

УДК 616-036.86:616.3

ДИНАМІКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ТА НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ УПРОДОВЖ 2013–2015 РОКІВ В УКРАЇНІ

Професор А. В. Іпатов, Н. О. Гондуленко, С. С. Паніна,
Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова

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

Резюме

В статті проведено аналіз показателів первинної інвалідності внаслідок циррозу печені, в тому числі алкогольної етіології в Україні в динаміці за три роки з урахуванням віку, тяжкості інвалідності. Дослідження показало, що первинна інвалідність внаслідок циррозу печені займає перше місце в структурі захворювань системи травлення в Україні.

Удельний вес больних с циррозом печени среди всех впервые признанных инвалидами за 2013–2015 гг. существенной динамики не имел. В контингенте впервые признанных инвалидами наиболее многочисленной являлась группа лиц молодого и среднего возраста. Выявлено, что при распределении впервые признанных инвалидами по группам инвалидности наибольший удельный вес приходился на инвалидов второй группы. Отмечено увеличение за изучаемый период удельного веса лиц старшего возраста, имеющих инвалидность второй группы, преимущественно за счёт снижения доли инвалидов третьей группы.

Решения данной проблемы являются комплексными, требуют внимания со стороны органов здравоохранения и социальной защиты.

Ключевые слова: болезни органов пищеварения, цирроз печени, первичная инвалидность.

Summary

The analyzes of the indexes primary disability due to cirrhosis, including alcoholic etiology in Ukraine in the three years dynamics, taking into account age, the severity of the disability presented in the article. Study has shown that the primary disability due to cirrhosis takes the first place in the structure of the digestive system diseases in Ukraine.

The proportion of patients with cirrhosis among all new cases of disability had no significant dynamics in 2013-2015. The most numerous group among new disability cases are young and middle-aged people. It was revealed that in first confessed as disabled the most specific gravity was disability of the second group. There was an increase the proportion of older persons with the second group disability mainly through the decline in proportion persons with the third group disabilities

Solutions to this problem are complex, require the attention of the health authorities and social protection.

Keywords: diseases of the digestive system, cirrhosis, primary disability.

Проблема хронічних дифузних захворювань печінки сьогодні – одна з найбільш важливих у сучасній гастроентерології і визначається насамперед тяжкістю прогнозу, складністю діагностики та лікування, має загальномедичне і соціальне значення. В Україні за останні 10 років захворюваність на цирроз печінки (ЦП) зросла на 75,6 %, поширеність ЦП – на 59,6 % [1]. ЦП посідає перше місце серед причин смертності від хвороб органів травлення. Такі статистичні дані свідчать про важливість установлення причин зростання патології печінки для активного впливу на них з метою припинення прогресування патологічного процесу в організмі [2].

В Україні й надалі тяжко отримувати точні епідеміологічні дані про ЦП. За даними Державної служби статистики України у 2015 році зареєстровано 47857 випадків захворювань на ЦП (131,8 на 100 000 населення), у т. ч. 8254 – з діагнозом, установленим уперше в житті (22,7 на 100 000 на-

селення). Серед причин розвитку хронічних дифузних захворювань печінки та виникаючого на їхньому фоні циррозу на першому місці – зловживання алкоголем (35,5–40,9 % випадків), на другому – вірус гепатиту С (19,1–25,1 % випадків) [3].

Соціально-економічна значущість проблеми дифузних захворювань печінки, крім їхнього широкого поширення, обумовлена ураженням осіб працездатного віку. У зв'язку з цим відновлення фізичного, психічного й соціального статусу хворих на хронічні дифузні захворюваннями печінки набуває загальнодержавного значення [4, 5, 6].

Ці фактори обумовлюють також важливість проведення своєчасної медико-соціальної експертизи обмежень життєдіяльності й ранньої реабілітації пацієнтів [7].

Незважаючи на соціальну значущість розглянутої проблеми, дотепер комплексного вивчення захворюваності й різних аспектів інвалідності внаслідок даної патології, їх соціально-гігієнічної ха-

рактики, а також інших факторів, що впливають на формування інвалідності й обумовлюють реабілітацію цього контингенту інвалідів, не проводилося.

