

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДИРЕКТОРАТ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ  
ЕКСПЕРТНА ГРУПА З РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ МОЗ УКРАЇНИ»

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ  
ІНВАЛІДНОСТІ ТА ДІЯЛЬНОСТІ  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ  
КОМІСІЙ УКРАЇНИ  
ЗА 2021 РІК

Аналітико-інформаційний довідник

За редакцією державного експерта експертної групи  
з розвитку медичних послуг Директорату медичних  
послуг МОЗ України  
Р. Я. Перепеличної

Дніпро  
Акцент ПП  
2022

УДК 616-036.86(477) 2020”(03)  
О-75

Автори: А. В. Іпатов, О. М. Мороз, І. Я. Ханюкова, Л. В. Кузьміна,  
А. М. Ульянова

За редакцією державного експерта експертної групи з розвитку медичних  
послуг Директорату медичних послуг МОЗ України Р. Я. Перепеличної

**А. В. Іпатов, О. М. Мороз, І. Я. Ханюкова та ін.**

О-75 Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експер-  
тних комісій України за 2021 рік: аналітико-інформаційний довідник /За редак-  
цією державного експерта експертної групи з розвитку медичних послуг Дире-  
кторату медичних послуг МОЗ України Р. Я. Перепеличної. – Дніпро: Акцент  
ПП, 2022. – 188 с.

ISBN 978-966-921-316-7

У довіднику подано аналіз діяльності медико-соціальних експертних комі-  
сій України, наведено показники первинної інвалідності серед дорослого насе-  
лення та працездатного віку, а також результати переогляду інвалідів.

УДК 616-036.86(477)”2020”(03)

ISBN 978-966-921-316-7

© Іпатов А. В., Мороз О. М.,  
Ханюкова І. Я., Кузьміна Л. В.,  
Ульянова А. М.,  
2022

© Використання та передрук даних, опублікованих у аналітико-  
інформаційному довіднику «Основні показники інвалідності та діяльності ме-  
дико-соціальних експертних комісій України за 2021 рік», можливе тільки  
з посиланням на дане видання.

на 2,0, а Сумській з 10,6 до 10,8 на 0,2 деципромілі. За 2021 рік визначено зниження рівня ПІ при злоякісних новоутвореннях у працездатному віці в Хмельницькій (на 3,2), Кіровоградській (на 2,4), Київській (на 0,9 деципромілі).

Співставлення показників ПІ внаслідок злоякісних новоутворень у дорослого та працездатного населення визначило вісім областей, де показники в обох групах за 2021 рік зростали. Це Волинська, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька області. За статистичними даними минулого року, жоден із регіонів не мав стабільних, порівняно з 2020 роком, показників як серед дорослого, так і працездатного населення, що свідчило про значну динамічність перебігу даної патології.

Отже, в 2021 році помітна тенденція до зростання рівня ПІ серед дорослого та працездатного населення внаслідок новоутворень та їхніх злоякісних форм. Вищими за середні в Україні залишались показники в регіонах, постраждалих від Чорнобильської катастрофи, в зонах діючих АЕС, а також у промислово-розвинутих областях із значним забрудненням навколишнього середовища.

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

Рівень первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення України внаслідок захворювань органів дихання упродовж останніх років є стабільним в останні декілька років – 0,7 на 10 тисяч дорослого і 0,9 на 10 тисяч працездатного населення (у 2020 р. – 0,7 та 0,8, у 2019 р. – 0,8 та 1,0 відповідно). Найвищі рівні інвалідності у 2021 році зафіксовано у Житомирській (3,0 на 10 тисяч дорослого і 3,9 на 10 тисяч працездатного населення) і Львівській (1,9 на 10 тисяч дорослого та 2,6 на 10 тисяч працездатного населення) областях. Порівняно з минулим роком, ці регіони демонструють несподівано стрімкий приріст рівня інвалідності – зокрема, у Житомирській області рівень первинної інвалідності несподівано зріс у 2,7 разу серед дорослого та у 2,6 серед працездатного населення. Це можна було б пояснити зростанням кількості інвалідизуючих ускладнень після перенесених вірусних пневмоній, проте в інших регіонах рівень інвалідності внаслідок захворювань органів дихання лишився на тому ж рівні, або зріс несуттєво.

Стабільно низькими, без суттєвих змін упродовж декількох років є показники інвалідності у Луганській (0,1), м. Київ (0,2), Волинській (0,3) та Херсонській областях (0,3 на 10 тисяч працездатного населення).

Щодо хронічних неспецифічних захворювань легень, то рівень інвалідності внаслідок них теж є досить стабільним в останні роки. У 2021 році він складав 0,6 на 10 тисяч дорослого населення та 0,8 на 10 тисяч працездатного населення, тоді як у 2020 році він складав 0,6 та 0,7, а в 2019 році – 0,7 та 0,9 відповідно. І знову ж таки, найвищі показники зареєстровані в Житомирській (3,8-1,4-1,7 на 10 тисяч працездатного населення за 2021–2019 рр.) та Львівській областях (2,4-2,0-2,2 на 10 тисяч працездатного населення відповідно).

Зазвичай левову частку в структурі інвалідності внаслідок хронічних неспецифічних захворювань легень складає ХОЗЛ (хронічне обструктивне захворювання легень). Згідно з даними Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, ХОЗЛ наявне у 4 % населення України, тобто у близько 1,5 млн осіб. Експерти ж стверджують, що реальна кількість хворих може сягати 10 % населення. Лише 25 % пацієнтів із ХОЗЛ звертаються за медичною допомогою. З них 75 % йдуть до лікаря тоді, коли хвороба переходить у тяжку стадію та заважає нормальному життю.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ХОЗЛ знаходиться на 3-му місці у світі серед неінфекційних хвороб за кількістю випадків смерті. 80 померлих – це пацієнти із країн з низьким рівнем розвитку. Вони не мають можливості виявляти та ефективно лікувати ХОЗЛ. Це зумовлює складнощі лікування й реабілітації цих пацієнтів, адже у більшості тих, хто звернувся за медичною допомогою, діагностуються тяжкі стадії бронхіальної обструкції (III та IV ст. за GOLD), виражені симптоми (категорії C та D), спостерігаються часті загострення, які вкорочують тривалість життя таких пацієнтів. І звісно, такі хворі частіше отримують інвалідність, адже перебіг захворювання значно обмежує їхню життєдіяльність.

