



Ukrainian Journal of Nephrology and Dialysis

Scientific and Practical, Medical Journal

Founders:

- State Institution «Institute of Nephrology NAMS of Ukraine»
- National Kidney Foundation of Ukraine

ISSN 2304-0238;

eISSN 2616-7352

Journal homepage: <https://ukrjnd.com.ua>

Research article

S. Pasyechnikov, N. Saidakova, M. Mitchenko,
V. Driianska, G. Kononova

doi: 10.31450/ukrjnd.1(77).2023.07

Improvement of prevention of loss of working capacity and rehabilitation of patients with disability due to non-oncological urological diseases

State Institution “Academician O.F. Vozianov Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Citation:

S. Pasyechnikov, N. Saidakova, M. Mitchenko, V. Driianska, G. Kononova. Improvement of prevention of loss of working capacity and rehabilitation of patients with disability due to non-oncological urological diseases. Ukr J Nephrol Dial. 2023;1(77):49-56. doi: 10.31450/ukrjnd.1(77).2023.07.

Abstract. Improvement of medical and social care, including for patients with disabilities due to diseases of the urinary system, is today a priority task for preserving and restoring the working capacity of the population of Ukraine, which is especially relevant in the conditions of its post-war reconstruction.

The purpose of this work was to analyze the structure of disability as a result of non-oncological urological diseases, deficiencies in the diagnosis and treatment of patients, and to propose conceptual approaches to improving the prevention of permanent disability and rehabilitation of persons recognized as disabled.

Methods. The quality of providing specialized care to persons recognized as disabled due to non-oncological diseases of the genitourinary system was studied, with the development of a model for their monitoring using methods of expert assessment, comparative analysis, and conceptual modeling.

Results. An analysis of the nosological structure of diseases of persons recognized as disabled as a result of non-oncological urological diseases is presented. The distribution of patients according to the nosological form, depending on the disability group, was determined. The shortcomings of diagnosis and treatment of patients, depending on their disability group and nosological form of the disease, are analyzed.

For implementation in medical practice, an organizational and functional monitoring model of persons recognized as disabled due to non-oncological urological diseases is proposed, the basis of which is the formation of a single information system with regional data banks, which determines the regional dynamics of the number and structure of the causes of disability. Dispensary with the development of regional programs to preserve the health of the population and effective interaction of family doctors with urologists of all branches and MSEC is an important component. The personal program of rehabilitation and restorative treatment with the determination of the terms and scope of measures with the possibility of their dynamic correction provides comprehensive interdisciplinary rehabilitation in its three components – medical, professional, social – to preserve and restore the working capacity of the population of Ukraine, which is especially relevant in the conditions of the post-war reconstruction and restoration of Ukraine.

Conclusions. The most frequent causes of disability due to non-oncological urological diseases, deficiencies in diagnosis and treatment depending on the group of disability, and nosological form are determined. An organizational and functional model of monitoring persons recognized as disabled due to non-oncological diseases of the genitourinary system in the general system of observation and restorative treatment has been developed.

Key words: disability, non-oncological urological diseases, organizational and functional monitoring model.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

© S. Pasyechnikov, N. Saidakova, M. Mitchenko, V. Driianska, G. Kononova, 2023.

Correspondence should be addressed to Galina Kononova: urol.epid@gmail.com

Article history:

Received December 28, 2022

Received in revised form
February 03, 2023

Accepted February 03, 2023



© Пасечніков С.П., **Н.О. Сайдакова**, Мітченко М.В., Дріянська В.Є., Кононова Г.Є., 2023

УДК: 614.39 : 616.6-036.86-084

С.П. Пасечніков, **Н.О. Сайдакова**, М.В. Мітченко, В.Є. Дріянська, Г.Є. Кононова

Удосконалення профілактики втрати працездатності та реабілітації пацієнтів з інвалідизацією внаслідок неонкологічних урологічних захворювань

Державна установа «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ, Україна

Резюме. Удосконалення медико-соціальної допомоги, в тому числі пацієнтам з інвалідністю внаслідок хвороб сечової системи, на сьогодні є пріоритетним завданням для збереження й відновлення працездатності населення України, що особливо актуально в умовах її післявоєнної відбудови.

Мета роботи – провести аналіз структури інвалідності внаслідок неонкологічних урологічних хвороб, недоліків діагностики та лікування хворих і запропонувати концептуальні підходи щодо удосконалення профілактики стійкої втрати працездатності та реабілітації осіб, визнаних інвалідами.

