

УДК: 364.3:[616-058:343.148.22]

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ

Д. м. н., профессор В. Б. Смычѣк

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск

Резюме

Система реабилитации и медико-социальной экспертизы больных и инвалидов требует постоянного совершенствования. В настоящее время в Республике Беларусь для оценки последствий заболевания или травмы применяются такие термины, как «нарушение», «ограничение жизнедеятельности», «социальная недостаточность». Однако ВОЗ рекомендует использование нового документа – так называемой «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (International Classification of Functioning, Disability and Health) как дополнение к «МКБ-10» и как инструмента, позволяющего оценивать функционирование индивида с последствиями заболевания в конкретной окружающей среде и соответствующей обстановке. В статье излагаются основные концептуальные подходы к использованию данного документа.

Ключевые слова: реабилитация, медико-социальная экспертиза, инвалид, инвалидность, ограничение жизнедеятельности, нарушение.

Summary

Medical and social assessment of disability, as well as rehabilitation of sick and disabled people are the areas that require continuous improvement. At the moment, such concepts as impairment, disability, handicap or social disadvantage as used in Belarus for assessment of the consequences of diseases and traumas. However, the WHO recommends that the new document, namely, the International Classification of Functioning, Disability and Health, as a complement to the ICD 10 should be preferably used as an instrument for assessment of functioning of the individual affected by the consequences of diseases in a particular environment and surrounding. The author's visions on how to use concepts of the ICF are described.

Keywords: rehabilitation, medico-social assessment, disabled person, disability, activity limitation, impairment.

Одной из важнейших задач современного общества является сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита больных и инвалидов. В настоящее время в Республике Беларусь научно обоснована и успешно функционирует на практике этапная система медицинской реабилитации, используются современные реабилитационные технологии. Основная задача реабилитации – устранение последствий заболевания или травмы. Конечными целями реабилитации являются максимальное устранение ограничений жизнедеятельности пациента, сохранение или вос-

становление его трудоспособности, повышение качества жизни. Но вопросы реабилитации нельзя рассматривать в отрыве от вопросов медико-социальной экспертизы, так как она решает вопрос не просто установления инвалидности, а раскрывает сущность последствий заболевания или травмы, оценивает степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности (передвижения, самообслуживания, ориентации и т.д.), а также позволяет сделать заключение о возможности продолжения трудовой деятельности человека в своей или другой профессии.

Таким образом, реабилитация и медико-социальная экспертиза – это две взаимосвязанные составляющие единого цело-

го – процесса улучшения качества жизни пациентов с ограничениями жизнедеятельности, создания им таких условий жизни, которые способствовали бы их максимальной интеграции в семью и в общество [4, 5, 6, 16, 20].

С точки зрения научно-теоретических, методологических основ медико-социальной экспертизы и реабилитации важно объединение двух концептуальных взглядов на здоровье и его нарушения. Это отражено в научной полемике *медицинской модели* против *социальной модели*.

Медицинская модель рассматривает ограничения жизнедеятельности как персональную проблему, вызванную непосредственно болезнью, травмой или другим изменением здоровья, которая требует медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого профессионалами. Контроль ограничений жизнедеятельности является целью лечения или приспособления и изменения поведения индивида. Медицинская помощь рассматривается как основной выход из положения.

То есть, инвалидность рассматривается как первичная проблема, вызванная непосредственно болезнью, травмой или физическими изменениями здоровья. Поэтому медицинская помощь, доступность лечения и реабилитации, качество оказания помощи является основополагающим аспектом.

Социальная модель смотрит на вопрос наличия ограничений жизнедеятельности как на социальную проблему и главным образом как на вопрос интеграции индивида в общество.

Социальная модель рассматривает защиту индивида с позиции защиты прав человека (социальный и политический аспекты), а результатом данной позиции предполагаются социальные изменения [1, 18].

Интеграция обеих концептуальных моделей нашла свое отражение в так называемой Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), которая

была утверждена Всемирной организацией здравоохранения в 1980 году как инструмент анализа и решения проблем жизнеобеспечения людей, связанных с состоянием их здоровья [7]. Этот документ ввел понятие «концепция последствий болезни», согласно которой последствия заболевания материализуются в виде морфологических изменений одного, реже нескольких органов, приводящих к нарушению функции органа или систем. То есть, возникают «нарушения» или «дефект» как последствия на органном уровне.

