

УДК 616.379-008.64:616.1-071-08:612.015.36

ВЕРНИГОРОДСЬКИЙ В.С., ШЕВЧУК В.І., ВЕРНИГОРОДСЬКА М.В., ВЕРНИГОРОДСЬКИЙ С.В.
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Резюме. У статті наведено результати аналізу первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету. На підставі отриманих даних розроблені критерії визначення ступеня тяжкості цукрового діабету, подані рекомендації щодо визначення групи інвалідності з урахуванням типу діабету, тяжкості перебігу, наявності ускладнень і супутніх захворювань. Запропонована комплексна програма медико-соціальної реабілітації інвалідів унаслідок цукрового діабету.

Ключові слова: цукровий діабет, інвалідність, експертиза, реабілітація.

В останні роки відзначається різке зростання поширеності цукрового діабету (ЦД), захворюваності на ЦД, особливо в промислово розвинутих країнах, у яких частка цієї патології становить 5–6 % населення. Це число має тенденцію до збільшення, що становить істотну загрозу для життя та здоров'я працездатного населення в більшості індустріально розвинутих країн [1–4].

ЦД відрізняється від усіх інших ендокринних хвороб не тільки значною поширеністю, але й частотою розвитку та тяжкістю перебігу ускладнень. І це в першу чергу стосується патології серцево-судинної системи при ЦД, що є головною причиною інвалідності й смертності хворих. Численними дослідженнями виявлено, що в загальній структурі смертності хворих на ЦД смертність від серцево-судинних захворювань становить 75 %. Так, ризик розвитку інфаркту міокарда (ІМ), ішемічного інсульту у хворих на ЦД підвищений у 3–4 рази порівняно з аналогічними показниками в осіб того ж віку без порушень вуглеводного обміну. ЦД є однією з основних причин сліпоты, ампутації ніг, хронічної ниркової недостатності (ХНН), він сприяє ранньому розвитку й прогресуванню атеросклерозу, у тому числі коронарних, церебральних і периферичних артерій.

Виразкові ураження нижніх кінцівок у хворих на ЦД є найчастішою причиною їх госпіталізації й тривалого перебування в стаціонарі. Частота ампутацій у хворих на ЦД в 20 разів вища, ніж у популяції осіб того ж віку без діабету.

Безумовно, первинна та вторинна профілактика серцево-судинних ускладнень залежить не лише від якості лікування хворих на ЦД, контролю й корекції

порушеного метаболізму, але також і від своєчасної медичної й соціальної реабілітації хворих, оцінки їх працездатності, переведенні їх за необхідності на інвалідність з метою забезпечення умов для подальшого лікування й профілактики ускладнень.

Ось чому інвалідність внаслідок ЦД, особливо в осіб молодого віку, є однією з актуальних проблем [5–8].

Метою проведеного дослідження є вивчення первинної інвалідності внаслідок ЦД у Вінницькій області й наукове обґрунтування сучасних підходів до медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів.

Матеріали та методи

Проведено статистичне та соціально-гігієнічне дослідження медико-експертної документації осіб, уперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД на території Вінницької області за період 2007–2011 років. Для виконання роботи застосовували методи документального обліку, математичної статистики, експертних оцінок і структурно-логічного аналізу. Крім того, здійснювали вибірку даних із медико-експертної документації, проводили аналіз державної статистичної звітності медико-соціальної експертної комісії (МСЕК). У праці наведено результати аналізу інвалідності за 5 років для 1034 осіб працездатного віку, у тому числі молодого віку (18–44 роки) — 281 особа.

© Вернигородський В.С., Шевчук В.І., Вернигородська М.В., Вернигородський С.В., 2014

© «Міжнародний ендокринологічний журнал», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Результати дослідження та їх обговорення

У процесі дослідження було виявлено, що кількість інвалідів унаслідок ЦД у працездатному віці у 2007 р. становила 257 осіб (у тому числі ЦД 1-го типу — 72, ЦД 2-го типу — 185), із подальшим зменшенням до 169 осіб (у тому числі 53 із ЦД 1-го типу, 116 — із ЦД 2-го типу) — на 34,2 % — в 2008 році, потім поступово збільшується: до 191 особи (у тому числі 59 із ЦД 1-го типу, 132 — із ЦД 2-го типу) в 2009 році, до 205 осіб (у тому числі 64 із ЦД 1-го типу, 141 — із ЦД 2-го типу) у 2010 році, до 212 осіб (у тому числі 75 із ЦД 1-го типу, 137 — із ЦД 2-го типу) у 2011 році. Загальна кількість інвалідів унаслідок ЦД за 5 років становила 1034 особи (у тому числі при ЦД 1-го типу — 323, при ЦД 2-го типу — 711), у середньому за рік 207 осіб (при ЦД 1-го типу — 65, при ЦД 2-го типу — 142).

Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД серед осіб працездатного віку виявився найвищим в 2007 році — 2,68 на 10 000 працездатного населення (при ЦД 1-го типу — 0,75; при ЦД 2-го типу — 1,93) і найнижчим у 2008 році — 1,77 на 10 000 працездатного населення (при ЦД 1-го типу — 0,56; при ЦД 2-го типу — 1,22). У наступні роки він поступово зростає: до 2,02 на 10 000 відповідного населення у 2009 році (при ЦД 1-го типу становив 0,62; при ЦД 2-го типу — 1,39); до 2,18 у 2010 році (0,68 при ЦД 1-го типу і 1,50 — при ЦД 2-го типу); до 2,26 у 2011 році (0,80 при ЦД 1-го типу і 1,46 при ЦД 2-го типу). Таким чином, рівень первинної інвалідності в осіб працездатного віку з ЦД 2-го типу приблизно вдвічі вищий за рівень первинної інвалідності в осіб працездатного віку з ЦД 1-го типу; за останній рік спостереження порівняно з попереднім роком рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД зріс на 3,6 % (лише за рахунок хворих із ЦД 1-го типу, у контингенті яких цей показник зріс на 15 %; при ЦД 2-го типу спостерігається зниження цього показника на 2,7 %).

Розподіл контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД серед осіб працездатного віку за типом ЦД із 2007 по 2011 рік свідчить про збільшення в ньому частки інвалідів унаслідок ЦД 1-го типу — з 28,0 % в 2007 році до 35,4 % у 2011 році. Якщо в 2007 році в структурі первинної інвалідності внаслідок ЦД

питома вага інвалідів з ЦД 2-го типу була в 2,6 раза більшою за питому вагу інвалідів із ЦД 1-го типу, то в 2011 році — лише в 1,8 раза. У 2008–2010 рр. співвідношення первинних інвалідів унаслідок ЦД 1-го типу й ЦД 2-го типу було стабільним: приблизно 31 і 69 %.

Динаміка показників первинної інвалідності внаслідок ЦД у осіб молодого віку (18–44 роки) за 5-річний період спостереження подана в табл. 1. Кількість хворих молодого віку, уперше визнаних інвалідами, у 2007 році становила 69 осіб, зменшилася до 47–46 осіб у 2008–2009 рр. і потім збільшилася до 56 осіб у 2010 році та 63 осіб у 2011 році, тобто відзначається деяке зменшення абсолютного числа вперше визнаних інвалідами в 2011 році порівняно з 2007 роком. У той же час частка інвалідів молодого віку серед уперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД за вказаний період збільшилася з 26,8 до 29,7 %. Кількість хворих молодого віку, вперше визнаних інвалідами, за 5 років становила 281 осіб; у середньому 56 осіб за 1 рік.

Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД в осіб молодого віку, як і в осіб працездатного віку, був найвищим у 2007 р. — 0,72 на 10 000 населення молодого віку й значно знизився в 2008–2009 рр. — у 1,47 раза (до 0,49 на 10 000). Проте за останні 3 роки він стабільно зростає: від 0,49 на 10 000 населення молодого віку в 2009 році до 0,59 (на 16,9 %) у 2010 році й до 0,67 (на 26,9 %) в 2011 році. У середньому за роки спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД серед осіб молодого віку становив 0,59 на 10 000 населення відповідного віку.

