

Вернигородський В.С., Шевчук В.І., Вернигородська М.В.,
Яворовенко О.Б., Забур'янова В.Ю., Вернигородський С.В.



**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА
ЕКСПЕРТИЗА
ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Вінниця 2014

**Вернигородський В.С., Шевчук В.І., Вернигородська М.В.,
Яворовенко О.Б., Забур'янова В.Ю., Вернигородський С.В.**

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Вінниця 2014

УДК 616.379-008.64-053:616-036.86
ББК 54.151.602.3
К-93

Вернигородський В.С., Шевчук В.І., Вернигородська М.В., Яворовенко О.Б., Забур'янова В.Ю., Вернигородський С.В.

К-93 Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих на цукровий діабет. (Монографія). –
Вінниця:

ФОП Рогальська І.О., 2014. – 184 с.

ISBN 978-966-2585-81-0

Рецензенти:

Б.М.Маньковський, член-кореспондент НАМН України, зав. кафедрою діабетології НМАПО ім.П.Л. Шупика, д.мед.н., професор

В.І. Паньків, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського ННЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, д.мед.н., професор

У монографії викладені сучасні принципи медико-соціальної експертизи та реабілітації у хворих на цукровий діабет. Представлені критерії обмеження життєдіяльності, груп інвалідності, реабілітаційного потенціалу при цукровому діабеті, принципи медичної, професійної, трудової, соціальної реабілітації, формування індивідуальних програм реабілітації інвалідів.

Монографія розрахована на лікарів МСЕК, ЛКК, лікарів лікувальних закладів, реабілітологів, слухачів закладів післядипломної освіти, інтернів.

ISBN 978-966-2585-81-0

© Вернигородський В.С., Шевчук В.І., Вернигородська М.В., Яворовенко О.Б., Забур'янова В.Ю., Вернигородський С.В., 2014

ВСТУП

В сучасних соціально-економічних умовах (кризовий стан економіки, розшарування суспільства, погіршення умов життя значної частини населення) пріоритетними є державна підтримка та соціальний захист інвалідів. Одним з найважливіших елементів соціального захисту є реабілітація, в т.ч. медична, спрямована на відновлення порушених чи втрачених функцій організму, життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання. Питання реабілітації хворих та інвалідів залишаються актуальними як у всьому світі, так і в Україні (1-4).

Аналіз літератури свідчить, що за останні роки спостерігається тенденція до збільшення захворювань ендокринної системи, які переважно мають хронічний перебіг і призводять до стійкої втрати працездатності та інвалідності, особливо у осіб молодого віку, що має важливе медико-соціальне значення. В першу чергу це стосується цукрового діабету (ЦД) та його ускладнень. В структурі ендокринних захворювань ЦД посідає чільне місце (до 70%) (5-8).

Медико-соціальне значення ЦД визначається не тільки його великою поширеністю і тенденцією до подальшого збільшення числа хворих, але і тією шкодою, яку завдає ЦД суспільству як хронічне захворювання, що призводить до ранньої інвалідності і смертності хворих.

Цукровий діабет – найпоширеніша ендокринна патологія серед осіб працездатного віку. При цьому число таких хворих постійно збільшується у всіх країнах, що дозволяє говорити про глобальну епідемію цукрового діабету в сучасному світі. В Україні виявлено більше 1 млн. 200 тис. хворих на цукровий діабет.

За даними експертів ВООЗ, захворюваність на цукровий діабет в промислово розвинених країнах становить 1,5-6% від загальної популяції, а в віковій групі старше 50 років – 7-9%. Таким чином, на земній кулі хворіє понад 360 млн. чоловік. Але, як вказує ряд дослідників, достовірна захворюваність населення на цукровий діабет в 3-4 рази вище за виявлену, оскільки співвідношення числа зареєстрованих хворих осіб з прихованим і недіагностованим діабетом становить 1:2,5:3 (9, 10). І надалі, не дивлячись на досягнення в

діабетології, сучасна статистика прогнозує зростання захворюваності на цукровий діабет. У середньому кожні 15 років кількість хворих подвоюється.

Комітет експертів ВООЗ з цукрового діабету зазначає, що дане захворювання призводить до зростання кількості та важкості ураження життєво важливих органів і систем, а саме: серцево-судинної у вигляді мікро-, макроангіопатій, які спостерігають у 85-100% хворих; нервової системи у вигляді енцефало- та полінейропатій (60-80%); розвитку остеоартропатій (58-93%). При цьому смертність у хворих на цукровий діабет у 2-3 рази вища, ніж у іншого контингенту населення, що скорочує очікувану тривалість життя на 2-13%. Так, якщо за останні 90 років смертність від діабетичної коми знизилась від 44,7 до 1,2%, то від судинних ускладнень зросла від 21,2 до 77% (11, 12), причому безпосередньою причиною смерті у 20-30% хворих є розвиток гангрени нижніх кінцівок, яка трапляється у цій групі хворих у 20 разів частіше, ніж у хворих без цукрового діабету. Згідно з даними ВООЗ, приблизно у 5% хворих на цукровий діабет діагностують ураження стоп, яке проявляється синдромом стопи діабетика. Означена патологія в 3% випадків захворювання на цукровий діабет є причиною ампутації нижніх кінцівок (ВООЗ, 1987).

Інвалідність осіб молодого віку є актуальною проблемою. У відповідності з Міжнародною класифікацією геронтологів світу до цієї категорії відносяться інваліди у віці від 18 до 44 років (13, 14).

В структурі первинної інвалідності внаслідок захворювань ендокринної системи інваліди на ЦД складають 83% від загальної кількості; а в структурі повторної інвалідності – 73,1%; особи молодого віку склали 17,3% та 50,7% відповідно (15, 16).

На сьогоднішній день надруковано багато наукових праць з вивчення патогенезу, клініки, розробки нових методів діагностики і лікування хворих на ЦД (17-20).

Разом з тим наукових досліджень з вивчення проблем інвалідності внаслідок ЦД у осіб молодого віку, закономірностей її формування, а також медико-соціальної експертизи і реабілітації даного контингенту на підставі сучасної концепції інвалідності і реабілітації в Україні не проводилось.

Не вивчені структура інвалідності внаслідок ЦД у осіб молодого віку з урахуванням його перебігу та ускладнень. Не визначені основні тенденції первинної інвалідності, закономірності формування загальної інвалідності, розповсюдженість інвалідності в різних регіонах України, відсутні соціальна і клініко-експертна характеристика контингенту інвалідів, не розроблені з урахуванням сучасної концепції інвалідності питання медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.

Недоліками у наданні медико-експертної допомоги хворим і інвалідам на МСЕК є неповний обсяг реабілітаційної роботи, недостатня кількість складених ІПР (індивідуальних програм реабілітації), послаблений контроль за їх виконанням. Дослідження, що стосуються питань реабілітації інвалідів, хворих на ЦД, серед осіб молодого віку практично відсутні. Як показав проведений аналіз, існуюча система реабілітації інвалідів на ЦД не відповідає сучасним вимогам медико-соціальної експертизи та реабілітації: виявлена висока питома вага стабільності в динаміці інвалідності, низький відсоток складання ІПР та професійної реабілітації. В зв'язку з відсутністю реабілітаційних технологій не проводиться контроль якості проведених реабілітаційних заходів.

Автори щиро вдячні за підготовку монографії обласним спеціалістам МСЕК України.

Розділ 1

Медико-соціальна характеристика первинної та вторинної інвалідності внаслідок цукрового діабету

1.1. Первинна інвалідність внаслідок цукрового діабету по областях України за 2007, 2009, 2011 рр.

Оцінено показники поширеності інвалідності внаслідок ЦД 1 типу, зокрема, серед осіб молодого віку в регіонах України, вивчено особливості їх соціальної і клініко-експертної характеристики. Проаналізовано дані про первинну інвалідність внаслідок ЦД 1 типу в 2007, 2009, 2011 рр., зібрані в 23 областях України, АР Крим, містах Київ та Севастополь.

Розподіл за віком і дані про рівень інвалідності в розрізі областей України за вказані роки представлено в табл. 1, 2, 3.

В середньому по областях за роки спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу склав відповідно 1,22; 1,19; 1,09 на 10 000 населення (рис. 1).

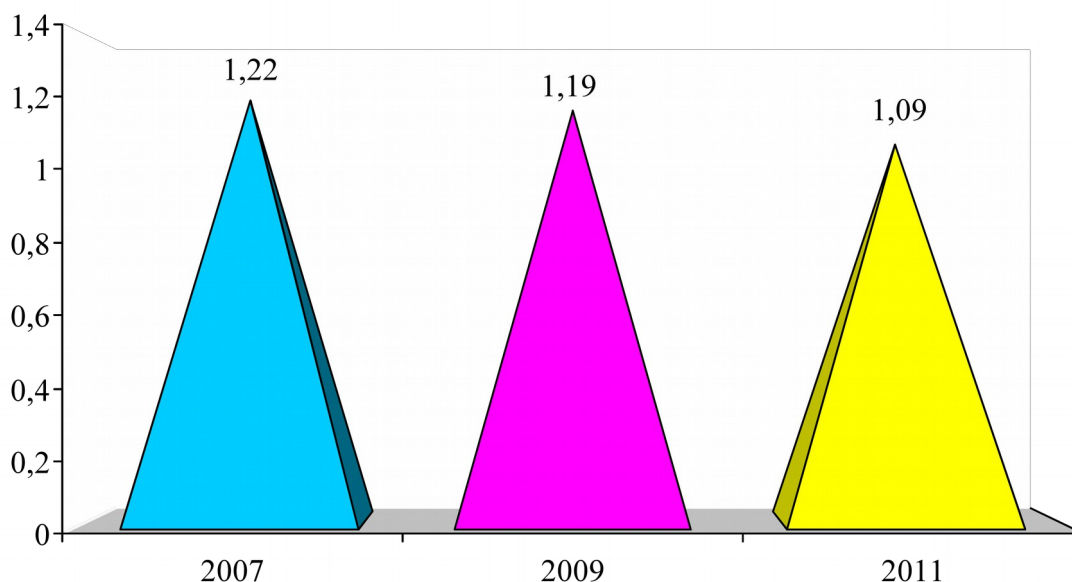


Рис. 1. Рівень первинної інвалідності при ЦД 1 типу за 2007, 2009, 2011 рр. (на 10 тис.)

Таблиця 1. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок цукрового діабету за віком за 2007 рік (ЦД 1 тип)

№	Адміністративні одиниці	Код за МКХ 10-перегляду	Освідчені на МСЕК				У т.ч. мають вік:								
			Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами			Від 18 до 39 років включно			Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)			РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)		
				Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1	АР Крим	Е 10	224	215	95,98	1,81	70	32,56	0,59	69	32,09	0,58	139	64,65	1,17
2	Вінницька	Е 10	84	80	95,24	0,83	34	42,50	0,35	20	25,00	0,21	54	67,50	0,56
3	Волинська	Е 10	38	36	94,74	0,62	17	47,22	0,29	19	52,78	0,33	36	100,00	0,62
4	Дніпропетровська	Е 10	267	253	94,76	1,20	86	33,99	0,41	92	36,36	0,44	178	70,36	0,85
5	Донецька	Е 10	430	426	99,07	1,52	146	34,27	0,52	162	38,03	0,58	308	72,30	1,10
6	Житомирська	Е 10	101	101	100,00	1,40	45	44,55	0,62	56	55,45	0,78	101	100,00	1,40
7	Закарпатська	Е 10	52	52	100,00	0,72	23	44,23	0,32	29	55,77	0,40	52	100,00	0,72
8	Івано-Франківська	Е 10	108	105	97,22	1,33	35	33,33	0,44	54	51,43	0,68	89	84,76	1,13
9	Кіровоградська	Е 10	51	51	100,00	0,88	27	52,94	0,47	19	37,25	0,33	46	90,20	0,80
10	Київська	Е 10	125	124	99,20	1,24	56	45,16	0,56	39	31,45	0,39	95	76,61	0,95
11	Луганська	Е 10	169	169	100,00	1,21	94	55,62	0,67	63	37,28	0,45	157	92,90	1,12
12	Львівська	Е 10	250	250	100,00	1,70	105	42,00	0,72	82	32,80	0,56	187	74,80	1,27
13	Миколаївська	Е 10	113	106	93,81	1,43	22	20,75	0,30	55	51,89	0,74	77	72,64	1,04
14	Одеська	Е 10	162	162	100,00	1,31	64	39,51	0,52	74	45,68	0,60	138	85,19	1,12
15	Полтавська	Е 10	77	73	94,81	0,85	35	47,95	0,41	31	42,47	0,36	66	90,41	0,77
16	Рівненська	Е 10	62	62	100,00	0,96	30	48,39	0,46	27	43,55	0,42	57	91,94	0,88
17	Сумська	Е 10	72	72	100,00	1,04	29	40,28	0,42	27	37,50	0,39	56	77,78	0,81
18	Тернопільська	Е 10	57	57	100,00	0,93	27	47,37	0,44	30	52,63	0,49	57	100,00	0,93
19	Харківська	Е 10	340	322	94,71	1,92	97	30,12	0,58	109	33,85	0,65	206	63,98	1,23
20	Херсонська	Е 10	90	86	95,56	1,34	20	23,26	0,31	37	43,02	0,58	57	66,28	0,89
21	Хмельницька	Е 10	66	66	100,00	0,89	33	50,00	0,44	29	43,94	0,39	62	93,94	0,83
22	Черкаська	Е 10	51	48	94,12	0,63	41	85,42	0,54	7	14,58	0,09	48	100,00	0,63
23	Чернівецька	Е 10	37	30	81,08	0,56	4	13,33	0,07	21	70,00	0,39	25	83,33	0,46
24	Чернігівська	Е 10	101	94	93,07	1,52	35	37,23	0,57	29	30,85	0,47	64	68,09	1,04
25	м. Київ	Е 10	112	102	91,07	0,60	63	61,76	0,37	39	38,24	0,23	102	100,00	0,60
26	м. Севастополь	Е 10	27	26	96,30	1,11	14	53,85	0,60	7	26,92	0,30	21	80,77	0,89
	У с ь о г о :	Е 10	3266	3168	97,00	1,22	1252	39,52	0,48	1226	38,70	0,47	2478	78,22	0,95

Таблиця 2. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок цукрового діабету за віком за 2009 рік (ЦД 1 тип)

№	Адміністративні одиниці	Код за МКХ 10-перегляду	Освідчені на МСЕК				У т.ч. мають вік:								
			Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами			Від 18 до 39 років включно			Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)			РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)		
				Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1	АР Крим	Е 10	217	195	89,86	1,70	81	41,54	0,71	62	31,79	0,54	143	73,33	1,25
2	Вінницька	Е 10	79	74	93,67	0,78	36	48,65	0,38	22	29,73	0,23	58	78,38	0,61
3	Волинська	Е 10	54	51	94,44	0,87	31	60,78	0,53	20	39,22	0,34	51	100,00	0,87
4	Дніпропетровська	Е 10	212	177	83,49	0,90	96	54,24	0,49	60	33,90	0,30	156	88,14	0,79
5	Донецька	Е 10	400	400	100,00	1,47	117	29,25	0,43	144	36,00	0,53	261	65,25	0,96
6	Житомирська	Е 10	88	88	100,00	1,23	48	54,55	0,67	40	45,45	0,56	88	100,00	1,23
7	Закарпатська	Е 10	50	49	98,00	0,68	27	55,10	0,37	22	44,90	0,30	49	100,00	0,68
8	Івано-Франківська	Е 10	111	109	98,20	1,38	44	40,37	0,56	52	47,71	0,66	96	88,07	1,21
9	Кіровоградська	Е 10	65	65	100,00	1,14	26	40,00	0,46	15	23,08	0,26	41	63,08	0,72
10	Київська	Е 10	165	165	100,00	1,66	78	47,27	0,78	42	25,45	0,42	120	72,73	1,21
11	Луганська	Е 10	169	169	100,00	1,23	94	55,62	0,68	63	37,28	0,46	157	92,90	1,14
12	Львівська	Е 10	221	221	100,00	2,99	106	47,96	1,44	75	33,94	1,02	181	81,90	2,45
13	Миколаївська	Е 10	125	118	94,40	1,60	30	25,42	0,41	62	52,54	0,84	92	77,97	1,25
14	Одеська	Е 10	146	146	100,00	1,05	54	36,99	0,39	67	45,89	0,48	121	82,88	0,87
15	Полтавська	Е 10	66	66	100,00	0,77	33	50,00	0,39	26	39,39	0,30	59	89,39	0,69
16	Рівненська	Е 10	69	69	100,00	1,06	27	39,13	0,41	22	31,88	0,34	49	71,01	0,75
17	Сумська	Е 10	60	60	100,00	0,88	28	46,67	0,41	22	36,67	0,32	50	83,33	0,73
18	Тернопільська	Е 10	56	56	100,00	0,91	38	67,86	0,62	18	32,14	0,29	56	100,00	0,91
19	Харківська	Е 10	291	282	96,91	1,70	94	33,33	0,57	114	40,43	0,69	208	73,76	1,25
20	Херсонська	Е 10	95	87	91,58	1,36	31	35,63	0,49	40	45,98	0,63	71	81,61	1,11
21	Хмельницька	Е 10	69	69	100,00	0,93	31	44,93	0,42	39	56,52	0,53	70	101,45	0,94
22	Черкаська	Е 10	55	37	67,27	0,49	23	62,16	0,30	11	29,73	0,15	34	91,89	0,45
23	Чернівецька	Е 10	33	30	90,91	0,55	7	23,33	0,13	22	73,33	0,41	29	96,67	0,54
24	Чернігівська	Е 10	80	64	80,00	1,06	40	62,50	0,66	14	21,88	0,23	54	84,38	0,89
25	м. Київ	Е 10	110	110	100,00	0,68	67	60,91	0,42	43	39,09	0,27	110	100,00	0,68
26	м. Севастополь	Е 10	16	13	81,25	0,56	11	84,62	0,47	2	15,38	0,09	13	100,00	0,56
	У с ь о г о :	Е 10	3102	2970	95,74	1,19	1298	43,70	0,52	1119	37,68	0,45	2417	81,38	0,97

Таблиця 3. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок цукрового діабету за віком за 2011 рік (ЦД 1 тип)

№	Адміністративні одиниці	Код за МКХ 10-перегляду	Освідчені на МСЕК				У т.ч. мають вік:								
			Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами			Від 18 до 39 років включно			Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)			РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)		
				Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%
1	АР Крим	Е 10	171	161	94,15	1,41	66	40,99	0,58	54	33,54	0,47	120	74,53	1,05
2	Вінницька	Е 10	101	92	91,09	0,98	43	46,74	0,46	31	33,70	0,33	74	80,43	0,79
3	Волинська	Е 10	47	46	97,87	0,79	35	76,09	0,60	11	23,91	0,19	46	100,00	0,79
4	Дніпропетровська	Е 10	159	153	96,23	0,79	71	46,41	0,37	22	14,38	0,11	93	60,78	0,48
5	Донецька	Е 10	346	346	100,00	1,22	142	41,04	0,50	131	37,86	0,46	273	78,90	0,96
6	Житомирська	Е 10	67	67	100,00	0,94	44	65,67	0,62	23	34,33	0,32	67	100,00	0,94
7	Закарпатська	Е 10	71	70	98,59	0,97	38	54,29	0,53	28	40,00	0,39	66	94,29	0,91
8	Івано-Франківська	Е 10	83	81	97,59	1,02	39	48,15	0,49	37	45,68	0,47	76	93,83	0,96
9	Кіровоградська	Е 10	53	53	100,00	0,95	33	62,26	0,59	10	18,87	0,18	43	81,13	0,77
10	Київська	Е 10	167	166	99,40	1,68	94	56,63	0,95	43	25,90	0,44	137	82,53	1,39
11	Луганська	Е 10	121	121	100,00	0,90	93	76,86	0,69	68	56,20	0,51	161	133,06	1,20
12	Львівська	Е 10	233	233	100,00	1,58	107	45,92	0,73	82	35,19	0,56	189	81,12	1,29
13	Миколаївська	Е 10	126	114	90,48	1,66	37	32,46	0,54	61	53,51	0,89	98	85,96	1,42
14	Одеська	Е 10	138	138	100,00	0,99	78	56,52	0,56	51	36,96	0,37	129	93,48	0,93
15	Полтавська	Е 10	106	105	99,06	1,25	46	43,81	0,55	48	45,71	0,57	94	89,52	1,12
16	Рівненська	Е 10	58	58	100,00	0,89	26	44,83	0,40	26	44,83	0,40	52	89,66	0,80
17	Сумська	Е 10	64	63	98,44	0,95	29	46,03	0,44	28	44,44	0,42	57	90,48	0,86
18	Тернопільська	Е 10	38	38	100,00	0,62	28	73,68	0,46	10	26,32	0,16	38	100,00	0,62
19	Харківська	Е 10	298	287	96,31	1,76	102	35,54	0,63	122	42,51	0,75	224	78,05	1,38
20	Херсонська	Е 10	105	89	84,76	1,42	29	32,58	0,46	33	37,08	0,53	62	69,66	0,99
21	Хмельницька	Е 10	85	85	100,00	1,15	24	28,24	0,33	32	37,65	0,43	56	65,88	0,76
22	Черкаська	Е 10	31	31	100,00	0,42	19	61,29	0,25	8	25,81	0,11	27	87,10	0,36
23	Чернівецька	Е 10	35	34	97,14	0,63	10	29,41	0,18	18	52,94	0,33	28	82,35	0,52
24	Чернігівська	Е 10	59	49	83,05	0,82	36	73,47	0,60	9	18,37	0,15	45	91,84	0,75
25	м. Київ	Е 10	98	98	100,00	0,60	75	76,53	0,46	23	23,47	0,14	98	100,00	0,60
26	м. Севастополь	Е 10	18	16	88,89	0,73	12	75,00	0,54	4	25,00	0,18	16	100,00	0,73
	У с ь о г о :	Е 10	2878	2794	97,08	1,09	1356	48,53	0,53	1013	36,26	0,40	2369	84,79	0,93

Згідно даних, представлених на рис. 1, рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 в 2011 р. порівняно з 2009 і 2007 рр. дещо знизився, проте вказані відмінності недостовірні. За останній рік спостереження він був найвищим у Харківській, Київській та Львівській областях (відповідно 1,76, 1,68 та 1,58 на 10 000), найнижчим – в Черкаській, Чернівецькій областях, м.Київ (відповідно 0,42, 0,63 та 0,60 на 10 000).

Аналіз показників первинної інвалідності при ЦД 1 типу за віком свідчить про те, що найвищий рівень складають інваліди молодого віку (табл.4).

Таблиця 4. Рівень та динаміка первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу в залежності від віку (на 10 тис. населення).

Вікова категорія	2007		2009		2011		Темп приросту 2009 до 2007 р., (%)	Темп приросту 2011 р. до 2007 р., (%)
	Абс.	На 10 тис.	Абс.	На 10 тис.	Абс.	На 10 тис.		
Від 18 до 39 років включно	1252	0,48	1298	0,52	1356	0,53	+8,3	+10,4
Від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	1226	0,47	1119	0,45	1013	0,40	-4,3	-14,9
Всього	2478	0,95	2417	0,97	2369	0,93	+3,3	-2,2

Темп приросту рівня первинної інвалідності осіб у віці від 18 до 39 років за п'ятирічний період склав 10,4%, в той час як рівень інвалідності старших вікових груп зменшився (на 14,9%). Зазначена тенденція обумовлена збільшенням абсолютної кількості інвалідів молодого віку – в 1,1 рази.

Величина темпу приросту рівня первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу серед населення молодого віку по областях коливалась в значних межах: від 157,14%, 106,9%, 80,0% в Чернівецькій, Волинській, Миколаївській областях до 1,39%, 4,55% у Львівській і Тернопільській; в 7 регіонах спостерігався спад – від 53,7%, 25,0 % в Черкаській і Хмельницькій областях до 1,69% в АР Крим (табл. 5).

Таблиця 5. Темп приросту/спаду рівня первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу серед осіб молодого віку в 2011 р. порівняно з 2007 р. в розрізі областей України

№	Адміністративні одиниці	Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу		
		2007	2011	Темп приросту (у %)
1	АР Крим	0,59	0,58	-1,69
2	Вінницька	0,35	0,46	31,43
3	Волинська	0,29	0,60	106,9
4	Дніпропетровська	0,41	0,37	-9,76
5	Донецька	0,52	0,50	-3,85
6	Житомирська	0,62	0,62	-
7	Закарпатська	0,32	0,53	65,63
8	Івано-Франківська	0,44	0,49	11,36
9	Кіровоградська	0,47	0,59	25,53
10	Київська	0,56	0,95	69,64
11	Луганська	0,67	0,69	2,99
12	Львівська	0,72	0,73	1,39
13	Миколаївська	0,30	0,54	80,0
14	Одеська	0,52	0,56	7,69
15	Полтавська	0,41	0,55	34,15
16	Рівненська	0,46	0,40	-13,04
17	Сумська	0,42	0,44	4,76
18	Тернопільська	0,44	0,46	4,55
19	Харківська	0,58	0,63	8,62
20	Херсонська	0,31	0,46	48,39
21	Хмельницька	0,44	0,33	-25,0
22	Черкаська	0,54	0,25	-53,7
23	Чернівецька	0,07	0,18	157,14
24	Чернігівська	0,57	0,60	5,26
25	м. Київ	0,37	0,46	24,32
26	м. Севастополь	0,60	0,54	-10,0
	У с ь о г о :	0,48	0,53	10,42

Вікова структура по роках представлена на рис. 2.

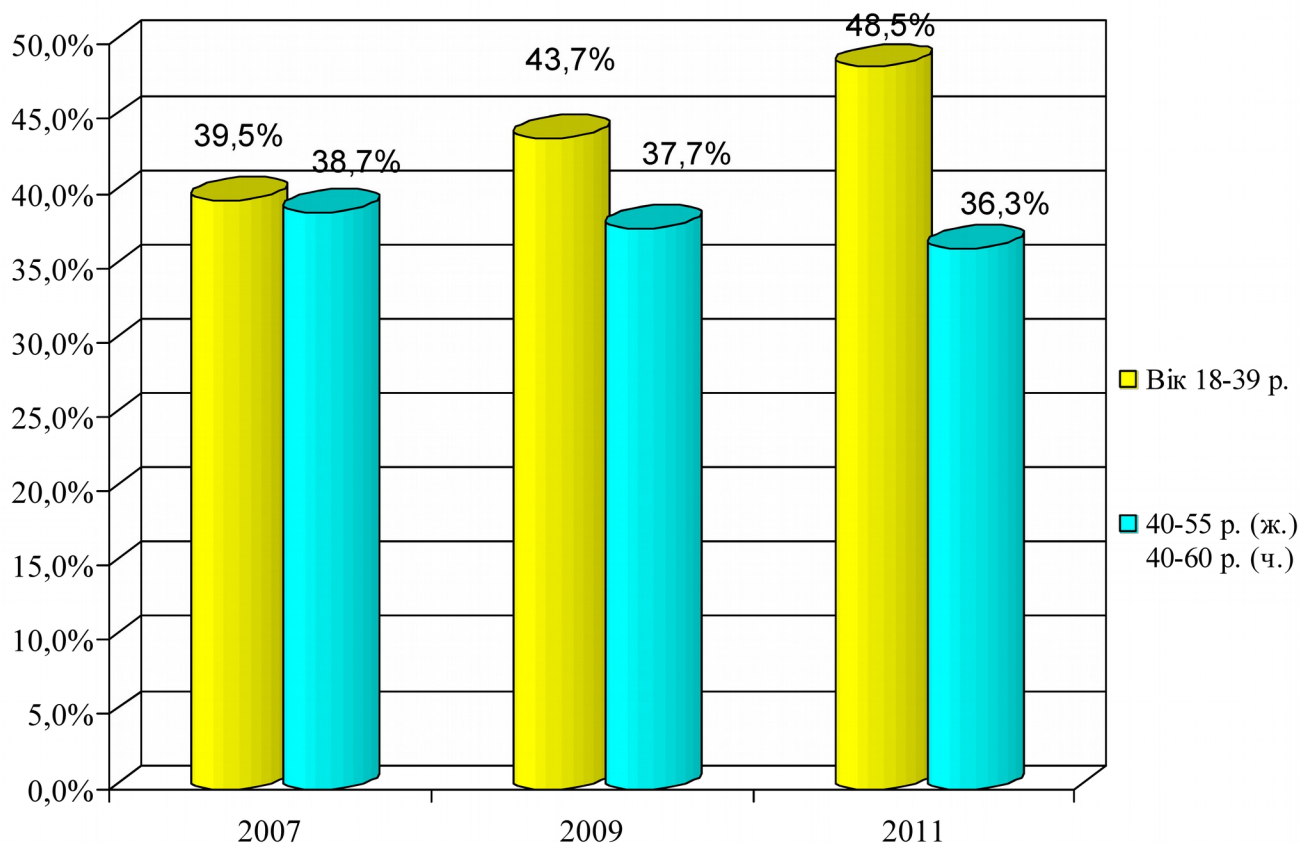


Рис. 2. Структура первинно визнаних інвалідами з ЦД 1 типу за 2007, 2009, 2011 рр. (у %)

Згідно даних, представлених на рис. 2, спостерігається збільшення питомої ваги інвалідів молодого віку та зменшення старших вікових груп.

Аналіз структури первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 за важкістю інвалідності показує, що найбільшу питому вагу мають інваліди 3 групи, найменшу – 1, хоча слід відзначити, що інвалідом I групи визнавався майже кожний десятий інвалід.

Структура груп інвалідності за 2007, 2009, 2011 рр. представлена в табл. 6, 7, 8 та рис. 3.

Таблиця 6. Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу за групами в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	інвалідів всього	Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами																	
			I групи						II групи						III групи					
			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	215	32	14,88	0,27	0	0,00	0,00	114	53,02	0,96	0	0,00	0,00	69	32,09	0,58	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	80	8	10,00	0,08	4	50,00	0,04	17	21,25	0,18	7	41,18	0,07	55	68,75	0,57	32	58,18	0,33
3.	Волинська	36	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	7	19,44	0,12	7	100,00	0,12	29	80,56	0,50	29	100,00	0,50
4.	Дніпропетровська	253	22	8,70	0,10	17	77,27	0,08	82	32,41	0,39	62	75,61	0,30	149	58,89	0,71	128	85,91	0,61
5.	Донецька	426	60	14,08	0,21	0	0,00	0,00	154	36,15	0,55	0	0,00	0,00	212	49,77	0,75	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	101	5	4,95	0,07	5	100,00	0,07	55	54,46	0,76	55	100,00	0,76	41	40,59	0,57	41	100,00	0,57
7.	Закарпатська	52	1	1,92	0,01	1	100,00	0,01	13	25,00	0,18	5	38,46	0,07	38	73,08	0,53	28	73,68	0,39
8.	Івано-Франківська	105	4	3,81	0,05	4	100,00	0,05	27	25,71	0,34	27	100,00	0,34	74	70,48	0,94	74	100,00	0,94
9.	Кіровоградська	51	5	9,80	0,09	5	100,00	0,09	22	43,14	0,38	22	100,00	0,38	24	47,06	0,42	24	100,00	0,42
10.	Київська	124	19	15,32	0,19	19	100,00	0,19	31	25,00	0,31	31	100,00	0,31	74	59,68	0,74	74	100,00	0,74
11.	Луганська	169	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	50	29,59	0,36	50	100,00	0,36	119	70,41	0,85	119	100,00	0,85
12.	Львівська	250	29	11,60	0,20	10	34,48	0,07	83	33,20	0,57	63	75,90	0,43	138	55,20	0,94	129	93,48	0,88
13.	Миколаївська	106	15	14,15	0,20	15	100,00	0,20	17	16,04	0,23	17	100,00	0,23	74	69,81	1,00	74	100,00	1,00
14.	Одеська	162	11	6,79	0,09	7	63,64	0,06	95	58,64	0,77	54	56,84	0,44	56	34,57	0,45	27	48,21	0,22
15.	Полтавська	73	7	9,59	0,08	6	85,71	0,07	40	54,79	0,46	35	87,50	0,41	26	35,62	0,30	21	80,77	0,24
16.	Рівненська	62	3	4,84	0,05	2	66,67	0,03	14	22,58	0,22	14	100,00	0,22	45	72,58	0,69	43	95,56	0,66
17.	Сумська	72	11	15,28	0,16	7	63,64	0,10	18	25,00	0,26	18	100,00	0,26	43	59,72	0,62	39	90,70	0,56
18.	Тернопільська	57	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	8	14,04	0,13	8	100,00	0,13	49	85,96	0,80	49	100,00	0,80
19.	Харківська	322	42	13,04	0,25	21	50,00	0,13	121	37,58	0,72	89	73,55	0,53	159	49,38	0,95	155	97,48	0,93
20.	Херсонська	86	13	15,12	0,20	13	100,00	0,20	20	23,26	0,31	19	95,00	0,30	53	61,63	0,83	52	98,11	0,81
21.	Хмельницька	66	5	7,58	0,07	4	80,00	0,05	22	33,33	0,30	20	90,91	0,27	39	59,09	0,52	38	97,44	0,51
22.	Черкаська	48	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	9	18,75	0,12	9	100,00	0,12	39	81,25	0,51	22	56,41	0,29
23.	Чернівецька	30	2	6,67	0,04	2	100,00	0,04	8	26,67	0,15	8	100,00	0,15	20	66,67	0,37	20	100,00	0,37
24.	Чернігівська	94	6	6,38	0,10	0	0,00	0,00	35	37,23	0,57	0	0,00	0,00	53	56,38	0,86	0	0,00	0,00
25.	м. Київ	102	17	16,67	0,10	5	29,41	0,03	59	57,84	0,35	29	49,15	0,17	26	25,49	0,15	14	53,85	0,08
26.	м. Севастополь	26	3	11,54	0,13	3	100,00	0,13	10	38,46	0,43	7	70,00	0,30	13	50,00	0,55	9	69,23	0,38
	Усього:	3168	320	10,10	0,12	150	46,88	0,06	1131	35,70	0,43	656	58,00	0,25	1717	54,20	0,66	1241	72,28	0,48

Таблиця 7. Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД I типу за групами в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Інвалідів всього	Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами																	
			I групи						II групи						III групи					
			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	195	24	12,31	0,21	0	0,00	0,00	95	48,72	0,83	0	0,00	0,00	76	38,97	0,66	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	74	11	14,86	0,12	11	100,00	0,12	11	14,86	0,12	11	100,00	0,12	52	70,27	0,55	52	100,00	0,55
3.	Волинська	51	2	3,92	0,03	2	100,00	0,03	15	29,41	0,26	15	100,00	0,26	34	66,67	0,58	34	100,00	0,58
4.	Дніпропетровська	177	13	7,34	0,07	12	92,31	0,06	37	20,90	0,19	37	100,00	0,19	127	71,75	0,64	127	100,00	0,64
5.	Донецька	400	54	13,50	0,20	0	0,00	0,00	133	33,25	0,49	0	0,00	0,00	213	53,25	0,78	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	88	1	1,14	0,01	1	100,00	0,01	43	48,86	0,60	43	100,00	0,60	44	50,00	0,61	44	100,00	0,61
7.	Закарпатська	49	3	6,12	0,04	2	66,67	0,03	12	24,49	0,17	6	50,00	0,08	34	69,39	0,47	24	70,59	0,33
8.	Івано-Франківська	109	7	6,42	0,09	7	100,00	0,09	35	32,11	0,44	35	100,00	0,44	67	61,47	0,85	67	100,00	0,85
9.	Кіровоградська	65	6	9,23	0,11	6	100,00	0,11	23	35,38	0,41	23	100,00	0,41	36	55,38	0,63	36	100,00	0,63
10.	Київська	165	20	12,12	0,20	20	100,00	0,20	38	23,03	0,38	38	100,00	0,38	107	64,85	1,08	107	100,00	1,08
11.	Луганська	169	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	50	29,59	0,36	50	100,00	0,36	119	70,41	0,87	119	100,00	0,87
12.	Львівська	221	17	7,69	0,23	17	100,00	0,23	62	28,05	0,84	62	100,00	0,84	142	64,25	1,92	140	98,59	1,90
13.	Миколаївська	118	7	5,93	0,09	7	100,00	0,09	35	29,66	0,47	35	100,00	0,47	76	64,41	1,03	76	100,00	1,03
14.	Одеська	146	8	5,48	0,06	5	62,50	0,04	81	55,48	0,58	56	69,14	0,40	57	39,04	0,41	39	68,42	0,28
15.	Полтавська	66	8	12,12	0,09	8	100,00	0,09	24	36,36	0,28	24	100,00	0,28	34	51,52	0,40	34	100,00	0,40
16.	Рівненська	69	1	1,45	0,02	1	100,00	0,02	25	36,23	0,38	25	100,00	0,38	43	62,32	0,66	43	100,00	0,66
17.	Сумська	60	8	13,33	0,12	8	100,00	0,12	12	20,00	0,18	12	100,00	0,18	40	66,67	0,59	39	97,50	0,57
18.	Тернопільська	56	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	11	19,64	0,18	7	63,64	0,11	45	80,36	0,74	45	100,00	0,74
19.	Харківська	282	40	14,18	0,24	39	97,50	0,24	96	34,04	0,58	95	98,96	0,57	146	51,77	0,88	146	100,00	0,88
20.	Херсонська	87	10	11,49	0,16	10	100,00	0,16	15	17,24	0,24	15	100,00	0,24	62	71,26	0,97	62	100,00	0,97
21.	Хмельницька	69	9	13,04	0,12	8	88,89	0,11	25	36,23	0,34	24	96,00	0,32	35	50,72	0,47	35	100,00	0,47
22.	Черкаська	37	3	8,11	0,04	3	100,00	0,04	4	10,81	0,05	4	100,00	0,05	30	81,08	0,40	30	100,00	0,40
23.	Чернівецька	30	2	6,67	0,04	2	100,00	0,04	3	10,00	0,06	3	100,00	0,06	25	83,33	0,46	25	100,00	0,46
24.	Чернігівська	64	8	12,50	0,13	8	100,00	0,13	13	20,31	0,21	13	100,00	0,21	43	67,19	0,71	43	100,00	0,71
25.	м. Київ	110	5	4,55	0,03	5	100,00	0,03	76	69,09	0,47	70	92,11	0,43	29	26,36	0,18	21	72,41	0,13
26.	м. Севастополь	13	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	4	30,77	0,17	4	100,00	0,17	9	69,23	0,39	7	77,78	0,30
	Усього:	2970	267	8,99	0,11	182	68,16	0,07	978	32,93	0,39	707	72,29	0,28	1725	58,08	0,69	1395	80,87	0,56

Таблиця 8. Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу за групами в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Інвалідів всього	Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами																	
			I групи						II групи						III групи					
			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	161	17	10,56	0,15	17	100,00	0,15	69	42,86	0,61	69	100,00	0,61	75	46,58	0,66	75	100,00	0,66
2.	Вінницька	92	7	7,61	0,07	7	100,00	0,07	17	18,48	0,18	17	100,00	0,18	68	73,91	0,72	68	100,00	0,72
3.	Волинська	46	1	2,17	0,02	1	100,00	0,02	8	17,39	0,14	8	100,00	0,14	37	80,43	0,63	37	100,00	0,63
4.	Дніпропетровська	153	13	8,50	0,07	13	100,00	0,07	31	20,26	0,16	31	100,00	0,16	109	71,24	0,56	109	100,00	0,56
5.	Донецька	346	43	12,43	0,15	0	0,00	0,00	105	30,35	0,37	0	0,00	0,00	198	57,23	0,70	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	67	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	26	38,81	0,37	26	100,00	0,37	41	61,19	0,58	41	100,00	0,58
7.	Закарпатська	70	3	4,29	0,04	2	66,67	0,03	8	11,43	0,11	6	75,00	0,08	59	84,29	0,82	47	79,66	0,65
8.	Івано-Франківська	81	4	4,94	0,05	4	100,00	0,05	17	20,99	0,21	17	100,00	0,21	60	74,07	0,76	60	100,00	0,76
9.	Кіровоградська	53	5	9,43	0,09	5	100,00	0,09	22	41,51	0,39	22	100,00	0,39	26	49,06	0,47	26	100,00	0,47
10.	Київська	166	16	9,64	0,16	16	100,00	0,16	42	25,30	0,43	42	100,00	0,43	108	65,06	1,09	108	100,00	1,09
11.	Луганська	121	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	52	42,98	0,39	52	100,00	0,39	69	57,02	0,51	69	100,00	0,51
12.	Львівська	233	18	7,73	0,12	18	100,00	0,12	70	30,04	0,48	70	100,00	0,48	145	62,23	0,99	145	100,00	0,99
13.	Миколаївська	114	5	4,39	0,07	5	100,00	0,07	11	9,65	0,16	11	100,00	0,16	98	85,96	1,42	98	100,00	1,42
14.	Одеська	138	10	7,25	0,07	3	30,00	0,02	74	53,62	0,53	48	64,86	0,35	54	39,13	0,39	15	27,78	0,11
15.	Полтавська	105	7	6,67	0,08	7	100,00	0,08	46	43,81	0,55	46	100,00	0,55	52	49,52	0,62	52	100,00	0,62
16.	Рівненська	58	7	12,07	0,11	7	100,00	0,11	14	24,14	0,22	14	100,00	0,22	37	63,79	0,57	37	100,00	0,57
17.	Сумська	63	5	7,94	0,08	5	100,00	0,08	9	14,29	0,14	9	100,00	0,14	49	77,78	0,74	49	100,00	0,74
18.	Тернопільська	38	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	8	21,05	0,13	8	100,00	0,13	30	78,95	0,49	30	100,00	0,49
19.	Харківська	287	22	7,67	0,14	22	100,00	0,14	91	31,71	0,56	91	100,00	0,56	174	60,63	1,07	174	100,00	1,07
20.	Херсонська	89	10	11,24	0,16	10	100,00	0,16	23	25,84	0,37	23	100,00	0,37	56	62,92	0,89	56	100,00	0,89
21.	Хмельницька	85	17	20,00	0,23	15	88,24	0,20	27	31,76	0,37	21	77,78	0,28	41	48,24	0,56	31	75,61	0,42
22.	Черкаська	31	1	3,23	0,01	1	100,00	0,01	4	12,90	0,05	4	100,00	0,05	26	83,87	0,35	26	100,00	0,35
23.	Чернівецька	34	4	11,76	0,07	4	100,00	0,07	8	23,53	0,15	8	100,00	0,15	22	64,71	0,41	22	100,00	0,41
24.	Чернігівська	49	5	10,20	0,08	5	100,00	0,08	11	22,45	0,18	11	100,00	0,18	33	67,35	0,55	33	100,00	0,55
25.	м. Київ	98	6	6,12	0,04	6	100,00	0,04	55	56,12	0,34	55	100,00	0,34	37	37,76	0,23	37	100,00	0,23
26.	м. Севастополь	16	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	6,25	0,05	1	100,00	0,05	15	93,75	0,68	15	100,00	0,68
	У с ь о г о :	2794	226	8,09	0,09	173	76,55	0,07	849	30,39	0,33	710	83,63	0,28	1719	61,52	0,67	1460	84,93	0,57

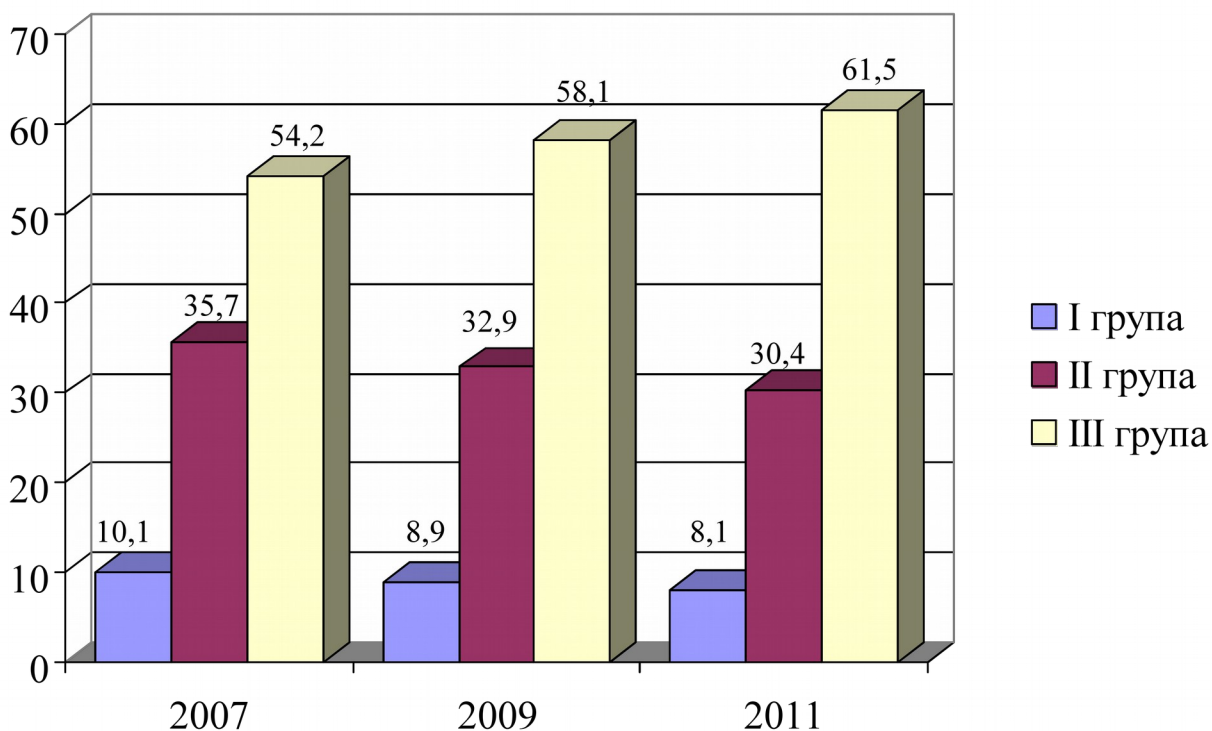


Рис. 3. Структура первинної інвалідності за групами інвалідності при ЦД 1 типу за 2007, 2009, 2011 рр. (у %)

Розподіл первинної інвалідності за групами в середньому по областях показав деяке зростання частки інвалідів III групи (з 54,2% до 58,1% і 61,5%) та, відповідно, зменшення частки інвалідів I групи (з 10,1% до 8,9% і до 8,1%) та інвалідів II групи (з 35,7% до 32,9% і до 30,4%). В 2011 р. найважчою була інвалідність внаслідок ЦД 1 типу в м. Київ, Одеській області та АР Крим, де питома вага інвалідів I-II груп в структурі інвалідності склала відповідно 62,2%, 60,9% та 53,4%.

Аналіз показників первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу за причинами свідчить, що найбільшу питому вагу складає інвалідність внаслідок загального захворювання, значно меншу – інвалідність з дитинства; на інші – інвалідність з повоєнних причин, внаслідок аварії на ЧАЕС – припадає 1,2-4,1% (рис. 4).

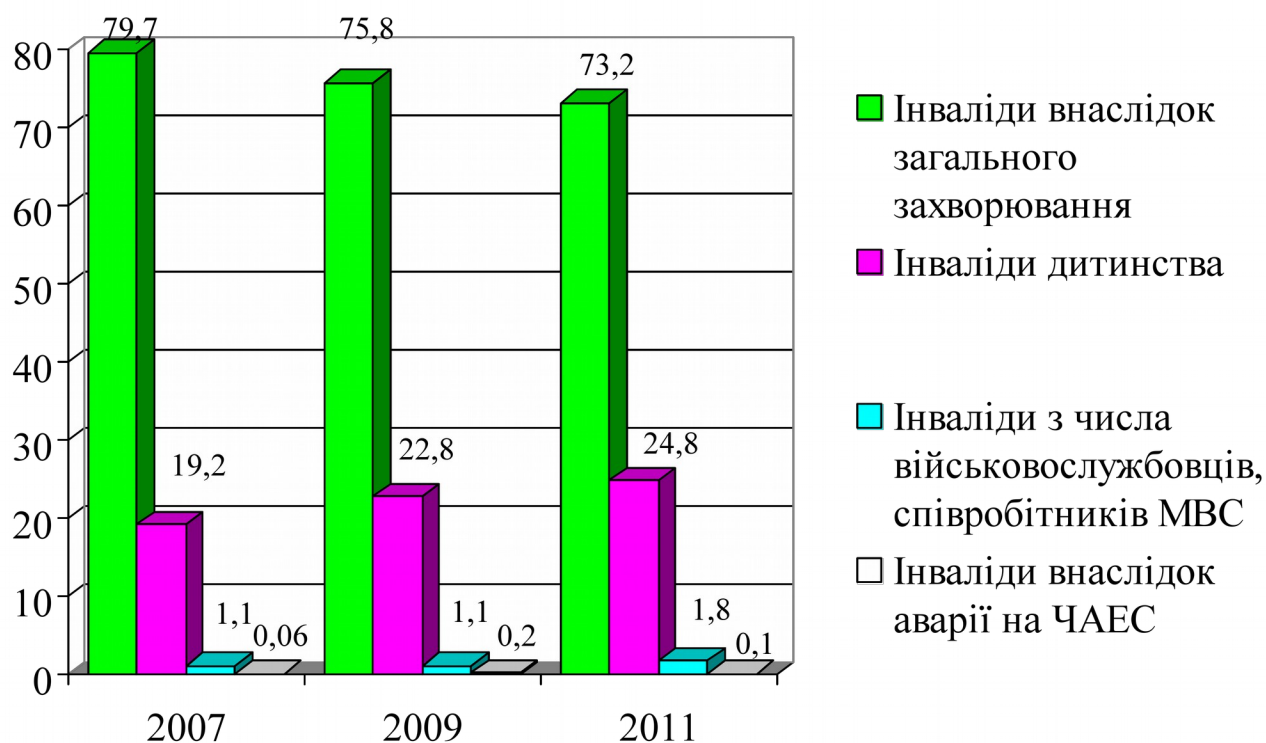


Рис. 4. Структура первинно визнаних інвалідами внаслідок ЦД за категоріями інвалідності за 2007, 2009, 2011 рр. (у %)

В динаміці за 5 років в структурі первинної інвалідності за групами спостерігається поступове зменшення питомої ваги інвалідів внаслідок загального захворювання (з 79,7% до 75,8% і до 73,2%) та збільшення частки інвалідів дитинства (з 19,2% до 22,8% і до 24,8%).

Структура та рівні інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД 1 типу за 2007, 2009, 2011 рр. по областях представлена в табл. 9, 10, 11.

Як видно з таблиць, частка інвалідів III групи поступово збільшувалась – з 56,9% до 63,5%, тобто важкість інвалідності зменшувалась.

