

Міністерство охорони здоров'я України
Управління медико-соціальної експертизи
Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

**Фактори, які обумовлюють формування
загального контингенту інвалідів
внаслідок захворювань системи
крові та кровотворних органів**

Методичні рекомендації для лікарів МСЕК та ЛКК

Вінниця 2003

Міністерство охорони здоров'я України
Управління медико-соціальної експертизи
Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

"Затверджено"
Начальник управління
медико-соціальної
експертизи МОЗ України
В.В. Маруніч
" ___ " _____ 2003 р.

**Фактори, які обумовлюють формування
загального контингенту інвалідів
внаслідок захворювань системи крові
та кровотворних органів**

Вінниця 2003

УДК 616. 15:616-036.36

Установа розробник: Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів.

Автори: Н. М. Беляєва, к. м. н.
Н. А. Семенюк
І. В. Куриленко
О. Ю. Галютіна
А. Е. Волосович

Рецензент: Г. Д. Симбірцева, к.м.н., доцент

Голова експертної комісії: к.м.н. М. В. Вернигородська

В методичних рекомендаціях представлений аналіз загального контингенту інвалідів внаслідок захворювань системи крові та кровотворних органів, які накопичені на МСЕК за три роки, дана структура по статі, віку, нозологічним формам, важкості та причинам інвалідності, розглянуті експертні підходи, визначені фактори, що формують інвалідність при гематологічних захворюваннях.

Методичні рекомендації призначені для лікарів МСЕК, ЛКК.

© УкрНДІ РІ, 2003

Перелік скорочень

- ЛГМ — лімфогрануломатоз
ХЛЛ — хронічний лімфолейкоз
ГЛЛ — гострий лімфолейкоз
ХМЛ — хронічний мієлолейкоз
ГМЛ — гострий мієлолейкоз
ЕР — еритремія
ТПП — тромбоцитопенічна пурпура
ІА — інвалід армії
ЧАЕС — інвалідність, пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС

ЗМІСТ

Вступ.....	3
1. Загальний контингент інвалідів внаслідок захворювань системи крові та кровотворних органів.....	4
— Лімфогрануломатоз.....	10
— Гемобластози.....	14
— Анемії.....	19
— Тромбоцитопенія.....	22
— Гемофілія.....	24
— Неходжкінська лімфома.....	26
2. Основні фактори, що обумовлюють формування загального контингенту інвалідів внаслідок захворювання системи крові і кровотворних органів.....	26
3. Список літератури.....	29

Вступ

Захворювання системи крові та кровотворних органів є однією з актуальних проблем клінічної медицини. Рання діагностика, комплексне та своєчасне лікування сприяють збільшенню тривалості життя хворих і поверненню їх до праці. Останнім часом отримані суттєві результати з лікування анемій, лейкозів та інших захворювань, визнана можливість зворотнього розвитку лейкозного процесу.

Нові можливості у лікуванні широкого спектру пошкоджень гемопоезу з'явилися завдяки вдосконаленню методів ало- та аутотрансплантації стовбурових клітин, застосуванню програм лікування за допомогою моноклональних антитіл, появи препаратів, які вибірково впливають на конкретні генні мутації, розвитку генно-інженерних технологій.

Ефективне лікування сприяє збереженню у них компенсованого стану, розширює контингент осіб, які потребують чіткої організації амбулаторного лікування, диспансерного спостереження, соціально-професійної адаптації та реабілітації.

Показники захворюваності на злоякісні новоутворення кровотворної лімфатичної систем на Україні суттєво не відрізняються від показників інших економічно розвинених країн Європи. Разом з тим, за останні 3 роки спостерігається тенденція до зростання захворюваності дорослого населення на злоякісні лімфоми та лейкемію в окремих регіонах.

Згідно з республіканськими статистичними даними за 1998 –2000 рр., в структурі інвалідизуючої патології захворювання системи крові складають 0,4%, рівень первинної інвалідності внаслідок хвороб крові та кровотворних органів склав 0,2 / 10000 дорослого населення.

Не дивлячись на низькі показники інвалідизації населення звертає на себе увагу висока питома вага інвалідів молодого та працездатного віку, важких груп інвалідності, різних підходів в оцінці стану життєдіяльності в областях, що визначає соціальне значення та актуальність вивчення факторів, які спричиняють формування контингенту інвалідів з гематологічною патологією. З цією метою нами вивчено 707 медсправ інвалідів з відповідною патологією в 7 областях України (Вінницькій, Волинській, Житомирській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернігівській), досліджений загальний контингент, який накопичений за три роки (1998-2000 рр.), за допомогою математичної статистики визначені фактори, що сприяють його формуванню.

Загальний контингент інвалідів внаслідок захворювань системи крові та кровотворних органів

Інтенсивний показник загального контингенту інвалідів внаслідок захворювань систем крові та кровотворних органів на 10 000 населення на 2000р. становив 0,8, по областях найбільший 1,1 – в Житомирській та Хмельницькій, найменший – 0,6 – в Вінницькій, Волинській, Тернопільській (Таблиця 1).

Таблиця 1

Рівень інвалідності внаслідок захворювань системи крові та кровотворних органів в загальному контингенті на 10 тис. дорослого населення.

Область	Патологія										Всього
	ЛГМ	Гемобластози					ТПШ	Анемія	Гемофілія	Неходжкінська лімфома	
		ХЛЛ	ГЛЛ	ХМЛ	ГМЛ	ЕР					
Вінницька	0,2	0,08	0,01	0,1	0,02	0,02	0,1	0,06	0,02	-	0,6
Волинська	0,3	0,2	0,007	0,09	-	0,01	0,02	0,02	0,02	0,05	0,6
Житомирська	0,2	0,3	0,06	0,1	0,03	0,02	0,07	0,1	0,03	0,07	1,1
Рівненська	0,2	0,1	0,03	0,08	-	0,08	0,08	0,1	0,08	0,07	0,8
Тернопільська	0,3	0,03	0,09	0,1	-	-	0,04	0,01	0,01	-	0,6
Хмельницька	0,3	0,2	0,03	0,1	0,09	0,1	0,07	0,07	0,09	0,009	1,1
Чернівецька	0,3	0,07	0,03	0,1	-	-	0,08	0,06	0,04	0,03	0,8
Всього	0,2	0,1	0,04	0,1	0,02	0,04	0,07	0,06	0,04	0,02	0,8

Найбільшу розповсюдженість мали гемобластози (0,8 на 10 тис. дорослого населення), на другому місці за показником – лімфогрануломатоз, на третьому – тромбоцитопенічна пурпура, на четвертому – анемія, на п'ятому – гемофілія, на шостому – неходжкінська лімфома. Розподіл патології в загальному контингенті відповідає такому при первинній інвалідності.

Найбільша розповсюдженість інвалідів внаслідок гемобластозів спостерігається в Житомирській та Хмельницькій областях за рахунок хронічних форм лейкозу. Крім вказаних областей хронічний лімфолейкоз має відносно значний показник в Волинській, Рівненській, хронічний мієлолейкоз на 5 з 7 територій; гострі форми лейкозу – в Волинській, Житомирській, Хмельницькій, що можна пояснити екологічною ситуацією в цих областях.