Відповідно до міжнародних настанов та існуючих схем лікування ХОЗЛ, пацієнти з цим захворюванням мають постійно отримувати базову бронхолітичну терапію. Тож покращити ситуацію із забезпеченням хворих на ХОЗЛ потрібними медикаментами має допомогти включення ХОЗЛ до програми реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки». Як відомо з заяв МОЗ України, у 2022 році розширення напрямку відшкодування вартості ліків для пацієнтів із ХОЗЛ є пріоритетним для НСЗУ на рівні з серцево-судинними захворюваннями чи цукровим діабетом 2-го типу.

Рівень первинної інвалідності внаслідок пневмоконіозу в останні 3 роки є стабільно невисоким: 0,02–0,02–0,03 на 10 тисяч дорослого населення за 2019–2021 рр. і 0,02–0,02–0,03 на 10 тисяч працездатного населення за відповідні роки. Найвищі показники традиційно реєструються в Донецькій та Львівській областях (0,17 та 0,15 на 10 тисяч працездатного населення відповідно). В даних регіонах спостерігається зростання показників інвалідності внаслідок пневмоконіозу більш, ніж у 4 рази. Щодо силікотуберкульозу, то в останні роки фіксуються поодинокі інвалідизуючі випадки цього захворювання, і рівень інвалідності є низьким – 0,001 на 10 тисяч дорослого і 0,002 на 10 тисяч працездатного населення.

Показник первинної інвалідності в Україні внаслідок бронхіальної астми стабільно невисокий за останні роки і складає 0,3–0,3–0,3 на 10 тисяч дорослого і 0,4–0,3–0,4 на 10 тисяч працездатного населення у 2019–2021 рр. відповідно. Це може свідчити про поліпшення організації та якості лікування таких хворих.

Як і за іншими респіраторними нозологіями, лідером серед регіонів є Житомирська область, як за самим показником, так і за приростом за рік (1,5 на 10 тисяч працездатного населення, що перевищує показник 2020 році в 1,8 разу). Також високі рівні інвалідності, які переважають середньонаціональний, реєст-

руються в Хмельницькій (1,0) та Львівській областях (0,8 на 10 тисяч працездатного населення).

Бронхіальна астма продовжує залишатися однією із головних проблем охорони здоров'я в нашій країні. За даними офіційної статистики, поширення астми в світі складає від 1 до 16 %. Статистичні дані, які ми маємо в своєму розпорядженні стосовно України, не узгоджуються із світовими показниками і є значно заниженими – лише 0,5 %. Отже, має місце гіподіагностика бронхіальної астми, що потребує активізації діагностичних підходів.

Кількість хворих на всі форми активного туберкульозу, які перебувають на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України, станом на 01.10.2021 складає 21 945 осіб та 53,0 на 100 тисяч населення. Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД), за 9 місяців 2021 року, порівняно з аналогічним періодом 2020 року, зменшилася з 5,4 до 5,0 на 100 000 населення. Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України за 9 місяців 2021 року зменшилася із 156 до 117 осіб.

Захворюваність на активний туберкульоз, включаючи його рецидиви, серед населення України за 9 місяців 2021 року, порівняно з аналогічним періодом 2020 року, становила 32,5 проти 33,0 на 100 тисяч населення. Найвищі показники захворюваності – в Одеській (77,3), Волинській (46,5), Дніпропетровській (46,2), Закарпатській (45,9), Херсонській (43,3) областях. Найнижчі – у Тернопільській (18,9), Чернівецькій (18,9), Вінницькій (20,1) областях та м. Київ (20,3).

Рівень первинної інвалідності населення працездатного віку унаслідок туберкульозу легень знизився в Україні та складає 1,2–1,0 на 10 000 за 2020–2021 рр. За рівнем первинної інвалідності унаслідок туберкульозу легень відзначається зниження інвалідності в областях з майже традиційно високими показниками: Херсонська (3,0–2,9), Луганська (2,0–1,3), а також у Вінницькій (1,9–1,4), Одеській (1,7–1,2), Кіровоградській (1,7–1,3), Миколаївській (1,7–1,0) областях.

Зниження показників відбулося також у областях з низькими показниками – знизилися рівні інвалідності у Чернівецькій (0,1–0,0), Сумській (0,4–0,3), Рівненській (0,8–0,6) областях. Зростання показників інвалідності спостерігалось у Запорізькій (1,1–1,5), Черкаській (0,8–1,0) областях та м. Київ (0,3–0,4).

Тренд до зниження виявлення туберкульозу з початку пандемії COVID-19 спостерігається в усьому світі. Зокрема, в Європейському регіоні ВОЗ, за другий квартал 2020 року виявлено на 35,5 % менше випадків ТБ, ніж за аналогічний період 2019 року; в попередні роки виявлення захворювання в регіоні знижувалося в середньому на 5 %. Аналогічна ситуація склалася із виявленням найбільш несприятливої форми ТБ – туберкульозу з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ). В Україні у 2020 році було виявлено на 35,5 % менше випадків МЛС-ТБ, порівняно з такими показниками у 2019 році. Показник ефективності лікування МЛС-ТБ/туберкульозу із широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ) в Україні становив 51 %, у Європейському регіоні – 58,6 %, у середньому у світі – 57 %. Основними причинами низької ефективності лікування

МЛС-ТБ в Україні є високий показник невдалого лікування, втрата подальшого спостереження та смертність (17,9, 15,5 та 15,2 % відповідно). Становить загрозу несвоєчасне звернення хворих по медичну допомогу, пізні виявлення ТБ та поєднання ВІЛ/ТБ, що обумовлює високі показники смертності від ТБ. Для комплексного подолання проблеми ТБ розпорядженням Кабінету Міністрів України (далі – КМУ) від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. схвалено Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р., також вийшла «Клінічна настанова, заснована на доказових даних 2021 р. «ТУБЕРКУЛЬОЗ».