Таблиця 9. Структура інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД I типу в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Усього			Групи інвалідності								
					I			II			III		
		Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	181	84,19	1,53	32	17,68	0,27	83	45,86	0,70	66	36,46	0,56
2.	Вінницька	73	91,25	0,76	8	10,96	0,08	14	19,18	0,15	51	69,86	0,53
3.	Волинська	27	75,00	0,47	0	0,00	0,00	3	11,11	0,05	24	88,89	0,41
4.	Дніпропетровська	213	84,19	1,01	22	10,33	0,10	67	31,46	0,32	124	58,22	0,59
5.	Донецька	357	83,80	1,27	60	16,81	0,21	99	27,73	0,35	198	55,46	0,71
6.	Житомирська	83	82,18	1,15	4	4,82	0,06	43	51,81	0,60	36	43,37	0,50
7.	Закарпатська	36	69,23	0,50	1	2,78	0,01	3	8,33	0,04	32	88,89	0,44
8.	Івано-Франківська	98	93,33	1,24	4	4,08	0,05	25	25,51	0,32	69	70,41	0,87
9.	Кіровоградська	36	70,59	0,62	5	13,89	0,09	11	30,56	0,19	20	55,56	0,35
10.	Київська	94	75,81	0,94	18	19,15	0,18	20	21,28	0,20	56	59,57	0,56
11.	Луганська	117	69,23	0,84	0	0,00	0,00	32	27,35	0,23	85	72,65	0,61
12.	Львівська	166	66,40	1,13	24	14,46	0,16	41	24,70	0,28	101	60,84	0,69
13.	Миколаївська	98	92,45	1,32	0	0,00	0,00	21	21,43	0,28	77	78,57	1,04
14.	Одеська	120	74,07	0,97	8	6,67	0,06	65	54,17	0,53	47	39,17	0,38
15.	Полтавська	46	63,01	0,53	6	13,04	0,07	23	50,00	0,27	17	36,96	0,20
16.	Рівненська	48	77,42	0,74	3	6,25	0,05	6	12,50	0,09	39	81,25	0,60
17.	Сумська	53	73,61	0,77	11	20,75	0,16	11	20,75	0,16	31	58,49	0,45
18.	Тернопільська	46	80,70	0,75	0	0,00	0,00	4	8,70	0,07	42	91,30	0,69
19.	Харківська	266	82,61	1,59	42	15,79	0,25	97	36,47	0,58	127	47,74	0,76
20.	Херсонська	77	89,53	1,20	13	16,88	0,20	17	22,08	0,26	47	61,04	0,73
21.	Хмельницька	33	50,00	0,44	4	12,12	0,05	10	30,30	0,13	19	57,58	0,26
22.	Черкаська	46	95,83	0,60	0	0,00	0,00	9	19,57	0,12	37	80,43	0,48
23.	Чернівецька	25	83,33	0,46	2	8,00	0,04	7	28,00	0,13	16	64,00	0,30
24.	Чернігівська	72	76,60	1,17	6	8,33	0,10	23	31,94	0,37	43	59,72	0,70
25.	м. Київ	96	94,12	0,56	17	17,71	0,10	55	57,29	0,32	24	25,00	0,14
26.	м. Севастополь	16	61,54	0,68	3	18,75	0,13	5	31,25	0,21	8	50,00	0,34
	Усього:	2523	79,64	0,97	293	11,61	0,11	794	31,47	0,31	1436	56,92	0,55

Таблиця 10. Структура інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД I типу в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Усього			Групи інвалідності								
					I			II			III		
		Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	162	83,08	1,41	24	14,81	0,21	70	43,21	0,61	68	41,98	0,59
2.	Вінницька	54	72,97	0,57	10	18,52	0,10	6	11,11	0,06	38	70,37	0,40
3.	Волинська	30	58,82	0,51	1	3,33	0,02	5	16,67	0,09	24	80,00	0,41
4.	Дніпропетровська	121	68,36	0,61	13	10,74	0,07	21	17,36	0,11	87	71,90	0,44
5.	Донецька	316	79,00	1,16	53	16,77	0,19	76	24,05	0,28	187	59,18	0,69
6.	Житомирська	70	79,55	0,98	1	1,43	0,01	35	50,00	0,49	34	48,57	0,47
7.	Закарпатська	29	59,18	0,40	2	6,90	0,03	4	13,79	0,06	23	79,31	0,32
8.	Івано-Франківська	93	85,32	1,18	7	7,53	0,09	25	26,88	0,32	61	65,59	0,77
9.	Кіровоградська	46	70,77	0,81	6	13,04	0,11	9	19,57	0,16	31	67,39	0,55
10.	Київська	124	75,15	1,25	20	16,13	0,20	25	20,16	0,25	79	63,71	0,79
11.	Луганська	117	69,23	0,85	0	0,00	0,00	32	27,35	0,23	85	72,65	0,62
12.	Львівська	150	67,87	2,03	12	8,00	0,16	20	13,33	0,27	118	78,67	1,60
13.	Миколаївська	97	82,20	1,31	6	6,19	0,08	24	24,74	0,33	67	69,07	0,91
14.	Одеська	104	71,23	0,75	8	7,69	0,06	47	45,19	0,34	49	47,12	0,35
15.	Полтавська	50	75,76	0,59	8	16,00	0,09	19	38,00	0,22	23	46,00	0,27
16.	Рівненська	45	65,22	0,69	1	2,22	0,02	10	22,22	0,15	34	75,56	0,52
17.	Сумська	46	76,67	0,68	8	17,39	0,12	6	13,04	0,09	32	69,57	0,47
18.	Тернопільська	44	78,57	0,72	0	0,00	0,00	7	15,91	0,11	37	84,09	0,60
19.	Харківська	235	83,33	1,42	40	17,02	0,24	72	30,64	0,43	123	52,34	0,74
20.	Херсонська	71	81,61	1,11	10	14,08	0,16	14	19,72	0,22	47	66,20	0,74
21.	Хмельницька	38	55,07	0,51	7	18,42	0,09	6	15,79	0,08	25	65,79	0,34
22.	Черкаська	33	89,19	0,44	3	9,09	0,04	2	6,06	0,03	28	84,85	0,37
23.	Чернівецька	24	80,00	0,44	2	8,33	0,04	3	12,50	0,06	19	79,17	0,35
24.	Чернігівська	41	64,06	0,68	8	19,51	0,13	8	19,51	0,13	25	60,98	0,41
25.	м. Київ	108	98,18	0,67	5	4,63	0,03	74	68,52	0,46	29	26,85	0,18
26.	м. Севастополь	4	30,77	0,17	0	0,00	0,00	2	50,00	0,09	2	50,00	0,09
	У с ь о г о :	2252	75,82	0,90	255	11,32	0,10	622	27,62	0,25	1375	61,06	0,55

Таблиця 11. Структура інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД 1 типу в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Усього			Групи інвалідності								
					I			II			III		
		Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	130	80,75	1,14	17	13,08	0,15	51	39,23	0,45	62	47,69	0,54
2.	Вінницька	71	77,17	0,75	7	9,86	0,07	11	15,49	0,12	53	74,65	0,56
3.	Волинська	22	47,83	0,38	0	0,00	0,00	1	4,55	0,02	21	95,45	0,36
4.	Дніпропетровська	109	71,24	0,56	13	11,93	0,07	16	14,68	0,08	80	73,39	0,41
5.	Донецька	278	80,35	0,98	43	15,47	0,15	67	24,10	0,24	168	60,43	0,59
6.	Житомирська	48	71,64	0,68	0	0,00	0,00	14	29,17	0,20	34	70,83	0,48
7.	Закарпатська	50	71,43	0,69	4	8,00	0,06	4	8,00	0,06	42	84,00	0,58
8.	Івано-Франківська	59	72,84	0,75	4	6,78	0,05	13	22,03	0,16	42	71,19	0,53
9.	Кіровоградська	29	54,72	0,52	5	17,24	0,09	7	24,14	0,13	17	58,62	0,30
10.	Київська	104	62,65	1,05	16	15,38	0,16	19	18,27	0,19	69	66,35	0,70
11.	Луганська	58	47,93	0,43	0	0,00	0,00	26	44,83	0,19	32	55,17	0,24
12.	Львівська	154	66,09	1,05	12	7,79	0,08	40	25,97	0,27	102	66,23	0,69
13.	Миколаївська	92	80,70	1,34	5	5,43	0,07	9	9,78	0,13	78	84,78	1,13
14.	Одеська	95	68,84	0,68	10	10,53	0,07	41	43,16	0,30	44	46,32	0,32
15.	Полтавська	73	69,52	0,87	7	9,59	0,08	35	47,95	0,42	31	42,47	0,37
16.	Рівненська	40	68,97	0,61	6	15,00	0,09	5	12,50	0,08	29	72,50	0,45
17.	Сумська	42	66,67	0,63	5	11,90	0,08	6	14,29	0,09	31	73,81	0,47
18.	Тернопільська	35	92,11	0,57	0	0,00	0,00	7	20,00	0,11	28	80,00	0,46
19.	Харківська	235	81,88	1,44	22	9,36	0,14	67	28,51	0,41	146	62,13	0,90
20.	Херсонська	75	84,27	1,20	10	13,33	0,16	19	25,33	0,30	46	61,33	0,73
21.	Хмельницька	61	71,76	0,83	5	8,20	0,07	17	27,87	0,23	39	63,93	0,53
22.	Черкаська	29	93,55	0,39	1	3,45	0,01	3	10,34	0,04	25	86,21	0,34
23.	Чернівецька	23	67,65	0,43	3	13,04	0,06	7	30,43	0,13	13	56,52	0,24
24.	Чернігівська	29	59,18	0,48	5	17,24	0,08	1	3,45	0,02	23	79,31	0,38
25.	м. Київ	98	100,0	0,60	6	6,12	0,04	55	56,12	0,34	37	37,76	0,23
26.	м. Севастополь	7	43,75	0,32	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	7	100,00	0,32
	У с ь о г о :	2046	73,23	0,80	206	10,07	0,08	541	26,44	0,21	1299	63,49	0,51

Аналізуючи структуру інвалідності дитинства при ЦД 1 типу за 2007-2011 рр., ми звернули увагу, що при цій категорії важкість інвалідності більша порівняно з інвалідністю внаслідок загального захворювання, особливо в 2007 і 2009 рр., коли питома вага інвалідів III групи складала лише 45,4% та 47,8% (табл. 12, 13, 14).

Таблиця 12. Структура інвалідності дитинства при ЦД 1 типу в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Усього			Групи інвалідності								
					I			II			III		
		Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	30	13,95	0,25	0	0,00	0,00	28	93,33	0,24	2	6,67	0,02
2.	Вінницька	6	7,50	0,06	0	0,00	0,00	2	33,33	0,02	4	66,67	0,04
3.	Волинська	9	25,00	0,16	0	0,00	0,00	4	44,44	0,07	5	55,56	0,09
4.	Дніпропетровська	35	13,83	0,17	0	0,00	0,00	14	40,00	0,07	21	60,00	0,10
5.	Донецька	66	15,49	0,24	0	0,00	0,00	52	78,79	0,19	14	21,21	0,05
6.	Житомирська	17	16,83	0,24	1	5,88	0,01	12	70,59	0,17	4	23,53	0,06
7.	Закарпатська	16	30,77	0,22	0	0,00	0,00	9	56,25	0,12	7	43,75	0,10
8.	Івано-Франківська	6	5,71	0,08	0	0,00	0,00	2	33,33	0,03	4	66,67	0,05
9.	Кіровоградська	15	29,41	0,26	0	0,00	0,00	11	73,33	0,19	4	26,67	0,07
10.	Київська	27	21,77	0,27	1	3,70	0,01	9	33,33	0,09	17	62,96	0,17
11.	Луганська	52	30,77	0,37	0	0,00	0,00	18	34,62	0,13	34	65,38	0,24
12.	Львівська	83	33,20	0,57	5	6,02	0,03	42	50,60	0,29	36	43,37	0,25
13.	Миколаївська	8	7,55	0,11	0	0,00	0,00	2	25,00	0,03	6	75,00	0,08
14.	Одеська	42	25,93	0,34	1	2,38	0,01	29	69,05	0,23	12	28,57	0,10
15.	Полтавська	24	32,88	0,28	0	0,00	0,00	16	66,67	0,19	8	33,33	0,09
16.	Рівненська	12	19,35	0,19	0	0,00	0,00	7	58,33	0,11	5	41,67	0,08
17.	Сумська	19	26,39	0,27	0	0,00	0,00	7	36,84	0,10	12	63,16	0,17
18.	Тернопільська	11	19,30	0,18	0	0,00	0,00	4	36,36	0,07	7	63,64	0,11
19.	Харківська	47	14,60	0,28	0	0,00	0,00	19	40,43	0,11	28	59,57	0,17
20.	Херсонська	9	10,47	0,14	0	0,00	0,00	3	33,33	0,05	6	66,67	0,09
21.	Хмельницька	33	50,00	0,44	1	3,03	0,01	12	36,36	0,16	20	60,61	0,27
22.	Черкаська	2	4,17	0,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	2	100,00	0,03
23.	Чернівецька	3	10,00	0,06	0	0,00	0,00	1	33,33	0,02	2	66,67	0,04
24.	Чернігівська	20	21,28	0,32	0	0,00	0,00	11	55,00	0,18	9	45,00	0,15
25.	м. Київ	6	5,88	0,04	0	0,00	0,00	4	66,67	0,02	2	33,33	0,01
26.	м. Севастополь	10	38,46	0,43	0	0,00	0,00	5	50,00	0,21	5	50,00	0,21
	Усього:	608	19,19	0,23	9	1,48	0,003	323	53,13	0,12	276	45,39	0,11

Таблиця 13. Структура інвалідності дитинства при ЦД 1 типу в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Усього			Групи інвалідності								
					I			II			III		
		Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	28	14,36	0,24	0	0,00	0,00	23	82,14	0,20	5	17,86	0,04
2.	Вінницька	17	22,97	0,18	0	0,00	0,00	5	29,41	0,05	12	70,59	0,13
3.	Волинська	21	41,18	0,36	1	4,76	0,02	10	47,62	0,17	10	47,62	0,17
4.	Дніпропетровська	54	30,51	0,27	0	0,00	0,00	15	27,78	0,08	39	72,22	0,20
5.	Донецька	81	20,25	0,30	1	1,23	0,00	55	67,90	0,20	25	30,86	0,09
6.	Житомирська	16	18,18	0,22	0	0,00	0,00	7	43,75	0,10	9	56,25	0,13
7.	Закарпатська	20	40,82	0,28	1	5,00	0,01	8	40,00	0,11	11	55,00	0,15
8.	Івано-Франківська	13	11,93	0,16	0	0,00	0,00	10	76,92	0,13	3	23,08	0,04
9.	Кіровоградська	18	27,69	0,32	0	0,00	0,00	13	72,22	0,23	5	27,78	0,09
10.	Київська	36	21,82	0,36	0	0,00	0,00	8	22,22	0,08	28	77,78	0,28
11.	Луганська	52	30,77	0,38	0	0,00	0,00	18	34,62	0,13	34	65,38	0,25
12.	Львівська	69	31,22	0,93	5	7,25	0,07	42	60,87	0,57	22	31,88	0,30
13.	Миколаївська	21	17,80	0,28	1	4,76	0,01	11	52,38	0,15	9	42,86	0,12
14.	Одеська	42	28,77	0,30	0	0,00	0,00	34	80,95	0,24	8	19,05	0,06
15.	Полтавська	15	22,73	0,18	0	0,00	0,00	5	33,33	0,06	10	66,67	0,12
16.	Рівненська	20	28,99	0,31	0	0,00	0,00	14	70,00	0,22	6	30,00	0,09
17.	Сумська	14	23,33	0,21	0	0,00	0,00	6	42,86	0,09	8	57,14	0,12
18.	Тернопільська	12	21,43	0,20	0	0,00	0,00	4	33,33	0,07	8	66,67	0,13
19.	Харківська	44	15,60	0,27	0	0,00	0,00	24	54,55	0,14	20	45,45	0,12
20.	Херсонська	16	18,39	0,25	0	0,00	0,00	1	6,25	0,02	15	93,75	0,24
21.	Хмельницька	31	44,93	0,42	2	6,45	0,03	19	61,29	0,26	10	32,26	0,13
22.	Черкаська	4	10,81	0,05	0	0,00	0,00	2	50,00	0,03	2	50,00	0,03
23.	Чернівецька	4	13,33	0,07	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	4	100,00	0,07
24.	Чернігівська	20	31,25	0,33	0	0,00	0,00	5	25,00	0,08	15	75,00	0,25
25.	м. Київ	2	1,82	0,01	0	0,00	0,00	2	100,0	0,01	0	0,00	0,00
26.	м. Севастополь	8	61,54	0,34	0	0,00	0,00	2	25,00	0,09	6	75,00	0,26
	Усього:	678	22,83	0,27	11	1,62	0,004	343	50,59	0,14	324	47,79	0,13

Таблиця 14. Структура інвалідності дитинства при ЦД 1 типу в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Усього			Групи інвалідності								
					I			II			III		
		Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	27	16,77	0,24	0	0,00	0,00	15	55,56	0,13	12	44,44	0,11
2.	Вінницька	20	21,74	0,21	0	0,00	0,00	6	30,00	0,06	14	70,00	0,15
3.	Волинська	23	50,00	0,39	0	0,00	0,00	5	21,74	0,09	18	78,26	0,31
4.	Дніпропетровська	35	22,88	0,18	0	0,00	0,00	13	37,14	0,07	22	62,86	0,11
5.	Донецька	64	18,50	0,22	0	0,00	0,00	38	59,38	0,13	26	40,63	0,09
6.	Житомирська	15	22,39	0,21	0	0,00	0,00	10	66,67	0,14	5	33,33	0,07
7.	Закарпатська	19	27,14	0,26	0	0,00	0,00	4	21,05	0,06	15	78,95	0,21
8.	Івано-Франківська	21	25,93	0,27	0	0,00	0,00	4	19,05	0,05	17	80,95	0,21
9.	Кіровоградська	23	43,40	0,41	0	0,00	0,00	14	60,87	0,25	9	39,13	0,16
10.	Київська	53	31,93	0,54	0	0,00	0,00	19	35,85	0,19	34	64,15	0,34
11.	Луганська	61	50,41	0,45	0	0,00	0,00	26	42,62	0,19	35	57,38	0,26
12.	Львівська	77	33,05	0,52	6	7,79	0,04	29	37,66	0,20	42	54,55	0,29
13.	Миколаївська	20	17,54	0,29	0	0,00	0,00	2	10,00	0,03	18	90,00	0,26
14.	Одеська	43	31,16	0,31	0	0,00	0,00	33	76,74	0,24	10	23,26	0,07
15.	Полтавська	30	28,57	0,36	0	0,00	0,00	10	33,33	0,12	20	66,67	0,24
16.	Рівненська	17	29,31	0,26	1	5,88	0,02	9	52,94	0,14	7	41,18	0,11
17.	Сумська	20	31,75	0,30	0	0,00	0,00	3	15,00	0,05	17	85,00	0,26
18.	Тернопільська	3	7,89	0,05	0	0,00	0,00	1	33,33	0,02	2	66,67	0,03
19.	Харківська	47	16,38	0,29	0	0,00	0,00	24	51,06	0,15	23	48,94	0,14
20.	Херсонська	14	15,73	0,22	0	0,00	0,00	4	28,57	0,06	10	71,43	0,16
21.	Хмельницька	24	28,24	0,33	2	8,33	0,03	13	54,17	0,18	9	37,50	0,12
22.	Черкаська	1	3,23	0,01	0	0,00	0,00	1	100,0	0,01	0	0,00	0,00
23.	Чернівецька	8	23,53	0,15	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	8	100,00	0,15
24.	Чернігівська	19	38,78	0,32	0	0,00	0,00	10	52,63	0,17	9	47,37	0,15
25.	м. Київ	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
26.	м. Севастополь	9	56,25	0,41	0	0,00	0,00	1	11,11	0,05	8	88,89	0,36
	У с ь о г о :	693	24,80	0,27	9	1,30	0,004	294	42,42	0,11	390	56,28	0,15

Аналіз розробки ІПР показав, що відсоток осіб із складеною ІПР серед інвалідів I групи внаслідок ЦД 1 типу збільшувався: в 2007, 2009, 2011 рр. і склав відповідно 46,9%, 68,2% і 76,6%; це ж стосується і інвалідів II групи (відповідно 58,0, 72,3% і 83,6%) та інвалідів III групи (72,3%, 80,9% і 84,9%), проте не досяг 100%.

Вивчено рівні та структуру інвалідності внаслідок ЦД 2 типу в регіонах України за 2007, 2009 і 2011 рр.

За всі роки спостереження середні рівні первинної інвалідності по областях внаслідок ЦД 2 типу виявились нижчими порівняно з ЦД 1 типу і склали відповідно 0,96, 0,88 та 0,86 на 10 000 населення (в середньому 0,9) (табл. 15, 16, 17). Темп спаду показника в 2011 р. порівняно з 2007 р. склав 10,42%. Спостерігались значні коливання рівнів первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу по областях: від 0,31 на 10 000 населення в Дніпропетровській області до 2,25 на 10 000 в м.Київ в 2007 р., від 0,23 в Івано-Франківській області до 2,09 в м.Київ в 2009 р. і від 0,29 в Харківській області до 2,07 в Кіровоградській області в 2011 р.

В структурі первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за віком частка інвалідів у віці від 18 до 39 років виявилась невеликою і коливалась за роки спостереження від 7,18% до 6,11%. В 2011 р. питома вага інвалідів молодого віку з ЦД 2 типу була найбільшою в Миколаївській, Житомирській областях та м.Київ (відповідно 30,3%, 22,58% та 11,57%).

Частка осіб працездатного віку в контингенті інвалідів внаслідок ЦД 2 типу за роки спостереження коливалась від 58,62% до 64,05%. В 2011 р. вона була найбільшою у Волинській, Житомирській та Миколаївській областях; найменшою – в м. Севастополь, Луганській і Чернігівській областях.

Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за групами в 2007, 2009 та 2011 рр. представлена в табл. 18, 19, 20. Як видно з таблиць, важкість первинної інвалідності при ЦД 2 типу значно більша за важкість інвалідності при ЦД 1 типу. Так, питома вага інвалідів I групи в середньому за роки спостереження склала 18,52% (проти 9,07% при ЦД 1 типу), II групи – 35,0% (проти 33,0%). На більшу важкість інвалідності внаслідок ЦД 2 типу вказує порівняно менша питома вага інвалідів III групи (47,47% проти 57,93%).

Таблиця 15. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок цукрового діабету 2 типу за віком за 2007 рік

№	Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК				У т.ч. мають вік:								
		Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами			Від 18 до 39 років включно			Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)			РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	137	130	94,89	1,10	4	3,08	0,03	70	53,85	0,59	74	56,92	0,62
2.	Вінницька	121	93	76,86	0,97	36	38,71	0,37	50	53,76	0,52	86	92,47	0,89
3.	Волинська	44	43	97,73	0,74	3	6,98	0,05	35	81,40	0,60	38	88,37	0,65
4.	Дніпропетровська	67	65	97,01	0,31	2	3,08	0,01	28	43,08	0,13	30	46,15	0,14
5.	Донецька	249	189	75,90	0,67	9	4,76	0,03	101	53,44	0,36	110	58,20	0,39
6.	Житомирська	34	34	100,00	0,47	9	26,47	0,12	25	73,53	0,35	34	100,00	0,47
7.	Закарпатська	70	68	97,14	0,94	2	2,94	0,03	55	80,88	0,76	57	83,82	0,79
8.	Івано-Франківська	37	35	94,59	0,44	2	5,71	0,03	17	48,57	0,22	19	54,29	0,24
9.	Кіровоградська	117	116	99,15	2,01	9	7,76	0,16	46	39,66	0,80	55	47,41	0,95
10.	Київська	138	135	97,83	1,35	4	2,96	0,04	59	43,70	0,59	63	46,67	0,63
11.	Луганська	187	187	100,00	1,34	0	0,00	0,00	99	52,94	0,71	99	52,94	0,71
12.	Львівська	96	96	100,00	0,65	6	6,25	0,04	58	60,42	0,39	64	66,67	0,44
13.	Миколаївська	35	34	97,14	0,46	5	14,71	0,07	17	50,00	0,23	22	64,71	0,30
14.	Одеська	202	202	100,00	1,64	16	7,92	0,13	125	61,88	1,01	141	69,80	1,14
15.	Полтавська	45	45	100,00	0,52	3	6,67	0,03	15	33,33	0,17	18	40,00	0,21
16.	Рівненська	45	44	97,78	0,68	3	6,82	0,05	35	79,55	0,54	38	86,36	0,59
17.	Сумська	53	53	100,00	0,77	3	5,66	0,04	22	41,51	0,32	25	47,17	0,36
18.	Тернопільська	56	56	100,00	0,91	1	1,79	0,02	55	98,21	0,90	56	100,00	0,91
19.	Харківська	92	90	97,83	0,54	7	7,78	0,04	37	41,11	0,22	44	48,89	0,26
20.	Херсонська	49	48	97,96	0,75	2	4,17	0,03	25	52,08	0,39	27	56,25	0,42
21.	Хмельницька	69	69	100,00	0,93	0	0,00	0,00	43	62,32	0,58	43	62,32	0,58
22.	Черкаська	86	84	97,67	1,10	1	1,19	0,01	58	69,05	0,76	59	70,24	0,77
23.	Чернівецька	88	85	96,59	1,58	12	14,12	0,22	42	49,41	0,78	54	63,53	1,00
24.	Чернігівська	83	81	97,59	1,31	1	1,23	0,02	30	37,04	0,49	31	38,27	0,50
25.	м. Київ	383	383	100,00	2,25	39	10,18	0,23	129	33,68	0,76	168	43,86	0,99
26.	м. Севастополь	29	29	100,00	1,23	0	0,00	0,00	7	24,14	0,30	7	24,14	0,30
	Усього:	2612	2494	95,48	0,96	179	7,18	0,07	1283	51,44	0,49	1462	58,62	0,56

Таблиця 16. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок цукрового діабету 2 типу за віком 2009 рік

№	Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК				У т.ч. мають вік:								
		Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами			Від 18 до 39 років включно			Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)			РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	123	102	82,93	0,89	3	2,94	0,03	68	66,67	0,59	71	69,61	0,62
2.	Вінницька	93	87	93,55	0,91	4	4,60	0,04	38	43,68	0,40	42	48,28	0,44
3.	Волинська	44	44	100,00	0,75	3	6,82	0,05	28	63,64	0,48	31	70,45	0,53
4.	Дніпропетровська	110	104	94,55	0,53	2	1,92	0,01	41	39,42	0,21	43	41,35	0,22
5.	Донецька	135	135	100,00	0,50	44	32,59	0,16	81	60,00	0,30	125	92,59	0,46
6.	Житомирська	27	27	100,00	0,38	3	11,11	0,04	24	88,89	0,33	27	100,00	0,38
7.	Закарпатська	93	93	100,00	1,29	7	7,53	0,10	81	87,10	1,12	88	94,62	1,22
8.	Івано-Франківська	18	18	100,00	0,23	0	0,00	0,00	14	77,78	0,18	14	77,78	0,18
9.	Кіровоградська	90	89	98,89	1,57	18	20,22	0,32	51	57,30	0,90	69	77,53	1,22
10.	Київська	107	106	99,07	1,07	12	11,32	0,12	58	54,72	0,58	70	66,04	0,70
11.	Луганська	129	129	100,00	0,94	0	0,00	0,00	54	41,86	0,39	54	41,86	0,39
12.	Львівська	107	107	100,00	1,45	3	2,80	0,04	66	61,68	0,89	69	64,49	0,93
13.	Миколаївська	40	36	90,00	0,49	4	11,11	0,05	25	69,44	0,34	29	80,56	0,39
14.	Одеська	175	175	100,00	1,25	14	8,00	0,10	126	72,00	0,90	140	80,00	1,00
15.	Полтавська	43	43	100,00	0,50	3	6,98	0,04	23	53,49	0,27	26	60,47	0,30
16.	Рівненська	45	45	100,00	0,69	2	4,44	0,03	30	66,67	0,46	32	71,11	0,49
17.	Сумська	37	36	97,30	0,53	0	0,00	0,00	19	52,78	0,28	19	52,78	0,28
18.	Тернопільська	50	50	100,00	0,82	1	2,00	0,02	49	98,00	0,80	50	100,00	0,82
19.	Харківська	68	61	89,71	0,37	10	16,39	0,06	28	45,90	0,17	38	62,30	0,23
20.	Херсонська	33	33	100,00	0,52	0	0,00	0,00	23	69,70	0,36	23	69,70	0,36
21.	Хмельницька	72	72	100,00	0,97	3	4,17	0,04	23	31,94	0,31	26	36,11	0,35
22.	Черкаська	92	90	97,83	1,19	1	1,11	0,01	36	40,00	0,47	37	41,11	0,49
23.	Чернівецька	94	92	97,87	1,70	16	17,39	0,30	51	55,43	0,94	67	72,83	1,24
24.	Чернігівська	62	60	96,77	0,99	2	3,33	0,03	25	41,67	0,41	27	45,00	0,45
25.	м. Київ	336	336	100,00	2,09	29	8,63	0,18	158	47,02	0,98	187	55,65	1,16
26.	м. Севастополь	39	36	92,31	1,55	0	0,00	0,00	9	25,00	0,39	9	25,00	0,39
	Усього:	2262	2206	97,52	0,88	184	8,34	0,07	1229	55,71	0,49	1413	64,05	0,56

Таблиця 17. Розподіл вперше визнаних інвалідами внаслідок цукрового діабету 2 типу за віком 2011 рік

№	Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК				У т.ч. мають вік:								
		Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами			Від 18 до 39 років включно			Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)			РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	95	83	87,37	0,73	3	3,61	0,03	51	61,45	0,45	54	65,06	0,47
2.	Вінницька	100	95	95,00	1,01	1	1,05	0,01	48	50,53	0,51	49	51,58	0,52
3.	Волинська	30	26	86,67	0,44	1	3,85	0,02	25	96,15	0,43	26	100,00	0,44
4.	Дніпропетровська	82	82	100,00	0,42	0	0,00	0,00	42	51,22	0,22	42	51,22	0,22
5.	Донецька	127	127	100,00	0,45	8	6,30	0,03	78	61,42	0,27	86	67,72	0,30
6.	Житомирська	31	31	100,00	0,44	7	22,58	0,10	24	77,42	0,34	31	100,00	0,44
7.	Закарпатська	98	98	100,00	1,36	8	8,16	0,11	83	84,69	1,15	91	92,86	1,26
8.	Івано-Франківська	26	25	96,15	0,32	1	4,00	0,01	19	76,00	0,24	20	80,00	0,25
9.	Кіровоградська	118	116	98,31	2,07	3	2,59	0,05	66	56,90	1,18	69	59,48	1,23
10.	Київська	134	133	99,25	1,35	11	8,27	0,11	57	42,86	0,58	68	51,13	0,69
11.	Луганська	153	153	100,00	1,14	0	0,00	0,00	50	32,68	0,37	50	32,68	0,37
12.	Львівська	127	127	100,00	0,86	4	3,15	0,03	64	50,39	0,44	68	53,54	0,46
13.	Миколаївська	34	33	97,06	0,48	10	30,30	0,15	23	69,70	0,33	33	100,00	0,48
14.	Одеська	195	195	100,00	1,40	20	10,26	0,14	101	51,79	0,73	121	62,05	0,87
15.	Полтавська	36	36	100,00	0,43	1	2,78	0,01	15	41,67	0,18	16	44,44	0,19
16.	Рівненська	68	68	100,00	1,04	5	7,35	0,08	46	67,65	0,71	51	75,00	0,78
17.	Сумська	40	40	100,00	0,60	0	0,00	0,00	21	52,50	0,32	21	52,50	0,32
18.	Тернопільська	62	62	100,00	1,01	2	3,23	0,03	60	96,77	0,98	62	100,00	1,01
19.	Харківська	51	47	92,16	0,29	4	8,51	0,02	25	53,19	0,15	29	61,70	0,18
20.	Херсонська	29	26	89,66	0,41	0	0,00	0,00	17	65,38	0,27	17	65,38	0,27
21.	Хмельницька	45	45	100,00	0,61	1	2,22	0,01	19	42,22	0,26	20	44,44	0,27
22.	Черкаська	79	79	100,00	1,06	0	0,00	0,00	58	73,42	0,78	58	73,42	0,78
23.	Чернівецька	98	95	96,94	1,76	9	9,47	0,17	63	66,32	1,16	72	75,79	1,33
24.	Чернігівська	92	79	85,87	1,32	2	2,53	0,03	24	30,38	0,40	26	32,91	0,43
25.	м. Київ	268	268	100,00	1,64	31	11,57	0,19	85	31,72	0,52	116	43,29	0,71
26.	м. Севастополь	26	23	88,46	1,04	2	8,70	0,09	5	21,74	0,23	7	30,43	0,32
	Усього:	2244	2192	97,68	0,86	134	6,11	0,05	1169	53,33	0,46	1303	59,44	0,51

Таблиця 18. Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за групами в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Всього інвалідів	в тому числі																	
			I група						II група						III група					
			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР			Усього			Складені ІПР		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	130	15	11,54	0,13	0	0,00	0,00	63	48,46	0,53	0	0,00	0,00	52	40,00	0,44	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	93	23	24,73	0,24	2	8,70	0,02	17	18,28	0,18	1	5,88	0,01	53	56,99	0,55	18	33,96	0,19
3.	Волинська	43	5	11,63	0,09	5	100,00	0,09	13	30,23	0,22	13	100,00	0,22	25	58,14	0,43	24	96,00	0,41
4.	Дніпропетровська	65	15	23,08	0,07	9	60,00	0,04	26	40,00	0,12	19	73,08	0,09	24	36,92	0,11	16	66,67	0,08
5.	Донецька	189	43	22,75	0,15	0	0,00	0,00	55	29,10	0,20	0	0,00	0,00	91	48,15	0,32	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	34	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	15	44,12	0,21	15	100,00	0,21	19	55,88	0,26	19	100,00	0,26
7.	Закарпатська	68	8	11,76	0,11	4	50,00	0,06	20	29,41	0,28	9	45,00	0,12	40	58,82	0,56	33	82,50	0,46
8.	Івано-Франківська	35	11	31,43	0,14	11	100,00	0,14	11	31,43	0,14	11	100,00	0,14	13	37,14	0,16	13	100,00	0,16
9.	Кіровоградська	116	35	30,17	0,61	35	100,00	0,61	40	34,48	0,69	40	100,00	0,69	41	35,34	0,71	41	100,00	0,71
10.	Київська	135	31	22,96	0,31	31	100,00	0,31	46	34,07	0,46	46	100,00	0,46	56	41,48	0,58	58	103,57	0,58
11.	Луганська	187	52	27,81	0,37	33	63,46	0,24	68	36,36	0,49	41	60,29	0,29	67	35,83	0,48	55	82,09	0,39
12.	Львівська	96	8	8,33	0,05	5	62,50	0,03	31	32,29	0,21	21	67,74	0,14	57	59,38	0,39	42	73,68	0,29
13.	Миколаївська	34	2	5,88	0,03	2	100,00	0,03	6	17,65	0,08	6	100,00	0,08	20	58,82	0,35	26	130,00	0,35
14.	Одеська	202	33	16,34	0,27	18	54,55	0,15	121	59,90	0,98	98	80,99	0,79	48	23,76	0,39	32	66,67	0,26
15.	Полтавська	45	13	28,89	0,15	13	100,00	0,15	23	51,11	0,27	22	95,65	0,26	9	20,00	0,10	9	100,00	0,10
16.	Рівненська	44	2	4,55	0,03	2	100,00	0,03	11	25,00	0,17	10	90,91	0,15	31	70,45	0,48	24	77,42	0,37
17.	Сумська	53	15	28,30	0,22	5	33,33	0,07	16	30,19	0,23	9	56,25	0,13	22	41,51	0,32	17	77,27	0,25
18.	Тернопільська	56	3	5,36	0,05	3	100,00	0,05	16	28,57	0,26	16	100,00	0,26	37	66,07	0,60	37	100,00	0,60
19.	Харківська	90	13	14,44	0,08	3	23,08	0,02	30	33,33	0,18	12	40,00	0,07	47	52,22	0,28	38	80,85	0,23
20.	Херсонська	48	12	25,00	0,19	12	100,00	0,19	17	35,42	0,26	16	94,12	0,25	19	39,58	0,30	19	100,00	0,30
21.	Хмельницька	69	13	18,84	0,17	13	100,00	0,17	23	33,33	0,31	23	100,00	0,31	33	47,83	0,44	33	100,00	0,44
22.	Черкаська	84	16	19,05	0,21	16	100,00	0,21	32	38,10	0,42	13	40,63	0,17	36	42,86	0,47	20	55,56	0,26
23.	Чернівецька	85	19	22,35	0,35	19	100,00	0,35	24	28,24	0,45	24	100,00	0,45	42	49,41	0,78	42	100,00	0,78
24.	Чернігівська	81	25	30,86	0,40	0	0,00	0,00	21	25,93	0,34	0	0,00	0,00	35	43,21	0,57	0	0,00	0,00
25.	м. Київ	383	35	9,14	0,21	16	45,71	0,09	196	51,17	1,15	97	49,49	0,57	152	39,69	0,89	125	82,24	0,73
26.	м. Севастополь	29	6	20,69	0,26	4	66,67	0,17	17	58,62	0,72	11	64,71	0,47	6	20,69	0,26	4	66,67	0,17
	Усього:	2494	453	18,16	0,17	261	57,62	0,10	958	38,41	0,37	573	59,81	0,22	1075	43,42	0,42	745	68,79	0,28

Таблиця 19. Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за групами в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Всього інвалідів	в тому числі																	
			I група						II група						III група					
			Усього			Складені ІПР			Усього			Усього			Складені ІПР			Усього		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	102	6	5,88	0,05	0	0,00	0,00	47	46,08	0,41	0	0,00	0,00	49	48,04	0,43	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	87	25	28,74	0,26	25	100,00	0,26	25	28,74	0,26	25	100,00	0,26	37	42,53	0,39	37	100,00	0,39
3.	Волинська	44	3	6,82	0,05	3	100,00	0,05	12	27,27	0,21	12	100,00	0,21	29	65,91	0,50	23	79,31	0,39
4.	Дніпропетровська	104	29	27,88	0,15	29	100,00	0,15	38	36,54	0,19	38	100,00	0,19	37	35,58	0,19	37	100,00	0,19
5.	Донецька	135	29	21,48	0,11	0	0,00	0,00	42	31,11	0,15	0	0,00	0,00	64	47,41	0,23	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	27	2	7,41	0,03	2	100,00	0,03	18	66,67	0,25	18	100,00	0,25	7	25,93	0,10	7	100,00	0,10
7.	Закарпатська	93	7	7,53	0,10	6	85,71	0,08	15	16,13	0,21	9	60,00	0,12	71	76,34	0,98	54	76,06	0,75
8.	Івано-Франківська	18	3	16,67	0,04	3	100,00	0,04	3	16,67	0,04	3	100,00	0,04	12	66,67	0,15	12	100,00	0,15
9.	Кіровоградська	89	16	17,98	0,28	16	100,00	0,28	30	33,71	0,53	30	100,00	0,53	43	48,31	0,76	43	100,00	0,76
10.	Київська	106	29	27,36	0,29	29	100,00	0,29	25	23,58	0,25	25	100,00	0,25	52	49,06	0,52	52	100,00	0,52
11.	Луганська	129	45	34,88	0,33	45	100,00	0,33	49	37,98	0,36	48	97,96	0,35	35	27,13	0,25	34	97,14	0,25
12.	Львівська	107	19	17,76	0,26	18	94,74	0,24	13	12,15	0,18	13	100,00	0,18	75	70,09	1,02	71	94,67	0,96
13.	Миколаївська	36	2	5,56	0,03	2	100,00	0,03	7	19,44	0,09	7	100,00	0,09	27	75,00	0,37	27	100,00	0,37
14.	Одеська	175	28	16,00	0,20	22	78,57	0,16	94	53,71	0,67	81	86,17	0,58	53	30,29	0,38	47	88,68	0,34
15.	Полтавська	43	16	37,21	0,19	16	100,00	0,19	17	39,53	0,20	17	100,00	0,20	10	23,26	0,12	10	100,00	0,12
16.	Рівненська	45	7	15,56	0,11	7	100,00	0,11	14	31,11	0,22	14	100,00	0,22	24	53,33	0,37	24	100,00	0,37
17.	Сумська	36	16	44,44	0,23	16	100,00	0,23	12	33,33	0,18	12	100,00	0,18	8	22,22	0,12	8	100,00	0,12
18.	Тернопільська	50	3	6,00	0,05	3	100,00	0,05	10	20,00	0,16	10	100,00	0,16	37	74,00	0,60	37	100,00	0,60
19.	Харківська	61	11	18,03	0,07	11	100,00	0,07	22	36,07	0,13	22	100,00	0,13	28	45,90	0,17	28	100,00	0,17
20.	Херсонська	33	4	12,12	0,06	4	100,00	0,06	9	27,27	0,14	9	100,00	0,14	20	60,61	0,31	19	95,00	0,30
21.	Хмельницька	72	12	16,67	0,16	12	100,00	0,16	22	30,56	0,30	21	95,45	0,28	38	52,78	0,51	36	94,74	0,49
22.	Черкаська	90	17	18,89	0,22	17	100,00	0,22	24	26,67	0,32	24	100,00	0,32	49	54,44	0,65	49	100,00	0,65
23.	Чернівецька	92	19	20,65	0,35	19	100,00	0,35	22	23,91	0,41	22	100,00	0,41	51	55,43	0,94	51	100,00	0,94
24.	Чернігівська	60	21	35,00	0,35	21	100,00	0,35	16	26,67	0,26	16	100,00	0,26	23	38,33	0,38	23	100,00	0,38
25.	м. Київ	336	34	10,12	0,21	34	100,00	0,21	143	42,56	0,89	140	97,90	0,87	159	47,32	0,99	159	100,00	0,99
26.	м. Севастополь	36	11	30,56	0,47	11	100,00	0,47	16	44,44	0,69	12	75,00	0,52	9	25,00	0,39	9	100,00	0,39
	Усього:	2206	414	18,77	0,17	371	89,61	0,15	745	33,77	0,30	628	84,30	0,25	1047	47,46	0,42	897	85,67	0,36

Таблиця 20. Структура первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за групами в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Всього інвалідів	в тому числі																	
			I група						II група						III група					
			Усього			Складені ІПР			Усього			Усього			Складені ІПР			Усього		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	83	7	8,43	0,06	7	100,00	0,06	41	49,40	0,36	41	100,00	0,36	35	42,17	0,31	35	100,00	0,31
2.	Вінницька	95	18	18,95	0,19	18	100,00	0,19	32	33,68	0,34	32	100,00	0,34	45	47,37	0,48	45	100,00	0,48
3.	Волинська	26	4	15,38	0,07	4	100,00	0,07	4	15,38	0,07	4	100,00	0,07	18	69,23	0,31	18	100,00	0,31
4.	Дніпропетровська	82	18	21,95	0,09	18	100,00	0,09	29	35,37	0,15	29	100,00	0,15	35	42,68	0,18	35	100,00	0,18
5.	Донецька	127	25	19,69	0,09	0	0,00	0,00	34	26,77	0,12	0	0,00	0,00	68	53,54	0,24	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	31	1	3,23	0,01	1	100,00	0,01	17	54,84	0,24	17	100,00	0,24	13	41,94	0,18	13	100,00	0,18
7.	Закарпатська	98	10	10,20	0,14	6	60,00	0,08	17	17,35	0,24	17	100,00	0,24	71	72,45	0,98	62	87,32	0,86
8.	Івано-Франківська	25	5	20,00	0,06	5	100,00	0,06	3	12,00	0,04	3	100,00	0,04	17	68,00	0,21	17	100,00	0,21
9.	Кіровоградська	116	22	18,97	0,39	22	100,00	0,39	26	22,41	0,47	26	100,00	0,47	68	58,62	1,22	68	100,00	1,22
10.	Київська	133	27	20,30	0,27	27	100,00	0,27	48	36,09	0,49	48	100,00	0,49	58	43,61	0,59	58	100,00	0,59
11.	Луганська	153	31	20,26	0,23	31	100,00	0,23	40	26,14	0,30	40	100,00	0,30	82	53,59	0,61	82	100,00	0,61
12.	Львівська	127	22	17,32	0,15	22	100,00	0,15	32	25,20	0,22	32	100,00	0,22	73	57,48	0,50	73	100,00	0,50
13.	Миколаївська	33	2	6,06	0,03	2	100,00	0,03	13	39,39	0,19	13	100,00	0,19	18	54,55	0,26	18	100,00	0,26
14.	Одеська	195	23	10,77	0,15	16	69,57	0,12	92	47,18	0,66	69	75,00	0,50	80	41,03	0,58	48	60,00	0,35
15.	Полтавська	36	11	30,56	0,13	11	100,00	0,13	17	47,22	0,20	17	100,00	0,20	8	22,22	0,09	8	100,00	0,09
16.	Рівненська	68	5	7,35	0,08	5	100,00	0,08	21	30,88	0,32	21	100,00	0,32	42	61,76	0,65	42	100,00	0,65
17.	Сумська	40	12	30,00	0,18	12	100,00	0,18	13	32,50	0,20	13	100,00	0,20	15	37,50	0,23	15	100,00	0,23
18.	Тернопільська	62	3	4,84	0,05	3	100,00	0,05	10	16,13	0,16	10	100,00	0,16	49	79,03	0,80	49	100,00	0,80
19.	Харківська	47	8	17,02	0,05	8	100,00	0,05	18	38,30	0,11	18	100,00	0,11	21	44,68	0,13	21	100,00	0,13
20.	Херсонська	26	4	15,38	0,06	4	100,00	0,06	6	23,08	0,10	6	100,00	0,10	16	61,54	0,25	16	100,00	0,25
21.	Хмельницька	45	6	13,33	0,08	5	83,33	0,07	16	35,56	0,22	15	93,75	0,20	23	51,11	0,31	19	82,61	0,26
22.	Черкаська	79	11	13,92	0,15	11	100,00	0,15	34	43,04	0,46	34	100,00	0,46	34	43,04	0,46	34	100,00	0,46
23.	Чернівецька	95	14	14,74	0,26	14	100,00	0,26	26	27,37	0,48	26	100,00	0,48	55	57,89	1,02	55	100,00	1,02
24.	Чернігівська	79	28	35,44	0,47	28	100,00	0,47	25	31,65	0,42	25	100,00	0,42	26	32,91	0,43	26	100,00	0,43
25.	м. Київ	263	23	8,75	0,14	23	100,00	0,14	93	35,36	0,57	93	100,00	0,57	152	57,79	0,93	152	100,00	0,93
26.	м. Севастополь	23	3	13,04	0,14	3	100,00	0,14	13	56,52	0,59	13	100,00	0,59	7	30,43	0,32	7	100,00	0,32
	Усього:	2192	343	15,64	0,13	306	89,21	0,12	720	32,85	0,28	662	91,94	0,26	1129	51,51	0,44	1016	90,00	0,40

Якщо ж проаналізувати зміни важкості інвалідності при ЦД 2 типу за роки спостереження, можна відзначити позитивну динаміку: поступове збільшення частки інвалідів III групи з 43,43% в 2007 р. до 46,95% в 2009 р. і до 51,51% в 2011 р. При цьому питома вага інвалідів I групи в 2007 р. склала 18,16%, в 2009 р. – 18,77% і в 2011 р. – 15,64%. Зменшилась і частка інвалідів II групи: з 38,41% в 2007 р. до 32,85% в 2011 р.

В 2011 р. важкість інвалідності внаслідок ЦД 2 типу була найбільшою в Полтавській, Чернігівській областях та в м. Севастополь, де частка інвалідів III групи склала лише відповідно 22,22%, 32,91% та 30,43%, і найменшою – в Тернопільській, Волинській та Івано-Франківській областях (відповідно 79,03%, 69,23% і 68,0%). Питома вага інвалідів III групи перевищувала 50% в 14 регіонах України.

Проаналізовано структуру первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за причинами інвалідності (рис. 5).

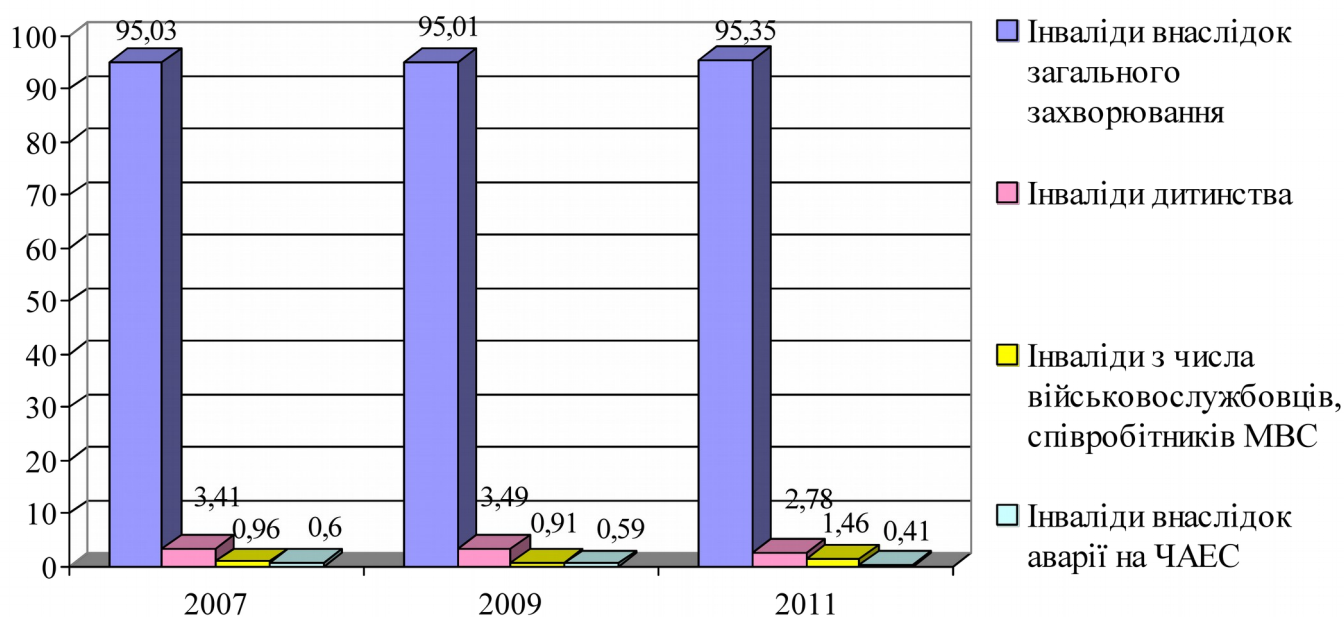


Рис. 5. Структура первинно визнаних інвалідами внаслідок ЦД 2 типу за категоріями інвалідності в 2007, 2009, 2011 рр.

Як і при ЦД 1 типу, найбільшу питому вагу в структурі займає інвалідність внаслідок загального захворювання, проте частка інвалідів з цією категорією значно переважає, складаючи в середньому 95,03%. Водночас, на відміну від ЦД 1 типу, інвалідність з дитинства складає лише

від 2,78% до 3,41%. В ще меншій кількості випадків визначалась інвалідність з повоєнних причин, внаслідок аварії на ЧАЕС (від 0,41% до 3,49%).

Також на відміну від ЦД 1 типу при ЦД 2 типу за всі роки спостереження структура за причинами інвалідності практично не змінювалась.

Розподіл інвалідів внаслідок загального захворювання при ЦД 2 типу за роки спостереження наведено в табл. 21, 22, 23. Оскільки він майже не відрізняється від структури інвалідності внаслідок ЦД 2 типу, більш детально на його характеристиці зупинятись не будемо.

Що ж стосується структури інвалідності дитинства в 2007, 2009, 2011 рр. (табл. 24, 25, 26), слід відмітити негативну тенденцію: частка інвалідів III групи дещо зменшилась – з 48,24% в 2007 р. до 45,9% в 2011 р., і, відповідно, збільшилась частка інвалідів I-II груп.

Аналіз стану розробки ІПР за 5-річний період вказує на поліпшення цього виду діяльності МСЕК. Так, якщо в 2007 р. частка осіб з розробленою ІПР серед інвалідів I, II і III груп склала відповідно 57,62%, 59,81% і 68,79%, то в 2009 р. – 89,61%, 84,3%, 85,67% та в 2011 р. – 89,21%, 91,94% і 90,0% відповідно. Проте, як бачимо, ІПР була запропонована не всім інвалідам, тому робота з розробки заходів медико-соціальної реабілітації потребує вдосконалення.

Загальні відомості про первинну інвалідність внаслідок ЦД в регіонах України за 2007, 2009, 2011 р. наведено в табл. 27, 28, 29.

Таблиця 21. Структура первинної інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД 2 типу в 2007 р.

№	Адміністра- тивні одиниці	інвалідів всього	Усього			Інвалідність внаслідок загального захворювання								
						I гр.			II гр.			III гр.		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	130	127	97,69	1,07	15	11,81	0,13	61	48,03	0,51	51	40,16	0,43
2.	Вінницька	93	91	97,85	0,95	23	25,27	0,24	17	18,68	0,18	51	56,04	0,53
3.	Волинська	43	41	95,35	0,71	5	12,20	0,09	12	29,27	0,21	24	58,54	0,41
4.	Дніпро- петровська	65	64	98,46	0,30	15	23,44	0,07	26	40,63	0,12	23	35,94	0,11
5.	Донецька	189	186	98,41	0,66	43	23,12	0,15	53	28,49	0,00	90	48,39	0,32
6.	Житомирська	34	33	97,06	0,46	0	0,00	0,00	14	42,42	0,19	19	57,58	0,26
7.	Закарпатська	68	66	97,06	0,92	8	12,12	0,11	20	30,30	0,28	38	57,58	0,53
8.	Івано- Франківська	35	34	97,14	0,43	11	32,35	0,14	11	32,35	0,14	12	35,29	0,15
9.	Кіровоград- ська	116	113	97,41	1,96	35	30,97	0,61	40	35,40	0,69	38	33,63	0,66
10.	Київська	135	119	88,15	1,19	31	26,05	0,31	37	31,09	0,37	51	42,86	0,51
11.	Луганська	187	184	98,40	1,31	52	28,26	0,37	68	36,96	0,49	64	34,78	0,46
12.	Львівська	96	92	95,83	0,63	8	8,70	0,05	31	33,70	0,21	53	57,61	0,36
13.	Миколаївська	34	21	61,76	0,28	0	0,00	0,00	3	14,29	0,04	18	85,71	0,24
14.	Одеська	202	201	99,50	1,63	33	16,42	0,27	120	59,70	0,97	48	23,88	0,39
15.	Полтавська	45	44	97,78	0,51	13	29,55	0,15	23	52,27	0,27	8	18,18	0,09
16.	Рівненська	44	44	100,0	0,68	2	4,55	0,03	11	25,00	0,17	31	70,45	0,48
17.	Сумська	53	51	96,23	0,74	14	27,45	0,20	15	29,41	0,22	22	43,14	0,32
18.	Тернопільська	56	54	96,43	0,88	3	5,56	0,05	15	27,78	0,24	36	66,67	0,58
19.	Харківська	90	84	93,33	0,50	13	15,48	0,08	30	35,71	0,18	41	48,81	0,24
20.	Херсонська	48	48	100,0	0,75	12	25,00	0,19	17	35,42	0,26	19	39,58	0,30
21.	Хмельницька	69	69	100,0	0,93	13	18,84	0,17	23	33,33	0,31	33	47,83	0,44
22.	Черкаська	84	84	100,0	1,10	16	19,05	0,21	32	38,10	0,42	36	42,86	0,47
23.	Чернівецька	85	83	97,65	1,54	19	22,89	0,35	23	27,71	0,43	41	49,40	0,76
24.	Чернігівська	81	80	98,77	1,29	25	31,25	0,40	21	26,25	0,34	34	42,50	0,55
25.	м. Київ	383	329	85,90	1,93	35	10,64	0,21	162	49,24	0,95	132	40,12	0,78
26.	м. Севастополь	29	28	96,55	1,19	6	21,43	0,26	17	60,71	0,72	5	17,86	0,21
	Усього:	2494	2370	95,03	0,91	450	18,99	0,17	902	38,06	0,35	1018	42,95	0,39

Таблиця 22. Структура первинної інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД 2 типу в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Всього інвалідів	Усього			Інваліди внаслідок загального захворювання								
						I гр.			II гр.			III гр.		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	102	102	100,0	0,89	6	5,88	0,05	47	46,08	0,41	49	48,04	0,43
2.	Вінницька	87	81	93,10	0,85	25	30,86	0,26	23	28,40	0,24	33	40,74	0,35
3.	Волинська	44	43	97,73	0,74	3	6,98	0,05	12	27,91	0,21	28	65,12	0,48
4.	Дніпропетровська	104	103	99,04	0,52	29	28,16	0,15	38	36,89	0,19	36	34,95	0,18
5.	Донецька	135	132	97,78	0,48	28	21,21	0,10	41	31,06	0,15	63	47,73	0,23
6.	Житомирська	27	27	100,0	0,38	2	7,41	0,03	18	66,67	0,25	7	25,93	0,10
7.	Закарпатська	93	91	97,85	1,26	7	7,69	0,10	14	15,38	0,19	70	76,92	0,97
8.	Івано-Франківська	18	17	94,44	0,22	3	17,65	0,04	3	17,65	0,04	11	64,71	0,14
9.	Кіровоградська	89	89	100,0	1,57	16	17,98	0,28	30	33,71	0,53	43	48,31	0,76
10.	Київська	106	105	99,06	1,06	29	27,62	0,29	25	23,81	0,25	51	48,57	0,51
11.	Луганська	129	128	99,22	0,93	45	35,16	0,33	49	38,28	0,36	34	26,56	0,25
12.	Львівська	107	82	76,64	1,11	19	23,17	0,26	8	9,76	0,11	55	67,07	0,75
13.	Миколаївська	36	35	97,22	0,47	2	5,71	0,03	14	40,00	0,19	19	54,29	0,26
14.	Одеська	175	175	100,0	1,25	28	16,00	0,20	96	54,86	0,69	51	29,14	0,37
15.	Полтавська	43	42	97,67	0,49	16	38,10	0,19	17	40,48	0,20	9	21,43	0,11
16.	Рівненська	45	45	100,0	0,69	7	15,56	0,11	14	31,11	0,22	24	53,33	0,37
17.	Сумська	36	36	100,0	0,53	16	44,44	0,23	12	33,33	0,18	8	22,22	0,12
18.	Тернопільська	50	42	84,00	0,69	3	7,14	0,05	7	16,67	0,11	32	76,19	0,52
19.	Харківська	61	55	90,16	0,33	10	18,18	0,06	21	38,18	0,13	24	43,64	0,14
20.	Херсонська	33	33	100,0	0,52	4	12,12	0,06	9	27,27	0,14	20	60,61	0,31
21.	Хмельницька	72	72	100,0	0,97	12	16,67	0,16	22	30,56	0,30	38	52,78	0,51
22.	Черкаська	90	89	98,89	1,17	17	19,10	0,22	24	26,97	0,32	48	53,93	0,63
23.	Чернівецька	92	91	98,91	1,68	19	20,88	0,35	22	24,18	0,41	50	54,95	0,92
24.	Чернігівська	60	57	95,00	0,94	21	36,84	0,35	16	28,07	0,26	20	35,09	0,33
25.	м. Київ	336	289	86,01	1,80	34	11,76	0,21	102	35,29	0,63	153	52,94	0,95
26.	м. Севастополь	36	35	97,22	1,51	11	31,43	0,47	16	45,71	0,69	8	22,86	0,34
	Усього:	2206	2096	95,01	0,84	412	19,66	0,16	700	33,40	0,28	984	46,95	0,39

Таблиця 23. Структура первинної інвалідності внаслідок загального захворювання при ЦД 2 типу в 2011 р.