Більш рівномірно розподілена по регіонах інвалідність внаслідок лімфогрануломатозу – з показником 0,2 - 0,3 на 10 тис. дорослого населення.

Більша розповсюдженість інвалідності внаслідок тромбоцитопенічної пурпури мала місце в Вінницькій, найменша – в Волинській; анемії – відповідно в Житомирській, Рівненській та менша в Тернопільській; гемофілії – в Хмельницькій та Рівненській; неходжкінська лімфома – в Житомирській та Рівненській.

За віком - інвалідів до 20 років було 18,3%, до 30 – 17,6%, до 40 – 17,4%, до 50 – 17,2%, до 60 – 19,3%, після 60 – 10,2%. Звертає на себе увагу той факт, що практично в усіх областях частка осіб молодого віку у середньому складає 35,9% з коливаннями від 39,5% в Вінницькій області – до 28,0%, в Житомирській. Питома вага осіб працездатного середнього віку (31-59) – 53,9%. Суттєва частка інвалідів пенсійного віку в Житомирській (22,9%), в Волинській (11,3%) областях (Таблиця 2).

Таблиця 2

Структура загального контингенту за віком по областях.

Область	Загальна кількість	Вік, в %							Всього
		16 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 і старше	
Вінницька	91	24,2	15,4	20,9	16,5	10,9	6,6	5,5	100,0
Волинська	53	18,9	18,9	9,4	26,4	11,3	3,8	11,3	100,0
Житомирська	118	15,3	12,7	15,2	11,9	10,2	11,9	22,9	100,0
Рівненська	74	16,2	20,3	16,2	20,3	13,5	8,1	5,4	100,0
Тернопільська	53	20,7	17,0	32,1	18,9	7,5	1,9	1,9	100,0
Хмельницька	124	16,9	20,2	16,1	13,7	14,5	8,9	9,7	100,0
Чернівецька	56	17,9	21,4	14,3	23,2	14,3	3,6	5,3	100,0
Всього	569	18,3	17,6	17,4	17,2	11,9	7,4	10,2	100,0

В структурі інвалідизуючої патології перше рангове місце займають гемобластози, друге – ЛГМ, третє – тромбоцитопенічна пурпура, четверте – анемія, п'яте – гемофілія, шосте – неходжкінська лімфома (Таблиця 3). По областях мають місце особливості розподілу інвалідизуючих захворювань. Так, перше рангове місце гемобластози займають в 5 областях, ЛГМ – в 2-х (Тернопільській, Чернівецькій), на третьому місці – анемія в Рівненській та Житомирській, неходжкінська лімфома в Волинській, гемофілія – в Хмельницькій областях, що можна пояснити місцевими факторами. Аналіз співвідношення статі та патології свідчить про те, що при гемобластозах та

гемофілії переважають чоловіки, при ЛГМ, анемії, тромбоцитопенії, неходжкінській лімфомі – жінки.

Таблиця 3

Структура загального контингенту інвалідів по патології та областях.

Область	Загальна кількість	Патологія					Всього	
		ЛГМ	Гемобластози	Анемія	ТЦП	Неходжкінська лімфома		Гемофілія
Вінницька	91	29,9	38,4	9,9	18,6	0	3,2	100,0
Волинська	53	40,0	41,5	3,7	3,7	7,4	3,7	100,0
Житомирська	118	20,4	54,2	9,3	6,8	6,8	2,5	100,0
Рівненська	74	20,3	39,2	13,5	9,5	8,1	9,4	100,0
Тернопільська	53	49,1	39,6	1,9	7,5	0	1,9	100,0
Хмельницька	124	29,8	48,3	6,5	6,5	0,8	8,1	100,0
Чернівецька	56	44,6	28,6	7,1	10,7	3,6	5,4	100,0
Всього	569	30,8	43,4	7,9	9,1	3,7	5,1	100,0

Важкість інвалідності в загальному контингенті визначає I група – в 9,5%, II – в 64,1%, III – 26,0%, не визнано інвалідами 0,4%. По областях найбільша питома вага I групи відмічена в Хмельницькій (17,7%), Житомирській – (10,1%); II – в Волинській (67,9%), Житомирській – (73,7%), Рівненській – (67,6%); III – в Вінницькій (36,3%), Рівненській (28,4%), Тернопільській (28,3%), Чернівецькій (28,6%) областях (Таблиця 4).

Таблиця 4

Структура важкості інвалідності в загальному контингенті по областях.

Область	I		II		III		Не визнано		Всього
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Вінницька	5	5,5	53	58,2	33	36,3	0	0	100,0
Волинська	3	5,7	36	67,9	14	26,4	0	0	100,0
Житомирська	12	10,2	87	73,7	18	15,3	1	0,8	100,0
Рівненська	3	4,1	50	67,6	21	28,6	0	0	100,0
Тернопільська	4	7,5	34	64,1	15	28,4	0	0	100,0
Хмельницька	22	17,7	70	56,5	31	25,0	1	0,8	100,0
Чернівецька	5	8,9	35	62,5	16	28,6	0	0	100,0
Всього	54	9,5	365	64,1	148	26,0	2	0,4	100,0

В структурі І групи інвалідності переважають гемобластози (64,7%), ЛГМ складає 20,4%, анемія – 7,4%, неходжкінська лімфома 5,6%, гемофілія 1,9%.

В структурі другої групи гемобластози складають 46,7%, ЛГМ – 35,6%, анемія – 5,2%, тромбоцитопенічна пурпура – 3,8%, неходжкінська лімфома – 4,9%, гемофілія – 3,8%.

В структурі третьої групи інвалідності гемобластози складають 28,3%, тромбоцитопенічна пурпура – 25,7%, ЛГМ – 22,3%, анемія – 14,9%, гемофілія – 8,8%.

З числа не визнаних інвалідами поодинокі випадки при ЛГМ, гемофілії.

З причин інвалідності переважає загальне захворювання (70,5%), інваліди дитинства – 17,1%, інвалідність, пов'язана з наслідками ЧАЕС – 8,8%, з службою в армії – 2,3%, з професійними захворюваннями – 0,7%, трудовим каліцтвом – 0,2%, не було вказано в 0,4% (Таблиця 5).

Таблиця 5

Структура причин інвалідності в загальному контингенті по областях.

