

АНАЛІЗ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом НДР «Особливості перебігу та прогнозу метаболічного синдрому з урахуванням генетичних, вікових, гендерних аспектів хворих, наявності у них різних компонентів метаболічного синдрому і конкретної супутньої патології та шляхи корекції виявлених порушень».

Вступ. Незважаючи на всі зусилля вітчизняної кардіології, ситуація із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) в Україні залишається складною. Щорічно в Україні реєструється понад 25 млн. хворих на ССЗ (це більш ніж 50% населення, з них працездатного віку приблизно 9 млн.), з яких приблизно 12 млн. – хворі на артеріальну гіпертензію та більше 8 млн. – на ішемічну хворобу серця (ІХС). При цьому, в Україні спостерігається прогресивне збільшення смертності від ССЗ, яка останні роки досягла одного з найвищих рівнів у Європі (понад 65%) від усіх причин смерті, причому перше місце у структурі смертності від ССЗ посідає ІХС [2,4].

Використання сучасних технологій, безумовно, дає свої результати. У відповідно оснащених спеціалізованих закладах із високопрофесійним персоналом, зокрема в ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска» смертність від інфаркту міокарда майже вдвічі менша, ніж у цілому по Україні, та наближається до показників деяких країн Європи. Але у передових закладах Європи та США цей показник ще вдвічі менший.

Основні показники інвалідності населення зумовлені зростанням захворюваності, погіршенням соціально-економічних умов життя та екологічної ситуації, зменшення доступності та якості медичної допомоги.

Зростання кількості інвалідів відбувається на тлі скорочення чисельності населення та його старінням [1,3].

Мета дослідження – проаналізувати рівень поширеності, захворюваності та вихід на первинну інвалідність в Полтавській області.

Об'єкт і методи їх дослідження. Аналіз захворюваності та

поширеності хвороб системи кровообігу (ХСК) наведено за даними аналітично-статистичного посібника «Регіональні особливості рівня здоров'я народу України» [2,4] та звітів обласного центру медико-соціальної експертизи департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації.

Результати досліджень та їх обговорення. Захворювання системи кровообігу призводять до високого рівня захворюваності, інвалідності та смертності.

За даними ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска» НАМН України, рівень поширеності та захворюваності внаслідок ХСК має помітні коливання в різних регіонах України, що пов'язано з наявністю чинників ризику, соціально демографічних показників, які відрізняються територіально. Аналізуючи показники поширеності і захворюваності цієї патології за період 2000–2010рр. серед усього населення зросли на 57,5 та 10,4% відповідно, а в Полтавській області поширеність зросла майже в 2 рази (від 34 229,4 до 68,163,5 на 100 тис. населення).

У формуванні цих показників провідну роль відіграють гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця (ІХС) та церебро-васкулярні хвороби (ЦВХ).

Захворюваність нерозривно пов'язана з інвалідністю [2,4,5].

За даними статистичної звітності з 2010р. у структурі первинної інвалідності дорослого

Таблиця

Структура первинної інвалідності за нозологіями в Полтавській області (показник на 10 тис. працездатного населення)

Нозологія	2010 рік		2011 рік		2012 рік		2013 рік	
	Абс. число	Пок.	Абс. число	Пок.	Абс. число	Пок.	Абс. число	Пок.
I м. Хвороби системи кровообігу	1120	13,2	1055	12,5	955	11,4	912	11,0
II м. Новоутворення	867	10,2	892	10,6	872	10,4	839	10,1
III м. Хвороби кістково-м'язової системи	736	8,7	878	10,4	800	9,6	837	10,1
IV м. Травми	506	6,0	556	6,6	518	6,2	543	6,6
V м. Хвороби нервової системи	336	4,0	357	4,1	277	3,3	264	3,2

населення України внаслідок ХСК посідали перше місце (24,4%) [4], аналогічна ситуація спостерігається і в Полтавській області (15,3), яка посідала в вищих рангових місцях за рівнем первинної інвалідності [5] (табл.).