Світова спільнота зіткнулася з пандемією нової коронавірусної інфекції (COVID-19), яка загострила проблеми, що існували раніше. Одна з них – ТБ, який, як і раніше, становить загрозу життю людей та проблему для охорони здоров'я в багатьох країнах, що пов'язано зі схожими з COVID-19 характеристиками: повітряно-крапельний шлях передачі, переважне ураження легень, розвиток вторинної імуносупресії та генералізація інфекції. Імунологічні методи нового покоління, а саме T-SPOT.TB, у реальних умовах дають змогу вирішити питання раннього виявлення ТБ у групах високого ризику розвитку цієї хвороби, особливо в осіб з супутньою патологією, в яких найчастіше спостерігається тяжкий перебіг COVID-19. Застосування вже накопиченого досвіду та отримання нових результатів досліджень повинні допомогти запобігти погіршенню епідемічної ситуації з ТБ в Україні в умовах пандемії COVID-19.

На сьогодні патологія ендокринної системи посідає одне з провідних місць у структурі загальної захворюваності населення України. Упродовж останніх років рівень ендокринологічних захворювань має тенденцію до зростання як в усьому світі, так і в нашій державі. Відзначається зростання кількості хворих на різні ендокринопатії, найпоширеніші серед них – цукровий діабет та захворювання щитовидної залози.

Упродовж трьох останніх років в Україні спостерігалися незначні коливання рівня первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування як у бік її зниження – з 2,1 у 2019 р. до 1,8 у 2020 р. на 10 тисяч дорослого населення (на 14,3 %), так і в бік зростання – з 1,8 у 2020 р. до 1,9 у 2021 р. на 10 тисяч дорослого населення (на 5,6 %), що відповідає загальнодержавним тенденціям щодо зростання рівня первинної інвалідності.

Стосовно показника первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування серед населення працездатного віку, то упродовж останніх трьох років ми також спостерігаємо його коливання, як у бік зниження у 2020 році з 2,5 до 2,1 на 10 тис. нас. (на 16,0 %), так і у бік зростання у 2021 році з 2,1 до 2,3 на 10 тис. нас., коли темп його приросту досягнув 9,5 %, що, своєю чергою, теж співпало із загальнодержавними тенденціями до зростання загального рівня первинної інвалідності серед даної категорії населення.

Найвищі показники первинної інвалідності серед дорослого населення, що значно перевищують середній в Україні, у 2021 році зареєстровано у Львівській (3,2 на 10 тис. нас.), Тернопільській та Чернігівській (по 2,7 на 10 тис. нас. відповідно), Кіровоградській (2,2 на 10 тис. нас.) та Закарпатській (2,1 на 10 тис. нас.) областях.

Найнижчі показники первинної інвалідності серед дорослого населення, що значно нижчі від середнього в Україні, у 2021 році зареєстровано у Хмельницькій (1,1 на 10 тис. нас.), Луганській (1,3 на 10 тис. нас.) та Житомирській (1,4 на 10 тис. нас.) областях.

Проводячи порівняльний аналіз показників первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування серед дорослого населення в середньому в Україні за період 2020–2021 рр., слід звернути увагу на значне зростання інтенсивного показника первинної інвалідності у Закарпатській області – на 40,0 % (1,5–2,1), Волинській – на 28,6 % (1,4–1,8), Рівненській – на 20,0 % (1,5–1,8), Львівській – на 18,5 % (2,7–3,2), Одеській та Чернівецькій – на 16,7 % (1,8–2,1) відповідно, Миколаївській – на 14,3 % (1,4–1,6), Черкаській – на 12,5 % (1,6–1,8) та Тернопільській – на 8,0 %.

Найбільш значне зниження показників первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення зареєстровано, як і в минулому році, у Хмельницькій – на 38,9 % (1,8–1,1) області. Гарні показники щодо зниження рівня первинної інвалідності також у Івано-Франківській (2,4–2,0) – на 16,7 %, Донецькій (2,0–1,8) – на 10,0 %, Луганській (1,4–1,3) – на 7,1 %, Житомирській (1,5–1,4) – на 6,7 % та Кіровоградській (2,3–2,2) – на 4,3 %, областях.

Практично незмінними залишаються показники у Дніпропетровській та Сумській (по 1,8–1,8 відповідно) областях. В інших областях спостерігалось незначне підвищення рівня первинної інвалідності серед дорослого населення, показник якого був наближеним до середнього в Україні.

Серед населення працездатного віку найвищі показники первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування, що значно перевищують середній в Україні, у 2021 році зареєстровано у Чернігівській (3,6 на 10 тис. нас.), Тернопільській (3,3 на 10 тис. нас.), Кіровоградській (2,6 на 10 тис. нас.) та Івано-Франківській (2,5 на 10 тис. нас.) областях.

Найбільш низькі показники первинної інвалідності серед населення працездатного віку, що значно нижчі від середнього в Україні, у 2021 році зареєстровано у Хмельницькій (1,1 на 10 тис. нас.), Луганській (1,6 на 10 тис. нас.), Херсонській (1,7 на 10 тис. нас.) та Харківській (1,8 на 10 тис. нас.) областях.

Порівнюючи дані показників первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування серед населення працездатного віку в середньому в Україні за період 2020–2021 рр., слід зазначити, що найбільш значне зниження показників первинної інвалідності на 10 тисяч населення працездатного віку, як і серед дорослого населення, зареєстровано, як і в минулому році, у Хмельницькій – на 42,1 % (1,9–1,1) області. Зниження показників рівня первинної інвалідності також зафіксовано в Івано-Франківській – на 16,7 % (3,0–2,5), Луганській – на 11,0 % (1,8–1,6), Донецькій – на 8,0 % (2,7–2,2) та Полтавській – на 4,3 % (2,3–2,2) областях.

