

Т. М. Жабо

Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи, г. Полтава

## ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Онкологічні захворювання є важливою медико-соціальною проблемою. Інвалідизація онкохворих набуває більшого розмаху, поступаючись лише захворюванням серцево-судинної системи. В роботі проведений аналіз медико-соціальних аспектів інвалідності. На основі проведення структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності побудована графологічна модель вирішення проблем інвалідності шляхом надання різних видів допомоги. За допомогою контент аналізу проаналізовані правові аспекти інвалідності. Спираючись на екстенсивні показники встановлена структура інвалідності за загальним захворюванням. Визначена динаміка інвалідизації дорослого населення протягом 2008-2012 років.

Своєчасна рання діагностика новоутворень дасть можливість проводити радикальне комплексне лікування і підвищить його ефективність, що дозволить знизити рівень первинної інвалідності в Україні в результаті новоутворень.

**Ключові слова:** інвалідність, онкозахворювання, динаміка, показники здоров'я.

Онкологические заболевания являются важной медико-социальной проблемой. Мировая статистика распространенности онкозаболеваний указывает на 143 случая на 100 000 населения (первичная заболеваемость). Злокачественные новообразования - одна из самых сложных научно-медицинских и социально-экономических проблем человечества. В XX в. они получили название «убийцы номер два». Инвалидизация онкобольных приобретает большой размах, уступая лишь заболеваниям сердечно-сосудистой системы [7].

Основными показателями общественного здоровья являются заболеваемость, инвалидность и смертность. Инвалидность относится к числу основных критериев оценки качества здоровья населения. Усилия проводимой политики здоровья нацелены не только на уменьшение смертности населения. Значительные ресурсы обычно выделяются на уменьшение негативного воздействия условий, которые ухудшают здоровье, и на сокращение их влияния на жизнь людей. В связи с этим, давая оценку здоровью важно не только оценивать смертность населения, но, также, и учитывать изменения, которые являются неокончательными и не приводят к смерти, главным из них и есть инвалидность. Показатели инвалидности являются отражением как уровня здоровья и качества лечебно-профилактических мероприятий, так и состояния социальной защиты человека с дефектом здоровья [4, 5]. В мировой программе действий с инвалидами, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2010 году, приводятся такие данные: в среднем почти каждый десятый житель мира имеет физические, умственные или сенсорные дефекты, а около 25% любой группы населения испытывают на себе негативные воздействия этого явления. Следовательно, каждая страна должна решать целый комплекс проблем, чтобы способствовать полноценной интеграции людей с функциональными ограничениями в физическую и социальную среду [3].

Повышенное внимание мирового сообщества к проблемам инвалидности и инвалидов является стимулом для разработки новых подходов к их решению, основанных на позициях общей Декларации о правах инвалидов и Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых ООН, с учетом растущего понимания человечества необходимости интеграции инвалидов в общество, включение их в нормальную социальную жизнь, которое приобретает особое значение для лиц трудоспособного возраста [15]. Большое значение в изучении инвалидности приобретает первичная инвалидность населения, особенно трудоспособного, что прежде всего отражается на экономике государства.

**Целью** работы было определить характерные черты динамики инвалидности взрослого населения трудоспособного возраста в Украине в течение 2008-2012 годов в результате онкологических заболеваний (ОЗ).

**Материал и методы исследования.** Инвалидность вследствие ОЗ изучали по общепринятым показателям: • показатель инвалидности (контингент инвалидов) на 10 000 населения; • показатель инвалидизации (первичной инвалидности) на 10 000 населения. Материалом исследования была государственная статистическая отчетность медико-социальных экспертных комиссий Украины по форме № 14, утвержденной приказом МЗ Украины от 10.07 2007 года № 378 «Об утверждении форм отчетности по вопросам здравоохранения и инструкции по их заполнению», «Отчет о причинах инвалидности, показания к медицинской, профессиональной и социальной реабилитации» за 2008-2012 годы по всем административным территориям и в целом по Украине и Полтавской области. Проведено математическую обработку данных с расчетами интенсивных показателей первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения в трудоспособном возрасте, экстенсивных показателей распределения первичной инвалидности. Инвалидизацию трудоспособного населения изучали с помощью динамических рядов. В процессе выполнения исследования использованы такие методы как ретроспективный, статистический, математический, структурно-логический анализ с учетом принципов системности. Эпидемиологические

данные проведенного опроса обработаны автоматизированным способом на персональном компьютере с использованием программ «Microsoft Office Excel 2003» и «SPSS».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Изучение динамики первичной инвалидности в Украине и Полтавской области показали, что наибольшее значение этот показатель имел в Украине 53,6 и был в 2011 году, по Полтавской области в 2008 году – 48,4 на 10 тысяч населения. При анализе динамического ряда установили, что темп прироста к 2010 году был отрицательным в 2009 и 2010 годах, по Полтавской области – 2,1% и 0,4%, в 2011 составил 0,9%, и уже в 2012 году имел снова тенденцию к снижению – 1,1% (табл. 1).

