

УДК 616.43:612.6

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0721.21.2.2025.1506>Вернигородський В.С.<sup>1</sup> , Власенко М.В.<sup>1</sup> , Паньків В.І.<sup>2</sup> , Крохмалюк О.К.<sup>3</sup> ,  
Вернигородська М.В.<sup>1</sup> , Товкай О.А.<sup>2</sup> , Юзвенко Т.Ю.<sup>2</sup> <sup>1</sup> Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна<sup>2</sup> Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ, Україна<sup>3</sup> Вінницький обласний клінічний ендокринологічний центр, м. Вінниця, Україна

## Критерії направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи з ендокринною патологією

For citation: *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal*. 2025;21 (2):103-111. doi: 10.22141/2224-0721.21.2.2025.1506

**Резюме.** Кількість первинно визнаних особами з інвалідністю за усіма причинами в Україні зросла з 38,8 на 10 тис. населення у 2022 р. до 61,7 на 10 тис. населення — у 2023 р. Усього визнано особами з інвалідністю в Україні у 2023 р. 230 685 осіб порівняно з 145 243 особами в 2022 р. Серед них причиною інвалідності визнана ендокринна патологія у 11 061 особи у 2023 р. проти 7344 осіб у 2022 р. Серед ендокринної патології цукровий діабет став причиною інвалідності у 7924 осіб у 2023 р. проти 5462 осіб у 2022 р. У статті розглядаються основні положення Постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи», в якій розроблено покроковий алгоритм з направлення особи на оцінювання. Наводиться перелік анатомічних дефектів та захворювань, при яких група інвалідності встановлюється без строку повторного оцінювання. Описаний порядок направлення вперше на оцінку функціонування особи у конкретних ситуаціях. Наведена класифікація основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості, а також покроковий алгоритм оформлення особи на оцінювання повсякденного функціонування особи. Розглядаються критерії визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, а також критерії визначення групи інвалідності хворим з ендокринопатіями (цукровий діабет, гіпотиреоз, хвороба Грейвса, акромегалія, синдром гіперкортицизму, нецукровий діабет, хронічна недостатність кори надниркових залоз). Оцінювання повсякденного функціонування при ендокринопатіях проводиться після повного адекватного лікування за критеріями, затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338.

**Ключові слова:** оцінювання повсякденного функціонування особи; цукровий діабет; гіпотиреоз; хвороба Грейвса; акромегалія; синдром гіперкортицизму; нецукровий діабет; хронічна недостатність кори надниркових залоз

В Україні відзначається зростання числа хворих з різними ендокринопатіями [1]. Патологія ендокринної системи посідає одне з провідних місць у загальній захворюваності населення [2].

У структурі ендокринних захворювань основне місце займає цукровий діабет (ЦД) та патологія щитоподібної залози, які переважно мають хронічний перебіг і можуть призводити до стійкої втрати працездатності та інвалідності [3].

Якщо проаналізувати динаміку інвалідності внаслідок ендокринних захворювань, то вона неухильно зростає [4]. Насамперед це стосується ЦД та його серцево-судинних ускладнень, що є головною причиною інвалідності та смертності хворих [5].

Не менш важливою медичною та соціальною проблемою на сьогодні є патологія щитоподібної залози та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи [6, 7].

 © 2025. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Вернигородський Віктор Сергійович, доктор медичних наук, професор, кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти імені Б.О. Зелінського, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна; e-mail: [viktorsergver@gmail.com](mailto:viktorsergver@gmail.com); тел.: +380 (67) 877-57-04

For correspondence: Viktor Vernygorodsky, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Endocrinology with Postgraduate Course named after B.O. Zelinskyi, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Pirogov st., 56, Vinnytsia, 21018, Ukraine; e-mail: [viktorsergver@gmail.com](mailto:viktorsergver@gmail.com); phone: +380 (67) 877-57-04

Full list of authors information is available at the end of the article.

Кількість первинно визнаних особами з інвалідністю за усіма причинами в Україні зростає з 38,8 на 10 тис. населення у 2022 р. до 61,7 на 10 тис. населення — у 2023 р. По Вінницькій області відповідний показник зріс з 47,6 на 10 тис. населення у 2022 р. до 85,2 на 10 тис. населення у 2023 р. При цьому частка зростання кількості осіб з ендокринною патологією становить до +50 %, серед яких основною патологією залишається цукровий діабет (+44,4 %).

Усього визнано особами з інвалідністю в Україні у 2023 р. 230 685 осіб порівняно з 145 243 особами в 2022 р. Серед них причиною інвалідності визнана ендокринна патологія у 11 061 особи у 2023 р. проти 7344 осіб у 2022 р. Серед ендокринної патології цукровий діабет став причиною інвалідності у 7924 осіб у 2023 р. проти 5462 осіб у 2022 р.

Більшість хворих визнані особами з інвалідністю III групи — 60,9 %, II групи — 31,7 %, IA — 0,8 %, IB — 6,6 % (дані за 2023 рік).