В результате возникших «нарушений» как следствия заболевания (или травмы) в человеке может меняться и состояние его организма в целом, и способность его к жизнедеятельности, определяющей его развитие как личности. Индивидуум становится ограниченным в сферах деятельности, привязан к определенным средствам жизнеобеспечения. В результате происходит расстройство на уровне личности, возникают так называемые «ограничения жизнедеятельности» [2, 7].

Как правило, человек осознает наличие болезни и ее проявления. Это знание, или изменившееся поведение инвалида, или ограничение его деятельности могут поставить конкретного человека в невыгодное положение по отношению к окружающим, таким образом болезнь приобретает социальный характер. Это проявление отражает социальную недостаточность (иными словами – социальную дезадаптацию), вытекающую из нарушения и ограничения жизненных функций.

Социальный уровень развития болезни отражает реакцию общества на состояние инвалида и проявляется во взаимоотношениях инвалида с обществом, которые могут включать и такой специфический инструмент, как законодательство.

Все вышесказанное может быть графически представлено следующей схемой (рисунок 1).

Хотя графически схема представлена простой линейной прогрессией, в которой все звенья связаны последовательно, на самом деле положение сложнее. Эта последовательность в ряде случаев может быть неполной, или возможен ее разрыв на

любом этапе. Но большая ценность представления концепции в таком виде состоит в том, что вырисовывается общая последовательность элементов, позволяющая раз-

решить многие проблемы, воздействуя на один элемент и получая эффект в других элементах цепи.

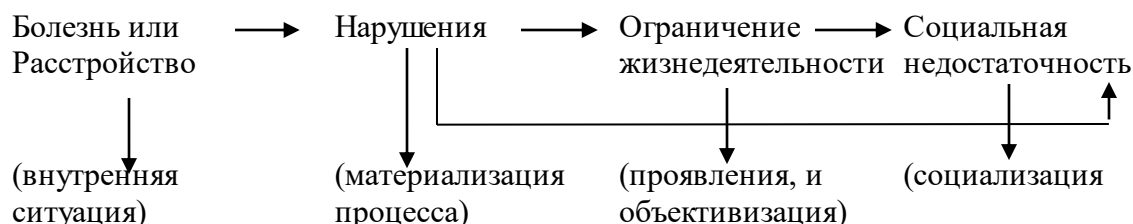


Рисунок 1. Схема социализации болезни

Таким образом, можно вести речь о трех основных классах последствий заболеваний (табл. 1), изложенных в МКН [7].

Таблица 1. Международная классификация последствий заболеваний и травм (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980*)

Классы последствий заболеваний и травм		
Последствия, определяемые на уровне организма	Последствия, определяемые на уровне индивидуума	Последствия, определяемые на уровне личности
Нарушения структур и функций организма: 1) умственные; 2) другие психические; 3) языковые и речевые; 4) ушные (слуховые и вестибулярные); 5) зрительные, 6) висцеральные и метаболические; 7) двигательные; 8) уродующие; 9) общего характера	Ограничения жизнедеятельности, снижение способности: 1) адекватно вести себя; 2) общаться с окружающими; 3) совершать движения; 4) действовать руками; 5) владеть телом; 6) ухаживать за собой; 7) ситуационное снижение способности; 8) овладеть специальными навыками	Социальная недостаточность из-за неспособности: 1) к физической независимости; 2) к мобильности; 3) к занятиям обычной деятельностью; 4) к получению образования, 5) к профессиональной деятельности; 6) к экономической самостоятельности; 7) к интеграции в общество

При этом под *нарушением* (impairment) понимается любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

Ограничение жизнедеятельности (disability) – это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, которые считают нормальными для человека данного возраста.

Социальная недостаточность (handicap или disadvantage) – это социальные последствия нарушения здоровья, такой не-

достаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

Однако Международная классификация (номенклатура) нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) не позволяла достаточно полно раскрыть роль социальной и физической окружающей среды как в

формировании последствий заболеваний, так и их преодолении. Поэтому в 2001 г. вышла в свет Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ) [8].

МКФ принадлежит к «семье» международных классификаций, разработанных Всемирной организацией здравоохранения, которые касаются различных аспектов здоровья и аспектов, связанных со здоровьем. К этой «семье» относятся МКФ, «Международная классификация болезней» (МКБ-10), «Классификация по уходу», «Международная классификация стандартов образования – ISCD», а также «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности» (утверждены на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН в 1993 г. – резолюция 46/96) [8, 14].