Область	Загальна кількість	Причина інвалідності						Всього	
		Загальне захворювання	Трудове каліцтво	Професійне захворювання	ІА	Дитинства	ЧАЕС		Не вказано
Вінницька	91	71,4	0	0	1,1	20,9	5,5	1,1	100,0
Волинська	53	56,6	0	0	5,7	11,3	26,4	0	100,0
Житомирська	118	61,1	0,8	1,7	2,5	15,3	18,6	0	100,0
Рівненська	74	71,6	0	0	2,7	14,9	10,8	0	100,0
Тернопільська	53	79,2	0	0	0	20,8	0	0	100,0
Хмельницька	124	75,0	0	1,6	2,4	19,4	0	1,6	100,0
Чернівецька	56	82,1	0	0	1,8	14,3	1,8	0	100,0
Всього	569	70,5	0,2	0,7	2,3	17,1	8,8	0,4	100,0

Значна питома вага інвалідів з дитинства в Вінницькій (20,9%), Тернопільській (20,8%), Хмельницькій (19,4%), пов'язаної з наслідками Чорнобильської аварії в Волинській (26,4%), Житомирській (18,6%), Рівненській (10,8%) областях, зі службою в армії – в Волинській (5,7%).

В подальшому представлена характеристика загального контингенту при кожній інвалідизуючій патології окремо.

Лімфогрануломатоз

В 2000р. на МСЕК освідчено та переосвідчено 175 чоловік. Накопичення інвалідів в областях представлено на рис.1.

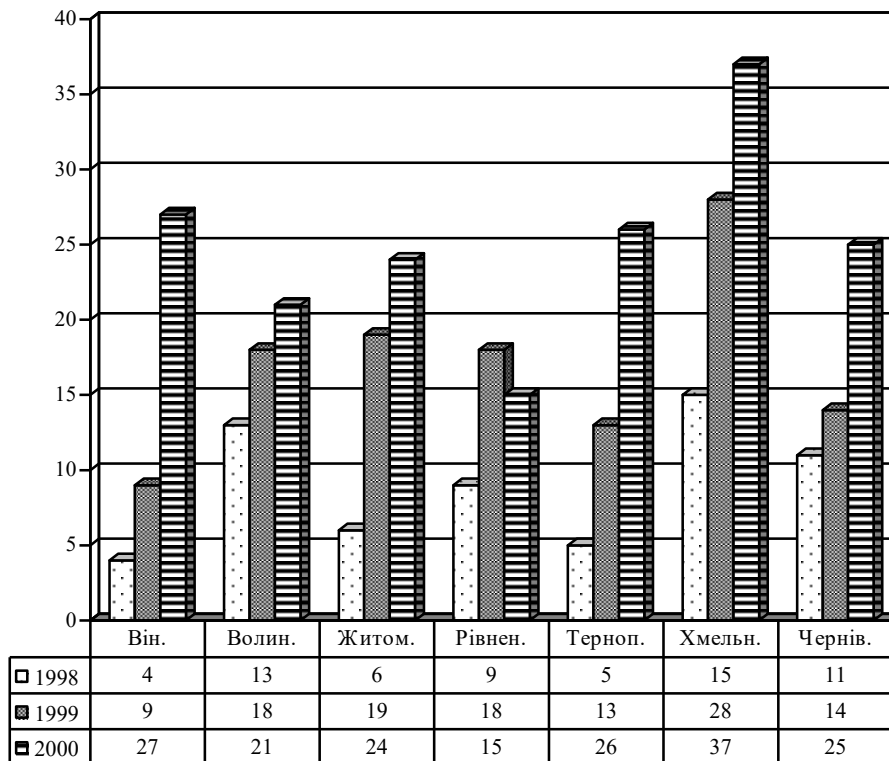


Рис. 1. Лімфогрануломатоз. Розподіл захворювань по областях за 1998-2000 р.р

Чоловіків було 48,0%, жінок – 52,0%. Суттєве переваження жінок спостерігається в Житомирській, Рівненській, Тернопільській областях, а чоловіків – в Вінницькій, Волинській, Чернівецькій. По даним літератури ЛГМ виявляється приблизно однаково у чоловіків та жінок.

За віком: 16–20р. – 24,0%, 20–29р. – 31,4%, 30–39р. – 26,3%, 40–49р. – 11,4%, 50-54р. – 5,1%, 55-60р. – 0,6%, старше 60р. – 1,1%. По областям вікова структура показана на рис.3: значна більшість інвалідів знаходилась в вікових межах 16-39 років у всіх областях, з певною часткою осіб 40-49 років в Тернопільській та Чернівецькій.

При I ст. захворювання освідчено 4,0% (А – 2,3%, Б – 22,2%), II ст. – 48,6% (А – 18,3%, Б – 30,3%), III ст. – 29,6% (А – 7,4%, Б – 22,2%), IV ст. – в 10,9% (А – 4,0%, Б – 6,9%), в 6,9% стадія в документації відсутня.

Важкість інвалідності у загальному контингенті інвалідів визначалась таким чином: I гр. – 6,3%, II гр. – 74,3%, III гр. – 18,8%, інвалідність не встановлено у 0,6%.

Аналіз експертних рішень в областях свідчить про те, що при I стадії захворювання в Вінницькій, Волинській, Хмельницькій областях визначалась III та II група інвалідності. При II стадії захворювання при відсутності ознак інтоксикації майже у всіх областях визначалась друга група інвалідності. При III стадії захворювання у більшості випадків встановлювалась друга, в меншій кількості I та III група інвалідності. При IV стадії діапазон встановлення групи інвалідності коливався від I до III групи, в т.ч. III група встановлювалась в Волинській області. Наведене свідчить про різний підхід до визначення ступеню втрати життєдіяльності в регіонах та потребує корекції.

В 72,6% категорія інвалідності визначена як загальне захворювання, в 1,7% – професійне захворювання, в 3,4% – інвалідність армії, 17,1% – інвалідів з дитинства, у 5,2% захворювання, пов'язане з наслідками аварії на ЧАЕС.

По областях загальне захворювання також є основним, та показник коливається від 80,0% в Тернопільській до 61,9% в Волинській, Чернівецькій областях. Значна питома вага інвалідів з дитинства в Рівненській (33,3%), в Житомирській (25,0%), в Хмельницькій (21,6%), пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС мала місце в Вінницькій та Волинській у осіб молодого віку, інвалідність з військовою службою – в 5 з 7 областей показник коливається від 9,5% в Волинській до 2,7% в Хмельницькій, при відсутності інвалідів в Рівненській та Тернопільській областях.

До чергового освідчення група інвалідності встановлена у 94,9%, безтерміново – 3,4%, не з'явилися на МСЕК – 1,1%, померли – 0,6% інвалідів.

Гемобластози

Гемобластози – це група захворювань системи кровотворення, яка містить гострий та хронічний мієлолейкоз, гострий та хронічний лімфолейкоз, еритремію. В 2000р. освідчено та переосвідчено 247. Накопичення інвалідів при гемобластозах в областях представлено на рис. 2.

В загальному контингенті інвалідів внаслідок гемобластозів чоловіків було 57,9%, жінок – 42,1%. Як правило, переважали чоловіки, але в Волинській та Житомирській – жінки, що пояснюється особливостями структури інвалідизуючої патології та кількістю інвалідів.

За віком – 16-19 років – 5,3%, 20-29 – 6,9%, 30-39 – 15,4%, 40-49 – 18,6%, 50-54 – 18,6%, 55-59 – 15,4%, 60 і старші – 19,8%. Представлені дані свідчать, що ця група захворювань більш характерна для осіб працездатного та пенсійного віку.