**З огляду на вищесказане надзвичайно важливою стала Постанова Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи», у якій розроблено і наведено покроковий алгоритм з направлення особи на оцінювання [8].**

Постанова визначає основні організаційні засади формування та функціонування експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (далі — експертні команди). Експертні команди формуються та функціонують у кластерних та/або надкластерних закладах охорони здоров'я, а також за потреби та/або в разі відсутності затвердженої спроможної мережі закладів охорони здоров'я на території регіону — у закладах охорони здоров'я комунальної або державної форми власності. Перелік лікарів, які мають право проводити оцінювання повсякденного функціонування особи та входять до складу експертних команд, затверджується керівником закладу охорони здоров'я та підлягає оновленню не менш як один раз на рік.

Для початку необхідна інформація, чи входить заклад охорони здоров'я в електронну систему для оцінювання повсякденного функціонування, чи активований в електронній системі (обліковий запис лікуючих лікарів з електронними цифровими підписами від медичного закладу).

Лікуючий лікар — це лікар вузького профілю, що супроводжує та лікує основне захворювання пацієнта, яке найбільше вплинуло на інвалідизацію. Далі лікуючий лікар визначає підстави для направлення. Зараз починається період настання строку повторного огляду осіб з інвалідністю. Цю групу пацієнтів потрібно направити для оцінки відповідності за новими вимогами.

Насамперед потрібно оцінити наявність обмеження здатності: до пересування, самообслуговування, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, навчання, трудової діяльності. А надалі пов'язати це з тією чи іншою ситуацією.

Справи пацієнтів, що хворіють на ендокринну патологію, розглядаються експертними командами, створеними в закладах охорони здоров'я відповідно до переліку закладів охорони здоров'я, у яких організовується проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого МОЗ (щодо закладів державної форми власності), розпорядженням керівника області, Київської міської держадміністрації (військової адміністрації) за погодженням з МОЗ.

Справи пацієнтів, що хворіють на хвороби системи кровообігу (100–199 за НК025:2021), з порушеннями кровообігу спинного мозку (Є95.1 за НК025:2021), надсилаються на розгляд експертних команд, створених на базі багатопрофільних надкластерних закладів охорони здоров'я та надкластерних закладів охорони здоров'я за кардіологічним напрямком.

Усього створено 5 напрямків: фізіопульмонологічний, психіатричний, онкологічний, кардіологічний і загальний.

**Перелік анатомічних дефектів та захворювань, при яких група інвалідності встановлюється без строку повторного оцінювання (обумовлених ендокринопатіями)**

**Група інвалідності II**

— Стійкий повний птоз на обох очах після всіх видів відновного лікування та необоротні зміни органу зору з гостротою зору з переносною корекцією 0,05–0,08 або концентричними звуженнями поля зору на 20 градусів від точки фіксації на обидва ока або на око, що краще бачить.

**Критерії визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи (перелік захворювань та станів в ендокринології)**

Захворювання та стани	Код згідно з Національним класифікатором НК025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»
Злоякісні новоутворення щитоподібної залози та інших ендокринних залоз, що мають III–IV стадію	C73–C75
Набута відсутність кінцівок або їх частин, крім відсутності пальців, набута відсутність стопи та гомілковостопного суглоба	Z89.4
Набута відсутність ноги на рівні чи нижче коліна	Z89.5
Набута відсутність ноги вище коліна	Z89.6
Набута відсутність обох нижніх кінцівок, на будь-якому рівні, за винятком лише пальців стопи	Z89.7
Хвороби печінки: фіброз та цироз печінки, за критерієм Чайлда — П'ю, клас C	K74

**Медичні інтервенції, проведення яких є підставою для направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи**

Назва медичної інтервенції	Код НК025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»
<b>I. Ампутація та екзартикуляції</b>	
Ампутація на рівні передпліччя	44328-00
Ампутація на рівні середньо-зап'ясного суглоба	44325-00
Ампутація вище коліна	44367-00
Ампутація на рівні кульшового суглоба	44370-00
Ампутація нижче коліна	44367-02
Ампутація пальця стопи із залученням плеснової кістки	44368-00
Ампутація в гомілковостопному суглобі на рівні кісткової частини великої та малої гомілкових кісток	44361-01
Ампутація пальця, включаючи п'яткову кістку	46483-00
<b>II. Видалення органів</b>	
Панкреатектомія	30593-00
Тотальна адреналектомія двобічна	30500-02
Підшкірна мастектомія, двостороння	31524-01
Проста мастектомія, двостороння	31518-01

**Діагнози, наявність яких є підставою для направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи**

Назва медичної інтервенції	Код НК025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»
Сліпота обох очей	H54.0
Повна сліпота одного ока і часткова сліпота іншого ока	H54.3
Тяжке порушення зору обох очей	H54.1
Двобічний анофтальм	Q11.1
Важка розумова відсталість	F72
Глибока розумова відсталість	F73
Хронічна хвороба нирок, стадія 4	N18.4
Хронічна хвороба нирок, стадія 5	N18.5
Набута відсутність пальця (пальців) (включаючи великий палець), однібічна	Z89.0
Набута відсутність стопи та гомілковостопного суглоба	Z89.4
Набута відсутність ноги на рівні чи нижче коліна	Z89.5
Набута відсутність ноги вище коліна	Z89.6
Набута відсутність обох нижніх кінцівок на будь-якому рівні, за винятком лише пальців стопи	Z89.7

- Кукса стегна чи гомілки.
- Кукса стопи на рівні суглоба Лісфранка або на вищому рівні.
- Панкреатектомія за наявності цукрового діабету.