Мета роботи – аналіз медико-соціальних аспектів первинної інвалідності дорослого населення та у працездатному віці внаслідок цирозу печінки в Україні упродовж 2013–2015 років.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження була державна статистична звітність медико-соціальних експертних комісій України за формою № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної та соціально-трудова реабілітації за рік» за 2013–2015 роки та додаткові запити щодо інвалідності внаслідок цирозу печінки з усіх адміністративних територій України (крім тимчасово окупованих АР Крим та м. Севастополя) та в цілому по Україні. Розрахунки показників Донецької та Луганської областей також не враховувалися через відсутність вірогідних даних про інвалідність та чисельність населення в даних регіонах.

Проведено математичну обробку даних з розрахунками інтенсивних показників первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення та у працездатному віці, екстенсивних показників розподілу первинної інвалідності за тяжкістю інвалідності та віком [0, 0, 3].

Результати дослідження та їх обговорення

Упродовж останніх років в Україні спостерігається стабілізація показників первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення серед дорослого населення, що складає 1,1 на 10 тисяч населення, та тенденція до зниження даного показника серед населення працездатного віку – з 1,5 до 1,4 (на 6,7 %) на 10 тисяч населення.

Щодо показників інвалідності внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, то тут, навпаки, інтенсивний показник первинної інвалідності дорослого населення знизився з 0,8 до 0,7 (на 12,5 %) упродовж 2015 року, порівняно з 2014 роком, а інтенсивний показник населення працездатного віку залишався стабільним, на рівні 1,0.

Останнім часом стабільно високі показники первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення спостерігаються у Житомирській та Чернігівській областях.

Помітна позитивна динаміка рівня первинної інвалідності серед населення працездатного віку в таких областях: у Черкаській відбулося зниження на 15 % (з 2,0 у 2014-му до 1,7 у 2015 році), Львівській – на 12,5 % (2,4–2,1), Волинській – на 10 % (2,0–1,8) та Дніпропетровській на 9,1 % (1,3–1,1) областях. Зростання цього показника спостерігається у Миколаївській на 20 % (з 1,0 у 2014-му до 1,2 у 2015 році) та Сумській – на 14,3 % (з 0,7 у 2014-му до 0,8 у 2015-му роках) областях. Зростання показників відбулося також в Одеській – на 8,3 % (з 1,2 у 2014-му до 1,3 у 2015 році) та Івано-Франківській – на 4,3 % (з 2,3 до 2,4) областях.

Основними чинниками первинної інвалідності внаслідок захворювань органів травлення є захво-

рювання печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, зокрема, це цирози печінки та хронічні гепатити, насамперед вірусної етіології. Хвороби печінки, жовчного міхура та підшлункової залози також мають досить значну питому вагу і складають відповідно 0,7 % у структурі дорослого населення та 1,0 % – населення працездатного віку.

Показники первинної інвалідності серед працездатного населення внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози упродовж останніх трьох років незмінно залишаються високими в Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській та Чернігівській областях. Тенденція до зниження спостерігається у Дніпропетровській (з 1,0 до 0,9), Чернівецькій (з 1,6 до 1,4) та Хмельницькій (з 0,8 до 0,7) областях. Значне зниження показників помітне у Волинській (з 1,6 до 1,2), Черкаській (з 1,2 до 1,0) та Львівській (з 1,8 до 1,4) областях. Зростання показників відбулося в Закарпатській (з 1,5 до 1,6), Миколаївській (з 0,7 до 0,9) та Одеській (з 0,9 до 1,0) областях.

Найнижчі показники в 2014–2015 рр. спостерігаються у м. Києві – 0,4 на 10 тис. населення, Сумській – 0,5 та Харківській – 0,6 на 10 тис. населення областях. Це свідчить про високий рівень надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю та тісну взаємодію зі службою МСЕ.

Основний внесок до первинної інвалідності внаслідок захворювань органів травлення вносять захворювання печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, зокрема, це цирози печінки. Як показав аналіз, упродовж 2013–2014 років в Україні середній показник первинної інвалідності дорослого населення внаслідок цирозу печінки був стабільним (0,4 на 10 000 населення) з тенденцією до зниження (на 25 %) у 2015 році, коли він склав 0,3 на 10 000 населення. Найнижчі рівні первинної інвалідності, упродовж даного періоду, зафіксовано у Хмельницькій (0,1–0,1–0,1), Черкаській (0,1–0,3–0,2) областях та місті Києві (0,2–0,2–0,3).