По області серед осіб працездатного віку на перше місце вийшли хвороби системи кровообігу, їх показник знизився на 2013 рік і склав 11,0 випадків на 10 тис. працездатного населення проти 11,4 у 2012 році, 12,5 у 2011 році та 13,2 у 2010 році. ХСК обумовлені на 46,1% церебро-васкулярними захворюваннями, на 27,8% ішемічною хворобою серця, на 6,3% гіпертонічною хворобою.

Якщо високий показник відмічено у 2012 році: Хорольському –21,0%, Семенівському –19,3% та Глобинському – на 17,9% районах; то у 2013 році показник знизився і склав у Хорольському –16,3%, Семенівському – 10,7% та Глобинському – 13,3%, але ж Хорольський район продовжує займати позицію лідера, підвищився показник в Зіньківському –13,5–15,0%, Кобеляцькому районах – 12,5–15,5%.

Отримані показники первинної інвалідності дорослого населення дещо відрізняється від розрахункових [2,5]. Факт інвалідності визначається тільки після його юридичного оформлення, а тому кількість осіб зі стійким порушенням здоров'я, що призводить до повної втрати або зниження працездатності, за розрахунковими даними може бути значно вищою, ніж офіційними даними. Це дає підстави говорити про наявність «прихованої» інвалідності. Під цим терміном слід розуміти, що фактичний рівень інвалідності населення України значно вищий за офіційні дані.

Наявність «прихованої» інвалідності пов'язана з демографічними тенденціями (постарінням і міграцією населення); соціально економічними проблемами в сьгоднішній Україні (можливість втрати роботи за наявності тимчасової або стійкої втрати працездатності); із додатковими чинниками, що впливають на рівень інвалідності населення (сподіванням на соціальну підтримку, регіональною специфікою оцінки критеріїв визначення та оформлення клініко-експериментального діагнозу). Населення, в першу чергу стосується, населення працездатного віку, юридично не оформляє інвалідність у зв'язку із побоюванням втрати роботи та відсутності засобів існування. Частина працездатного населення працює без юридичного закріплення трудових відносин і тому також не звертається за встановленням стійкої втрати працездатності. Щодо пенсіонерів за віком, то тепер оформлення інвалідності практично не дає жодних пільг (а винятком інвалідності внаслідок хвороб опорно-рухового апарату та органів зору), а тому цей контингент населення також юридично не оформляє інвалідність [1].

Незважаючи на тенденцію до зниження рівня захворюваності на ХСК і рівня первинної інвалідності серед дорослого населення Полтавщини, на нашу думку, треба приділити більшу увагу організації медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Реабілітація інваліда в більшості випадків починається з розробки лікуючим лікарем індивідуальної програми реабілітації (ІПР). Багато в чому її результат залежить від самого хворого – допомога лікарів може ґрунтуватися лише на його бажанні та прагненні до відновлення і подальшого поліпшення стану. Медична, психологічна, педагогічна, технічна, професійна реабілітації входять до соціальної реабілітації інваліда, її основна мета полягає в тому, щоб зробити його здатним до життя в суспільстві, створити відповідні передумови для залучення його в суспільно – трудове життя. Сьогодні соціальна реабілітація людей з обмеженими можливостями – одна з найважливіших державних завдань, в той же час без зміни ставлення суспільства, всіх її членів навряд чи вдасться її успішно вирішити.

Основними напрямками вирішення проблеми попередження та лікування ХСК є заходи щодо втілення принципу профілактики: первинної – у вигляді зниження факторів ризику розвитку ХСК, а саме: формування здорового способу життя, покращити обізнаність населення щодо чинників ризику і можливостей запобігання їх дій, розвиток більш ефективних стратегій, які змушують людей змінити свій раціон харчування (як кількісно, так і якісно, обмеження вживання кухонної солі; зменшення вживання насичених жирів, солодоців та речовин, що містять холестерин; обмеження споживання алкоголю не більше 20 г/день етанолу для чоловіків і не більше 10 г/день етанолу для жінок); підтримувати здорове харчування і нормальну вагу, регулярна фізична активність при малорухливому способі життя, відмова від паління, психоемоційне розвантаження та релаксація; а також раннє виявлення осіб з групи ризику за розвитком ускладнень і проведення превентивного лікування. На жаль, більшість населення нашої країни мають 2, 3, 4 і більше чинників ризику, які можуть потенціювати один одного, призводити до агресивного перебігу атеросклерозу, передчасного розвитку інфарктів та інсультів. Вторинної – у вигляді оптимального лікування артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, цукрового діабету; зміни умов праці та правильного працевлаштування хворих за рекомендаціями лікарської комісії, видачі рекомендацій хворим з профілактики захворювань в залежності від умов праці, диспансерного спостереження; третинної – у вигляді адекватних індивідуалізованих лікувальних і реабілітаційних заходів, при необхідності кардіохірургічного лікування; оперативної корекції захворювань судин, своєчасного направлення хворих на медико-соціальну експертизу для визначення групи інвалідності та працевлаштування з урахуванням протипоказань, для попередження загострень і прогресування цих захворювань.