**Група інвалідності III**

- Первинний (тотальна тиреоїдектомія) або вторинний (внаслідок патології гіпофіза) гіпотиреоз у тяжкій формі в стадії субкомпенсації або декомпенсації за неефективності адекватного лікування.
- Первинна (двобічна адреналектомія) або вторинна (внаслідок патології гіпофіза) надниркова недостатність у тяжкій формі.
- Єдина функціонуюча нирка.
- Двобічна мастектомія.

- Рідкісні (орфанні) захворювання, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації.

- Карликовість із зростом нижче 130 см у чоловіків та 120 см у жінок.

**Направляються вперше на оцінку функціонування особи у наступних ситуаціях:**

- виставлений діагноз захворювання стійкого, необоротного, що триває понад 1 рік, хворий має 120 календарних днів безперервної непрацездатності або 150 календарних днів непрацездатності з перервами;
- інтервенції, які стосуються: ампутації, видалень органів (крім щитоподібної, прищитоподібних і надниркових залоз, коли можлива замісна терапія), артрозів і трансплантації органів;

**Перелік онкологічних та онкогематологічних захворювань з несприятливим прогнозом**

Захворювання та стан	Код НК025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»
Анапластичний рак щитоподібної залози	C73
Рак надниркових залоз з віддаленими метастазами або невиліковий, нерезектабельний або рецидивуючий	C79.7
Анапластичний рак надниркових залоз у дорослих, з віддаленими метастазами або невиліковий, нерезектабельний або рецидивуючий	C79.7
Лімфома Ходжкіна, рефрактерна форма	C81

**Перелік тяжких захворювань та станів, за яких інвалідність встановлюється на 5 років**

Захворювання та стан	Код НК025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»
Цукровий діабет типу 1 або 2, з хронічною хворобою нирок, стадії 3–5	E10.2; E11.2 N18.3–N18.5

— діагнози, які стосуються трансплантації, сліпоты (або відсутність очей); відсутність кінцівок, хронічна хвороба нирок 4–5-ї стадії (рШКФ нижче за 30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>), діабетична хвороба нирок (рШКФ нижче за 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>), розумова відсталість.

У разі направлення особи на проведення оцінювання з причини тривалої непрацездатності в медичній документації має бути зафіксоване стійке обмеження життєдіяльності — особа має помірний (перший), виражений (другий) або значний (третій) ступінь обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності.

**Класифікація основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості**

Ступінь обмеження життєдіяльності визначається як величина відхилення від нормальної функціональності особи, що впливає на її здатність здійснювати основні життєві активності. Таке визначення базується на об'єктивних критеріях, що включають функціональні, соціальні та психологічні аспекти.

Виділяються чотири основні ступені обмеження життєдіяльності:

— легкий ступінь обмеження — особа має незначні труднощі у виконанні деяких повсякденних завдань, але здатна справлятися з основними функціями без сторонньої допомоги;

— помірний ступінь обмеження (перший ступінь) — особа має помітні труднощі у виконанні повсякденних завдань, як-от навчання, робота, спілкування, орієнтація, контроль за поведінкою, пересування та самообслуговування;

— виражений ступінь обмеження (другий ступінь) — особа стикається з істотними труднощами у виконанні більшості основних активностей, що може включати значні обмеження у навчанні, роботі, спілкуванні та самообслуговуванні, які потребують регулярної допомоги або спеціальних заходів для поліпшення якості життя;

— значний ступінь обмеження (третій ступінь) — особа має серйозні порушення функцій органів і систем, що призводять до неможливості або істотного зни-

ження здатності виконувати основні життєві функції, що супроводжується потребою в сторонній допомозі для забезпечення базових потреб, як-от догляд, харчування та пересування.

**Покроковий алгоритм оформлення особи на оцінювання повсякденного функціонування особи**

**I. Направлення особи на оцінювання**

Оцінювання проводиться за електронним направленням лікуючим лікарем після проведення необхідних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності ознак, що відповідають критеріям направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338.

Відповідність критеріям направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженим постановою, не створює підстав для встановлення інвалідності або інших рішень експертних команд, а є лише підставою для направлення особи на проведення такого оцінювання.

Електронне направлення повинне містити таку інформацію:

1) про особу, яка направляється на проведення оцінювання:

— прізвище, ім'я та по батькові;  
— реєстраційний номер облікової картки платника податків;

— серія та номер документа, що посвідчує особу, відповідно до Закону України;

— військово-обліковий документ для призовників, військовозобов'язаних та резервістів чи посвідчення про приписку до призовної дільниці — для чоловіків віком від 18 до 60 років;

— дата народження;

— стать;

— адреса задекларованого місця проживання або фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб);

— відомості щодо наявності або відсутності інвалідності;

— у разі наявності інвалідності зазначається група, строк, причина, нозологічна форма та час настання інвалідності;

- номер телефону;
- адреса електронної пошти (у разі наявності);

2) медичні документи, що стосуються захворювання чи стану здоров'я, відповідно до якого особу направлено на проведення оцінювання:

— виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою, затвердженою МОЗ, в обсязі лише тих даних, на підставі яких встановлено ступінь важкості захворювання або діагноз, який розглядатиметься експертною командою, мають бути не старішими ніж 4 місяці;

— результати лабораторних, інструментальних, променевих та інших обстежень, що підтверджують діагноз або стани здоров'я та ступінь їх важкості;

— документи або інформація, що підтверджують безперервну тимчасову непрацездатність протягом чотирьох місяців з дня її настання чи у зв'язку з одним і тим самим захворюванням протягом п'яти місяців з перервою за останні 12 місяців;

— згода особи, яка направляється на проведення оцінювання, на обробку та передачу персональних даних за формою, затвердженою МОЗ.