Один із найвищих в Україні рівнів інвалідності внаслідок цирозу печінки серед дорослого населення упродовж 2013–2015 років зафіксовано в Житомирській області (0,5–0,5–0,6) зі значним зростанням його (на 20 %) у 2015 році. Високим цей показник у 2013 році був також у Чернівецькій (0,6–0,5–0,4 на 10 000 нас.) області. Але в даному регіоні відзначається неухильна позитивна тенденція до його зниження – на 33,3 %, порівняно з 2013 роком. Помітне зниження рівня інвалідності у Запорізькій області (0,5–0,5–0,3) – у 2015 р. відбулося зниження на 40 %, що є позитивним прикладом.

Коливання даного показника у високих межах упродовж останніх трьох років спостерігаються також у Кіровоградській (0,5–0,6–0,5) та Рівненській (0,5–0,6–0,5) областях. Стабільно дещо вищими від середнього по Україні або нарівні з ним були показники первинної інвалідності у Вінницькій (0,5–0,3–0,4), Волинській (0,5–0,5–0,5), Дніпропетровській (0,5–0,4–0,4), Закарпатській (0,4–0,5–0,4), Львівській (0,5–0,4–0,5), Миколаївській (0,5–0,4–0,5) областях.

Стабільним на рівні середнього по Україні протягом усього періоду спостереження даний показник був у Київській (0,3) області. Коливання показника в межах середнього по Україні й декілька нижчі від нього зафіксовано в Івано-Франківській (0,3–0,3–0,4), Одеській (0,5–0,3–0,4), Полтавській (0,2–0,4–0,3), Тернопільській (0,4–0,3–0,3), Херсонській (0,4–0,3–0,4), Чернігівській (0,3–0,4–0,5) областях.

Стабільно низькі рівні інвалідності внаслідок цирозу печінки серед дорослого населення але з тенденцією до зростання у 2015 році, які не перевищили середній по Україні, були в Сумській (0,2–0,2–0,3), Харківській (0,2–0,2–0,3) областях.

Стосовно первинної інвалідності цирозу печінки серед населення працездатного віку, то протягом 2013–2014 років в Україні цей показник також був стабільним (0,5 на 10 000 населення) з тенденцією до зниження (на 20 %) у 2015 році, коли він склав 0,4 на 10 000 населення. Найнижчі упродовж даного періоду рівні первинної інвалідності зафіксовано у Хмельницькій (0,1–0,2–0,1), Черкаській (0,1–0,5–0,3), Харківській (0,3–0,3–0,4), Сумській (0,4–0,3–0,4) областях та місті Києві (0,3–0,3–0,3).

Один із найвищих в Україні рівнів інвалідності внаслідок цирозу печінки серед населення працездатного віку, як і серед дорослого населення упродовж 2013–2015 років зафіксовано також у Житомирській (0,7–0,8–0,7) області. Помітне значне зростання (на 50 %) у 2014 році даного показника у Полтавській області, порівняно з 2013 роком (0,3–0,6–0,6), зі стабілізацією його на тому ж рівні у 2015 році, що свідчить про негативні тенденції в цьому регіоні.

Високим цей показник у 2013 році був також у Чернівецькій (0,8–0,8–0,5 на 10 000 нас.) області. Але в даному регіоні відзначається, як і серед дорослого населення, позитивна тенденція до його зниження – на 37,5 %, порівняно з 2014 роком. Спостерігається також значне зниження рівня інвалідності по Миколаївській (0,7–0,6–0,2), Кіровоградській (0,8–0,9–0,4) та Запорізькій (0,7–0,8–0,4) областях – у 2015 р. відбулося зниження на 71,4 %, 55,6 % та 50,0 % відповідно, що також є дуже позитивним прикладом.