Матеріали і методи. Досліджували якість надання спеціалізованої допомоги особам, які визнані інвалідами внаслідок неонкологічних хвороб сечостатевої системи, з розробкою моделі їх моніторингу за допомогою методів експертної оцінки, порівняльного аналізу і концептуального моделювання. Використовували пакет програм “SPSS for Windows. Версія 11”, проводили порівняння долі для двох груп з використанням кутового перетворення Фішера (з поправкою Йейтса), достовірною вважали різницю при $p < 0,05$.

Результати. Представлено аналіз нозологічної структури захворювань осіб, визнаних інвалідами внаслідок неонкологічних урологічних захворювань. Визначений розподіл хворих за нозологічною формою залежно від групи інвалідності. Проаналізовані недоліки діагностики та лікування хворих залежно від їх групи інвалідності та нозологічної форми захворювання.

Для впровадження в медичну практику пропонується організаційно-функціональна модель моніторингу осіб, визнаних інвалідами внаслідок неонкологічних урологічних захворювань, основу якої становить формування єдиної інформаційної системи з обласними банками даних, що визначає регіональну динаміку чисельності та структури причин інвалідності. Диспансеризація з розробкою регіональних програм збереження здоров'я населення і ефективною взаємодією сімейних лікарів з урологами всіх ланок та МСЕК є важливою складовою. Персональна програма реабілітації й відновного лікування з визначенням строків, обсягів заходів з можливістю їх динамічної корекції забезпечує комплексну міждисциплінарну реабілітацію за трьома її складовими – медичною, професійною, соціальною.

Висновки. Визначені найчастіші причини інвалідності внаслідок неонкологічних урологічних хвороб, недоліки діагностики й лікування залежно від групи інвалідності та нозологічної форми. Розроблено організаційно-функціональну модель моніторингу осіб, визнаних інвалідами внаслідок неонкологічних хвороб сечостатевої системи, в загальній системі спостереження та відновного лікування.

Ключові слова: інвалідизація, неонкологічні урологічні захворювання, організаційно-функціональна модель моніторингу.

Вступ. Програмним документом, яким аргументується надзвичайна затребуваність та актуальність даного дослідження, є прийнята Генеральною Асамблеєю ООН (2006 р.) Конвенція про права інвалідів (Резолюція ГАА/RES/61/106), що вважається міжнародним договором у галузі прав людини. Україна входить в число 158 країн, що підписали та ратифікували Конвенцію. Кожна країна згідно рівню свого розвитку, пріоритетам та можливостям формує соціальну і економічну політику щодо осіб

з інвалідністю. Проте, можливості суспільства визначаються не тільки ступенем розуміння проблеми, але й наявними економічними ресурсами [1].

Рівень інвалідності складає понад мільярд чоловік або 15% жителів планети, і цей відсоток співпадає з результатом неофіційних підрахунків стосовно інвалідності серед населення України. До того ж, в нашій країні з 90-х років відбулося зрушення вікового складу первинно-визнаних інвалідами на тлі їхнього зменшення в бік молодих серед працездатної категорії. Причиною цього стало скорочення обсягів соціальної допомоги та заходів соціального захисту, природне зменшення населення.

Наразі потребують удосконалення практика медико-соціальної експертизи, принципи класифікації та критерії встановлення інвалідності, види медико-соціальної допомоги. На сучасному етапі

Галина Кононова
urol.epid@gmail.com.

реорганізація медичної допомоги, спрямованої на профілактику, ранню діагностику, постстаціонарну терапію з реабілітацією пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних і санаторних умовах із вирішенням питань механізмів компенсації та адаптації, передусім, на соціальному рівні, – є основними загальними принципами, що змінюють методичні підходи до експертизи й зміщують акценти при вирішенні проблем інвалідності [2-4].

Інвестиції в здоров'я охоплюють широке коло витрат із профілактики, оплати медичних послуг, реабілітації. Окремим, актуальним напрямком у цьому сенсі є утримання осіб з інвалідністю [5-6]. Передусім, цілком логічним є факт, що зазначена категорія населення відноситься до найбільш активних користувачів медичної допомоги, складає значний контингент пацієнтів амбулаторно-поліклінічних установ та стаціонарів, значна їх доля також потребує надання широкого спектру соціальних послуг [7-8].

Інтерес представляє нозологічна структура захворювань, що призводять до визначення інвалідності. Згідно з даними літератури, виділяють 5 груп захворювань з найбільшою кількістю осіб з інвалідністю. Це злоякісні новоутворення, хвороби системи кровообігу, церебро-васкулярна патологія, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, а також нервової системи [9]. На хвороби сечостатевої системи, за даними різних авторів та в залежності від років, припадає 0,5-2,3% від усіх первинно визнаних інвалідами [10].