## **II. Прийняття до розгляду електронного направлення на проведення оцінювання**

Після отримання закладом охорони здоров'я електронного направлення його розглядає адміністратор, який є уповноваженою особою в цьому лікувальному закладі, у якому створено експертну команду.

Адміністратор:

— отримує електронні направлення та супровідні документи в електронній системі та проводить їх перевірку на предмет повноти наданої інформації;

— може повертати їх на доопрацювання в разі наявності відповідних підстав протягом п'яти робочих днів з моменту їх надходження із зазначенням підстави для повернення;

— визначає необхідний перелік спеціальностей лікарів експертної команди;

— визначає можливу форму розгляду експертною командою (очно, заочно).

## **III. Процедура проведення оцінювання**

— Розгляд справ здійснюється в порядку черговості на підставі електронної черги, яка формується електронною системою.

— До дня розгляду справи члени експертної команди не мають доступу до справи в електронній системі. Особа, яку направили на проведення оцінювання, не має доступу до персонального складу експертної команди, яка проводитиме оцінювання.

— Розгляд справи повинен бути проведений не пізніше 30 календарних днів з дня прийняття закладом охорони здоров'я електронного направлення до розгляду.

— Рішення приймаються експертною командою в день розгляду справи, крім випадків необхідності про-

ведення додаткового обстеження або зміни складу експертної команди.

— Головуючим у справі визначається лікар, чия спеціальність відповідає профілю справи, і несе відповідальність за складення протоколу розгляду справи та формування проекту рішення експертної команди.

— Якщо наявної інформації недостатньо для прийняття рішення щодо оцінювання, експертна команда має право направити особу на додаткове медичне обстеження.

— Рішення приймаються колегіально більшістю голосів членів експертної команди. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос головуючого у справі. Розгляд справи фіксується у відповідному протоколі.

— Датою встановлення інвалідності вважається дата надходження до експертної команди направлення на проведення оцінювання.

## **Критерії визначення форми проведення оцінювання повсякденного функціонування особи**

Експертна команда з оцінювання повсякденного функціонування особи проводить розгляд справ за такими формами:

- 1) очно, за участі особи або її уповноваженого представника в закладі охорони здоров'я;
- 2) заочно, без особистої участі особи;
- 3) із використанням методів і засобів телемедицини;
- 4) за місцем перебування/лікування особи.

## **Критерії визначення групи інвалідності окремим хворим з ендокринопатіями**

### **1. Цукровий діабет**

Підставою для визначення інвалідності **першої Б групи** є стійкі, надто важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені цукровим діабетом та його ускладненнями, що призвели до різкого обмеження життєдіяльності хворого, неспроможності до самообслуговування і викликали потребу в постійному сторонньому догляді чи допомозі:

— ретинопатія III стадії, двостороння діабетична катаракта з втратою зору (гострота зору менше за 0,05 з корекцією) на обидва ока чи око, що краще бачить;

— хронічна хвороба нирок (ХХН), нефропатія III–V стадії з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності;

— нейропатія із вираженими руховими розладами (виражені парези), атаксією; дисциркуляторна енцефалопатія III ступеня із значно вираженими органічними змінами психіки чи наявністю геміплегії або тотальної афазії;

— важка форма діабетичної стопи (ішемічна діабетична гангрена, нейротрофічна інфікована стопа з поширенням процесу на м'язи, сухожилля, кістки, розвитком гангрені), важка остеоартропатія обох ніг з порушенням їх функцій;

— ампутаційні кукси обох стегон на рівні верхньої третини як результат діабетичної стопи;

— кукса стегна і хронічна артеріальна недостатність II–III ступеня другої нижньої кінцівки;

— важка форма цукрового діабету з ускладненнями і стенокардією напруги, функціональний клас III–IV;

— цукровий діабет з хронічною серцевою недостатністю III стадії;

— цукровий діабет з хронічною легеневою недостатністю III ступеня з легеним серцем і серцевою недостатністю II Б стадії;

— цукровий діабет з різким порушенням функцій печінки чи портального кровообігу (значний асцит із набряковим синдромом);

— інші сполучні ураження, що у сукупності призводять до різкого обмеження життєдіяльності.