Таблица 1

**Анализ динамического ряда инвалидизации населения за 2008-2012 годы**

Показатели инвалидизации населения	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Полтавская обл. на 10 тысяч населения	48,5	46,4	46	46,9	45,8
Темп прироста % по Полтавской области		-2,1	-0,4	0,9	-1,1
Украина на 10 тысяч населения	48,5	48,1	47,1	53,3	51,9
Темп прироста % по Украине		-0,4	-1	6,2	-1,4

Несмотря на то, что в Украине наивысший пик темпа прироста первичной инвалидности был в 2010 году и составил 6,2%, при проведении выравнивания динамического ряда установили, что в Полтавской области первичная инвалидность населения имеет тенденцию к незначительному росту, тогда, как по Украине наблюдается тенденция к снижению.

Для изучения инвалидности вследствие онкозаболеваний, сначала установили, какой ранг занимают новообразования среди других нозологических форм. В области первые места занимают (показатель на 10 тысяч трудоспособного населения) болезни системы кровообращения: в 2010 году этот показатель был 13,2, а в 2012 году – 11,4 на 10 000 населения. На втором месте находятся новообразования: в 2010 году – 10,2, в 2012 – 10,4 на 10 000 населения. Третье место занимают болезни костно-мышечной системы. Четвертое и пятое места занимают соответственно травмы и болезни нервной системы. При определении структуры инвалидности по основным нозологическим формам установили, что в 2011 и 2012 годах первое место занимали заболевания системы кровообращения, на втором месте – новообразования, которые составляли 17,17% и 17,7% (табл. 2). Тенденция к росту заболеваемости новообразованиями в Украине отразилась и на показателях инвалидности в 2012 году. Так уровень показателя первичной инвалидности вследствие новообразований повысился на 1,1 % и составил 9,5 на 10 000 взрослого населения.

Таблица 2

**Структура первичной инвалидности среди работоспособного населения Полтавской области по нозологическим формам за 2011 – 2012 гг. (%)**

Нозологические формы болезней	2011 год	2012 год
Болезни системы кровообращения	20,3	19,4
Новообразования	17,7	17,7
Болезни костно-мышечной системы	16,9	16,3
Травмы	10,7	10,5
Болезни нервной системы	6,68	5,6
Расстройства психики	5,74	5,5
Инфекционные и паразитарные болезни	4,66	4,9
Болезни глаз	4,5	4,9
Болезни органов пищеварения	3,71	3,2
Болезни эндокринной системы	3,16	3,5
Болезни органов дыхания	1,75	1,9
Болезни мочеполовой системы	0,87	1,3
Болезни уха	0,62	0,8
Болезни крови	0,23	0,2
Другие причины	3,6	4,0
Всего	100%	100%

Динамика показателей за последние 5 лет имела неоднородный характер. Так, первичная инвалидность взрослого населения вследствие новообразований, в т.ч. злокачественных, волнообразно возросла и в 2008 и 2010 годах достигла 10,4 и 10,2 на 10 тысяч населения. В 2011 и 2012 году показатель по Полтавской области стабилизировался и составил 10,1 по двум годам на 10 тысяч населения. В стране наблюдается прогрессивное повышение уровня первичной инвалидности вследствие новообразований среди взрослого и трудоспособного населения. Рост инвалидности происходит за счет злокачественных новообразований поскольку первичная инвалидность вследствие доброкачественных опухолей является стабильной и в последние 5 лет составляла 0,5 на 10 тысяч трудоспособного населения Украины, что указывает более на злокачественное течение онкологических заболеваний. В 2011 году в Полтавской области в структуре первичной инвалидности вследствие онкозаболеваний 88,46% составляли

злокачественные новообразования. В 2012 году в структуре первичной инвалидности вследствие онкозаболеваний злокачественные новообразования занимали 100%.

Таким образом, в 2012 году наблюдалась тенденция к повышению уровня первичной инвалидности вследствие новообразований за счет злокачественных форм среди взрослого и трудоспособного населения в Украине и стабилизация показателей по Полтавской области. Объяснить это можно, в том числе и изменениями в подходах к установлению групп инвалидности согласно новой «Инструкции по установлению групп инвалидности» (приказ МЗ Украины № 561 от 05.09.2011 г.), а именно, возвращение III группы инвалидности больным после мастэктомии по поводу рака молочной железы, лидирующей в структуре онкозаболеваний у женщин (19,9 %). Итак, уже при таких условиях возникает и проблема роста инвалидизации населения.