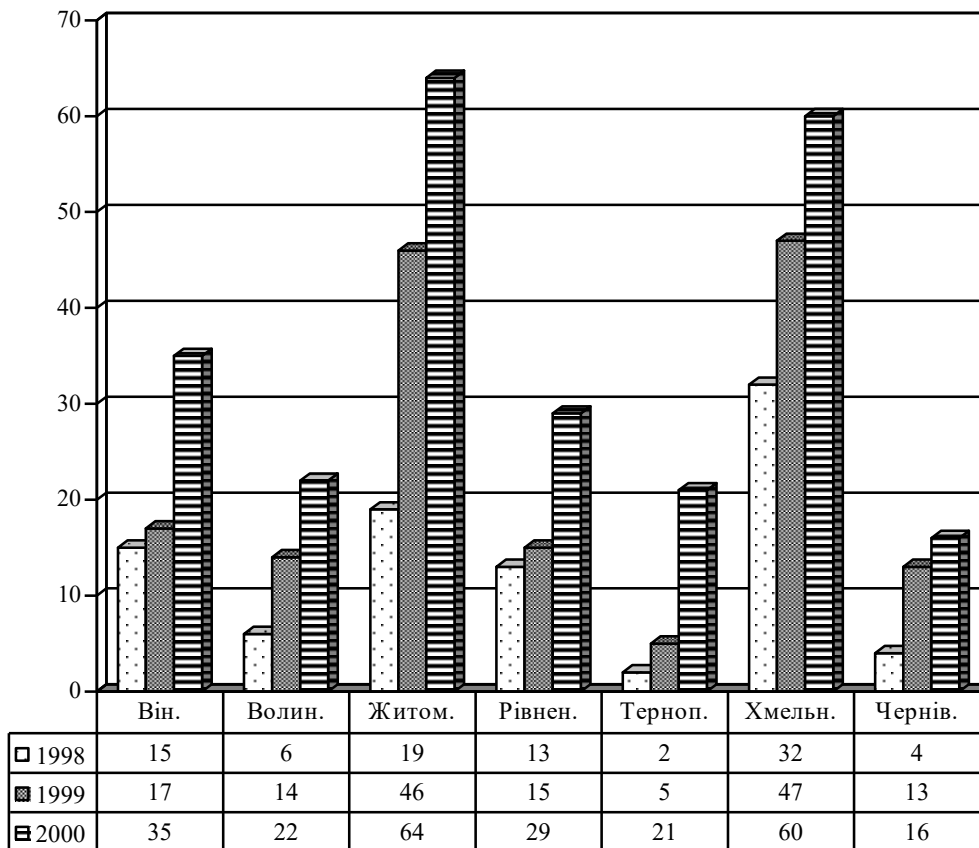


Рис. 2 Гемобластози. Розподіл захворювань по областях за 1998-2000 р.р.

За структурою інвалідизуючої патології хронічний лімфолейкоз склав 40,9%, хронічний мієлолейкоз – 31,6%, гострий лімфолейкоз – 10,5%, еритремія – 10,5%, гострий мієлолейкоз - 6,5%. Розподіл інвалідизуючої патології в областях відрізнявся різноманітністю. Так, в Вінницькій області перше рангове місце зайняв хронічний мієлолейкоз, друге – хронічний лімфолейкоз. Гострі форми лейкозу займають третє місце, еритремія – четверте місце. В областях, що постраждали від Чорнобильської аварії (Волинська, Житомирська, Рівненська області) переважали хронічний лімфолейкоз, з гострих – гострий лімфолейкоз; в Тернопільській – хронічний мієлолейкоз та гострий лімфолейкоз, в Чернівецькій – хронічний мієло- та лімфо лейкоз. Гострий мієлолейкоз був відсутній в Волинській, Тернопільській, Чернівецькій; еритремія – в Тернопільській та Чернівецькій; а в Рівненській та Хмельницькій областях мала певну питому вагу.

Аналіз інвалідизуючої патології в статевих групах показав, що у чоловіків хронічний лімфолейкоз склав 45,4%, хронічний мієлолейкоз 25,9%, гострий лімфолейкоз – 10,5%, еритремія – 12,6%, гострий мієлолейкоз – 5,6%. У жінок – хронічний мієлолейкоз (39,4%), хронічний лімфолейкоз (34,6%), гострий лімфолейкоз (10,6%), гострий мієлолейкоз та еритремія (по 7,7%). Таким чином, для чоловіків більш характерний хронічний лімфолейкоз, еритремія, для жінок –

гострий лімфолейкоз та хронічний мієлолейкоз; для чоловіків та жінок – гострий мієлолейкоз.

В залежності від віку для хронічного лімфолейкозу характерно наявність осіб після 50 років, для гострого лімфолейкозу – в 16-30, для хронічного мієлолейкозу – в 20-50 з певною питомою вагою 50-60, для гострого мієлолейкозу – в 16-19, 30-39, 50-54, для еритремії – в 30-39 та після 50 років.

В початковій стадії захворювання на МСЕК освідчено 4,1%, в стадії розгорнутих клінічних проявів – 64,1%, в термінальній стадії – 11,4%, стадія не була вказана в 20,4%. В початковій стадії були освідчені хворі при хронічному лімфолейкозі в поодиноких випадках в Вінницькій, Житомирській, при еритремії – в Рівненській та Хмельницькій областях. В термінальній – при гострому лімфолейкозі в 42,9% в усіх областях, крім Волинської та Рівненської, при хронічному мієлолейкозі в 35,7% в Вінницькій, Житомирській, Тернопільській, хронічному лімфолейкозі в 10,7% в Житомирській, Тернопільській, Чернівецькій областях, при еритремії в 7,1% – в Волинській, Чернівецькій, при гострому мієлолейкозі в 3,6% – в Хмельницькій області. В розгорнутій стадії проходило освідчення більшість хворих.

При освідченні на МСЕК інвалідами I групи визнано 14,2%, II – 68,8%, III – 17,0%. По областях (Таблиця 6) питома вага інвалідів I групи найбільша в Хмельницькій (26,7%), Чернівецькій (12,5%), найменша – в Рівненській (3,4%), II – в Волинській (72,7%), Рівненській (72,4%), Житомирській (81,3%), найменша в Хмельницькій (56,7%), III – відповідно в Тернопільській (28,6%), Вінницькій (25,7%), Рівненській (24,1%) та найменша - в Житомирській області (4,7%).