За даними літератури, первинна інвалідність внаслідок захворювань сечостатевої системи (ССС) серед дорослого населення стабільно складає 0,8-1,0% в загальній структурі; в перерахунку на 100 000 населення це 6-7 осіб. Серед урологічної патології найбільш поширеною причиною інвалідності пацієнтів є хвороби нирок (90,4%), сечокам'яна хвороба та хвороби передміхурової залози [11].

Щодо порівняння з окремими нефрологічними нозологіями, рівні первинної інвалідності внаслідок хронічного гломерулонефриту та хронічного пієлонефриту в Україні впродовж останніх років складають 2 на 100 тисяч населення працездатного віку. Наразі спостерігається тенденція до суттєвого зниження показника інвалідності внаслідок хронічного гломерулонефриту та зниження рівня інвалідності внаслідок хронічного пієлонефриту в більшості регіонів, зокрема у Дніпропетровській (0,3–0,2), Івано-Франківській (0,3–0,2), Миколаївській (0,3–0,1), Запорізькій (0,4–0,2) областях [12].

За таких умов пошук причин інвалідності, вивчення повікових особливостей, важкості і динаміки її поширеності із врахуванням регіональних особливостей, вважаються важливими базовими даними для урологічної служби [13-15]. Це дозволить краще зосередитись на організації надання якісної спеціалізованої медичної допомоги, ініці-

ювати прийняття своєчасних і адекватних клініко-організаційних рішень.

Мета роботи: провести аналіз структури інвалідності внаслідок неонкологічних урологічних хвороб, недоліків діагностики та лікування хворих і запропонувати концептуальні підходи щодо удосконалення профілактики стійкої втрати працездатності та реабілітації осіб, визнаних інвалідами.

Матеріал та методи. Досліджували якість надання спеціалізованої допомоги особам, які визнані інвалідами внаслідок неонкологічних хвороб сечостатевої системи. Аналізували історії хвороб осіб окресленого контингенту, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України». Для виконання роботи складено спеціальну карту для внесення необхідних, зумовлених задачею, даних. Вона містила чотири складові: паспортні дані з основними елементами аналізу хвороби; дві наступні стосувалися оцінки якості діагностики та лікування, наступна, четверта, була присвячена висновкам щодо виявлених недоліків та пропозиціям щодо їх усунення.

Період вивчення охоплював 2019–2021 рр. Загальна кількість спостережень склала 103 історії хвороби. Для статистичного аналізу розподілу хворих (%) за нозологічною формою та недоліками діагностики й лікування використовували пакет програм “SPSS for Windows. Версія 11”, проводили порівняння долі для двох груп з використанням кутового перетворення Фішера (з поправкою Йейтса), достовірною вважали різницю при $p < 0,05$.

Дослідження виконано в рамках НДР «Вивчити особливості інвалідизації внаслідок неонкологічних урологічних захворювань із обґрунтуванням заходів профілактики та зниження стійкої втрати працездатності серед дорослого населення України» з дотриманням принципів біоетики, законодавчих норм та вимог щодо проведення біомедичних досліджень, за Висновком Комісії з питань етики ДУ “Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України” (Протокол № 7 від 04.11.2022 р.).

Результати. Вивчено історії хвороби 103 осіб з інвалідністю, спричиненою хворобами ССС та іншими захворюваннями, що перебували на лікуванні в ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМНУ» упродовж 2019–2021 років. Серед них 49 (47,6%) пацієнтів набули інвалідність внаслідок неонкологічних урологічних захворювань та 54 (52,4%) з приводу інших хвороб. Особи, визнані інвалідами внаслідок неурологічних хвороб, мали захворювання сечових та чоловічих статевих органів, що обтяжували перебіг основного захворювання та мали з ним єдину патогенетичну основу.

Перше місце в нозологічній структурі урологічних захворювань досліджених хворих займала сечокам'яна хвороба (СКХ) – 45 (43,7%), друге

стриктура сечівника травматичної та ятрогенної природи – 17 (16,5%), третє нейрогенний сечовий міхур – 13 хворих (12,6%). Інші нозології склали: стриктура сечоводу – 12 випадків (11,6%), аномалії розвитку сечових шляхів – 5 (4,9%), доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) – 3 (2,9%), інтерстиціальний цистит та сечоміхурово-піхова нориця – по 2 жінки (по 1,9%), по одному випадку – травма нирки, гломерулонефрит, гострий пієлонефрит, проста кіста нирки (по 0,1%).