№	Адміністра- тивні одиниці	Всього інвалідів	Усього			Інваліди внаслідок загального захворювання								
						I гр.			II гр.			III гр.		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	83	81	97,59	0,71	6	7,41	0,05	41	50,62	0,36	34	41,98	0,30
2.	Вінницька	95	92	96,84	0,98	18	19,57	0,19	31	33,70	0,33	43	46,74	0,46
3.	Волинська	26	24	92,31	0,41	4	16,67	0,07	4	16,67	0,07	16	66,67	0,27
4.	Дніпро- петровська	82	81	98,78	0,42	18	22,22	0,09	29	35,80	0,15	34	41,98	0,18
5.	Донецька	127	122	96,06	0,43	24	19,67	0,08	34	27,87	0,12	64	52,46	0,22
6.	Житомирська	31	31	100,00	0,44	1	3,23	0,01	17	54,84	0,24	13	41,94	0,18
7.	Закарпатська	98	95	96,94	1,31	9	9,47	0,12	16	16,84	0,22	70	73,68	0,97
8.	Івано- Франківська	25	23	92,00	0,29	5	21,74	0,06	3	13,04	0,04	15	65,22	0,19
9.	Кіровоград- ська	116	114	98,28	2,04	22	19,30	0,39	25	21,93	0,45	67	58,77	1,20
10.	Київська	133	130	97,74	1,32	27	20,77	0,27	47	36,15	0,48	56	43,08	0,57
11.	Луганська	153	150	98,04	1,12	31	20,67	0,23	40	26,67	0,30	79	52,67	0,59
12.	Львівська	127	113	88,98	0,77	22	19,47	0,15	26	24,78	0,19	65	57,52	0,44
13.	Миколаївська	33	33	100,00	0,48	2	6,06	0,03	11	33,33	0,16	20	60,61	0,29
14.	Одеська	195	195	100,00	1,40	23	11,79	0,17	92	47,18	0,66	80	41,03	0,58
15.	Полтавська	36	31	86,11	0,37	11	35,48	0,13	13	41,94	0,15	7	22,58	0,08
16.	Рівненська	68	66	97,06	1,01	5	7,58	0,08	21	31,82	0,32	40	60,61	0,61
17.	Сумська	40	39	97,50	0,59	11	28,21	0,17	13	33,33	0,20	15	38,46	0,23
18.	Тернопільська	62	50	80,65	0,82	0	0,00	0,00	9	18,00	0,15	41	82,00	0,67
19.	Харківська	47	46	97,87	0,28	8	17,39	0,05	17	36,96	0,10	21	45,65	0,13
20.	Херсонська	26	26	100,00	0,41	4	15,38	0,06	6	23,08	0,10	16	61,54	0,25
21.	Хмельницька	45	45	100,00	0,61	3	6,67	0,04	15	33,33	0,20	27	60,00	0,37
22.	Черкаська	79	78	98,73	1,05	11	14,10	0,15	34	43,59	0,46	33	42,31	0,44
23.	Чернівецька	95	94	98,95	1,74	14	14,89	0,26	26	27,66	0,48	54	57,45	1,00
24.	Чернігівська	79	78	98,73	1,30	28	35,90	0,47	25	32,05	0,42	25	32,05	0,42
25.	м. Київ	263	231	87,83	1,42	28	9,96	0,14	72	29,00	0,41	131	61,04	0,87
26.	м. Севастополь	23	22	95,65	1,00	3	13,64	0,14	13	59,09	0,59	6	27,27	0,27
	Усього:	2192	2090	95,35	0,82	338	16,17	0,13	680	32,54	0,27	1072	51,29	0,42

Таблиця 24. Структура інвалідності з дитинства при ЦД 2 типу в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	інвалідівВсього	Усього			Інваліди з дитинства								
						I гр.			II гр.			III гр.		
			Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	130	2	1,54	0,02	0	0,00	0,00	1	50,00	0,01	1	50,00	0,01
2.	Вінницька	93	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3.	Волинська	43	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4.	Дніпропетровська	65	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
5.	Донецька	189	3	1,59	0,01	0	0,00	0,00	2	66,67	0,01	1	33,33	0,004
6.	Житомирська	34	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
7.	Закарпатська	68	2	2,94	0,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	2	100,00	0,03
8.	Івано-Франківська	35	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
9.	Кіровоградська	116	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
10.	Київська	135	9	6,67	0,09	0	0,00	0,00	4	44,44	0,04	5	55,56	0,05
11.	Луганська	187	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
12.	Львівська	96	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
13.	Миколаївська	34	8	23,53	0,11	0	0,00	0,00	3	37,50	0,04	5	62,50	0,07
14.	Одеська	202	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
15.	Полтавська	45	1	2,22	0,01	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01
16.	Рівненська	44	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
17.	Сумська	53	1	1,89	0,01	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01	0	0,00	0,00
18.	Тернопільська	56	2	3,57	0,03	0	0,00	0,00	1	50,00	0,02	1	50,00	0,02
19.	Харківська	90	5	5,56	0,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	5	100,00	0,03
20.	Херсонська	48	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
21.	Хмельницька	69	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
22.	Черкаська	84	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
23.	Чернівецька	85	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
24.	Чернігівська	81	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
25.	м. Київ	383	52	13,58	0,31	0	0,00	0,00	32	61,54	0,19	20	38,46	0,12
26.	м. Севастополь	29	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
	Усього:	2494	85	3,41	0,03	0	0,00	0,00	44	51,76	0,02	41	48,24	0,02

Таблиця 25. Структура інвалідності з дитинства при ЦД 2 типу в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Інвалідів Всього	Усього			Інваліди з дитинства								
			Абс.	%	Пок.	I гр.			II гр.			III гр.		
						Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	102	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	87	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3.	Волинська	44	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4.	Дніпропетровська	104	1	0,96	0,01	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01
5.	Донецька	135	2	1,48	0,01	1	50,00	0,00	1	50,00	0,00	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	27	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
7.	Закарпатська	93	1	1,08	0,01	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01	0	0,00	0,00
8.	Івано-Франківська	18	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
9.	Кіровоградська	89	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
10.	Київська	106	1	0,94	0,01	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01
11.	Луганська	129	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
12.	Львівська	107	17	15,89	0,23	0	0,00	0,00	5	29,41	0,07	12	70,59	0,16
13.	Миколаївська	36	1	2,78	0,01	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01
14.	Одеська	175	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
15.	Полтавська	43	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
16.	Рівненська	45	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
17.	Сумська	36	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
18.	Тернопільська	50	8	16,00	0,13	0	0,00	0,00	3	37,50	0,05	5	62,50	0,08
19.	Харківська	61	5	8,20	0,03	1	20,00	0,01	0	0,00	0,00	4	80,00	0,02
20.	Херсонська	33	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
21.	Хмельницька	72	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
22.	Черкаська	90	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
23.	Чернівецька	92	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
24.	Чернігівська	60	1	1,67	0,02	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,02
25.	м. Київ	336	40	11,90	0,25	0	0,00	0,00	28	70,00	0,17	12	30,00	0,07
26.	м. Севастополь	36	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
	Усього:	2206	77	3,49	0,03	2	2,60	0,0008	38	49,35	0,02	37	48,05	0,01

Таблиця 26. Структура інвалідності з дитинства при ЦД 2 типу в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	інвалідівВсього	Усього			Інваліди з дитинства								
			Абс.	%	Пок.	I гр.			II гр.			III гр.		
						Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.	Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	83	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	95	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3.	Волинська	26	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4.	Дніпропетровська	82	1	1,22	0,01	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01
5.	Донецька	127	1	0,79	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,00
6.	Житомирська	31	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
7.	Закарпатська	98	3	3,06	0,04	2	66,67	0,03	1	33,33	0,01	0	0,00	0,00
8.	Івано-Франківська	25	1	4,00	0,01	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,01
9.	Кіровоградська	116	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
10.	Київська	133	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
11.	Луганська	153	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
12.	Львівська	127	5	3,94	0,03	0	0,00	0,00	1	20,00	0,01	4	80,00	0,03
13.	Миколаївська	33	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
14.	Одеська	195	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
15.	Полтавська	36	5	13,89	0,06	0	0,00	0,00	4	80,00	0,05	1	20,00	0,01
16.	Рівненська	68	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
17.	Сумська	40	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
18.	Тернопільська	62	8	12,90	0,13	0	0,00	0,00	1	12,50	0,02	7	87,50	0,11
19.	Харківська	47	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
20.	Херсонська	26	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
21.	Хмельницька	45	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
22.	Черкаська	79	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
23.	Чернівецька	95	1	1,05	0,02	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,02
24.	Чернігівська	79	1	1,27	0,02	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	100,00	0,02
25.	м. Київ	263	35	13,31	0,21	0	0,00	0,00	24	68,57	0,15	11	31,43	0,07
26.	м. Севастополь	23	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
	Усього:	2192	61	2,78	0,02	2	3,28	0,001	31	50,82	0,009	28	45,90	0,008

Таблиця 27. Загальні відомості про первинну інвалідність внаслідок ЦД за 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК							
		ЦД1	ЦД2	Усього	в т.ч. осіб, які були визнані інвалідами				
					ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	224	137	361	215	130	345	95,57	2,91
2.	Вінницька	84	121	205	80	93	173	84,39	1,80
3.	Волинська	38	44	82	36	43	79	96,34	1,36
4.	Дніпропетровська	267	67	334	253	65	318	95,21	1,51
5.	Донецька	430	249	679	426	189	615	90,57	2,19
6.	Житомирська	101	34	135	101	34	135	100,00	1,87
7.	Закарпатська	52	70	122	52	68	120	98,36	1,67
8.	Івано-Франківська	108	37	145	105	35	140	96,55	1,78
9.	Кіровоградська	51	117	168	51	116	167	99,40	2,89
10.	Київська	125	138	263	124	135	259	98,48	2,59
11.	Луганська	169	187	356	169	187	356	100,00	2,54
12.	Львівська	250	96	346	250	96	346	100,00	2,36
13.	Миколаївська	113	35	148	106	34	140	94,59	1,88
14.	Одеська	162	202	364	162	202	364	100,00	2,95
15.	Полтавська	77	45	122	73	45	118	96,72	1,37
16.	Рівненська	62	45	107	62	44	106	99,07	1,64
17.	Сумська	72	53	125	72	53	125	100,00	1,81
18.	Тернопільська	57	56	113	57	56	113	100,00	1,84
19.	Харківська	340	92	432	322	90	412	95,37	2,46
20.	Херсонська	90	49	139	86	48	134	96,40	2,09
21.	Хмельницька	66	69	135	66	69	135	100,00	1,82
22.	Черкаська	51	86	137	48	84	132	96,35	1,73
23.	Чернівецька	37	88	125	30	85	115	92,00	2,13
24.	Чернігівська	101	83	184	94	81	175	95,11	2,83
25.	м. Київ	112	383	495	102	383	485	97,98	2,85
26.	м. Севастополь	27	29	56	26	29	55	98,21	2,34
	У с ь о г о :	3266	2612	5878	3168	2494	5662	96,33	2,18

Таблиця 28. Загальні відомості про первинну інвалідність внаслідок ЦД за 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК							
		ЦД1	ЦД2	Усього	в т.ч. осіб, які були визнані інвалідами				
					ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	217	123	340	195	102	297	87,35	2,59
2.	Вінницька	79	93	172	74	87	161	93,60	1,69
3.	Волинська	54	44	98	51	44	95	96,94	1,63
4.	Дніпропетровська	212	110	322	177	104	281	87,27	1,43
5.	Донецька	400	135	535	400	135	535	100,00	1,96
6.	Житомирська	88	27	115	88	27	115	100,00	1,60
7.	Закарпатська	50	93	143	49	93	142	99,30	1,97
8.	Івано-Франківська	111	18	129	109	18	127	98,45	1,61
9.	Кіровоградська	65	90	155	65	89	154	99,35	2,71
10.	Київська	165	107	272	165	106	271	99,63	2,73
11.	Луганська	169	129	298	169	129	298	100,00	2,17
12.	Львівська	221	107	328	221	107	328	100,00	2,23
13.	Миколаївська	125	40	165	118	36	154	93,33	2,09
14.	Одеська	146	175	321	146	175	321	100,00	2,30
15.	Полтавська	66	43	109	66	43	109	100,00	1,28
16.	Рівненська	69	45	114	69	45	114	100,00	1,75
17.	Сумська	60	37	97	60	36	96	98,97	1,41
18.	Тернопільська	56	50	106	56	50	106	100,00	1,73
19.	Харківська	291	68	359	282	61	343	95,54	2,07
20.	Херсонська	95	33	128	87	33	120	93,75	1,88
21.	Хмельницька	69	72	141	69	72	141	100,00	1,90
22.	Черкаська	55	92	147	51	90	141	95,92	1,86
23.	Чернівецька	33	94	127	30	92	122	96,06	2,26
24.	Чернігівська	80	62	142	64	60	124	87,32	2,04
25.	м. Київ	110	336	446	110	336	446	100,00	2,77
26.	м. Севастополь	16	39	55	13	36	49	89,09	2,11
	У с ь о г о :	3102	2262	5364	2970	2206	5176	96,50	2,07

Таблиця 29. Загальні відомості про первинну інвалідність внаслідок ЦД за 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК							
		ЦД1	ЦД2	Усього	в т.ч. осіб, які були визнані інвалідами				
					ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	171	95	266	161	83	244	91,73	2,14
2.	Вінницька	101	100	201	92	95	187	93,03	1,99
3.	Волинська	47	30	77	46	26	72	93,51	1,23
4.	Дніпропетровська	159	82	241	153	82	235	97,51	1,21
5.	Донецька	346	127	473	346	127	473		1,66
6.	Житомирська	67	31	98	67	31	98	100,00	1,38
7.	Закарпатська	71	98	169	70	98	168	99,41	2,32
8.	Івано-Франківська	83	26	109	81	25	106	97,25	1,34
9.	Кіровоградська	53	118	171	53	116	169	98,83	3,02
10.	Київська	167	134	301	166	133	299	99,34	3,03
11.	Луганська	121	153	274	121	153	274	100,00	2,04
12.	Львівська	233	127	360	233	127	360	100,00	2,45
13.	Миколаївська	126	34	160	114	33	147	91,88	2,14
14.	Одеська	138	195	333	138	195	333	100,00	2,40
15.	Полтавська	106	36	142	105	36	141	99,30	1,67
16.	Рівненська	58	68	126	58	68	126	100,00	1,94
17.	Сумська	64	40	104	63	40	103	99,04	1,55
18.	Тернопільська	38	62	100	38	62	100	100,00	1,63
19.	Харківська	298	51	349	287	47	334	95,70	2,05
20.	Херсонська	105	29	134	89	26	115	85,82	1,83
21.	Хмельницька	85	45	130	85	45	130	100,00	1,76
22.	Черкаська	31	79	110	31	79	110	100,00	1,48
23.	Чернівецька	35	98	133	34	95	129	96,99	2,38
24.	Чернігівська	59	92	151	49	79	128	84,77	2,13
25.	м. Київ	98	268	366	98	263	361	98,63	2,21
26.	м. Севастополь	18	26	44	16	23	39	88,64	1,77
	У с ь о г о :	2878	2244	5122	2794	2192	4986	97,34	1,95

Дані таблиць вказують на те, що з кожним роком кількість осіб, визнаних інвалідами внаслідок ЦД зменшувалась: в 2007 р. вона склала 5878 чол., в 2009 р. – 5364 чол., в 2011 р. – 5122 чол. З них інвалідами визнано відповідно 5662 чол., 5176 чол. і 4986 чол., що склало 96,33%, 96,50% і 97,34%. Таким чином, абсолютна кількість вперше визнаних інвалідами при ЦД в 2011 р. порівняно з 2007 р. зменшилась на 11,94%. За останній рік спостереження найбільшою вона була в Донецькій (473 чол.), Львівській (360 чол.) областях і м. Київ (361 чол.); найменшою – в м. Севастополь (39 чол.), Волинській (72 чол.) і Житомирській областях (98 чол.). Частка осіб, визнаних інвалідами внаслідок ЦД серед осіб, визнаних на МСЕК, була найменшою в Чернігівській (84,77%), Херсонській (85,82%) областях та м. Севастополь (88,64%).

Середній рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД за 5-річний період склав 2,07 на 10 000 населення; 2,18 в 2007 р., 2,07 в 2009 р. і 1,95 в 2011 р., тобто спостерігалась поступове його зниження. По регіонах даний показник коливався від 1,36 на 10 000 у Волинській області в 2007 р., 1,28 в Полтавській області в 2009 р., 1,21 в Дніпропетровській області в 2011 р. до 2,95 в Одеській області в 2007 р., 2,77 в м. Київ в 2009 р. і 3,03 в Київській області в 2011 р.

Вікова структура контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД в 2007, 2009 і в 2011 р. представлена в табл. 30, 31, 32.

Як видно з таблиць, спостерігалось поступове збільшення питомої ваги інвалідів молодого віку (18-39 років): від 25,27% в 2007 р. до 28,63% в 2009 р. і 29,88% в 2011 р. В середньому за 5-річний період вона склала 27,93%. Серед інвалідів молодого віку, як і очікувалось, переважали інваліди внаслідок ЦД 1 типу. Частка таких осіб в контингенті молодих інвалідів внаслідок ЦД в 2007 р. склала 87,49%, в 2009 р. – 87,58% і в 2011 р. – 91,01%; в середньому вона дорівнювала 88,69%.

Питома вага інвалідів молодого віку значно коливалась по регіонах: від 13,91% в Чернівецькій до 40,46% у Вінницькій області в 2007 р.; від 17,02% в Черкаській до 44,35% в Житомирській області в 2009 р.; від 14,73% в Чернівецькій до 52,04% в Житомирській області в 2011 р.

Таблиця 30. Вікова структура контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Визнано інвалідами					у т.ч. мають вік														
							Від 18 до 39 років включно					Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)					РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)				
		ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	215	130	345	95,57	2,91	70	4	74	21,45	0,62	69	70	139	40,29	1,17	139	74	213	61,74	1,80
2.	Вінницька	80	93	173	84,39	1,80	34	36	70	40,46	0,73	20	50	70	40,46	0,73	54	86	140	80,92	1,46
3.	Волинська	36	43	79	96,34	1,36	17	3	20	25,32	0,34	19	35	54	68,35	0,93	36	38	74	93,67	1,27
4.	Дніпропетровська	253	65	318	95,21	1,51	86	2	88	27,67	0,42	92	28	120	37,74	0,57	178	30	208	65,41	0,99
5.	Донецька	426	189	615	90,57	2,19	146	9	155	25,20	0,55	162	101	263	42,76	0,94	308	110	418	67,97	1,49
6.	Житомирська	101	34	135	100,00	1,87	45	9	54	40,00	0,75	56	25	81	60,00	1,12	101	34	135	100,00	1,87
7.	Закарпатська	52	68	120	98,36	1,67	23	2	25	20,83	0,35	29	55	84	70,00	1,17	52	57	109	90,83	1,51
8.	Івано-Франківська	105	35	140	96,55	1,78	35	2	37	26,43	0,47	54	17	71	50,71	0,90	89	19	108	77,14	1,37
9.	Кіровоградська	51	116	167	99,40	2,89	27	9	36	21,56	0,62	19	46	65	38,92	1,12	46	55	101	60,48	1,75
10.	Київська	124	135	259	98,48	2,59	56	4	60	23,17	0,60	39	59	98	37,84	0,98	95	63	158	61,00	1,58
11.	Луганська	169	187	356	100,00	2,54	94	0	94	26,40	0,67	63	99	162	45,51	1,16	157	99	256	71,91	1,83
12.	Львівська	250	96	346	100,00	2,36	105	6	111	32,08	0,76	82	58	140	40,46	0,95	187	64	251	72,54	1,71
13.	Миколаївська	106	34	140	94,59	1,88	22	5	27	19,29	0,36	55	17	72	51,43	0,97	77	22	99	70,71	1,33
14.	Одеська	162	202	364	100,00	2,95	64	16	80	21,98	0,65	74	125	199	54,67	1,61	138	141	279	76,65	2,26
15.	Полтавська	73	45	118	96,72	1,37	35	3	38	32,20	0,44	31	15	46	38,98	0,53	66	18	84	71,19	0,97
16.	Рівненська	62	44	106	99,07	1,64	30	3	33	31,13	0,51	27	35	62	58,49	0,96	57	38	95	89,62	1,47
17.	Сумська	72	53	125	100,00	1,81	29	3	32	25,60	0,46	27	22	49	39,20	0,71	56	25	81	64,80	1,17
18.	Тернопільська	57	56	113	100,00	1,84	27	1	28	24,78	0,46	30	55	85	75,22	1,39	57	56	113	100,00	1,84
19.	Харківська	322	90	412	95,37	2,46	97	7	104	25,24	0,62	109	37	146	35,44	0,87	206	44	250	60,68	1,49
20.	Херсонська	86	48	134	96,40	2,09	20	2	22	16,42	0,34	37	25	62	46,27	0,97	57	27	84	62,69	1,31
21.	Хмельницька	66	69	135	100,00	1,82	33	0	33	24,44	0,44	29	43	72	53,33	0,97	62	43	105	77,78	1,41
22.	Черкаська	48	84	132	96,35	1,73	41	1	42	31,82	0,55	7	58	65	49,24	0,85	48	59	107	81,06	1,40
23.	Чернівецька	30	85	115	92,00	2,13	4	12	16	13,91	0,30	21	42	63	54,78	1,17	25	54	79	68,70	1,47
24.	Чернігівська	94	81	175	95,11	2,83	35	1	36	20,57	0,58	29	30	59	33,71	0,96	64	31	95	54,29	1,54
25.	м. Київ	102	383	485	97,98	2,85	63	39	102	21,03	0,60	39	129	168	34,64	0,99	102	168	270	55,67	1,59
26.	м. Севастополь	26	29	55	98,21	2,34	14	0	14	25,45	0,60	7	7	14	25,45	0,60	21	7	28	50,91	1,19
	У с ь о г о :	3168	2494	5662	96,33	2,18	1252	179	1431	25,27	0,55	1226	1283	2509	44,31	0,96	2478	1462	3940	69,58	1,51

Таблиця 31. Вікова структура контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Визнано інвалідами					у т.ч. мають вік														
							Від 18 до 39 років включно					Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)					РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)				
		ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	195	102	297	87,35	2,59	81	3	84	28,28	0,73	62	68	130	43,77	1,13	143	71	214	72,05	1,86
2.	Вінницька	74	87	161	93,60	1,69	36	4	40	24,84	0,42	22	38	60	37,27	0,63	58	42	100	62,11	1,05
3.	Волинська	51	44	95	96,94	1,63	31	3	34	35,79	0,58	20	28	48	50,53	0,82	51	31	82	86,32	1,40
4.	Дніпропетровська	177	104	281	87,27	1,43	96	2	98	34,88	0,50	60	41	101	35,94	0,51	156	43	199	70,82	1,01
5.	Донецька	400	135	535	100,00	1,96	117	44	161	30,09	0,68	144	81	225	42,06	0,83	261	125	386	72,15	1,42
6.	Житомирська	88	27	115	100,00	1,60	48	3	51	44,35	0,71	40	24	64	55,65	0,89	88	27	115	100,00	1,60
7.	Закарпатська	49	93	142	99,30	1,97	27	7	34	23,94	0,47	22	81	103	72,54	1,43	49	88	137	96,48	1,90
8.	Івано-Франківська	109	18	127	98,45	1,61	44	0	44	34,65	0,56	52	14	66	51,97	0,84	96	14	110	86,61	1,39
9.	Кіровоградська	65	89	154	99,35	2,71	26	18	44	28,57	0,77	15	51	66	42,86	1,16	41	69	110	71,43	1,94
10.	Київська	165	106	271	99,63	2,73	78	12	90	33,21	0,91	42	58	100	36,90	1,01	120	70	190	70,11	1,91
11.	Луганська	169	129	298	100,00	2,17	94	0	94	31,54	0,68	63	54	117	39,26	0,85	157	54	211	70,81	1,53
12.	Львівська	221	107	328	100,00	2,23	106	3	109	33,23	0,74	75	66	141	42,99	0,96	181	69	250	76,22	1,70
13.	Миколаївська	118	36	154	93,33	2,09	30	4	34	22,08	0,46	62	25	87	56,49	1,18	92	29	121	78,57	1,64
14.	Одеська	146	175	321	100,00	2,30	54	14	68	21,18	0,49	67	126	193	60,12	1,38	121	140	261	81,31	1,87
15.	Полтавська	66	43	109	100,00	1,28	33	3	36	33,03	0,42	26	23	49	44,95	0,57	59	26	85	77,98	1,00
16.	Рівненська	69	45	114	100,00	1,75	27	2	29	25,44	0,45	22	30	52	45,61	0,80	49	32	81	71,05	1,24
17.	Сумська	60	36	96	98,97	1,41	28	0	28	29,17	0,41	22	19	41	42,71	0,60	50	19	69	71,88	1,01
18.	Тернопільська	56	50	106	100,00	1,73	38	1	39	36,79	0,64	18	49	67	63,21	1,09	56	50	106	100	1,73
19.	Харківська	282	61	343	95,54	2,07	94	10	104	30,32	0,63	114	28	142	41,40	0,86	208	38	246	71,72	1,48
20.	Херсонська	87	33	120	93,75	1,88	31	0	31	25,83	0,49	40	23	63	52,50	0,99	71	23	94	78,33	1,47
21.	Хмельницька	69	72	141	100,00	1,90	31	3	34	24,11	0,46	39	23	62	43,97	0,84	70	26	96	68,09	1,30
22.	Черкаська	37	90	127	95,92	1,86	23	1	24	17,02	0,32	11	36	47	33,33	0,62	34	37	71	50,35	0,94
23.	Чернівецька	30	92	122	96,06	2,26	7	16	23	18,85	0,43	22	51	73	59,84	1,35	29	67	96	78,69	1,78
24.	Чернігівська	64	60	124	87,32	2,04	40	2	42	33,87	0,69	14	25	39	31,45	0,64	54	27	81	65,32	1,34
25.	м. Київ	110	336	446	100,00	2,77	67	29	96	21,52	0,60	43	158	201	45,07	1,25	110	187	297	66,59	1,85
26.	м. Севастополь	13	36	49	89,09	2,11	11	0	11	22,45	0,47	2	9	11	22,45	0,47	13	9	22	44,90	0,95
	У с ь о г о :	2970	2206	5176	96,50	2,07	1298	184	1482	28,63	0,59	1119	1229	2348	45,36	0,94	2417	1413	3830	74,00	1,53

Таблиця 32. Вікова структура контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ЦД в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Визнано інвалідами					у т.ч. мають вік														
							Від 18 до 39 років включно					Від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)					РАЗОМ - від 18 до 39 років (включно) та від 40 років до 55 (ж), 60 (ч)				
		ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	161	83	244	91,73	2,14	66	3	69	28,28	0,61	54	51	105	43,03	0,92	120	54	174	71,31	1,53
2.	Вінницька	92	95	187	93,03	1,99	43	1	44	23,53	0,47	31	48	79	42,25	0,84	74	49	123	65,78	1,31
3.	Волинська	46	26	72	93,51	1,23	35	1	36	50,00	0,61	11	25	36	50,00	0,61	46	26	72	100,00	1,23
4.	Дніпропетровська	153	82	235	97,51	1,21	71	0	71	30,21	0,37	22	42	64	27,23	0,33	93	42	135	57,45	0,70
5.	Донецька	346	127	473		1,66	142	8	150	31,71	0,53	131	78	209	44,19	0,73	273	86	359	75,90	1,26
6.	Житомирська	67	31	98	100,00	1,38	44	7	51	52,04	0,72	23	24	47	47,96	0,66	67	31	98	100,00	1,38
7.	Закарпатська	70	98	168	99,41	2,32	38	8	46	27,38	0,64	28	83	111	66,07	1,54	66	91	157	93,45	2,17
8.	Івано-Франківська	81	25	106	97,25	1,34	39	1	40	37,74	0,51	37	19	56	52,83	0,71	76	20	96	90,57	1,21
9.	Кіровоградська	53	116	169	98,83	3,02	33	3	36	21,30	0,64	10	66	76	44,97	1,36	43	69	112	66,27	2,00
10.	Київська	166	133	299	99,34	3,03	94	11	105	35,12	1,06	43	57	100	33,44	1,01	137	68	205	68,56	2,08
11.	Луганська	121	153	274	100,00	2,04	93	0	93	33,94	0,69	68	50	118	43,07	0,88	161	50	211	77,01	1,57
12.	Львівська	233	127	360	100,00	2,45	107	4	111	30,83	0,76	82	64	146	40,56	0,99	189	68	257	71,39	1,75
13.	Миколаївська	114	33	147	91,88	2,14	37	10	47	31,97	0,68	61	23	84	57,14	1,22	98	33	131	89,12	1,90
14.	Одеська	138	195	333	100,00	2,40	78	20	98	29,43	0,71	51	101	152	45,65	1,09	129	121	250	75,08	1,80
15.	Полтавська	105	36	141	99,30	1,67	46	1	47	33,33	0,56	48	15	63	44,68	0,75	94	16	110	78,01	1,31
16.	Рівненська	58	68	126	100,00	1,94	26	5	31	24,60	0,48	26	46	72	57,14	1,11	52	51	103	81,75	1,58
17.	Сумська	63	40	103	99,04	1,55	29	0	29	28,16	0,44	28	21	49	47,57	0,74	57	21	78	75,73	1,17
18.	Тернопільська	38	62	100	100,00	1,63	28	2	30	30,00	0,49	10	60	70	70,00	1,14	38	62	100	100,00	1,63
19.	Харківська	287	47	334	95,70	2,05	102	4	106	31,74	0,65	122	25	147	44,01	0,90	224	29	253	75,75	1,55
20.	Херсонська	89	26	115	85,82	1,83	29	0	29	25,22	0,46	33	17	50	43,48	0,80	62	17	79	68,70	1,26
21.	Хмельницька	85	45	130	100,00	1,76	24	1	25	19,23	0,34	32	19	51	39,23	0,69	56	20	76	58,46	1,03
22.	Черкаська	31	79	110	100,00	1,48	19	0	19	17,27	0,25	8	58	66	60,00	0,89	27	58	85	77,27	1,14
23.	Чернівецька	34	95	129	96,99	2,38	10	9	19	14,73	0,35	18	63	81	62,79	1,50	28	72	100	77,52	1,85
24.	Чернігівська	49	79	128	84,77	2,13	36	2	38	29,69	0,63	9	24	33	25,78	0,55	45	26	71	55,47	1,18
25.	м. Київ	98	268	361	98,63	2,21	75	31	106	29,36	0,65	23	85	108	29,92	0,66	98	116	214	59,28	1,31
26.	м. Севастополь	16	23	39	88,64	1,77	12	2	14	35,90	0,64	4	5	9	23,08	0,41	16	7	23	58,97	1,04
	У с ь о г о :	2794	2192	4986	97,34	1,95	1356	134	1490	29,88	0,58	1013	1169	2182	43,76	0,85	2369	1279	3648	73,16	1,42

Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД серед осіб молодого віку в середньому за роки спостереження склав 0,57 на 10 000 населення (0,55 в 2007 р., 0,59 в 2009 р. і 0,58 в 2011 р.).

В 2007 р. цей показник був найнижчим в Чернівецькій області (0,30 на 10 000), найвищим – в Житомирській (0,75); в 2009 р. – найнижчим в Черкаській (0,32), найвищим в Київській області (0,91); в 2011 р. – найнижчим в Черкаській (0,32) і найвищим – в Київській області (0,91).

За роки спостереження він значно зріс у Волинській, Закарпатській, Київській та Миколаївській областях.

Дані про важкість первинної інвалідності внаслідок ЦД в 2007, 2009, 2011 рр. знайшли своє відображення в табл. 33, 34, 35.

В усі роки в структурі первинної інвалідності при ЦД спостерігалась перевага осіб з III групою інвалідності: відповідно 49,45%, 53,55% і 57,12%; в середньому 53,37%. Поступове збільшення питомої ваги таких осіб за 5-річний період свідчить про зниження важкості первинної інвалідності.

В 2011 р. питома вага інвалідів III групи з ЦД була найбільшою в Закарпатській, Миколаївській та Тернопільській областях (від 79,0% до 77,38%), найменшою в АР Крим, Одеській та Полтавській областях (від 39,64% до 45,08%).

Частка інвалідів, які потребують стороннього догляду (I група) зменшилась і в середньому за роки спостереження склала 12,74%; в 2007 р. – вона дорівнювала 13,65%, в 2009 р. – 13,16% і в 2011 р. – 11,41%.

В 2011 р. найбільша питома вага інвалідів I групи була в Чернігівській (25,78%), Хмельницькій (17,69%) і Сумській (16,5%) областях. Найменшою була частка таких осіб в Житомирській (1,02%), Тернопільській (3,0%) та Миколаївській (4,76%) областях. Як бачимо, коливання досить значні, що може свідчити про неоднорідність підходів обласних МСЕК до визначення ступеню обмеження життєдіяльності хворих на ЦД.

Питома вага інвалідів II групи в середньому за роки спостереження в Україні склала 33,88% (в 2007 р. вона дорівнювала 36,9%, в 2009 р. – 33,29%, в 2011 р. – 31,46%).

Таблиця 33. Важкість первинної інвалідності внаслідок ЦД в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Визнано інвалідами			в т.ч.																													
					I групи										II групи										III групи									
		Усього					Складені ІПР					Усього					Складені ІПР					Усього					Складені ІПР							
		ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.			
1.	АР Крим	215	130	345	32	15	47	13,6	0,4	0	0	0	0,0	0,0	114	63	177	51,3	1,5	0	0	0,0	0,0	69	52	121	35,1	1,0	0	0	0	0,0	0,0	
2.	Вінницька	80	93	173	8	23	31	17,9	0,3	4	2	6	19,4	0,1	17	17	34	19,7	0,4	7	1	8	23,5	0,1	55	53	108	62,4	1,1	32	18	50	46,3	0,5
3.	Волинська	36	43	79	0	5	5	6,3	0,1	0	5	5	100,0	0,1	7	13	20	25,3	0,3	7	13	20	100,0	0,3	29	25	54	68,4	0,9	29	24	53	98,1	0,9
4.	Дніпропетровська	253	65	318	22	15	37	11,6	0,2	17	9	26	70,3	0,1	82	26	108	34,0	0,5	62	19	81	75,0	0,4	149	24	173	54,4	0,8	128	16	144	83,2	0,7
5.	Донецька	426	189	615	60	43	103	16,7	0,4	0	0	0	0,0	0,0	154	55	209	34,0	0,7	0	0	0	0,0	0,0	212	91	303	49,3	1,1	0	0	0	0,0	0,0
6.	Житомирська	101	34	135	5	0	5	3,7	0,1	5	0	5	100,0	0,1	55	15	70	51,9	1,0	55	15	70	100,0	1,0	41	19	60	44,4	0,8	41	19	60	100,0	0,8
7.	Закарпатська	52	68	120	1	8	9	7,5	0,1	1	4	5	55,6	0,1	13	20	33	27,5	0,5	5	9	14	42,4	0,2	38	40	78	65,0	1,1	28	33	61	78,2	0,8
8.	Івано-Франківська	105	35	140	4	11	15	10,7	0,2	4	11	15	100,0	0,2	27	11	38	27,1	0,5	27	11	38	100,0	0,5	74	13	87	62,1	1,1	74	13	87	100,0	1,1
9.	Кіровоградська	51	116	167	5	35	40	24,0	0,7	5	35	40	100,0	0,7	22	40	62	37,1	1,1	22	40	62	100,0	1,1	24	41	65	38,9	1,1	24	41	65	100,0	1,1
10.	Київська	124	135	259	19	31	50	19,3	0,5	19	31	50	100,0	0,5	31	46	77	29,7	0,7	31	46	77	100,0	0,7	74	58	132	51,0	1,3	74	58	132	100,0	1,3
11.	Луганська	169	187	356	0	52	52	14,6	0,4	0	33	33	63,5	0,2	50	68	118	33,1	0,8	50	41	91	77,1	0,6	119	67	186	52,2	1,3	119	55	174	93,5	1,2
12.	Львівська	250	96	346	29	8	37	10,7	0,3	10	5	15	40,5	0,1	83	31	114	32,9	0,8	63	21	84	73,7	0,6	138	57	195	56,4	1,3	129	42	171	87,7	1,2
13.	Миколаївська	106	34	140	15	2	17	12,1	0,2	15	2	17	100,0	0,2	17	6	23	16,4	0,4	17	6	23	100,0	0,4	74	26	100	71,4	1,3	74	26	100	100,0	1,3
14.	Одеська	162	202	364	11	33	44	12,1	0,4	7	18	25	56,8	0,2	95	121	216	59,3	1,7	54	98	152	70,4	1,2	56	48	104	28,6	0,8	27	32	59	56,7	0,5
15.	Полтавська	73	45	118	7	13	20	16,9	0,2	6	13	19	95,0	0,2	40	23	63	53,4	0,7	35	22	57	90,5	0,7	26	9	35	29,7	0,4	21	9	30	85,7	0,3
16.	Рівненська	62	44	106	3	2	5	4,7	0,1	2	2	4	80,0	0,1	14	11	25	23,6	0,4	14	10	24	96,0	0,4	45	31	76	71,7	1,2	43	24	67	88,2	1,0
17.	Сумська	72	53	125	11	15	26	20,8	0,4	7	5	12	46,2	0,2	18	16	34	27,2	0,5	18	9	27	79,4	0,4	43	22	65	52,0	0,9	39	17	56	86,2	0,8
18.	Тернопільська	57	56	113	0	3	3	2,7	0,0	0	3	3	100,0	0,0	8	16	24	21,2	0,4	8	16	24	100,0	0,4	49	37	86	76,1	1,4	49	37	86	100,0	1,4
19.	Харківська	322	90	412	42	13	55	13,3	0,3	21	3	24	43,6	0,1	121	30	151	36,7	0,9	89	12	101	66,9	0,6	159	47	206	50,0	1,2	155	38	193	93,7	1,2
20.	Херсонська	86	48	134	13	12	25	18,7	0,4	13	12	25	100,0	0,4	20	17	37	27,6	0,6	19	16	35	94,6	0,5	53	19	72	53,7	1,1	52	19	71	98,6	1,1
21.	Хмельницька	66	69	135	5	13	18	13,3	0,2	4	13	17	94,4	0,2	22	23	45	33,3	0,6	20	23	43	95,6	0,6	39	33	72	53,3	1,0	38	33	71	98,6	1,0
22.	Черкаська	48	84	132	0	16	16	12,1	0,2	0	16	16	100,0	0,2	9	32	41	31,1	0,5	9	13	22	53,7	0,3	39	36	75	56,8	1,0	22	20	42	56,0	0,6
23.	Чернівецька	30	85	115	2	19	21	18,3	0,4	2	19	21	100,0	0,4	8	24	32	27,8	0,6	8	24	32	100,0	0,6	20	42	62	53,9	1,2	20	42	62	100,0	1,2
24.	Чернігівська	94	81	175	6	25	31	17,7	0,5	0	0	0	0,0	0,0	35	21	56	32,0	0,9	0	0	0	0,0	0,0	53	35	88	50,3	1,4	0	0	0	0,0	0,0
25.	м. Київ	102	383	485	17	35	52	10,7	0,3	5	16	21	40,4	0,1	59	196	255	52,6	1,5	29	97	126	49,4	0,7	26	152	178	36,7	1,0	14	125	139	78,1	0,8
26.	м. Севастополь	26	29	55	3	6	9	16,4	0,4	3	4	7	77,8	0,3	10	17	27	49,1	1,1	7	11	18	66,7	0,8	13	6	19	34,5	0,8	9	4	13	68,4	0,6
	У с ь о г о :	3168	2494	5662	320	453	773	13,7	0,3	150	261	411	53,2	0,2	1131	958	2089	36,9	0,8	656	573	1229	58,8	0,5	1717	1083	2800	49,5	1,1	1241	745	1986	70,9	0,8

Таблиця 34. Важкість первинної інвалідності внаслідок ЦД в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Визнано інвалідами			В т.ч.																													
					I групи									II групи									III групи											
		Усього			Складені ІПР						Усього			Складені ІПР						Усього			Складені ІПР											
		ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.					
1.	АР Крим	195	102	297	24	6	30	10,10	0,26	0	0	0	0,00	0,00	95	47	142	47,81	1,24	0	0	0	0,00	0,00	76	49	125	42,09	1,09	0	0	0	0,00	0,00
2.	Вінницька	74	87	161	11	25	36	22,36	0,38	11	25	36	90,00	0,38	11	25	36	22,36	0,38	11	25	36	100,00	0,38	52	37	89	55,28	0,93	52	37	89	100,00	0,01
3.	Волинська	51	44	95	2	3	5	5,26	0,09	2	3	5	14,71	0,09	15	12	27	28,42	0,46	15	12	27	100,00	0,46	34	29	63	66,32	1,08	34	23	57	90,48	0,01
4.	Дніпропетровська	177	104	281	13	29	42	14,95	0,21	12	29	41	41,84	0,21	37	38	75	26,69	0,38	37	38	75	100,00	0,38	127	37	164	58,36	0,83	127	37	164	100,00	0,01
5.	Донецька	400	135	535	54	29	83	15,51	0,30	0	0	0	0,00	0,00	133	42	175	32,71	0,64	0	0	0	0,00	0,00	213	64	277	51,78	1,02	0	0	0	0,00	0,00
6.	Житомирська	88	27	115	1	2	3	2,61	0,04	1	2	3	5,88	0,04	43	18	61	53,04	0,85	43	18	61	100,00	0,85	44	7	51	44,35	0,71	44	7	51	100,00	0,01
7.	Закарпатська	49	93	142	3	7	10	7,04	0,14	2	6	8	23,53	0,11	12	15	27	19,01	0,37	6	9	15	55,56	0,21	34	71	105	73,94	1,46	24	54	78	74,29	0,01
8.	Івано-Франківська	109	18	127	7	3	10	7,87	0,13	7	3	10	22,73	0,13	35	3	38	29,92	0,48	35	3	38	100,00	0,48	67	12	79	62,20	1,00	67	12	79	100,00	0,01
9.	Кіровоградська	65	89	154	6	16	22	14,29	0,39	6	16	22	50,00	0,39	23	30	53	34,42	0,93	23	30	53	100,00	0,93	36	43	79	51,30	1,39	36	43	79	100,00	0,01
10.	Київська	165	106	271	20	29	49	18,08	0,49	20	29	49	54,44	0,49	38	25	63	23,25	0,63	38	25	63	100,00	0,63	107	52	159	58,67	1,60	107	52	159	100,00	0,02
11.	Луганська	169	129	298	0	45	45	15,10	0,33	0	45	45	47,87	0,33	50	49	99	33,22	0,72	50	48	98	98,99	0,71	119	35	154	51,68	1,12	119	34	153	99,35	0,01
12.	Львівська	221	107	328	17	19	36	10,98	0,24	17	18	35	32,11	0,24	62	13	75	22,87	0,51	62	13	75	100,00	0,51	142	75	217	66,16	1,48	140	71	211	97,24	0,01
13.	Миколаївська	118	36	154	7	2	9	5,84	0,12	7	2	9	26,47	0,12	35	7	42	27,27	0,57	35	7	42	100,00	0,57	76	27	103	66,88	1,40	76	27	103	100,00	0,01
14.	Одеська	146	175	321	8	28	36	11,21	0,26	5	22	27	39,71	0,19	81	94	175	54,52	1,25	56	81	137	78,29	0,98	57	53	110	34,27	0,79	39	47	86	78,18	0,01
15.	Полтавська	66	43	109	8	16	24	22,02	0,28	8	16	24	66,67	0,28	24	17	41	37,61	0,48	24	17	41	100,00	0,48	34	10	44	40,37	0,52	34	10	44	100,00	0,01
16.	Рівненська	69	45	114	1	7	8	7,02	0,12	1	7	8	27,59	0,12	25	14	39	34,21	0,60	25	14	39	100,00	0,60	43	24	67	58,77	1,03	43	24	67	100,00	0,01
17.	Сумська	60	36	96	8	16	24	25,00	0,35	8	16	24	85,71	0,35	12	12	24	25,00	0,35	12	12	24	100,00	0,35	40	8	48	50,00	0,70	39	8	47	97,92	0,01
18.	Тернопільська	56	50	106	0	3	3	2,83	0,05	0	3	3	100,00	0,05	11	10	21	19,81	0,34	11	10	21	100	0,34	45	37	82	77,36	1,34	45	37	82	100,00	1,34
19.	Харківська	282	61	343	40	11	51	14,87	0,31	39	11	50	48,08	0,30	96	22	118	34,40	0,71	95	22	117	99,15	0,71	146	28	174	50,73	1,05	146	28	174	100,00	0,01
20.	Херсонська	87	33	120	10	4	14	11,67	0,22	10	4	14	45,16	0,22	15	9	24	20,00	0,38	15	9	24	100,00	0,38	62	20	82	68,33	1,29	62	19	81	98,78	0,01
21.	Хмельницька	69	72	141	9	12	21	14,89	0,28	8	12	20	58,82	0,27	25	22	47	33,33	0,63	24	21	45	95,74	0,61	35	38	73	51,77	0,99	35	36	71	97,26	0,01
22.	Черкаська	51	90	141	3	17	20	14,18	0,26	3	17	20	83,33	0,26	4	24	28	19,86	0,37	4	24	28	100,00	0,37	30	49	79	56,03	1,04	30	49	79	100,00	0,01
23.	Чернівецька	30	92	122	2	19	21	17,21	0,39	2	19	21	91,30	0,39	3	22	25	20,49	0,46	3	22	25	100,00	0,46	25	51	76	62,30	1,41	25	51	76	100,00	0,01
24.	Чернігівська	64	60	124	8	21	29	23,39	0,48	8	21	29	69,05	0,48	13	16	29	23,39	0,48	13	16	29	100,00	0,48	43	23	66	53,23	1,09	43	23	66	100,00	0,01
25.	м. Київ	110	336	446	5	34	39	8,74	0,24	5	34	39	40,63	0,24	76	143	219	49,10	1,36	70	140	210	95,89	1,30	29	159	188	42,15	1,17	21	159	180	95,74	0,01
26.	м. Севастополь	13	36	49	0	11	11	22,45	0,47	0	11	11	100,00	0,47	4	16	20	40,82	0,86	4	12	16	80,00	0,69	9	9	18	36,73	0,78	7	9	16	88,89	0,01
	У с ь о г о :	2970	2206	5176	267	414	681	13,16	0,27	182	371	553	81,20	0,22	978	745	1723	33,29	0,69	707	628	1335	77,48	0,53	1725	1047	2772	53,55	1,11	1395	897	2292	82,68	0,92

Таблиця 35. Важкість первинної інвалідності внаслідок ЦД в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Визнано інвалідами		в т.ч.																														
				I групи										II групи										III групи										
				Усього					Складені ІПР					Усього					Складені ІПР					Усього				Складені ІПР						
				ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	
1.	АР Крим	161	83	244	17	7	24	9,8	0,2	17	7	24	100,0	0,2	69	41	110	45,1	1,0	69	41	110	100,0	1,0	75	35	110	45,1	1,0	75	35	110	100,0	1,0
2.	Вінницька	92	95	187	7	18	25	13,4	0,3	7	18	25	100,0	0,3	17	32	49	26,2	0,5	17	32	49	100,0	0,5	68	45	113	60,4	1,2	68	45	113	100,0	1,2
3.	Волинська	46	26	72	1	4	5	6,9	0,1	1	4	5	100,0	0,1	8	4	12	16,7	0,2	8	4	12	100,0	0,2	37	18	55	76,4	0,9	37	18	55	100,0	0,9
4.	Дніпропетровська	153	82	235	13	18	31	13,2	0,2	13	18	31	100,0	0,2	31	29	60	25,5	0,3	31	29	60	100,0	0,3	109	35	144	61,3	0,7	109	35	144	100,0	0,7
5.	Донецька	346	127	473	43	25	68	14,4	0,2	0	0	0	0,0	0,0	105	34	139	29,4	0,5	0	34	34	24,5	0,1	198	68	266	56,2	0,9	0	0	0	0,0	0,0
6.	Житомирська	67	31	98	0	1	1	1,0	0,0	0	1	1	100,0	0,0	26	17	43	43,9	0,6	26	17	43	100,0	0,6	41	13	54	55,1	0,8	41	13	54	100,0	0,8
7.	Закарпатська	70	98	168	3	10	13	7,7	0,2	2	6	8	61,5	0,1	8	17	25	14,9	0,3	6	17	23	92,0	0,3	59	71	130	77,4	1,8	47	62	109	83,8	1,5
8.	Івано-Франківська	81	25	106	4	5	9	8,5	0,1	4	5	9	100,0	0,1	17	3	20	18,9	0,3	17	3	20	100,0	0,3	60	17	77	72,6	1,0	60	17	77	100,0	1,0
9.	Кіровоградська	53	116	169	5	22	27	16,0	0,5	5	22	27	100,0	0,5	22	26	48	28,4	0,9	22	26	48	100,0	0,9	26	68	94	55,6	1,7	26	68	94	100,0	1,7
10.	Київська	166	133	299	16	27	43	14,4	0,4	16	27	43	100,0	0,4	42	48	90	30,1	0,9	42	48	90	100,0	0,9	108	58	166	55,5	1,7	108	58	166	100,0	1,7
11.	Луганська	121	153	274	0	31	31	11,3	0,2	0	31	31	100,0	0,2	52	40	92	33,6	0,7	52	40	92	100,0	0,7	69	82	151	55,1	1,1	69	82	151	100,0	1,1
12.	Львівська	233	127	360	18	22	40	11,1	0,3	18	22	40	100,0	0,3	70	32	102	28,3	0,7	70	32	102	100,0	0,7	145	73	218	60,6	1,5	145	73	218	100,0	1,5
13.	Миколаївська	114	33	147	5	2	7	4,8	0,1	5	2	7	100,0	0,1	11	13	24	16,3	0,3	11	13	24	100,0	0,3	98	18	116	78,9	1,7	98	18	116	100,0	1,7
14.	Одеська	138	195	333	10	23	33	9,9	0,2	3	16	19	57,6	0,1	74	92	166	49,8	1,2	48	69	117	70,5	0,8	54	80	134	40,2	1,0	15	48	63	47,0	0,5
15.	Полтавська	105	36	141	7	11	18	12,8	0,2	7	11	18	100,0	0,2	46	17	63	44,7	0,7	46	17	63	100,0	0,7	52	8	60	42,6	0,7	52	8	60	100,0	0,7
16.	Рівненська	58	68	126	7	5	12	9,5	0,2	7	5	12	100,0	0,2	14	21	35	27,8	0,5	14	21	35	100,0	0,5	37	42	79	62,7	1,2	37	42	79	100,0	1,2
17.	Сумська	63	40	103	5	12	17	16,5	0,3	5	12	17	100,0	0,3	9	13	22	21,4	0,3	9	13	22	100,0	0,3	49	15	64	62,1	1,0	49	15	64	100,0	1,0
18.	Тернопільська	38	62	100	0	3	3	3,0	0,1	0	3	3	100,0	0,1	8	10	18	18,0	0,3	8	10	18	100,0	0,3	30	49	79	79,0	1,3	30	49	79	100,0	1,3
19.	Харківська	287	47	334	22	8	30	9,0	0,2	22	8	30	100,0	0,2	91	18	109	32,6	0,7	91	18	109	100,0	0,7	174	21	195	58,4	1,2	174	21	195	100,0	1,2
20.	Херсонська	89	26	115	10	4	14	12,2	0,2	10	4	14	100,0	0,2	23	6	29	25,2	0,5	23	6	29	100,0	0,5	56	16	72	62,6	1,1	56	16	72	100,0	1,1
21.	Хмельницька	85	45	130	17	6	23	17,7	0,3	15	5	20	87,0	0,3	27	16	43	33,1	0,6	21	16	37	86,0	0,5	41	23	64	49,2	0,9	31	19	50	78,1	0,7
22.	Черкаська	31	79	110	1	11	12	10,9	0,2	1	11	12	100,0	0,2	4	34	38	34,5	0,5	4	34	38	100,0	0,5	26	34	60	54,5	0,8	26	34	60	100,0	0,8
23.	Чернівецька	34	95	129	4	14	18	14,0	0,3	4	14	18	100,0	0,3	8	26	34	26,4	0,6	8	26	34	100,0	0,6	22	55	77	59,7	1,4	22	55	77	100,0	1,4
24.	Чернігівська	49	79	128	5	28	33	25,8	0,5	5	28	33	100,0	0,5	11	25	36	28,1	0,6	11	25	36	100,0	0,6	33	26	59	46,1	1,0	33	26	59	100,0	1,0
25.	м. Київ	98	263	361	6	23	29	8,0	0,2	6	23	29	100,0	0,2	55	93	148	41,0	0,9	55	93	148	100,0	0,9	37	152	189	52,4	1,2	37	152	189	100,0	1,2
26.	м. Севастополь	16	23	39	0	3	3	7,7	0,1	0	3	3	100,0	0,1	1	13	14	35,9	0,6	1	13	14	100,0	0,6	15	7	22	56,4	1,0	15	7	22	100,0	1,0
	У с ь о г о :	2794	2192	4986	226	343	569	11,4	0,2	173	306	479	84,2	0,2	849	720	1569	31,5	0,6	710	662	1372	87,4	0,5	1719	1129	2848	57,1	1,1	1460	1016	2476	86,9	1,0

Розподіл первинних інвалідів внаслідок загального захворювання за групами інвалідності при ЦД в 2007, 2009, 2011 рр. наведено в табл. 36, 37, 38.