Таблиця 6

Розподіл інвалідизуючої патології по вікових групах (в %)

Вік	Захворювання					Еритремія	Всього
	Хронічний лімфолейкоз	Гострий лімфолейкоз	Хронічний мієлолейкоз	Гострий мієлолейкоз			
16-19	0	76,9	7,7	15,4	0	100,0	
20-29	5,9	29,4	52,9	5,9	5,9	100,0	
30-39	21,1	10,5	44,7	10,5	13,2	100,0	
40-49	36,9	6,5	45,7	2,2	8,7	100,0	
50-54	45,7	4,3	26,1	10,9	13,0	100,0	
55-60	47,4	2,6	23,6	5,3	21,1	100,0	
60 і старші	73,5	2,0	18,4	2,0	4,1	100,0	
Всього	40,9	10,5	31,6	6,5	10,5	100,0	

Найбільшою важкістю характеризується гострий мієлолейкоз, за ним гострий лімфолейкоз та хронічні форми лейкозу; еритремія у ½ випадків та певна кількість інвалідів з хронічним лейкозом обмежено працездатні та за станом здоров'я соціально адаптовані.

Основною причиною інвалідності при гемобластозах являється загальне захворювання (78,5%), наступною – інвалідність, пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС (13,8%), з дитинства (5,3%), зі службою в армії – 2,0%, професійними факторами – 0,4%.

Аналіз причин інвалідності та виду патології показав, що загальне захворювання більш за все характерно для хронічних форм лейкозу, з дитинства – для гострих, особливо для гострого лімфолейкозу, зі службою в армії – для еритремії, пов'язане з наслідками ЧАЕС – для хронічних форм лейкозу, значно менше для гострого лімфолейкозу та еритремії.

Дослідження підходів для визначення ступеню втрати життєдіяльності при гострих лейкозах показало, що експертиза проводилась в стадії клінічних проявів та термінальній. Групи інвалідності при гострих лейкозах розподілились наступним чином: I – 29,6%, II – 51,9%, III – 18,5%, в стадії розгорнутої клінічної картини 17,1%, 57,2%, 25,7%, термінальній – 52,6%, 47,4%, 0% відповідно.

Основними факторами, що приймалися до уваги була важкість стану, наявність ускладнення, наявність бластних кризів. Розробка експертних критеріїв при гострих лейкозах потребує спеціального дослідження.

При проведенні експертизи при хронічному мієлолейкозі приймався до уваги морфологічний діагноз, прогноз, клінічні прояви, в меншій мірі характер перебігу, тривалість рецидивів та ремісій, ефективність лікування.

При хронічному лімфолейкозі аналіз експертних підходів в областях показав, що в початковій стадії визначалась друга та третя група інвалідності. Друга група мала місце в Житомирській області та була обумовлена супутньою віковою серцево-судинною патологією. В розгорнутій стадії в 9,1% встановлена I, в 80,7% – II, в 10,2% – III група інвалідності. В термінальній стадії I група встановлена в 26,7%, II – в 66,6%, III – в 6,7%. Встановлення III групи в Вінницькій області в термінальній стадії є помилковим. У випадках, коли стадія захворювання не вказана, визначалась тільки друга група інвалідності.

Згідно існуючої клінічної класифікації еритремія за характером перебігу розподіляється на три стадії: I – початкова, II – розгорнутих клінічних проявів (IIА – без мієлоїдної метаплазії селезінки, IIБ – з мієлоїдною метаплазією), III – термінальна.

З I стадією захворювання було 9,1%, IIА – 54,5%, IIБ – 30,4%, з III – 3,0%, стадія не вказана в 3,0%.

При I стадії визначалась II та III група, при IIА в половині випадків визначалась I-II, в половині – III; IIБ – в 70,0% - I-II, в 30,0% – III група; в III стадії – I група інвалідності.

Дані, що представлені, свідчать про те, що експертні підходи потребують корекції та удосконалення. Визначення важких груп інвалідності при I та II стадії та направлення хворих на МСЕК в початковій стадії не є обґрунтованим.

Анемії

Анемія – це патологічний стан, який характеризується зменшенням загальної кількості гемоглобіну в крові внаслідок порушення утворення еритроцитів або збільшення їх руйнування, супроводжується зменшенням кількості еритроцитів. Розрізняють анемії внаслідок крововтрати, що обумовлено порушенням кровотворення (залізодефіцитна, мегалобластна, В₁₂ – фоліводефіцитна, гіпо- і апластична анемії), або підвищеного кроворуйнування (гемолітичні анемії, тощо).

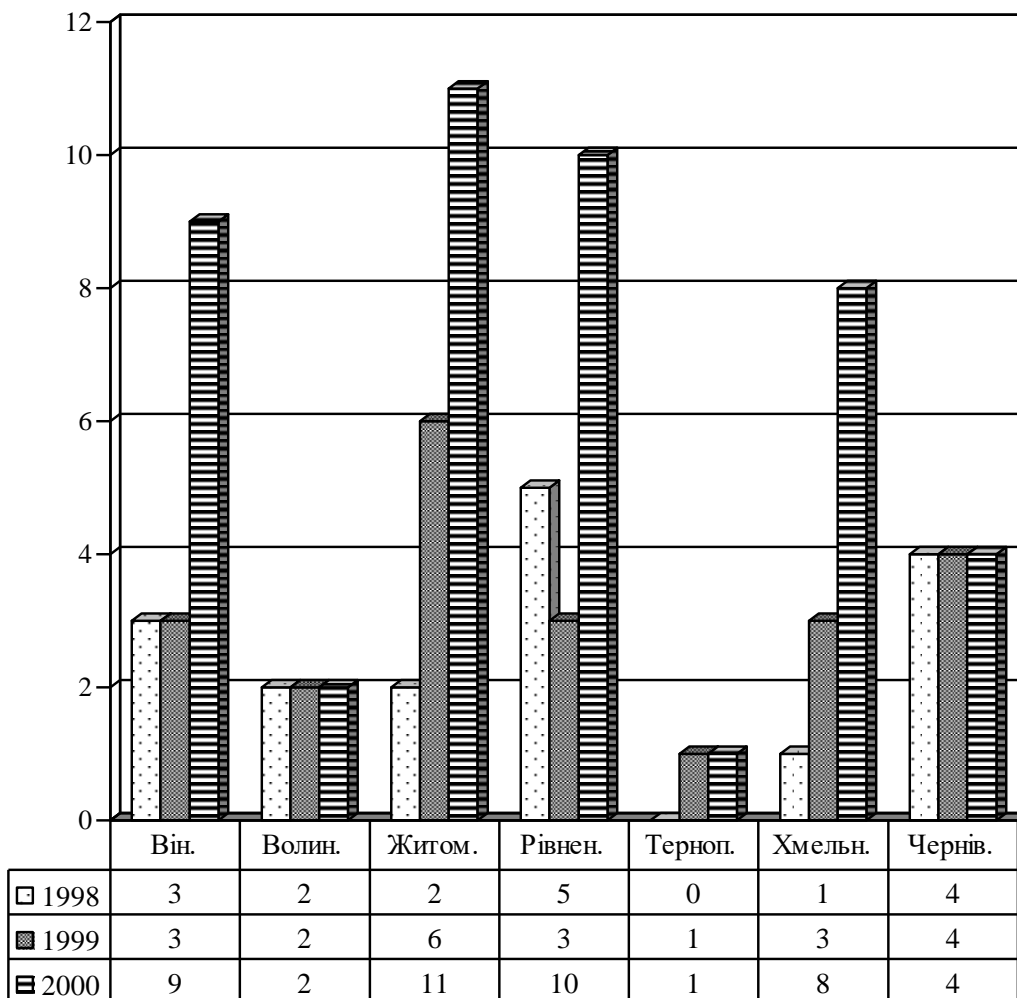


Рис. 3. Анемії. Розподіл захворювань по областях за 1998-2000 р.р.