Найбільш значне зростання показників первинної інвалідності на 10 тисяч населення працездатного віку, як і серед дорослого населення, зареєстровано у Закарпатській – на 33,3 % (1,5–2,0) області. Високий темп приросту інтенсивного показника первинної інвалідності зафіксовано також у Одеській – на 26,3 % (1,9–2,4), Волинській – на 25,0 % (1,6–2,0), Чернівецькій – на 23,5 % (1,7–2,1),

Рівненській – на 22,2 % (1,8–2,2) та Миколаївській – на 18,8 % (1,6–1,9) областях.

Практично незмінними залишаються показники у Дніпропетровській (2,2–2,2) та Черкаській (1,9–1,9) областях. В інших областях спостерігалось незначне підвищення рівня первинної інвалідності серед населення працездатного віку, показник якого був наближеним до середнього в Україні.

Серед ендокринологічних захворювань найпоширенішими у світі та Україні є цукровий діабет і патологія щитовидної залози.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, цукровий діабет (ЦД) належить до глобальних медико-соціальних проблем. Тому розв'язання проблем, пов'язаних із ЦД, належить до першочергових завдань національних систем охорони здоров'я. Це обумовлено не лише прогресуючим зростанням кількості хворих на ЦД, а й з надзвичайно високим ризиком розвитку його ускладнень, які призводять до втрати працездатності, інвалідизації та смертності цієї категорії хворих.

Понад 400 мільйонів людей з діабетом живуть в усьому світі та прогнозується, що поширеність продовжуватиме зростати. Поширеність діабету в Україні збільшилася за останні 10 років наполовину. Інсулінозалежний діабет (I типу) складає 6,5 % усіх випадків захворювання. Майже 3 % первинної інвалідності дорослого населення в Україні є наслідком захворювання на діабет.

Питома вага цукрового діабету в структурі первинної інвалідності у 2021 році становить 3,4 % серед дорослого населення та 3,2 % – серед населення працездатного віку. Питома вага первинної інвалідності внаслідок цього захворювання у 2021 році складає 68,9 % від загальної кількості визнаних особами з інвалідністю внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування серед дорослого населення та 64,3 % – серед населення працездатного віку. Відзначається також збільшення цього показника, порівняно з минулими роками, що вкотре свідчить про високу соціальну значущість цього захворювання.

Завдяки проведенню низки комплексних превентивних заходів, зокрема й щодо профілактики інвалідності, інтенсивний показник первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету серед дорослого населення у 2020 році знизився на 20,0 % – із 1,5 до 1,2 на 10 тис. населення (за період 2018–2019 рр. він залишався на стабільному рівні – 1,5 на 10 тис. населення). Проте у 2021 році цей показник знову збільшився на 8,3 % – із 1,2 до 1,3 на 10 тис. населення, що відповідає загальнодержавним тенденціям щодо зростання первинної інвалідності.

Серед населення працездатного віку в 2021 році вперше за останні декілька років зафіксовано приріст даного показника на 15,4 % – із 1,3 до 1,5 на 10 тис. населення з поверненням до рівня 2019 року.

Найвищі показники рівня первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету серед дорослого населення, які перевищують середній в Україні (1,3), зареєстровано у Львівській і Чернівецькій (по 1,9 відповідно), Одеській (1,7), Закарпатській і Кіровоградській (по 1,6 відповідно), Київській та Чернігівській (по 1,5 відповідно) та Вінницькій (1,4) областях. Найбільший темп приросту даного показника спостерігався у Закарпатській (1,2–1,6) – на 33,3 %, Волинсь-



кій та Рівненській (1,0–1,3 відповідно) – на 30,0 %, Херсонській (1,0–1,2) – на 20,0 % та Чернівецькій (1,6–1,9) – на 18,8 % областях.

Зниження показника первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету серед дорослого населення у 2021 році зареєстровано тільки в 5 областях. Найбільш вагомим воно було у Хмельницькій області, де даний показник зменшився на 42,9 % (1,4–0,8). Також зареєстровано зменшення інтенсивного показника у Донецькій – на 1,3 % (1,4–1,2), Луганській – 12,5 % (0,8–0,7), Дніпропетровській – на 7,7 % (1,3–1,2) та Чернігівській – на 6,3 % (1,6–1,5) областях.

Незмінними залишилися показники у Запорізькій (1,3–1,3), Сумській (1,3–1,3), Тернопільській (1,3–1,3) та Кіровоградській (1,6–1,6) областях.

В інших регіонах також зафіксовано менш значне зростання даного показника, що збігається із загальнодержавними тенденціями щодо зростання інвалідності у 2021 році.

Найвищі показники рівня первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету серед населення працездатного віку, які перевищують середні в Україні (1,5), зареєстровано у Львівській (2,3), Чернігівській (1,9), Одеській (1,8), Кіровоградській та Чернівецькій (по 1,7 відповідно) областях. Найбільший приріст даного показника зареєстровано у Черкаській області та м. Київ (0,8–1,1) – на 37,5 % відповідно, Волинській та Закарпатській (1,1–1,4) – на 27,3 % відповідно та Рівненській (1,2–1,5) – на 25,0 % областях.

Зниження показника первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету серед населення працездатного віку у 2021 році зареєстровано тільки в 3 областях. Найбільш вагомим воно було у Хмельницькій області, де даний показник зменшився на 46,7 % (1,5–0,8). Також зареєстровано зменшення інтенсивного показника у Луганській – 22,2 % (0,9–0,7) та Донецькій – на 6,3 % (1,6–1,5) областях.

Незмінними залишилися показники у Вінницькій, Дніпропетровській та Сумській (по 1,4–1,4 відповідно) областях, Тернопільській (1,5–1,5) та Чернігівській (1,9–1,9) областях.

В інших регіонах зафіксовано незначне підвищення даного показника, що збігається із загальнодержавними тенденціями щодо зростання первинної інвалідності у 2021 році.