Підставою для визначення інвалідності **другої групи** є стійкі важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені ЦД та його ускладненнями, що призвели до значного обмеження життєдіяльності хворого, потреби в соціальній допомозі і захисті, однак не викликали втрати здатності до самообслуговування і потреби в постійному сторонньому догляді чи допомозі:

— ретинопатія II–III стадії, двостороння діабетична катаракта із зниженням зору (гострота зору 0,05–0,08) на обидва ока чи око, що краще бачить з корекцією;

— нейропатія у вигляді рухових розладів (парези, атаксії); а також енцефалопатія III ступеня без різких інтелектуально-мнестичних порушень;

— ХХН, нефропатія III–V стадії;

— вегетативна нейропатія серця з ортостатичною артеріальною гіпотензією, стійкими порушеннями ритму серця, із серцевою недостатністю II Б стадії;

— діабетична ішемічна стопа IV стадії, нейропатична інфікована стопа;

— ампутаційна коротка кукса стегна, кукси обох гомілок, короткі кукси обох стоп; тимчасово непротезована довга кукса нижньої кінцівки;

— цукровий діабет зі стенокардією напруги, функціональний клас III, після трансмурального інфаркту міокарда з серцевою недостатністю II А стадії;

— цукровий діабет з гіпертонічною хворобою II стадії з частими (6 і більше разів на рік) важкими кризами;

— цукровий діабет із стійко декомпенсованим цирозом печінки з вираженою печінковою недостатністю або помірним асцитом;

— цукровий діабет, ускладнений діабетичною енте-ропатією з різким загальним виснаженням (III ступеня);

— цукровий діабет з хронічною артеріальною недостатністю II–III ступеня внаслідок облітеруючих захворювань судин обох нижніх кінцівок;

— цукровий діабет зі значними розладами мови і помірним монопарезом внаслідок ураження нервової системи;

— інші сполучні ураження, що у сукупності призводять до різкого обмеження життєдіяльності.

Підставою для визначення **третьої групи** інвалідності є стійкі середньої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені ЦД та його ускладненнями, що призвели до помірного обмеження життєдіяльності хворого, у тому числі можливості його трудової діяльності, і викликали потребу в соціальній допомозі і захисті певного обсягу. Обмеження можливостей трудової діяльності можуть виражатися у втраті професії, значному

зниженні кваліфікації чи зменшенні обсягу трудової діяльності; у суттєвих складнощах при здобутті професії чи працевлаштуванні:

— ретинопатія II стадії, із зниженням гостроти зору до 0,09–0,1 (з корекцією) на обидва ока чи око, що краще бачить;

— цукровий діабет із стійкою високою (не менше за 210/120 мм рт.ст.) артеріальною гіпертензією різного генезу, що не піддається лікуванню;

— цукровий діабет зі стабільною стенокардією напруги, функціональний клас III, із серцевою недостатністю II А стадії;

— протезована кукса однієї нижньої кінцівки (крім верхньої третини стегна);

— коротка (на рівні суглоба Шопара) кукса однієї стопи чи довгі (на рівні голівок плеснових кісток) кукси обох стоп;

— цукровий діабет з хронічною артеріальною недостатністю II ступеня при облітеруючих захворюваннях артерій нижніх кінцівок;

— III група інвалідності показана також хворим на цукровий діабет середньої важкості за умови наявності у хворих протипоказаної професії, а раціональне працевлаштування призводить до зниження кваліфікації або значного зниження обсягу виробничої діяльності.

При відсутності функціональних порушень з боку будь-яких органів, систем і протипоказань до праці хворі на цукровий діабет визнаються працездатними.

## 2. Гіпотиреоз

III група інвалідності встановлюється без строку повторного оцінювання при первинному (тотальна тиреоїдектомія) або вторинному (внаслідок патології гіпофіза) гіпотиреозі в стадії субкомпенсації або декомпенсації **за неефективності адекватного лікування** (Постанова Кабінету Міністрів від 15 листопада 2024 р. № 1338).

Разом з тим, як правило, ці хворі добре компенсуються як клінічно, так і гормонально на адекватних дозах замісної гормональної терапії левотироксинам. Тому направляти таких хворих на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи необхідно тільки в тих випадках, коли відзначаються наслідки гіпотиреозу навіть на тлі гормональної компенсації. Це у першу чергу гіпотиреїдна енцефалопатія II–III ст., гіпотиреїдна кардіоміопатія з СН II–III ст., гіпотиреїдна дистальна полінейропатія, які обмежують життєдіяльність хворого.

Для верифікації необоротних наслідків гіпотиреозу необхідно провести низку додаткових лабораторних, гормональних та інструментальних методів дослідження:

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Ліпідний спектр крові.
4. Визначення рівня тиреотропного гормону, вільного тироксину, УЗД щитоподібної залози.
5. Визначення антитіл до тиреоїдної пероксидази, антитіл до тиреоглобуліну.
6. ЕКГ та ехокардіографія (ЕхоКГ).
7. Реоенцефалографія або МРТ головного мозку.

8. Нейроміографія.
9. Дуплексне сканування судин головного мозку.
10. Консультація невролога, кардіолога.

У разі підтвердження тих чи інших змін зі сторони серцево-судинної системи, психічної сфери, порушення обміну речовин, які обмежують життєдіяльність хворого і він не може виконувати роботу зі значним і навіть помірним фізичним навантаженням, йому протипоказана робота з нервовим перенапруженням, яка потребує швидкої і точної реакції (водій транспортних засобів, верстатник, робота на конвеєрі, диспетчер та ін.), його переводять на іншу роботу з виключенням факторів, що призводять до втрати кваліфікації.

Це є підставою для призначення їм III групи інвалідності.

### 3. Хвороба Грейвса

При медико-соціальної експертизі потрібно враховувати, що більшість проявів тиреотоксикозу (зміни зі сторони серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, астеноневротичний симптомокомплекс, офтальмопатія та ін.) має тенденцію до оборотного розвитку після радикальної терапії (консервативне, хірургічне втручання та радіоїодтерапія), тому в більшості випадків хворі є тимчасово непрацездатними.