Неурологічні причини інвалідності були наступні: спинальна патологія (перелом хребта, операції на спинному мозку, гостре порушення спинального кровообігу) – 16 (15,5%) хворих; церебральні порушення (черепно-мозкова травма, гостре порушення мозкового кровообігу, операції на головному мозку) – 7 пацієнтів (6,8%); жіночі онкологічні захворювання (рак шийки матки, рак молочної залози) – 7 жінок (6,8%). По 5 (4,8%) хворих представлено кардіологічною патологією та цукровим діабетом. Решту обговорюваного спектру

хвороб 14 пацієнтів (13,6%) склали хворі на гастро-ентерологічні, шкірні, неврологічні, очні хвороби, травматологічну патологію.

Серед госпіталізованих хворих переважали містяни – 71 (68,9%), сільських мешканців було 32 (31,1%). Переважну більшість досліджених пацієнтів склали чоловіки – 66,0%; достовірних значень ця різниця набула у осіб із I та II групами інвалідності. Хворі пенсійного віку становили лише 18,5% у досліджуваній популяції. Працездатні особи віком 18-59 років склали 81,6%, що підтверджує актуальність і соціальну значимість предмету дослідження, а серед них достовірно з показником 25,2% переважали пацієнти з III групою інвалідності у віці 40-59 років. Серед усіх досліджених переважали особи з II групою інвалідності – 45 пацієнтів (43,7%). III група представлена 36 (35,0%), а I група – 22 хворими (21,3%).

В табл. 1 представлено розподіл хворих з інвалідністю за нозологічною формою захворювання.

Таблиця 1

Розподіл хворих за нозологічною формою залежно від групи інвалідності

Нозологічна форма	Групи інвалідності			
	I група (n=22)	II група (n=45)	III група (n=36)	Загалом (n=103)
Сечокам'яна хвороба (n=45)	11 (24,5%)	15 (33,3%)	19 (42,2%)	45 (43,7%)
Стриктура сечівника (n=17)	5 (29,4%)	8 (47,1%)	4 (23,5%)	17 (16,5%)
Нейрогенний сечовий міхур (n=14)	4 (28,6%)	7 (50,0%)	3 (21,4%)	14 (13,6%)
Стриктура сечоводу (n=11)	0	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (10,7%)
Інші хвороби (n=16)	2 (12,5%)	9 (56,3%)	5 (31,4%)	16 (15,5%)

Вивчення групи хворих на сечокам'яну хворобу, що значно переважала інші нозології, засвідчило тенденцію до переважання числа осіб із III групою інвалідності (42,2% проти 24,4% у I групі, $p=0,118$). У хворих на стриктуру сечівника переважали пацієнти з II групою інвалідності (47,1%), але також без статистично достовірної різниці при порівнянні як з I ($p=0,483$), так і з II групою ($p=0,288$). Схожа картина спостерігалася у хворих на нейрогенний сечовий міхур (50,0% пацієнтів з II групою) – відповідно, $p=0,442$ та $p=0,241$. Звертає увагу відсутність осіб із I групою інвалідності серед хворих на

стриктуру сечоводу, що свідчить про високий рівень ефективності лікування даної патології.

Наступний аналіз окремих нозологічних форм із визначенням усереднених величин із стандартною похибкою дозволив розкрити можливості визначення першочерговості дій та рангового розподілу патологій. Недоліки діагностики та лікування хворих оцінювали залежно від набутої групи інвалідності (табл. 2) та нозологічної форми захворювання (табл. 3). Враховувалися недоліки, адресовані як первинній ланці медичної допомоги за місцем проживання, так і набуті у клініках спеціалізованого закладу.

Таблиця 2

Розподіл хворих за недоліками діагностики й лікування залежно від групи інвалідності

Недоліки	Групи інвалідності			
	I група (n=22)	II група (n=45)	III група (n=36)	Загалом (n=103)
Діагностики	17 77,3±8,9	22 48,9±7,5 $P_{2-1}=0,049$	18 50,0±8,3 $P_{3-1}=0,073$	60 58,3±4,9
Лікування	13 59,1±10,5	21 46,7±7,4 $P_{2-1}=0,486$	15 41,7±8,2 $P_{3-1}=0,312$	49 47,6±4,9

Констатовано переважання частоти недоліків діагностики у хворих I групи інвалідності порівняно з II (достовірно) та III (тенденція) групами, що пояснюється обмеженими можливостями інвалідів I групи й низькою їх мобільністю; суттєвих відмінностей щодо лікування різних груп не виявлено ($p > 0,05$) (див. табл. 2). Факт наявності зауважень у 48-50% випадків щодо якості діагностики і 41-46% – щодо лікування осіб із II та III групами інва-

лідності вимагає серйозних управлінських рішень від закладів охорони здоров'я.