Нами проаналізована медична та експертна документація на 50 хворих з анеміями. Розподіл та накопичення інвалідів по областях показано на рис. 3.

Дана характеристика загального контингенту, що був накопичений на 2000р. Інваліди з аутоімунними гемолітичними анеміями склали 42,2%, залізодефіцитними – 28,9%, гіпо- та апластичними – 20,0%, В₁₂ – дефіцитними – 2,2%, форма захворювання не визначена в 6,7%. По статі в загальному контингенті переважають жінки (64,4% проти 35,6%), що має місце практично у всіх областях.

За віком: 16–19 р. – 11,1%, 20-29 р. – 20,0%, 30-39 р. – 17,8%, 40-49 р. – 28,9%, 50-54 р. – 15,5%, 55-59 р. – 0%, 60 р. і старше – 6,7%. У всіх областях основним віковим діапазоном являється вік 20-55 років з двома піками - 20-30 та 40-49 років.

При освідченні на МСЕК I група визначена у 8,9%, II – 42,2%, III – 48,9%. Важкість інвалідності по областях показує, що I група визначалась в Рівненській та Хмельницькій областях, переважання II групи над III мало місце в Рівненській, Тернопільській, в рівних частках – в Волинській та Чернівецькій областях, вагомий відсоток III групи спостерігався в Вінницькій області. Така різноманітність може бути пояснена, як різною структурою інвалідизуючої патології, так і різним експертним підходом в областях. Аналіз експертних рішень в областях показав, що при гемолітичній анемії встановлюється II та III група інвалідності, причому у Вінницькій області - переважно II група, в Житомирській, Волинській, Чернівецькій - порівну II та III; при гіпо- та апластичній анемії - I та II; при дефіцитних анеміях – I-II-III з перевагою III групи інвалідності.

Основною причиною інвалідності було загальне захворювання в 73,4%, з дитинства – в 13,3%, пов'язане з наслідками аварії на ЧАЕС – в 8,9%, службою в армії – в 4,4% випадків.

Виходячи з вікового цензу інвалідність в 96,4% була з терміном переосвідчення 1 рік, у інших без строку переосвідчення при досягненні пенсійного віку.

Тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа)

Тромбоцитопенії є одним з найбільш частих проявів геморагічного діатезу. Розрізняють спадкові, набуті форми, або первинні та вторинні (симптоматичні). Етіологія та патогенез захворювання в кожному випадку може бути різний, але для них характерний загальний симптомокомплекс кровотечі, що обумовлені дефіцитом тромбоцитів. В структурі інвалідизуючої патології тромбоцитопенія займає третє місце після гемобластозів та ЛГМ.

Проаналізована медико-експертна документація на 59 хворих. Розподіл та накопичення інвалідів по областях показано на рис. 4.

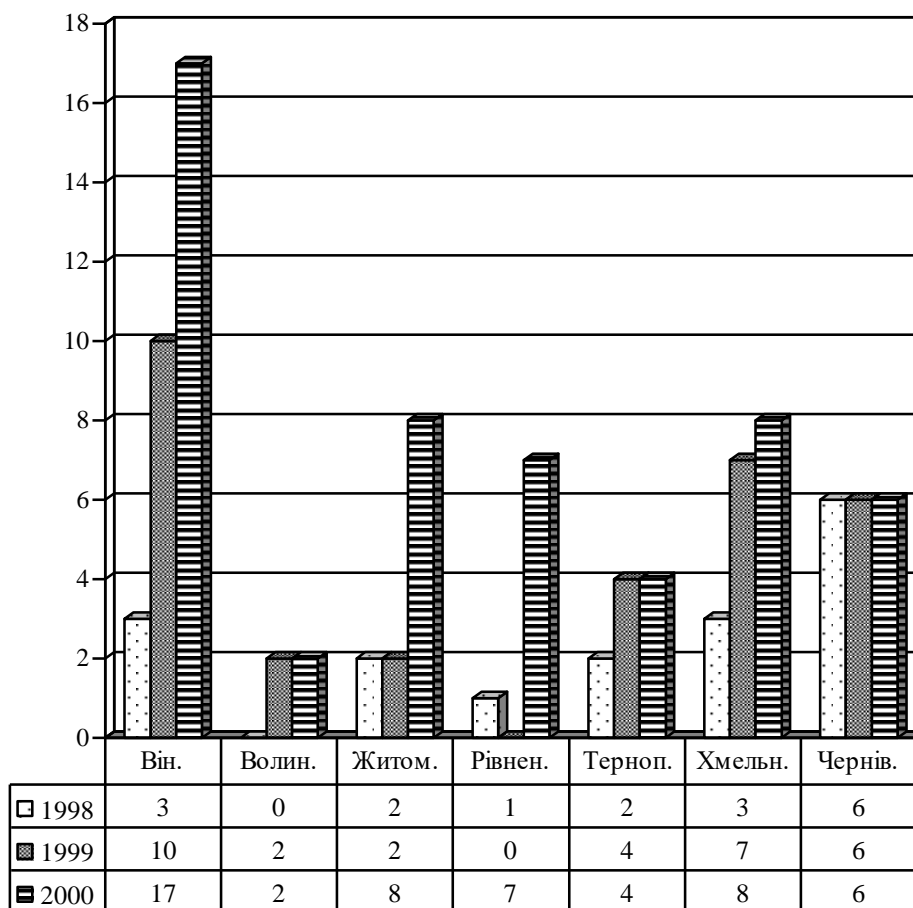


Рис. 4. Тромбоцитопенічна пурпура. Розподіл захворювань по областях за 1998-2000 р.р.

В загальному контингенті інвалідів питома вага жінок була більше, ніж чоловіків 51,9% та 48,1% відповідно. В цілому в областях мала місце та ж тенденція.

За віком: осіб 16-19 років – 48,1%, 20-29 – 13,5%, 30-39 – 77%, 40-49 – 23,1%, 50-54 – 38,6%, 55-59 – 1,9%, 60 і старше – 1,9%. Найбільша питома вага (майже половина випадків) належить віковій групі 16-19 років, другий пік відмічений у віці 40-49 років.

На підставі медичних професійно-соціальних факторів та життєвого прогнозу хворі були скеровані на МСЕК та визначена група інвалідності: II – в 26,9%, III – 73,1%, перша група не встановлювалась.

Загальна тенденція має місце в 4 з 7 областей, в Волинській та Хмельницькій розподіл між II та III групами був порівну, в Тернопільській - визначалась тільки III група інвалідності.