У деяких випадках лікуючий лікар може направити хворого з тиреотоксикозом на оцінювання повсякденного функціонування особи:

1. Необхідність тривалого лікування у зв'язку з резистентністю до терапії.
2. Автоімунна офтальмопатія, яка залишилася після радикального лікування тиреотоксикозу і обмежує життєдіяльність хворого.
3. Тиреотоксична міокардіодистрофія з порушенням ритму та серцево-судинною недостатністю.
4. Ускладнення після хірургічного лікування (рецидиви захворювання, гіпотиреоз, гіпопаратиреоз, парез гортані, які виступають як основний діагноз).

При направленні до експертної команди необхідно провести низку загальноклінічних, гормональних та інструментальних досліджень:

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Гормональні дослідження (ТТГ, вільний тироксин, вільний трийодтиронін, антитіла до рецептора ТТГ).
3. ЕКГ.
4. Ехокардіографія.
5. Консультація окуліста, невролога, хірурга.

При визначенні трудових рекомендацій необхідно враховувати протипоказані виробничі фактори, наявність яких сприяє погіршенню стану хворих.

Тобто наявність клінічних змін, які впливають на життєдіяльність хворого, та зміна працевлаштування, що тягне за собою зниження кваліфікації або значне зменшення об'єму виробничої діяльності, дає підставу експертній команді встановлювати III групу інвалідності.

II група інвалідності може бути встановлена тільки за наявності в органах (системах) виражених патологічних порушень:

- автоімунна офтальмопатія, що призводить до стійкої диплопії з наступним розвитком косоокості;
- виражена міокардіопатія з порушенням ритму та СН II–III ст.;
- виражені порушення функції інших органів і систем (нервової, травної та ін.).

### 4. Акромегалія

Відносно рідкісна ендокринна патологія, яка належить до орфанних захворювань і розвивається внаслідок підвищеної продукції соматотропного гормону еозинофільними клітинами передньої частки гіпофіза (аденома). Зважаючи на поступовий розвиток хвороби, діагностувати акромегалію на ранніх стадіях її розвитку (преакромегалічна стадія) не завжди можливо. Як правило, акромегалія діагностується в гіпертрофічній стадії (характеризується типовими для акромегалії гіпертрофією й гіперплазією тканин і органів) або в пухлинній стадії (домінують ознаки впливу пухлини на навколишні тканини (очні й неврологічні порушення, підвищення внутрішньочерепного тиску).

При оцінці життєдіяльності хворих на акромегалію потрібно враховувати стадію захворювання, характер пухлинного процесу в передній частці гіпофіза, оперативне лікування, ускладнення після оперативного та променевого лікування.

У початковій преакромегалічній та гіпертрофічній стадіях хворі зазвичай працездатні і продовжують працювати за фахом. Їм протипоказана праця, що пов'язана з тяжким фізичним навантаженням, у несприятливих метеорологічних умовах, зі значним нервово-психічним напруженням. І це може стати підставою для лікуючого лікаря направити хворого для оцінювання функціонування особи з необхідними обстеженнями (після активного специфічного лікування: оперативне — аденомектомія, променева терапія на гіпофіз, консервативна терапія (агоністи дофаміну, аналоги соматостатину). На час лікування хворий тимчасово непрацездатний.

Після лікування, яке може тривати 3–4 місяці, лікар оцінює основні критерії життєдіяльності (наслідки оперативного втручання або променевої терапії, а також супутні захворювання, які є частими наслідками акромегалії: цукровий діабет, вторинна артеріальна гіпертензія), направляє на оцінювання до експертної команди з необхідними додатковими лабораторними, гормональними та інструментальними результатами дослідження:

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Гормон росту або інсуліноподібний фактор росту 1.
3. Кальцій та фосфор крові.
4. Ліпідний спектр.
5. Глюкоза крові та глікозильований гемоглобін.
6. ЕКГ, ЕхоКГ.
7. МРТ або КТ мозку.
8. Консультація окуліста (очне дно та поля зору).
9. Консультація невропатолога, нейрохірурга.

Експертна команда оцінює основні критерії життєдіяльності, ступінь їх важкості, професію хворого, його соціальний статус, виносить рішення про встановлення групи інвалідності.

## 5. Синдром гіперкортицизму

Виділяють дві форми ендogenous гіперкортицизму:

- АКТГ-залежний синдром (хвороба Кушинга);
- АКТГ-незалежний синдром (синдром Кушинга).

В основі цих двох патологій лежить надлишок синтезу глюкокортикоїдів корою надниркових залоз у результаті стимуляції їх адренкортикотропним гормоном (АКТГ) при хворобі та аденомі кори надниркових залоз (синдром Кушинга). З огляду на широкий спектр біологічної дії глюкокортикоїдів на різні органи і системи, клінічна картина буде залежати від ступеня ураження цих органів і носити різноманітний характер. Це у першу чергу зміни зі сторони серцево-судинної системи у вигляді вторинної артеріальної гіпертензії, кісткової системи з розвитком дифузного остеопорозу та нерідко переломами, особливо тіл хребців, розвитком стероїдного ЦД, кушингоїдного ожиріння, порушенням статевих функцій як у жінок, так і у чоловіків.