Як видно з таблиць, частка інвалідів внаслідок загального захворювання в структурі інвалідності внаслідок ЦД в 2007 р. склала 86,42%, в 2009 р. – 84,0% і в 2011 р. – 82,95%, тобто простежується тенденція до її зниження. Водночас в контингенті інвалідів внаслідок загального захворювання спостерігається тенденція до збільшення питомої ваги інвалідів III групи (з 50,15% в 2007 р. до 54,25% в 2009 р. і до 57,33%) і, відповідно, зменшення питомої ваги інвалідів I групи (за п'ятирічний період з 15,18% до 13,15%) та інвалідів II групи (з 34,66% до 29,52%).

Розподіл первинних інвалідів з дитинства за важкістю при ЦД за 2007, 2009 і 2011 р. висвітлюють табл. 39, 40, 41. Дані таблиць вказують на деяке збільшення питомої ваги інвалідності з дитинства в структурі інвалідності внаслідок ЦД (за 5-річний період спостереження з 12,24% до 15,12%) та збільшення питомої ваги інвалідів III групи в структурі інвалідності з дитинства (з 45,74% до 55,43%), тобто мова йде про зменшення її важкості.

Таблиця 36. Розподіл первинних інвалідів внаслідок загального захворювання за групами інвалідності при ЦД в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	інвалідівУсього	Інваліди внаслідок загального захворювання																			
			Усього					Групи інвалідності														
								I					II					III				
			ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	345	181	127	308	71,01	2,07	32	15	47	19,18	0,40	83	61	144	46,75	1,21	66	51	117	37,99	0,99
2.	Вінницька	173	73	91	164	94,80	1,91	8	23	31	18,90	0,32	14	17	31	18,90	0,32	51	51	102	62,20	1,06
3.	Волинська	79	27	41	68	86,08	1,17	0	5	5	7,35	0,09	3	12	15	22,06	0,26	24	24	48	70,59	0,83
4.	Дніпропетровська	318	213	64	277	87,11	1,32	22	15	37	13,36	0,18	67	26	93	33,57	0,44	124	23	147	53,07	0,70
5.	Донецька	615	357	186	543	88,29	1,93	60	43	103	18,97	0,37	99	53	152	27,99	0,54	198	90	288	53,04	1,03
6.	Житомирська	135	83	33	116	85,93	1,61	4	0	4	3,45	0,06	43	14	57	49,14	0,79	36	19	55	47,41	0,76
7.	Закарпатська	120	36	66	102	85,00	1,42	1	8	9	8,82	0,12	3	20	23	22,55	0,32	32	38	70	68,63	0,97
8.	Івано-Франківська	140	98	34	132	94,29	1,67	4	11	15	11,36	0,19	25	11	36	27,27	0,46	69	12	81	61,36	1,03
9.	Кіровоградська	167	36	113	149	89,22	2,58	5	35	40	26,85	0,69	11	40	51	34,23	0,88	20	38	58	38,93	1,00
10.	Київська	259	94	119	213	82,24	2,13	18	31	49	23,00	0,49	20	37	57	26,76	0,57	56	51	107	50,23	1,07
11.	Луганська	356	117	184	301	84,55	2,15	0	52	52	17,28	0,37	32	68	100	33,22	0,71	85	64	149	49,50	1,06
12.	Львівська	346	166	92	258	74,57	1,76	24	8	32	12,40	0,22	41	31	72	27,91	0,49	101	53	154	59,69	1,05
13.	Миколаївська	140	98	21	119	85,00	1,60	0	0	0	0,00	0,00	21	3	24	20,17	0,32	77	18	95	79,83	1,28
14.	Одеська	364	120	201	321	88,19	2,60	8	33	41	12,77	0,33	65	120	185	57,63	1,50	47	48	95	29,60	0,77
15.	Полтавська	118	46	44	90	76,27	1,04	6	13	19	21,11	0,22	23	23	46	51,11	0,53	17	8	25	27,78	0,29
16.	Рівненська	106	48	44	92	86,79	1,42	3	2	5	5,43	0,08	6	11	17	18,48	0,26	39	31	70	76,09	1,08
17.	Сумська	125	53	51	104	83,20	1,50	11	14	25	24,04	0,36	11	15	26	25,00	0,38	31	22	53	50,96	0,77
18.	Тернопільська	113	46	54	100	88,50	1,63	0	3	3	3,00	0,05	4	15	19	19,00	0,31	42	36	78	78,00	1,27
19.	Харківська	412	266	84	350	84,95	2,09	42	13	55	15,71	0,33	97	30	127	36,29	0,76	127	41	168	48,00	1,00
20.	Херсонська	134	77	48	125	93,28	1,95	13	12	25	20,00	0,39	17	17	34	27,20	0,53	47	19	66	52,80	1,03
21.	Хмельницька	135	33	69	102	75,56	1,37	4	13	17	16,67	0,23	10	23	33	32,35	0,44	19	33	52	50,98	0,70
22.	Черкаська	132	46	84	130	98,48	1,70	0	16	16	12,31	0,21	9	32	41	31,54	0,54	37	36	73	56,15	0,96
23.	Чернівецька	115	25	83	108	93,91	2,00	2	19	21	19,44	0,39	7	23	30	27,78	0,56	16	41	57	52,78	1,06
24.	Чернігівська	175	72	80	152	86,86	2,46	6	25	31	20,39	0,50	23	21	44	28,95	0,71	43	34	77	50,66	1,25
25.	м. Київ	485	96	329	425	87,63	2,50	17	35	52	12,24	0,31	55	162	217	51,06	1,27	24	132	156	36,71	0,92
26.	м. Севастополь	55	16	28	44	80,00	1,87	3	6	9	20,45	0,38	5	17	22	50,00	0,94	8	5	13	29,55	0,55
	У с ь о г о :	5662	2523	2370	4893	86,42	1,88	293	450	743	15,18	0,29	794	902	1696	34,66	0,65	1436	1018	2454	50,15	0,94

Таблиця 37. Розподіл первинних інвалідів внаслідок загального захворювання за групами інвалідності при ЦД в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	Інвалідів всього	Інваліди внаслідок загального захворювання																			
			Усього					Групи інвалідності														
								I					II					III				
			ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	297	162	102	264	88,89	2,30	24	6	30	11,36	0,26	70	47	117	44,32	1,02	68	49	117	44,32	1,02
2.	Вінницька	161	54	81	135	83,85	1,42	10	25	35	25,93	0,37	6	23	29	21,48	0,30	38	33	71	52,59	0,75
3.	Волинська	95	30	43	73	76,84	1,25	1	3	4	5,48	0,07	5	12	17	23,29	0,29	24	28	52	71,23	0,89
4.	Дніпропетровська	281	121	103	224	79,72	1,14	13	29	42	18,75	0,21	21	38	59	26,34	0,30	87	36	123	54,91	0,62
5.	Донецька	535	316	132	448	83,74	1,64	53	28	81	18,08	0,30	76	41	117	26,12	0,43	187	63	250	55,80	0,92
6.	Житомирська	115	70	27	97	84,35	1,35	1	2	3	3,09	0,04	35	18	53	54,64	0,74	34	7	41	42,27	0,57
7.	Закарпатська	142	29	91	120	84,51	1,66	2	7	9	7,50	0,12	4	14	18	15,00	0,25	23	70	93	77,50	1,29
8.	Івано-Франківська	127	93	17	110	86,61	1,39	7	3	10	9,09	0,13	25	3	28	25,45	0,35	61	11	72	65,45	0,91
9.	Кіровоградська	154	46	89	135	87,66	2,38	6	16	22	16,30	0,39	9	30	39	28,89	0,69	31	43	74	54,81	1,30
10.	Київська	271	124	105	229	84,50	2,30	20	29	49	21,40	0,49	25	25	50	21,83	0,50	79	51	130	56,77	1,31
11.	Луганська	298	117	128	245	82,21	1,78	0	45	45	18,37	0,33	32	49	81	33,06	0,59	85	34	119	48,57	0,87
12.	Львівська	328	150	82	232	70,73	1,58	12	19	31	13,36	0,21	20	8	28	12,07	0,19	118	55	173	74,57	1,18
13.	Миколаївська	154	97	35	132	85,71	1,79	6	2	8	6,06	0,11	24	14	38	28,79	0,51	67	19	86	65,15	1,17
14.	Одеська	321	104	175	279	86,92	2,00	8	28	36	12,90	0,26	47	96	143	51,25	1,02	49	51	100	35,84	0,72
15.	Полтавська	109	50	42	92	84,40	1,08	8	16	24	26,09	0,28	19	17	36	39,13	0,42	23	9	32	34,78	0,37
16.	Рівненська	114	45	45	90	78,95	1,38	1	7	8	8,89	0,12	10	14	24	26,67	0,37	34	24	58	64,44	0,89
17.	Сумська	96	46	36	82	85,42	1,20	8	16	24	29,27	0,35	6	12	18	21,95	0,26	32	8	40	48,78	0,59
18.	Тернопільська	106	44	42	86	81,13	1,40	0	3	3	3,49	0,05	7	7	14	16,28	0,23	37	32	69	80,23	1,13
19.	Харківська	343	235	55	290	84,55	1,75	40	10	50	17,24	0,30	72	21	93	32,07	0,56	123	24	147	50,69	0,89
20.	Херсонська	120	71	33	104	86,67	1,63	10	4	14	13,46	0,22	14	9	23	22,12	0,36	47	20	67	64,42	1,05
21.	Хмельницька	141	38	72	110	78,01	1,48	7	12	19	17,27	0,26	6	22	28	25,45	0,38	25	38	63	57,27	0,85
22.	Черкаська	141	33	89	122	86,52	1,61	3	17	20	16,39	0,26	2	24	26	21,31	0,34	28	48	76	62,30	1,00
23.	Чернівецька	122	24	91	115	94,26	2,13	2	19	21	18,26	0,39	3	22	25	21,74	0,46	19	50	69	60,00	1,28
24.	Чернігівська	124	41	57	98	79,03	1,62	8	21	29	29,59	0,48	8	16	24	24,49	0,40	25	20	45	45,92	0,74
25.	м. Київ	446	108	289	397	89,01	2,47	5	34	39	9,82	0,24	74	110	184	46,35	1,14	29	153	182	45,84	1,13
26.	м. Севастополь	49	4	35	39	79,59	1,68	0	11	11	28,21	0,47	2	16	18	46,15	0,78	2	8	10	25,64	0,43
	Усього:	5176	2252	2096	4348	84,00	1,74	255	412	667	15,34	0,27	622	700	1322	30,40	0,53	1375	984	2359	54,25	0,94

Таблиця 38. Розподіл первинних інвалідів внаслідок загального захворювання за групами інвалідності при ЦД в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	Інвалідів всього	Інваліди внаслідок загального захворювання																			
			Усього					Групи інвалідності														
								I					II					III				
			ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	244	130	81	211	86,48	1,85	17	6	23	10,90	0,20	51	41	92	43,60	0,81	62	34	96	45,50	0,84
2.	Вінницька	187	71	92	163	87,17	1,73	7	18	25	15,34	0,27	11	31	42	25,77	0,45	53	43	96	58,90	1,02
3.	Волинська	72	22	24	46	63,89	0,79	0	4	4	8,70	0,07	1	4	5	10,87	0,09	21	16	37	80,43	0,63
4.	Дніпропетровська	235	109	81	190	80,85	0,98	13	18	31	16,32	0,16	16	29	45	23,68	0,23	80	34	114	60,00	0,59
5.	Донецька	473	278	122	400	84,57	1,41	43	24	67	16,75	0,24	67	34	101	25,25	0,35	168	64	232	58,00	0,82
6.	Житомирська	98	48	31	79	80,61	1,11	0	1	1	1,27	0,01	14	17	31	39,24	0,44	34	13	47	59,49	0,66
7.	Закарпатська	168	50	95	145	86,31	2,01	4	9	13	8,97	0,18	4	16	20	13,79	0,28	42	70	112	77,24	1,55
8.	Івано-Франківська	106	59	23	82	77,36	1,04	4	5	9	10,98	0,11	13	3	16	19,51	0,20	42	15	57	69,51	0,72
9.	Кіровоградська	169	29	114	143	84,62	2,56	5	22	27	18,88	0,48	7	25	32	22,38	0,57	17	67	84	58,74	1,50
10.	Київська	299	104	130	234	78,26	2,37	16	27	43	18,38	0,44	19	47	66	28,21	0,67	69	56	125	53,42	1,27
11.	Луганська	274	58	150	208	75,91	1,55	0	31	31	14,90	0,23	26	40	66	31,73	0,49	32	79	111	53,37	0,83
12.	Львівська	360	154	113	267	74,17	1,82	12	22	34	12,73	0,23	40	26	68	25,47	0,46	102	65	167	62,55	1,14
13.	Миколаївська	147	92	33	125	85,03	1,82	5	2	7	5,60	0,07	9	11	37	29,60	0,54	78	20	98	78,40	1,42
14.	Одеська	333	95	195	290	87,09	2,09	10	23	33	11,38	0,24	41	92	133	45,86	0,96	44	80	124	42,76	0,89
15.	Полтавська	141	73	31	104	73,76	1,23	7	11	18	17,31	0,21	35	13	48	46,15	0,57	31	7	38	36,54	0,45
16.	Рівненська	126	40	66	106	84,13	1,63	6	5	11	10,38	0,17	5	21	26	24,53	0,40	29	40	69	65,09	1,06
17.	Сумська	103	42	39	81	78,64	1,22	5	11	16	19,75	0,24	6	13	19	23,46	0,29	31	15	46	56,79	0,69
18.	Тернопільська	100	35	50	85	85,00	1,39	0	0	0	0,00	0,00	7	9	16	18,82	0,26	28	41	69	81,18	1,13
19.	Харківська	334	235	46	281	84,13	1,73	22	8	30	10,68	0,18	67	17	84	29,89	0,52	146	21	167	59,43	1,03
20.	Херсонська	115	75	26	101	87,83	1,61	10	4	14	13,86	0,22	19	6	25	24,75	0,40	46	16	62	61,39	0,99
21.	Хмельницька	130	61	45	106	81,54	1,44	5	3	8	7,55	0,11	17	15	32	30,19	0,43	39	27	66	62,26	0,89
22.	Черкаська	110	29	78	107	97,27	1,44	1	11	12	11,21	0,16	3	34	37	34,58	0,50	25	33	58	54,21	0,78
23.	Чернівецька	129	23	94	117	90,70	2,16	3	14	17	14,53	0,31	7	26	33	28,21	0,61	13	54	67	57,26	1,24
24.	Чернігівська	128	29	78	107	83,59	1,78	5	28	33	30,84	0,55	1	25	26	24,30	0,43	23	25	48	44,86	0,80
25.	м. Київ	361	98	231	329	91,14	2,02	6	28	34	10,33	0,21	55	72	127	38,60	0,78	37	131	178	54,10	1,09
26.	м. Севастополь	39	7	22	29	74,36	1,32	0	3	3	10,34	0,14	0	13	13	44,83	0,59	7	6	13	44,83	0,59
	Усього:	4986	2046	2090	4136	82,95	1,62	206	338	544	13,15	0,21	541	680	1221	29,52	0,48	1299	1072	2371	57,33	0,93

Таблиця 39. Розподіл інвалідів дитинства за групами інвалідності при ЦД в 2007 р.

№	Адміністративні одиниці	Інвалідів всього	Інваліди дитинства																			
			Усього						Групи інвалідності													
									I					II					III			
			ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	345	30	2	32	9,28	0,27	0	0	0	0,00	0,00	28	1	29	90,63	0,24	2	1	3	9,38	0,00
2.	Вінницька	173	6	0	6	3,47	0,06	0	0	0	0,00	0,00	2	0	2	33,33	0,02	4	0	4	66,67	0,00
3.	Волинська	79	9	0	9	11,39	0,16	0	0	0	0,00	0,00	4	0	4	44,44	0,07	5	0	5	55,56	0,00
4.	Дніпропетровська	318	35	0	35	11,01	0,17	0	0	0	0,00	0,00	14	0	14	40,00	0,07	21	0	21	60,00	0,00
5.	Донецька	615	66	3	69	11,22	0,25	0	0	0	0,00	0,00	52	2	54	78,26	0,19	14	1	15	21,74	0,00
6.	Житомирська	135	17	0	17	12,59	0,24	1	0	1	5,88	0,01	12	0	12	70,59	0,17	4	0	4	23,53	0,00
7.	Закарпатська	120	16	2	18	15,00	0,25	0	0	0	0,00	0,00	9	0	9	50,00	0,12	7	2	9	50,00	0,00
8.	Івано-Франківська	140	6	0	6	4,29	0,08	0	0	0	0,00	0,00	2	0	2	33,33	0,03	4	0	4	66,67	0,00
9.	Кіровоградська	167	15	0	15	8,98	0,26	0	0	0	0,00	0,00	11	0	11	73,33	0,19	4	0	4	26,67	0,00
10.	Київська	259	27	9	36	13,90	0,36	1	0	1	2,78	0,01	9	4	13	36,11	0,13	17	5	22	33,33	0,00
11.	Луганська	356	52	0	52	14,61	0,37	0	0	0	0,00	0,00	18	0	18	34,62	0,13	34	0	34	65,38	0,00
12.	Львівська	346	83	0	83	23,99	0,57	5	0	5	6,02	0,03	42	0	42	50,60	0,29	36	0	36	43,37	0,00
13.	Миколаївська	140	8	8	16	11,43	0,22	0	0	0	0,00	0,00	2	3	5	31,25	0,07	6	5	11	68,75	0,00
14.	Одеська	364	42	0	42	11,54	0,34	1	0	1	2,38	0,01	29	0	29	69,05	0,23	12	0	12	28,57	0,00
15.	Полтавська	118	24	1	25	21,19	0,29	0	0	0	0,00	0,00	16	0	16	64,00	0,19	8	1	9	36,00	0,00
16.	Рівненська	106	12	0	12	11,32	0,19	0	0	0	0,00	0,00	7	0	7	58,33	0,11	5	0	5	41,67	0,00
17.	Сумська	125	19	1	20	16,00	0,29	0	0	0	0,00	0,00	7	1	8	40,00	0,12	12	0	12	60,00	0,00
18.	Тернопільська	113	11	2	13	11,50	0,20	0	0	0	0,00	0,00	4	1	5	38,46	0,08	7	1	8	61,54	0,11
19.	Харківська	412	47	5	52	12,62	0,31	0	0	0	0,00	0,00	19	0	19	36,54	0,11	28	5	33	63,46	0,00
20.	Херсонська	134	9	0	9	6,72	0,14	0	0	0	0,00	0,00	3	0	3	33,33	0,05	6	0	6	66,67	0,00
21.	Хмельницька	135	33	0	33	24,44	0,44	1	0	1	3,03	0,01	12	0	12	36,36	0,16	20	0	20	60,61	0,00
22.	Черкаська	132	2	0	2	1,52	0,03	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	2	0	2	100,00	0,00
23.	Чернівецька	115	3	0	3	2,61	0,06	0	0	0	0,00	0,00	1	0	1	33,33	0,02	2	0	2	66,67	0,00
24.	Чернігівська	175	20	0	20	11,43	0,32	0	0	0	0,00	0,00	11	0	11	55,00	0,18	9	0	9	45,00	0,00
25.	м. Київ	485	6	52	58	11,96	0,34	0	0	0	0,00	0,00	4	32	36	62,07	0,21	2	20	22	37,93	0,00
26.	м. Севастополь	55	10	0	10	18,18	0,43	0	0	0	0,00	0,00	5	0	5	50,00	0,21	5	0	5	50,00	0,00
	У с ь о г о :	5662	608	85	693	12,24	0,27	9	0	9	1,30	0,003	323	44	367	52,96	0,14	276	41	317	45,74	0,12

Таблиця 40. Розподіл інвалідів дитинства за групами інвалідності при ЦД в 2009 р.

№	Адміністративні одиниці	інвалідівУсього	Інваліди дитинства																			
			Усього					Групи інвалідності														
								I					II					III				
			ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	297	28	0	28	9,43	0,24	0	0	0	0,00	0,00	23	0	23	82,14	0,20	5	0	5	17,86	0,04
2.	Вінницька	161	17	0	17	10,56	0,18	0	0	0	0,00	0,00	5	0	5	29,41	0,05	12	0	12	70,59	0,13
3.	Волинська	95	21	0	21	22,11	0,36	1	0	1	4,76	0,02	10	0	10	47,62	0,17	10	0	10	47,62	0,17
4.	Дніпропетровська	281	54	1	55	19,57	0,28	0	0	0	0,00	0,00	15	0	15	27,27	0,08	39	1	40	72,73	0,20
5.	Донецька	535	81	2	83	15,51	0,30	1	1	2	2,41	0,01	55	1	56	67,47	0,21	25	0	25	30,12	0,09
6.	Житомирська	115	16	0	16	13,91	0,22	0	0	0	0,00	0,00	7	0	7	43,75	0,10	9	0	9	56,25	0,13
7.	Закарпатська	142	20	1	21	14,79	0,29	1	0	1	4,76	0,01	8	1	9	42,86	0,12	11	0	11	52,38	0,15
8.	Івано-Франківська	127	13	0	13	10,24	0,16	0	0	0	0,00	0,00	10	0	10	76,92	0,13	3	0	3	23,08	0,04
9.	Кіровоградська	154	18	0	18	11,69	0,32	0	0	0	0,00	0,00	13	0	13	72,22	0,23	5	0	5	27,78	0,09
10.	Київська	271	36	1	37	13,65	0,37	0	0	0	0,00	0,00	8	0	8	21,62	0,08	28	1	29	78,38	0,29
11.	Луганська	298	52	0	52	17,45	0,38	0	0	0	0,00	0,00	18	0	18	34,62	0,13	34	0	34	65,38	0,25
12.	Львівська	328	69	17	86	26,22	0,59	5	0	5	5,81	0,03	42	5	47	54,65	0,32	22	12	34	39,53	0,23
13.	Миколаївська	154	21	1	22	14,29	0,30	1	0	1	4,55	0,01	11	0	11	50,00	0,15	9	1	10	45,45	0,14
14.	Одеська	321	42	0	42	13,08	0,30	0	0	0	0,00	0,00	34	0	34	80,95	0,24	8	0	8	19,04	0,06
15.	Полтавська	109	15	0	15	13,76	0,18	0	0	0	0,00	0,00	5	0	5	33,33	0,06	10	0	10	66,67	0,12
16.	Рівненська	114	20	0	20	17,54	0,31	0	0	0	0,00	0,00	14	0	14	70,00	0,22	6	0	6	30,00	0,09
17.	Сумська	96	14	0	14	14,58	0,21	0	0	0	0,00	0,00	6	0	6	42,86	0,09	8	0	8	57,14	0,12
18.	Тернопільська	106	12	8	20	18,87	0,33	0	0	0	0,00	0,00	4	3	7	35,00	0,11	8	5	13	65,00	0,21
19.	Харківська	343	44	5	49	14,29	0,30	0	1	1	2,04	0,01	24	0	24	48,98	0,14	20	4	24	48,98	0,14
20.	Херсонська	120	16	0	16	13,33	0,25	0	0	0	0,00	0,00	1	0	1	6,25	0,02	15	0	15	93,75	0,24
21.	Хмельницька	141	31	0	31	21,99	0,42	2	0	2	6,45	0,03	19	0	19	61,29	0,26	10	0	10	32,26	0,13
22.	Черкаська	141	4	0	4	2,84	0,05	0	0	0	0,00	0,00	2	0	2	50,00	0,03	2	0	2	50,00	0,03
23.	Чернівецька	122	4	0	4	3,28	0,07	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	4	0	4	100,00	0,07
24.	Чернігівська	124	20	1	21	16,94	0,35	0	0	0	0,00	0,00	5	0	5	23,81	0,08	15	1	16	76,79	0,26
25.	м. Київ	446	2	40	42	9,42	0,26	0	0	0	0,00	0,00	2	28	30	71,43	0,19	0	12	12	28,57	0,07
26.	м. Севастополь	49	8	0	8	16,33	0,34	0	0	0	0,00	0,00	2	0	2	25,00	0,09	6	0	6	75,00	0,26
	Усього:	5176	678	77	755	14,59	0,30	11	2	13	1,72	0,005	343	38	381	50,46	0,15	324	37	361	47,81	0,14

Таблиця 41. Розподіл інвалідів дитинства за групами інвалідності при ЦД в 2011 р.

№	Адміністративні одиниці	інвалідівВсього	Усього					Інваліди дитинства														
								Групи інвалідності														
			I					II					III									
			ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.	ЦД1	ЦД2	Усього Абс.	%	Пок.
1.	АР Крим	244	27	0	27	11,07	0,24	0	0	0	0,00	0,00	15	0	15	55,56	0,13	12	0	12	44,44	0,11
2.	Вінницька	187	20	0	20	10,70	0,21	0	0	0	0,00	0,00	6	0	6	30,00	0,06	14	0	14	70,00	0,15
3.	Волинська	72	23	0	23	31,94	0,39	0	0	0	0,00	0,00	5	0	5	21,74	0,09	18	0	18	78,26	0,31
4.	Дніпропетровська	235	35	1	36	15,32	0,19	0	0	0	0,00	0,00	13	0	13	36,11	0,07	22	1	23	63,89	0,12
5.	Донецька	473	64	1	65	13,74	0,23	0	0	0	0,00	0,00	38	0	38	58,46	0,13	26	1	27	41,54	0,09
6.	Житомирська	98	15	0	15	15,31	0,21	0	0	0	0,00	0,00	10	0	10	66,67	0,14	5	0	5	33,33	0,07
7.	Закарпатська	168	19	3	22	13,10	0,30	0	2	2	9,09	0,03	4	1	5	22,73	0,07	15	0	15	68,18	0,21
8.	Івано-Франківська	106	21	1	22	20,75	0,28	0	0	0	0,00	0,00	4	0	4	18,18	0,05	17	1	18	81,82	0,23
9.	Кіровоградська	169	23	0	23	13,61	0,41	0	0	0	0,00	0,00	14	0	14	60,87	0,25	9	0	9	39,13	0,16
10.	Київська	299	53	0	53	17,73	0,54	0	0	0	0,00	0,00	19	0	19	35,85	0,19	34	0	34	64,15	0,34
11.	Луганська	274	61	0	61	22,26	0,45	0	0	0	0,00	0,00	26	0	26	42,62	0,19	35	0	35	57,38	0,26
12.	Львівська	360	77	5	82	22,78	0,56	6	0	6	7,32	0,04	29	1	30	29,27	0,16	42	4	46	56,10	0,31
13.	Миколаївська	147	20	0	20	13,61	0,29	0	0	0	0,00	0,00	2	0	2	65,00	0,19	18	0	7	35,00	0,10
14.	Одеська	333	43	0	43	12,91	0,31	0	0	0	0,00	0,00	33	0	33	76,74	0,24	10	0	10	23,26	0,07
15.	Полтавська	141	30	5	35	24,82	0,42	0	0	0	0,00	0,00	10	4	14	40,00	0,17	20	1	21	60,00	0,25
16.	Рівненська	126	17	0	17	13,49	0,26	1	0	1	5,88	0,02	9	0	9	52,94	0,14	7	0	7	41,18	0,11
17.	Сумська	103	20	0	20	19,42	0,30	0	0	0	0,00	0,00	3	0	3	15,00	0,05	17	0	17	85,00	0,26
18.	Тернопільська	100	3	8	11	11,00	0,18	0	0	0	0,00	0,00	1	1	2	18,18	0,03	2	7	9	81,82	0,15
19.	Харківська	334	47	0	47	14,07	0,29	0	0	0	0,00	0,00	24	0	24	51,06	0,15	23	0	23	48,94	0,14
20.	Херсонська	115	14	0	14	12,17	0,22	0	0	0	0,00	0,00	4	0	4	28,57	0,06	10	0	10	71,43	0,16
21.	Хмельницька	130	24	0	24	18,46	0,33	2	0	2	8,33	0,03	13	0	13	54,17	0,18	9	0	9	37,50	0,12
22.	Черкаська	110	1	0	1	0,91	0,01	0	0	0	0,00	0,00	1	0	1	100,0	0,01	0	0	0	0,00	0,00
23.	Чернівецька	129	8	1	9	6,98	0,17	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	8	1	9	100,00	0,17
24.	Чернігівська	128	19	1	20	15,63	0,33	0	0	0	0,00	0,00	10	0	10	50,00	0,17	9	1	10	50,00	0,17
25.	м. Київ	361	0	35	35	9,70	0,21	0	0	0	0,00	0,00	0	24	24	68,57	0,15	0	11	11	31,43	0,07
26.	м. Севастополь	39	9	0	9	23,08	0,41	0	0	0	0,00	0,00	1	0	1	11,11	0,05	8	0	8	88,89	0,36
	Усього:	4986	693	61	754	15,12	0,29	9	2	11	1,46	0,004	294	31	325	43,10	0,13	390	28	418	55,43	0,16

1.2. Повторно визнані інвалідами внаслідок цукрового діабету

Аналіз переогляду інвалідів з цукровим діабетом для встановлення групи інвалідності показав, що в 2007, 2009 і 2011 рр. із загальної кількості переоглянутих осіб інвалідами визнавались відповідно 98,29%, 99,08% і 99,09%, в середньому 98,82%. Абсолютна кількість повторно визнаних інвалідами за всі роки спостереження була найбільшою в Донецькій, Харківській, Луганській і Дніпропетровській областях, найменшою – в м.Севастополь, Хмельницькій, Закарпатській та Черкаській областях.

Кількість осіб, які були визнані інвалідами внаслідок ЦД повторно в усіх регіонах, переважала кількість вперше визнаних інвалідами в 2007 р. в 4,82 разів, в 2009 р. – 5,47 разів, в 2011 р. – в 6,04 разів; в середньому за 5 років в 5,44 разів.

Рівень повторної інвалідності внаслідок ЦД за роки спостереження склав відповідно 5,86, 6,50, 6,59 в середньому 6,32 на 10000 населення і перевищував рівень первинної інвалідності в 3,05 разів.

В структурі повторної інвалідності при ЦД, як і в структурі первинної інвалідності, переважали інваліди 3 групи: частка їх в середньому в 2007, 2009 і 2011 рр. склала відповідно 54,58%, 55,98% і 59,15%, тобто спостерігалась тенденція до зменшення важкості інвалідності (табл. 42, 43, 44).

В 2007 р. питома вага повторно визнаних інвалідами 3 групи склала понад 50% у 18 областях України і була найбільшою в Хмельницькій – 69,41%, Херсонській – 68,71% і Миколаївській – 67,84% областях в 2007 р.; в Херсонській – 72,36%, Рівненській – 68,96%, Миколаївській – 68,58% і Київській – 68,28% областях в 2009 р.; в Миколаївській – 79,67%, Херсонській – 77,01%, Дніпропетровській – 72,27% областях в 2011 р.

Таблиця 42. Структура повторної інвалідності внаслідок ЦД в 2007 р.

Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК		Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами					
	Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами	I групи		II групи		III групи	
			Усього		Усього		Усього	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АР Крим	631	631	48	7,61	410	64,98	173	27,42
Волинська	465	465	24	5,61	177	38,06	264	56,77
Дніпропетровська	1034	1027	22	2,14	391	28,07	614	59,79
Донецька	1746	1612	-	-	723	44,85	889	55,15
Житомирська	520	520	58	11,15	290	55,77	172	33,08
Закарпатська	192	192	13	6,77	75	39,06	104	54,07
Івано-Франківська	532	532	30	5,64	264	49,62	238	44,74
Кіровоградська	530	530	18	3,39	255	48,11	257	48,49
Київська	471	471	26	5,52	155	32,91	290	61,57
Луганська	1272	1270	63	4,96	389	30,63	818	64,41
Львівська	1204	1131	66	5,84	360	31,83	705	62,33
Миколаївська	451	426	29	6,81	108	25,35	289	67,84
Одеська	645	645	73	11,32	429	66,51	143	22,17
Полтавська	457	457	44	9,63	175	38,29	242	52,95
Рівненська	455	452	22	4,87	140	30,97	290	64,16
Сумська	364	363	35	9,64	99	27,27	229	63,09
Харківська	1381	1380	49	3,53	536	38,56	795	57,61
Херсонська	694	984	43	6,29	171	25,0	470	68,71
Хмельницька	170	170	0	-	52	30,59	118	69,41
Черкаська	300	298	11	3,69	112	37,58	175	58,72
Чернівецька	485	478	29	6,07	195	40,49	254	53,14
Чернігівська	652	651	52	7,99	211	32,41	388	59,60
м. Київ	730	728	4	0,55	371	50,96	353	48,49
м. Севастополь	124	122	20	16,39	54	44,26	48	39,34
Усього:	15505	15240	780	5,12	6142	40,30	8318	54,58

Таблиця 43. Структура повторної інвалідності внаслідок ЦД в 2009 р.

Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК		Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами					
	Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами	I групи		II групи		III групи	
			Усього		Усього		Усього	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АР Крим	992	985	48	4,87	581	58,98	356	36,14
Волинська	471	471	25	5,31	164	34,82	282	59,87
Дніпропетровська	1113	1101	23	2,09	341	30,97	737	66,94
Донецька	1861	1859	111	5,97	662	35,61	1086	58,42
Житомирська	510	510	42	8,24	315	61,76	153	30,0
Закарпатська	267	267	14	5,24	96	35,96	157	58,80
Івано-Франківська	609	606	47	7,76	264	43,56	295	48,68
Кіровоградська	567	567	17	3,0	304	53,62	246	43,39
Київська	578	577	28	4,85	155	26,86	394	68,28
Луганська	1224	1220	55	4,51	399	32,70	766	62,79
Львівська	1168	1090	67	6,15	338	31,01	685	62,84
Миколаївська	458	452	15	3,32	127	28,10	310	68,58
Одеська	816	816	67	8,21	514	62,99	235	28,8
Полтавська	428	427	39	9,13	161	37,70	227	53,16
Рівненська	483	480	14	2,92	135	28,13	331	68,96
Сумська	353	353	37	10,48	86	24,36	230	65,06
Харківська	1408	1408	48	3,41	547	38,85	813	57,74
Херсонська	683	673	23	3,42	163	24,22	487	72,36
Хмельницька	182	182	2	1,1	60	32,97	120	65,93
Черкаська	334	330	12	3,64	128	38,79	190	57,58
Чернівецька	465	458	32	6,99	187	40,83	239	52,18
Чернігівська	682	673	36	5,35	227	33,73	410	60,92
м. Київ	621	620	6	0,97	340	54,84	274	44,19
м. Севастополь	116	114	12	10,52	34	29,82	68	59,65
Усього:	16389	16239	820	5,05	6328	38,97	9091	55,98

Таблиця 44. Структура повторної інвалідності внаслідок ЦД в 2011 р.

Адміністративні одиниці	Освідчені на МСЕК		Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами					
	Усього	В т.ч. осіб, які були визнані інвалідами	I групи		II групи		III групи	
			Усього		Усього		Усього	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АР Крим	968	964	32	3,25	560	58,09	372	38,59
Волинська	505	494	36	7,29	142	28,74	316	63,97
Дніпропетровська	1100	1100	20	1,82	285	25,91	795	72,27
Донецька	1953	1938	227	11,71	542	27,97	1169	60,32
Житомирська	480	480	48	10,0	289	60,21	143	29,79
Закарпатська	353	353	49	13,88	97	27,48	207	58,64
Івано-Франківська	629	629	30	4,79	239	38,18	357	57,03
Кіровоградська	482	482	10	2,07	188	39,00	284	58,92
Київська	583	583	37	6,35	151	25,9	395	67,75
Луганська	1241	1238	54	4,36	374	30,21	810	65,43
Львівська	990	935	87	9,30	251	26,84	597	63,85
Миколаївська	499	487	27	5,54	72	14,78	388	79,67
Одеська	828	828	56	6,76	537	64,86	235	28,38
Полтавська	463	462	53	11,71	164	35,50	245	53,03
Рівненська	493	493	21	4,16	136	27,59	336	68,15
Сумська	359	359	32	8,91	76	21,17	251	69,92
Тернопільська	461	461	25	5,42	157	34,06	279	60,52
Харківська	1509	1508	34	2,25	520	34,48	954	63,26
Херсонська	705	670	36	5,73	118	17,61	516	77,01
Хмельницька	162	162	3	1,85	44	27,16	115	70,99
Черкаська	283	283	17	6,01	94	33,22	172	60,78
Чернівецька	509	501	30	5,99	209	41,72	262	52,30
Чернігівська	738	735	96	13,06	203	27,62	436	59,32
м. Київ	625	623	8	1,28	337	54,09	278	44,62
м. Севастополь	115	113	9	7,96	33	29,20	71	62,83
Усього:	17033	16878	1077	6,38	5818	34,37	9983	59,15

Частка інвалідів 3 групи в структурі повторної інвалідності внаслідок ЦД виявилась найменшою в Одеській, Житомирській областях і АР Крим в 2007 р. (відповідно 22,47%, 33,08% і 27,42%) і в цих же регіонах в 2009 р. (відповідно 28,8%, 30,0% і 36,14%) та в 2011 р. (відповідно 28,38%, 29,79% і 38,59%).

Підтвердженням того, що у вищезазначених областях важкість повторної інвалідності внаслідок ЦД найбільша, є велика питома вага інвалідів 2 групи: 66,51% в Одеській, 55,77% в Житомирській областях, 64,98% в АР Крим в 2007 р.; 62,99%, 61,76% та 58,98% відповідно в 2009 р.; 64,86%, 60,21% і 58,09% відповідно в 2011 р.

Питома вага інвалідів I групи в контингенті повторно визнаних інвалідами внаслідок ЦД коливалась від 0,55% в м. Київ, 2,14% в Дніпропетровській, 3,39% в Кіровоградській областях до 16,39% в м. Севастополь, 11,32% в Одеській і 11,15% в Житомирській областях в 2007 р.; від 0,97% в м. Київ, 1,1% в Хмельницькій, 2,09% в Дніпропетровській областях до 10,52% в м. Севастополі, 10,48% в Сумській області в 2009 р.; від 1,28% в м. Київ, 1,82% в Дніпропетровській, 1,85% в Хмельницькій областях до 13,88% в Закарпатській і 13,06% в Чернігівській областях в 2011 р.

Позитивні зміни в структурі повторної інвалідності зі збільшенням частки інвалідів 3 групи і зменшенням частки інвалідів 1-2 групи в 2011 р. порівняно з 2005 р. спостерігались в АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській областях і м. Севастополь. Негативні тенденції до збільшення важкості повторної інвалідності простежувались в Житомирській, Чернівецькій областях і м. Київ.

1.3. Медико-соціальна реабілітація інвалідів внаслідок цукрового діабету

Вивчено питання розробки індивідуальної програми реабілітації (ІПР) вперше та повторно визнаних інвалідами внаслідок ЦД в 2011 р. та окремі аспекти працевлаштування осіб з обмеженою життєдіяльністю.

Встановлено, що рекомендації з медичної реабілітації в середньому по областях були визначені в 91,92% випадків. В АР Крим, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській областях заходи з медичної реабілітації були запропоновані всім інвалідам. Проте в окремих областях України, наприклад, в Донецькій, Одеській, Черкаській цим питанням не надається достатньої уваги: рекомендації з медичної реабілітації були визначені відповідно у 70,34%, 84,48% та 51,65% випадків.

Практично заходи з медичної реабілітації обмежувались рекомендаціями з використання відновної терапії (в середньому по Україні у 99,94% випадків); реконструктивна хірургія, ортезування були рекомендовані в поодиноких випадках.

Рекомендації з працевлаштування в середньому були визначені приблизно половині всіх інвалідів внаслідок ЦД (55,1%).

В розрізі областей України звертає на себе увагу мала частка осіб, яким були розроблені рекомендації з працевлаштування, в Хмельницькій (7,89%), Сумській (12,55%), Одеській (12,52%) і Чернігівській (16,57%) областях. В АР Крим, Житомирській, Луганській, Рівненській областях їх було приблизно третина.

Рекомендації з працевлаштування в переважній більшості випадків стосувались працевлаштування в звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці, рідше – в спеціально створених умовах праці на виробництві, і лише в 1,5% випадків – удома. Найчастіше працювати в домашніх умовах рекомендує МСЕК Тернопільської області (11,54% всіх рекомендацій з працевлаштування), Миколаївської (9,29%) і Черкаської (8,4%) областей; біля 5% – Волинської та Львівської областей.

В середньому приблизно кожному десятому інваліду внаслідок ЦД (9,62%) були надані рекомендації з професійного навчання. Вони стосувались як профнавчання в умовах виробництва, так і в спеціалізованих навчальних закладах-інтернатах, а також у вищих навчальних закладах I-II та III-IV рівнів акредитації МОН України.

Найбільшій кількості інвалідів внаслідок ЦД рекомендації з профнавчання були розроблені у Херсонській (20,0%), Чернівецькій (18,1%), Полтавській (15,42%), Львівській (14,29%) і Волинській (13,78%) областях.

Питома вага інвалідів, які перебувають на обліку у МСЕК та потребують професійної реабілітації, в середньому по регіонах склала 21,16%. Частка таких осіб значно коливається в межах різних територій – від 4,03% в Закарпатській області до 44,73% в Київській області.

Невеликою виявилась кількість інвалідів з ЦД, які пройшли професійну реабілітацію та були працевлаштовані: в середньому по Україні питома вага їх дорівнювала лише 7,11%. Надзвичайно малою вона була в наступних регіонах: Луганській, Закарпатській, Тернопільській областях та АР Крим: відповідно 0,93%, 1,54%, 1,93% та 2,32%.

Рекомендації з соціальної реабілітації були визначені 47,31% інвалідів внаслідок ЦД; 14,42% з них були направлені в територіальні центри соціального обслуговування. Решті рекомендовано забезпечення допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації, в тому числі: допоміжними засобами для ходьби (милиці, палиці, опори, складні ролятори), протезно-ортопедичними виробами (протези, ортези), засобами зв'язку (телефонами, мобільними телефонами), а також кріслами-колясками та автомобілями. Найменша кількість рекомендацій із соціальної реабілітації стосувалась інвалідів з ЦД – мешканців АР Крим. Частка осіб, які отримали рекомендації з соціальної реабілітації в цьому регіоні, склала лише 5,34%; рекомендації обмежились направленням в територіальні центри соціального обслуговування.

Санаторно-курортне лікування в середньому по областях було рекомендовано 41,95% інвалідів внаслідок ЦД.

Більш детально розробку заходів медико-соціальної реабілітації можна простежити на прикладі Житомирської області.

Аналіз складання ІПР первинним інвалідам внаслідок цукрового діабету за період з 2007 по 2011 рр. представлений у табл. 45, з якої видно, що ІПР для інвалідів усіх груп важкості з обома типами цукрового діабету за розглянуті роки складались у повному обсязі.

У повному обсязі впродовж даного періоду складались і ІПР для повторно визнаних інвалідами (табл. 46).

Таблиця 45. Аналіз складання ІПР первинним інвалідам внаслідок цукрового діабету за період з 2007 по 2011 рр.

Рік	Нозологічн і форми	Усього о	По групах інвалідності								
			I група			II група			III група		
			Всього о	Складені ІПР		Всього о	Складені ІПР		Всього о	Складені ІПР	
				Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
2007	ЦД 1 типу	101	5	5	100,0	55	55	100,0	41	41	100,0
	ЦД 2 типу	34	0	0	100,0	15	15	100,0	19	19	100,0
	Усього	135	5	5	100,0	70	70	100,0	60	60	100,0
2009	ЦД 1 типу	88	1	1	100,0	43	43	100,0	44	44	100,0
	ЦД 2 типу	27	2	2	100,0	18	18	100,0	7	7	100,0
	Усього	115	3	3	100,0	61	61	100,0	51	51	100,0
2011	ЦД 1 типу	67	0	0	100,0	26	26	100,0	41	41	100,0
	ЦД 2 типу	31	1	1	100,0	17	17	100,0	13	13	100,0
	Усього	98	1	1	100,0	43	43	100,0	54	54	100,0

Таблиця 46. Динаміка показників складання ІПР інвалідам внаслідок цукрового діабету серед переоглянутих за період з 2007 по 2011 рр. (у % та на 10 тис. населення)

Рік	Параметр	Кількість переоглянутих	Визнано інвалідами					
			Усього	%	Пок.	у т.ч. безтерміново	%	Пок.
2007	Усього переоглянуто	520	520	100,0	7,31	97	18,7	1,36
	Складені ІПР для повторно визнаних інвалідами		520	100,0	7,31	97	18,7	1,36
2009	Усього переоглянуто	510	510	100,0	7,17	57	11,2	0,80
	Складені ІПР для повторно визнаних інвалідами		510	100,0	7,17	57	11,2	0,80
2011	Усього переоглянуто	480	480	100,0	6,75	75	15,6	1,05
	Складені ІПР для повторно визнаних інвалідами		480	100,0	6,75	75	15,6	1,05

Виконання ІПР інвалідів почало враховуватися лише з 2007 р., тому в табл. 47. представлена динаміка показників виконання ІПР інвалідів внаслідок цукрового діабету серед переоглянутих лише за 2009 та 2011 рр. З таблиці можна бачити, що у 2009 р. серед переоглянутих інвалідів ІПР були виконані у 86,5% осіб, в т.ч. повністю – у 38,6%, частково – у 61,5%; не були виконані – у 13,5% інвалідів. У 2011 р. ситуація з виконанням ІПР поліпшилась: ІПР були виконані у 92,1% осіб, в т.ч. повністю – у 38,5%, частково – у 61,5%; не були виконані – у 7,9% інвалідів.

Таблиця 47. Динаміка показників виконання ІПР інвалідів внаслідок цукрового діабету серед переоглянутих за період з 2007 по 2011 рр.

Рік	Параметр	Визнано інвалідами		
		Усього	%	Показник на 10 тис. працездатного населення
2007	Усього переоглянуто – 520 інвалідів	520	100,0	7,31
	Складені ІПР для повторно визнаних інвалідами	520	100,0	7,31
2009	Усього переоглянуто – 510 інвалідів	510	100,0	7,17
	Складені ІПР для повторно визнаних інвалідами	510	100,0	7,17
	Виконані ІПР у переоглянутих інвалідів, усього	441	86,5	6,20
	- у т.ч. повністю	170	38,6	2,39
	- частково	271	61,5	3,81
	Не виконано ІПР	69	13,5	0,97
2011	Усього переоглянуто – 480 інвалідів	480	100,0	6,75
	Складені ІПР для повторно визнаних інвалідами	480	100,0	6,75
	Виконані ІПР у переоглянутих інвалідів, усього	442	92,1	6,22
	- у т.ч. повністю	170	38,5	2,39
	- частково	272	61,5	3,83
	Не виконано ІПР	38	7,9	0,53

21.5	засобами зв'язку (телефонами, мобільними телефонами, факсами)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
22	Визначені рекомендації з технічних засобів реабілітації, усього:	20	100,0	9	45,0	1	11,1	8	88,9	6	30,0	5	25,0
22.1	в т.ч.: на отримання крісла-коляски	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
22.2	на отримання автомобіля	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
23	пристосування житла до можливостей інваліда	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
24	Забезпечення санаторно-курортними путівками	273	100,0	1	0,4	1	100,0	1	100,0	160	58,6	112	41,0

У табл. 48 представлена статистика реабілітаційних заходів, визначених згідно з ІПР інвалідам кожної з груп інвалідності внаслідок цукрового діабету у 2011 рр. З цієї таблиці видно, що найбільший відсоток (57,4%) заходів медичної реабілітації (лише відновна терапія) був визначений інвалідам II групи. Реконструктивна хірургія та ортезування як заходи медичної реабілітації даному контингенту інвалідів не призначалися. Серед інвалідів I групи найбільший відсоток рекомендацій з медичної реабілітації визначений інвалідам групи ІБ – 91,8%. Забезпечення санаторно-курортними путівками у більшості випадків (58,6%) здійснювалося для інвалідів II групи (для інвалідів III групи – у 41,0% випадків, I групи – у 0,4% випадків).

Рекомендації з працевлаштування та профнавчання частіше призначалися інвалідам II групи (відповідно 63,4 та 51,1% осіб). В т.ч. працевлаштування у звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці інвалідам II та III групи визначалося відповідно у 60,0 та 40,0% випадків, у спеціально створених умовах праці на виробництві – відповідно у 90,0 та 10,0% випадків. Працевлаштування інвалідів удома стосувалося лише поодиноких випадків (1 інвалід ІА групи і 1 інвалід – II групи).

Кількість інвалідів, які перебували на обліку у МСЕК та потребували професійної реабілітації була приблизно однаковою серед інвалідів II та III груп.

Питома вага інвалідів, які пройшли професійну реабілітацію та працевлаштування, а також тих, які бажали працювати, була найбільшою серед інвалідів III групи (63,4 та 61,7% – відповідно). Для цього ж контингенту інвалідів частіше проводились перевірки працевлаштування (у 67,0% випадків).

Рекомендації з соціальної реабілітації частіше визначалися інвалідам II групи (49,1%). У т.ч. направлення в територіальні центри соціального обслуговування цілком стосувалося інвалідів I групи

Рекомендації з технічних засобів реабілітації у більшості випадків (45,0%), визначалися інвалідам I групи (інвалідам II групи – у 30,0% випадків, III групи – у 25,0% випадків).

Забезпечення інвалідів допоміжними пристосуваннями та ТЗР у 48,3% випадків стосувалося інвалідів II групи, у 31,0% – I групи (серед яких 88,9% складала інваліди ІБ підгрупи, 11,1% – ІА підгрупи), у 20,7% – III групи. Забезпечення допоміжними засобами для ходьби (милиці, трості, опори, складні ролятори), протезно-ортопедичними виробами (протези, ортези, ортопедичне взуття), сурдо- та тифлотехнікою, засобами зв'язку (телефонами, мобільними телефонами, факсами) не проводилося.

Таким чином, складання ІПР для первинно і повторно визнаних інвалідами усіх груп здійснювалось у повному обсязі. Ситуація з виконанням ІПР у 2011 р. дещо поліпшилась в порівнянні з попереднім періодом: ІПР були виконані у 92,1% осіб (проти 86,5% у 2009 р.), в т.ч. повністю – у 38,5%, частково – у 61,5%; не були виконані – у 7,9% інвалідів (проти 13,5% – у 2009 р.).

Найбільший відсоток заходів медичної реабілітації (лише відновна терапія) був визначений інвалідам II групи. Для цієї ж категорії інвалідів у більшості випадків здійснювалося і забезпечення санаторно-курортними путівками, визначалися рекомендації з працевлаштування та профнавчання, із соціальної реабілітації. Рекомендації з технічних засобів реабілітації у більшості випадків визначалися інвалідам I групи.