Коливання даного показника у високих межах упродовж останніх трьох років спостерігаються також у Волинській (0,7–0,7–0,6), Рівненській (0,7–0,8–0,6), Львівській (0,7–0,6–0,7), Одеській (0,7–0,5–0,6), Дніпропетровській (0,7–0,6–0,6), Закарпатській (0,5–0,6–0,6) областях. Стабільно дещо вищими від середнього по Україні або нарівні з ним були показники первинної інвалідності у Вінницькій (0,7–0,4–0,5), Тернопільській (0,6–0,4–0,6), Чернігівській (0,5–0,6–0,6), Херсонській (0,6–0,5–0,5) областях.

Стабільним на рівні середнього по Україні упродовж усього періоду спостереження даний показник був у Івано-Франківській (0,5) області. Коливання показника в межах середнього по Україні й дещо нижчі від нього зафіксовано в Київській (0,4–0,5–0,5) області.

Основні показники первинної інвалідності внаслідок цирозу печінки серед дорослого населення та населення працездатного віку наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Первинна інвалідність унаслідок цирозу печінки в Україні за 2015 рік

Адміністративні території	Доросле населення		Населення працездатного віку	
	абс. число	на 10 тис. нас.	абс. число	на 10 тис. нас.
Вінницька	48	0,4	43	0,5
Волинська	37	0,5	35	0,6
Дніпропетровська	112	0,4	107	0,6
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	56	0,6	53	0,7
Закарпатська	42	0,4	42	0,6
Запорізька	50	0,3	46	0,4
Івано-Франківська	39	0,4	37	0,5
Київська	44	0,3	41	0,4
Кіровоградська	40	0,5	39	0,7
Луганська	24	0,1	23	0,2
Львівська	92	0,5	86	0,6
Миколаївська	45	0,5	44	0,6
Одеська	87	0,4	81	0,6
Полтавська	33	0,3	32	0,4
Рівненська	43	0,5	42	0,6
Сумська	25	0,3	25	0,4
Тернопільська	30	0,3	30	0,5

Харківська	65	0,3	61	0,4
Херсонська	35	0,4	34	0,5
Хмельницька	9	0,1	6	0,1
Черкаська	26	0,2	24	0,3
Чернівецька	29	0,4	29	0,5
Чернігівська	41	0,5	37	0,6
м. Київ	64	0,3	58	0,3
В Україні 2015 р.	1116	0,3	1055	0,4

Стосовно вікового складу інвалідів унаслідок цирозу печінки (табл. 2) слід зазначити, що переважну кількість (94,5 %) складають особи працездатного віку. Питома вага осіб пенсійного віку становить лише 5,5 % загального числа вперше визнаних інвалідами внаслідок цирозу печінки. Проте в деяких регіонах кількість осіб пенсійного

віку сягає більш високих значень. Так, наприклад, у Хмельницькій області, незважаючи на в цілому загальний низький рівень первинної інвалідності, у 2015 році кількість осіб пенсійного віку досягла 33,3 %, у Вінницькій – 10,4 %, у Чернігівській – 9,7 % та м. Києві – 9,4 %.

Таблиця 2

Розподіл первинно визнаних інвалідами внаслідок цирозу печінки за віком у розрізі областей України за 2015 рік

Адміністративні території	Вікові категорії							
	працездатний вік						пенсійний вік	
	усього		до 39 років включно		від 40 до 55 (ж) та до 60 (чол.)		жінки 55 років та старші, чоловіки 60 років та старші	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вінницька	43	89,6	10	20,8	33	68,8	5	10,4
Волинська	35	94,6	13	35,1	35	59,5	2	5,4
Дніпропетровська	107	95,5	20	17,8	107	77,7	5	4,5
Донецька	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	53	94,6	19	33,9	53	60,7	3	5,4
Закарпатська	42	100,0	10	23,8	42	76,2	-	-
Запорізька	46	92,0	8	16,0	46	76,0	4	8,0
Івано-Франківська	37	94,9	6	15,4	37	79,5	2	5,1
Київська	41	93,2	12	27,3	41	65,9	3	6,8
Кіровоградська	39	97,5	13	32,5	39	65,0	1	2,5
Луганська	23	95,8	1	4,2	23	91,6	1	4,2
Львівська	86	93,5	17	18,5	86	75,0	6	6,5
Миколаївська	44	97,8	9	20,0	44	77,8	1	2,2
Одеська	81	93,1	15	17,2	81	75,9	6	6,9
Полтавська	32	97,0	9	27,3	32	69,7	1	3,0
Рівненська	42	97,7	14	32,6	42	65,1	1	2,3
Сумська	25	100,0	2	8,0	25	92,0	-	-
Тернопільська	30	100,0	6	20,0	30	80,0	-	-
Харківська	61	93,9	17	26,2	61	67,7	4	6,1
Херсонська	34	97,1	9	25,7	34	71,4	1	2,9
Хмельницька	6	66,7	1	11,1	6	55,6	3	33,3
Черкаська	24	92,3	8	30,8	24	61,5	2	7,7