Своевременная ранняя диагностика новообразований позволит проводить радикальное комплексное лечение и повысить его эффективность, что будет способствовать снижению уровня первичной инвалидности в Украине вследствие новообразований.

### Выводы

1. Онкозаболевания занимают второе место среди причин первичной инвалидности трудоспособного населения.
2. В структуре причин первичной инвалидности вследствие онкозаболеваний преимущественно занимают злокачественные новообразования 88,46% (2011 год) и 100% (2012 год).

### Список литературы

1. Баштан В. П. Онкологія: підручник для студ. стомат. фак. вищих мед. навч. закладів освіти III-IV рівнів акредитації / В.П. Баштан, А.Л. Одабаш'ян, П.В. Шелешко [та ін.]. – Тернопіль: Укрмедкнига. - 2003. – 311 с.
2. Гусева Н. К. Медико-социальная экспертиза в социальной защите инвалидов / Н. К. Гусева, В. А. Соколов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 6. – С. 24-27.
3. Дементьева Н. Ф. Социкультурная реабилитация инвалидов в системе интеграции их в общество / Н. Ф. Дементьева, Т. В. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 28-30.
4. Іпатов А. В. Інформаційні технології оцінки перебігу інвалідності в Україні / А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова // Український терапевтичний журн. – 2011. – № 3. – С. 57-66.
5. Іпатов А. В. Інвалідність унаслідок хвороб системи кровообігу (первинна, прихована, прогнозована) / А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова [та ін.] // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 2. – С. 47-53.
6. Крекотень Е. Н. Хронизация и инвалидность трудоспособного населения приводящие к огромному экономическому ущербу государства / Крекотень Е. Н. // Украинский медицинский альманах. – 2010. – № 6. – С. 80-82.
7. Маруніч В. Медико-соціальне обслуговування людей з обмеженими можливостями / В. Маруніч // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. – № 11. – С. 32-35.
8. Про внесення змін до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для розроблення нових видів протезно-ортопедичних виробів та обслуговування інвалідів у стаціонарах при протезних підприємствах : постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.2012 р. № 112 // Офіційний вісник України. – 2012. – № 15. – С. 23.
9. Про внесення змін до Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги особам, які мають права на пенсію, та інвалідам і державної соціальної допомоги на догляд : постанова Кабінету Міністрів України від 21.03.2012 р. № 232 // Офіційний вісник України. – 2012. – № 23. – С. 18.
10. Про затвердження Положення про Всеукраїнський центр реабілітації інвалідів «Віра, надія, любов» : наказ від 24.09.2012 р. № 595 / Міністерство соціальної політики України // Офіційний вісник України. – 2012. – № 78. – С. 200-205.
11. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів : постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321 // Офіційний вісник України. – 2012. – № 31. – С. 163-179.
12. Про затвердження форм документів з обліку та забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації : наказ від 04.07.2012 р. № 400 / Міністерство соціальної політики // Офіційний вісник України. – 2012. – № 64. – С. 185-201.
13. Про удосконалення організації відбору інвалідів та дітей-інвалідів для проведення операцій з імплантаційного слухопротезування : наказ МОЗ України від 31.07.2013 р. № 728/71 / Міністерство охорони здоров'я України ; НАМІ // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2013. – № 10. – С. 84-87.
14. Сергієні О. В. Причини та фактори, які зумовлюють первинну інвалідність серед осіб молодого віку / О. В. Сергієні, С. В. Макарова, А. Г. Кириченко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3. – С. 13-16.
15. Хобзей М. К. Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні / М. К. Хобзей, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін [та ін.] // Медичні перспективи. – 2010. – № 4. – С. 131-136.

### Реферат

#### ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Жабо Т.М.

Онкологические заболевания являются важной медико-социальной проблемой. Инвалидизация онкобольных приобретает большой размах, уступая только заболеваниям сердечно-сосудистой системы. В работе проведен анализ медико-

#### DYNAMICS OF DISABLEMENT DUE TO ONCOLOGICAL DISEASES OF ABLE-BODIED PEOPLE

Zhabo T. M.

Oncological diseases are very important medical and social problem. Invalidism among oncological patients is increasing, this number is on the second place after cardiovascular diseases. In this research an analysis of

соціальних аспектів інвалідності. На основі проведення структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності побудована графологічна модель рішення проблем інвалідності шляхом надання різних видів допомоги. З допомогою контент-аналізу проаналізовані правові аспекти інвалідності. Опіраючись на екстенсивні показники встановлена структура інвалідності за загальною захворюваністю. Визначено динаміку інвалідизації дорослого населення в період 2008-2012 років. Своєчасна діагностика новооб'язаних дасть можливість проводити радикальне комплексне лікування і підвищить його ефективність, що дозволить знизити рівень первинної інвалідності в Україні в результаті новооб'язаних.