Важливою умовою реалізації профілактичних програм та підвищення якості медичної допомоги є підвищення кваліфікації медичних кадрів, які надають допомогу на рівні первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики), зміцнення матеріально-технічної бази первинних лікувально-поліклінічних закладів, впровадження сучасних

методів діагностики і лікування, суворе дотримання стандартів медичної допомоги.

Масштабність, складність і різноманіття проблем профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань і запобігання розвитку таких ускладнень як інфаркт міокарда, інсульт і визначають необхідність комплексного вирішення даної проблеми.

Висновки. Таким чином, за результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що протягом останніх років як в Україні, так і на регіональному рівні однією з найгостріших проблем здоров'я населення є високий рівень захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок ХСК.

Враховуючи збільшення захворюваності та первинної інвалідності внаслідок ХСК за 2000- 2010рр. майже в 2 рази, необхідно відзначити, що за останній рік намітилась тенденція до зниження рівня захворюваності та показників первинної на інвалідності серед дорослого населення Полтавщини.

Виявлені закономірності формування інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу у осіб працездатного віку за зверненнями в МСЕК є інформаційною базою для органів охорони здоров'я, соціального захисту, зайнятості, освіти, органів місцевого самоврядування при розробці комплексних цільових програм реабілітації інвалідів працездатного віку і повернення їх до трудової діяльності.

Перспективи подальших досліджень. Детальна соціально-гігієнічна характеристика контингенту інвалідів внаслідок хвороб системи кровообігу з урахуванням віку, статі, окремих нозологічних форм хвороб може бути використана в практиці роботи МСЕК при розробці заходів з реабілітації даного контингенту інвалідів. Індивідуальний підхід до інвалідів є основою діяльності комісії медико-соціальної експертизи та реалізація цих програм, особливо в плані професійної реабілітації, сприятиме поверненню інвалідів до трудової діяльності та відновлення їх соціального статусу.

Література

1. Іпатов А. В. Інвалідність у наслідок хвороб системи кровообігу (первинна, прихована, прогнозована) / А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я Ханюкова // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 2. – С. 47-53.
2. Коваленко В. М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. – К., 2010. – 144 с.
3. Маруніч В. В. Основні показники інвалідності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін // Аналітико-інформаційний довідник. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012 – 150 с.
4. Регіональні особливості рівня здоров'я населення народу України / Аналітично-статистичний посібник рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики // Під ред. В. М., Коваленко, В. М Корнацького. -2011. – 164 с.
5. Хозбей М. К. Інформаційна технологія аналізу динаміки інвалідності / М. К. Хозбей, А. В. Іпатов, І. В. Дроздова. – Дніпропетровськ: Пороги – 2011. – 269 с.

УДК 616. 12 – 008–056. 24

АНАЛІЗ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Трибрат Т. А., Шуть С. В., Зодова Т. М.

Резюме. За результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що протягом останніх років як в Україні, так і на регіональному рівні однією з найгостріших проблем здоров'я населення є високий рівень захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок ХСК. Враховуючи збільшення захворюваності та первинної інвалідності внаслідок ХСК за 2000- 2010рр. майже в 2 рази, регіональних особливостей, необхідно відзначити, що за останній рік спостерігається зниження рівня захворюваності та показників первинної на інвалідності серед дорослого населення Полтавської області.