Проаналізовано структуру контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД за віком серед осіб 18–44 років за період із 2007 по 2011 рік. Як показали дані дослідження, за вказаний 5-річний період вона значно змінилась. Якщо в 2007 році найбільшою була частка інвалідів віком 40–44 роки (31,9 % від усіх інвалідів молодого віку з ЦД), то з часом вона постійно зменшувалась: до 17,0 % у 2008 році, до 13,0 % у 2009 році, до 9,4 % у 2010 році, і лише в 2011 році вона знову збільшилась до 15,9 %, проте залишалась меншою порівняно з 2007 роком (у 2 рази). Водночас частка інвалідів унаслідок ЦД віком до 30 років збільшувалась від 26,1 % у 2007 році до 51,1 % у 2008 році, до 56,5 % у

Таблиця 1. Динаміка показників первинної інвалідності осіб молодого віку (18–44 роки) за період із 2007 по 2011 рр. (на 10 тис. населення відповідного віку)

Рік	Загальна кількість уперше визнаних інвалідами	Кількість уперше визнаних інвалідами молодого віку	Питома вага інвалідів молодого віку серед уперше визнаних інвалідами, %	Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД в осіб молодого віку на 10 тис. молодого населення	Показник наочності щодо рівня 2007 р., прийнятого за 100 %	Зміни порівняно з попереднім роком
2007	257	69	26,8	0,72	100,0	–
2008	169	47	27,8	0,49	68,1	↓ в 1,47 р.
2009	191	46	24,1	0,49	68,1	–
2010	205	56	27,3	0,59	81,9	↑ в 1,2 р.
2011	212	63	29,7	0,67	93,1	↑ в 1,13 р.
Усього	1034	281	–	–	–	–

2009 році, потім дещо зменшилась у 2010 році (51,8 %) і знову збільшилась у 2011 році (до 55,6 %). Вказані дані свідчать про те, що частка наймолодших інвалідів, яким не виповнилось і 30 років, у 2011 році порівняно з 2007 роком збільшилась у 2,1 раза (з 26,1 до 55,6 %). У контингенті первинних інвалідів молодого віку внаслідок ЦД 1-го типу питома вага таких осіб змінювалась аналогічно (з 30,5 до 58,6 %), оскільки саме хворі на ЦД 1-го типу становлять практично всю групу інвалідів наймолодшої вікової групи.

Динаміка рівнів первинної інвалідності осіб молодого віку залежно від типу ЦД і приналежності до різних вікових груп вказує на низький рівень інвалідності при ЦД 2-го типу, що в різні роки становив від 0,02 на 10 000 населення молодого віку до 0,10 на 10 000. Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 1-го типу, як і очікувалось, виявився набагато вищим і коливався від 0,42 до 0,62 на 10 000 населення молодого віку. Він був однаковим у 2007 і 2011 рр. та становив 0,62 на 10 000 населення відповідного віку. З 2007 до 2009 року спостерігалось поступове зниження цього показника, проте за останні 3 роки відзначалось його зростання. У середньому за період спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 1-го типу серед інвалідів молодого віку становив 0,53 на 10 000 населення молодого віку.

Вивчення рівнів первинної інвалідності осіб із ЦД віком 18–44 роки залежно від віку показало, що існують відмінності в їх динаміці за 5-річний період. Так, якщо в групі осіб віком 40–44 роки даний показник виявився найвищим в 2007 році (0,23 на 10 000 населення молодого віку), потім значно знизився у 2008 році (до 0,08) і 2009 році (0,06) та дещо зріс у наступні роки (відповідно 0,08 та 0,11 на 10 000 молодого населення), то в групі наймолодших інвалідів (18–29 років) за всі роки спостереження відзначалось стабільне його зростання: 0,19 на 10 000 населення молодого віку в 2007 році, 0,25 (збільшення на 31,6 %) у 2008 році, 0,27 (збільшення на 12,1 %) у 2009 році, 0,31 (збільшення на 63,2 %) у 2010 році, 0,37 (збільшення на 94,7 %) у 2011 році. У віковій групі 30–39 років динаміка показника рівня первинної інвалідності внаслідок ЦД серед осіб молодого віку нагадує динаміку даного показника в найстаршій віковій групі: знижується від 0,30 на 10 000 відповідного населення в 2007 році до 0,16 в 2008 році й до 0,15 в 2009 році, потім зростає до 0,20 в 2010 році та на відміну від найстаршої групи дещо знижується в 2011 році (0,19 на 10 000).

Характеристика контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД серед осіб молодого віку за гендерною ознакою свідчить про значну перевагу (у 2,6 раза) у 2007 році чоловіків — 72,5 проти 27,5 %, що поступово нівелюється в наступні роки. Так, у 2008 році співвідношення чоловіків та жінок становило 66,0 до 34,0 %; у 2009 році — 63,0 до 37,0 %; у 2010 році — 62,5 до 37,5 %, а в 2011 році частка чоловіків була вже дещо меншою, ніж частка жінок, і становила 49,2 %.