Реабілітаційні заходи повинні починатися на ранніх стадіях захворювання і включати медичну, соціальну і психологічну реабілітацію. До медичних критеріїв відносять: тип, ступінь важкості і характер перебігу ЦД, вид і стадію розвитку діабетичної ангіопатії (ретинопатії, нефропатії, ангіопатії судин нижніх кінцівок, діабетичної стопи), діабетичної кардіопатії, атеросклерозу, його локалізації та ступінь порушення гемоциркуляції, діабетичної соматичної та вегетативної

нейропатії серця, шлунка, кишечника, сечового міхура і ступінь порушення функції відповідних органів, діабетичної артропатії.

До соціальних – основна професія хворого, стаж роботи, рівень освіти, характер і умови роботи, можливість виконання роботи або необхідність її зміни, територіальне розміщення житла і місця роботи, набуття нової професії, можливість дотримання дієти і проведення медикаментозної терапії, побутові умови, шкідливі звички.

До психологічних – оцінка хворим свого стану, рівень самодисципліни, установка на працю, взаємовідносини на роботі, відношення до хворого в сім'ї, можливість самостійного працевлаштування відповідно до стану здоров'я.

Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів необхідно враховувати наступні критерії:

1. Число хворих із вперше виявленим цукровим діабетом під час профілактичних оглядів (у % до загального числа хворих із вперше виявленим захворюванням протягом року).

2. Співвідношення за ступенями важкості серед вперше виявлених хворих і серед усіх хворих, які перебувають під спостереженням.

3. Співвідношення між числом хворих на цукровий діабет 1 та 2 типів. Даний коефіцієнт свідчить про активне виявлення цукрового діабету 2 типу.

4. Наявність важких ускладнень у хворих на цукровий діабет:

- ампутації нижніх кінцівок;
- діабетична нефропатія з нирковою недостатністю;
- діабетична проліферативна ретинопатія;
- автономна вегетативна кардіоміопатія;

5. Інвалідність хворих на цукровий діабет:

- число хворих, визнаних інвалідами I-III груп за даним захворюванням, в т.ч. протягом звітного періоду (первинний вихід);
- структура інвалідності;
- число хворих-інвалідів до загального числа диспансерних хворих (у %).

6. Летальність хворих:
 - загальне число померлих;
 - число хворих, які померли з причини цукрового діабету (у % до їх загального числа хворих).
7. Частота переходу цукрового діабету у більш важкі форми.
8. Наявність коматозних станів (в т.ч. у хворих із вперше виявленими захворюваннями), летальність від ком.
9. Тимчасова непрацездатність амбулаторних і стаціонарних хворих (у днях та випадках).
10. Стаціонарне оздоровлення хворих (всього оздоровлено і з вперше виявленим захворюванням).
11. Санаторно-курортне оздоровлення в спеціалізованих (діабетологічних) відділеннях.
12. Число працевлаштованих хворих, які вийшли на інвалідність.
13. Число хворих, які перейшли із одного функціонального класу в інший, тобто із ФК III в ФК II і із ФК II в ФК I.

Враховуючи поєднання ЦД із серцево-судинною патологією (зокрема, наявність діабетичної автономної кардіонейропатії з порушенням больової чутливості, безбольової форми ІХС, прихованої артеріальної гіпертензії), важливе значення в реабілітаційному процесі визначення толерантності до фізичного навантаження.

В клініці інституту ми досліджували стан толерантності до фізичного навантаження за даними велоергометричного тесту на основі оцінки величини відсотка належного максимального споживання кисню. Метою даного обстеження було своєчасне виявлення латентної коронарної недостатності і артеріальної гіпертензії для профілактики серцево-судинних ускладнень та правильного вирішення питань медико-соціальної експертизи.

Велоергометричне тестування проведено 32 хворим, в тому числі 10 хворим з ЦД 1 типу і 22 хворим 2 типу.

Причинами припинення навантажувального тесту вважали досягнення субмаксимального рівня ЧСС або навантаження, відсутність приросту АТ або його зниження, напад задухи, ангінозний біль, загальна слабкість, ЕКГ-ознаки толерантності до фізичного навантаження, біль в

литкових м'язах. Крім вказаних критеріїв переривання порогового навантаження, в дослідженні використовували спеціальні критерії – підвищення артеріального тиску понад пороговий безпечний рівень (200/100 мм рт.ст.) через ймовірність виникнення ускладнень з боку сітківки, гіпоглікемії.

Найчастіше (в 28,1% випадків) велоергометрична проба припинялась в зв'язку з вираженою загальною слабкістю, що здебільшого супроводжувалось спітнінням і запамороченням. Досить часто (18,8% випадків) при проведенні проби спостерігались такі скарги, як біль в м'язах нижніх кінцівок, що були розцінені як погіршення кровообігу нижніх кінцівок та неодмінна умова припинення тестування. Частка хворих, критерієм переривання порогового навантаження у яких було досягнення субмаксимального рівня ЧСС і відсутність приросту АТ або його зниження, складала по 12,5%. Утруднення дихання з відмовою щодо подальшого проведення проби відзначили 5 хворих (15,6%>).

Привертає увагу той факт, що серед хворих на ЦД у 5 осіб (15,6%) виявлена діагностично значуща горизонтальна депресія ST більш ніж на 1 мм від ізолінії, хоча скарги на ангінозний біль були відсутні, що свідчить про наявність безбольової форми ішемічної хвороби серця. В більшій мірі ця патологія притаманна хворим на ЦД 2 типу, серед яких відсоток осіб з прихованою ІХС склав 18,2%, в той час як серед осіб з ЦД 1 типу прихована ішемія міокарду виявлена лише в одному випадку.

В дослідженні виявлено невідповідність між такими скаргами хворих, як больовий синдром за грудиною, і результатами клініко-інструментальних обстежень: у 5 чоловік, що пред'являли скарги, не було зафіксовано «ішемічне» зміщення інтервалу ST. Проба на ІХС у них була або негативна, або сумнівна (точка j знаходилася менше ніж на 1 мм від ізолінії). Це може вказувати на неадекватну оцінку хворими стану свого здоров'я і бажання бути визнаними інвалідами.

У 18,8% обстежених хворих на ЦД причиною припинення тесту було короткочасне підвищення артеріального тиску понад пороговий безпечний рівень без суб'єктивних проявів, причому спостерігалось воно переважно у осіб з ЦД 2 типу. Вказана причина свідчить про наявність прихованої артеріальної гіпертензії.

Частка осіб, причиною припинення проби у яких було досягнення субмаксимальної частоти серцевих скорочень, виявилась більшою серед осіб з ЦД 1 типу порівняно з ЦД 2 типу. І якщо в групі хворих на ЦД 1 типу велоергометричне тестування в основному припиняли в зв'язку з виконанням розрахованого навантаження, то у хворих на ЦД 2 типу – в зв'язку з появою електрокардіографічних критеріїв досягнення порога толерантності до фізичного навантаження, і не лише у вигляді депресії сегмента ST, але й зменшення вольтажу зубця Т більш ніж на 25% або появи аритмії з частими політопними екстрасистолами та надмірною пресорною реакцією.

Проведене тестування дало змогу визначити групу фізичного стану у 29 хворих. Серед хворих з ЦД 2 типу виявилась половина осіб з 2 групою фізичного стану, що відповідає фізичній працездатності або пороговому навантаженню 900 кг м/хв. (150 Вт). Частка таких осіб серед хворих на ЦД 2 типу виявилась набагато меншою – всього 13,6%. Решту склали хворі з 3 групою фізичного стану (600 кг м/хв. – 100Вт) і 4 групою (150-300 кг м/хв. – 25-50 Вт).

У кожного хворого, який виконав навантажувальний тест, визначали такі показники, як максимальне споживання кисню, належне максимальне споживання кисню та відсоток належного максимального споживання кисню. За останнім показником визначали рівні фізичного здоров'я: низький (50-60 НМСК), нижче середнього (61-74% НМСК), середній (75-90% НМСК), вище середнього (91-100%) НМСК) і високий (101%) і більше).

В середньому показник максимального споживання кисню у всіх хворих на ЦД склав $25,7 \pm 1,1$ мл/хв/кг, і виявився більшим у осіб з ЦД 1 типу порівняно з ЦД 2 типу (відповідно $33,4 \pm 2,5$ мл/хв/кг і $22,8 \pm 1,0$ мл/хв/кг).

Показник належного МСК склав в загальному контингенті хворих $38,8 \pm 0,6$ мл/хв/кг, в тому числі в групі хворих на ЦД 1 типу $41,6 \pm 1,3$ мл/хв/кг і в групі хворих на ЦД 2 типу $37,7 \pm 0,5$ мл/хв/кг.

Відсоток належного максимального споживання кисню в цілому склав $65,3 \pm 3,7$ (у хворих на ЦД 1 типу і у хворих на ЦД 2 типу $69,2 \pm 5,4$ і $59,7 \pm 1,7$ відповідно).

Рівень фізичного здоров'я було оцінено як низький у 51,6%) обстежених, нижче середнього – у 17,4%, середній – у 27,6%, вище середнього – у 3,4%>. Осіб з високим рівнем фізичного здоров'я не виявлено. В групі хворих на ЦД 1 типу переважали хворі з середнім рівнем фізичного здоров'я, а в групі хворих на ЦД 2 типу – низьким і нижче середнього.

Проведене велоергометричне тестування дало змогу рекомендувати кожному обстеженому дотримуватись належних енергозатрат протягом робочого дня залежно від групи функціонального стану, що можна використовувати в індивідуальній програмі реабілітації.

Наше дослідження свідчить про те, що інвалідизація осіб молодого віку, хворих на ЦД 1 типу, зв'язана з ранньою появою ускладнень з боку судин сітківки, нирок, нижніх кінцівок, наявністю артеріальної гіпертензії і патології внутрішніх органів. Інвалідизації хворих з ЦД 2 типу сприяють надмірна вага, прогресуючі з віком важкі супутні захворювання серцево-судинної системи та їх ускладнення (інсульт, інфаркти). Запобігти прогресуванню захворювання і його ускладнень можна, дотримуючись здорового способу життя. Основною умовою збереження повноцінного життя і працездатності, а також попередження як гострих, так і хронічних ускладнень є стійка компенсація цукрового діабету (підтримання нормоглікемії, нормалізація артеріального тиску, ліпідного обміну, маси тіла хворого), якої можна досягти завдяки застосуванню дозованого фізичного навантаження.

Розділ 2

Критерії ступеня важкості цукрового діабету

Важливим моментом в реабілітації хворих на ЦД є чіткість виділення ознак важкості захворювання та визначення функціональних класів порушень.

Виділення критеріїв ступеня важкості хворих на ЦД, на наш погляд, допоможе практичним лікарям з оформленням документів на МСЕК, а також і з визначенням тієї чи іншої групи інвалідності.

Ступінь важкості цукрового діабету визначається станом метаболічних порушень, методикою лікування (дієта, пероральні цукрознижуючі препарати, інсулінотерапія), перебігом хвороби (стабільний, лабільний з виникненням кетоацидозу, гіпоглікемічних станів), наявністю та характером ускладнень, їх важкістю. Отже, при встановленні ступеня важкості ЦД лікар повинен враховувати два важливих критерії:

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

Легка форма цукрового діабету визначається:

- у хворих на цукровий діабет 2 типу в випадках незначно виражених порушень метаболічного стану, повністю компенсованих зміною способу життя (компенсація цукрового діабету досягається лише дієтою, а також фітотерапією і дозованим фізичним навантаженням);
- наявність ускладнень, які не призводять до виражених функціональних порушень і обмежень життєдіяльності, з ними пов'язаних (ангіопатія нижніх кінцівок I ст., дистальна полінейропатія початкова стадія, ретинопатія I ст., нефропатія I-II ст., за класифікацією Mogensen С.Е.).

Цукровий діабет середньої важкості визначається:

- при цукровому діабеті 1 і 2 типу з вираженими порушеннями метаболічного стану, який повністю чи частково компенсується тільки

при поєднанні зміни способу життя і цукрознижуючих препаратів (інсулінотерапія, таблетовані цукрознижуючі препарати);

- наявність ускладнень ЦД, які призводять до значних функціональних порушень з вираженими обмеженнями життєдіяльності, відновлення яких не завжди повністю можливе (ангіопатія ніг II ст., дистальна полінейропатія явна стадія, ретинопатія I ст., початкова стадія катаракти, нефропатія III ст.).

Важка форма цукрового діабету визначається:

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

- наявність ускладнень ЦД, які призводять до значно виражених та стійких функціональних порушень і супроводжуються значно вираженими обмеженнями життєдіяльності, відновлення і компенсація яких не можлива повністю і потребує складних комплексних реабілітаційних програм (ретинопатія II-III ст., нефропатія IV-V ст. з хронічною нирковою недостатністю, діабетична вегетативна автономна кардіопатія, ентеропатія, соматична полінейропатія з вираженим больовим синдромом, енцефалопатія, ускладнена катаракта зі зниженням зору, ішемічна чи невропатична інфікована стопа, остеоартропатія).

Рівень цукру в крові та сечі, на наш погляд, не може бути критерієм ступеню важкості цукрового діабету, а має враховуватись як одна із важливих ознак компенсації та декомпенсації захворювання. Крім того, при важкій формі цукрового діабету, розвитку діабетичної нефропатії рівень цукру в крові та сечі нерідко суттєво знижується, що потребує відповідного зменшення дози інсуліну і свідчить про важкий перебіг захворювання. Відповідно до сучасних вимог, що рекомендуються Європейським відділенням IDF, досягнення компенсації ЦД має на увазі підтримку показників глікемії до 6,0 ммоль/л натще і до 7,5 ммоль/л протягом дня та рівня глікованого гемоглобіну не вище 6,5%. Зазначені показники відповідають низькому ризику мікро- і макросудинних

ускладнень. Показники глікемії до 7,5 ммоль/л натще і до 9,0 ммоль/л після їжі та глікованого гемоглобіну до 7,5% поєднані з підвищеним ризиком розвитку макросудинних (атеросклеротичних) уражень, а ще більш високі рівні глікемії закономірно призводять до уражень і дрібних судин з формуванням мікроангіопатії (ретино-та нефропатії).

Питання трудової експертизи хворих на цукровий діабет нерідко складні, тому що вимагають всебічної оцінки не лише важкості 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 взяті вони обмежують його життєдіяльність.

При цукровому діабеті виділяють 4 функціональні класи (ФК) відповідно ступеню важкості захворювання: ФК I – при легкій формі діабету, ФК II – при середній важкості, ФК III – при важкій формі ЦД, ФК IV – при різких порушеннях зі сліпотою, ампутаціями кінцівок, уремією.

Розділ 3

Визначення реабілітаційного потенціалу у хворих на цукровий діабет

Для формування комплексних програм реабілітації інвалідів внаслідок цукрового діабету важливе значення має рівень реабілітаційного потенціалу.

Високий рівень реабілітаційного потенціалу (РП) інвалідів при ЦД 2 типу характеризують: невелика давність захворювання (5-7 років), стабільний, середнього ступеню важкості перебіг, в стадії компенсації чи субкомпенсації, відсутність коматозних ускладнень чи рідкі гіпоглікемічні стани; тимчасова втрата працездатності менше 3 місяців на рік, відсутність чи незначний ступінь вираженості ускладнень діабету з незначними функціональними порушеннями уражених систем; незначне чи помірне зниження фізичної витривалості інваліда (I-II-IIIФК); незначні чи помірні порушення психологічного статусу інваліда; сприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження тих чи інших видів життєдіяльності не більше I-го ступеню.

Середній рівень РП при ЦД 1 типу характеризують: тривалість ЦД 8-15 років, середній ступінь важкості з субкомпенсацією, наявністю періодичної гіпоглікемії (1-2 рази на місяць), з рідкими коматозними станами (1-2 рази на рік), тимчасова втрата працездатності в межах 3-4 місяців на рік; наявність діабетичної нефропатії на рівні гіперфільтрації, транзиторної чи постійної мікроальбумінурії; діабетичної ретинопатії непроліферативної, діабетичної нейропатії, ХСН I-IIA ст.; діабетичної енцефалопатії I-II ст.; ХАН нижніх кінцівок 2-3 ст.; помірне зниження фізичної витривалості інваліда на рівні II ФК; стійкі помірні порушення психологічного статусу інваліда; відносно сприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження життєдіяльності частіше I, рідше II ступеню.

Низький рівень РП при ЦД 1 типу характеризують: тривалість ЦД 16-20 і більше років, тяжкий перебіг з частими гіпоглікемічними станами, комами, нестійкою субкомпенсацією і декомпенсацією, тимчасова втрата працездатності більше 5 місяців на рік; наявність діабетичної нефропатії з клінічною стадією порушення функції нирок (ХНН II-III ст.) нефротичного синдрому; діабетичної проліферативної ретинопатії,

діабетичної сенсомоторної і автономної нейропатії; ХСН ІІБ- ІІІ ст.; діабетичної енцефалопатії ІІ-ІІІ ст.; ХАН нижніх кінцівок 3-4 ст.; виражене зниження фізичної витривалості інваліда на рівні ІІІ-ІV ФК; значно виражені порушення психологічного статусу, сумнівний чи несприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження життєдіяльності ІІ-ІІІ ступеня.

Високий рівень РП при ЦД 2 типу характеризують: незначна тривалість захворювання (до 5 років); стабільний, середньої важкості перебіг в стадії компенсації або рідкої субкомпенсації; тимчасова втрата працездатності менше 2 місяців на рік; незначний ступінь вираженості ускладнень діабету з незначними функціональними порушеннями уражених систем; незначне чи помірне зниження фізичної витривалості інваліда (І-ІІ-ІІІ ФК); незначні чи помірні порушення психологічного статусу інваліда; сприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження тих чи інших видів життєдіяльності не більше І ступеню.

Середній рівень РП при ЦД 2 типу характеризують: тривалість ЦД 5-10 років, середній ступінь важкості з субкомпенсацією, рідкою декомпенсацією, тимчасова втрата працездатності в межах 3-4 місяців на рік; наявність діабетичної нефропатії на рівні гіперфільтрації, транзиторної чи постійної мікроальбумінурії; діабетичної ретинопатії непроліферативної, діабетичної нейропатії, ХСН І-ІІА ст., діабетичної енцефалопатії І-ІІ ст., ХАН нижніх кінцівок 2-3 ст.; помірне зниження фізичної витривалості інваліда на рівні ІІ ФК; стійкі помірні порушення психологічного статусу; відносно сприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження життєдіяльності І-ІІ ступеня.

Низький рівень РП при ЦД 2 типу характеризують: тривалість ЦД більше 10 років, тяжкий перебіг з декомпенсацією, тимчасова втрата працездатності більше 5 місяців на рік; наявність діабетичної нефропатії з клінічною стадією порушення функції нирок (ХНН ІІ-ІІІ ст.) нефротичного синдрому; діабетичної проліферативної ретинопатії, діабетичної сенсомоторної і автономної нейропатії, ХСН ІІБ-ІІІ ст., діабетичної енцефалопатії ІІ-ІІІ ст., ХАН нижніх кінцівок 3-4 ст.; наявність діабетичної стопи; виражене зниження фізичної витривалості інваліда на рівні ІІІ-ІV ФК; значно виражені порушення психологічного статусу; несприятливий клінічний і трудовий прогноз; обмеження життєдіяльності ІІ-ІІІ ступеню.

Реабілітація інвалідів з цукровим діабетом

Мета: відновлення вісцеральних та метаболічних розладів, зменшення обмеження життєдіяльності, підвищення якості життя, побутової та соціальної активності.

Високий РП: незначні функціональні порушення, при збереженні чи незначному зниженні фізичної працездатності в умовах психоемоційних навантажень. Передбачається повна реабілітація.

Помірний РП: ЦД середньої важкості з наявними діабетичними ангіопатіями I-II ст., дистальними полінейропатіями (початкова чи явна стадія), діабетичною ретинопатією I-II ст., нефропатією III ст. Передбачається часткова реабілітація.

Низький РП: важка форма ЦД з вираженими органічними змінами: діабетична ангіопатія НК III-IV стадії з розвитком діабетичної стопи, ретинопатії Ш стадії (проліферативна), нефропатія IV-V (із ХНН I-II стадії), дисциркуляторна енцефалопатія II ст., розвиток автономної вегетативної кардіопатії; юнацький діабет з лабільним перебігом і частими декомпенсаціями. Передбачається стабілізація функціональних порушень.

Відсутній РП: важка форма ЦД 1 і 2 типу з наявністю різких порушень функцій органів і систем, з частою супутньою патологією: ІХС, перенесеним інфарктом міокарда, з порушенням мозкового кровообігу по типу ішемічного інсульту, з уремичною стадією діабетичної нефропатії, гангrenoю нижніх кінцівок. У даної категорії хворих спостерігається значне чи різке обмеження життєдіяльності.

Перелік

реабілітаційних заходів, засобів реабілітації та послуг, які надаються інваліду при цукровому діабеті в залежності від реабілітаційного потенціалу (РП) Код МКХ-10: E10, E11, E13

ПЕРЕЛІК	Реабілітаційний потенціал			
	РП високий	РП помірний	РП низький	РП відсутній
МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ				
<i>I Відновна терапія</i>				
1. Медикаментозне лікування	Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань. За редакцією М.Д.Тронька. Київ, 2005. 312 с. (Протокол №7 від 25.03.2005 р.)			
2. Дієтотерапія	+	+	+	+
3. Апаратна фізіотерапія				
1 Світлолікування	+	+	+	+
2 Електролікування	+	+	+	+
3 Магнітолікування	+	+	+	+
4 Ультразвукове лікування	+	+	+	+
5 Лазеротерапія	+	+	+	+
4. Баротерапія	+	+	+	+
5. Фітотерапія	+	+	+	+
6. Психотерапія	+	+	+	+
7. Голкорексфлексотерапія	+	+	+	+
8. Гомеопатія	+	+	+	+
9. Психологічна корекція	+	+	+	+
<i>II Санаторно-курортне лікування</i>				
Кліматотерапія	+	+	+	-
Бальнеотерапія	+	+	+	-
Теплолікування	+	+	+	-
Змішане	+	+	+	-
<i>III Профілактичні заходи</i>				
Школа для хворих на цукровий діабет	+	+	+	+
Диспансерне спостереження	+	+	+	+
<i>II Реконструктивна хірургія</i>				
Реваскуляризуєча остеотрепанція	+	+	+	+
Інтітромбектомія	+	+	-	-
Аутовенозне шунтування	+	+	+	+
Протезування судин	+	+	+	+
Рентгенендоваскулярна дилатація та стентування судин	+	+	+	+
Ампутація кінцівки	-	-	±	+
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ				
1. Консультування				
2. Кінезотерапія	+	+	+	-
3. Лікувальний масаж:	+	+	+	+

4. ЛФК:				
- гімнастичні вправи;	+	+	+	-
- вправи спортивно-прикладного типу;	+	+	-	-
- ігри;	+	+	+	-
- дозована ходьба;	+	+	+	+
- інші види ЛФК.	+	+	+	-
<i>ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИРОБАМИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ</i>				
Шприц-дозатор	+	+	+	+
<i>ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕХНІЧНИМИ ТА ІНШИМИ ЗАСОБАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ</i>				
Милиці, палиці	Для хворих, які перенесли ампутацію нижніх кінцівок			
Автомобілі	Згідно Наказу МОЗ України №13 від 1995 р.			
<i>ПОСЛУГИ ПО ДІАГНОСТИЦІ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ</i>				
- аналізи крові та сечі клінічні;	+	+	+	+
аналіз крові біохімічний:				
- рівень глюкози,	+	+	+	+
- холестерину,	+	+	+	+
- фракцій-ліпопротеїдів,	+	+	+	+
- протромбіну,	+	+	+	+
- сечовини, креатиніну;	+	+	+	+
- аналіз крові на RW, ВІЛ;	+	+	+	+
- електрокардіографія;	+	+	+	+
- інтегральна та диференційована реовазографія;	+	+	+	+
- доплерографія судин кінцівок;	+	+	+	+
- ультразвукове дослідження серця;	+	+	+	+
- рео- та електроенцефалографічне дослідження з комп'ютеризованою оцінкою функціонального стану головного мозку.	-	-	+	+
- дуплексне сканування судин мозку;	+	+	+	+
- визначення глікозильованого гемоглобіну та С-пептиду;	+	+	+	+
- дослідження судин сітківки обох очей.	+	+	+	+

Розділ 4

Критерії визначення ступеня втрати життєдіяльності у хворих на цукровий діабет

Під життєдіяльністю слід розуміти сукупність усіх видів діяльності людини. Її порушення у конкретних осіб проявляється у повній чи частковій втраті змоги до пересування, спілкування, навчання, адекватного сприймання навколишнього світу, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, повноцінної трудової діяльності та інших розладах.

Здатність до пересування – можливість ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим та громадським транспортом).

Параметри оцінки – характер ходьби, темп пересування, відстань, яку долає хворий, здатність самостійно користуватись транспортом, потреба у допомозі інших осіб при пересуванні.

Здатність до самообслуговування – можливість ефективно виконувати соціально-побутові функції і задовольняти потреби без допомоги інших осіб.

Параметри оцінки – інтервал часу, через який виникає потреба в допомозі: епізодична допомога (рідше одного разу на місяць), регулярна (декілька разів на місяць), постійна допомога (декілька разів на тиждень – регульована або декілька разів на день – нерегульована допомога).

Здатність до навчання – можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички і уміння (побутові, культурні, професійні та інші) у цілеспрямованому процесі навчання. Можливість професійного навчання – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками та умінням конкретної професії.

Параметри оцінки – можливість навчатися у звичайних або спеціально створених умовах (спеціальний навчальний заклад або група, навчання в домашніх умовах тощо); обсяг програми, строки і режим навчання; можливість освоєння професій різного кваліфікаційного рівня або тільки окремих видів робіт; необхідність використання спеціальних засобів із залученням допомоги інших (крім викладача) осіб.

Здатність до трудової діяльності – сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє їй

займатися різного виду трудовою діяльністю. Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, яка передбачена конкретною професією та дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог, змісту і обсягу виробничого навантаження, встановленого режиму роботи і умов виробничого середовища.

Параметри оцінки – збереження або втрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній, оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії, можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах.

Ступінь обмеження життєдіяльності – величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується одним або поєднанням декількох зазначених найважливіших його критеріїв. Виділяють три ступені обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне.

Відповідно до Міжнародної номенклатури порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності, рухові порушення викликають зниження здібностей пересування, самообслуговування (догляду за собою), виконання повсякденних побутових задач, участі в трудовій діяльності. Мовні порушення обмежують спілкування. Усі категорії життєдіяльності тісно пов'язані між собою, зниження однієї здатності прямо або побічно веде до зниження іншої. Категорії життєдіяльності: володіти тілом для виконання побутових задач, діяти руками доповнюють категорію самообслуговування (догляду за собою). Розглянемо кожну з категорій окремо.

Кількісна характеристика здатності до пересування

Пересування – здатність ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, переборювати перешкоди, користуватися особистим і суспільним транспортом і т.д.). Обмеження пересування може бути компенсоване за рахунок використання допоміжних технічних засобів (включ. транспорт), що поліпшують пересування і мобільність.

Здатність до пересування визначається станом і інтегративною діяльністю багатьох органів і систем: кістково-м'язово-суглобної, нервової, кардіо-респіраторної, станом зору, слуху, вестибулярного апарату тощо. У першу чергу, порушення пересування виникають при

захворюваннях опорно-рухового апарата і систем його життєзабезпечення (нервової, кровообігу), ураження яких позначається на здатності до пересування, тоді як інші критерії життєдіяльності, у тому числі і працездатність, можуть бути ще не порушені.

Для оцінки ступеня порушення здатності до пересування використовуються наступні *параметри*:

- відстань, на яку хворий пересувається;
- темп пересування і характер ходи (нормальна, змінена);
- необхідність використання медико-технічних засобів для компенсації порушень пересування;
- необхідність сторонньої допомоги при пересуванні;

ФК-0 – пересування без обмежень;

ФК-1 – легке обмеження пересування – збереження можливості пересування на великі (не обмежені) відстані при деякому уповільненні темпу ходьби, невеликій зміні ходи, без необхідності використання допоміжних засобів.

ФК-2 – помірне обмеження пересування – обмеження відстані пересування районом проживання (до 1,5-2 км), повільний темп ходьби, явна зміна ходи, необхідність використання простих допоміжних засобів.

ФК-3 – значне обмеження пересування – пересування тільки в межах найближчого сусідства (до 0,5 км), різка зміна ходи, ритму і темпу ходьби, необхідність використання більш складних допоміжних засобів пересування (милиці, ходунки) або крісла-коляски. Суспільним транспортом без сприяння сторонніх осіб користуватися неможливо, використання особистого транспорту утруднене і не завжди можливо.

ФК-4 – повна втрата пересування і різке обмеження пересування – обмеження мобільності межами житла, крісла або ліжка; ходьба по кімнаті при спеціальній облаштованості житла поручнями.

Кількісна характеристика здатності самообслуговування (догляду за собою)

Рухові порушення обмежують і іншу категорію життєдіяльності – самообслуговування.

Самообслуговування (догляд за собою) – здатність доглядати за собою, самостійно справлятися з основними потребами, забезпечувати незалежне існування в навколишньому середовищі без допомоги інших

осіб. Самообслуговування має на увазі самостійне задоволення повсякденних потреб.

Параметрами для оцінки здатності до самообслуговування є: тимчасові інтервали, через котрі виникає потреба в допомозі; можливість планування допомоги, що залежить від характеру потреби, що задовольняється. Потреба в допомозі інших осіб може бути: епізодичною (рідше одного разу на місяць), регулярною (кілька разів на місяць) або постійною (кілька разів на тиждень і частіше). В залежності від частоти потреби допомоги можуть бути розділені на регульовані і нерегульовані.

Оцінка здатності до самообслуговування здійснюється на підставі опитування хворого, збору анамнезу в родичів або третіх осіб, що здійснюють нагляд за хворими, даних об'єктивного огляду, динамічного спостереження за хворим у процесі лікування і реабілітації. Все це дозволило дати характеристику здатності до самообслуговування по функціональних класах:

ФК-0 – повна незалежність від сторонніх осіб;

ФК-1 – легка фізична залежність – потреба в епізодичній допомозі;

ФК-2 – помірна фізична залежність – потреба в рідкій, з частотою один раз на тиждень, регулярній допомозі в задоволенні однієї або декількох регульованих потреб. Наприклад, допомога при митті у ванній, прибирання приміщення і прання, заготівля харчових продуктів тривалого збереження і т.д.;

ФК-3 – значна фізична залежність – необхідність допомоги в задоволенні багатьох регульованих потреб зі значною частотою (3-4 рази на тиждень, іноді щоденне готування їжі, поточне прання білизни, прибирання приміщення, підтримка тепла в житлі і т.д.). Можлива часткова компенсація фізичної залежності за допомогою технічних засобів;

ФК-4 – різко виражена фізична залежність виникає при необхідності постійної допомоги інших осіб для задоволення безлічі нерегульованих потреб через короткі інтервали (3-4 рази на добу і частіше), у т.ч. критичні інтервали: постійна допомога в прийомі їжі, у пересуванні в межах житла, у виконанні заходів особистої гігієни (умивання й ін.), вдяганні, здійсненні фізіологічних відправлень.

Розділ 5

Класифікація та методи діагностики хронічних ускладнень у хворих на цукровий діабет

Для оцінки життєдіяльності хворих на цукровий діабет необхідно провести ретельне обстеження, бажано в стаціонарних умовах, що має велике значення для визначення реабілітаційного потенціалу конкретного хворого, а також при первинному направленні на МСЕК.

Офтальмологічне обстеження повинно проводитись в такому обсязі:

1. Зовнішній огляд очного яблука.
2. Визначення гостроти зору.
3. Дослідження полів зору.
4. Дослідження рогівки, райдужної оболонки, кута передньої камери.
5. Тонометрія (тонометром Маклакова).
6. Біомікроскопія кристалика і склистого тіла при допомозі щілинної лампи.
7. Ультразвукове дослідження при наявності значних помутнінь у склистому тілі та кристалику, які утруднюють офтальмоскопію.
8. Електрофізіологічні методи дослідження для визначення функціонального стану зорового нерва та сітківки.
9. Дослідження очного дна методом офтальмоскопії при розширених зіницях; використовується також фотографування очного дна при допомозі стандартної або немідриатичної камери, при необхідності – флуоресцентна ангіографія.

Нині використовується класифікація діабетичної ретинопатії, яка запропонована Е.Коher і М.Роте. Згідно з даною класифікацією розрізняють такі стадії діабетичної ретинопатії:

1. Непроліферативна ретинопатія. Проявляється наявністю в сітківці мікроаневризми, поодиноких крововиливів, набряку сітківки, твердих та м'яких ексудативних вогнищ.
2. Передпроліферативна ретинопатія. Поряд зі змінами, які властиві I стадії, є аномалії венозних судин (звивистість, петлі, подвоєння та виражені коливання калібру судин), велика кількість ексудатів, інтратетинальні мікросудинні аномалії, багато великих

ретинальних геморагій; різної інтенсивності скотоми; гострота зору знижена.

3. Проліферативна ретинопатія. Характеризується неоваскуляризацією диска зорового нерву та інших відділів сітківки, крововиливами в склисте тіло, утворення фіброзної тканини в області передретинальних крововиливів, відшаруванням сітківки. Новоутворені судини райдужної оболонки (рубеоз) часто є причиною розвитку вторинної (рубеозної) глаукоми. Клінічно – різке пониження гостроти зору до практично повної сліпоти.

Діагностика діабетичної нефропатії визначається можливістю лікувальних закладів, але обов'язковими з них є загальноклінічні обстеження (визначення протеїнурії, сечовини, креатиніну сироватки крові). Для діагностики ранніх стадій нефропатії проводиться визначення мікроальбумінурії, швидкості клубочкової фільтрації, ниркового кровообігу.

Сучасною класифікацією діабетичної нефропатії (за Mogensen С. Е.) виділяється 5 стадій:

I. Гіперфункція нирок – розвивається в дебюті цукрового діабету, характеризується збільшенням швидкості клубочкової фільтрації (> 140 мл/хв), збільшенням ниркового кровообігу, гіпертрофією нирок, нормоальбумінурією (< 30 мг/добу).

II. Стадія початкових структурних змін тканини нирок – характеризується потовщенням базальних мембран капілярів клубочків, розширенням механізму, розширенням мезанігуму, підвищеною швидкістю клубочкової фільтрації, нормоальбумінурією.

III. Початкова нефропатія – проявляється мікроальбумінурією (від 30 до 300 мг/добу), високою або нормальною швидкістю фільтрації, нестійким підвищенням артеріального тиску.

IV. Виражена нефропатія – характеризується протеїнурією, нормальною або пониженою швидкістю клубочкової фільтрації, постійною артеріальною гіпертензією.

V. Уремія – проявляється зниженням швидкості клубочкової фільтрації (< 10 мл/хв), стійкою артеріальною гіпертензією, набряками, симптомами інтоксикації (збільшення вмісту в сироватці крові сечовини, креатиніну, розвитком анемії).

Одним з найбільш частих ускладнень ЦД, що визначають стан життєдіяльності, в тому числі ступінь втрати працездатності, є діабетична ангіопатія ніг – системне пошкодження судин, включаючи великі магістральні артерії (частіше облітеруючий атеросклероз) і артерії середнього і малого калібру (артеріоли, венули). Поряд з оцінкою скарг хворого, даних фізичного обстеження, для оцінки ступеню функціональних і органічних змін судин, що дуже важливо в якості об'єктивного критерію працездатності і реабілітації, проводяться параклінічні дослідження, які включають тетраполярну і оклюзійну реовазографію з використанням функціональних проб (з фізичним навантаженням, нітрогліцерином, но-шпою), капіляроскопію, термографію (дистанційну або контактну); особливо цінним і сучасним методом є доплерографія, а також (при необхідності) ангіографія. Результати комплексного дослідження дозволяють діагностувати функціональну чи органічну ангіопатію та її стадії.

Виділяють 4 стадії діабетичної ангіопатії ніг (ішемічна ступня).

I стадія – доклінічна. Скарги відсутні. Об'єктивні дані без відхилень від норми. Щиколотково-плечовий індекс (співвідношення систолічного артеріального тиску в артеріях ніг і систолічного артеріального тиску плечової артерії) в межах 0,9-1,2, тобто нормальний. Пульсове кровонаповнення судин ніг зменшене до 20%. Дані капіляроскопії свідчать про порушення мікроциркуляції – збільшення числа капілярів, звуження і укорочення артеріальної бранші, зернистий кровообіг. Можуть бути функціональні зміни тонуусу артерій за даними реовазографії.

II стадія – функціональна. Біль в ногах виникає при тривалому ходінні, пульсація артерій стоп може бути послаблена, але нормалізується при пробі з введенням судиннорозширюючих препаратів (но-шпа, нітрогліцерин). Виникають різного характеру зміни тонуусу судин (гіпертонус, гіпотонус, спастико-атонія). Щиколотково-плечовий індекс – в межах норми (0,9-1,2). Пульсове кровонаповнення зменшено на 20-40%. Капіляроскопічно – фон мутний, кровообіг переривчастий, капіляри нерівномірного калібру, деформовані.

III стадія – органічна. Скарги більше виражені. Мають місце трофічні зміни шкіри та її придатків – сухість, блідість шкіри, випадіння волосся, ділянки пігментації, гіперкератоз. Стопи бліді, на дотик холодні, пульсація артерій послаблена. Щиколотково-плечовий індекс < 0,9 – до

0,5. Пульсове кровонаповнення знижено до 60-70%. Проба з введенням но-шпи, нітрогліцерину негативна (пульсове кровонаповнення стоп не нормалізується).

IV стадія – виразково-некротична або гангренозна. Характерні глибокі трофічні порушення шкіри, підшкірної основи, м'язів та інших тканин з розвитком гангрени, інструментальні методи дослідження свідчать про глибокі органічні порушення кровонаповнення судин ніг, ішемію. Щиколотково-плечовий індекс менше 0,5.

Частіше, ніж чисто ішемічно-гангренозна стопа, у хворих виникає нейропатична інфікована стопа (в 60% всіх випадків діабетичної стопи). Такі хворі відмічають оніміння, відчуття затерпlosti, біль, який посилюється в спокої, особливо вночі. Біль може бути помірним, тупим, ниючим, а також сильним, пекучим, що не дає хворому спати. Часто турбують тонічні судоми литкових м'язів. Спочатку порушується вібраційна чутливість, а потім больова, температурна, тактильна; пригнічується ахіллів рефлекс. Діагностика діабетичної соматичної нейропатії кінцівок, як ускладнення цукрового діабету і складової частини діабетичної нейропатичної остеоартропатії, нейропатичної інфікованої стопи ґрунтується як на клінічних (м'язова слабкість, біль в ногах, яка посилюється в спокої, особливо вночі, парестезії, оніміння, судоми та інші), так і додаткових методах дослідження, які дозволяють більш об'єктивно оцінити ступінь ураження периферичної нервової системи. При цьому враховуються дані огляду і пальпації стопи (колір кінцівки, деформації, набряки, стан нігтів, шкіри, гіперкератоз, виразки, вологість, температура шкіри, а також неврологічного обстеження: досліджується вібраційна, тактильна, температурна чутливість, ахіллові рефлекси. Про автономну нейропатію ніг свідчать такі симптоми як ангідроз (пониження або відсутність потовиділення), сухість, тріщини шкіри, причиною яких може бути і ішемія внаслідок ангіопатії, гіпотрихоз, атрофічні плями, набряки стопи, нейротрофічні виразки. Моторна нейропатія є однією з причин атрофії м'язів, що призводить до зміни ходи, поява нових точок тиску, утворення виразок в цих ділянках, що при приєднанні інфекції може призвести до нейропатичної інфікованої гангрени. Виникненню виразок, саден, опіків, травм на стопі сприяє знижена чутливість. Будь-яке пошкодження цілісності шкіри при приєднанні бактеріальної інфекції призводить до виникнення гнійно-запального вогнища, абсцесу,

поширення інфекції на м'які тканини стопи, зв'язки, сухожилки, кістки, суглоби. Може бути флегмона із запальним набряком навколо, здавлюванням судин, ішемією, розвитком вологої гангрени (нейропатична інфікована стопа). При розвитку інфікованої нейропатичної стопи біль в ногах зникає, стопа рожева або з ціанотичним відтінком, нерідко набрякла, тепла на дотик, пульсація її артерій збережена. Процес поширюється на м'які тканини стопи, м'язи, нерідко на кістки з їх розплавленням, переломами (діабетична остеоартропатія).

У хворих на ЦД нерідко виникає поєднане ураження судин і нервів ніг – змішана нейро-ішемічно-інфікована стопа, при якій є симптоми як ішемії, так і нейропатії, інфікування тканин, некрозу. Одним із самих важких ускладнень ЦД є діабетична остеоартропатія (суглоб Шарко), яка проявляється остеопорозом, остеолізом, гіперостозом, у важких випадках спонтанними переломами кісток стопи. Діагностика діабетичної остеоартропатії ґрунтується на скаргах, даних об'єктивного обстеження, а також результатах термографії, ультразвукового сканування, рентгенографії кісток.

Виділяють такі клінічні форми діабетичної остеоартропатії:

Легка форма характеризується появою остеолітичного процесу в одному з суглобів стопи з помірною перифокальною реакцією.

При *середній важкості* остеолітичний процес виникає в одному або декількох суглобах з вираженою гнійно-некротичною реакцією м'яких тканин, набряком, гіпертермією в ділянці стопи.

При *важкій формі* діабетичної остеоартропатії остеолітичний процес спостерігається в багатьох кістках і суглобах стопи (стоп) з розливою гнійно-некротичною реакцією м'яких тканин, яка поширюється на гомілку.

Рентгенологічна картина діабетичної остеоартропатії проявляється частіше всього наявністю остеолізу суглобних кінців кісток, внутрішньосуглобовими переломами, деформацією суглобу і кальцинозом в периартикулярних тканинах. Більш ранні зміни кісткової тканини відмічаються при ультразвуковому скануванні (денситометрія). Важким ускладненням ЦД, що є причиною не лише інвалідності, але і раптової смерті, є діабетична вегетативна нейропатія серця. Інколи єдиною скаргою, яка свідчить про її наявність, є головокружіння,

напівнепритомні стани при вставанні з ліжка, ходьбі. Яких-небудь характерних змін ЕКГ немає. Вони частіше всього проявляються ознаками дистрофії міокарда, змінами процесів реполяризації шлуночкового комплексу, відсутністю варіацій кардіоінтервалів в спокої, при диханні.

Опорними ознаками вегетативної нейропатії серця є:

1. Ортостатична артеріальна гіпотензія.
2. Постійна тахікардія, негативна проба Вальсальви (при вагусній денервації серця), або брадикардія (при симпатичній денервації серця).

Наявність вегетативної нейропатії серця свідчить про важкий перебіг цукрового діабету незалежно від показників вуглеводного обміну, стану компенсації, з огляду на загрозу розвитку синдрому раптової смерті.

Про важкий перебіг ЦД свідчить також вегетативна нейропатія шлунково-кишкового тракту, яка проявляється порушенням евакуаторної функції шлунка (діабетичний гастропарез), кишечнику з клінікою ентеропатій, з частими рідкими випорожненнями, в тому числі вночі. Важкість ЦД у таких хворих визначається в першу чергу розвитком лабільного перебігу ЦД, різкими середньодобовими коливаннями рівня цукру крові, гіпоглікемічними реакціями, які зв'язані з порушеннями всмоктування в кишечнику і складнощами дієтичної корекції, необхідністю частого прийому їжі і дрібного введення інсуліну, що практично неможливо здійснити на роботі.

Одним із проявів важкого перебігу ЦД, що викликає інвалідність, є ішемічний інсульт та діабетична енцефалопатія внаслідок судинної патології мозку (частіше атеросклероз), а також хронічного порушення живлення мозку при лабільному перебігу ЦД, частих гіпоглікеміях. Діабетична енцефалопатія проявляється психопатоподібними змінами, пониженням пам'яті, інтелектуальної діяльності, симптомами розсіяних неврологічних порушень. Діагностичними критеріями діабетичної енцефалопатії повинні бути, окрім клінічних симптомів, дані ЕЕГ, РЕГ, а особливо, при можливості, сучасний метод діагностики стану церебральної гемодинаміки – екстракраніальна та транскраніальна доплерографія.

Знижує працездатність у хворих на ЦД діабетична проксимальна аміотрофія як наслідок метаболічних геміциркуляторних неврологічних

порушень, які проявляються радикулопатіями, пониженням тону м'язів, різкою м'язовою слабкістю, особливо м'язів клубово-сідничної групи, парезами стоп.

Ступінь порушення життєдіяльності хворих визначається також частою наявністю у хворих ішемічної хвороби серця, перенесеного інфаркту міокарду. Життєдіяльність таких хворих визначається функціональними класами ішемічної хвороби серця, станом скоротливої можливості міокарду. Необхідно завжди враховувати взаємне обтяження перебігу як ЦД, так і ішемічної хвороби серця з урахуванням професії хворого, роботи, яку він виконує. Висновок про встановлення інвалідності ґрунтується як на ступені важкості ЦД і ІХС, так і з урахуванням того, що навіть незначні прояви гіпоглікемії, які зв'язані з порушенням режиму харчування, фізичним навантаженням, можуть супроводжуватися розвитком гострої коронарної недостатності. Крім цього, стенокардія як стресова ситуація, обтяжує перебіг ЦД, є причиною його декомпенсації.

При оцінці стану життєдіяльності хворих враховується наявність діабетичної кардіопатії – важкого ускладнення цукрового діабету, яке включає в себе як діабетичну кардіоміопатію (міокардіодистрофію, ішемічну хворобу серця), так і вегетативну нейропатію серця. Наявність діабетичної кардіопатії (патології всіх анатомічних структур серця) – ознака важкого перебігу цукрового діабету. Діагностика ішемічної хвороби серця і діабетичної кардіопатії ґрунтується на даних скарг, об'єктивного обстеження, а також результатах тривалої реєстрації ЕКГ (від 6 до 24 год.) при звичному способі життя хворого (Холтеровський моніторинг), при фізичному навантаженні (велоергометрія), а при відсутності змін на ЕКГ – перфузійній сцинтиграфії міокарда з використанням радіоактивного талія-20 в спокої і після фізичного навантаження (при наявності ішемії міокарда на сцинтиграмах відмічаються дефекти накопичення препарату); для оцінки скорочувальної функції міокарду проводиться ехокардіографія. Особливо цінним методом для вивчення діастолічної функції серця, яка являється першою ознакою діабетичної кардіопатії, є метод імпульсно-хвильової доплер-ехо-кардіографії. Визначення таких показників як систолічна та діастолічна функція серця за допомогою ехокардіографії можуть служити предикторами фізичної працездатності хворих на ЦД.

Після детального обстеження хворого складається індивідуальна

програма реабілітації, де вказуються терміни і методи відновного лікування, методи клініко-лабораторного і функціонального контролю за ефективністю проведених заходів.

Перспективи медичної реабілітації, які мають хворі трьох функціональних класів порушень, неоднакові. Для підготовлених до реабілітації осіб необхідно виділити, відповідно реабілітаційних функціональних класів, контингент хворих, які мають позитивний реабілітаційний прогноз. Функціональний клас є основою для складання індивідуальної програми реабілітації, який відповідає як ступеню важкості ЦД, так і реабілітаційному потенціалу кожного хворого, в залежності від етапу реабілітації (стаціонар, поліклініка, санаторій).

Розділ 6

Сучасні підходи до критеріїв визначення групи інвалідності хворих на цукровий діабет

Підставою для встановлення I групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженою вадою, яка призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, яка спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи у значному, III ступені:

- нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до пересування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);
- нездатність до спілкування;
- нездатність контролювати свою поведінку;
- значні обмеження здатності до навчання;
- нездатність до окремих видів трудової діяльності.

До підгрупи А I групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи А I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи Б I групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи Б I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, який спричиняє втрату можливості самообслуговування з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

Інваліди I групи із значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.

Підставою для встановлення II групи інвалідності є стійкі, виражені функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи (при збереженій здатності до самообслуговування) та такі, які не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями встановлення II групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому II ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи:

- обмеження самообслуговування II ступеня – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до самостійного пересування II ступеня – здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до навчання II ступеня – нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;

- обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня – нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності чи здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з

використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до орієнтації II ступеня – здатність до орієнтації в часі і просторі за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до спілкування II ступеня – здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності контролювати свою поведінку II ступеня – здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їх комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

II група інвалідності встановлюється учням, студентам вищих навчальних закладів I-IV рівня акредитації денної форми навчання, які вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії.

Інваліди II групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірно важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому I ступені:

- обмеження самообслуговування I ступеня – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

- обмеження здатності самостійно пересуватися I ступеня – здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;

- обмеження здатності до навчання I ступеня – здатність до навчання в навчальних закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);

- обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня – часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу професійної трудової діяльності більше, ніж на 25 відсотків, значне утруднення в набутті професії чи працевлаштуванні осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії);

- обмеження здатності до орієнтації I ступеня – здатність до орієнтації в часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;

- обмеження здатності до спілкування I ступеня – здатність до спілкування, яка характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;

- обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня – здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.

Інваліди III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності за умови забезпечення, у разі потреби, засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Рішення про інвалідність ґрунтується на оцінці комплексу клінічних, психологічних, соціальних і професійних факторів. 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 і зміст праці, освіта та професійна підготовка, вік, необхідність працевлаштування та інше. З метою об'єктивної оцінки стану здоров'я і ступеню соціальної адаптації при огляді у МСЕК в кожному випадку проводиться комплексний огляд всіх 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 важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені ЦД та його ускладненнями, що призвели до різкого обмеження життєдіяльності хворого, неспроможності до самообслуговування і викликали потребу в постійному сторонньому догляді чи допомозі:

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

- нефропатія V стадія з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності;

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

- важка форма діабетичної стопи (ішемічна діабетична гангрена, нейротрофічна інфікована стопа з розповсюдженням процесу на м'язи сухожилля, кістки, гангrenoю), важка остеоартропатія обох ніг з порушенням їх функції

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

- кукса стегна і хронічна артеріальна недостатність II-III ступеню другої нижньої кінцівки;

- важка форма ЦД з ускладненням і стенокардія напруги, функціональний клас III-IV;

- цукровий діабет з хронічною серцевою недостатністю III стадії;

- цукровий діабет з хронічною легеневою недостатністю III ступеня з легеневим серцем і серцевою недостатністю IIБ 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, необхідності в соціальній допомозі і захисті, однак не викликали втрати спроможності до самообслуговування і потреби в постійному сторонньому догляді чи допомозі:

- ретинопатія II-III стадія, 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 без різких інтелектуально мнестичних порушень;

- нефропатія V стадія з хронічною нирковою недостатністю II-III ступеню;

- вегетативна нейропатія серця з ортостатичною артеріальною гіпотензією, стійкими порушеннями ритму серця, з серцевою недостатністю IIБ 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 міокарду з серцевою недостатністю IIА стадії;

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

- цукровий діабет із стійко некомпенсованим цирозом печінки з вираженою печінковою недостатністю або помірним асцитом;

- цукровий діабет, ускладнений діабетичною ентеропатією з різким загальним виснаженням (III ступеню);

- цукровий діабет з хронічною артеріальною недостатністю II-III ступеню внаслідок облітеруючих захворювань судин обох нижніх кінцівок;

- цукровий діабет із 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 необхідність 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 значному утрудненні в придбанні професії чи в працевлаштуванні:

- ретинопатія II стадія, 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 ґенезу, що не піддається лікуванню;

- цукровий діабет зі стабільною стенокардією напруги, функціональний клас III, з серцевою недостатністю IIA 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 з хронічною артеріальною недостатністю II ступеню при облітеруючих захворюваннях артерій нижніх кінцівок;

- III група інвалідності показана також хворим на цукровий діабет середньої важкості при умові наявності у хворих протипоказаної професії, а раціональне працевлаштування призводить до зниження кваліфікації або значного зниження обсягу виробничої діяльності;

- особам молодого віку III група інвалідності встановлюється на період набуття нової професії.

При відсутності професіональних порушень з боку яких-небудь органів, систем і протипоказань до праці хворі на цукровий діабет визнаються працездатними. По лінії лікарсько-консультативних комісій хворим можуть бути надані деякі обмеження у праці (звільнення від нічних змін, відрядження, додаткові навантаження). Це в основному хворі з легкою та середньою важкістю ЦД без виражених хронічних ускладнень і важкої супутньої патології, що не дає підстави для направлення їх на МСЕК. Що стосується хворих на ЦД 2 типу із супутньою серцево-

судинною патологією (ІХС, гіпертонічна хвороба), то вони повинні направлятись на кардіологічну МСЕК.

Для прогнозування та покращення медико-соціальної експертизи нами запропоновано спосіб прогнозування групи інвалідності у хворих на ЦД, що полягає у використанні розробленої формули прогностичного індексу із врахуванням вагових коефіцієнтів низки показників.

На групу інвалідності при ЦД впливають такі показники, як вік, підвищений артеріальний тиск, перенесений інфаркт міокарда, інсульт, ІХС, наявність різного ступеню ангіопатії кінцівок, ретинопатії, нефропатії, дисциркуляторної енцефалопатії.

Для визначення відносної величини впливу окремого показника нами введено ваговий коефіцієнт в балах. Величини коефіцієнтів отримані методом експертних оцінок. Шкала вимірювання окремого показника підібрана таким чином, що його вплив змінюється лінійно, по зростаючій.

Для кожного показника введено можливий діапазон його зміни – максимальне і мінімальне значення (див. 10).