Діабет є хронічним прогресуючим захворюванням, але люди з цим можуть прожити довге життя завдяки вчасно розпочатому лікуванню. Воно передбачає не лише регулювання глюкози у крові, але також контроль факторів ризику розвитку ускладнень, таких як високий артеріальний тиск і високий рівень холестерину. Ними можна управляти завдяки здоровій дієті, регулярним фізичним навантаженням та правильному використанню ліків. Людям із діабетом потрібен доступ до регулярної та організованої медичної допомоги, що надається командою кваліфікованих медичних працівників.

Упродовж останніх років в Україні зросла захворюваність на патологію щитовидної залози, питома вага якої досягла вже 48 % від загальної захворюваності на ендокринні хвороби. Найбільш розповсюдженими нозологічними формами є дифузний та вузловий зоб. Упродовж останніх 5 років також зросла і захворюваність на гіпотиреоз майже на 20,0 %. Тиреотоксикоз збільшився на

9,1 %, а поширеність тиреоїдиту зросла на 16,8 %. Висока поширеність тиреоїдної патології зумовлена як нутритивним дисбалансом вітамінів та мікроелементів на тлі нестачі йоду в раціоні населення, так і погіршенням стану навколишнього середовища, негативним впливом ендокринних руйнівників та недостатньою ефективністю профілактичних заходів. Усі ці фактори також негативно впливають і на рівень інвалідності внаслідок патології щитоподібної залози в бік її зростання.

Проте, незважаючи на вищевказане, та загальнодержавні тенденції до зростання інвалідності, у 2021 році вдалося стабілізувати середні в Україні показники первинної інвалідності внаслідок тиреотоксикозу на рівні 2020 року, коли вперше за останні кілька років вдалося досягти зниження інтенсивного показника первинної інвалідності як серед дорослого населення (0,03), так і серед населення працездатного віку (0,04), оскільки дані показники за період 2018–2019 рр. залишалися незмінними і в середньому в Україні склали 0,04 та 0,05 на 10 тис. населення відповідно.

Серед дорослого населення показники первинної інвалідності внаслідок тиреотоксикозу залишаються стабільно високими та перевищують середні по Україні у Луганській та Івано-Франківській (0,1–0,1 відповідно) областях. Суттєво зменшилися показники у Хмельницькій (0,1 – 0,03), Харківській та Чернівецькій (по 0,03–0,01 відповідно), Кіровоградській (0,2–0,1), Миколаївській та Полтавській (по 0,03–0,02 відповідно), Львівській (0,05–0,04) областях. Порівняно з минулим роком, спостерігається значне зростання показника первинної інвалідності серед дорослого населення внаслідок тиреотоксикозу в Закарпатській (0,01–0,1), Волинській (0,03–0,1), Черкаській (0,01–0,03), Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій та Сумській (0,01–0,02 відповідно) областях.

Осіб із первинним виходом на інвалідність з приводу тиреотоксикозу не було у Житомирській, Київській та Рівненській областях.

Серед населення працездатного віку показники залишаються стабільно високими та перевищують середні в Україні у Луганській (0,2–0,2) та Львівській (0,1–0,1) областях. Суттєво зменшилися показники у Полтавській (0,05–0,01), Харківській (0,04–0,01), Хмельницькій (0,1–0,04) та Івано-Франківській (0,2–0,1) областях. Порівняно з минулим роком, спостерігається значне зростання показника первинної інвалідності серед населення працездатного віку внаслідок тиреотоксикозу в Закарпатській (0,01–0,1), Волинській (0,03–0,1), Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій та Черкаській (0,01–0,03 відповідно) областях.

Осіб із первинним виходом на інвалідність з приводу тиреотоксикозу не було у Житомирській, Київській та Рівненській областях.

Більшість захворювань щитовидної залози нині вважаються виліковними! Незамінним компонентом тиреоїдних гормонів є йод, дефіцит якого призводить до важких порушень в організмі людини і є причиною збільшення щитовидної залози, що загрожує переходом у рак.

Захворюванням, що викликані дефіцитом йоду, можна запобігати завдяки проведенню своєчасних превентивних заходів, зокрема й профілактики йододефіциту (індивідуальна, групова та масова профілактика).

В Україні завдяки спільним зусиллям науковців, медичних працівників, представників суспільних організацій зроблено певні кроки на шляху подолання цієї проблеми.

Показник первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення серед дорослого населення в Україні впродовж 2020–2021 рр. має стабільну тенденцію показників серед населення працездатного віку – 1,2–1,2 на 10 000. Показники інвалідності унаслідок хвороб печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, виразки шлунку та 12-палої кишки однакові як у 2020-му так і в 2021 році.

Упродовж останніх двох років стабільно високі показники первинної інвалідності у працездатному віці унаслідок хвороб органів травлення, що спостерігались у деяких областях, змінилися, відмічається тенденція до зниження інвалідності – у Вінницькій (1,3–0,9), Івано-Франківській (2,0–1,8), Кіровоградській (1,2–0,8), Херсонській (0,7–0,4), Черкаській (2,3–1,8) областях. Найнижчі показники за 2020–2021 рр. спостерігалися у Луганській (0,4–0,4), Херсонській (0,7–0,4), Харківській (0,7–0,7) областях та м. Києві (0,5–0,5).

Відзначається деяке підвищення рівня первинної інвалідності серед населення працездатного віку по багатьох областях за звітний період.

Значне покращення показників спостерігалось в таких областях: Вінницькій (1,3–0,9), Івано-Франківській (2,0–1,8), Кіровоградській (1,2–0,8), Херсонській (0,7–0,4), Черкаській (2,3–1,8).