Всеобъемлющая цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Ее специфические цели могут быть определены как следующие [8]:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;
- сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;
- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;
- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья.

Эти цели оказались взаимосвязанными, поскольку необходимость применения МКФ заставила создать многозначную и

практичную систему, которая может использоваться разными потребителями в управлении здравоохранением, при контроле его качества и оценке эффективности в различных культурах.

Таким образом, МКФ базируется на более тесной интеграции двух (медицинской и социальной) моделей. Для объединения различных сторон функционирования более широко и глубоко используется биопсихосоциальный подход. МКФ пытается достичь более полной согласованности взглядов на различные стороны здоровья и болезни: с биологических, личностных и социальных позиций.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройства, травмы и т.п.) изначально классифицированы в МКБ-10 (аббревиатура «Международной классификации болезней 10-го пересмотра»), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменением здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья обеспечиваются диагнозом, который дополняется информацией МКФ о функционировании. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений [8, 14, 20].

Важно иметь в виду наличие частичного совпадения между МКБ-10 и МКФ. Обе классификации начинаются с систем организма. Нарушения относятся к структурам и функциям организма, которые обычно являются составляющими «процесса болезни» и в связи с этим также используются в МКБ-10. Тем не менее, МКБ-10 использует нарушения (в виде признаков и симптомов) как части констелляции, которые формируют «болезнь», или иногда как проблемы функций и структур организма, связанные с изменениями здоровья. У двух индивидов с одинаковым заболеванием могут быть различные уровни

функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковые изменения здоровья. Следовательно, совместное использование классификаций повышает качество информации для медицинских целей. МКФ не исключает использования обычных диагностических процедур, применяемых для медицинских целей. В других случаях МКФ может использоваться самостоятельно.

МКФ ушла от классификации «последствий болезни» (концептуальной позиции ICDH МКН 1980 г.), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания [1], используя приемлемые научные методы. Это усиливает подходы, основанные на исследовании детерминант здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторов риска МКФ содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет инвалид.

Область действия МКФ шире проблем инвалидности [8]:

1. Предполагается использование МКФ в таких областях, как страхование, образование, экономика, а также и в медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов (в разделах: социальная защита, трудоустройство, профессиональная пригодность, гигиена, социальная политика).

2. МКФ предложена взамен МКН. В медико-социальной экспертизе, реабилитации инвалидов и в других вопросах инвалидности целесообразно использовать МКФ и МКБ -10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) – они дополняют друг друга.

3. В изложении МКФ подчеркивается, что она принята ВОЗ как одна из социальных классификаций, в которой реализуются принятые международные документы

по правам человека, и, в частности, уже упомянутые «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности».

4. МКФ не относится только к людям с ограничениями жизнедеятельности. Показатели здоровья при любом изменении здоровья могут быть описаны с помощью МКФ. МКФ не формальная классификация, она содержит трактовку понятия «ограничение жизнедеятельности», концептуальные положения, которые следует использовать в практике и научных исследованиях по проблеме инвалидности: в медико-социальной экспертизе, в реабилитации инвалидов, в социальной защите инвалидов.

5. МКФ классификация «составляющих здоровья». Она не касается этиологии, патогенеза и причинно-следственных связей. Эти вопросы в связи с предметом исследований (например, экспертизой) решаются научными исследованиями (и научными методами).

6. Предполагается, что внедрение МКФ должно быть согласовано с национальным законодательством и стать инструментом для реализации национального законодательства.

МКФ включает все аспекты здоровья человека и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, описывая их в терминах *доменов здоровья* и *доменов, связанных со здоровьем*.

Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов, определяющих здоровье. Это практический и значимый для характеристики здоровья набор взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур; действий, задач и сфер жизнедеятельности; внешних природных и культурных условий; внутренних, индивидуально-психологических особенностей [1, 8].

Примеры доменов здоровья включают, например, зрение, слух, ходьбу, обучение, запоминание, в то время как примеры доменов, связанных со здоровьем, включают транспортировку, образование, социальные взаимодействия и т. д.

Классификация, оставаясь в рамках широкого понимания здоровья, не распро-

страняется на события, не связанные со здоровьем, например, на события, которые определяются социально-экономическими факторами. Так, люди могут иметь ограничения при выполнении задач в реально существующей окружающей среде из-за расовой принадлежности, пола, религии или других социально-экономических причин, но это не будет ограничением возможности участия, связанным со здоровьем, что классифицируется в МКФ.