Лідерами серед патологій, коли помилки й недоліки траплялися найчастіше, були СКХ і стриктура сечівника, обидва показники достовірно відрізнялись порівняно з наступними нозологіями: нейрогенний сечовий міхур та стриктура сечоводу (табл. 3), що свідчить про необхідність внесення змін у протоколи ведення хворих.

Таблиця 3

Розподіл хворих за недоліками діагностики й лікування залежно від нозологічної форми захворювання

№	Нозологічна форма	Недоліки	
		діагностики	Лікування
1	Сечокам'яна хвороба (n=45)	n=32 (71,1%) P1-3=0,006 P1-4=0,005	n=32 71,1% P1-3=0,025 P1-4=0,005
2	Стриктура сечівника (n=17)	n=14 (82,4%) P2-3=0,005 P2-4=0,004	n=15 (88,2%) P2-3=0,006 P2-4=0,002
3	Нейрогенний сечовий міхур (n=13)	n=3 (23,1%)	n=4 (30,8%)
4	Стриктура сечоводу (n=11)	n=2 (18,2%)	n=2 (18,2%)
5	Інші нозології (аномалії розвитку, ДГПЗ, інтерстиціальний цистит, сечоміхурово-піхвова нориця та ін.) (n=16)	n=6 (37,5%)	n=4 (25,0%)
	Загалом (n=103)	n=57 (55,3%)	n=57 (55,3%)

Спираючись на результати проведених досліджень, для впровадження у лікувально-профілактичних закладах запропоновано організаційно-функціональну модель моніторингу осіб, визнаних інвалідами внаслідок неонкологічних хвороб сечової та чоловічої статеві системи в загальній системі спостереження та відновного лікування контингенту на регіональному рівні рис. 1).

Таким чином, на основі аналізу інвалідності внаслідок неонкологічних урологічних хвороб для підвищення якості та індивідуалізації медичної допомоги запропоновано модель моніторингу та лікування, яка має 4 етапи: 1 – отримати персоніфікований облік осіб із інвалідністю з приводу хвороб сечостатевої системи; 2 – окреслити інформаційні потоки; 3 – розробити інформаційно-аналітичні системи, 4 – створити банк даних щодо контингенту на базі областей.

Формується єдиний інформаційний простір та єдина інформаційно-аналітична система для прийняття управлінських рішень, медико-організаційних заходів за участю лікувально-профілактичних установ, законодавчих, виконавчих органів влади, соціальних, громадських організацій тощо. З цією метою залучаються практично усі рівні за-

кладів охорони здоров'я. Моніторинг починається в філіалах (первинних) бюро МСЕК, куди потрапляють статистичні талони та акти медичного огляду, де вказано прізвище, ім'я та по-батькові, вік, діагноз, група інвалідності, причина, тощо. На 2 етапі – формуються інформаційні потоки – вперше визнаних інвалідами, повторно визнаних інвалідами, складна група хворих із інвалідністю з будь-яких хвороб органів та систем, що обтяжена урологічною супутньою патологією, патогенетично пов'язана з нею. Третій – присвячений розробці інформаційно-аналітичних систем із залученням сімейних лікарів та профільних спеціалістів. Він є найбільш відповідальним в плані забезпечення індивідуального підходу до розробки принципів інвалідності. Він базується на поглибленому знанні регіональних особливостей, в тому числі характеру епідеміологічних змін, ресурсної бази, можливостей закладів, тощо. Разом з цим викристалізуються уніфіковані підходи, що разом дозволяють створити інформаційно-аналітичні схеми реабілітації при тих чи інших захворюваннях. Програми реабілітації в своєму комплексі передбачають медичну, професійну, соціальну складові.