Значне покращання ситуації у хворих на виразку шлунку та 12-палої кишки демонструють Вінницька (0,1–0,03), Тернопільська (0,1–0,05), Харківська (0,1–0,03), Чернігівська (0,04–0,02) області. Деяко підвищились показники інвалідності у Донецькій (0,03–0,06), Житомирській (0,04–0,09), Закарпатській (0,01–0,04), Львівській (0,03–0,05), Полтавській (0,05–0,1) областях. Стабільно низькі показники демонструють Дніпропетровська (0,01–0,02), Київська (0,01–0,02), Миколаївська (0,02–0,03), Херсонська (0,02–0,0), Чернігівська (0,04–0,02) області та м. Київ (0,0–0,0). Ці регіони можуть вважатися позитивним прикладом комплексного та конструктивного підходу до розв'язання даної проблеми.

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

Показники первинної інвалідності серед працездатного населення унаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози впродовж останніх двох років коливались на високому рівні з тенденцією до зменшення у Вінницькій (0,9–0,7), Донецькій (1,0–0,9), Житомирській (1,3–1,2), Кіровоградській (0,9–0,5), Чернігівській (0,8–1,0) областях. Зростання показників відмічається у Львівській (1,3–1,4), Миколаївській (0,5–0,6), Одеській (0,6–0,7), Чернігівській (0,8–1,0) та Тернопільській (0,8–1,1) областях.

Значно нижчі від середніх в Україні (0,8–0,8) показники упродовж 2020–2021 рр. спостерігаються у Київській (0,5–0,5), Луганській (0,4–0,4), Харківській (0,4–0,5), Херсонській (0,5–0,3) областях та в м. Київ (0,3–0,2) на 10 тис. населення. Це свідчить про високий рівень надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю та тісну взаємодію зі службою МСЕ.

Вірусні гепатити В і С становлять загрозу громадському здоров'ю, оскільки 96 % цирозу та гепатоцелюлярної карциноми викликані саме цими двома типами ВГ. За даними ВООЗ, у світі тільки 9 % осіб із хронічним вірусним гепатитом В знають про свій діагноз і 20 % – про вірусний гепатит С. В Україні, за оціночними даними, 1 342 418 осіб інфіковані ВГС, під медичним наглядом перебувають 87 269 осіб, що становить 6,5 % від оціночної кількості. ВГВ інфіковано 559 341 особа, під медичним наглядом перебувають 23 631 особа, 4,2 %. У листопаді 2019 року Україна приєдналася до Глобальної стратегії з елімінації вірусних гепатитів В та С, ухваливши Державну стратегію протидії ВІЛінфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року. Цілями реалізації Державної стратегії до 2030 року є: попередження 90 % нових випадків вірусних гепатитів; 90 % осіб, які хворіють на ВГ, будуть продіагностовані та знатимуть про свою хворобу; до 90 % хворих отримають лікування, яке буде ефективним і сприятиме повному одужанню (для ВГС) або ефективному контролю хвороби (для ВГВ). Завдяки низці адвокаційних заходів МОЗ України, міжнародних організацій та неурядових організацій в Україні забезпечено доступ до генеричних форм лікарських засобів. Наразі зареєстровано 11 таких препаратів для лікування ВГС, які закупаються за кошти державного бюджету, що дало змогу збільшити обсяги лікування за ті самі державні кошти.

Метою терапії є елімінація ВГС-інфекції для запобігання ускладненням захворювань печінки та позапечінковим розладам, пов'язаним із ВГС-інфекцією, зокрема некротичному запаленню печінки, фіброзу, цирозу печінки, декомпенсації цирозу, ГЦК, тяжким позапечінковим проявам, інвалідності і смерті; поліпшення якості життя пацієнтів і ліквідації стигми; запобігання подальшій передачі вірусу. До початку лікування необхідно провести оцінку тяжкості захворювання печінки, оскільки вибір схеми лікування, а також прогноз після проведеного лікування залежить від стадії фіброзу. У пацієнтів з цирозом слід оцінити прояви портальної гіпертензії, варикозного розширення вен стравоходу. Після завершення лікування необхідно кожні 6 місяців обстежувати пацієнтів з вираженим фіброзом і цирозом печінки щодо ГЦК. Оскільки у пацієнтів із вираженим фіброзом рівень АЛТ може бути в межах норми при кількаразовому визначенні рівня трансфераз, необхідно проводити оцінку тяжкості захворювання незалежно від рівня АЛТ. Можна використовувати біомаркери фіброзу, тести для визначення індексу співвідношення рівня АСТ до тромбоцитів (APRI) та фіброзу (FIB-4). Вони, зазвичай, доступні, прості у виконанні та дешеві, а отримані за їх допомогою дані досить достовірні. Комбінація біомаркерів крові або комбінація вимірювання щільності печінки та аналізів крові підвищують точність обстеження.

Зі схваленням високоефективних безпечних схем, які добре переносяться, покращення доступу до лікування ВГС стало світовим пріоритетом. Наявність нових пангенотипних схем дає можливість практикуючим лікарям в усьому світі значно спростити і тим самим полегшити доступ пацієнтів до лікування, водночас зменшуючи його вартість. Очікується, що використання софосбувіру/велпатасвіру або глекапревіру/пібрентасвіру упродовж 12 тижнів у всіх пацієнтів без цирозу печінки або з компенсованим цирозом (Child–Pugh A), вклю-

чаючи «наївних» або пацієнтів з досвідом лікування (як визначено вище) дасть змогу досягти СВВ12 більше, ніж у 95 % випадків. Універсальна тривалість лікування упродовж 12 тижнів гарантує, що ця інформація не потрібна для вибору схеми лікування.

Факторами ризику смертності від COVID-19 у пацієнтів із ХХП є цироз, алкогольна та неалкогольна жирова хвороба печінки, вік, ожиріння та діабет. Частота виникнення гострої печінкової недостатності на тлі хронічного та тяжкого перебігу COVID-19 зростає зі збільшенням ступеня печінкової недостатності згідно зі шкалою Чайлда–П'ю. Гостре пошкодження печінки є предиктором несприятливого прогнозу і виявляється у 45 % пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19 та у 20 % пацієнтів із нетяжким перебігом. Обмеження фізичної активності, вплив на психічне здоров'я та підвищення рівня споживання алкоголю в умовах пандемії можуть сприяти збільшенню тяжкості алкогольної та неалкогольної жирової хвороби печінки.