Таблиця 10

Вагові коефіцієнти показників, що визначають втрату працездатності при ЦД

		Вік	АТ	Ангіо-патія	Ретино-патія	Нефро-патія	ДЕ	ІХС	Інфаркт	Інсульт
діапазон показника	мінімум	18	1	0	0	0	0	0	0	0
	максимум	60	4	4	3	3	2	1	1	1
ваговий коефіцієнт (доля впливу одного показника порівняно з іншими) $\Sigma=185$		5	15	20	25	25	20	15	30	30
% вагового коефіцієнта $\Sigma=101,351$		2,70 3	8,108	11,000	14,000	14,000	11,000	8,108	16,216	16,216
А		0,06 4	2,703	2,75	4,667	4,667	5,5	8,108	16,216	16,216
В $\Sigma=3,861$		1,15 8	2,703	0	0	0	0	0	0	0

Примітка: значення заокруглені.

Результуючу формулу шукаємо у вигляді:

$$y = \sum_{i=1}^N C_i, \quad (1)$$

де N – кількість параметрів;

C_i – величина внеску окремого показника в загальний результат.

Цю величину знайдемо методом інтерполяції границь діапазону

показника і величини його вагового коефіцієнта (при цьому величина вагового коефіцієнта відповідає верхній границі діапазону; для нижньої границі вплив вважаємо нульовим) – див. рис. 2.

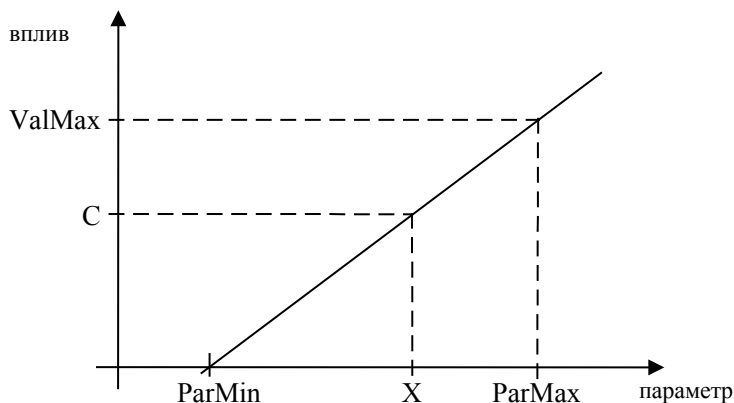


Рис. 2. Метод інтерполяції границь діапазону показника і величини його вагового коефіцієнта

$$C = \frac{(X - ParMin) \cdot ValMax}{(ParMax - ParMin)}, \quad (2)$$

де X – величина показника в прийнятих одиницях;

$ParMin$ – мінімальне значення показника;

$ParMax$ – максимальне значення показника;

$ValMax$ – відсоток впливу параметра відносно інших параметрів ($\sum_{i=1}^N ValMax_i = 100$), що відповідає максимальному значенню показника.

$$ValMax = \frac{Koeff}{\sum_{i=1}^N Koeff_i} \cdot 100\%, \quad (3)$$

де $Koeff$ – ваговий коефіцієнт.

Для полегшення практичного використання цю величину приведемо до вигляду:

$$C = A \cdot X - B. \quad (4)$$

Тоді

$$A = \frac{ValMax}{ParMax - ParMin}, \quad (5)$$

$$B = \frac{ValMax \cdot ParMin}{ParMax - ParMin}. \quad (6)$$

Таким чином, маємо формулу (1) на основі (4), значення якої вимірюватимемо в балах і результативність якої залежатиме від оцінки вагових коефіцієнтів.

Застосування способу

Для визначення групи інвалідності за загальною кількістю балів

використовувалась табл. 1, в якій наведені вагові коефіцієнти і автоматично вирахувані коефіцієнти А і В для кожного показника.

Саму формулу, взявши готові коефіцієнти А та В, можна спростити:

$$y = (0,064 \cdot \text{Вік} - 1,158) + (2,703 \cdot \text{АТ} - 2,703) + 2,75 \cdot \text{Ангіопатія} + 4,667 \cdot \text{Ретинопатія} + 4,667 \cdot \text{Нефропатія} + 5,5 \cdot \text{ДЕ} + 8,108 \cdot \text{ІХС} + 16,216 \cdot \text{Інфаркт} + 16,216 \cdot \text{Інсульт}. \quad (7)$$

Розкривши дужки, остаточно маємо:

$$y = 0,064 \cdot \text{Вік} + 2,703 \cdot \text{АТ} + 2,75 \cdot \text{Ангіопатія} + 4,667 \cdot \text{Ретинопатія} + 4,667 \cdot \text{Нефропатія} + 5,5 \cdot \text{ДЕ} + 8,108 \cdot \text{ІХС} + 16,216 \cdot \text{Інфаркт} + 16,216 \cdot \text{Інсульт} - 3,861. \quad (8)$$

Результати розрахунку наведено в табл. 11, де показано величини внесків показника в загальну суму, а також результат формули в стовпці „загалом” і групу інвалідності для кожного хворого.

Таблица 11

Визначення групи інвалідності за загальною кількістю балів

№	Прізвище	Вік, роки	АТ	Ангіопатія	Ретинопатія	Нефропатія	ДЕ	ІХС	Інфаркт	Інсульт	Загалом балів	Група
1	Галина С. В.	60	4	2	2	2	0	0	0	1	51,175	2
		2,682	8,109	5,5	9,334	9,334	0	0	0	16,216		
2	Мисько Н. П.	44	4	1	1	0	2	0	0	0	28,184	3
		1,658	8,109	2,75	4,667	0	11	0	0	0		
3	Мізірака І. І.	58	4	1	2	1	0	0	0	1	43,63	2
		2,554	8,109	2,75	9,334	4,667	0	0	0	16,216		
4	Гончар М. Є.	52	4	1	1	0	1	0	0	0	23,196	3
		2,17	8,109	2,75	4,667	0	5,5	0	0	0		
5	Мафтейчук І. І.	49	4	2	1	0	0	0	0	0	20,254	3
		1,978	8,109	5,5	4,667	0	0	0	0	0		
6	Белінська Н. М.	52	1	1	1	0	1	0	0	0	15,087	Інвалідом не визнана
		2,17	0	2,75	4,667	0	5,5	0	0	0		
7	Демченко С. Л.	60	2	2	3	1	0	1	0	0	37,661	2
		2,682	2,703	5,5	14,001	4,667	0	8,108	0	0		
8	Шевчук П. Р.	54	3	1	1	0	2	0	0	0	26,121	група невідома
		2,298	5,406	2,75	4,667	0	11	0	0	0		
9	Нешталюк М. І.	50	2	1	1	0	0	1	0	0	20,27	3
		2,042	2,703	2,75	4,667	0	0	8,108	0	0		
10	Белова Н. М.	50	1	1	1	0	1	0	0	0	14,959	Інвалідом не визнана
		2,042	0	2,75	4,667	0	5,5	0	0	0		

Як бачимо, втрата працездатності визначається при значенні прогностичного індексу (у) більше 20 балів; при величині від 20 до 30 балів встановлюється 3 група інвалідності, більше 30 балів – 2 група.

Конкретний приклад застосування способу

Для хворого Ш. віком 54 роки під №8 дані про групу інвалідності

відсутні. Величини показників у вказаному діапазоні змін такі: АТ – 3, ангіопатія – 1, ретинопатія – 1, ДЕ – 2. Підставляючи ці дані у формулу, отримуємо 26,121 балів, що дозволяє прогнозувати хворому Ш. 3 групу інвалідності.

Формула винаходу

Спосіб визначення групи інвалідності у хворих на цукровий діабет, який полягає у використанні формули прогностичного індексу, що відрізняється тим, що враховують вагові коефіцієнти низки наступних показників:

$$y = 0,064 * \text{Вік} + 2,703 * \text{АТ} + 2,75 * \text{Ангіопатія} + 4,667 * \text{Ретинопатія} + 4,667 * \text{Нефропатія} + 5,5 * \text{ДЕ} + 8,108 * \text{ІХС} + 16,216 * \text{Інфаркт} + 16,216 * \text{Інсульт} - 3,861.$$

Розділ 7

Індивідуальна програма реабілітації хворих на цукровий діабет

Медична реабілітація хворих на ЦД з легкою формою, які мають незначні обмеження життєдіяльності, включає:

1. *Дієтотерапія* зі зниженою енергетичною цінністю залишається головним компонентом лікування будь-якої форми ЦД. Слід дотримуватись таких принципів дієтотерапії:

- обмеження прийому легкозасвоюваних вуглеводів (цукор, кондитерські вироби, варення, джем, цукерки, морозиво, виноград тощо), оскільки через їхнє швидке всмоктування в кишечнику значно підвищується глікемія і виникає глюкозурія;

- їжа повинна містити нерафіновані вуглеводи з достатнім вмістом клітковини;

- вуглеводи розподіляються між прийомами їжі рівномірно протягом дня;

- їжа повинна містити невелику кількість жирів (25-30%), половина яких має бути рослинного походження;

- калорійність дієти повинна бути адекватною енергозатратам хворого.

Дієтичні рекомендації для хворих на цукровий діабет:

Назва продукту	Продукти, що можна вживати без обмежень	Продукти, що вживають у помірній кількості	Продукти, що необхідно виключити або максимально обмежити
Вироби з муки, крупи, хліб	Хліб висівковий, макаронні вироби з твердих сортів пшениці, сухарі, вівсяна каша	Білий хліб, крупи, макаронні вироби	Печиво, кондитерські вироби (тістечка, торти)
Овочі, салати	Капуста (усі види), шпинат, листовий салат, огірки, зелені помідори, кабачки, перець, буряк, баклажани, морква, редька, спаржа, зелений горошок, відварна картопля	Смажена картопля на олії, сухі горох, боби	Смажена картопля та овочі, рис, що готується на салі
Приправи	Перець, спеції, трави, гірчиця	Салатні приправи з низьким вмістом жирів, кетчуп	Вершки, сметана, майонез, додаткове соління страв
Юшки	Рибна, овочева		Жирні юшки та юшки

			зі сметаною
Молочні продукти	Нежирне молоко та молочнокислі продукти, тверді сири з вмістом жиру до 17%, бринза	Молоко та молочнокислі продукти нормальної жирності, тверді сири з вмістом жиру до 30%, творог до 4% жирності	Вершкове масло, сметана, вершки, згущене молоко, жирні йогурти, жирні тверді сири, жирний творог
Риба та морські продукти	Відварна нежирна риба без шкіри, мідії, омари	Смажена нежирна риба, креветки, кальмари	Жирна риба та риба, смажена на салі, вугор, осетрові, ікра, рибні консерви на олії
М'ясо	Індичка, курка без шкіри, крільчатина, телятина, дичина	Нежирна яловичина, шинка, куряча або теляча ковбаса, печінка не більш ніж 2 рази на місяць	Качка, гуска, пиріжки з м'ясом, салями, бекон, копченості, сосиски, жирні ковбаси, шкіра птиці, будь-яке жирне м'ясо та м'ясні консерви
Жири		Ненасичні олії, оливкова, соняшникова та маргарини на основі цих олії	Сало свиняче та нутряне, вершкове масло
Десерти	Фруктові салати	Желе, виготовлене на знежиреному молоці з цукрозамінником	Морозиво, соуси з вершками та вершковим маслом, пудинги
Випічка		Кондитерські вироби, виготовлені на олії та цукрозамінниках	Тістечка, пироги, солодощі, виготовлені на цукрі
Солодощі	Цукрозамінники		Шоколад, цукерки (особливо з горіхами), варення, джем
Горіхи		Волоські горіхи, фундук, мигдаль, каштан, фісташки	Кокос, солоні горішки
Напої	Чай, кава без цукру та вершків, мінеральна вода, напої на цукрозамінниках		Алкоголь, пиво, шоколадні та солодкі напої

2. *Фітотерапія.* Рослини збагачують організм хворого лужними радикалами, підвищують лужний резерв і тим самим сприяють підвищеному використанню глюкози тканинами і зниженню глікемії. У вигляді монотерапії на фоні дієти вони показані лише при легкій формі захворювання. Для решти хворих їх можна рекомендувати як додатковий засіб одночасно з інсуліном або таблетованими препаратами. Така

поєднана терапія дозволяє зменшити дозу цукрознижувальних середників. Рекомендується призначати рослини, які володіють адаптогенними властивостями і підвищують неспецифічну резистентність організму: женьшень, елеутерокок, лимонник китайський, аралію, родіолу рожеву. Широко використовується також антидіабетичний збір з лікарських рослин “Арфазетин”, до складу якого входять такі трави: чорниця звичайна, квасоля звичайна, аралія маньчжурська або заманиха висока, хвощ польовий, шипшина, звіробій звичайний і ромашка аптечна. Крім того, при ЦД можна рекомендувати лісові ягоди – чорницю, брусницю, суницю. Широко застосовують стручки квасолі, горіх грецький, лопух великий, корінь цикорію, лавровий лист, козлятник лікарський та ін.

3. *Режим дозованих фізичних навантажень.* Лікувальна фізкультура є обов’язковим компонентом комплексної терапії діабету. Постійні фізичні навантаження надзвичайно сприятливо впливають на стан вуглеводного та жирового обміну. Позитивний вплив фізичного навантаження заснований на тому, що м’язова робота здійснюється за рахунок використання енергії жирів і вуглеводів і при цьому підвищується засвоєння глюкози м’язами. Дозовані фізичні навантаження (лікувальна фізкультура, ранкова гімнастика, плавання, їзда на велосипеді тощо) можна рекомендувати при компенсованому цукровому діабеті без органічних уражень серцево-судинної системи. У зв’язку з цим лікувальну дозовану фізкультуру призначають в залежності від віку, тренуваності, стану серцево-судинної системи і ступеня компенсації діабету.

4. *Фізіотерапевтичні методи лікування.*

Природні і штучні фізичні фактори позитивно впливають на центральний, периферичний та регіонарний кровообіг, нормалізують нейрогуморальні та імунні реакції, обмінні реакції, обмінні процеси, функції центральної і вегетативної нервової системи. Тому доцільно використовувати при цукровому діабеті практично всі види фізіотерапії: електро- та світлолікування, механотерапії, водо- і пелоїдолікування.

Безпосередньо на ділянку проекції підшлункової залози можна рекомендувати використання ампліпульс-терапії, що покращує кровопостачання і обмінні процеси в залозі; електрофорез 2% розчину цинку хлориду. Часто призначають електрофорез новокаїну на

попереково-крижову ділянку, що сприяє рефлекторному розширенню судин і зменшенню болю; ефективні також гальванічні дво- і чотирикамерні ванни; електрофорез розчинів унітіолу або тіосульфату натрію, індуктотермія, дарсонвалізація, місцева баротерапія.

Поряд з традиційними методиками, можна використовувати лазерне та магніто-лазерне опромінення. Лазерну терапію здійснюють декількома способами: місцеве опромінення, опромінення біологічно активних точок і внутрішньовенним впливом на кров і судини. В останній час також широко використовують метод мікрохвильової резонансної терапії.

5. *Навчання в «школі діабету»* методам самоконтролю, розрахунок дієти, режиму харчування, контроль глюкози в крові та сечі за допомогою глюкометра, тест-смужок, профілактики ускладнень ЦД. Хворий повинен знати основні відомості про свої захворювання, елементарні методи контролю обміну речовин і можливості його найпростішої корекції. Доведено, що спеціально навчений хворий значно краще справляється зі всіма труднощами і має кращі показники здоров'я.

5. *Психологічний етап* реабілітації направлений на формування у хворого активного, свідомого, позитивного сприйняття рекомендацій лікаря і розробку самостійних, адекватних рішень в житті на основі отриманих знань.

Медико-професійна реабілітація включає професійну діагностику, тренування професійно значимих функцій.

Професійна реабілітація. При відсутності функціональних порушень з боку яких-небудь органів, систем і протипоказань до праці хворі на ЦД легкою формою визначаються працездатними. По лінії лікарсько-консультативних комісій (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів хворим можуть бути надані деякі обмеження у праці (звільнення від нічних змін, відряджень, додаткових навантажень).

Важливим етапом в реабілітації хворих на ЦД легкою формою є санаторно-курортне лікування, основною метою якого є максимальна нормалізація вуглеводного, жирового, білкового обміну і енергетичного дисбалансу, профілактика гострих і хронічних ускладнень, діабетичних ангіо- і нейропатій, забезпечення нормальної психо-соціальної адаптації хворого. Бажано направляти у спеціалізовані санаторії, де відкриті діабетологічні відділення.

Такі санаторії для хворих на цукровий діабет в Україні знаходяться у Хмельнику ("Хмельник"), Трускавці ("Каштан"), Миргороді ("Миргород"), Харківській області ("Березовські мінеральні води"). Виділені також спеціалізовані ліжка в санаторіях "Сонячне Закарпаття", "Квітка полонини" (Закарпатська область).

Індивідуальна програма реабілітації хворих на цукровий діабет середньої важкості (ФК-II)

Основною метою медичної реабілітації хворих на цукровий діабет середньої важкості є досягнення максимальної і постійної компенсації вуглеводного обміну та зупинення прогресування, а по можливості і відновлення діабетичних ангіо- та нейропатій.

1. Дієтотерапія залишається основним, постійним компонентом терапії хворих на цукровий діабет середньої важкості.

Основними принципами дієтотерапії цукрового діабету є:

- фізіологічно збалансоване співвідношення основних інгредієнтів харчового раціону – вуглеводів (50-60%), жирів (25-30%) і білків (15-20%), що сприяє усуненню гіперглікемії і зведенню до мінімуму ризику гіпоглікемії;
- розрахунок енергетичної цінності добового раціону з урахуванням статі, віку, енерговитрат, обумовлених трудовою діяльністю кожного конкретного хворого і маси тіла;
- досягнення і підтримка нормальної маси тіла, профілактика ожиріння протягом усього життя хворого;
- виключення з дієти чи різке обмеження легкозасвоюваних рафінованих вуглеводів з відносно рівномірним розподілом вуглеводів між прийомами їжі;
- стабільний режим харчування, по можливості, із дрібними (5-6 разів) прийомами їжі при визначеному ізокалорійному розподілі енергетичної цінності харчового раціону відповідно до режиму роботи і характеру цукрознижуючої терапії;
- включення вітамінізованих і ліпотропних продуктів.

При вперше виявленому ЦД 2 типу метаболічні порушення виражені помірно, і тому першим лікувальним заходом у таких хворих є призначення відповідної дієти. Лише у випадках її неефективності доцільно призначити таблетовані цукрознижуючі препарати.

Ризик розвитку атеросклерозу у хворих на цукровий діабет вищий, ніж у популяції в цілому. Тому будь-яка дієта для хворого, а особливо з ЦД 2 типу, повинна мати гіполіпідемічне спрямування. Головними особливостями такої дієти є внесення до раціону продуктів з пониженим вмістом насиченого жиру, обов'язкове вживання харчових волокон у складі овочів і фруктів, знижений вміст солі (до 6 г/добу).

Харчування хворого на ЦД має бути, по можливості, різноманітним. Щоб хворий знав можливості зміни дієтичного режиму, слід навчити його як можна взаємно замінити продукти повсякденного харчування. Таку заміну проводять так, щоб загальна енергетична цінність їжі залишалася попередньою, а для хворих, що одержують інсулін, так, щоб і розподіл вуглеводів на кожний прийом їжі істотно не змінювався. Основною одиницею виміру при заміні вуглеводів вважають хлібну одиницю (ХО), якою користуються при розрахунку добової кількості вуглеводів. Цей умовний коефіцієнт містить 10-12 г вуглеводів і приблизно дорівнює одному шматочку хліба. Так, 1 ХО містять одне яблуко, один апельсин, один персик, одна столова ложка манної, гречаної, пшоняної або перлової крупи, 250 мл молока або кефіру, одна столова ложка пшеничного або житнього борошна. Під час сніданку на 1 ХО слід вводити 2 ОД інсуліну, а під час обіду або ввечері – 1,5-1 ОД.

2. Фітотерапія та дозовані фізичні навантаження також відіграють велику роль в лікуванні та реабілітації хворих на ЦД середньої важкості. Необхідно пам'ятати, що рівень глікемії натще в межах 15 моль/л і схильність до кетозу є протипоказанням до проведення фізичних вправ. Напроти, фізичні навантаження в цих умовах підвищують рівень глікемії і спровокують кетоацидоз.

Фізичні навантаження для хворих на ЦД повинні бути систематичними і дозованими. Розробка плану фізичних навантажень передбачає вирішення наступних задач:

- визначення точної години проведення фізичних вправ;
- дозування тривалості й інтенсивності фізичних вправ;
- вибір дози і місця ін'єкції інсуліну, що діє в години проведення фізичних навантажень;
- розробка харчового режиму;
- узгодження плану фізичних навантажень з режимом дня хворого й інших терапевтичних заходів;

Фізичні навантаження у хворих дозують строго індивідуально. Тривалість і інтенсивність їх визначається загальним станом, частотою серцевих скорочень, АТ, по можливості, даними велоергометрії. Необхідно також враховувати і той момент, чи займався хворий лікувальною фізкультурою чи якимось видом спорту до поступлення в стаціонар. Тому що, як показує практичний досвід, більшість хворих не займаються лікувальною фізкультурою і, природно, інтенсивність фізичного навантаження в них повинна бути менша, ніж у тренуваних. У зв'язку з цим лікувальну дозовану фізкультуру призначають в залежності від віку, тренуваності, стану серцево-судинної системи і ступеня компенсації діабету. При цьому доцільно розділити хворих на 2 групи:

1. Хворі молодого і середнього віку без супутньої патології.
2. Хворі середнього і літнього віку із супутніми захворюваннями і вираженими ангіопатіями.

Особливо важливий лікарський контроль у перші дні занять, коли відробляється дозування фізичного навантаження, контролюється доза інсуліну та харчовий режим. Контролювати загальний стан хворого, рівень глікемії й ацетонурії бажано до, під час і після проведення фізичних навантажень. Хворим у стані компенсації і субкомпенсації ЦД без важких ускладнень призначаються, крім лікувальної, гігієнічна гімнастика, ходьба по 5-6 км в день, заняття спортом (теніс, бадмінтон, волейбол та ін.).

Необхідно пам'ятати, що переносимість фізичних навантажень у хворих на ЦД, особливо при великій давнині захворювання, тривалій декомпенсації і попередній гіподинамії, значно знижена. Обережно треба призначати фізичні навантаження хворим із судинними ускладненнями (макро- і мікроангіопатіями). Надмірне, неадекватне можливостям хворого фізичне навантаження може викликати серйозні ускладнення: важкі метаболічні зрушення аж до кетоацидозу, кардіоваскулярні порушення, крововиливи і відшарування сітківки та ін. Уникнути цих ускладнень можна лише при своєчасному призначенні режиму фізичних навантажень, тобто відразу ж по виявленні ЦД, коли хворому можна рекомендувати максимальні навантаження.

При виборі часу доби для занять фізкультурою необхідно брати до уваги рівень глікемії на даний час (без фізичного навантаження) і передбачуваний рівень інсулінемії, тобто активність на даний час

введеного інсуліну. У передбачувану годину занять у хворого не повинно бути схильності до гіпоглікемічних станів і високої гіперглікемії (15 ммоль/л і вище). По цих ознаках (посталіментарна гіперглікемія і високий рівень інсулінемії) найбільш оптимальним, за умови правильно підбраного режиму інсулінотерапії, є час після прийому їжі (через годину після сніданку чи обіду).

Таким чином, постійні дозовані навантаження надзвичайно сприятливо впливають на перебіг ЦД, підтримують стан стійкої компенсації, помітно знижують потребу в інсуліні (іноді на 20-30%). Доведено, що активний руховий режим при ЦД значно знижує небезпеку розвитку судинних, кардіоваскулярних порушень. Подібний ефект тренувань пояснюється у цих хворих, насамперед, стійкою компенсацією хвороби, що на сучасному етапі наших можливостей є неодмінним у профілактиці судинних ускладнень та реабілітації хворих на цукровий діабет.

3. Медикаментозне лікування хворим на ЦД середньою важкості призначається в тих випадках, коли дієта, фітотерапія та фізичне навантаження не призвели до компенсації вуглеводного обміну.

На сьогоднішній день в лікуванні ЦД 2 типу застосовують препарати похідні від сульфанілсечовини та бігуаніди.

Беручи до уваги, що метою лікування діабету є не тільки досягнення стійкої нормоглікемії, але й запобігання розвитку ускладнень захворювання, на нашу думку, цукрознижуючі таблетовані препарати повинні задовольняти наступні вимоги:

- ефективний контроль глікемії протягом доби, попередження різких коливань вмісту глюкози в крові;
- мінімальний ризик гіпоглікемічних реакцій;
- селективність впливу (переважна дія на калієві канали бета-клітин підшлункової залози при значно менш вираженому впливі на калієві канали, розташовані в коронарних судинах серця й інших судинних басейнах);
- наявність додаткових позитивних ефектів, насамперед на судинну стінку;
- антиатерогенні властивості;
- позитивний вплив на функцію ендотелію;
- антиоксидантна дія, блокування оксидантного стресу;

- позитивний вплив на реологічні властивості крові.

Із групи сульфаніламідних препаратів найбільш широко застосовують в клінічній практиці глібенкламід (манініл, даоніл, глюкобене), гліпізид (мінідіаб, глібінез), гліклазид (предіан, діамікрон, діабетон), гліквідон (глюренорм), а також препарат третьої генерації – глімепірид (амаріл). Гіпоглікемізуючий ефект цих препаратів обумовлений стимуляцією синтезу інсуліну β -клітинами підшлункової залози та підвищенням кількості і чутливості рецепторів до інсуліну.

Разом з тим такі препарати як предіан, мінідіаб і амаріл, крім цукрознижуючої дії, позитивно впливають на серцево-судинну систему. Так, амаріл забезпечує рівне з манінілом зниження рівня глюкози в крові при значно меншому викиді ендogenousного інсуліну. Остання обставина має важливе практичне значення як в аспекті більш ощадливої стимуляції екзоцитозу, так і в аспекті зниження ризику атерогенної дії, зв'язаної з гіперінсулінемією, що свідчить про переваги його використання у пацієнтів з факторами ризику серцево-судинних захворювань.

Особливої уваги заслуговує також препарат гліклазид (Діабетон MR), що забезпечує ефективний контроль глікемії протягом доби при однократному прийомі. Необхідно відмітити, що Діабетон MR є першим і єдиним на даний час пероральним цукрознижуючим препаратом на основі гідрофільного матриксу, який забезпечує поступове вивільнення активної субстанції упродовж доби. Діабетон MR володіє високою селективністю в плані впливу на калієві канали саме в бета-клітинах підшлункової залози. З точки зору практичного лікаря, висока бета-клітинна селективність Діабетону MR передбачає зменшення ризику погіршення перебігу супутніх серцево-судинних захворювань, таких як ІХС та артеріальна гіпертензія, що зустрічається у переважній більшості хворих на ЦД.

Особливістю препарату глюренорма є переважне виведення через кишечник (95%), що дозволяє використовувати його при лікуванні хворих на ЦД 2 типу з ураженням нирок.

В останні декілька років компанія Ново Нордиск запропонувала нову концепцію лікування хворих на ЦД 2 типу, а саме: регуляцію глікемії після прийому їжі шляхом відновлення порушеного виділення інсуліну за допомогою нового таблетованого цукрознижуючого препарату

Новонорм. Він не належить ні до однієї з використовуваних у даний час груп препаратів, є похідним карбаметилбензойної кислоти. Принциповою відмінністю препарату є швидке надходження ефекту і короткочасність дії (максимум дії до трьох годин). Новонорм забезпечує викид інсуліну тільки тоді, коли це необхідно – у період підвищення рівня глікемії після прийому їжі. Препарат призначається тільки перед основними прийомами їжі.

Препарат метаболізується в печінці і 90% виводиться з жовчю, що дозволяє використовувати його в осіб з ураженнями нирок. Препарат може прийматися в комбінації з іншими пероральними цукрознижуючими засобами та інсуліном.

Поряд із цукрознижуючими препаратами, похідними сульфанілсечовини, в лікуванні цукрового діабету 2 типу використовуються бігуаніди.

Крім гіпоглікемізуючої дії, бігуаніди гальмують ліпогенез, підсилюють ліполіз, пригнічують синтез ліпопротеїдів дуже низької щільності, знижують рівень триглицеридів і холестерину в крові, мають фібринолітичну, антиагрегантну дію. На даний час препарати із групи бігуанідів займають перше місце в алгоритмі лікування ЦД 2 типу.

Показаннями до призначення бігуанідів є легкий і середній ступінь важкості ЦД у хворих з надлишковою масою тіла (як монотерапія, так і в сполученні з препаратами похідними сульфанілсечовини) при відсутності схильності до кетозу, кетоацидозу; первинна чи вторинна сульфамідорезистентність, інсулінорезистентність, лабільний перебіг діабету.

Якщо при лікування ЦД 2 типу препаратами сульфанілсечовини в комбінації з бігуанідами на вдалося досягти компенсації захворювання, таким хворим рекомендують комбіновану терапію таблетованими цукрознижуючими препаратами і інсуліном, або переводять тільки на інсулінотерапію.

Сучасний підхід до лікування ЦД 2 типу в залежності від рівня глікованого гемоглобіну представлено на рис. 1-4.

Вихідний HbA1c 6,5-7,5%

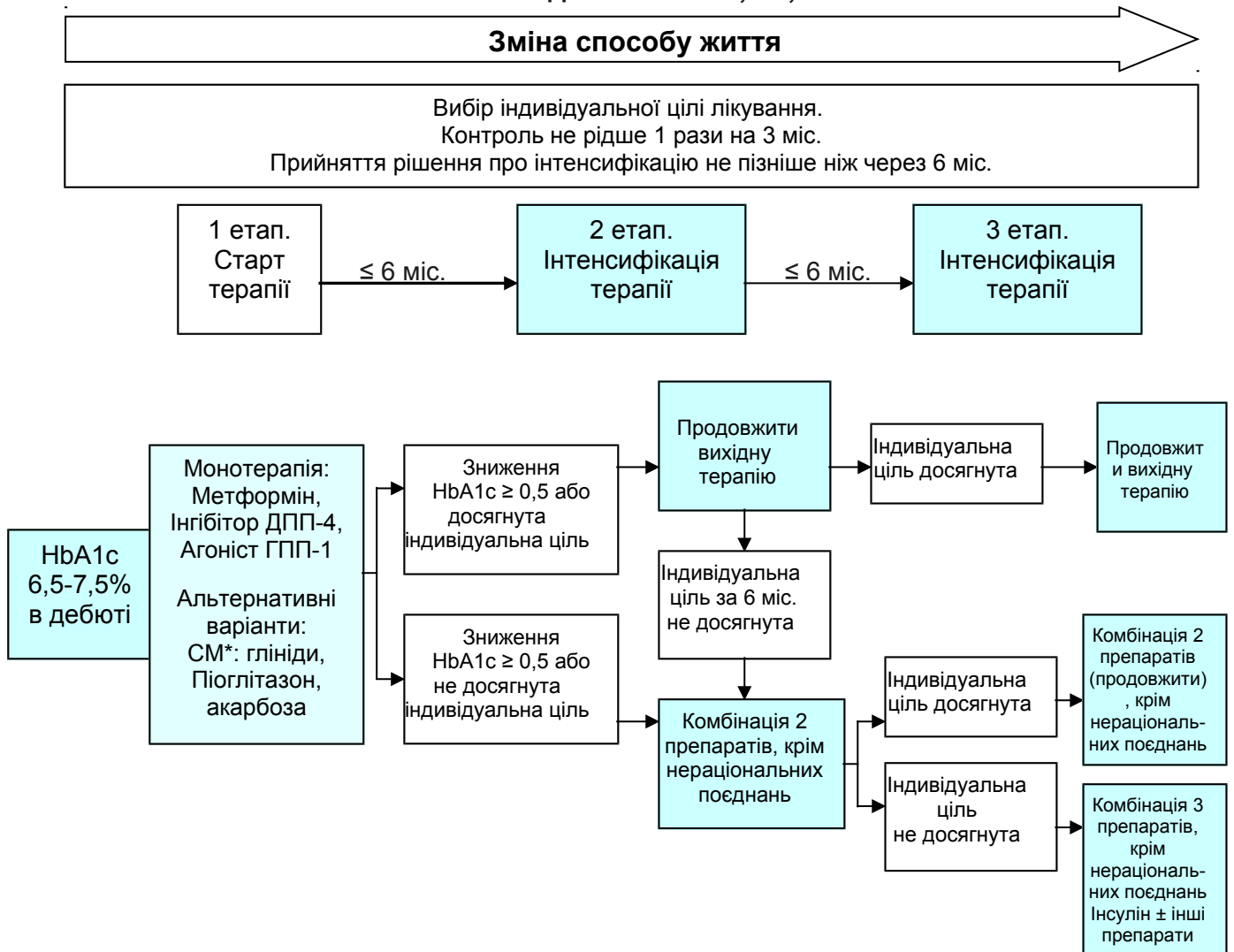


Рис. 1. Старт та інтенсифікація терапії ЦД 2 типу при глікованому гемоглобіні 6,5-7,5%



Рис. 2. Алгоритм IFD лікування хворих ЦД 2 типу

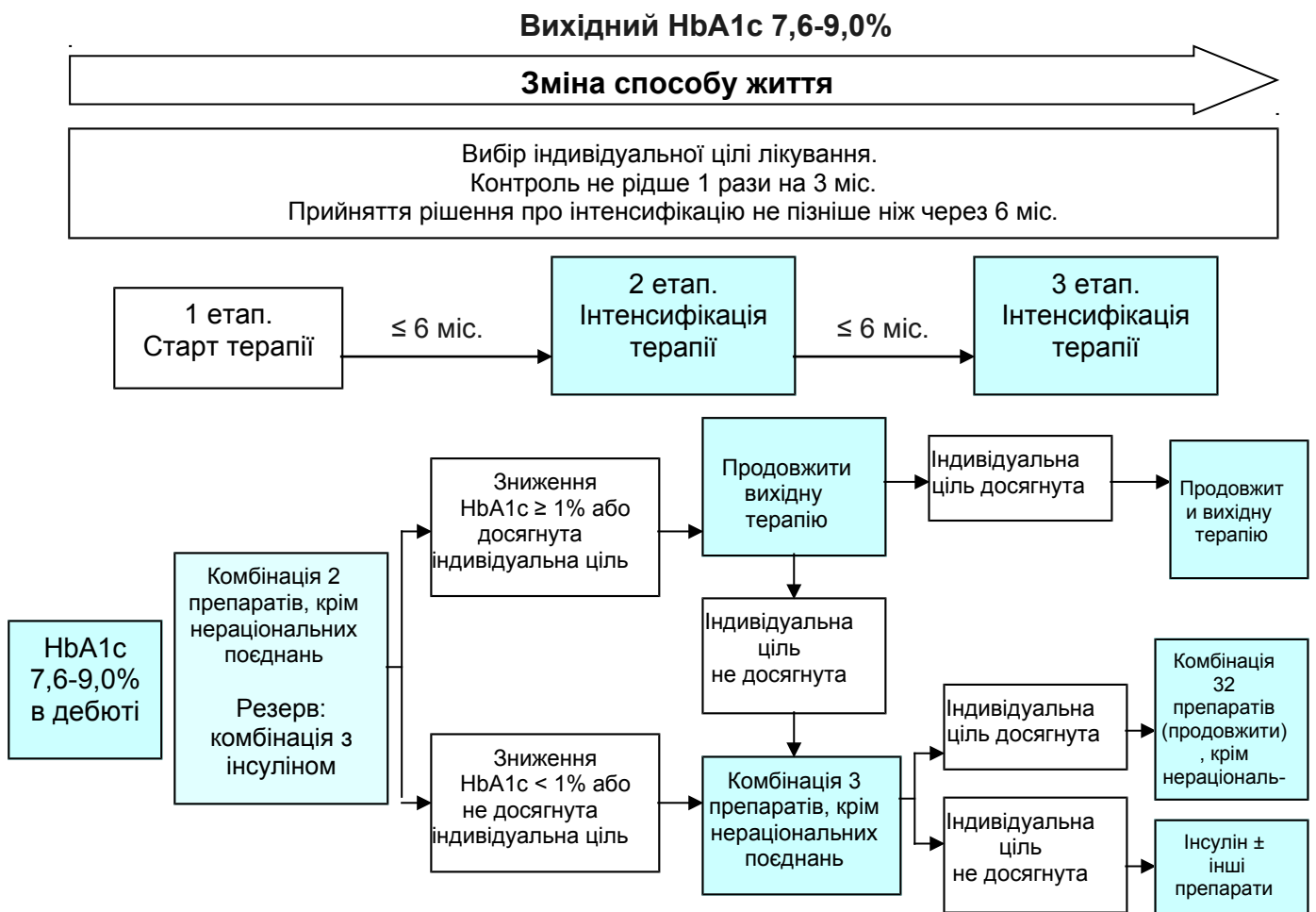


Рис. 3. Старт та інтенсифікація терапії ЦД 2 типу при глікованому гемоглобіні 7,6-9,0%

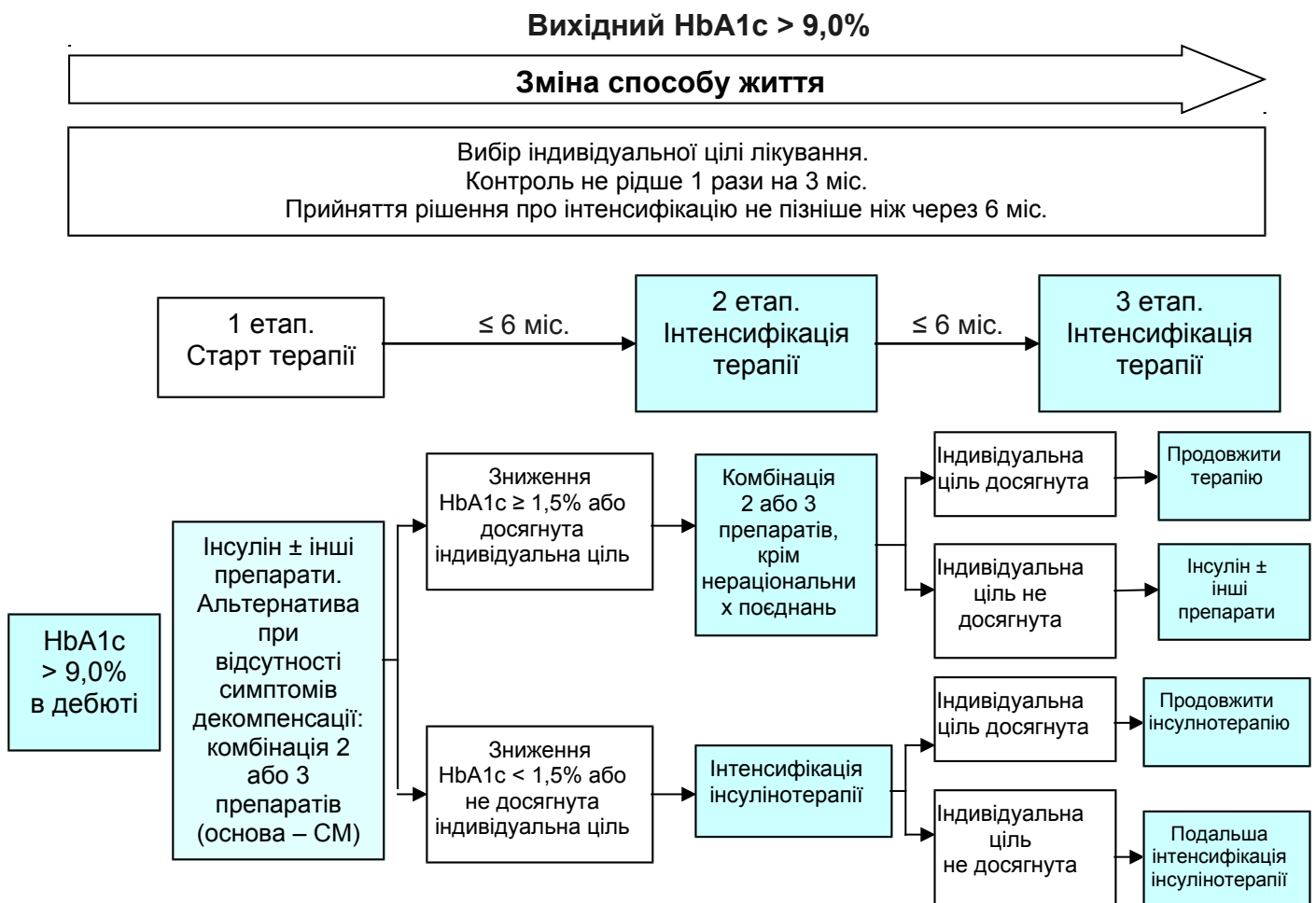


Рис. 4. Старт та інтенсифікація терапії ЦД 2 типу при глікованому гемоглобіні більш ніж 9,0%

Обов'язково в комплексному лікуванні таких хворих необхідно застосовувати препарати, які нормалізують тонус судин, ангіопротектори та антиагреганти.

Важливим моментом в реабілітації хворих на ЦД 2 типу є рання діагностика та лікування ІХС та гіпертонічної хвороби.

Атеросклероз коронарних судин, і як наслідок – ІХС, є провідною причиною високої смертності хворих на діабет. Частота розвитку ІХС у чоловіків, які страждають діабетом, у 2 рази, а в жінок утричі перевищує частоту ІХС в загальній популяції. У віці від 30 до 55 років від ІХС помирає 35% хворих на діабет, тоді як у загальній популяції ІХС є причиною смерті тільки у 8% чоловіків і 4% жінок цієї ж вікової категорії.

Клінічні особливості ІХС у хворих на ЦД наступні:

1. Однакова частота розвитку ІХС у чоловіків та жінок.
2. Висока частота безбольових форм ІХС та інфаркту міокарда, які становлять високий ризик "раптової смерті".

3. Висока частота розвитку післяінфарктних ускладнень і кардіогенного шоку, застійної серцевої недостатності, порушень серцевого ритму.

4. Смертність внаслідок перенесеного гострого інфаркту міокарда протягом першого тижня (гостра фаза) або першого місяця (фаза одужання) удвічі перевищує таку смертність серед хворих, які на страждають на ЦД.

Профілактика та лікування ІХС:

- припинення куріння;
- регулярні фізичні вправи (індивідуально підібрані, при обов'язковому контролі за рівнем метаболічних змін – фізичні навантаження протипоказані при кетозі і глікемії більше 15,0 ммоль/л);
- в дієті рекомендується обмеження вживання жирів (особливо насичених);
- антиангінальні препарати (бажано узгодити з кардіологом).

Корекція гіперліпідемії:

- контроль за вмістом ліпідів сироватки крові слід здійснювати при первинному звертанні до лікаря, а після щорічно – у випадку виявлення нормального ліпідного спектру крові та 1 раз на 3 місяці при виявленні гіперліпідемії;
- якщо при строгому дотримуванні дієти, зменшенні ваги та задовільній компенсації вуглеводного обміну рівень загального холестерину крові перевищує 6,5 ммоль/л, а триглицеридів – 2,2 моль/л, то рекомендується прийом лікарських препаратів, які нормалізують ліпідний спектр крові (нікотинова кислота, фібрати, мевакор, ловастатин, левакор, симвастатин);
- при вираженій гіперліпідемії слід уникати застосування неселективних бета-блокаторів та тіазидових діуретиків, оскільки ці препарати сприяють розвитку гіперліпідемії.

Критеріями компенсації ЦД 2 типу з супутніми ІХС та гіпертонічною хворобою повинні бути не тільки вуглеводний, а й жировий обмін, що має велике практичне значення в розвитку пізніх ускладнень, які призводять хворих до інвалідності.

Критерії компенсації жирового обміну

Показники у сироватці крові (ммоль/л)	Компенсація		
	добра	задовільна	погана
Загальний холестерин	5,2	5,2-6,5	6,5
Триглицериди	1,7	1,7-2,2	2,2
Ліпопротеїни високої густини	1,1	0,9-1,1	0,9

Корекція артеріальної гіпертензії повинна розпочинатися на ранніх етапах реабілітації хворих і проводитися постійно з метою профілактики інфаркту міокарда, порушень мозкового кровообігу та розвитку діабетичної нефропатії.

Навіть при нормальному артеріальному тиску можна рекомендувати невеликі дози інгібіторів ангіотензін-перетворюючого ферменту, які мають нефропротекторний та кардіопротекторний ефект, тим самим затримують розвиток діабетичної нефропатії та кардіопатії.

Гіпотензивну терапію у хворих на ЦД слід починати при підвищенні АТ більше 140/85 мм рт.ст. в осіб, які молодші від 60 років і при рівні АТ більше 160/95 мм рт.ст. у пацієнтів, що старші від 60 років. Вибір оптимального антигіпертензивного препарату здійснюється з врахуванням його побічних впливів (зокрема на вуглеводний, ліпідний та електролітний обміни).

Клінічні та експериментальні дані показали, що тільки інгібітори ангіотензін-перетворюючого ферменту (АПФ-інгібітори) та антагоністи кальцію не впливають негативно на вуглеводний, ліпідний та електролітний обміни і в той же час мають нефропротекторний та кардіопротекторний ефект. Із групи бета-блокаторів, враховуючи їх гіпоглікемічну дію, перевагу віддають кардіоселективним бета-блокаторам (атенолол, метопролол, талінолол). Із групи діуретиків у якості гіпотензивних засобів рекомендується застосовувати індапамід, трифас. Призначення тiazидових (гіпотiazид) та калій-зберігаючих діуретиків (верошпірон) при цукровому діабеті небажане, а при приєднанні ниркової недостатності – протипоказане.

4. Важливим етапом реабілітації хворих на ЦД середньої важкості є санаторно-курортне лікування. Головною особливістю його є те, що хворий, крім традиційної терапії, приймає комплекс фізичних і природних факторів, що відіграють важливу роль у профілактиці і лікуванні

діабетичних ангіопатій, що дозволяє досягнути повного (при функціональних змінах) або часткового (при органічних ураженнях) відновлення втрачених судинних та неврологічних функцій, і тим самим попередити ряд важких ускладнень і зберегти працездатність хворих.

Протипоказанням для направлення в санаторій є декомпенсація цукрового діабету і кетоацидоз.

5. Психологічний етап реабілітації проводиться одночасно з початком відновного лікування і спрямований на формування адекватного відношення до захворювання та лікування, до своєї ролі в сім'ї і до трудової діяльності.

6. Соціальна реабілітація включає: безкоштовне забезпечення цукрознижуючими таблетованими препаратами і інсуліном; інваліди III групи забезпечуються медикаментами зі скидкою на 50% по рецепту лікаря.

7. Професійна реабілітація передбачає вибір і раціональне працевлаштування в професіях, пов'язаних з незначними фізичними навантаженнями. Посильні інвалідами III групи професії розумової праці, які пов'язані з помірною нервово-психічною напругою: робота обліково-канцелярського характеру (бухгалтер, товаровознавець, обліковець, табельник, касир), інженерно-технічний працівник (інженер, інженер відділу технічної інформації, відділу праці, інженер-лаборант, технік-лаборант, контролер ВТК та ін.), викладач, фармацевт, медпрацівник (крім хірургічного профілю), бібліотекар, культпрацівник, агроном, різні види праці в садівництві, рільництві, овочівництві; в тваринництві – зав. фермою, обліковець, пташниця, зоотехнік, ветлікар.

Індивідуальна програма реабілітації хворих на ЦД з важкою формою (ФК-III)

Обмеження життєдіяльності при важкій формі діабету з наявністю значних порушень з боку органів зору, нирок, серцево-судинної та нервової системи досягають рівня в межах 51-75% за рахунок обмеженої рухової активності, самообслуговування, професійної та повсякденної діяльності.

Реабілітаційний потенціал для медико-професійної реабілітації у осіб, зайнятих фізичною працею, низький; у осіб, зайнятих розумовою працею, він може бути середнім.

Головна мета ІПР для осіб працездатного віку – це повернення до професійної праці і до звичної повсякденної діяльності; при обмеженій можливості – це попередження прогресування ускладнень ЦД.

I. Медична реабілітація хворих на ЦД з важким перебігом повинна бути комплексною і направлена на нормалізацію вуглеводного та жирового обміну, попередження прогресування або часткового відновлення втрачених судинних та неврологічних функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя.

1. Дієтотерапія.

В зв'язку з тим, що при важкій формі діабету хворі в більшості своїй приймають інсулін, дієта у них має свої особливості.

При введенні інсуліну короткої дії їжа приймається через 30 хв. (основний прийом) і через 2-2,5 г (закуска) після ін'єкції. При використанні пролонгованих форм інсуліну хворий повинен харчуватися кожні 4-5 год. При призначенні інсуліну добової дії необхідна пізня вечеря (за 2 год. до сну, в окремих хворих безпосередньо перед сном), що складається з бутерброда із сиром, чи кефіру з хлібом (50 г), якщо ж хворі можуть повноцінно снідати і пізно (17-18 год.) обідати, то повинні свій раціон розподілити в такий спосіб: сніданок і пізній обід по 30% раціону, інші 40% повинні приходитися на 2 закуски в день.

Протягом останніх років широке розповсюдження отримала так звана “лібералізована” дієта. Принципом її проведення є:

- а) підтримання нормальної маси тіла;
- б) збалансоване за калорійністю харчування з достатньою кількістю вуглеводів та харчових волокон;
- в) розподіл прийому їжі проводити відповідно до виду інсулінотерапії;
- г) проводиться постійний ретельний контроль за рівнем цукру в крові, краще кілька разів на день.

Дотримання цих показників дозволяє хворим на ЦД 1 типу міняти режим харчування, в певних межах склад дієти, покращує якість життя, зменшує кількість ускладнень. Така “лібералізована” дієта може бути максимально наближеною до звичайного харчування. Необхідно підкреслити, що “лібералізована” дієта можлива лише при умові суворого контролю рівня цукру в крові або в сечі і інтенсифікованій інсулінотерапії.

Певні особливості харчування є у хворих на ЦД при наявності у них ускладнень з боку внутрішніх органів або супутніх захворювань.

Хворим із нефропатією рекомендується дієта з обмеженим вмістом білка (до 40-50 г на добу), кухонної солі.

При захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів у раціон вводять продукти, які покращують роботу печінки, сприяють жовчовиділенню та нормальній діяльності кишок.

У хворих з діабетичною ентеропатією необхідно, щоб усі страви готувались "на парі", у відвареному протертому виді з метою механічного, хімічного і термічного щадіння шлунка та кишок.

2. Інсулінотерапія.

Приступаючи до інсулінотерапії, лікар повинний вирішити наступні задачі:

- розраховувати адекватну середню добову дозу інсуліну;
- підібрати оптимальний раціональний режим інсулінотерапії;
- призначити ефективну комбінацію інсулінових препаратів.

Потреба в інсуліні у кожного хворого індивідуальна, тому добова доза розраховується з урахуванням клінічних особливостей захворювання і відповідно до глікемічного і глюкозурічного профілю. Діапазон дозування коливається від 0,3 до 0,8 ОД/кг маси тіла на добу. В даний час використовуються два основних режими інсулінотерапії: традиційна (звичайна) і інтенсифікована (інтенсивна). В клінічну практику широко впроваджується інсулінова помпа, особливо у дітей.

У нашій країні на сьогоднішній день налагоджене виробництво вітчизняних інсулінів, що за своїми характеристиками нічим не відрізняються від закордонних, високо очищені і в даний час повсюдно впроваджені в клінічну практику.

Необхідно підкреслити, що інсулінотерапія відіграє одну з найважливіших ролей в лікуванні та профілактиці діабетичних ускладнень.

3. Медикаментозна терапія діабетичних ускладнень та супутніх захворювань, які часто зустрічаються при ЦД з важким перебігом, повинна бути диференційованою. Лікар має відібрати ті препарати, фармакодинаміка яких направлена на основні патогенетичні ланки розвитку діабетичних ангіо- та нейропатій, а не на симптоматичне, щоб уникнути поліпрагмазії.

Різноманітність патогенетичних механізмів уражень судин при діабеті зумовлює необхідність послідовних терапевтичних підходів. Саме лікуючий лікар повинен бути координатором всієї терапії хворого на ЦД. Необхідно розробити оптимальний мінімум необхідних засобів, а комплексне лікування протягом року планувати так, щоб хворий не приймав одночасно більше двох-трьох препаратів.

На характеристиці цих препаратів ми зупиняємось не будемо, так як вони детально представлені в останніх посібниках та публікаціях, що стосуються проблем діабетології.

4. Фізичні навантаження у хворих на ЦД з важким перебігом дозують строго індивідуально. Особливо важливий лікарський контроль у перші дні занять, коли відробляється дозування фізичного навантаження, контролюється доза інсуліну та харчовий режим. Необхідно пам'ятати, що переносимість фізичних навантажень у хворих на ЦД з важким перебігом, особливо при великій давнині захворювання, тривалій декомпенсації і попередній гіподинамії, значно знижена. Обережно треба призначати фізичні навантаження хворим із серцево-судинними ускладненнями. Надмірне, неадекватне можливостям хворого фізичне навантаження може викликати серйозні ускладнення: важкі метаболічні зрушення аж до кетоацидозу, кардіоваскулярні порушення, крововиливи, відшарування сітківки та ін.

5. В комплексній терапії ЦД з важким перебігом необхідно застосовувати різноманітні фізіотерапевтичні та нетрадиційні методи лікування (дивись розділ лікування ЦД середньої важкості).

6. Обов'язковим є навчання в школі цукрового діабету методам самоконтролю: режим харчування, розрахунок дієти, методика введення та розрахунок дози інсуліну, прийом цукрознижуючих таблетованих препаратів; методикам визначення глікемії та глюкозурії, раннім симптомам гіпоглікемії та кетоацидозу та їх профілактика, догляд за ногами та ін.