Широко распространено заблуждение, что МКФ относится только к людям с ограничениями жизнедеятельности. На самом деле она применима ко *всем людям*. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, при любом изменении здоровья могут быть описаны с помощью МКФ. Другими словами, МКФ универсальна в применении [8, 12, 13, 14].

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, изложенная в официальном издании ВОЗ, имеет представленную ниже структуру (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, структура МКФ существенно отличается от структуры МКН. В МКФ термины «нарушения» и «ограничения жизнедеятельности» имеют иную интерпретацию, чем в МКН, а термин «социальная недостаточность» вообще отсутствует в силу его уничижительного значения по отношению к конкретному человеку.

Термином «нарушения» обозначается понятие, входящее в состав понятия, определяемого термином «функционирование». Нарушение – лишь та часть функционирования организма, которая проявляет себя отклонением от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существующие отклонения или утрата. Нарушения структуры могут включать в себя аномалию, дефект, утрату или другое значительное отклонение в структуре организма.

Нарушения представляют собой отклонения от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций, выбор которых осуществляется преимущественно специалистами, оценивающими физическое и психическое функционирование в соответствии с этими стандартами.

Нарушения не зависят от этиологии или того, как они развиваются; например, потеря зрения или конечности может быть следствием генетической аномалии или травмы. Наличие нарушения обязательно подразумевает причину, хотя, причина может быть недостаточной для объяснения, последовавшего за ней нарушения. Аналогично, наличие нарушения всегда указывает на присутствие функционального или структурного расстройства организма, но оно может быть вызвано любым заболеванием, расстройством или физиологическим состоянием.

Нарушения могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни или того, что индивид должен считаться больным.

Нарушения шире и масштабнее, чем расстройства или болезни; например, утрата конечности – это нарушение структуры организма, но не расстройство или болезнь.

Термин «ограничение жизнедеятельности» понимается как обобщающий. Он обозначает системное явление, характеризующее взаимодействие между людьми и их физическим и социальным окружением.

Ограничение жизнедеятельности является следствием не только изменения здоровья и нарушений, но и ограничений в результате барьеров окружающей среды. Это положение принципиально важно для трактовки понятия «инвалидность» и в определении направлений профилактики и реабилитации. Наличие барьеров окружающей среды может быть решающим фактором в формировании инвалидности, а снятие барьеров – привести к предупреждению инвалидности или реабилитации при одном и том же изменении здоровья. То есть, еще раз следует подчеркнуть, что в МКФ ограничение жизнедеятельности не

является показателем здоровья, а показателем, связанным со здоровьем. Ограничение жизнедеятельности относится ко всем ограничениям активности и ограничениям возможности, связанным со здоровьем.

Таким образом, термин «ограничение жизнедеятельности» включает в себя понятия, обозначаемые как «активность» и «участие» [1, 8, 12, 14].

Таблица 2. Структура «Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ)

	Часть 1: Функционирование и ограничения жизнедеятельности		Часть 2: Контекстовые факторы	
	Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены	1. Функции организма 2. Структуры организма	Сферы жизнедеятельности (задачи, действия)	Внешнее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности	Внутреннее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности
Параметры	Изменение функций организма (физиологическое) Изменение структуры организма (анатомическое)	Потенциальная способность Выполнение задачи в стандартных условиях Реализация Выполнение задачи в реальной жизненной ситуации	Облегчающее или затрудняющее влияние физической, социальной среды, мира отношений и установок	Влияние свойств личности
Позитивный аспект	Функциональная и структурная целостность	Активность Участие	Облегчающие факторы	не применимо
	Функционирование			
Негативный аспект	Нарушение	Ограничение активности Ограничение возможности участия	Препятствующие факторы /барьеры	не применимо
	Ограничение жизнедеятельности			

Активность – это выполнение задач и/или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности, т.е. трудности в осуществлении активности, которые может испытать инвалид, преодолевая индивидуальные нару-

шения функционирования (нарушения структур и функций). Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого, качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине в

сравнении с людьми без изменения здоровья.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия – проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе. Ограничения участия ведут к тому, что в Международной классификации последствий заболевания обозначалось термином «социальная недостаточность».

Еще одним существенным отличием МКФ от МКН является наличие так называемых «контекстных факторов», которые дают представление о полной обстановке, в которой живет и существует индивид. Они включают так называемые «факторы окружающей среды» и «личностные факторы», которые могут влиять на индивида с изменением здоровья, на показатели здоровья (состояние функций и структур организма) и показатели, связанные со здоровьем этого индивида (его активность и участие в реальной жизненной ситуации).