Загальноукраїнський рівень первинної інвалідності унаслідок хвороб сечостатевої системи залишається стабільним упродовж останніх двох років (2020–2021) і складає 0,6–0,7 на 10 тисяч населення працездатного віку. Найвищими традиційно є рівні інвалідності населення працездатного віку переважно в західному регіоні, зокрема, у Львівській (1,4–2,4), Волинській (0,6–0,8) областях. У Хмельницькій (0,3–0,7), Запорізькій (0,5–0,6), Кіровоградській (0,6–0,7), Одеській (0,6–0,7), Тернопільській (0,5–0,6), Херсонській (0,3–0,5), Чернігівській (0,3–0,6) областях спостерігається незначне зростання інвалідності. У Полтавській (0,6–0,4), Сумській (0,5–0,4), Вінницькій (0,7–0,6), Дніпропетровській (0,6–0,5), Миколаївській (0,4–0,3), Черкаській (0,7–0,5), Чернівецькій (0,4–0,3), Івано-Франківській (0,9–0,8) областях помітне зменшення показників інвалідності. Можливо, цьому посприяло активне впровадження сучасних протоколів лікування нефрологічних хворих.

Щодо окремих нефрологічних нозологій слід зазначити, що рівень інвалідності унаслідок хронічного гломерулонефриту є стабільним в Україні упродовж двох років і складає 0,3 на 10 тисяч населення працездатного віку.

У більшості регіонів України спостерігається тенденція до зниження показника інвалідності унаслідок хронічного гломерулонефриту, зокрема у Луганській (0,1–0,03), Черкаській (0,3–0,04) областях. Але в деяких регіонах помітне значне коливання з тенденцією до зростання рівня інвалідності унаслідок цієї патології, найвищі показники – у Львівській (0,8–1,1) області.

Рівень інвалідності унаслідок хронічного пієлонефриту в Україні дещо підвищився і складає 0,1–0,2 на 10 тисяч населення працездатного віку в 2021 році. Виявлено зниження рівня інвалідності унаслідок хронічного пієлонефриту в більшості регіонів, зокрема, Івано-Франківській (0,2–0,03), Миколаївській (0,1–0,03), Рівненській (0,05–0,03), Сумській (0,1–0,03), Хмельницькій (0,1–0,04), Чернівецькій (0,3–0,1) областях.

Проте дещо зріс рівень інвалідності унаслідок хронічного пієлонефриту в Волинській (0,03–0,14), Закарпатській (0,03–0,04), Запорізькій (0,04–0,05), Луганській (0–0,03), Львівській (0,3–0,9), Полтавській (0,1–0,2), Тернопільській (0,1–0,2), Чернігівській (0,02–0,13) областях.

За останні два десятиліття досягнуто значних успіхів у розумінні взаємозв'язку між ХНН (хронічна ниркова недостатність) та ССХ (серцево-судинними хворобами). Велика кількість досліджень засвідчила, що ХНН та ССХ мають взаємопідсилюючу дію. Обидві категорії захворювань мають спільні ризики, такі як гіпертензія та діабет. Наявність артеріальної гіпертензії та цукрового діабету може призвести до зниження функції нирок, а зниження функції нирок сприяє розвитку гіпертензії. Більше того, дисліпідемія, наявність якої характерна для даної популяції пацієнтів, погіршує перебіг ХНН та ССХ. Адекватне лікування гіпертензії та дисліпідемії є ключовою умовою для терапії ХНН і успішного зниження серцево-судинної захворюваності, інвалідності та смертності.

Терапевтичні рекомендації, розроблені на основі численних міжнародних експертних організацій, які рекомендують контролювати гіпертензію за допомогою інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) та блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА), а також зниження холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) застосуванням статинів. Рандомізовані контрольовані дослідження, засвідчили, що контроль гіпертензії інгібіторами АПФ та БРА є важливим аспектом у лікуванні ССХ та ХНН. У пацієнтів з ХНН, які приймали статини, було доведено зменшення ризику розвитку серцево-судинної симптоматики на 28 %.

Під час пандемії COVID-19 виникла необхідність приймати складні клінічні рішення щодо ведення хворих на ХНН. Пацієнти з ХНН належать до групи високого ризику щодо несприятливих наслідків інфікування COVID-19, адже значна їх кількість має порушення функції нирок або отримує імуносупресивну терапію. Крім того, серед хворих на ХНН багато осіб старшої вікової групи з високим рівнем коморбідності, що не тільки підвищує ризик інфікування SARS-CoV-2, а і формування загрозливих життю ускладнень COVID-19. На основі існуючих досліджень з цієї проблеми, представленої провідними нирковими асоціаціями (ERA-EDTA, Kidney Care UK, The Renal Association) та рекомендацій NICE, з урахуванням власного досвіду експертна група Української асоціації нефрологів і фахівців з трансплантації нирки створила адаптовані клінічні рекомендації щодо ведення хворих на ХНН I-IV стадій в умовах пандемії COVID-19. Запропоновані клінічні рекомендації мають на меті розподілити усіх хворих на групи ризику SARS-CoV-2 інфікування та показаннями до госпіталізації. Ключовими характеристиками кожного класу хвороб нирок є функціональний стан нирок, визначений за рівнем швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), добова екскреція білка, рівень артеріальної гіпертензії, прийом ІС лікарських засобів та інші додаткові характеристики. [Адаповані клінічні рекомендації Української асоціації нефрологів і фахівців з трансплантації нирки «Ведення хворих на ХНН I-IV стадій в умовах пандемії COVID-19». Склад експертної групи: М. Колесник, Н. Степанова, І. Дудар, Е. Красюк, Л. Ліксунова, Л. Снісар].

Показники первинної інвалідності унаслідок хвороб крові та кровотворних органів упродовж 2020–2021 років залишаються в Україні стабільними та складають 0,1 на 10 тисяч працездатного та дорослого населення. Найвищі показни-

ки первинної інвалідності спостерігаються традиційно в Івано-Франківській (0,2–0,2 на 10 тисяч працездатного населення) області.