7. Санаторно-курортне лікування є важливим етапом реабілітації, але хворим з важкою формою захворювання слід рекомендувати цей вид лікування дуже обережно, враховуючи стан компенсації, стабільний характер перебігу, віддаленість курорту від місця проживання, і направляти лише у спеціалізовані санаторії (див. вище). На наш погляд, повинна бути чітка наступність: стаціонарне лікування, де хворий

детально обстежується, підбирається адекватна доза інсуліну, досягається, по можливості, компенсація, оцінюється стан хворого і при відсутності протипоказань направляється для подальшого санаторно-курортного етапу реабілітації.

8. Соціальна реабілітація включає:

- безкоштовне забезпечення інсулінами та цукрознижуючими таблетованими препаратами;
- безкоштовне забезпечення одноразовими шприцами, при можливості, глюкометрами, або пільгове забезпечення з 50% скидкою;
- безкоштовне або пільгове забезпечення тест-смужками для визначення рівня глюкози в крові;
- забезпечення хворих зі значними порушеннями з боку серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату допоміжними технічними засобами (крісло-коляска та ін.) по заяві інваліда;
- пільговий проїзд в місцевому та приміському транспорті (крім таксі);
- забезпечення медикаментами з 90% скидкою по рецептам лікаря;
- проживання (по можливості) на нижніх поверхах житлових будинків згідно заяві інваліда.

9. Професійна реабілітація включає:

- визначення профпридатності з врахуванням функціонального класу порушень після проведеної медичної реабілітації;
- при необхідності професійна орієнтація проводиться в спеціальних кабінетах, де пропонується набір спеціальностей, які може придбати хворий і інвалід в профтехучилищі, технікумі (для осіб молодого віку) при позитивній установці на працю і лікування;
- використання залишкової працездатності для праці в умовах дома;
- професійний відбір та раціональне працевлаштування в професіях з використанням легкої фізичної праці чи помірного розумового навантаження при скороченні робочого дня/тижня.

Реабілітаційний потенціал для медико-професійної реабілітації таких хворих надто низький.

Розділ 8

Радоно- та фізіотерапія в реабілітації хворих на цукровий діабет

Радонотерапія цукрового діабету та його ускладнень

Застосування з лікувальною та профілактичною метою різноманітних варіантів радонового впливу отримало назву радонотерапії (РТ) і радонопрофілактики. Більш ніж столітній досвід РТ показав значну її ефективність у лікуванні багатьох захворювань і заслужено завоював авторитет як серед лікарів, так і серед пацієнтів.

Основним діючим фактором в РТ є Радон-222. У процесі розпаду радон випромінює альфа-частини, перетворюється на ізотопи з коротким життям, даючи початок групі дочірніх продуктів радону: радій А, радій В, радій С і С'. Під час розпаду радону 90% енергії його випромінювань припадає на альфа-частини. Їх активуючий вплив корисно відрізняється від інших джерел іонізуючого випромінювання, тому що проявляється за дуже малих інтегральних покинутих доз.

При впливі радону на шкіру альфа-випромінювання його молекул викликає іонізацію молекул білків і води в дермі з утворенням метаболітів кисню і гідроперекисів. Крім того, під час процедури в організм через шкіру і дихальні шляхи проникає від 0,3 до 6,4% радону, що обумовлює значну концентрацію продуктів іонізації в тканинах внутрішніх органів.

Вивчення механізму лікувальної дії радонових процедур показало, що стимуляція захисно-відновних дій організму здійснюється за рахунок опромінення, в першу чергу, рецепторів клітин бар'єрних органів, що є не прямим, а опосередкованим шляхом стимуляції центрів імунної і нейроендокринної регуляції.

У роботі Х.Т. Пратцель, К. Артман показано, що альфа-опромінення шкіри впливає на клітини Лангерганса, які можуть мігрувати і передавати нагромаджену інформацію в центри імунної системи, стимулюючи її діяльність. Можливо, провідну роль у сприйманні радону грають біологічно активні точки, що мають знижений електричний опір, більше скупчення різноманітних рецепторів і є найбільш радіочутливими.

А.Н. Кузин, В.А. Копилов вважають, що при РТ виділяються продукти радіолізу білків, які є аутоантигенами, переносяться клітинами Лангерганса і вступають в контакт із сенсibilізованими Т-лімфоцитами-

хелперами. Під впливом дії останніх виділяються цитокіни, що різко посилює синтез нейтральних протеаз, біологічно активних речовин і імуноглобулінів тканинними гістіоцитами (макрофагами) і поліморфно-клітинними гранулоцитами.

Альфа-випромінювання меланоцитів спричиняє утворення ДОФА, ДОФА-хинонів і ДОФА-амінів, що стимулюють утворення меланіну. Припускають, що, надходячи в кровообіг, ці речовини активують симпатико-адреналову систему. Крім того, шкіра реагує на опромінення зміною складу серотоніну, гістаміну, гіалуронової кислоти, ферментів. У шкірі після прийому радонових процедур змінюється вміст біогенних амінів, що виробляються тучними клітинами, і впливає на тонус судин, діючи на судинні альфа- і бета-рецептори.

В останні роки з'явилися дані про активний вплив РТ на утворення оксиду азоту в мікроциркуляторному руслі і, відповідно, про його вплив на периферичний судинний опір, мікроциркуляцію, артеріальний тиск. За даними В.М. Боголюбова, А.Н. Пономаренко, радон викликає двофазні зміни локального кровообігу в них. Початковий, короткочасний (впродовж 1-3 хв.) спазм судин поверхневого дермального сплетення змінюється тривалим розширенням артеріол і деяким зменшенням веноулярного відпливу, що спричиняє гіперемію шкіри і збільшення обсягу циркулюючої крові. Тонус симпатичного відділу вегетативної нервової системи знижується, а парасимпатичного – підвищується.

Радон збільшує ударний і хвилинний обсяг серця, викликає вкорочення систоли і подовження діастолі при незмінній частоті серцевих скорочень.

У численних клінічних дослідженнях встановлена опосередкована нормалізуюча дія радонових процедур на функції гіпофіза, мозкового і коркового шару наднирників, щитовидної залози, гіпофізарно-наднирникової системи. Як результат, в організмі посилюються процеси гліколізу і ліполізу, що призводять до редукції маси тіла, деякого зменшення основного обміну і зниження вмісту в крові вільних ліпідів і бета-ліпопротеїдів низької щільності. Знижується також екскреція катехоламінів наднирниками незалежно від їхнього вихідного рівня.

Г.Д.Алабердієва-Бетенджаєва використала радонові ванни (80 нКи/л) – 12-14 ванн і пиття радонової води впродовж 18-21 днів (по 0,8-1 мКи 4 рази в день) при лікуванні хворих на цукровий діабет з ожирінням.

Автор відзначила, що РТ за означеною методикою виявляла найбільш значну ліполітичну дію внаслідок активізації тканинних ліполітичних ферментів і більш повного окислення жирних кислот. Крім того, помірно знижувався рівень глюкози і глюкагону в крові, що могло бути результатом відновлення ендокринної функції підшлункової залози, а також опосередкованого регулюючого і стимулюючого впливу альфа-терапії на процеси обміну.

Проведені О.А. Фіщук дослідження щодо впливу радоно-вуглекислих ванн (концентрація радону – 10 нКи/л, CO₂ – до 0,75 г/л) на периферичну гемодинаміку та мікроциркуляцію у хворих на цукровий діабет показали їх виражену позитивну дію. Так, після курсу лікування виявлено значну позитивну динаміку в мікроциркуляторному руслі. Збільшилась кількість функціонуючих капілярів у всіх обстежених хворих, зменшилась дилатація венул, звивистість судин і збільшилась швидкість току крові у венулах. Спостерігалось зникнення периваскулярного набряку, геморагій. Помітно зменшилась або ж зникла внутрішньосудинна агрегація елементів крові. Відзначалось також зникнення мікротромбозу у венулах і капілярах. Спостерігалось підвищення кровонаповнення судин нижніх кінцівок за даними реовазографії, збільшення доставки та утилізації кисню за даними полярографії.

Доведено також, що РТ позитивно впливає на основний, вуглеводний, ліпідний і мінеральний обмін, морфологічний склад і згортання крові; знижує специфічну аутоімунну і підвищує неспецифічну імунну реактивність організму, надає явну протизапальну, десенсибілізуючу і седативну дію; нормалізує біоелектричну активність мозку при десинхронізованих ритмах; підвищується поріг больової чутливості, у тому числі за рахунок зниження проведення в немієлінізованих нервових волокнах при опроміненні радоном.

Один з видатних фахівців з РТ М.И. Гусаров на підставі даних літератури і власних багатолітніх досліджень висунув таку гіпотезу дії радонових вод. У звичайних умовах бар'єрні органи здорового організму (шкіра, слизові) постійно піддаються впливу різноманітних біляфонових подразників у фізіологічно адекватних дозах, що забезпечує підтримання його життєвого тону на необхідному рівні. За умов патології зв'язок організму із зовнішнім середовищем послаблюється, хворий організм

прагне, по можливості, відгородитися від умов зовнішнього середовища, що змінюється, і забезпечити спокій ураженому органу. За цих умов тонізуюча дія зовнішніх подразників через шкіру на центральні компенсаторно-приспосувальні системи організму зменшується, ці системи послаблюють свою діяльність, опір організму до патогенних факторів падає, що посилює перебіг вже наявного в організмі патологічного процесу. Розвивається хибне коло: хвороба обмежує зв'язок організму із зовнішнім середовищем, а це, в свою чергу, послаблює внутрішні можливості організму в боротьбі з набутим захворюванням. Радонолікувальні процедури в адекватних для організму умовах і дозах, що підвищують в декілька разів природні фонові подразники, замінюють тонізуючу дію природних акумуляторів, будуючи захисно-приспосувальні дії організму. Місцева дія бальнеопроцедури до того ж знижує патологічну імпульсацію від ураженого органу.

Однак не завжди дія факторів зовнішнього середовища є позитивною. При дуже великих дозах вплив набуває негативного, пригнічуючого характеру. Субфонові рівні впливу також небажані, бо при цьому знижується тонізуючий вплив на захисно-приспосувальні дії організму.

Стосовно вмісту радону в повітрі житлових приміщень в нинішній час чітко встановлено, що радон при певному, невисокому його рівні в навколишньому середовищі (30-100 Бк/м³) потрібний для нормальної життєдіяльності і боротьби організму з захворюваннями, в тому числі і з онкологічними.

Мала потужність дози опромінення населення в приміщеннях з підвищеним вмістом радону і рівномірний розподіл дози протягом всього життя призводять до того, що частота виникнення раку легень у населення не тільки не зростає, а, навпаки, знижується. Це і є проявом радіаційного гормезису.

Радіаційний гормезис присутній на рівні клітин і органів, у культурах клітин, на бактеріях, у рослин і тварин. Мала доза опромінення може сприяти репарації ДНК, стимулюючи утворення відповідних ферментів, і завдяки цьому зменшувати кількість випадків раку, що викликається іонізуючим опроміненням або іншими шкідливими агентами. Малі дози фонового опромінення постійно стимулюють захисні дії організму. Якщо природне фонове опромінення знижується, то це призводить до

збільшення спонтанної захворюваності на рак, а також до сповільнення росту і розвитку організмів.

Взагалі, до радіації застосовується фізіологічний закон R.Arndt, H.Schulz: слабка стимуляція викликає активізуючу дію, середня – нормалізуючу, сильна стимуляція інгібує, а надто сильна спричиняє пригнічуючу і пошкоджуючу дію.

Таким чином, радонотерапія – це один із засобів стимуляції послаблених захисно-приспосувальних дій хворого організму і застосовується тоді, коли вплив інших природних факторів стимуляції неможливий або недостатній. Більш того, з'ясовано, що радон як один з головних природних факторів радіоактивного гормезису стимулює витривалість живих організмів до онкологічних й інфекційних захворювань, підвищує тривалість їхнього життя, є одним з необхідних умов підтримання їхньої нормальної життєдіяльності і здоров'я.

В Україні близько 10 діючих курортів з радіоактивними водами, де щороку тисячі людей отримують це лікування. Особливе значення має курорт “Хмільник”, що пояснюється порівняно високим для природних радонових вод вмістом радону і великим їх дебітом (концентрація радону – 627 беккерель/л). На базі цього санаторію відкрито спеціалізоване діабетологічне відділення на 30 ліжок.

Нами було проведене дослідження функціонального стану центральної, церебральної і периферичної гемодинаміки у 148 хворих на цукровий діабет 2 типу. Показники гемодинаміки вивчали за допомогою реографії вертебробазиллярних і сонних артерій та доплерографії. Дослідження проводилися до і після застосування радонових ванн за полегшеною методикою (8-15 хвилин, 36-37⁰С, концентрація радону 22-24 нКи/л; на курс лікування хворі одержували 12 ванн).

В результаті проведеного курсу бальнеотерапії у більшості пацієнтів виявлялось збільшення обсягу пульсового кровонаповнення судин мозку, зниження судинного тону, нормалізація венозного відтоку, поліпшення швидкості кровотоку по загальній і внутрішніх сонних артеріях. Покращилися також показники центральної і периферичної гемодинаміки. Представляє інтерес дія радонових вод на реографічний коефіцієнт, що відображає тонус судин. У хворих з вихідним гіпертонусом виявлялась тенденція до нормалізації, при гипотонусі – до підвищення тону, тобто радонові води здійснюють нормалізуючу дію

на різні варіанти порушеної центральної і периферичної гемодинаміки. Крім того, лікування радоновими ваннами призводить до значного поліпшення загального стану хворих на цукровий діабет, відрізняється легкістю дії на організм, гарною переносимістю процедур, відсутністю негативних реакцій на ванни, а також сприятливим впливом на клінічний перебіг цукрового діабету.

Фізіотерапія в реабілітації хворих на цукровий діабет

В комплексному лікуванні ЦД, де в першу чергу призначається дієта та цукрознижуюча терапія, широко використовують фізичні методи лікування. Разом з тим, на наш погляд, фізіотерапевтичні методи лікування повинні призначатись на ранніх стадіях ЦД, тобто в період, коли ще можна відновити функцію β -клітин підшлункової залози і запобігти прогресуванню ускладнень зі сторони серцево-судинної та нервової системи. Це повинно бути основною ціллю фізіотерапії і тим самим сприяти медичній реабілітації хворих на ЦД, що дасть можливість знизити інвалідність, збільшити тривалість життя хворих при покращенні її якості.

Протягом останніх десятиріч у фізіотерапії розроблені основні принципи призначення і використання фізичних чинників, які не є догмою, а рекомендацією для розумної дії (І. З. Самосюк та співавт., 2001).

1. **Послідовність** — методи фізіотерапії слід призначати з урахуванням результатів попереднього лікування.
2. **Раннє використання** — обгрунтоване призначення фізичних лікувальних факторів на ранніх етапах патологічного процесу значно покращує результати та скорочує строки комплексної терапії.
3. **Адекватність впливу** — вибір фізичного фактора, методика процедури повинні відповідати адаптаційним можливостям хворого органа чи системи.
4. **Оптимальні дозування** — слід намагатися проводити лікування оптимальними параметрами фізичних факторів.
5. **Специфічність дії** — вибір та диференційоване використання фізичних факторів полягає у максимальному використанні особливостей механізму їхньої дії і відповідності патогенезу конкретного захворювання.

6. Динамічність використання — протягом курсу лікування необхідно змінювати параметри фізіотерапевтичного рецепту процедур залежно від реакції хворого, щоб уникнути звикання до впливу.

7. Комплексність та системність фізіотерапії — лікувальний комплекс повинен складатися з методів впливу на різні системи організму, передбачати лікування основного та супутнього захворювань.

8. Індивідуальний підхід — при призначенні фізіотерапевтичних процедур необхідно враховувати біологічні ритми, статеві та вікові особливості.

Виходячи з багатофакторного патогенезу ЦД та його ускладнень, основними задачами фізичних методів лікування повинно бути: збільшити секрецію інсуліну; підвищити чутливість клітинних рецепторів до інсуліну, послабити дію контрінсулярних гормонів; збільшити глікогеноутворюючу функцію печінки; підвищити оксигенацію тканин та їх проникливість для глюкози; покращити загальний та регіонарний кровообіг, мікроциркуляцію; покращити вуглеводний, ліпідний, білковий та мінеральний обмін; запобігти прогресуванню ЦД та його ускладнень.

Гіпербарична оксигенація (ГБО)

Для усунення кисневої недостатності, проявом якої являється тканинна та циркуляторна гіпоксія тканин, доцільно призначення ГБО чи кисневих коктейлів. Ліквідація клітинної гіпоксії сприяє покращенню утилізації глюкози тканинами.

ГБО збільшує вміст кисню в плазмі артеріальної крові та дифузію його в тканини, що значно зменшує тканинну гіпоксію. Цукрознижуючий ефект ГБО обумовлений зниженням активності симпатoadреналової системи, відновленням нормального газового складу крові, підвищенням чутливості рецепторів до інсуліну, активацією циклу трикарбонових кислот та гліколізу. Крім того, ГБО ефективна при діабетичній ангіопатії нижніх кінцівок навіть з явищами гангрени.

На курс лікування рекомендується 10-15 сеансів ГБО, тривалістю сеансу 40-60 хвилин, при 2 атм.

Інтрагастральна оксигенотерапія

Кисень, який всмоктується із шлунково-кишкового тракту, позитивно впливає на окислювальні відновні процеси, зменшує явища гіпоксії. Для виготовлення кисневої піни використовують настої та відвари із лікарських трав, до них додають збитий білок курячого яйця і пропускають через нього кисень. Кисневу піну хворі приймають 2-3 рази на день за 1-1,5 години до їжі (до 1л).

Лазеротерапія

На даний час в медицині всебічно використовуються лікувальні властивості низькоенергетичного лазерного випромінювання, особливо, в області кардіології. Доведено, що лазерна терапія сприятливо впливає на центральну і периферичну гемодинаміку, мікроциркуляцію, реологічні властивості крові, перекисне окислення ліпідів. Серед чисельних лазерних установок найбільше розповсюдження в медицині отримали гелій-неонові. Під впливом лазерної дії відбувається зміна енергетичної активності клітинних мембран, активізація системи ДНК-РНК-білок, збільшується утворення макроергів (АТФ) і поглинання тканинами кисню, зниження інтенсивності вільно-радикальних процесів, корекція мікроциркуляторних порушень. Лазерне випромінювання безпосередньо і продукти, що виникають в результаті наведених вище ефектів, впливають на нервову систему, виникають нервово-гуморальні реакції, змінюється концентрація гормонів адаптації, активується імунна система, тобто виникає комплекс адаптаційних і компенсаторних реакцій, скерованих на відновлення гемостазу в організмі. Відбуваються зміни на субклітинному, клітинному, тканинному і органному рівні. Накопичений нами клінічний досвід (проліковано більше 3 тис. хворих на ЦД) показав високу ефективність лазеротерапії в лікуванні та профілактиці діабетичних ускладнень, що дозволяє нам широко рекомендувати даний метод лікування в реабілітації хворих на ЦД.

За способом постачання випромінювання до необхідної зони впливу розрізняють наступні види лазеротерапії:

1. Черезшкірна — вплив виконується на органи, тканини та рефлексогенні зони через поверхню шкіри у відповідній області;
2. Внутрішньосудинне лазерне опромінення крові – проводиться за допомогою світловода через ін'єкційну голку або катетер у вену (іноді

внутрішньоартеріально або внутрішньосерцево); впливу на кров можна досягти шляхом екстракорпорального або зовнішнього лазерного опромінення крові;

3. Внутрішньоорганна (внутрішньопорожнинна) – лазерне випромінювання підводять до вогнища ураження через ендоскопічну апаратуру з допомогою світловоду або оптичних накладок в порожнинні органи;
4. Лазеропунктура – стимуляція біологічно активних точок низько-енергетичним лазерним випромінюванням.

Внутрішньовенне лазерне опромінення (світловод вводиться через ін'єкційну голку в кубітальну вену на глибину 1-2 см) проводиться за допомогою спеціально створеного з цією метою апарату АЛОК-1. Його основні характеристики: довжина хвилі – 0,633 нм, потужність випромінювання на виході світловоду до 2 мВт. Реле часу автоматично забезпечує 2 значення витримки (30 та 60 хв). Опромінення проводиться 1 раз на добу, щоденно або через день. Тривалість процедури: 15-30 хв; на курс 5-8 процедур. Разом з внутрішньосудинним опроміненням крові слід призначити аевіт (600 мг на добу) для запобігання загострення приступів стенокардії.

Ультрафіолетове опромінення крові (УФО)

Проведені нами дослідження показали позитивний ефект УФО крові у хворих на ЦД з ангіопатіями, трофічними виразками при ішемічній та нейроішемічній діабетичній ступні, гангрені.

Механізм дії: в результаті поглинання УФО спостерігається так званий фотоелектричний ефект, при якому електромагнітні кванти вибивають електрони із зовнішньої орбіти атомів. За рахунок фотоелектричного ефекту в організмі відбуваються складні фотохімічні та фотобіологічні реакції, які є пусковим механізмом цілої низки різних процесів. Після УФОК підвищується електрофоретична рухливість еритроцитів та тромбоцитів, збільшується їхня осмотична резистентність; у моноцитів і гранулоцитів зростає фагоцитарна активність; у Т-лімфоцитів підвищується експресія рецепторів, що беруть участь в реакції розеткоутворення, а у еритроцитів – експресія антигенів групи крові.

Таким чином, УФОК має імунорегулюючий, десенсибілізуючий, протизапальний, гіпохолестеринемічний та анальгетичний ефект. Сприяє покращенню мікроциркуляції та регенерації, підвищує працездатність та неспецифічну резистентність організму.

Апаратура: ультрафіолетовий опромінювач крові «Ізольда»

Методика: пунктується одна з центральних або периферичних вен. Кров пацієнта поступає через одноразову систему для переливання крові через кварцову кюветку в стерильну ампулу з 50 мл антикоагулянта (гепарин, глугіцид). При опроміненні розрахованої кількості крові ампула для забору крові перетворюється на ємкість для її повернення. Кількість крові, взятої для опромінення визначається із розрахунку 0,5-2 мл/кг ваги хворого. Поверхнева щільність потоку опромінення в площині кювети при довжині хвилі 254 Нм становить 2-3 мВт/см², швидкість проходження крові через опромінену кювету 12-18 см/хв. Загальний час опромінення крові становить 8-10 хв; на курс 4-8 процедур, через день. Повторні курси проводяться через 3-6 місяців.

Електрофорез лікарських речовин постійним струмом

Лікарський електрофорез – метод поєднаної дії на організм постійного електричного струму і лікарських речовин, які вводяться за його допомогою в організм. При цьому обидва фактори (електричний і фармакологічний) впливають на організм в тісному взаємозв'язку, викликаючи специфічну для кожної лікарської речовини відповідну реакцію на тлі дії постійного струму, як активного біологічного подразника.

Апаратура: «Поток-1», «ГР-2», «АГВК- 4», «Мета».

Електрофорез цинку хлорида на ділянку проекції підшлункової залози

Цинк-електрофорез сприяє покращенню функціонального стану островців Лангерганса, збільшує синтез та секрецію інсуліну в β-клітинах, гальмує активність інсулінази, сприяє профілактиці діабетичних ангіопатій.

Методика: 2% розчин хлористого цинку вводять з позитивного полюса. Активний електрод розміщують в ділянці лівого підребір'я і частково в лівій половині епігастрія. Негативний електрод розміщують на ліву підлопаткову ділянку. Індиферентну прокладку змочують водою.

Тривалість процедури 15-20 хв, на курс 10 - 15 процедур, щоденно або через день.

Крім електрофореза з цинком використовують також:

- мідь-електрофорез (3-5% розчин сірчаноокислої міді) по загальній методиці Вермеля, експозиція 10-15 хв., щоденно або через день, на курс лікування 12 процедур. Мідь приймає участь в окисно-відновних процесах, сприяє зниженню цукру в крові;
- калій-електрофорез (5% розчин хлориду калію) по методиці Вермеля, експозиція 15 хв., через день або щоденно, на курс лікування 12 процедур. Калій необхідний для утворення глікогену в печінці, разом з натрієм, кальцієм та магнієм він приймає участь в здійсненні м'язового скорочення;
- магній-електрофорез (5% розчин сірчаноокислої магnezії) по методиці Вермеля, на комірцеву зону по методиці Щербака чи на ділянку печінки, експозиція 15 хв, через день або щоденно, на курс лікування 12-15 процедур. Магній сприяє зниженню інсулін-резистентності, приймає участь в процесах окисного фосфорилування вуглеводів, активує ряд ферментів межинного обміну, бере участь в утворенні гормонів, надає седативну дію, понижує гіперхолестеринемію, артеріальну гіпертензію. Гіпомагнеземія при ЦД обумовлює ряд клінічних симптомів: болючий синдром в хребті і кістках, порушення функції серцево-судинної системи та інші.
- для зниження рівня глікемії рекомендують застосовувати кальцій- або аміназін-електрофорез по Щербаку, по 10 - 15 хв, через день, на курс лікування 12 процедур.

Протипоказання: крім загальних протипоказань для гальванізації, слід враховувати протипоказання для застосування лікарських речовин (непереносимість, алергічні реакції).

Ампліпульстерапія (синусоїдальна модульована терапія)

Ампліпульстерапія – вплив з лікувальною метою синусоїдальними струмами середньої частоти, модульованими за амплітудою низькою частотою в межах 10-150 Гц. Під впливом ампліпульстерапії проявляється гальмівний вплив на симпатичну нервову систему (спазм артеріол зникає, нормалізується кровообіг, покращується трофіка тканин). Ритмічне скорочення м'язових волокон сприяє покращенню

циркуляції крові в судинах, стимулює колатеральний крово- і лімфообмін, зменшується набряк тканин.

Апаратура: «Ампліпульс-3», «Ампліпульс-3Т», «Мета».

Методика: одну прокладку розміщують над проекцією підшлункової залози, другу – на хребті в межах сегмента Th 11-12. Частота модуляції: 10-150 Гц, щільність струму до 2 мА/см², вид струмів – чергування посилок струму з різними параметрами модуляцій (має виражену трофічну дію). Тривалість процедур 5-10 хв, на курс 12-15 процедур, щоденно або через день.

Протипоказання: стійке запалення будь-якої ділянки, схильність до кровотеч, тромбофлебіт, серцево-судинні захворювання в стадії декомпенсації.

Ультрависокочастотна терапія (УВЧ-терапія)

УВЧ-терапія – лікувальний метод, де діючим фактором є змінне електричне поле ультрависокої частоти (40,68 МГц або 27,12 МГц, потужність від 1 до 350 Вт). Механізм дії: електричне поле УВЧ викликає в тканинах організму тепловий та осциляторний ефекти. Глибина проникнення 11 см та більше. Енергія електричного поля поглинається тканинами, що мають велику питому опірність — нервовою, жировою, шкірою, сухожиллями, фасціями, в них утворюється велика кількість тепла. Надає протизапальну, дегідратуючу, протибольову, спазмолітичну, судинну дію.

Апаратура: «УВЧ-80», «УВЧ-50», «УВЧ-30», «Мінітерм», «Устье», «Імпульс-2».

Методика: диски (№2 або №3) встановлюють над проекцією підшлункової залози, тривалість проведення процедури 10-15 хв, щоденно, на курс лікування 10-15 процедур.

Протипоказання: новоутворення, схильність до кровотеч, наявність у тканинах ділянки впливу чужорідних металевих предметів розміром 2 x 22 см та більше, виражена гіпотонія, системні захворювання крові, вагітність, стенокардія з частими нападами, аневризма аорти, осумковані гнійні процеси.

Дециметрова хвильова терапія (ДМХ-терапія)

Метод, при якому з лікувальною метою застосовують дециметрові хвилі завдовжки 65 і 96 см (частота 460 і 915 МГц).

Механізм дії: теплова енергія ДМХ-терапії проникає в організм на глибину до 9-10 см, поглинається різними тканинами, переважно тими, що добре постачаються кров'ю (м'язи, паренхіматозні органи та ін.). Надає протизапальну, спазмолітичну, судинну та імуномодельючу дію.

Апаратура: «Волна-2», «Ранет», «Ромашка», «Термік».

Методика: над проекцією підшлункової залози, що підлягає впливу із зазором 3-4 см від апарата «Волна-2» або контактне від апаратів «Ранет», «Ромашка» встановлюють випромінювач відповідного розміру і форми. Тривалість проведення процедури 10-15 хв, щоденно, на курс лікування 10-15 процедур.

Протипоказання: новоутворення, схильність до кровотеч, тиреотоксикоз, вагітність.

Лікування діабетичних ангіо-та полінейропатій

Найбільш частими скаргами хворих на ЦД є болі в нижніх кінцівках, особливо в осіб старшого віку, які пов'язані з розвитком діабетичних ангіопатій та полінейропатій. При тривалому перебігу ЦД можуть розвиватися більш важкі ускладнення у вигляді ішемічної та нейроішемічної діабетичної ступні, які призводять до ранньої інвалідизації, а іноді і до летальних випадків. Тому основними задачами фізичних методів лікування повинно бути покращення загального та регіонарного кровообігу, мікроциркуляції, підвищити оксигенацію тканин, сприяти покращенню колатерального кровообігу і регресу трофічних порушень. Фізіотерапія використовується при різних стадіях діабетичних ангіопатій (доклінічний, функціональний, органічний). Але найбільш ефективне лікування відмічається тоді, коли фізичні методи призначаються на ранніх стадіях захворювання, навіть при відсутності скарг у хворого. Тільки так можливо запобігти важким ускладненням ЦД і тим самим зменшити ранню інвалідизацію цих хворих.

В цьому розділі ми зупинимося на фізичних методах, які безпосередньо впливають на загальну та периферичну гемодинаміку, мікроциркуляцію. Ті фізичні методи, які приведені вище, будуть розглядатися коротко.

Електрофорез лікарських речовин

Хворим з діабетичними ангіопатіями нижніх кінцівок, які супроводжуються сильними болями, при гіпертонусі судин,

призначаються новокаїн-йод електрофорез на ноги по повздовжній методиці. Експозиція 10-15 хв., щоденно, на курс лікування 10-15 процедур.

У хворих з функціональною стадією ангіопатій нижніх кінцівок, з периферичною нейропатією призначається електрофорез 5% розчину тіосульфата натрію, який вводиться з негативного полюса на ділянку литкових м'язів. Експозиція 15-20 хв, щоденно, на курс лікування 10-12 процедур.

При дистальних сенсорних полінейропатіях широко використовують також електрофорез 1% розчину дібазолу або прозеріна на нижні кінцівки. Експозиція 10-12 хв, щоденно, курс лікування 10-15 процедур.

Хворим з ангіопатіями нижніх кінцівок застосовують електрофорез новокаїна на попереково-крижову ділянку, який обумовлює рефлекторне розширення судин ніг і зменшує біль. Експозиція 10-12 хв, щоденно, курс лікування 10-15 процедур.

При поєднанні діабетичних ангіопатій з тромбофлебитами як поверхневих, так і глибоких вен в стадії ремісії призначають електрофорез гепаріна, який чергують з трипсином на ділянку гомілок. Експозиція 10-12 хв, через день, курс лікування 10-14 процедур. Гепарин покращує вуглеводний, ліпідний та білковий обмін, судинну проникливість, впливає на всі фази згортання крові.

Ампліпульстерапія

Ампліпульстерапія сприяє зниженню рівня глюкози в крові, зменшує болючість, набряки, нормалізує тонус судинної стінки, покращує засвоєння глюкози тканинами, знижує активність кори наднирників (зменшує рівень глюкокортикоїдів).

Методика: частота модуляції 30 Гц (при зниженому тонусі судин) і 70 Гц (при підвищеному тонусі судин), паравертебрально (Th-15) і поперечно на стопи (2-ге і 3-тє поля), щоденно або через день, на курс лікування 10-15 процедур.

Можна використовувати 2-й варіант: 1-е поле – 70 Гц, 2 і 3 поля - 30 Гц. 1-е поле – поперечно на підшлункову залозу, 2-ге і 3-є поля – поперечно на стопи.

Дарсонвалізація

Дарсонвалізація – лікувальний метод, де діючим фактором є змінний імпульсний струм високої частоти (110 кГц), високої напруги (20 кВ) та малої сили (0,02 мА) у вигляді швидко затухаючих серій коливань.

Механізм дії: місцевий вплив викликає короточасне звуження, а потім розширення судин, нормалізує тонус гладких м'язів, при цьому знижується підвищений тонус артерій і підвищується знижений тонус вен, що зменшує венозний спад, покращує капілярний кровообіг, трофіку тканин. Знижується чутливість нервових закінчень, знімається спазм гладких м'язів сфінктерів, настає знеболюючий ефект. Апаратура: «Іскра-1», «Іскра-2», «Корона».

Методика: до хворого підводять струм за допомогою скляних вакуумних електродів. Електроди розташовують лабільно або стабільно.

Хворі під час процедури відчують слабе поколювання або легке тепло. Тривалість процедур: на одне поле – до 10 хв, на процедуру 20 хв, щоденно або через день, на курс лікування до 15-20 процедур.

Протипоказання: злоякісні новоутворення, схильність до кровотеч, непереносимість струму.

Магнітотерапія

Магнітотерапія (МТ) – лікувальний метод, при якому на тканини хворого впливають змінним низькочастотним магнітним полем або постійним магнітним полем за допомогою індукторів електромагнітів чи постійних магнітів, частота 10-150 Гц. Сила магнітної індукції 10-35 мТ.

Загальна дія магнітотерапії: спазмолітична, протизапальна, протинабрякова, судинна, трофічна дії, покращення мікроциркуляції та реологічних якостей крові.

Лікувальні ефекти магнітного поля залежать від його виду. Постійне магнітне поле: імуномодельючий та протиалергічний, трофічний, судиннорозширюючий, тонізуючий, седативний. Імпульсні МП: нейростимулюючий, вазоактивний, анальгетичний, протизапальний.

Апаратура: «Полюс-1», «Полюс-2», «Полюс-101», «МАГ-30», «Магнітер», «Алімп», «Малахіт» та ін.

Методика: при проведенні низькочастотної магнітотерапії використовують переважно контактну методику. Індуктори встановлюють в проекції патологічного джерела або в ділянці паравертебральних зон. Використовують повздожнє або поперечне розташування індукторів. Тривалість процедур: на одне поле – 10-15 хв, на процедуру – до 30 хв; протягом одного сеансу можна призначити вплив на 1-3 поля.

Протипоказання: індивідуальна, підвищена чутливість до фактора, гостре порушення мозкового кровопостачання, різко виражена гіпотензія, наявність імплантованих кардіостимуляторів.

Ультразвукова терапія

Ультразвукова терапія – лікувальний метод, при якому на тканини хворих впливають енергію механічних коливань часток пружного середовища частотою 22 і 44 кГц.

Механізм дії: в основі лежать три основні фактори: механічний, фізико-хімічний і тепловий. Ультразвук змінює проникність мембран, посилює процеси дифузії та осмосу, підвищує активність іонів, гормонів та інших біологічно активних речовин, активізує ферментативну діяльність, покращує обмін речовин.

Апаратура: «Барвінок», «МІТ-11» та ін.

Методика: режим роботи імпульсний, контактне середовище: ланолін, вазелін або лікарські емульсії (з компламіном, трибенолом), паравертебрально (рівень Th 12-14, на 3-5 см латеральніше середньої лінії хребта), тривалість процедури: 2-3 хв з кожної сторони, щоденно або через день, на курс лікування 10-12 процедур.

Протипоказання: новоутворення, тромбофлебіти, схильність до кровотечі, гіпертонічна хвороба II-III ступеню, ІХС з стенокардією, аритмією.

Індуктотермія

Індуктотермія – лікувальний метод, де діючим фактором є високочастотні електромагнітні коливання 13,6 МГц (довжина хвилі 22,13м).

Особливості дії: ендогенне теплоутворення, протизапальна дія, починаючи з підгострої і в хронічній фазі запалення, спазмолітична дія. Глибина проникнення до 8-9 см.

Апаратура: «ІКХ-4».

Методика: високочастотні електромагнітні коливання підводять до хворого за допомогою індукторів. Величина зазору між індуктором і тілом пацієнта 1 см. Тривалість процедур: на одне поле – до 15 хв, на одну процедуру – до 30 хв, протягом однієї процедури можна призначати впливи на 1-2 поля, на курс лікування 10-15 процедур.

Протипоказання: гострі запальні процеси, ІХС, виражена гіпотонія, доброякісні та злоякісні пухлини, наявність імплантованих кардіостимуляторів і металевих предметів у зоні дії.

Мікрохвильова резонансна терапія (МРТ)

В основі МРТ лежить вплив нетепловим електромагнітним випромінюванням (ЕМВ) міліметрового діапазону на проєкції патологічного джерела, вегетативних гангліїв, рефлексогенні зони та біологічні активні точки.

Дослідження, проведені А.С. Єфимовим та співавт. (1992), показали, що під впливом МРТ суттєво зменшуються або повністю зникають явища астенізації, нормалізуються показники глікемії, зменшується або зникає больовий синдром. У хворих на ЦД 2 типу компенсація захворювання досягається в більш короткі терміни, без підвищення добової дози цукрознижуючих препаратів. Даний факт обумовлений активізацією інсулінпродукуючої функції β -клітин підшлункової залози, що підтверджується підвищенням в крові рівня С-пептида. МРТ надає корелюючий вплив на ряд показників імунної системи у хворих на ЦД.

Показанням до проведення МРТ являються діабетичні макро- і мікроангіопатії ніг, ретинопатія, нефропатія, полінейропатія, ліпоїдний некробіоз, діабетична остеоартропатія, в останніх двох випадках опромінення проводиться безпосередньо на область уражень.

Апаратура: «Явь 1-5,6», «МАВИ», «Електроніка КХЧ-101», «Шлем-01-07», «Поріг-1», «МІТ -1» та ін.

Методика: підбір біологічно активних точок (БАТ) проводиться індивідуально в кожному конкретному випадку, в залежності від особливостей перебігу захворювання. Так, для лікування діабетичних макро- і мікроангіопатій нижніх кінцівок найбільш часто використовують парні точки III-36, V-1,6, VII-3. При діабетичній ретинопатії використовують точки X-50, 20, XIV-20. Для лікування діабетичної

полінейропатії найбільш ефективні точки III-36, V-58, 60. Досить добрий клінічний ефект досягається при використанні МРТ в лікуванні діабетичної ентеропатії. Опромінення точок III-36, II-4, IV-3, XII-2 призводить до покращення загального стану хворих, нормалізації або суттєвого зменшення частоти стільця.

Тривалість проведення процедури - 20 хв, щоденно, на курс лікування 8-10 процедур.

Протипоказання: гострі гнійні запальні захворювання, тиреотоксикоз, вегетальгія, вагітність.

При лікуванні ряду ускладнень цукрового діабету запропонована методика впливу на наступні біологічно активні точки (С.Т.Зубкова та ін. 2001)

Ангіопатії: RP 1-5, V 40, R 2-9, TR 4, V 64, 65, F 36, 37, TR 10, MC 8, F 1-3.

Полінейропатії: VB 38-40, VB 43, R 3, R 10, E 32, E 36-37.

Гіпертензія: GI 11, GI 15, E 36, E 40, V 19, V 25, V 40, R 7, VB 20.

Імпотенція: RP 6, RP 8, RP 11, V 36, V 37, V 40, V 57, V 67, R 3, R 9-10.

Дисменорея: GI 4, GI 11, RP 1, RP 6, RP 8, V 62, R 5-6, R 10, VB 41, VB 81.

Ретинопатія: GI 2, GI 3, E 1, V 1-2, V 10, V 18, R 1, TR 5, TR 10, VB 41.

Ліпоїдний некробіоз: RP 2-4, R 3-5, E 32, E 36, VB 39, а також безпосередній вплив шумовим генератором на зону ураження.

Ентеропатія: GI 10, GI 11, E 25, E 34, E 36, E 42, E 44, RP 2-4, C 3, C 7, IG 4, V 14, V 15, V 19-22, V 25, V 64, R 1, R 7, VB 24, VB 39.

Лазерна терапія діабетичних ангіо - та полінейропатій з трофічними виразками

Наш клінічний досвід, а також результати досліджень інших авторів показав, що найбільш ефективним в лікуванні діабетичних ангіо- та нейропатій являється лазерне випромінювання.

Для цього в клінічній практиці найчастіше використовують наступні методики лазеротерапії: черезшкірна, внутрішньовенна, лазеропунктура, гідролазерний душ з різними діапазонами дії: червоний (0,63 мкм), інфрачервоний (0,89 мкм), ультрафіолетовий діапазон (0,34 мкм).

1. Черезшкірна лазерна терапія на судинні басейни за допомогою апаратів: «Ягода», «ЛГ – 111», «АФЛ – 1», «Узор», «Улей», «УЛИС», серії «МІТ» та ін.

Щільність потоку потужності: до 10 мВт/см² для інфрачервоного лазера (ІЧЛ), 1-5 м Вт/см² для гелій неонових лазерів (ГНЛ).

Місце дії: судинні басейни нижніх кінцівок (пахвинна, підколінна, підкісточкова) та зони з найбільшими вегетативно-трофічними змінами.

ІЧЛ – контактна методика, ГНЛ – дистанційна (діаметр плями не більше 1-5 см), варіант – стабільний. Тривалість проведення процедури: на один сеанс до 25 хвилин, на одне поле – не більше 5 хв, щоденно, на курс лікування 10-15 процедур.

1. С.Т. Зубкова (2001) рекомендує наступний варіант: щільність потоку потужності: 0,1-0,5 Дж/см². Опромінюються зони з найбільшими вегетативно-трофічними змінами та паравертебральні зони. Методика контактна або контактано-скануюча для ІЧЛ і дистанційно-стабільна, або дистанційно-скануюча для ГНЛ. Тривалість проведення процедури на одне поле до 5 хв, на паравертебральні зони від 1 до 5 хв, загальний час дії не більше 25 хв, щоденно, на курс лікування 10-15 процедур. Опромінення паравертебральних зон стимулює мікроциркуляторні та обмінні процеси в хребті і біляхребцевих тканинах, надає нормалізуючий вплив на функціональний стан симпатичного стовбура та інші вегетативні нервові утворення.

Лазеропунктура

В багатьох клініках і на курортах країни лазеропунктура успішно поєднується з іншими методами терапії, тобто є складником комплексного лікування і медичної реабілітації хворих на ЦД. Такий підхід є найбільш раціональним і перспективним, оскільки дає змогу істотно зменшити дози ліків. Перевагою лазеропунктури є простота процедури, економічність і відсутність будь-яких інших серйозних реакцій або ускладнень.

Для лазеропунктури найчастіше використовують малопотужні лазери, що генерують випромінювання в червоній (довжина хвилі 632,8 нм) та інфрачервоній (820-980 нм) частині спектру.

Методика лазеропунктури запропонована С.Т. Зубковою, яка широко використовується в нашій клінічній практиці, наступна: БАТ і точки меридіана підшлункової залози: НТ75, Т4, РР 1, РР 4, РР 6, Е36; V40, V59, V60, V62, VB30, 31, 39, 40; F2, F3, P7, CJ 11, P1, P2, P3, TR5; ТВМ 130, 132, 135; АР 51, 55, 22; V25, V31, V34, V54. На один сеанс 10-12 точок, міняючи точки через день. Тривалість проведення процедури: на одну БАТ – 10-40

с, загальний час – 10 хв, на курс лікування 10-15 процедур. При діабетичній полінейропатії важливо враховувати, які симптоми превалюють: біль чи елементи випадіння функції (атрофія, гіпотрофія, парез, параліч).

При лікуванні хворих на ЦД з трофічними виразками на нижніх кінцівках рекомендують перед лазерним опроміненням провести туалет і санацію поверхні рани – обережно вилучаються некротичні тканини, плівки фібрину, рана промивається 3% розчином перекису водню і 0,02% розчином фурациліну, висушується. Опромінюється поверхня рани і навколораневі тканини світлом гелій-неонового лазера з потужністю 10-20 мВт/см², тривалість проведення процедури 1-5 хв на одну ділянку. При розповсюдженому процесі ділянку ділять на поля з загальною експозицією не більше 25 хв за сеанс, рекомендують також скануючу методику зі швидкістю 3-5 мм в сек., на курс лікування 15-20 процедур. При лікуванні трофічних виразок нами широко використовується комбінована лазерна терапія. Найбільш ефективною є лазеротерапія і місцеве опромінення рани через день (методику дивись вище).

Клінічний ефект спостерігається, як правило, після 3-5 сеансів: зменшується больовий синдром, спадає набряк і гіперемія навколо рани, зменшується ексудація з раньової поверхні, появляються грануляції, розпочинається крайова епідермізація, нормалізується температура тіла. Приводимо таблицю лазерного впливу в залежності від стадії і типу діабетичних ангіопатій (табл. 12).

Таблиця 12

Методи лазерного впливу в залежності від типу патології

(С.Т. Зубкова та співавтори, 2001)

Тип патології	Метод лазерного впливу
Вазомоторні порушення	ЛАК (можна на рефлексогенні зони)
Діабетичні поліневрити та радікулярний синдром	ЛАК, рефлексогенні зони
Діабетична остеоартропатія	Місцеве опромінення + ЛАК або ВЛОК, ЧЛОК
Діабетична мікроангіопатія	Місцеве опромінення, ВЛОК, ЧЛОК (або їх комбінація)
Діабетична стопа	Місцеве, рефлексогенні зони, опромінення крові (ВЛОК, ЧЛОК)
Облітеруючий атеросклероз, НК I–II ст.	ЛАК, рефлексогенні зони, опромінення крові (ВЛОК, ЧЛОК)
Облітеруючий атеросклероз, НК III–IV ст.	Опромінення крові (ВЛОК, ЧЛОК), місцеве
Фантомні болі	ЛАК, рефлексогенні зони
Трофічні порушення	Місцеве опромінення, ВЛОК, ЛАК

Примітка: ЛАК – лазерна акупунктура; ВЛОК – внутрішньовенне лазерне опромінення крові, ЧЛОК – черезшкірне лазерне опромінення крові.

Крім того, внутрішньовенну лазерну терапію рекомендують комбінувати з УФО крові, особливо при інфікованій ішемічній, чи нейроішемічній ступні, з лазеропунктурою, МРТ; КВЧ-терапією, з магнітотерапією та іншими фізичними методами.

Враховуючи багатогранну дію лазерного випромінювання, нами було вперше запропоновано лікування ІХС у хворих на ЦД за допомогою гелій-неонового лазера. Можна застосовувати декілька методів лазеротерапії та їх комбінацію:

1. Вплив лазерного опромінення на зони Захар'їна – Геда: апарат ЛГ-71--1 з довжиною хвилі 630 нм і потужністю на виході 24 мВт; випромінювання проводиться розфокусованим (до 5 см в діаметрів променем; з експозицією до 60 с на три зони) Захар'їна – Геда: середня третина грудини, верхівка серця і ліву підлопаткову ділянку, на курс лікування 13-15 щоденних процедур;

2. Внутрішньовенна лазерна терапія (методику дивись вище) через день, з експозицією до 30 хв., на курс лікування 5-8 процедур;

3. Вплив на БАТ: під час сеансу акупунктури обробляють 10-12 точок, які включають точки меридіана серця або перикарда з точками серединного меридіана сечового міхура, шлунка, жовчного міхура, товстого кишечника, селезінки і підшлункової залози (С_{1, 7, 6}; МС_{3, 6, 7}; РР₄ Gl_{4, 11}; Е₃₆; УВ_{21, 40}; У₁₅; Т_{14,11,7,9} та аурикулярні точки АР_{51, 55}). Час впливу на одну БАТ 20-40 с, на курс лікування 10-15 процедур.

4. Комбінована терапія: внутрішньовенна лазерна терапія з лазеропунктурою або впливом на рефлексогенні зони через день, на курс лікування 8-10 процедур;

5. Гідролазерна терапія показана хворим на ЦД з ІХС без ознак стенокардії.

Методика: процедуру гідролазерної терапії розпочинають з прийняття душі на ділянку шиї, спини теплою водою на протязі 3-5 хв. Потім включають ГНЛ і обробляють ділянку комірцевої зони на протязі часу, враховуючи потужність апарата : 15 мВт – 5 хв., 20 мВт – 4 хв., 50 мВт – 1,6 хв.

Загальна доза за сеанс 15 Дж, на курс лікування 10-12 щоденних процедур.

Метод надає сприятливий вплив на реологічні властивості крові, антиоксидантну систему, газообмін, імунний гомеостаз, процеси теплообміну та обміну речовин, та гемодинаміку.

Протипоказання: недостатність кровообігу II–III ст., гіпертонічна хвороба III ст., ІХС в стадії загострення, новоутворення, туберкульоз в активній формі, схильність до кровотеч, підвищена температура тіла, наявність запальних процесів.

Крім лазерного випромінювання, в лікуванні ІХС у хворих на ЦД використовують цілий ряд інших фізичних методів, які, згідно з даними літератури, впливають на такі етіологічні моменти ІХС як гіперліпедемія, артеріальна гіпертензія, схильність до тромбоутворення, стрес.

Так, значного ефекту було досягнуто внаслідок комплексного відновлювального лікування хворих на ІХС, до складу якого увійшли процедури електросну (60-100Гц). При цьому зниження холестерину крові до кінця курсу становило 15%, триглицеридів – на 20%, у більшості хворих значно знижувався рівень ліпопротеїдів низької і дуже низької щільності.

Електросон

Електросон — метод впливу на центральну нервову систему постійним імпульсним струмом низької частоти (3-150 Гц), малої сили.

Механізм дії: при впливі цього струму на головний мозок виникає монотонне, ритмічне подразнення кори та підкоркової ділянки, де знаходяться такі утворення, як гіпоталамус, ядра зорових горбочків, ретикулярна формація, лімбічна система та інші, внаслідок чого настають гальмування та сон. Змінюється функціональний стан нервової системи, нормалізуються функції вегетативної нервової системи, артеріальний тиск, основний обмін, згортуюча система крові, активізується функція підкоркових структур головного мозку. Знижується емоційна збудливість, покращуються можливості міокарда, надає судиннорозширюючу дію. Особливо показаний хворим на цукровій діабет з церебральним склерозом, енцефалопатією.

Апаратура: «Електросон-1», «Електросон-2», «Мета» та ін.

Використовують очно-ретромастоїдальну методику накладання електродів: очні електроди розташовують на закритих віях та з'єднують з катодом, потиличні фіксують на пипкоподібних відростках скроневих кісток і з'єднують з анодом. Частота імпульсів струму дозується в Гц (від

2 до 150 Гц). Виділяють 3 діапазони: низькі частоти – 2-30 Гц, середні – 50-80 Гц, високі – 80-150 Гц. Тривалість процедур: від 20 до 60 хв., щодня або через день, на курс лікування 15-20 процедур.

Протипоказання: епілепсія, декомпенсовані пороки серця, непереносимість електричного струму, запальні захворювання очей, мокнучий дерматит обличчя.

Доведено також, що призначення електрофорезу гепарином за транскардіальною методикою, дециметрових хвиль на ділянку грудного відділу хребта, використання змінного електромагнітного поля у хворих з патологією серцево-судинної системи супроводжується зниженням підвищених показників згортання крові, активацією фібринолізу, зниженням толерантності плазми до гепарину тощо.

Встановлено, що дія слабоінтенсивного низькочастотного квазістаціонарного електростатичного поля від апарату «Інфіта-А» у хворих на гіпертонічну хворобу I стадії позитивним чином впливає на клінічні прояви захворювання, спричиняючи гіпотензивний ефект, покращує скоротливу функцію міокарду, знижує периферичний опір та покращує мікроциркуляцію, що дає можливість використовувати даний метод у хворих на цукровий діабет 2 типу з ІХС та гіпертонічною хворобою.

Призначення хворим на цукровий діабет з нейрокардіальною патологією високо специфічних імпульсних струмів низької частоти з переважним впливом на підкорково-стовбурові відділи головного мозку – метод мезодієнцефальної модуляції – сприяло підвищенню у периферичній крові опіоїдних пептидів (В- ендорфінів).

Одним з різновидів низькочастотних електромагнітних впливів є інтерфераційні струми (ІС). В минулому за браком апаратури для проведення інтерференцтерапії даний фізичний чинник використовувався недостатньо. Останнім часом все частіше призначають ІС при лікуванні гіпертонічної хвороби (церебрально та в ділянці нирок), а також кріоінтерференцтерапію. При їх трансцеребральному застосуванні активуються опіоїдні пептиди в антиноцицептивній системі стовбура головного мозку.

Таким чином, наведені дані свідчать, що фізіотерапевтичні методи лікування є патогенетично обґрунтованими щодо їх застосування при лікуванні хронічної ІХС у хворих на цукровий діабет, а використання подібної терапії можна вважати одним з провідних аспектів вторинної

профілактики та реабілітації хворих.

Фізіотерапія діабетичних ретинопатій

Діабетична ретинопатія являється одним із частих і важких ускладнень цукрового діабету, є однією із основних причин сліпоти. Вона виникає у 25 разів частіше, ніж у загальній популяції. Інвалідність з причини порушення зору має 10% хворих на ЦД. Ось чому рання діагностика і комплексна терапія, в тому числі і фізичні методи, мають важливе значення в профілактиці цього важкого ускладнення.

Із фізичних методів лікування використовують :

1. Магнітотерапія – призводить до збільшення гостроти зору, розсмоктуванню крововиливів у сітківку очей, зворотному розвитку ішемічного набряку сітківки.

Методика: струм безперервний 10-15 мТл, на область очей, зі зімкнутими повіками, тривалість процедури – 10-15 хв, на курс лікування 10-20 процедур, щоденно.

2. Електрофорез з гепарином.

Сила струму – до 1 мА.