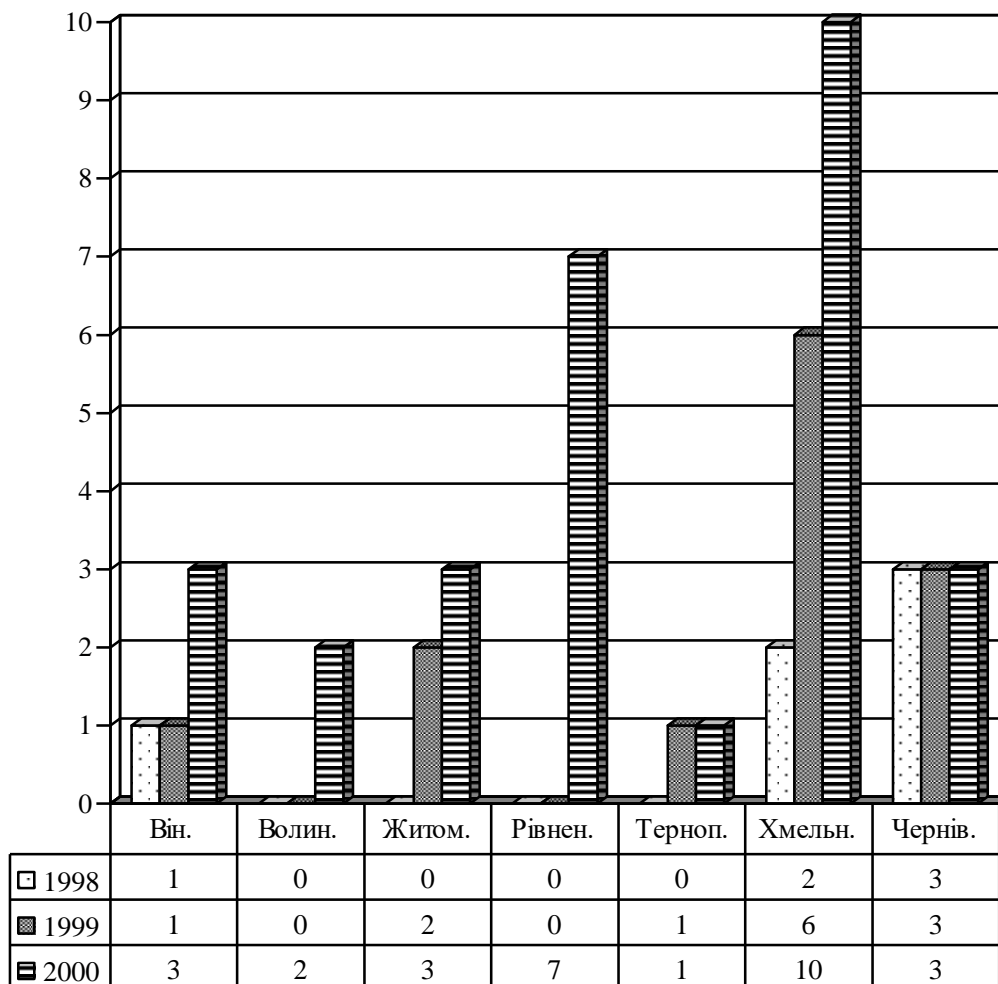
Причиною інвалідності в 48,1% було загальне захворювання, в 46,2% - з дитинства, в 1,9% – професійне захворювання, 3,8% – пов'язане з наслідками

аварії на ЧАЕС. Переважаюча доля інвалідів з дитинства спостерігалась в Волинській (100,0%), Вінницькій (58,8%); в Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій областях – по 50,0% відповідно.

Гемофілія

Гемофілія – спадкова форма кровоточивості внаслідок дефіциту факторів VIII-IX та порушення згортання крові. Хвороба передається за домінантним типом, хворіють тільки чоловіки.

Проведений аналіз 31 медсправи інвалідів внаслідок гемофілії. Розподіл інвалідів по областях представлений на рис. 5.



**Рис. 5. Гемофілія.
Розподіл захворювань по областях за 1998-2000 р.р.**

Осіб 16-20р. – 55,3%, 20-29р. – 37,9%, 40-49р. – та 50-54р. – по 3,4%.

На МСЕК скеровувались хворі з А (65,5%), В (27,6%), С (6,9%) типами гемофілії. З легким характером перебігу – 3,4%, середньої важкості – 13,8%, важким – 10,3%, в фазі загострення – 3,4%, нестійкої ремісії – 3,4%, ремісії – 3,4%. Гемартроз різного ступеню вираженості спостерігався у 65,9% (в т.ч. з анкілозуванням – 3,4%), анемія – у 6,9%, носові кровотечі – у 6,9%, гематоми у 6,9%; 10,4% пацієнтів виражених ускладнень не мали.

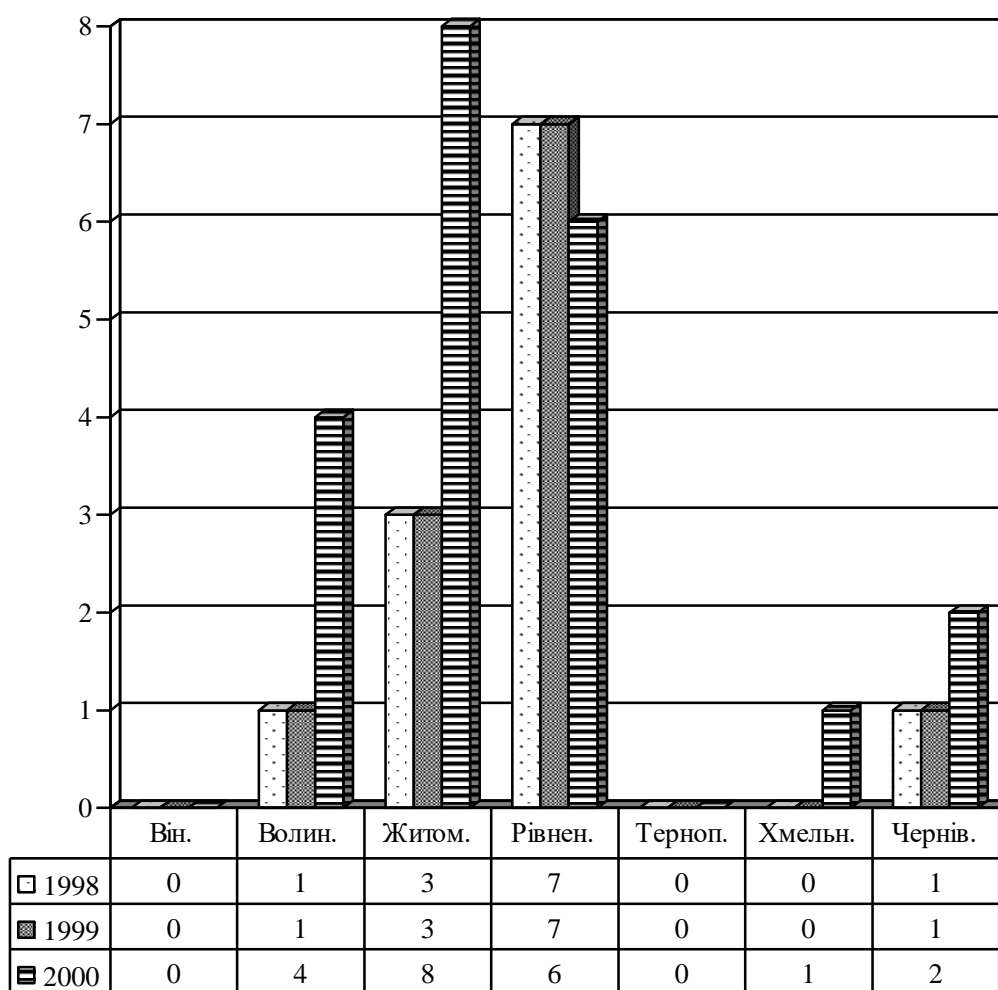
При освідченні на МСЕК I гр. встановлена 3,4%, II гр. – 48,4%, III гр. – 44,8% та 3,4% інвалідами не визнані.

