з фізiatrами області. Лікар-реабілітолог постійно виступає з доповідями на інформаційно-методичних семінарах, які фтизіатрична МСЕК проводить для лікарів-фізiatrів області, де присутні головні лікарі протитуберкульозних закладів, голови ЛКК, районні фізiatrи, завідувачі відділеннями, завідувачі диспансерних служб (усього від 150 до 180 лікарів). Крім того МСЕК проводить щоранку від 10 до 15 виїзних інформаційно-методичних семінарів у містах та районах області, де є базові тубдиспансери чи від-

ділення. На цих семінарах лікарі МСЕК звертають увагу лікарів-фтизіатрів на помилки або недоліки при оформленні документів на МСЕК.

З питань професійної реабілітації МСЕК проводить роботу з підприємствами області, перевіряє на них умови праці та працевлаштування. Слід зазначити, що працюючих інвалідів унаслідок туберкульозу дуже мало, і працевлаштування їх украй недостатнє, не тільки тому, що скорочуються робочі місця та через негативне ставлення адміністрацій підприємств до хворих на туберкульоз, але й тому, що самі вони не бажають працювати.

У 2010 році Дніпропетровська фтизіатрична МСЕК склала та направила в управління праці й соцзахисту населення та на підприємства 1681 індивідуальну програму реабілітації (з них: первинних – 570, повторних – 1111). З питань соціальної реабілітації МСЕК проводила роботу з різними установами по соціальному захисту населення, пенсійного забезпечення. Соціальна допомога надана 14 особам, пенсії всім інвалідам виплачуються своєчасно.

Таким чином, завдяки проведенню вказаних заходів Дніпропетровська міжрайонна спеціалізована фтизіатрична МСЕК за останні роки досягла позитивних показників реабілітації інвалідів унаслідок туберкульозу.

Висновки

1. В Україні протягом 2009–2011 років зафіксовані стабільні показники первинної інвалідності по туберкульозу легень із деяким їх зниженням у 2011 році – з 2,6 до 2,4 на 10 тисяч населення працездатного віку. Найвищі показники протягом трьох років спостерігалися у Херсонській, Львівській та Кіровоградській областях, однак помічено зниження показників на 30–40% у 2011 році по всіх трьох регіонах-лідерах. Організація лікування хворих на туберкульоз здійснюється за міжнародними стандартами, але в ряді областей не дотримуються цих стандартів, відсутнє контролюване лікування, має місце нерегулярне постачання протитуберкульозних препаратів і недостатня кількість ДОТ-кабінетів, незадовільний моніторинг лікування хворих.

2. Для подальшої стабілізації та зниження інвалідності внаслідок туберкульозу легень і поліпшення результатів медичної та професійної реабілітації та зниження показників інвалідності, за нашою думкою, необхідно зосередити зусилля на подальшому проведенні таких заходів:

– своєчасно виявляти хворих на туберкульоз та знижувати захворюваність; ретельно слідкувати за проведенням комплексного ефективного лікування хворих на туберкульоз (включаючи хірургічний етап); зменшення кількості хворих з невідлим та перерваним лікуванням та з летальним наслідком, розширювати мережу протитуберкульозних диспансерів; поліпшувати їх забезпечення не тільки протитуберкульозними, але й препаратами патогенетичної дії;

– поліпшувати матеріально-соціальний стан хворих; поліпшувати проведення санітарно-просвітньої роботи серед хворих на туберкульоз та інвалідів унаслідок туберкульозу; підвищувати можливості працевлаштування інвалідів унаслідок туберкульозу; підвищувати ефективність роботи центрів зайнятості по працевлаштуванню хворих на туберкульоз; здійснювати контроль за дотриманням трудового законодавства про створення на всіх підприємствах робочих місць для інвалідів;

– більш ефективно лікувати хворих в умовах пенітенціарної системи; покращити надання допомоги з працевлаштуванням хворим на туберкульоз, які звільнилися з місць позбавлення волі;

– досягти усвідомлення лікарями-фтизіатрами, що показник інвалідності – рейтингова оцінка роботи фтизіатричної служби.

3. Поступове здійснення вказаних завдань дозволить досягти основних цілей медичної реабілітації: запобігання інвалідності в період лікування та допомога хворому у досягненні максимально можливої фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності у випадку розвитку інвалідності. Таким чином досягається повернення до суспільно-корисної, активної трудової діяльності у співвідношенні з функціональними можливостями хворих та інвалідів.

Література

1. Фещенко Ю. І. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006–2010 років [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич та ін. // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 4 – С. 5–10.
2. Причини неефективної організації лікування хворих на туберкульоз в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Сучасні інфекції. – 2010. – № 4. – С. 41–45.
3. Фещенко Ю. І. Підходи до організації лікування хворих на туберкульоз легень в сучасних умовах [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич та ін. // Укр. пульмонол. журн. – 2010. – № 4 – С. 5–7.
4. Фещенко Ю. І. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – Київ: Здоров'я, 2009. – 488 с.
5. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2000–2010 роки [Текст] / МОЗ України; під ред. І. М. Ємця. – Київ, 2011. – 103 с.
6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009–2011 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.]; за редакцією нач. Управління МСЕ МОЗ України Р. В. Богатирьової. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010–2012. – 150 с.
7. Наказ МОЗ України № 384 від 09.06.06 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
8. Наказ МОЗ України № 385 від 09.06.06 «Про затвердження Інструкцій щодо надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
9. Наказ МОЗ України № 597 від 06.09.06 «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».
10. Наказ МОЗ України № 276 від 28.08.08 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».
11. Наказ МОЗ України № 600 від 22.10.08 «Про затвердження «Стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».
12. Наказ МОЗ України № 846 від 19.11.09 «Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію».



УДК 616-036.86:616.12-089

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ МЕДИКО-ЕКСПЕРТНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ ХВОРИМ З УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова Ю. В. Ткаченко, О. В. Танцура,
І. М. Зубко, О. В. Фурса, Л. В. Омельницька

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

Резюме

В статті на прикладі власних досліджень і даних літератури розглядаються проблемні питання ведення дорослих хворих з вродженими пороками серця після хірургічної корекції і надання їм медико-соціальної і реабілітаційної допомоги. Приведені приклади ведення таких пацієнтів в інших країнах і рекомендації Європейського товариства кардіологів по даному питанню.

Ключеві слова: вроджені пороки серця, медична і соціальна допомога.

Summary

In the article the problematic issues of management and social rehabilitation services of adult patients with congenital heart disease after surgical correction, reviewed on basis of own studies and literature data. Some examples of management of the patients in other countries and recommendation of the European Society of Cardiology provided.

Keywords: congenital heart disease, social rehabilitation services.