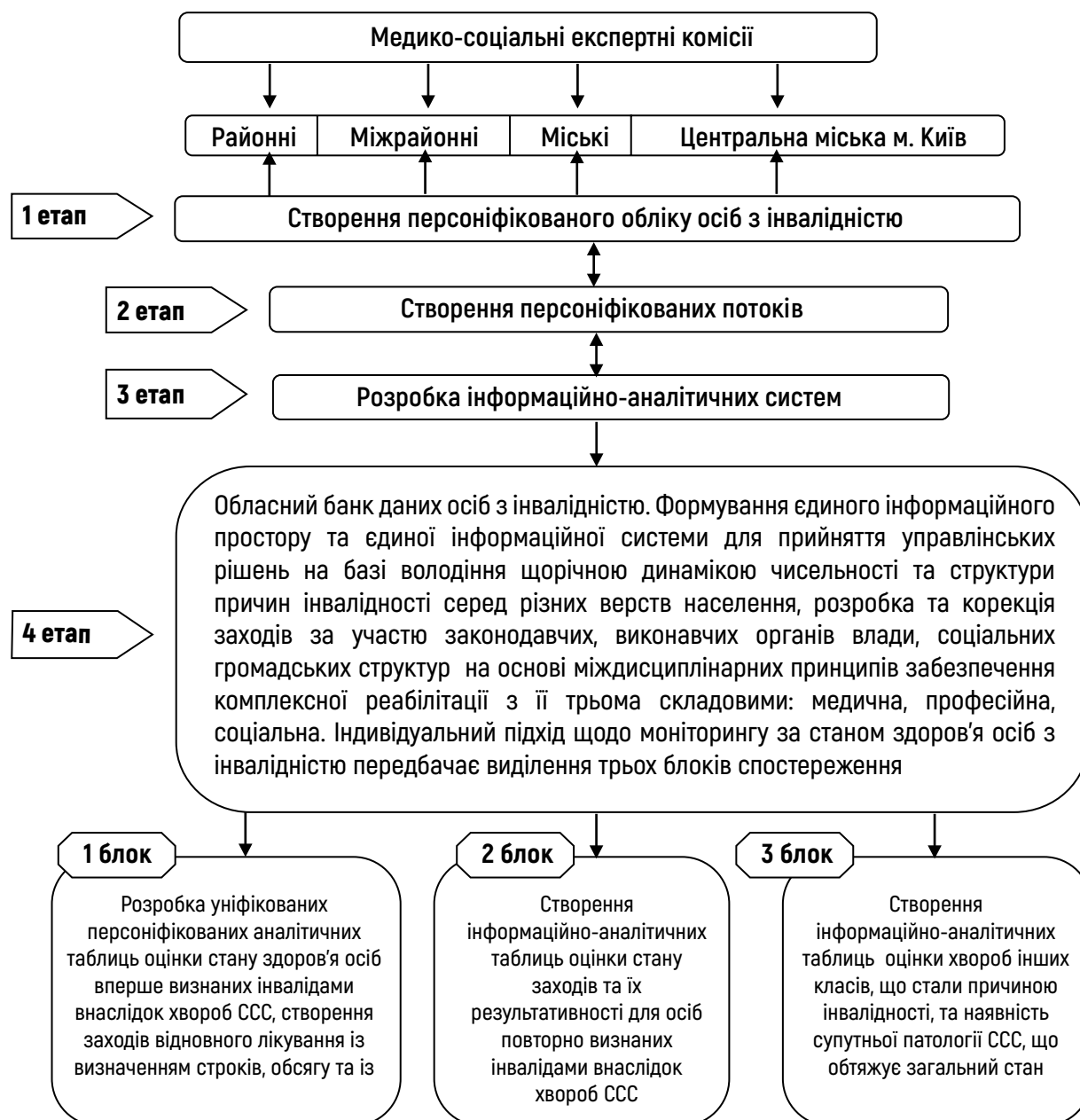


Рис. 1. Організаційно-функціональна модель моніторингу осіб, визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи (ССС) в загальній системі спостереження та відновного лікування контингенту (на регіональному рівні).

Обговорення. Аналіз інвалідизації внаслідок неонкологічних урологічних захворювань та оцінка якості надання спеціалізованої урологічної допомоги демонструють перше за частотою місце хворих-інвалідів з СКХ (43,7%) і високі показники у них недоліків діагностики та лікування (71,1%), що свідчить про відсутність належної метафілактики рецидивування хвороби та обгрунтованість зауважень щодо диспансерного нагляду за місцем проживання – відсутність моніторингу УЗД й інфекцій сечової системи із відповідною літотолічною й етіотропною антибактеріальною терапією, а також своєчасного направлення хворих на санаторно-курортне лікування. Наслідком цього може бути формування ускладнень – кораловидні або

множинні камені, гідронефроз, пієлонефритично зморщена нирка, хронічна ниркова недостатність (ХНН).