Методика: очно-потилична. Тривалість проведення процедури: 15-20 хв, щоденно, на курс лікування 8-10 процедур.

Сприяє розсмоктуванню крововиливів, зменшенню помутніння склистого тіла. Підвищення зорових функцій.

3. Мікрохвильова резонансна терапія.

Використовують серійні генератори, які забезпечують вихідну потужність випромінювача до 8 мВт в необхідному діапазоні (25-80 Гц).

Методика: використовують БАТ: Х50, Х20. ХІV-20, тривалість проведення процедури – 30 хв., щоденно або через день, на курс лікування 10 процедур. МРТ сприяє зникненню періваскулярного набряку, зниженню агрегації формених елементів, знімає спазм в капілярному секторі судинного русла, прискоренню кровотоку.

З метою покращення мікроциркуляції і розвитку колатерального кровообігу застосовують ендоназальний електрофорез судиннорозширюючих (но-шпа, папаверин, нікотинова кислота) та розсмоктуючих препаратів (лідаза, лекозин).

Необхідно застерегти, що перед призначенням фізичних методів лікування діабетичної ретинопатії обов'язково повинна бути проведена

консультація окуліста для оцінки очного дна. При призначенні фіз. процедур необхідна також обережність у зв'язку з враженням мілких нервових волокон, які супроводжуються втратою больової чутливості, що приховує в собі ризик розвитку опіків, травматизації тканин.

Враховуючи велику кількість різних фізичних методів та широкоплановий спектр їх дії, важливим в клінічній практиці є правильна комбінація фізіотерапевтичних процедур в лікуванні хронічних ускладнень цукрового діабету та супутніх захворювань (табл. 13).

Таблиця 13

Сумісність лікувальних фізіотерапевтичних процедур

Метод фізіотерапії	Комбінується в один день	Комбінується в різні дні	Не комбінується
Гальванізація і електрофорез (методика загальної дії)	ДДТ, СМТ, електростимуляція, інтерференцтерапія, УВЧ, СВЧ, ароматичні ванни (крім скипідарних), парафін, озокерит	Електросон, ПеМП, індуктотермія, ультразвук, УФО загальне, грязелікування, радонові, сірководневі, вуглекислі ванни (загальні напівванни), душі високого тиску	
Гальванізація і електрофорез (місцеві і рефлекторні методики)	Електросон, електростимуляція, УВЧ, СВЧ, ПеМП, індуктотермія, ультразвук, УФО загальне, теплолікування, бальнеотерапія	Імпульсні струми (на ту саму зону), дарсонвалізація, радонові сірководневі вуглекислі ванни	УФО-місцеве
Імпульсні струми (ДДТ), СМТ, інтерференцтерапія, флюктуоризація, ЧЕНС	Електросон, дарсонвалізація, УВЧ, СВЧ, ПеМП, ультразвук, гідротерапія, бальнеотерапія, теплолікування	Гальванізація і електрофорез	З іншими імпульсними струмами УФО місцеве
УВЧ- і СВЧ-терапія (місцеві і рефлекторні методики)	Гальванізація, електрофорез, електростимуляція, імпульсні струми, ультразвук, УФО, бальнеотерапія	ПеМП, теплолікування, радонові, сірководневі, вуглекислі ванни, душі високого тиску	Дарсонвалізація, УВЧ, СВЧ, індуктотермія
Магнітотерапія (ПеМП)	Гальванізація, електрофорез (місцеві методики), електростимуляція, електросон, ДДТ, СМТ, УФО загальне, бальнеотерапія	Загальні методики гальванізації і електрофореза, УВЧ, СВЧ, ультразвук, УФО місцеві, теплолікування, радонові, сірководневі і вуглекислі ванни, душі	Індуктотермія
Дарсонвалізація (місцева)	Гальванізація і електрофорез, електросон, імпульсні струми, ПеМП, УФО загальне, парафін, озокерит, душі, бальнеотерапія	Ультразвук, грязелікування, радонові, сірководневі і вуглекислі ванни	УВЧ, СВЧ, індуктотермія, УФО місцеве

Ультразвукова терапія	Гальванізація, електрофорез (місцеві методики), електросон, імпульсні струми, УВЧ, СВЧ. УФО загальне, бальнеотерапія	Гальванізація і електрофорез (загальні методики), дарсонвалізація, ПеМП, індуктотермія, теплолікування, радонові, сірководневі, вуглекислі, вібраційні ванни, душі	УФО місцеве
УФО місцеве, лазерне випромінювання	Електросон, УФО, загальні, прісні та ароматичні (крім скипидарних) ванни, аерозольтерапія	На різні зони всі методи апаратної фізіотерапії крім ультразвука. Теплолікування, радонові, сірководневі, вуглекислі, мінеральні ванни, душі	Ультразвук
Загальна франклінізація	Гальванізація і електрофорез, імпульсні струми	Електросон, УВЧ, СВЧ, ПеМП, дарсонвалізація, індуктотермія, бальнеотерапія, теплолікування	
Теплолікування (загальні аплікації, вплив на рефлексогенні зони)	Гальванізація і електрофорез (місцеві методики), імпульсні струми, кліматотерапія	УВЧ, СВЧ, ПеМП, ультразвук, гідротерапія, бальнеотерапія, франклінізація, електросон	Теплолікування (інші методики), УФО
Теплолікування (місцеві методики)	Гальванізація і електрофорез, імпульсні струми, електросон, франклінізація, ультразвук, УФО загальне, бальнеотерапія	УВЧ, СВЧ, індуктотермія, радонові, сірководневі, вуглекислі ванни	Теплолікування (інші методики)
Ванни радонові, сірководневі, вуглекислі, скипидарні (загальні методики)	Імпульсні струми	Гальванізація, електрофорез, УВЧ, СВЧ, індуктотермія, ПеМП, дарсонвалізація, ультразвук, душі, бальнеотерапія (інші ванни)	
Ванни: газові, ароматичні, мінеральні та інші, крім вищевказаних (загальні методики)	Гальванізація, електрофорез, імпульсні струми, ПеМП, УВЧ, СВЧ, (місцеві методики)	Індуктотермія (теплові дози, активні методики), електросон, франклінізація, душі, інші ванни, теплолікування (інтенсивні методики)	

Описані вище методи, безумовно, не вичерпують всього спектра фізіотерапевтичних процедур, які застосовують при ЦД. Так, важливим етапом в реабілітації хворих є бальнеотерапія, особливо, в санаторіях, де відкриті спеціалізовані діабетологічні відділення (санаторій «Хмільник» з природними радоновими водами, «Авангард», Немирів, «Миргород», Трускавець, Березовські мінеральні води, «Сонячне Закарпаття», «Квітка Полонини» та інші), кліматотерапія, теплолікування, грязелікування, водолікування та інші.

Розділ 9

Фітотерапія в реабілітації хворих на цукровий діабет

Для лікування хворих на ЦД широко використовуються нетрадиційні, допоміжні засоби, що сприяють компенсації захворювання. Одним з таких методів є застосування рослинних цукрознижуючих засобів. Лікарські рослини і препарати, виготовлені з них, є додатковими засобами в комплексному лікуванні ЦД. Відомо більше 100 лікарських рослин, які мають цукрознижуючу дію. Ця особливість рослин віддавна використовувалася народною медициною. Механізм цукрознижуючої дії різних рослин різноманітний і не до кінця вивчений. Ряд рослин містять інсуліноподібні речовини, похідні гуанідину, аргініну, активні левулези, гіпоглікемізуючі речовини, до складу яких входить сірка.

При вивченні морфофункціональних змін підшлункової залози тварин на тлі застосування різних рослинних засобів відзначена стимуляція регенерації бета-клітин інсулярного апарату. Рослини збагачують організм хворого лужними радикалами. Збільшення лужного резерву організму сприяє підвищеному використанню глюкози тканинами і зниженню глікемії. Рослини багаті вітамінами, особливо групи В, що сприятливо позначається на метаболізмі. Гіпоглікемізуючий ефект деяких рослин пов'язаний зі змінами процесів всмоктування, а також із впливом на вегетосудинну збудливість, функцію печінки, зокрема глікогеноутворюючу, травного каналу, нирок.

Рослинні цукрознижуючі засоби при правильному їх застосуванні не дають побічних ефектів. Їх можна призначати хворим будь-якого віку незалежно від ступеня важкості ЦД і вираженості ангіонейропатій. У виді монотерапії на тлі дієти вони показані тільки при легкій формі ЦД. Іншим хворим їх можна рекомендувати як додатковий засіб одночасно з інсуліном чи похідними сульфанілсечовини. Така поєднана терапія в деяких хворих сприяє досягненню компенсації захворювання, його стабілізації, а у деяких дозволяє зменшити дозу інсуліну чи таблеток. В залежності від супутніх захворювань до складу лікарських зборів можна включати рослини, що володіють жовчогінною, сечогінною, проносною, заспокійливою дією.

Спираючись на досвід традиційної народної медицини, а також офіційні дані (С.М.Кит, И.С.Турчин, 1986), можна рекомендувати наступні найбільш уживані при ЦД рослинні засоби:

1. Листя чорниці - 50 г залити 1,5 склянки окропу, настояти 20 хв. Приймати по 1/2 склянки настою 3-4 рази на добу.

2. Чорниця звичайна (листя) - 100 г
Козлятник лікарський (трава)- 100 г
Бузина чорна (листя)- 50 г
Омела біла (трава) - 30 г
Змішати. 1 столову ложку збору, залити 1 склянкою окропу. Пити по 1 склянці 2-3 рази на день після їжі.

3. Чорниця звичайна (листя) - 100 г
Суниця лісова (листя) - 60 г
Липа серцеподібна (квітки) - 40 г
Коров'як (квітки) - 30 г
Змішати. 1 столову ложку залити 1 склянкою окропу. Приймати по 1 склянці 2-3 рази на день.

4. Чорниця звичайна (листя) - 50 г
Квасоля звичайна (лушпиння) - 50 г
Змішати. 2 столові ложки збору залити 500 мл води. Кип'ятити 10 хв, випити протягом дня.

5. Чорниця звичайна (листя) - 50 г
Кропива дводомна (листя) - 50 г
Бузина чорна (листя)- 20 г
Змішати. 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, настояти 20 хв., випити протягом дня.

6. Брусниця звичайна (листя) - 100 г
Дягель лікарський (корінь) - 50 г
Рута звичайна (листя) - 50 г
Змішати. 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу. Кип'ятити 10 хв., пити по 1 склянці 2 рази на день після їжі.

7. Хвощ польовий (трава) – 100 г
Суниця лісова (листя) - 50 г
Горець пташиний (трава) - 100 г
Змішати. 2 столові ложки збору залити 2 склянками окропу, настояти 20 хв., пити по 1 склянці 2 рази на день після їжі.

8. Козлятник лікарський (трава) - 100 г

Козлятник лікарський (насіння) - 50 г

Змішати. 1 чайну ложку збору залити 1 склянкою холодної води, довести до кипіння, кип'ятити 10 хв.. Пити по 1 склянці 3 рази на день перед їжею.

9. Чорниця звичайна (листя) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 25 г

Береза бородавчаста (листя) - 25 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 25 г

Змішати. 1 столову ложку збору залити 2 склянками води, кип'ятити 10 хв., випити протягом дня.

10. Чорниця звичайна (листя) - 50 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 50 г

Кропива дводомна (трава) - 50 г

Кульбаба лікарська (корінь з листям) - 50 г. Змішати. 2 столові ложки збору залити 500 мл води, кип'ятити до 1/3 обсягу, випити протягом дня.

11. Козлятник лікарський (трава) - 100 г

1 столову ложку залити 1 склянкою води, кип'ятити 10 хв., пити по 1 склянці 3 рази на день.

12. Чорниця звичайна (листя) - 40 г

Козлятник лікарський (трава) - 40 г

Кропива дводомна (листя) - 40 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 30 г

Шавлія лікарська (листя) - 10 г

Кульбаба лікарська (корінь) – 10 г

Змішати. 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, настояти 20 хв., пити по 1 столовій ложці 3 рази в день перед їжею.

13. Чорниця звичайна (листя) - 20 г

Квасоля звичайна (лушпиння) – 20 г

Козлятник лікарський (трава) - 20 г

М'ята перцева (листя) - 20 г

Змішати. Залити 1 склянкою окропу, кип'ятити 10 хв. Пити по 1 столовій ложці 3 рази на день перед їжею.

14. Чорниця звичайна (листя) - 20 г

Козлятник лікарський (трава) - 20 г

Кропива дводомна (трава) - 20 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 20 г

Кульбаба лікарська (корінь) - 20 г. Змішати. 1 столову ложку збору

залити 600 мл кип'яченої води, настояти 20 хв., прийняти в 3 прийоми.

15. Чорниця звичайна (листя) - 20 г

Кульбаба лікарська (корінь) - 20 г

Кропива дводомна (листя) - 20 г

Змішати. 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, настояти 20 хв. Пити по 1/2 склянки 3 рази на день перед їжею.

16. Дріжджі пивні - 100 г

Приймати усередину по 20 г у невеликій кількості молока 2 рази на день через 15 хв. після їжі протягом 2-4 тижнів.

17. Квасоля звичайна (лушпиння) - 100 г

Залити 1 л кип'яченої води, кип'ятити до 500 мл. Отриманий відвар випити протягом дня.

18. Козлятник лікарський (трава) - 3 г

Залити 1 склянкою окропу, настояти 10 хв. Пити по 1 столовій ложці 5-6 разів на день.

19. Квасоля звичайна (лушпиння) –10 г

Кропива дводомна (листя) –10 г

Береза бородавчаста (листя) - 20 г

Чорниця звичайна (листя) - 60 г

Змішати. 1 столову ложку збору заварити в 1 склянці води. Пити 2-3 рази на день по 1 склянці відвару.

20. Звіробій звичайний (трава) - 25 г

Кульбаба лікарська (корінь із травою) - 25 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 25 г

Чорниця звичайна (листя) - 25 г

Змішати. 2 столові ложки збору залити 500 мл окропу, кип'ятити 10 хв. Приймати по 1 склянці 2-3 рази на день.

21. Чорниця звичайна (листя) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 20 г

Кульбаба лікарська (корінь) - 20 г

Осока піщана (кореневище) - 20 г

Бедренець ломикаменевий (корінь) - 20 г

Шавлія лікарська (листя) - 20 г

Бузина чорна (квітки) - 20 г

Волошка синя (трава) - 20 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 20 г

Змішати. 1 столову ложку залити 1 склянкою окропу, настояти 20 хв. Випити протягом дня за 3-4 рази.

22. Омежник (плоди) - 20 г
Окопник лікарський (корінь) - 20 г
Лопух великої (корінь) - 20 г
Горець пташиний (трава) - 20 г
Козлятник лікарський (трава) - 40 г
Змішати. 2 столові ложки залити 500 мл окропу, настояти 20 хв.
Приймати по 1 склянці 3-4 рази на день.

23. Лавровий лист (10 листів) залити 3 склянками окропу, настояти 2-3 год. Приймати по 1/2 склянки 3 рази на день.

24. Збір "Арфазетин":
Чорниця звичайна (листя) - 20 г
Квасоля звичайна (лушпиння) - 20 г
Аралія маньчжурська (кореневище з коренями заманихи) -15 г
Шипшина(плоди) - 15 г
Хвощ польовий (трава) – 10 г
Зверобой звичайний (трава) – 10 г
Ромашка аптечна (квітки) – 10 г
Вміст одного пакета (100 г) залити 400 мл (2 склянки) окропу, нагрівати в киплячій водяній бані 15 хв., остудити при кімнатній температурі не менше 45 хв., процідити. Сировину, що залишилася, віджати. Обсяг отриманого настою довести до 400 мл. Приймати по 1/2 - 1/3 склянки 2-3 рази на день у теплому вигляді.

25. Топінамбур (земляна груша). Містить 5,3% білка, 0,5% жиру, 2,5-3.5% фруктози, до 20% інсуліну.

Вміст вуглеводів у бульбах складає від 8% (при зборі в жовтні) до 13-18% (у листопаді-грудні). Страви з топінамбура можна включати в меню з урахуванням вмісту в них вуглеводів. Цукрознижуючою властивістю володіє також сік топінамбура.

26. Манжетка звичайна (трава) - 20 г
Чорниця звичайна (листя) - 40 г
Яловець звичайний (плоди) - 20 г
Льон звичайний (насіння) - 20 г
Змішати. 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу
Настояти 30 хв. Приймати по 1 столовій ложці 2-3 рази на день.

27. Жостір вільхоподібний (кора) –10 г
Береза повисла (листя) –10 г
Брусниця звичайна (листя) - 40 г
Козлятник лікарський (трава) - 40 г
Змішати. 1 чайну ложку збору залити 1 склянкою крутого окропу, настояти 30 хв. Приймати по 1 склянці настою 3 рази на день після їжі.

28. Мучниця звичайна (листя) - 25 г

Валеріана лікарська (корінь) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 25 г

Чорниця звичайна (листя) - 25 г

Змішати. 1 чайну ложку збору залити 1 склянкою крутого окропу, настояти 30 хв. Приймати по 1 склянці настою 3 рази на день перед їжею.

29. Овес посівний (зерна) - 100 г

Залити 3 склянками води, кип'ятити протягом 1 год., настояти 7-8 год., процідити і приймати по 1/2 склянки 3-4 рази на день до їжі.

30. Лопух великий (корінь).

1 чайну ложку здрібненого кореня залити 2 склянками крутого окропу, залишити на ніч, процідити. Випити протягом дня.

31. Квасоля звичайна (стручки) - 15-20 г

Залити 1 л води, варити протягом 3-4 год. Випити 1/2 л протягом дня.

32. Капуста білокачанна.

Сік свіжої капусти приймати по 1/2 склянки 3 рази на день.

33. Корінь кульбаби.

1 чайну ложку здрібненого кореня залити 1 склянкою окропу, настояти 20 хв., остудити, процідити. Приймати протягом дня (3-4 прийоми).

34. Горіх волоський (листя).

1 столову ложку лися залити 1 склянкою окропу, настояти 30 хв. Приймати протягом доби.

35. У рівних частинах:

Чорниця звичайна (листя)

Квасоля звичайна (лушпиння)

Льон корисний (насіння)

Овес посівний (зелена солома)

3 столові ложки заливають у термосі на ніч 0,5 л крутого окропу. Приймати в 3 прийоми за півгодини до їжі в теплому виді.

36. У рівних частинах:

Чорниця звичайна (листя)

Квасоля звичайна (лушпиння)

Шовковиця біла чи чорна (листя)

Лавр шляхетний (листя)

Настої: 2-3 столові ложки суміші на 0,5 л води. Приймати по 1 склянці 3-4 рази на день до їжі.

37. Манжетка звичайна (трава) - 1 частина

Яловець звичайний (плоди) - 2 частини

Льон корисний (насіння) - 2 частини

Чорниця звичайна - 4 частини.

Настій: 1 столова ложка на 1 склянку води. Приймати по 1 склянці 3-4 рази на день перед їжею.

38. У рівних частинах:

Чорниця звичайна (листя)

Мучниця звичайна (листя)

Козлятник лікарський (трава)

Валеріана лікарська (кореневище з коренями)

Відвар: 1 чайна ложка суміші на 200 мл води. Приймати по 1 склянці 3 рази на день до їжі.

39. Козлятник лікарський (трава) - 4 частини

Чорниця звичайна (листя) - 4 частини

Береза бородавчаста (листя) - 1 частина

Жостір ламкий (кора) - 1 частина

Відвар: 1 столова ложка на 200 мл води. Приймати по 1 склянці 2 рази на день перед їжею.

40. Козлятник лікарський (трава) - 2 частини

Горець пташиний (трава) - 1 частина

Лопух великої (корінь) - 1 частина

Окопник лікарський (корінь) - 1 частина

Відвар: 1 столова ложка на 200-мл води. Приймати по 1 склянці 2-3 рази на день до їжі.

41. Чорниця звичайна (листя) - 1 частина

Льон корисний (насіння) - 1 частина

Яловець звичайний (плоди) - 1 частина

Манжетка звичайна (трава) - 0,5 частини

Відвар: 1 столова ложка на 200 мл води. Приймати по 1 склянці 2-3 рази на день до їжі.

42. У рівних частинах:

Кукурудзяні стовпчики з рильцями

М'ята перцева (листя)

Козлятник лікарський (трава)

Квасоля звичайна (лушпиння)

Настій: 3 столові ложки суміші на 2 склянки води. Приймати по 1/2 склянки 2 рази на день до їжі.

43. У рівних частинах:

Лопух великий (корінь)

Квасоля звичайна (лушпиння)

Чорниця звичайна (листя)

Горіх волоський (листя)

Відвар: 1 столова ложка збору на 1 склянку води. Приймати по 5-6 склянок на день.

44. Коров'як пустоцвітний (квіти) - 3 частини

Липовий цвіт - 4 частини

Чорниця звичайна (листя) - 10 частин

Суниця лісова (листя) - 6 частин

Настій: 1 столова ложка на 1 склянку води. Приймати по 1/2 склянки 3 рази на день до їжі.

45. Чорниця звичайна (листя) - 10 частин

Козлятник лікарський (трава) - 10 частин

Бузина чорна (квітки) - 5 частин

Омела біла (трава) - 5 частин

Настій: 1 столову ложку збору на 200 мл окропу. Приймати по 2-3 склянки 2-3 рази на день.

46. Чорниця звичайна (листя) - 10 частин

Суниця лісова (листя) - 6 частин

Липа крупнолистова (квітки) - 4 частини

Коров'як скипетроподібний - 3 частини.

Настій: 1 столову ложку збору на 200 мл окропу. Приймати по 1 склянці 2-3 рази на день після їжі.

47. У рівних частинах:

Козлятник лікарський (трава)

Береза бородавчаста повисла (листя)

Чорниця звичайна (листя)

Квасоля звичайна (лушпиння)

Настій: 1 столову ложку збору на 400 мл води, кип'ятити 10 хв. Приймати протягом дня.

48. У рівних частинах:

Квасоля звичайна (лушпиння)

Чорниця звичайна (листя)

Кропива дводомна (трава)

Кульбаба лікарська (корені і трава)

Настій: 2 столові ложки збору на 500 мл води, кип'ятити до 1/3 обсягу. Приймати протягом дня.

49. Квасоля (стручки) - 2 частини

Чорниця (листя) - 3 частини

Овес (солома) - 3 частини

Усе дрібно нарізати.

Льон (насіння) - 1 частина

Складний відвар:

3 столові ложки суміші на 3 склянки окропу, кип'ятити протягом 20 хв. П'ють відвар по три столові ложки 3 рази на день.

Простий відвар:

15 г суміші на 300 мл води.

П'ють по 2 столові ложки 3 рази на день.

50. Чорниця звичайна (листя) - 30 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 20 г

Козлятник лікарський (трава) - 20 г

М'ята перцева (листя) - 20 г

Змішати, залити 1 склянкою окропу, кип'ятити 10 хв. Пити по 1 столовій ложці 3 рази на день перед їжею.

51. Звіробій звичайний (трава) - 25 г

Кульбаба лікарська (корінь із травою) - 25 г

Чорниця звичайна (листя) - 25 г

Квасоля звичайна (лушпиння) - 25 г

Змішати 2 столові ложки збору, залити 500 мл окропу, кип'ятити 10 хв. Пити по 1 столовій ложці 2-3 рази на день.

52. Манжетка звичайна (трава) - 20 г

Чорниця звичайна (листя) - 40 г

Яловець звичайний (плоди) - 20 г

Льон звичайний (насіння) - 20 г

Змішати, 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, настояти 30 хв. Пити по 1 столовій ложці 2-3 рази на день.

53. Валеріана лікарська (корінь) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 25 г

Чорниця звичайна (листя) - 25 г

Синюха блакитна (корінь) - 35 г

Змішати. 1 столову ложку збору залити 1 склянкою окропу, настояти. Пити по 1 столовій ложці 3-4 рази на день.

54. Чорниця звичайна (листя) - 20 г

Брусниця (листя) - 20 г

Кульбаба лікарська (листя) - 20 г
Кропива дводомна (листя) - 20 г
Змішати. 1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв, процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день до їжі.

55. Чорниця (листя) - 35 г
Горець пташиний (трава) - 35 г
Кульбаба (листя) - 25 г
Кропива дводомна - 25 г
Змішати. 1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти, процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

56. Чорниця (листя) - 25 г
Брусниця (листя) - 25 г
Горець пташиний (трава) - 25 г
Козлятник лікарський (трава) - 25 г
Змішати. 1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти, процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

57. Чорниця (листя) - 25 г
Кульбаба (листя) - 25 г
Кропива дводомна - 25 г
Хвоц польовий - 25 г
1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., процідити. Приймати по третині склянки 2-3 рази на день перед їжею протягом місяця.

58. Чорниця (листя) 25 г
Хвоц польовий 25 г
Горець пташиний (трава) 25 г
Золототисячник (трава) - 25 г
1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти, процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

59. Горець пташиний (трава) 25 г
Кульбаба лікарський (листя) 25 г
Хвоц польовий 25 г
Золототисячник (трава) 25 г
1 столову ложку збору залити 300 мл окропу прокип'ятити 5 хв., настояти 15 хв., процідити. Приймати по столовій ложці 2-3 рази на день.

60. Чорниця (листя) 25 г

Шовковиця (листя) 20 г
Кульбаба лікарський (листя) 30 г
Первоцвіт лікарський (листя) 20 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 15-20 хв., процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

61. Чорниця (листя) - 25 г
Подорожник великий (листя) 25 г
Кульбаба лікарський (листя) - 25 г
Кропива дводомна - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по півсклянки 3-4 рази на день за 20 хв. до їжі.

62. Чорниця (листя) 25 г
Кропива дводомна 25 г
Шовковиця (листя) 25 г
Бузина чорна (квіти) 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу прокип'ятити 3 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по півсклянки 3 4 рази на день за 20 хв. до їжі.

63. Горець пташиний (трава) 25 г
Хвощ польовий - 25 г
Кропива дводомна 25 г
Вівчарська сумка звичайна 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 10 хв., настояти 5 хв., процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

64. Козлятник лікарський (трава) - 25 г
Подорожник ланцеподібний (листя) - 25 г
Горець пташиний (трава) - 25 г
Хвощ польовий - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по третині склянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

65. Козлятник лікарський (трава) - 25 г
Мучниця (листя) - 25 г
Брусниця (листя) – 25 г
Чорниця (листя) - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, процідити. Приймати по третині склянки 2-3 рази на день за 30 хв. до їжі.

66. Козлятник лікарський (трава) - 25 г

Чорниця (листя) - 25 г

Шовковиця (листя) - 25 г

Горець пташиний (трава) - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 15 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

67. Шовковиця (листя) - 25 г

Чорниця (листя) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 25 г

Первоцвіт лікарський - 25 г

1 десертну ложку збору залити 300 мгл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по півсклянки 3-4 рази на день за 20 хв. до їжі.

68. Мучниця (листя) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 25 г

Чорниця (листя) - 25 г

Валеріана (корінь) – 10 г

Перших три компоненти залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 10 хв., процідити Корінь валеріани залити 150 мл води, прокип'ятити 10 хв., настояти 10 хв., процідити. Змішати компоненти. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

69. Первоцвіт лікарський (листя) - 25 г

Кульбаба лікарська (листя) – 25 г

Кропива дводомна (листя) - 25 г

Яснотка біла (листя) - 25 г

1 десертну ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по півсклянки 3-4 рази на день за 20 хв. до їжі.

70. Лопух великий - 35 г

Цикорій звичайний - 35 г

Хвощ польовий - 25 г

Подорожник ланцеподібний (листя) 35 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 30 хв., процідити. Приймати по третині склянки 2-3 рази на день перед їжею.

71. Яловець (плоди) - 20 г

Льон (насіння) - 20 г

Брусниця (листя) - 25 г

Чорниця (листя) - 25 г

1 столову ложку збору залити 400 мл окропу, прокип'ятити 10 хв., настояти, процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

72. М'ята перцева (листя) - 25 г

Яловець (плоди) - 30 г

Козлятник лікарський (трава) - 35 г

Чорниця (листя) - 25 г

1 столову ложку збору залити 400 мл окропу, прокип'ятити 10 хв., настояти, процідити. Приймати по півсклянки 3-4 рази на день до їжі.

73. Глід (плоди) - 20 г

Чорниця (листя) - 25 г

Сухоцвіт болотний - 25 г

Пустирник звичайний - 25 г

1 столову ложку збору залити 400 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти, процідити. Приймати по півсклянки 2-3 рази на день за 20 хв. до їжі.

74. Чорниця (листя) - 25 г

Мучниця (листя) - 25 г

Квасоля (стручки) - 25 г

Горець пташиний (трава) - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 30 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

75. Чорниця (листя) - 25 г

М'ята перцева (листя) - 25 г

Мучниця (листя) - 25 г

Шовковиця (листя) - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

76. Чорниця (листя) - 25 г

Ожина (листя) - 25 г

Шипшина звичайний (ягоди) - 20 г

Суниця (листя) - 30 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 30 хв., процідити. Приймати по півсклянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

77. Горіх волоський (листя) - 25 г

М'ята перцева (листя) - 25 г

Горець пташиний (трава) - 25 г

Козлятник лікарський (трава) - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

78. Смородина чорна (листя) - 25 г

Горіх волоський (листя) - 25 г

Суниця лісова (листя) - 25 г

Шовковиця (листя) - 25 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

79. Цикорій звичайний (листя) - 20 г

Горіх волоський (листя) - 20 г

Брусниця (листя) – 20 г

Мучниця (листя) - 20 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 10 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 30 хв. до їжі.

80. Суниця лісова (листя) - 25 г

Звіробій продірявлений – 10 г

Цикорій звичайний (листя) - 20 г

Мучниця (листя) - 20 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 4 хв., настояти 30 хв., процідити. Приймати по чверті склянки 3 рази на день за 30 хв. до їжі.

81. Шовковиця (листя) - 25 г

Ожина (листя) - 25 г

Кропива дводомна (листя) - 15 г

Земляника лісова (квіти) – 10 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 30 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день після їжі.

82. Мучниця (листя) - 20 г

Глід (квітки) - 10 г

Первоцвіт лікарський (листя) - 15 г

Шовковиця (листя) - 20 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати 3 рази на день до їжі.

83. Суниця лісова (листя) - 15 г

Цикорій звичайний (листя) – 20 г

Горець пташиний (трава) – 10 г

Кульбаба (листя) - 15 г

1 столову ложку збору залити 200 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день до їжі.

84. Брусниця (листя) - 15 г

Ожина (листя) - 20 г

Шовковиця (листя) - 20 г

М'ята перцева (листя) - 5 г

1 столову ложку збору залити 250 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

85. Глід (квіти) - 15 г

Суниця (квіти) – 10 г

Ожина (листя) - 20 г

Брусниця (листя) - 5 г

1 столову ложку збору залити 200 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день до їжі.

86. Безсмертник (квіти) - 5 г

М'ята перцева - 5 г

Звіробій продірявлений (квіти) - 15 г

Золототисячник - 3 г

1 столову ложку збору залити 200 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази в день до їжі.

87. Кульбаба (листя) - 30 г

Ожина (листя) – 10 г

М'ята перцева (листя) - 5 г

Смородина чорна (листя) - 15 г

1 столову ложку збору залити 200 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по 2-3 ложки 3 рази на день до їжі.

88. Шовковиця (листя) – 30 г

Хвощ польової (трава) – 10 г

Суниця (листя) – 10 г

Кропива дводомна (листя) - 10 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день до їжі.

89. Горіх волоський (листя) – 10 г

Шовковиця (листя) - 20 г

Кропива дводомна (листя) - 15 г

М'ята перцева (листя) - 5 г

1 столову ложку збору залити 250 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по чверті склянки 3 рази на день до їжі.

90. Брусниця (листя) - 15 г

Первоцвіт лікарський (листя) – 10 г

Ожина (листя) - 15 г

Козлятник лікарський (листя) - 20 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., процідити. Приймати по півсклянки 3 рази на день після їжі.

91. Смородина чорна (листя) - 15 г

Чорниця (листя) - 20 г

Горець пташиний (трава) - 15 г

Цикорій звичайний (трава) - 20 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 3 хв., настояти 30 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день до їжі.

92. Квасоля (лопатки бобів) - 20 г

Шовковиця (листя) - 20 г

Звіробій продірявлений – 10 г

Золототисячник - 5 г

1 столову ложку збору залити 200 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день за 20 хв. до їжі.

93. Козлятник лікарський (листя) - 20 г

Квасоля (лопатки бобів) - 20 г

М'ята перцева (листя) - 5 г

Безсмертник (квіти) - 5 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази в день за 20 хв. до їжі.

94. Подорожник великої (листя) - 15 г

Шовковиця (листя) - 15 г

Козлятник лікарський (листя) - 20 г

Горець пташиний (трава) – 10 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази в день за 20 хв. до їжі.

95. Кукурудзяні рильця – 10 г

Безсмертник (квітки) - 5 г

Чорниця (листя) - 30 г

Шипшина (здрібнені плоди) - 10 г

1 столову ложку збору залити 300 мл окропу, прокип'ятити 5 хв., настояти 1 годину, процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день після їжі.

96. Бузина трав'яниста (корінь) - 30 г

Лопух (корінь) - 50 г

Квасоля (стулки) - 50 г

Чорниця (листя) - 50 г

50 г здрібненого збору заливають 1 л води, настоюють усю ніч, ранком кип'ятять 5-7 хв., потім дають охолонути, проціджують, легко віджимають, залишок і весь відвар випивають за день у 6 прийомів.

97. Чорниця (листя) - 1 частина

Квасоля (сухі стулки) - 1 частина

Льон (насіння) - 1 частина

Вівсяна солома - 1 частина

3 столові ложки збору на 3 склянки води, кип'ятити 10 хв., настояти, закутавши, 30-40 хв., процідити. Приймати по чверті склянки 6-8 разів на день.

98. Чорниця (листя) - 50 г

Квасоля (стручки) - 50 г

Козлятник лікарський (трава) - 50 г

М'ята (листя) - 50 г

2 столові ложки збору залити 0,5 л крутого окропу, настояти 30 хв., процідити. Приймати по третині склянки 3 рази на день до їжі.

99. Чорниця звичайна (листя) - 100 г

Суниця лісова (листя) - 60 г

Липа серцеподібна (квітки) - 40 г

Коров'як (квітки) - 30 г

Змішати 1 столову ложку залити 1 склянкою окропу. Приймати по 1 склянці 3 рази на день.

Рівень глюкози в крові знижують настойки лимонника, женьшеня, заманихи, аралії – по 25-30 крапель 3 рази на день до їжі, екстракт левзеї рідкий – по 20-30 крапель 3 рази на день до їжі, екстракт родіоли рідкий – по 5-10 крапель 2-3 рази на день до їжі, екстракт елеутерокока – по 20-30 крапель 2-3 рази на день до їжі. Однак ці препарати протипоказані при нервових порушеннях, безсонні, підвищеному артеріальному тиску, порушенні серцевої діяльності.

Крім того, рівень глюкози в крові знижує і настойка часнику – по 10-20 крапель 2-3 рази на день.

Кількісний склад інгредієнтів у лікарських зборах зустрічається найрізноманітніший. Вони можуть містити до декількох десятків рослин, але найчастіше кількість інгредієнтів коливається від 3 до 7 рослин.

Рекомендацій з використання лікарських зборів безліч. У випадку хронічних захворювань лікарські препарати приймають протягом одного місяця з наступною 5-10 денною перервою чи протягом 2-3 місяців з наступною перервою. При безупинному прийомі зборів протягом 2-3 місяців доцільно мати 3-4 збори різних рослин односпрямованої дії і, щоб уникнути звикання до них, чергувати кожний із зборів через 10-15 днів протягом зазначеного періоду, а потім зробити перерву.

Звичайно при лікуванні лікарськими рослинами поліпшення настає через кілька днів, але стійкого ефекту вдається досягти лише при тривалому (не менш ніж півроку) і регулярному прийомі трав. Відсутність позитивного ефекту протягом 2-3 тижнів є, як правило, підставою для заміни збору. Лікування багатокomпонентними лікарськими зборами, як правило, більш ефективно, чим однією рослиною. Необхідно також пам'ятати, що при складанні збору потрібно враховувати індивідуальні особливості хворого і наявність супутніх захворювань.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Однією з найбільш актуальних проблем, направлених на оптимізацію медико-експертної допомоги населенню, є реабілітація інвалідів. Питання реабілітації хворих і інвалідів залишаються актуальними як у всьому світі, так і в Україні.

Це стосується і цукрового діабету – важкого, хронічного захворювання, ускладнення якого є причиною ранньої інвалідності і смертності хворих.

В свій час (1989 р.) Сент-Вінсентська декларація поставила перед лікарями і науковцями завдання зменшити на третину число випадків сліпоти серед хворих на діабет, на третину зменшити кількість хворих, що потребують хронічного діалізу або трансплантації нирок, удвічі зменшити кількість ампутацій з приводу діабетичної гангрени. Це – ті орієнтири, на яких повинна ґрунтуватися національна програма допомоги хворим на ЦД, яка і на сьогоднішній день продовжує роботу в цьому напрямку.

Для виконання цієї програми необхідна чітка поетапна система медико-соціальної реабілітації хворих на ЦД.

Програмою вирішення проблеми інвалідності в Україні була передбачена організація в кожній області Центра медико-соціальної реабілітації інвалідів. Однак, в нашій країні концепція реабілітації не має ще достатньо чіткого наукового обґрунтування з послідовними практичними рекомендаціями по впровадженню.

За визначенням ВООЗ, реабілітація – це процес цілеспрямований і обмежений в часі, який дає можливість інваліду досягнути оптимального фізичного, розумового та соціального рівня функціонування і змінити якість життя.

В останній час актуальність реабілітації привела до того, що термін “медична реабілітація” часто використовують для визначення будь-якого відновного лікування, доліковування і навіть традиційного лікування. Як відмічають А.Ф.Башмаков та співавт. (1998), про медичну реабілітацію слід говорити лише в тих випадках, коли повноцінне лікування направлено проти інвалідності (ймовірної, явної, а також прогресуючої), тобто, з цієї точки зору, медична реабілітація – це лікування патологічного стану, що загрожує настанням інвалідності; або

направлено на зниження вже існуючої інвалідності; або переслідує цілі відвернення обваження інвалідності при прогресуючому патологічному процесі.

На наш погляд, повинна бути чітка поетапність і наступність в реабілітації хворих на ЦД: стаціонарний, амбулаторно-поліклінічний і санаторно-курортний етапи.

Рання реабілітація, або реабілітація на першому етапі, проводиться одразу після встановлення діагнозу “Цукровий діабет” або порушення тесту толерантності до глюкози. Вона передбачає заходи фармакологічної корекції вуглеводного, жирового обміну, при потребі – корекції серцево-судинної системи (особливо – при супутніх захворюваннях, таких, як ІХС та гіпертонічна хвороба, облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок, атеросклероз судин головного мозку), дієтотерапія, навчання хворого в школі цукрового діабету та нормалізація психоемоційного стану хворого.

Пізня реабілітація має свої особливості з точки зору її організації. Вона передбачає оптимальну адаптацію хворого до соціального життя. Її мета – зменшення вираженості судинних та неврологічних порушень, скорочення інвалідності. В основному ця реабілітація проводиться за місцем проживання хворого. Важливо, щоб вона носила безперервний характер; потрібно досягати постійної компенсації вуглеводного обміну та контролювати стан серцево-судинної системи.

Необхідною умовою успішної реабілітації та забезпечення незалежної життєдіяльності хворого після виписки з ендокринологічного диспансеру є тісний зв'язок між ендокринологічним відділенням та поліклінікою за місцем проживання. Пацієнт повинен мати можливість продовжувати медичну та соціальну реабілітацію. Важливо враховувати такі аспекти, як ефективність та економічну доступність.

Важливим показником якості реабілітації є реінтеграція, реадаптація хворого до побуту, праці, тобто, повернення його до активного життя. На жаль, служба реабілітації в Україні знаходиться на недостатньо високому рівні.

Для цього повинен бути розроблений статус профільного реабілітаційного відділення, науково обґрунтований його штат, обладнання і медичне забезпечення, наявність обов'язкових допоміжних методів лікування, як-то: фізіотерапії, лікувальної фізкультури,

механотерапії, лікувального масажу, рефлексотерапії, нетрадиційних методів лікування, психотерапії та ін. Враховуючи, що медична реабілітація здійснюється також і у важких хворих і інвалідів, реабілітаційне лікування, порівнюючи з традиційним, повинно бути більш тривалим і насиченим, в зв'язку з чим виникає необхідність наукової розробки приблизних оптимальних середніх термінів його тривалості і, відповідно, перебування хворого на ліжку.

Лікар реабілітаційного відділення повинен перед випискою хворого скласти перспективний індивідуальний план реабілітаційних заходів і контролювати реалізацію вказаного плану до його повного здійснення або до визнання хворого інвалідом. Коли хворий ЦД визнається інвалідом, лікар-реабілітолог на МСЕК складає на нього індивідуальну програму реабілітації, контролює її виконання, а після проходження реабілітаційних етапів лікувально-профілактичний заклад направляє відривний талон на МСЕК.

Для НДІ, які займаються реабілітацією інвалідів, доцільно створення банку даних на хворих та інвалідів, які підлягають реабілітації, а також на тих, хто отримав реабілітаційне лікування і має потребу в диспансеризації, повторних курсах лікування, професійній і соціальній реабілітації. Розроблені комплексні програми медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок цукрового діабету необхідно більш широко використовувати в практичній діяльності центрів медико-соціальної експертизи і реабілітаційних закладів при формуванні індивідуальних програм реабілітації даного контингенту інвалідів з врахуванням віку, статі, групи інвалідності і важкості захворювання з метою їх адаптації та інтеграції в сім'ю і суспільство.

На наш погляд, одним із центрів медичної, професійної та соціальної реабілітації хворих на цукровий діабет в Україні може стати Подільський або Вінницький регіон. Для цього є всі умови – це в першу чергу – база НДІ реабілітації інвалідів, який розташований в м. Вінниці і може виконувати роль науково-методичного центру, кафедра ендокринології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Вінницький обласний клінічний високо спеціалізований центр з відділенням реабілітації і санаторій «Хмільник» та «Авангард» (м. Немирів).

Безумовно, в умовах економічних труднощів, які переживає на даний час Україна, швидка реалізація перерахованих аспектів представляється вельми утрудненою, однак робота в названих напрямках повинна бути розпочата уже зараз, що буде сприяти повноцінному і всебічному наданню допомоги хворим на ЦД, зменшенню важкості інвалідності і зниження рівня первинного виходу на інвалідність.

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. Башмаков А. Ф. Состояние и возможности оптимизации медицинской реабилитации инвалидов в профильных научно-исследовательских институтах Украины / Башмаков А. Ф., Михайловская Л. В., Штанько И.Я. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межведомственный сборник научных трудов, т. 2. – Днепропетровск, 1998. – С. 210-216.
3. Будрейко О. А. Ускладнення цукрового діабету I типу в дітей та підлітків (огляд літератури та власні дані) / Будрейко О. А. // Український журнал дитячої ендокринології. – 2012. – № 1. – С. 27-35.
4. Василенко О. Ю. Научное обоснование современных подходов в медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета / Василенко О. Ю. // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – № 4 (36). – С. 110-118.
5. Василенко О. Ю. Основные принципы оценки ограничений жизнедеятельности при эндокринных заболеваниях / О. Ю. Василенко, Ю.А. Смирнова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М. – 2009. – № 2. – С. 6-9.
6. 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.
7. 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. - №2 (43). – 2013. – С. 34-37.
8. Вернигородська М.В. Стан толерантності до фізичного навантаження у хворих на цукровий діабет і його значення в медико-соціалній експертизі та медичній реабілітації / Вернигородська М.В., Забур'янова В.Ю., Вернигородський В.С. // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2012. - №1. - С. 22-24.
9. Вернигородський В.С. Комплексна програма реабілітації хворих на цукровий діабет: Посібник / Вернигородський В.С., Шевчук В.І.,

- Вернигородська М.В. – Вінниця, 2003. – 80 с.
10. Епідеміологія цукрового діабету / Тронько М.Д., Єфімов А.С., Кравченко В.І., Паньків В.І. - Київ: Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України, 1996. – 152 с.
 11. Ипатов А. В. Актуальные проблемы диагностики, реабилитации, социальной интеграции больных и инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Ипатов А. В., Сергиени Е. В., Лихолат Е. А. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В.Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 26-35.
 12. Ипатов А.В. Инвалидность внаслідок хвороб ендокринної системи: стан, тенденції та медико-соціальні проблеми / А.В. Іпатов // Ендокринологія. – 2003. – Т. 8. – №2. – С. 150-157.
 13. Ипатов А.В. Инвалидность внаслідок хвороб ендокринної системи: стан, тенденції та медико-соціальні проблеми / Іпатов А.В. // Ендокринологія. - 2003. - Т.8. - №2. - С.150-157.
 14. Индивидуальный подход к ведению пациентов с гипергликемией на фоне сахарного диабета 2го типа (Рекомендации Американской диабетической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета) / Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Vuse и др. // Міжнародний ендокринологічний журнал. – № 3(43), 2012. – С. 83-103.
 15. Кравчун Н.А. Концепция профилактики сахарного диабета 2-го типа: время действовать / Кравчун Н.А., Ильина И.М. // Международный эндокринологический журнал. – №6 (54). – 2013 – <http://www.mif-ua.com/archive/article/36954>
 16. Курникова И.А. Оптимизация системного подхода в реабилитации больных сахарным диабетом с высокой коморбидностью / Курникова И.А. // Международный эндокринологический журнал. – №3 (27). – 2010. – <http://www.mif-ua.com/archive/article/12485>
 17. Маньковский Б.Н. Сердечно-сосудистые заболевания у больных сахарным диабетом: большой риск, большая эффективность профилактики? / Маньковский Б.Н. // Укр. кардіол. журн. – 2002. - № 5. – С. 5-13.
 18. 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.
19. Методика визначення стану серцево-судинної системи в прогнозуванні втрати працездатності у хворих на цукровий діабет / Вернигородський В.С., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В. та ін. // Міжнародний ендокринологічний журнал. – №6 (30), 2010. – С. 15-17.
 20. Панков В. Е. Инвалидность вследствие сахарного диабета у лиц молодого возраста / В. Е. Панков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М. – 2007. – № 3. – С. 49-51.
 21. Панков В. Е. Особенности формирования инвалидности вследствие сахарного диабета в бюро медико-социальной экспертизы Российской Федерации в 2001-2005 гг. / Панков В. Е. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М. – 2007. – № 4. – С. 44-45.
 22. Паньків В. І. Нова редакція алгоритму лікування хворих на цукровий діабет типу 2 / В.І. Паньків. // Міжнародний ендокринологічний журнал. - №1. – 2008. - С.110-112.
 23. Паньків В.І. Цукровий діабет у практиці терапевта / Паньків В.І. – Київ: Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України, 1994. – 160 с.
 24. Пугиев Л. И. Социально-гигиеническая характеристика инвалидности у лиц молодого возраста / Л. И. Пугиев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М. – 2007. – № 4. – С. 40-43.
 25. Пугиев Л. И. Сравнительный анализ структуры первичной и общей инвалидности по классам болезней у лиц молодого возраста в Российской Федерации / Пугиев Л. И. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М. – 2008. – № 1. – С. 27-28.
 26. Пузин С.Н. Инвалидность вследствие сахарного диабета в Российской Федерации, медико-социальная экспертиза и реабилитация / Пузин С.Н., Василенко О.Ю. – Москва, 2009. – 179 с.
 27. Реабілітація хворих на цукровий діабет на санаторно-курортному етапі: посіб. / В. С. Вернигородський, П. В. Думін, М. В. Вернигородська, Т. В. Довгалюк. – Вінниця, 2007. – 148 с.
 28. Сергиени Е.В. Пути реализации реабилитационного потенциала инвалидов, проходящих освидетельствование в медико-социальных экспертных комиссиях (МСЭК) Украины / Сергиени Е.В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межвед. сб. науч. трудов, т. 2. – Днепропетровск, 1998. – С. 203-209.

29. Сергієні Е. В. Проблеми реабілітації інвалідів в Україні / Сергієні Е. В., Коваленко В. В., Штанько І. Я. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 273-280.
30. Скибчик В.А., Соломенчук Т.М. Інфаркт міокарда із супутнім цукровим діабетом 2 типу: статеві особливості предикторів виникнення, клінічного перебігу та причини смерті // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2004. - №1(6). - С. 45-51.
31. Смычек В.Б. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Зб. наукових праць. – Дніпропетровськ, 2001. – С.198-202.
32. Спосіб визначення групи інвалідності у хворих на цукровий діабет / Забур'янова В.Ю., Вернигородський В.С., Вернигородська М.В. Василенко Є.П. – Патент № 51837 від 10.08.2010. Бюл.№15, 2010 р.
33. Спосіб визначення групи інвалідності у хворих на цукровий діабет / Забур'янова В.Ю., Вернигородський В.С., Вернигородська М.В., Василенко Є.П. – Патент № 51837 від 10.08.2010. Бюл. №15, 2010 р.
34. Тронько Н.Д. Государственная комплексная программа «Сахарный диабет» // Doctor. - 2003. - №5. - С. 9-10.
35. Установова Н.Р.Эффективность санаторной реабилитации детей с сахарным диабетом 1-го типа с применением свето- и цветотерапии / Установова Н.Р. // Международный эндокринологический журнал. – №2(14). – 2008. – <http://www.mif-ua.com/archive/article/5130>
36. Церебральная гемодинамика и функциональное состояние головного мозга у больных сахарным диабетом и их значение в практике медико-социальной экспертизы / Вернигородский В.С., Забурьянова В.Ю., Вернигородская М.В. та ін. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Сборник научных статей. Выпуск 11. – Минск: ГУ «НИИ МЭ и Р», 2009. – Стр. 21-25.
37. Цукровий діабет 2-го типу: шляхи профілактики, запобігання розвитку / Н.О. Кравчун, О. В. Козаков, І. П. Романов, О. В. Землянціна // Клінічна ендокринологія та ендокринологічна хірургія. – 2011. – №2 (35). – С. 3 – 5.
38. Abdella N.A. Controversies in management of diabetes in patients with coronary heart disease / Abdella N.A. // Med Princ Pract. - 2002. - Vol.11, Suppl. 2. - P.69-74.

39. Akanji A.O. Diabetic dyslipidaemia in Kuwait / Akanji A.O. // Med. Princ. Pract. - 2002. - Vol.11, Suppl. 2. - P. 47-55.
40. Lower heart rate variability is associated with the development of coronary heart disease in individuals with diabetes: the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study / Liao D., Carnethon M., Evans G.W., Cascio W.E. // Diabetes. – 2002. - Vol.51, №12. - P. 3524-3531.
41. Pradhan A.D. Obesity, diabetes, and coronary risk in women / Pradhan A.D., Skerrett P.J., Manson J.E. // J. Cardiovasc Risk. – 2002. - Vol. 9, No 6. - P.323-330.
42. Reiber G.E. The Epidemiology of the Diabetic Foot Problems / Reiber G.E. // Diabetic Medicine. – 1996. - Vol. 3(1). - Supple 1. - P. 6-11.
43. Risk factors for coronary heart disease in African Americans: the atherosclerosis risk in communities study, 1987-1997 / Jones D.W., Chambless L.E., Folsom A.R. et al. // Arch Intern Med. – 2002. - Vol. 162, No22. - P.2565-2571.
44. Screening for silent myocardial ischaemia in type 2 diabetic patients with additional atherogenic risk factors: applicability and accuracy of the exercise stress test / Bacci S., Villella M., Villella A. et al. // Eur J Endocrinol. - 2002. - Vol.147, No5. - P.649-654.

З М І С Т

Вступ.....	3
Розділ 1. Медико-соціальна характеристика первинної та вторинної інвалідності внаслідок цукрового діабету.....	6
1.1. Первинна інвалідність внаслідок цукрового діабету по областях України за 2007, 2009, 2011 рр.	6
1.2. Повторно визнані інвалідами внаслідок цукрового діабету....	57
1.3. Медико-соціальна реабілітація інвалідів внаслідок цукрового діабету	62
Розділ 2. Критерії ступеня важкості цукрового діабету.....	75
Розділ 3. Визначення реабілітаційного потенціалу у хворих на цукровий діабет.....	78
Розділ 4. Критерії визначення ступеня втрати життєдіяльності у хворих на цукровий діабет.....	83
Розділ 5. Класифікація та методи діагностики хронічних ускладнень у хворих на цукровий діабет.....	87
Розділ 6. Сучасні підходи до критеріїв визначення групи інвалідності хворих на цукровий діабет.....	94
Розділ 7. Індивідуальна програма реабілітації хворих на цукровий діабет.....	104
Розділ 8. Радоно- та фізіотерапія в реабілітації хворих на цукровий діабет.....	123
Розділ 9. Фітотерапія в реабілітації хворих на цукровий діабет...	148
Заключення.....	165
Список літератури.....	168

Вернигородський Віктор Сергійович
Шевчук Віктор Іванович
Вернигородська Марія Василівна
Яворовенко Оксана Борисівна
Забур'янова Валентина Юріївна
Вернигородський Сергій Вікторович

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТА РЕАБІЛІТАЦІА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Монографія

Авторське редагування:
Вернигородська М.В.

Комп'ютерне упорядкування і верстка:
Іваниця Н.П.

*Підписано до друку 22.07.2014 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Arial. Друк офсетний.
Умовн. друк. арк. 10,89
Наклад 300 прим.
Замовлення № 234.*

*Видавець ФОП Рогальська І.О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02
e-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво ДК № 3909 від 02.11.2010 р.*

*Виготовлювач ФОП Рогальська І.О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02
e-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.*