При встановленні діагнозу необхідна активна комплексна терапія (оперативне лікування — аденомектомія гіпофіза, адреналектомія, при показаннях — променева терапія, консервативна терапія, яка направлена на блокаду синтезу АКТГ або глюкокортикоїдів). На час лікування хворі тимчасово непрацездатні.

Після проведеного того чи іншого методу лікування та стабілізації процесу лікуючий лікар оцінює основні критерії життєдіяльності хворого і направляє його до експертної команди для оцінювання повсякденного функціонування особи.

### Необхідні дослідження при направленні:

1. Загальні аналізи крові та сечі.
2. АКТГ та кортизол (краще в добовій сечі).
3. Ліпідний спектр крові.
4. Глюкоза крові та глікозильований гемоглобін.
5. Калій і натрій крові.
6. ЕКГ і ЕхоКГ.
7. МРТ гіпофіза при хворобі Кушинга.
8. Рентгенографія трубчастих кісток, хребта (поперековий відділ).
9. При необхідності денситометрія.
10. Консультація невропатолога, окуліста.

Експертна команда виносить рішення про встановлення групи інвалідності залежно від ступеня важкості критеріїв життєдіяльності, супутньої патології, професії хворого та його соціального статусу.

Що стосується односторонньої адреналектомії при таких захворюваннях, як феохромоцитома, синдром Конна, андростерома та кортикостерома, то в подальшому хронічна надниркова недостатність у таких хворих не розвивається завдяки функціонуванню другої надниркової залози, що залишилася. Крім рідкісних випадків, коли кортикостерома тривалий час не була оперована і тому гіперкортицизм інгібував секрецію АКТГ.

## 6. Нецукровий діабет

Захворювання, в основі якого лежить дефіцит антидіуретичного гормону (АДГ, вазопресину), який синтезується в супраоптичних та паравентрикулярних ядрах гіпоталамуса і депонується в задній частці гіпофіза та регулює водний обмін. Основною причиною хвороби є

пухлини мозку (краніофарингіоми, гліоми, гістіоцитози), травми черепа, нейроінфекції та ін.). Основні симптоми центрального нецукрового діабету: виражена полідипсія та поліурія (від чотирьох до десяти і більше літрів за добу).

Необхідно підкреслити, що поліурія і полідипсія не є критеріями важкості хвороби, а свідчать про декомпенсацію цього захворювання. Призначена адекватна патогенетична терапія десмопресином доволі швидко нормалізує добовий діурез та стан хворого. Тому такі хворі зазвичай працездатні і продовжують працювати за фахом.

Життєдіяльність у них може бути порушена за рахунок основної причини розвитку нецукрового діабету (пухлина мозку, травма черепа та їх наслідки).

## 7. Хронічна недостатність кори надниркових залоз (хвороба Аддісона)

Захворювання, в основі якого лежить різке зниження синтезу гормонів кори надниркових залоз (глюко- та мінералокортикоїдів) у результаті їх первинного ураження тими чи іншими деструктивними процесами (найчастіше — автоімунна деструкція).

Наслідком дефіциту глюको- та мінералокортикоїдів є розвиток різноманітних клінічних симптомів (виражена постійна наростаюча слабкість, втрата апетиту, схуднення, гіперпигментація, артеріальна гіпотензія), що тією чи іншою мірою впливають на життєдіяльність хворого та його працездатність.

Після встановлення діагнозу хвороби Аддісона необхідно приступити до комплексного адекватного лікування, в основі якого лежить замісна гормональна пожиттєва терапія глюко- та мінералокортикоїдами.

Після досягнення компенсації або субкомпенсації захворювання лікуючий лікар оцінює основні критерії життєдіяльності та ступінь їх важкості, професію хворого, його соціальний статус і направляє хворого до експертної команди для оцінювання повсякденного функціонування особи та при необхідності — встановлення групи інвалідності.

### Необхідні дослідження при направленні:

1. Загальний аналіз крові та сечі.
2. Калій і натрій крові.
3. Хлориди крові.
4. Цукор крові.
5. АКТГ крові.
6. Кортизол (добова сеча).
7. ЕКГ.
8. Рентгенографія ОГК.

У разі залишкових явищ астенодинамічного синдрому, артеріальної гіпотензії, змін зі сторони шлунково-кишкового тракту, порушення обміну речовин, які в тому чи іншому ступені обмежують життєдіяльність хворих і вони не можуть виконувати роботу зі значним і навіть помірним фізичним навантаженням, експертна команда виносить рішення про встановлення III групи.

## Висновки

Оцінювання повсякденного функціонування при ендокринопатіях проводиться після повного адекватного лікування за критеріями, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

## References

1. Pankiv VI, Yuzvenko TYu, Vasiuk VL, Nykytiuk LA, Yuzvenko VS, Mikulets LV. Association between diabetes distress and sociodemographic factors among adults in Ukraine. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2024;20(5):394-399. Ukrainian. doi: 10.22141/2224-0721.20.5.2024.1426.
2. Tkachenko VI, Rimar YaYu. Morbidity and prevalence of malignant neoplasms of the thyroid gland in Ukraine and Kyiv region after the Chernobyl Nuclear Power Plant accident. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2019;15(2):152-157. doi: 10.22141/2224-0721.15.2.2019.166109.
3. Department of Veterans Affairs. Schedule for Rating Disabilities; the Endocrine System. Final rule. *Fed Regist*. 2017 Nov 2;82(211):50802-50807.
4. Pilla SJ, Rooney MR, McCoy RG. Disability and Diabetes in Adults. In: Lawrence JM, Casagrande SS, Herman WH, Wexler DJ,