Вивчено структуру первинної інвалідності внаслідок ЦД у осіб молодого віку за соціальними причинами інвалідності. Найбільшу частку становлять (від 85,3

до 93,7 % у різні роки, у середньому 88,6 %) інваліди внаслідок загального захворювання. Незначну питому вагу мають інваліди дитинства (від 4,4 до 9,4 %; у середньому 6,6 %), ще меншу — інваліди армії, СБУ тощо — в середньому 3,8 % та інваліди ЧАЕС — 0,8 %. Інші категорії інвалідності трапляються в поодиноких випадках — від 0 до 0,5 %.

Рівень первинної інвалідності внаслідок загального захворювання в осіб молодого віку, як і очікувалось, виявився найвищим та становив у середньому 1,93 на 1000 населення молодого віку, коливаючись від 1,56 до 2,38. Низьким був рівень інвалідності з дитинства — у середньому 0,15 на 10 000 населення молодого віку; ще нижчим — інвалідності, причиною якої була служба в армії, СБУ — 0,08 та ліквідація наслідків аварії на ЧАЕС або проживання на забрудненій радіонуклідами території — 0,02 на 10 000 населення молодого віку.

Проаналізовано структуру первинної інвалідності внаслідок ЦД з урахуванням групи інвалідності та типу ЦД за 2007–2011 р. Встановлено, що питома вага інвалідів першої групи коливалась у різні роки від 13,2 до 25,1 %, становлячи в середньому 18,5 %. За останній рік спостереження вона була найменшою. У контингенті інвалідів унаслідок ЦД 1-го типу частка інвалідів першої групи виявилась незначною, у середньому 2,5 % від усієї кількості інвалідів із ЦД 1-го типу. У контингенті інвалідів унаслідок ЦД 2-го типу вона становила 25,9 %, що було в 10,4 раза більше порівняно з ЦД 1-го типу. Серед інвалідів першої групи внаслідок ЦД 28,9 % осіб мали ступінь втрати здоров'я, що спричинив повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього догляду або допомоги), і їм була встановлена підгрупа А першої групи. Решта — 71,1 % — характеризувалась високим ступенем втрати здоров'я, що спричинив значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування, що стало підставою для встановлення їм підгрупи Б першої групи інвалідності.

Питома вага інвалідів другої групи в структурі первинної інвалідності внаслідок ЦД була більшою порівняно з першою групою, коливалась в різні роки спостереження від 17,6 до 28,4 % і становила в середньому 24,2 %. З 2007 по 2010 р. спостерігалось стабільне зниження частки осіб із другою групою інвалідності, і лише в 2011 р. порівняно з попереднім роком вона збільшилась на 7,9 %. У контингенті інвалідів із ЦД 1-го типу питома вага інвалідів другої групи, що в середньому становила 17,2 %, виявилась меншою в 1,6 раза порівняно з ЦД 2-го типу (27,5 %).

Питома вага інвалідів третьої групи в структурі первинної інвалідності внаслідок ЦД була найбільшою й становила в різні роки від 51,3 до 62,4 % (у середньому 57,3 %). Серед осіб із ЦД 1-го типу вона коливалась від 74,6 до 90,6 % і дорівнювала в середньому 81,2 %, що виявилось в 1,8 раза більше порівняно з ЦД 2-го типу (46,2 %). Наведені дані свідчать про більшу тяжкість інвалідності при ЦД 2-го типу порівняно з ЦД 1-го типу.

На основі вивчення ступенів тяжкості ЦД, функціональних порушень, основних ускладнень, категорій життєдіяльності й потреб соціального захисту обстеженого контингенту були розроблені критерії визначення ступеня тяжкості та інвалідності при даній патології.

Ступінь тяжкості ЦД визначається станом метаболічних порушень, методикою лікування (дієта, пероральні цукрознижуючі препарати, інсулінотерапія), перебігом хвороби (стабільний, лабільний із виникненням кетозу, кетоацидозу, гіпоглікемічних станів), наявністю та характером ускладнень, їх тяжкістю.

Отже, при встановленні ступеня тяжкості ЦД лікар повинен врахувати два важливих критерії:

— ступінь порушення метаболічного стану та можливість його відновлення при комплексному лікуванні;
— ускладнення, що призвели до функціональних порушень і обмеження життєдіяльності хворого.