Також, за нашими даними, частою причиною інвалідизації є стриктура сечівника (16,5%), особливо післятравматичний її варіант, як одна з найважчих урологічних нозологій. Масивні фіброзні зміни, порушення кровообігу сечівника й оточуючих тканин, зумовлених важкими переломами кісток таза з розривом сечівника, складність адекватної і тривалої деривації сечі із запобіганням її доступу до зони анастомозу, профілактики сечової інфекції призводять до частих рецидивів стриктури. Але саме у цих пацієнтів виявлені недоліки діагностики й лікування, частота яких (відповід-

но, 82,4% та 88,2%) достовірно перевищувала таку у інвалідів, хворих на нейрогенний сечовий міхур (23,1% та 30,8%) (відповідно, $p=0,005$ і $0,006$), а також стриктуру сечоводу (18,2% та 18,2%) ($p=0,004$ та $0,002$).

Незадовільним можна вважати і диспансерний нагляд за пацієнтами із інвалідністю, зумовленою нейрогенним сечовим міхуром, частина яких мали прояви запущених уретерогідронефрозів, ХНН на тлі інфекцій сечових шляхів. Активне спостереження, якого потребують такі хворі з метою своєчасної нейропротекторної терапії та запобігання утворенню інфекційних біоплівки (санітарно-гігієнічні правила, використання закритих дренажних систем й одноразових катетерів, вчасна заміна й догляд за дренажами, застосування ефективних антисептичних засобів для їх промивання й обробки) можливо тільки за умов вдосконалення системи спостереження та відновного лікування.

На цей час накопичений вітчизняний й закордонний досвід теорії і практики медико-соціальної експертизи, висвітлені якісні та кількісні показники інвалідності та показники, що пов'язані з нею, а також принципи класифікації та критерії її встановлення, види медико-соціальної допомоги, в яких має потребу кожна особа даної категорії [4]. Інвалідність призводить до скорочення тривалості здорового періоду життя та суттєвого економічного збитку [8]. Тому проблеми медико-соціальної експертизи та комплексної реабілітації вимагають удосконалених обґрунтованих наукових підходів та ефективних практичних механізмів забезпечення життєдіяльності й підвищення рівня якості життя осіб з інвалідністю.

Запобігання захворюванням і подовження тривалості життя людини, в тому числі з інвалідністю як наслідком багатьох патологій, є визначальним результатом державної політики для розвитку суспільства й достатнього рівня якості життя [16].

Але незважаючи на актуальність проблеми, в доступних джерелах інформації спостерігається дефіцит статистичних даних щодо поширеності інвалідності, зокрема спричиненої урологічними захворюваннями. За останні 30 років, після матеріалів Павлової Л.П. та співав. [17] в фаховій літературі майже не публікувались узагальнені статистичні матеріали щодо даної проблеми в Україні. Звернула увагу робота Сайдакової Н.О. та співав. [14], які встановили зменшення кількості вперше визнаними інвалідами за останні 5 років на 28, 9% та 26, 4% відповідно серед дорослого населення і працездатного контингенту. Потреба більш глибокого аналі-

зу сприяла виконанню цих досліджень з розробкою на сучасному рівні шляхів удосконалення медичної допомоги інвалідам з хворобами сечової системи.

Запропонована організаційно-функціональна модель моніторингу дозволить підвищити ефективність заходів спостереження з метою профілактики погіршення стану та підвищення результативності своєчасного лікування для осіб, визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи, що підтверджує актуальність даного дослідження та його медико-соціальне значення.

Висновки:

1. Дослідження особливостей інвалідності внаслідок неонкологічних урологічних хвороб продемонстрували її найчастіші причини – СКХ (43,7%) та стриктура сечівника (16,5%).

2. Визначено недоліки діагностики й лікування залежно від групи інвалідності та нозологічної форми.

3. Розроблено і запропоновано для впровадження у лікувально-профілактичних закладах на регіональному рівні організаційно-функціональну модель моніторингу осіб, визнаних інвалідами внаслідок неонкологічних хвороб сечової та чоловічої статевих систем в загальній системі спостереження та відновного лікування контингенту.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Дослідження виконано в рамках НДР «Вивчити особливості інвалідизації внаслідок неонкологічних урологічних захворювань із обґрунтуванням заходів профілактики та зниження стійкої втрати працездатності серед дорослого населення України».