Чернівецька	29	100,0	5	17,2	29	82,8	-	-
Чернігівська	37	90,3	12	29,3	37	61,0	4	9,7
м. Київ	58	90,6	13	20,3	45	70,3	6	9,4
В Україні	1055	94,5	249	22,3	806	72,2	61	5,5

Це, ймовірно, можна пояснити регіональними особливостями соціально-пільгового забезпечення пенсіонерів-інвалідів, але наявна тенденція потребує подальшого вивчення. Серед уперше визнаних інвалідами найбільше осіб віком від 40 до 55 років (жінки) та 60 (чоловіки), що складає 72,2 % загального числа інвалідів. Вищий від середнього значення цей показник був у Сумській (92,0%), Чернівецькій (82,8 %), Тернопільській (80,0 %), Івано-Франківській (79,5 %), Миколаївській (77,8 %), Дніпропетровській (77,7 %), Закарпатській (76,2%), Запорізькій (76,0 %), Одеській (75,9 %) та Львівській (75,0 %) областях.

Хворих, визнаних інвалідами віком до 39 років, було 22,3 %. Інвалідність серед осіб молодого віку може бути зумовлена більш високим рівнем поширеності вірусних гепатитів у цій віковій категорії населення, що призводить до розвитку цирозу. Обмеження життєдіяльності таких хворих пов'язано з швидко прогресуючим перебігом захворю-

вання, несвоєчасною діагностикою захворювань, розвитком тяжких ускладнень. Проте встановлення груп інвалідності пацієнтам молодого віку нерідко здійснюється не тільки за медичними, а й за соціальними факторами – необхідність навчання, здобуття професії, раціонального працевлаштування, тощо. Однак у деяких регіонах частка первинно визнаних інвалідами у молодому віці була вищою від середньої по Україні: у Волинській (35,1 %), Житомирській (33,9 %), Рівненській (32,6 %), Кіровоградській (32,5 %), Черкаській (30,8 %), Чернігівській (29,3 %), Київській (27,3 %), Полтавській (27,3 %), Харківській (26,2 %), Херсонській (25,7 %), Закарпатській (23,8 %) областях.

Це також можна пояснити різницею експертної тактики під час визначення обмеження життєдіяльності у молодих осіб та неповним використанням ресурсів медичної та професійної реабілітації.

Таблиця 3

Розподіл первинної інвалідності дорослого населення внаслідок цирозу печінки за групами інвалідності у розрізі областей України за 2015 рік (у %)

Адміністративні території	Первинно визнані інвалідами						Усього абс.
	I група		II група		III група		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Вінницька	6	12,5	16	33,3	26	54,2	48
Волинська	6	16,2	14	37,8	17	46,0	37
Дніпропетровська	12	10,7	56	50,0	44	39,3	112
Донецька	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	14	25,0	27	48,2	15	26,8	56
Закарпатська	5	11,9	30	71,4	7	16,7	42
Запорізька	2	4,0	22	44,0	26	52,0	50
Івано-Франківська	4	10,3	18	46,1	17	43,6	39
Київська	5	11,3	23	52,3	16	36,4	44
Кіровоградська	1	2,5	8	20,0	31	77,5	40
Луганська	4	16,6	13	54,2	7	29,2	24
Львівська	5	5,4	38	41,3	49	53,3	92
Миколаївська	4	8,9	22	48,9	19	42,2	45
Одеська	4	4,6	48	55,2	35	40,2	87
Полтавська	7	21,2	11	33,3	15	45,5	33
Рівненська	3	7,0	16	37,2	24	55,8	43
Сумська	5	20,0	14	56,0	6	24,0	25
Тернопільська	-	-	12	40,0	18	60,0	30