У деяких областях спостерігається позитивна тенденція до зниження рівня інвалідності – Чернівецька (0,1–0,02), Черкаська (0,1–0,04), Луганська (0,1–0,03), Київська (0,02–0,01), Полтавська (0,1–0,04) та м. Київ (0,03–0,02).

Проте дещо зріс рівень інвалідності унаслідок хвороб крові та кровотворних органів у таких областях – Дніпропетровська (0,05–0,06), Житомирська (0,04–0,09), Кіровоградська (0,02–0,04), Миколаївська (0,03–0,06), Сумська (0,1–0,05), Харківська (0,02–0,03).

Це можна пояснити підвищенням ефективності діагностичних та реабілітаційних заходів та завдяки усуненню 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**

Наслідки травм та хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини, як і у попередні роки, мають значну питому вагу в загальній структурі інвалідності. Показники первинної інвалідності дорослого населення України за 2021 рік у осіб із наслідками травм, ортопедичною патологією та захворюваннями сполучної тканини загалом мали незначну динаміку, порівняно з аналогічними показниками 2020 року. Так, загальна кількість первинно визнаних особами з інвалідністю на 10 тис. дорослого населення збільшилась із 38,0 у 2020 році до 39,4 у 2021 році (+3,7 %). Унаслідок хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в 2021 році цей показник також дещо збільшився та становив 5,8, що на 0,4 більше, ніж у 2020 році (+7,4 %).

Звертають на себе увагу значні відмінності показників первинної інвалідності у цієї категорії осіб з інвалідністю в різних регіонах України, у деяких областях вони відрізняються більше, ніж у 5 разів. Найвищі показники спостерігалися в Полтавській – 11,3, Львівській – 8,5 та Вінницькій – 8,2, областях, причому в усіх цих областях відзначено збільшення цього показника, порівняно з 2020 та 2019 роками. Найнижчі показники зафіксовано у Херсонській – 2,2, м. Київ – 3,0 та Луганській – 3,1 областях.

Щодо найбільш значущої інвалідизуючої ортопедичної патології, то ситуація в Україні у 2021 році виглядала так. Остеоартроз суглобів став причиною інвалідності у 2,3 на 10 тис. дорослого населення, що на 0,2 більше, ніж у 2020 році. Як і в минулому році, найвищі показники спостерігались у Полтавській – 5,0, Вінницькій – 3,8, Запорізькій – 3,6 областях. Найнижчі показники зареєстровано у Луганській – 1,0 та Херсонській – 1,3 областях. Остеохондроз хребта став причиною первинного встановлення інвалідності у 2021 році у 1,9 на 10 тис. дорослого населення, що на 0,1 більше, ніж у 2020 році. Найвищі показники спостерігались у Полтавській – 4,2, Донецькій – 3,7 та Дніпропетровській – 3,4 областях, а найнижчі – у Чернігівській – 0,05, Херсонській – 0,1 та м. Київ – 0,3.

## З М І С Т

Вступ .....	4
1. Аналіз роботи служби медико-соціальної експертизи та основних показників первинної інвалідності за 2021 рік. <i>А.В. Іпатов, І. Я. Ханюкова</i> .....	7
2. Аналіз показників інвалідності унаслідок основної інвалідизуючої патології .....	18
2.1. Показники первинної інвалідності унаслідок хвороб системи кровообігу <i>О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, О. В. Михальова, Л. В. Волкова</i> .....	18
2.2. Первинна інвалідність унаслідок хвороб артерій, артеріол та вен <i>М. М. Шкура, О.В. Косинський, М. Козлов</i> .....	21
2.3. Первинна інвалідність унаслідок онкологічних захворювань <i>М. М. Шкура, О.В. Косинський, М. Козлов</i> .....	22
2.4. Первинна інвалідність унаслідок захворювань органів дихання, ендокринної системи, кровотворних органів та інших <i>С.С. Паніна, Н.О.Гондуленко, Н.А. Саніна, Т.С. Ігумнова, Н.М. Гавриленко, І. В. Кардашевська, Л. В. Омельницька</i> .....	23
2.5. Первинна інвалідність унаслідок травм, захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини <i>Д. О. Бондарук, Є. Л. Ліфаренко, Є. О. Дауки, О. Ю. Забара</i> .....	35
2.6. Аналіз показників первинної інвалідності за неврологічною патологією <i>Д. Д. Богуславський, О. М. Мороз, С. Я. Яновська, С. В. Слива, С. А. Ткаченко</i> .....	38
2.7. Інвалідність унаслідок патології органа зору <i>Л.Г. Ясько, Я. О. Зосімова</i> .....	41
2.8. Основні показники інвалідності унаслідок розладів психіки та поведінки <i>В. В. Храпцова</i> .....	44
3. Загальні показники діяльності МСЕК .....	50
4. Основні показники первинної інвалідності .....	62
5. Структура первинної інвалідності, розподіл первинно визнаних інвалідами за віком та групами інвалідності .....	103
6. Основні показники діяльності обласних, центральних міських МСЕК .....	143
7. Основні показники діяльності Державного закладу «Центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ України» за 2021 рік МОЗ України» <i>В. В. Маруніч</i> .....	147



8. Аналіз співпраці медико-соціальних обласних центрів (бюро) медико-соціальної експертизи України з ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» за 2021 рік <i>А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Л. В. Кузьміна</i> .....	153
9. Додаткова інформація щодо інвалідності учасників бойових дій, інвалідів у віці 18 років та інвалідів унаслідок аварії на ЧАЕС <i>Н. А. Саніна</i> .....	160
10. Показники інвалідності учасників антитерористичної операції (операції об'єднаних сил) <i>Н.О.Гондуленко, І. Я. Ханюкова, Н.А. Саніна</i> .....	169
11. Додаткова інформація щодо показників інвалідності окремих категорій .....	179
12. Додаткова інформація щодо підрозділів ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» .....	184