Інформація про внесок кожного учасника:

Сергій Пасечніков: концепція дослідження, узагальнення результатів, висновки;

Микола Мітченко: визначення недоліків діагностики й лікування залежно від групи інвалідності та нозологічної форми, написання частини статті;

Наталія Сайдакова: аналіз динаміки інвалідності внаслідок неонкологічних урологічних хвороб, розробка організаційно-функціональної моделі моніторингу пацієнтів та єдиної інформаційної системи;

Вікторія Дріянська: аналіз результатів дослідження, написання частини статті;

Галина Кононова: дизайн запропонованої моделі та аналіз літератури.

Література (References):

1. Disability and health: Fact sheet Reviewed November 2016. World Health Organization: website. Geneva: WHO, 2020. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>.
2. Bondar NO. Justification of the selection of criteria for evaluating the effectiveness of social protection for the disabled. Soc. economy. 2012;4:156-163. Available from: <https://www.sworld.com.ua/konfer35/470.pdf>. [In Ukrainian].

3. Situational tasks regarding management decision-making in the field of health care (CASE-STUDY): method. rec. / uklad. MM Bilynska, SE Mokretsov, NO Vasyuk, et al.; NAD. Kyiv; 2017.60 s. [In Ukrainian].
4. *Chichkan MV*. International legal standards in the field of social protection of the disabled. Science Herald of Kherson state university. 2014;1(3):259–263. Available from: <http://ir.stu.cn.ua/123456789/8293>. [In Ukrainian].
5. *Ipatov AV, Khanyukova IYa*. The concept of disability in the aspect of modern international law. Ukrainian Herald of Medical and Social Expertise. 2015;3:15-21. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmse_2015_3_4. [In Ukrainian].
6. *Medvedovska NV*. Current state of health of the population of working age in Ukraine. Ukraine. Health of the nation. 2010;2:24-33. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_2_5. [In Ukrainian].
7. *Kirichenko A.G*. The structure of the primary disability of the population of Ukraine. Universum: Medicine and Pharmacology. 2014;1(2). Available from: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/878>. [In Ukrainian].
8. *Parovyshnyk OV*. Ensuring the rights of the disabled in Ukraine: theoretical and practical principles of administrative and legal regulation: monograph. Kharkiv: Pravo, 2016. 264 s. Available from: <https://dspace.nlu.edu.ua/handle/123456789/14825>. [In Ukrainian].
9. *Obolenskyi Yu, Sobol E*. Organizational and legal measures of rehabilitation of the disabled. Legal Bulletin of the Ukr. Acad. bank. affairs. 2013;1:82-87. Available from: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/52206/6/Obolenskyi_Reabilitatsiia_invalidiv.pdf. [In Ukrainian].
10. *Barzylovych AD*. Reforming the health care system in Ukraine: strategic aspects. Investments: practice and experience. 2020;2:134–140. doi: 10.32702/23066814.2020.2.134.
11. *Kornatsky VM*. Regional medical and social problems of diseases of the circulatory system: analytical and statistical manual. Kyiv; 2013. 239 s. [In Ukrainian].
12. *Saidakova NO, Startseva LM, Kononova GE, Kravchuk NG*. The main indicators of urological care in Ukraine for 2018-2019: departmental publication; Ministry of Health of Ukraine; State University “Institute of Urology of the National Academy of Sciences of Ukraine”; DZ Center of Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine. Kyiv: Polium; 2019. 216 s. [In Ukrainian].
13. *Ipatov AV, Moroz OM, Khanyukova IYa, et al*. Main indicators of disability and activity of medical and social expert commissions of Ukraine for 2020: analytical and informational guide / Edited by the head of the expert group on medical and social expertise of the Quality of Life Directorate, RYa Perepelichna. Dnipro: Accent PP; 2021.188 s. Available from: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/7183>. [In Ukrainian].
14. *Saidakova NO, Dmytryshyn SP, Grodzinsky VI*. Dynamics of disability due to diseases of the genitourinary system in Ukraine and its regions. Urology. 2019;1(88):5-12. doi: 10.26641/2307-5279.23.1.2019.161628 [In Ukrainian].
15. *Greer JA, Xu R, Propert KJ, Arya LA*. Urinary incontinence and disability in community-dwelling women: a cross-sectional study. NeuroUrol Urodyn. 2015;34(6):539-43. doi: 10.1002/nau.22615.
16. WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines). [Internet]. World Health Organization. Geneva: WHO, 2020. [cited December 10, 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974>
17. *Pavlova L.P., Sarychev L.P., Kulchitskaya T.K*. Disability due to urological diseases / Ed. academician A.F. Vozianova. Kyiv: Health; 1991. 112 s. [In Russian].