Харківська	9	13,8	33	50,8	23	35,4	65
Херсонська	1	2,8	12	34,3	22	62,9	35
Хмельницька	-	-	7	77,8	2	22,2	9
Черкаська	1	3,8	14	53,9	11	42,3	26
Чернівецька	6	20,7	9	31,0	14	48,3	29
Чернігівська	3	7,3	10	24,4	28	68,3	41
м. Київ	4	6,3	37	57,8	23	35,9	64
В Україні	111	9,9	510	45,7	495	44,4	1116

Аналізуючи розподіл хворих за групами інвалідності (табл. 3), слід зазначити, що в структурі інвалідності внаслідок цирозу печінки за 2015 рік дещо переважали інваліди II групи – 510 осіб (45,7 %). Інвалідами третьої групи визнані 495 (44,4 %) хворих, першої – 111 (9,9 %) хворих. Це свідчить про те, що в структурі первинної інвалідності переважну більшість становлять особи з тяжкою інвалідністю (54,3 %). Проте привертає до себе увагу той факт, що в деяких регіонах України переважна кількість хворих визнана інвалідами III групи. Зокрема, це стосується, в першу чергу, Кіровоградської області, де інвалідами III групи визнано 77,5 % хворих, Чернігівської (68,3 %), Херсонської (62,9 %), Тернопільської (60,0 %), Рівненської (55,8 %) та Вінницької (54,2 %) областей. Вища від середньої питома вага інвалідів третьої групи зафіксована в Львівській (53,3 %), Запорізькій (52,0 %), Чернівецькій (48,3 %), Волинській (46,0 %) та Полтавській (45,0 %) областях. Інвалідами II групи внаслідок цирозу печінки, як правило, визнаються хворі з тяжкими ускладненнями захворювання. Висока частка інвалідів II групи в деяких регіонах свідчить, з одного боку, про наявність недоліків щодо надання медико-соціальної допомоги хворим, з іншого – передчасним установами II групи інвалідності в деяких випадках.

Щодо найтяжчої інвалідності – I групи, то найбільшу кількість інвалідів I групи зафіксовано у Житомирській (25,0 %), Полтавській (21,2 %), Чернівецькій (20,7 %) та Сумській (20,0 %), областях, що більш, ніж удвічі перевищує загальнодержавний показник. Високий рівень питомої ваги інвалідів першої групи зафіксовано також у Луганській (16,6 %), Волинській (16,2 %), Харківській (13,8 %), Вінницькій (12,5 %), Закарпатській (11,9 %), Київській (11,3 %) та Дніпропетровській (10,7 %) областях.

З метою профілактики, стабілізації та зниження рівня інвалідності внаслідок цирозу печінки необхідним є впровадження сучасних рекомендацій з діагностики та лікування цієї патології, зокрема, активне визначення інфікованості вірусними гепатитами, особливо у осіб, які знаходяться в групі ризику, моніторинг перебігу захворювання з метою попередження розвитку тяжких ускладнень.

Необхідним є удосконалення існуючих критеріїв медико-соціальної експертизи при цирозі печінки з урахуванням новітніх можливостей терапії, діагностики та контролю перебігу захворювання,

а також вироблення єдиних експертних підходів по регіонах України.

Висновки

1. Патологія органів травлення посідає значне місце в структурі первинної інвалідності й обумовлює 2,5 % інвалідності дорослого населення та 2,9 % – населення працездатного віку.

2. Хвороби печінки, жовчного міхура та підшлункової залози також мають досить значну питому вагу і складають відповідно 1,7 % у структурі дорослого населення та 2,0 % – населення працездатного віку.

3. В Україні упродовж 2013–2015 років зафіксовані стабільні показники первинної інвалідності внаслідок цирозу печінки як серед дорослого населення на рівні 0,4 на 10 000 з тенденцією до зниження (на 25 %) у 2015 році, коли він склав 0,3 на 10 000 населення, так і серед населення працездатного віку – на рівні 0,5 на 10 000 населення з тенденцією до зниження (на 20 %) у 2015 році, коли він склав 0,4 на 10 000 населення.