Легка форма ЦД визначається:

— у хворих на ЦД 2-го типу у випадках незначно виражених порушень метаболічного стану, повністю компенсованих зміною способу життя (компенсація ЦД досягається лише дієтою, а також фітотерапією й дозованим фізичним навантаженням);

— наявність ускладнень, що не призводять до виражених функціональних порушень і обмежень життєдіяльності, з ними пов'язаних (ангіопатія нижніх кінцівок I ст., дистальна сенсорна полінейропатія, початкова стадія, ретинопатія I ст.).

Цукровий діабет середньої тяжкості визначається:

— при ЦД 1-го та 2-го типу з вираженими порушеннями метаболічного стану, що повністю чи частково компенсується тільки при поєднанні зміни способу життя й цукрознижуючих препаратів (інсулінотерапія, таблетовані цукрознижуючі препарати);

— за наявності ускладнень ЦД, що призводять до значних функціональних порушень із вираженими обмеженнями життєдіяльності, відновлення яких не завжди повністю можливе (ангіопатія ніг II–III ст., дистальна сенсорна полінейропатія ніг, явна стадія, ретинопатія I ст., початкова стадія катаракти, нефропатія III ст. за класифікацією С.Е. Mogensen).

Тяжка форма ЦД визначається:

— при ЦД 1-го та 2-го типу зі значно вираженими порушеннями метаболізму, лабільним перебігом ЦД, схильністю до гіпоглікемічних та кетоацидотичних станів, коли зміна способу життя та призначення цукрознижуючих препаратів не призводять до повного відновлення метаболічних порушень;

— при наявності ускладнень ЦД, що призводять до значно виражених та стійких функціональних порушень і супроводжуються значно вираженими обмеженнями життєдіяльності, відновлення й компенсація яких неможлива повністю й потребує складних комплексних реабілітаційних програм (ретинопатія II–III ст., нефропатія IV–V ст. із ХНН, діабетична вегетативна автономна кардіопатія, ентеропатія, соматична полінейропатія з вираженим больовим синдромом, енцефалопатія, ускладнена катаракта зі зниженням зору, ішемічна, невропатична чи змішана інфікована

стопа, остеоартропатія з формуванням суглоба Шарко, перенесені в анамнезі коматозні стани, ІМ, гостре порушення мозкового кровообігу).

Питання трудової експертизи хворих на ЦД нерідко складні, оскільки потребують всебічної оцінки не лише тяжкості ЦД і його ускладнень, але й наявності супутніх захворювань, перебіг яких при ЦД значно погіршується. Можуть бути випадки, коли сам по собі ЦД або окремо взяті супутні захворювання у хворого на ЦД формально не дають підстави для встановлення групи інвалідності, але разом узяті вони обмежують його життєдіяльність.

Рішення про інвалідність ґрунтується на оцінці комплексу клінічних, психологічних, соціальних і професійних чинників. При цьому враховується характер захворювання, ступінь порушення функцій організму, ефективність лікування та реабілітаційних заходів, стан компенсаційно-адаптаційних можливостей організму, клінічний та трудовий прогноз, здатність до соціальної адаптації, потреба в різних видах соціальної допомоги, особисті установки, конкретні умови й зміст праці, освіта та професійна підготовка, вік, необхідність працевлаштування та інше. З метою об'єктивної оцінки стану здоров'я та ступеня соціальної адаптації МСЕК у кожному випадку проводить комплексний огляд усіх систем організму, вивчення даних лабораторних та функціональних методів дослідження, аналіз необхідних документів. Звертається увага на соціально-побутові умови особи, яка оглядається, її установки, економічний стан у районі мешкання, вивчається можливість соціальної адаптації.

Підставою для визначення інвалідності першої групи є стійкі, надто тяжкі функціональні порушення в організмі, зумовлені ЦД та його ускладненнями, що призвели до різкого обмеження життєдіяльності хворого, неспроможності до самообслуговування й викликають потребу в постійному сторонньому догляді чи допомозі:

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

— нефропатія V стадії з термінальною стадією ХНН;

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

— тяжка форма діабетичної стопи (ішемічна діабетична гангрена, нейротрофічна інфікована стопа з поширенням процесу на м'язи сухожилля, кістки, гангrenoю), тяжка остеоартропатія обох ніг із порушенням їх функції;