*Cefalu WT, editors. Diabetes in America. Bethesda, MD: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK); 2023.*

5. Gillani SW, Syed Sulaiman SA, Abdul MIM, Saad SY. Physical Disability and Diabetes Mellitus; Qualitative Exploration of Patients' Perception and Behavior. *Curr Diabetes Rev*. 2018;14(5):472-480. doi: 10.2174/1573399813666170710183736.
6. Pearce SH, Razvi S, Yadegarfar ME, et al. Serum Thyroid Function, Mortality and Disability in Advanced Old Age: The Newcastle 85+ Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Nov;101(11):4385-4394. doi: 10.1210/jc.2016-1935.
7. Vernygorodskiy VS, Vlasenko MV, Vernygorodska MV, Fetisova NM, Palamarchuk AV, Fishhuk OO. Medical and social examination and rehabilitation of patients with endocrine pathology: a manual. Vinnytsia: Publisher Rogalska IO; 2017. 122 p. Ukrainian.
8. Cabinet of Ministers of Ukraine. Resolution on November 15, 2024 № 1338. Some issues of implementing an assessment of a person's daily functioning. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#Text>. Ukrainian.

Отримано/Received 06.02.2025

Рецензовано/Revised 14.03.2025

Прийнято до друку/Accepted 18.03.2025 ■

### Information about authors

Viktor Vernygorodsky, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Endocrinology with Postgraduate Course named after B.O. Zelinskyi, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: viktorsergver@gmail.com; phone: +380 (67) 877-57-04; <https://orcid.org/0000-0002-5073-3523>

Maryna Vlasenko, MD, DSc, PhD, Professor, Head of the Department of Endocrinology with Postgraduate Course named after B.O. Zelinskyi, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: vlasenkoendocrin@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3285-5727>

Volodymyr Pankiv, MD, DSc, PhD, Professor, Head of the Department of Prevention, Treatment of Diabetes and Its Complications, Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: endocr@i.ua; phone: +380 (67) 792-62-47; <https://orcid.org/0000-0002-9205-9530>

Olga Krokhmalyuk, Endocrinologist, Therapeutic Department, Vinnytsia Regional Clinical Endocrinology Center, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: okkrokhmaliuk@gmail.com; phone: +380 (97) 134-18-75; <https://orcid.org/0009-0006-0325-2934>

Maria Vernygorodska, MD, PhD, Head of the Department of Functional Diagnostics, Research Institute of Rehabilitation of Disabled Persons, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: viktorsergver@gmail.com; phone: +380 (68) 003-07-66; <https://orcid.org/0009-0003-5894-8048>

Oleksandr Tovkai, MD, DSc, PhD, Professor, Director, Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: director.tovkai@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1329-279X>

Tetyana Yuzvenko, MD, DSc, PhD, Professor, Deputy Director for Science, Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: tatyuzvenko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4229-2075>

**Conflicts of interests.** Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

V.S. Vernygorodsky<sup>1</sup>, M.V. Vlasenko<sup>1</sup>, V.I. Pankiv<sup>2</sup>, O.K. Krokhmalyuk<sup>3</sup>, M.V. Vernygorodska<sup>1</sup>, O.A. Tovkai<sup>2</sup>, T.Yu. Yuzvenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

<sup>2</sup> Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of MHU, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup> Vinnytsia Regional Clinical Endocrinology Center, Vinnytsia, Ukraine

## Criteria for assessment of activities of daily living in a person with endocrine pathology

**Abstract.** The number of people initially recognized as disabled for all reasons in Ukraine increased from 38.8 per 10,000 population in 2022 to 61.7 per 10,000 population in 2023. A total of 230,685 people were recognized as disabled in Ukraine in 2023 compared to 145,243 people in 2022. Among them, endocrine pathology was recognized as the cause of disability in 11,061 people in 2023 compared to 7,344 people in 2022. Among endocrine pathology, diabetes mellitus became the cause of disability in 7,924 people in 2023 compared to 5,462 people in 2022. The article examines the main provisions of the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1338 dated November 15, 2024 "Some issues of introducing the assessment of daily functioning of a person", which has developed a step-by-step algorithm for referring a person for assessment. A list of anatomical defects and diseases in which the disability group is established without a period of reassessment is provided. The procedure for first-time referral for

assessment of a person's functioning in specific situations is described. The classification of the main criteria of vital activity and their degrees of severity is provided, as well as a step-by-step algorithm for registering a person for assessment of activities of daily living. The criteria for determining the form of assessment of daily functioning of a person are considered, as well as the criteria for determining the disability group for patients with endocrinopathies (diabetes mellitus, hypothyroidism, Graves' disease, acromegaly, hypercorticism syndrome, diabetes insipidus, chronic adrenal insufficiency). Assessment of daily functioning in endocrinopathies is carried out after full adequate treatment according to the criteria approved by the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1338 dated November 15, 2024.

**Keywords:** assessment of activities of daily living; diabetes mellitus; hypothyroidism; Graves' disease; acromegaly; hypercorticism syndrome; diabetes insipidus; chronic adrenal insufficiency