«Факторы окружающей среды» создают ту физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Они представлены:

- технологиями и оборудованием, непосредственно связанными с индивидуумом в его производственной деятельности и в быту;

- продукцией или системой изделий, являющихся непосредственным окружением индивида;

- природным окружением и изменениями окружающей среды;

- системой поддержки и взаимосвязи, обеспечивающей практическую физиче-

скую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту или помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или других аспектах ежедневной деятельности;

- установками, являющимися видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений;

- службами, сложившимися программами, предлагающими и осуществляющими услуги в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида;

- административными системами, включающими административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью;

- политикой, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные различными уровнями власти.

«Личностные факторы» – это индивидуальные характеристики с которыми живет и существует индивид, состоящие из черт индивида, не являющихся частью изменения здоровья или показателей здоровья. Они могут включать пол, расу, возраст, другие изменения здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальное окружение, образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и в настоящем), тип личности и характера, склонности, другие характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне.

«Личностные факторы» в МКФ хотя и выделены как класс факторов, определяющих здоровье, однако не расшифрованы, не детализированы и в настоящее время в оценке здоровья и болезни по данной классификации не применяются. Тем не менее, они включены в схему структуры МКФ, чтобы отметить тот важный вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат оценки здоровья и болезни, различных лечебных и реабилитационных вмешательств.

Ниже представлена схема (рисунок 2), которая демонстрирует множество взаимо-

действий между изменениями здоровья и последовавшими ограничениями структуры/функции, активности и участия и контекстовыми факторами (факторы окружающей среды и личностные факторы). То есть, функционирование индивида представлено как взаимодействие или сложные отношения между изменением здоровья и контекстовыми факторами. При этом взаимодействие проявляется в двух направлениях: не только нарушение здоровья может приводить к ограничению жизнедеятельности, но и ограничение жизнедеятельности само по себе способно модифицировать изменения здоровья. Учитывая тот факт, что МКФ рассматривает понятие

«функциональное здоровье» как функционирование с обязательным учетом личностных факторов и факторов окружающей среды, то совершенно очевидным становится влияние изменений здоровья индивида на его функциональное здоровье.

Во всемирном докладе об инвалидности сказано, что «международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) определяет инвалидности как «зонтичный» термин для обозначения нарушений, ограничений в действиях и ограничений в участии» [3].

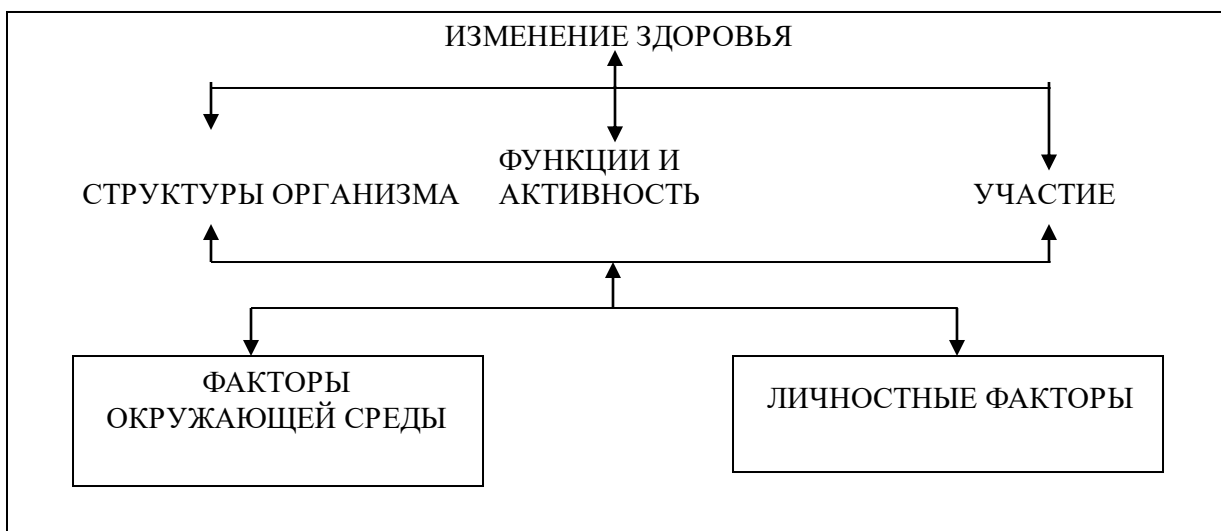


Рисунок 2. Схема взаимодействия между составляющими МКФ

То есть, если МКФ предполагала «линейную модель» определения инвалидности (болезнь → нарушения → ограничения жизнедеятельности → социальная недостаточность), то МКФ охватывает все сферы жизнедеятельности сразу и в виде своеобразного «зонтика» оценивая составные части функционирования (активность, участие, функции и структуры организма, факторы окружающей среды и личностные факторы) и выдавая в результате некую интегративную оценку.