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

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

— тяжка форма ЦД з ускладненням і стенокардія напруження, функціональний клас III–IV;

— цукровий діабет із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) III стадії;

— цукровий діабет із хронічною легеневою недостатністю III ступеня з легеневим серцем і серцевою недостатністю ІІБ стадії;

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

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

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

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

— нефропатія V стадії з ХНН II–III ступенів;

— вегетативна нейропатія серця з ортостатичною артеріальною гіпотензією, стійкими порушеннями ритму серця, із серцевою недостатністю ІІБ 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 напруження, функціональний клас III, після трансмурального ІМ з серцевою недостатністю ІІА стадії;

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

— цукровий діабет зі стійко некомпенсованим цитрозом печінки з вираженою печінковою недостатністю або помірним асцитом;

— цукровий діабет, ускладнений діабетичною ентевропатією з різким загальним виснаженням (III ступеня);

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

— інші поєднані ураження, що в сукупності призводять до різкого обмеження життєдіяльності.

Підставою для визначення третьої групи інвалідності є стійкі середньої тяжкості 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 необхідність у соціальній допомозі та захисті певного обсягу. Обмеження можливостей трудової діяльності можуть виражатися у втраті професії, значному зниженні кваліфікації чи зменшенні обсягу трудової діяльності; у значному утрудненні в придбанні професії чи в 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 стійко високою (не менше 210/120 мм рт.ст.) артеріальною гіпертензією різного генезу, що не піддається лікуванню;

— цукровий діабет зі стабільною стенокардією напруження, функціональний клас III, з серцевою недостатністю ІІА стадії;

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

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

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

— III група інвалідності показана також хворим на ЦД середньої тяжкості за умов наявності у хворих протипоказаної професії, раціональне працевлаштування яких призводить до зниження кваліфікації або значного зниження обсягу виробничої діяльності;

— особам молодого віку III група інвалідності встановлюється на період навчання та набуття нової професії.

При відсутності професійних порушень із боку яких-небудь органів, систем і протипоказань до праці хворі на ЦД визначаються працездатними. По лінії лікарсько-консультативних комісій хворим можуть бути надані деякі обмеження в праці (звільнення від нічних змін, відрядження, додаткові навантаження). Це в основному хворі з легкою та середньою тяжкістю ЦД без виражених хронічних ускладнень і тяжкої супутньої патології, що не дає підстави для направлення їх на МСЕК. Що стосується хворих на ЦД 2-го типу із супутньою серцево-судинною патологією (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба), то вони повинні направлятися на кардіологічну МСЕК.

Для формування комплексних програм реабілітації інвалідів унаслідок ЦД важливе значення має рівень реабілітаційного потенціалу (РП).

Високий рівень РП інвалідів при ЦД характеризують: невелика давність захворювання (5–7 років), стабільний, середнього ступеня тяжкості перебіг у стадії компенсації чи субкомпенсації, відсутність коматозних ускладнень чи рідкі гіпоглікемічні стани; тимчасова втрата працездатності менше трьох місяців на рік, відсутність чи незначний ступінь вираженості ускладнень діабету з незначними функціональними порушеннями уражених систем; незначне чи помірне зниження фізичної витривалості інваліда; сприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження тих чи інших видів життєдіяльності не більше I ступеня.

Середній рівень РП при ЦД характеризують: тривалість ЦД 5–10 років, середній ступінь тяжкості із субкомпенсацією, наявністю періодичної гіпоглікемії (1–2 рази на місяць), тимчасова втрата працездатності в межах 3–4 місяців на рік, наявність діабетичної нефропатії на рівні гіперфільтрації, транзиторної чи постійної мікроальбумінурії, діабетичної непроліферативної ретинопатії, діабетичної нейропатії, ХСН I–

ПА ст., енцефалопатії I–II ст., діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок II–III ст., помірне зниження фізичної витривалості інваліда; стійкі помірні порушення психологічного статусу інваліда; відносно сприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження життєдіяльності частіше I, рідше II ступеня.

Низький рівень РП характеризують: тривалість ЦД 10–15 і більше років, тяжкий перебіг із частими гіпоглікемічними станами, комами, нестійкою субкомпенсацією й декомпенсацією, тимчасова втрата працездатності більше п'яти місяців на рік; наявність діабетичної нефропатії з клінічною стадією порушення функції нирок (ХНН II–III ст.); діабетичної проліферативної ретинопатії, діабетичної сенсорної й автономної нейропатії; ХСН IIБ–III ст.; енцефалопатії II–III ст.; діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок III–IV ст.; виражене зниження фізичної витривалості інваліда; значно виражені порушення психологічного статусу; несприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження життєдіяльності II–III ступенів.