Ключові слова: захворюваність, хвороби системи кровообігу, інвалідність.

УДК 616. 12 –008– 056. 24

АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Трибрат Т. А., Шуть С. В., Зодова Т. Н.

Резюме. По результатам проведенного анализа можно утверждать, что в течение последних лет как в Украине, так и на региональном уровне одной из острейших проблем здоровья населения является высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности вследствие БСК. Учитывая увеличение заболеваемости и первичной инвалидности вследствие БСК за 2000 – 2010гг. почти в 2 раза, региональные особенности, необходимо отметить, что за последний год наблюдается снижению уровня заболеваемости и показателей первичной на инвалидности среди взрослого населения Полтавской области.

Ключевые слова: заболеваемость, болезни системы кровообращения, инвалидность.

UDC 616. 12--008--0. 56. 24

Analysis of Disability as a Result of Cardiovascular Diseases

Trybrat T. A., Shut S. V., Zodova T. N.

Abstract. *Introduction.* Despite the fact that the modern development of cardiology in Ukraine is characterized by the active implementation of new technologies examination and treatment, unfortunately, there is no positive dynamics of cardiovascular system disease

The indicators of morbidity and mortality due to diseases of the cardiovascular system, the prevalence of risk factors caused them in Ukraine are higher than in other countries. Key indicators of disability are due to the increasing incidence of the population, deteriorating socio-economic conditions and environmental situation, reducing the availability and care quality. Increasing number of disabled is with declining population and aging.

The aim of research is the analyzing the prevalence, incidence and access to primary disability in the Poltava region.

Object and methods of research. Analysis of the incidence and prevalence of cardiovascular diseases (CVD) is given according to the analytical and statistical manual book "Regional patterns of health of the people of Ukraine".

Diseases of the circulatory system lead to high levels of morbidity, disability and mortality.

According to the NSC "Institute of Cardiology named after academic M. D. Strazhesko" SASS of Ukraine, the rate of prevalence and morbidity due to COD has noticeable variations in different regions of Ukraine, which is associated with the presence of risk factors, social and demographic indicators varied geographically. Analyzing the prevalence and incidence of this disease over the period 2000-2010, it should be noted the total population has increased by 57.5% and 10.4% respectively, in the Poltava region the prevalence has increased almost twice (from 34,229.4 to 229,468,163.5 per 100 thousand population).

In the formation of these parameters the leading role is carried out by hypertension, ischemic heart disease (IHD) and cerebrovascular disease (CVD).

Incidence is inextricably related with disability. According to statistics since 2010 the structure of the primary disability of the adult population as a result of COD has been on the first place (24.4%), where the Poltava region (15.3) is at the top rank place in terms of primary disability.

In region among those of working age on the first place there is cardiovascular diseases, its indicator has decreased in 2013 and is 11.0 cases per 10 thousand working population against 11.4 in 2012, 12.5 in 2011 and 13.2 in 2010. COD is caused first of all for 46.1% by cerebrovascular disease, and 27.8% by ischemic heart disease, 6.3% by hypertensive disease.

If the high rate was observed in 2012: Khorolsky region – 21.0%, Semenivsky region – 19%, 3, Hlobynsky region – 17.9%; but in 2013 this rate decreased and was in Khorolsky region -16,3%, Semenivsky region – 10,7% Hlobynsky region – 13.3%, but in Khorolsky region has the same, the increased rate is in Zenkovsky region-13,5-15,0%, in Kobeliatsky region – 12,5-15,5%.

The presence of « hidden» disability is related to demographic trends (aging population and migration), social and economic problems in Ukraine nowadays (the possibility of job loss in the presence of temporary or permanent disability), with additional factors that influence on the level of disability among the population (hope for social support, regional specific evaluation criteria for the definition and execution of clinical and experimental diagnosis). Conclusions. Thus, the estimation of initial disability due to COD for 2010-2013 has been done, it has been determined the regions with high levels of disability. COD leads to high levels of morbidity, which is inextricably related with disability in the population of Poltava Region.

Key words: disease, cardiovascular diseases, disability.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 28. 02. 2014 р.