4. Майже 1/4 загальної кількості вперше визнаних інвалідами складають особи молодого віку до 39 років включно (22,3 %). У деяких регіонах, зокрема, Волинській, Житомирській, Рівненській, Кіровоградській, Черкаській, Чернігівській областях, число первинно визнаних інвалідами у молодому віці значно перевищує середній показник, що не може не викликати тривоги і потребує збільшення повноти використання ресурсів медичної та професійної реабілітації. Викликає занепокоєння досить висока питома вага інвалідності II групи, яка в деяких регіонах сягає майже половини, що може бути зумовлено як розвитком тяжких ускладнень, так і недоліками щодо надання медико-соціальної допомоги хворим, зокрема передчасним установами II групи інвалідності в деяких випадках.

5. Моніторинг первинної інвалідності населення України внаслідок цирозу печінки констатує тенденції до її стабілізації як серед дорослого населення, так і серед населення працездатного віку, та дає змогу виділити регіони, що потребують більшої уваги гастроентерологів до ранньої діагностики та лікування хвороб даного профілю, підвищення якості диспансерного нагляду хворих.

Література

1. Степанов Ю.М. Динаміка захворюваності та поширеності основних хвороб органів травлення в Україні за 5 останніх років / Ю. М. Степанов,

Н. Г. Гравіровська // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. — Дніпропетровськ: Журфонд, 2012. — Вип. 46. — С. 3–12.

2. Management of Adult Patients with Ascites Due to Cirrhosis: Update 2012
http://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/adultascitesenhanced.pdf.

3. Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цирозі печінки та його ускладненнях» http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtpc_publicdiscussion/

4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2013 рік: аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. — Дніпропетровськ: Пороги, 2014. — 175 с.

5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України

за 2014 рік: аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін.; за редакцією начальника відділу медико-соціальної експертизи Департаменту медичної допомоги МОЗ України С. І. Черняка. — Дніпропетровськ: Пороги, 2015. — 167 с.

6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін.; за редакцією начальника відділу організації соціальної допомоги окремим категоріям громадян, а також питань МСЕК медичного департаменту МОЗ України С. І. Черняка. — Дніпропетровськ: Пороги, 2016. — 175 с.

7. Сучасний стан первинної інвалідності внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози в Україні [Текст] / А. В. Іпатов, Н. О. Гондуленко, С. С. Паніна та ін. // Український вісник медико-соціальної експертизи. — 2013. — № 3. — С. 5–10.



УДК 616-036.86:616.12-008331.1:159.923:371.214.114

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В МІЖОСОБИСТІСНІЙ ВЗАЄМОДІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

І. В. Дроздова, С. Я. Яновська, Л. Г. Степанова, Л. В. Омельницька

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

Введение. Психологические факторы, наряду с дефектом центральной нервной системы, существенно влияют на ограничения жизнедеятельности больных артериальной гипертензией (АГ).

Цель работы – изучить особенности влияния психологических факторов на ограничения жизнедеятельности при межличностном взаимодействии больных АГ после перенесенного ишемического мозгового инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 29 больных на АГ II стадии и 110 лиц с АГ III стадии в возрасте 30–59 лет. Среди пациентов было 59,7 % мужчин и 40,3 % женщин. Длительность АГ на момент обследования составила $5,1 \pm 1,7$ года. У лиц с АГ III стадии после перенесенного инсульта прошло $4,4 \pm 1,8$ года. Ограничения жизнедеятельности определяли в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья; психологические факторы – при использовании унифицированных, стандартизированных и достоверных психодиагностических тестов.

Результаты. У больных с АГ III стадии ограничения жизнедеятельности в домене межличностные взаимодействия и отношения коррелируют с возбудимой и гипертимной акцентуациями характера, тревожным, меланхолическим, апатическим, неврастеническим, эгоцентрическим, анозогнозическим ТООБ, интеллектом, конформизмом-нонконформизмом, желанием представить себя «в выгодном свете», D-депрессией, Нустерией и кратковременной, образной, содержательной памятью, эффективностью работы, контролем