Комплексна програма медико-соціальної реабілітації інвалідів унаслідок ЦД передбачає проведення заходів щодо медичних, професійних та соціальних аспектів реабілітації.

Основними заходами медичної реабілітації, що проводяться на етапах стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного й санаторного лікування, є відновна традиційна та немедикаментозна терапія, психотерапія, трудотерапія, лікувальна фізкультура, реконструктивна хірургія, протезування, санаторно-курортне лікування. Заходи з професійної реабілітації, найбільш актуальні для інвалідів унаслідок ЦД молодого та середнього віку, включають профорієнтацію, можливість професійного навчання та перенавчання, допомогу в працевлаштуванні, професійно-виробничу адаптацію. Заходи із соціальної реабілітації, що є пріоритетним напрямком реабілітації інвалідів унаслідок ЦД пенсійного віку, передбачають заходи із соціально-середовищної, соціально-психологічної та соціально-побутової адаптації.

Список літератури

1. Авоян К.М. Характеристика контингента лиц, повторно признанных инвалидами вследствие сахарного диабета (по данным Бюро медико-социальной экспертизы Москвы) / К.М. Авоян, О.Ю. Василенко // Клиническая медицина. — 2007. — № 2. — С. 56-57.
2. Василенко О.Ю. Научное обоснование современных подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета [текст]: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.54 / Василенко О.Ю. — М., 2009. — 45 с.
3. Василенко О.Ю. Методологические основы экспертной оценки инвалидизирующих осложнений сахарного диабета / Василенко О.Ю., Смирнова Ю.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — М., 2009. — № 2. — С. 9-13.
4. Василенко О.Ю. Научное обоснование современных подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета / Василенко О.Ю. // Международный эндокринологический журнал. — 2011. — № 4(36). — С. 110-118.
5. Вернигородська М.В. Медико-соціальна характеристика первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету в осіб молодого віку / Вернигородська М.В., Вернигородський В.С., Забур'янова В.Ю. // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2013. — № 2(43). — С. 34-37.
6. Маньковський Б.М. Цукровий діабет 2 типу та серцево-судинна система: питання медико-соціальної експертизи / Маньковський Б.М., Вернигородський В.С., Вернигородська М.В. // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 4(5). — С. 34-41.
7. Панков В.Е. Инвалидность вследствие сахарного диабета у лиц молодого возраста / Панков В.Е. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — М., 2007. — № 3. — С. 49-51.
8. Пузин С.Н. Инвалидность вследствие сахарного диабета в Российской Федерации, медико-социальная экспертиза и реабилитация / Пузин С.Н., Василенко О.Ю. — М., 2009. — 179 с.

Отримано 21.03.14 ■

Вернигородский В.С., Шевчук В.И., Вернигородская М.В.,
Вернигородский С.В.

Научно-исследовательский институт реабилитации
инвалидов Винницкого национального медицинского
университета имени Н.И. Пирогова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Резюме. В статье приведены результаты анализа первичной инвалидности вследствие сахарного диабета. На основании полученных данных разработаны критерии определения степени тяжести сахарного диабета, даны рекомендации по определению группы инвалидности с учетом типа диабета, тяжести течения, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. Предложена комплексная программа медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, инвалидность, экспертиза, реабилитация.

Vernygorodsky V.S., Shevchuk V.I., Vernygorodska M.V.,
Vernygorodsky S.V.

Research Institute for Rehabilitation of Disabled Persons at
Vinnytsya National Medical University named after M.I. Pyrogov,
Vinnytsya, Ukraine

MODERN APPROACHES TO MEDICO-SOCIAL EXAMINATION AND REHABILITATION OF DISABLED PATIENTS DUE TO DIABETES MELLITUS

Summary. The results of the analysis on the primary disability due to diabetes are given. Based on the obtained data we developed criteria for determining the severity of diabetes mellitus, gave recommendations on the definition of disability based on the type of diabetes, severity, presence of complications and comorbidities. A complex program of medical and social rehabilitation of disabled persons due to diabetes is provided.

Key words: diabetes mellitus, disability, examination, rehabilitation.