По областях I група була встановлена тільки в Волинській області, переважно II – в Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях, не визнаний інвалідом 1 чоловік в Житомирській області. Такий розподіл групи обумовлений важкістю патології та підходом у визначенні групи в областях, більш детальні висновки зробити складно через малу кількість хворих, які освідчені в кожній області. Мова може вестись про окремі випадки. Серед причин інвалідності: загальне захворювання – 17,2%, інваліди з дитинства – 79,4%, у 3,4% інвалідність з дитинства пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС. У всіх випадках інвалідність встановлена з терміном переосвідчення. Що стосується причини інвалідності, то не зважаючи на спадковий характер патології в Тернопільській та Чернівецькій областях, встановлювалось загальне захворювання. Це пов'язано з тим, що хворі освідчувались на МСЕК з наявністю робочого стажу, тобто в цих областях переважав раніше визначений експертний підхід про встановлення причин інвалідності. З точки зору сучасної експертизи було б доцільніше визначити інвалідність з дитинства.

Неходжкінська лімфома

Проведений аналіз 24 медсправ. Розподіл та накопичення інвалідів в областях показаний на рис. 6.

Чоловіків було 57,1%, жінок – 42,9%. За віком: 16-20р. – 14,3%, 20-29р. – 4,8%, 30-39р. – 14,3%, 40-49р. – 28,5%, 50-54р.- 14,3%, 55-60р. – 9,5%, старше 60р. – 14,3%.



**Рис. 6. Неходжкінська лімфома.
Розподіл захворювань по областях за 1998-2000 р.р.**

При освідченні на МСЕК I гр. інвалідності встановлена в 14,3%, II – в 85,7% випадків. Серед причин інвалідності: загальне захворювання – 80,9%, інвалідність з дитинства – 4,8%, інвалідність, пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС – 14,3%. Безтерміново інвалідність встановлена в 38,1% випадків, з черговим переосвідченням – в 57,1%, повторно не з'явилися на МСЕК 4,7% у зв'язку зі смертю.

Основні фактори, що обумовлюють формування загального контингенту інвалідів внаслідок захворювання системи крові і кровотворних органів

Для математичної обробки всього матеріалу бази по 10 патологіям були зведені в одну по загальним для них полям. Представництво вибірки склало 571 змінну. Введений загальний класифікатор по всім патологіям на 39 факторів.

На підставі факторного, кореляційного, регресійного аналізів визначені інтегральні залежності по 8 факторам, що пояснюють природу існуючих зв'язків в математичній моделі та які дозволяють зробити наступні висновки: для формування загального контингенту інвалідів при гематологічних захворюваннях мають значення характер перебігу патологічного процесу (X_{14}), активність (X_{36} X_{37} X_{38}), спеціалізація медичної допомоги (X_{27}), медична реабілітація (X_{33}), професія (X_{10}), навчання для придбання професії (X_{23}).

Інтегральний показник інвалідності при гематологічній патології:

$$Y = 13,68 - 0,76_{x_{10}} + 0,51_{x_{14}} + 0,16_{x_{23}} - 2,099_{x_{27}} + 0,41_{x_{33}} - 1,94_{x_{36}} - 1,35_{x_{37}} - 0,52_{x_{38}}$$

При коефіцієнті регресії $R = 0,58$, що свідчить про помірний зв'язок.

Таким чином, на формування загального контингенту інвалідів впливає: ремітуючий та прогресуючий характер перебігу, активна фаза процесу, недостатня ефективність спеціалізованої медичної допомоги, медичної реабілітації, наявність шкідливих факторів в професії хворого, або неможливість її виконання, потреба в навчанні з метою придбання професії.

Фактори, що визначені дозволяють розробити шляхи впливу на них з метою профілактики інвалідності у гематологічних хворих.

Література

1. Федоренко З.П., Ліщишина О.М., Волкшнарас О.Б. Епідеміологічні та соціальні аспекти ураження населення України гемобластозами // III Український з'їзд гематологів 25 травня 1995 р., м. Суми: тези доповідей. – с. 31.
2. Назарчук Л.В., Перехрестенко П.М. Заболеваемость и распространенность гемобластозов в Украине // Проблемы гематологии и переливания крови – 2002. – №1. – С.62-63
3. Бебешко В.Г., Клименко В.И., Дягиль И.С. и др. Гематологические эффекты среди населения Украины, пострадавшего в результате катастрофы на ЧАЭС. // Медицинские последствия аварии на ЧАЭС в 3-х книгах. – Кн.2. – 1996. – С. 245-272.
4. Возианов О.Ф., Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г. та ін. Сучасні проблеми та перспективи розвитку гематології в Україні. // Укр. журнал гематології та трансфузіології. – 2002. – №2. – С.5-9.
5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 1998 – 2000 рр. // Аналітико-інформаційний статистичний збірник. – Дніпропетровськ, 2001.
6. Врачебно-трудовая экспертиза и рациональное трудовое устройство больных и инвалидов при лейкозах // Метод. рек. – М.,1983. – 28 с.
7. Справочник по гематологии / Под ред. А.Ф. Романовой. – К.: “Здоровье”, 1997. – 322 с.
8. Лимфогрануломатоз / Под ред. Л.П. Симбирцевой, Л.М. Холсти. – “Медицина”. – 1985. – 302 с.

Навчально-методичне видання

**Фактори, які обумовлюють формування
загального контингенту інвалідів
внаслідок захворювань системи
крові та кровотворних органів**

Методичні рекомендації для лікарів МСЕК та ЛКК

Підписано до друку 16.10.2003. Формат 29,7×42 1/4
Гарнітура Times New Roman
Папір офсетний. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 1,38
Наклад 100 прим.

ПП О. Власюк
Свідоцтво Держкомінформу України
серія ДК № 1114 від 12.11.2002.
21021, м. Вінниця, а/с 1883.