**Ключові слова:** інвалідність, онкозахворювання, динаміка, показники здоров'я.

Стаття надійшла 18.02.2014 р.

medical and social aspects of disablement was held. On the basis of structural and logical analysis taking into account the principles of consistency a graphological model of solving problems of invalidity by providing various types of assistance was created. With the help of content analysis the legal aspects of disablement were analyzed. Relying on extensive index a structure of disablement by common diseases was set. Dynamics of invalidism among adult people during 2008-2012 years was defined. A well-timed diagnostics of tumors will give an opportunity to held the radical complex treatment and will increase its effectiveness that will decrease level of primary disability caused by tumors in Ukraine.

**Key words:** disablement, oncological diseases, dynamics, health indicators.

Рецензент Катрушов О.В.

УДК 616.728.3-073.48

**І. В. Іваницький, С. О. Пономаренко**

**ВДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,  
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків**

### ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРИПУХЛІСТЮ ПІДКОЛІННОЇ ЯМКИ

У статті наведені дані щодо диференційної діагностики припухлості підколінної ямки, описані захворювання, при яких може зустрічатися цей симптом, перелічені клінічні та ультразвукові критерії, необхідні для встановлення правильного діагнозу. На основі клініко-ультразвукових критеріїв розроблений алгоритм визначення доцільності проведення ультразвукового обстеження суглобу, який полягає в наступному: при наявності захворювань суглоба в анамнезі – нараховується 2 бали, наявність травм в анамнезі оцінюється в 5 балів, відсутність перерахованих ознак – 7 балів. Оцінка інтенсивності болю проводиться відповідно до кількості набраних балів від 1 до 10, швидкість розвитку болю оцінюється наступним чином: миттєво - 6 балів, швидко - 4 бали, поступово - 2 бали. Проба із стисканням припухлості, якщо вона позитивна, оцінюється в 2 бали, якщо негативна - 4 бали. На основі отриманих даних нами був зроблений висновок щодо необхідності виконання УЗД колінного суглобу негайно, якщо сума балів склала більше 15, планово, якщо сума балів склала від 10 до 15, і пацієнт не потребує проведення УЗД колінного суглобу, якщо сума балів менше 10. Розроблений алгоритм дозволяє визначити необхідність та плановість проведення ультразвукового дослідження колінного суглобу в кожному конкретному випадку.

**Ключові слова:** колінний суглоб, кіста Бейкера, бурсит, тромбоз підколінної вени, діагностичний алгоритм.

У практиці спеціалістів різної спрямованості зустрічаються пацієнти зі скаргами на біль та припухлість у підколінній ямці. Досить часто при первинному огляді буває важко розпізнати справжню причину цих скарг та призначити відповідне подальше обстеження, а тим більше, лікування. Саме тому ми намагались проаналізувати можливі причини розвитку цієї патології та особливості проведення диференційної діагностики, як клінічної, так і ультразвукової з метою визначення оптимального алгоритму діагностичного пошуку. Найбільш розповсюдженою патологією, що призводить до розвитку болю та припухлості у підколінній ямці є кіста підколінної ямки, або кіста Бейкера.

Вперше вона була описана у 1840 р. М. Adams, але зв'язок між ушкодженнями колінного суглобу, артрозами та розвитком кісти підколінної ямки був виявлений англійським хірургом Вільямом Бейкером (англ. William Marrant Baker) у 1877 р. [5]. Ця патологія розвивається на фоні синовіїту та виділення великої кількості рідини в порожнину суглоба. Найбільш типові захворювання, що супроводжуються виникненням кісти Бейкера: ревматоїдний артрит, деформуючий остеоартроз, псоріатичний артрит.

Патогенез розвитку кісти передбачає розтягнення суглобової капсули та синовіальної оболонки колінного суглоба великою кількістю синовіальної рідини. При активних рухах у суглобі внаслідок підвищення внутрішньосуглобового тиску ця рідина переміщується у сухожилкові сумки литкового та напівперетинчастого м'язів та розтягує їх, формуючи утворення, яке власне і називається кістою Бейкера.

Клінічно кіста Бейкера проявляється у вигляді припухлості яйцеподібної форми, зазвичай у медіальній частині підколінної ділянки. Найбільш помітною вона є при повністю розігнутому коліні, при зігнутому - вона менш щільна і випукла. В той же час, в залежності від розмірів, це утворення може значно обмежувати рухливість в колінному суглобі. Досить часто кіста Бейкера зустрічається одночасно на обох колінних суглобах [5].

Кісти Бейкера невеликих розмірів зазвичай не мають симптоматики і бувають раптовою знахідкою під час обстеження колінних суглобів. За умови невеликих розмірів кісти, її непомітно під час загального