Таким образом, если МКФ по основной своей сути оценивает тот факт, какие негативные изменения произошли в здоровье человека и какие ограничения жизнедеятельности возникли как следствие заболевания или травмы, то МКФ позволяет оценить то положительное, что осталось и

содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и в окружающей его социально-культурной среде.

Сегодня мы находимся на пороге существенного изменения правил проведения медико-социальной экспертизы, продолжая строить современную систему реабилитации больных и инвалидов. И МКФ является тем современным инструментом, который помогает нам достичь планируемых результатов.

Литература

1. Аухадеев, Э. И., Иксанов, Х. В. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Восстановительное лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях – Казань, 2007. – С. 37–47.
2. Ипатов, А. В., Ферфильфайн, И. Л., Рыков С. А. Международная классификация функци-

онирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья и проблемы инвалидности. Днепропетровск, 2004. – 304 с.

3. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева: ВОЗ, 2011. – 28 с.

4. Комплексная реабилитация инвалидов / Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина и др. – М.: 2005. – 304 с.

5. Лаврова, Д. И. Применение классификаций и временных критериев при проведении медико-социальной экспертизы / Д. И. Лаврова, Е. С. Либман, С. Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 1. – С. 8–12.

6. Лаврова, Д. И. Критерии оценки ограниченной жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы (методические рекомендации для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации) / Д. И. Лаврова, Е. С. Либман, С. Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 2. – С. 45–47.

7. Международная номенклатура нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации болезней и причин инвалидности. – М: РАМН: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н. А. Семашко, 1994. – 105 с.

8. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.

9. Новик, А. А. Концепция исследований качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: ЭЛБИ, 1999.

10. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекоменда-

ции / Л. С. Гиткина, Э. И. Зборовский, В. В. Колбанов и др. – Мн., 1996. – 16 с.

11. Предупреждение инвалидности и реабилитация: доклад комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. – Женева, 1983. – 42 с. – (Сер. техн. докл. 668).

12. Свистунова, Е. Г. Концептуальные понятия о медико-социальной реабилитации инвалидов в России / Е. Г. Свистунова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 3–6.

13. Эланский, Ю. Г. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции социальной независимости / Ю. Г. Эланский, С. П. Пешков // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 3. – С.24–24.

14. Юнусов, Ф. А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом // Юнусов Ф. А., Г. Гайгер, Э. Микус, Манувальд О., – М.: Общероссийский общественный доклад «Социальное развитие России», 2008. – 332 с.

15. Disler, P. B. Rehabilitation medicine / P. B. Disler, I. D. Cameron, S. F. Wilson // Med. J. Aus. – 2002. – Vol. 177, № 7. P. 385–386.

16. Engel, J. L. The biopsychosocial model and medical education. NEJM 306, 1977

17. Hunt, S. M. The problem of quality of life / S. M. Hunt // Quality of Life Research. – 1997. Vol. 6. – P. 205–210.

18. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). – Geneva: WHO, 1980.

19. Mikulovic, J. Soc. and prof. reintegration of the long-term unemployed disabled. Intervention on the body through adapted physical activities, conative teaching skills and soc. reenergization/ J. Mikulovic, G. Bui-Xuan, A. Marcellini // Int. J. Rehabil. Res. – 2002. – Vol. 25, № 1. – P.47–50.



УДК 616-036.86:614.8.067.3:614.2

ПІДХОДИ ДО АНАЛІЗУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Професор А. В. Іпатов¹, І. В. Дроздова¹, І. Я. Ханюкова¹, О. М. Мацуга²

¹ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпропетровськ,

²Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара

Резюме

В работе представлен анализ статистических данных заболеваемости, распространенности и инвалидности вследствие болезней системы кровообращения за 2001-2010 годы. Указано на необходимость разработки нового методологического подхода к анализу заболе-