

УДК 616-036.82/.85+616-036.865

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЭКСПЕРТИЗА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Д. м. н., профессор В. Б. Смычѣк

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

Резюме

Медицинская реабилитация и медико-социальная экспертиза являются важной составной частью государственной политики по охране здоровья населения. Это, в свою очередь, предполагает разработку стратегических перспектив развития данного направления и своевременного внедрения в практику современных технологий реабилитации и подходов к осуществлению медико-социальной экспертизы. В статье излагаются существующее положение в области экспертизы и реабилитации, наиболее важные проблемы и перспективные пути дальнейшего развития данного медико-социального направления.

Ключевые слова: реабилитация, медико-социальная экспертиза, пациент, инвалид, ограничения жизнедеятельности.

Summary

Medical rehabilitation along with medical social examination is the important part of the state policy in the area of community health protection. This fact presupposes the elaboration of strategic prospects in the development of this area and timely implementation of modern rehabilitation practices as well as the approaches to the implementation of expert medical social examination.

Existing state in the area of examination and rehabilitation, the most important issues and prospective ways of the development of this medical social area are expounded in the article.

Key words: rehabilitation, medical social examination, patient, disabled person, limitation of vital activity.

Важнейшим индикатором здоровья общества является состояние здоровья его граждан, которое определяет качество трудовых ресурсов, демографическую ситуацию в стране, производительность труда, величину производимого валового внутреннего продукта.

Реализация государственной социальной политики по охране здоровья населения предполагает осуществление всего комплекса мер – политических, экономических, экологических, технологических, правовых, социальных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических, направленных на создание благоприятных условий жизнедеятельности, минимизацию рисков нарушения здоровья, сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан, профилактику заболеваний и инвалидизации общества, развитие реабилитационных технологий, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

В свою очередь, в охране здоровья важное место занимает реабилитация больных и инвалидов, т.е. система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, эффективное и ранее возвращение больных и инвалидов, детей и взрослых в общество и к общественно-полезному труду.

Конечной целью реабилитации является по-

вышение качества жизни больных и инвалидов, их социальная интеграция в общество, в семью, в трудовой коллектив, а стратегической задачей реабилитации должна являться социальная интеграция реабилитанта и обеспечение ему приемлемого качества жизни, т.е. достижение удовлетворенности человека своим физическим, психическим состоянием и социальным статусом. Неблагополучные тенденции в показателях здоровья и в демографическом развитии выдвигают реабилитацию больных и инвалидов на одно из важнейших стратегических направлений деятельности социальных институтов нашего общества.

Не менее важной проблемой в современном обществе является проблема инвалидности населения.

Инвалидность – важная не только медицинская, но и социальная, профессиональная, экономическая проблема современного общества, всего человечества. Но ее не нужно рассматривать только как следствие тяжелого заболевания или увечья, препятствующего полноценному функционированию индивидуума в обществе. Требуется анализ причин, приводящих человека к ограничению жизнедеятельности и, как следствие, к инвалидности, нужна оценка демографической ситуации в целом, анализ современных подходов к проблеме инвалидности, поиск путей решения ключевых сложных вопросов.

С 80-х годов прошлого столетия международные подходы к решению проблемы инвалидности носят комплексный характер и включают в себя две

основные составляющие: социальную и профилактическую. Социальная составляющая включает в себя мероприятия по интеграции лиц с инвалидностью в социальную микро- и макросреду, мероприятия по кардинальному улучшению положения не полно функционирующих граждан в системе общественных отношений, в том числе с частичным или полным решением проблем экономической независимости. В 2006 году Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций принята Конвенция ООН о правах инвалидов (включая отсутствие дискриминации, право на охрану здоровья, включая медицинское обслуживание, лечение и реабилитацию, доступность среды жизнедеятельности, право на труд, право на личную жизнь).

Профилактическая составляющая направлена на создание и совершенствование профилактических и реабилитационных технологий, позволяющих уменьшить риск возникновения инвалидизирующих заболеваний и их последствий, предупредить наступление инвалидности, снизить тяжесть инвалидности, преодолеть имеющиеся нарушения и ограничения жизнедеятельности.

Обе составляющие неразрывно связаны с объективным проведением медицинской экспертизы (прежде всего, медико-социальной экспертизы инвалидности) с целью своевременного выявления нуждающихся в проведении медицинской и иной реабилитации и нуждающихся в мерах социальной защиты.

Следует сразу оговориться, что проблема инвалидности существует и будет существовать далее. Необходимо постепенно совершенствовать систему оказания экспертно-реабилитационной помощи, искать новые подходы к определению инвалидности, совершенствовать систему дифференцированной социальной помощи конкретному человеку для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности и его последующей социальной реинтеграции.

В данной статье мы излагаем подходы к реабилитации и медико-социальной экспертизе, принятые в Республике Беларусь.

I. Реабилитация

На сегодняшний день в Республике Беларусь во всех ее регионах развита и четко функционирует служба медицинской реабилитации, представленная на всех уровнях: межрайонном, городском, областном и республиканском стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями медицинской реабилитации, как для взрослого, так и для детского населения.

На всех уровнях проведения медицинской реабилитации должны соблюдаться основные принципы медицинской реабилитации: раннее начало, преемственность, комплексность, этапность, непрерывность, индивидуальный подход.

Медицинская реабилитация осуществляется посредством применения немедикаментозной (психотерапии, технологий лечебной физкультуры, эрготерапии, аппаратной физиотерапии, водолечения, теплотечения, массажа, рефлексотерапии, мануаль-

ной терапии, других методов) и лекарственной терапии.

Реабилитация осуществляется в стационарных и амбулаторных условиях:

- на республиканском уровне – в республиканских центрах и больницах;

- на областном уровне – в областных больницах, центрах (больницах) медицинской реабилитации;

- на городском (районном) уровне – в городских (районных) больницах (центрах) и поликлиниках.

По состоянию на 01.01.2013 г. в государственных организациях здравоохранения республики функционируют 325 отделений медицинской реабилитации (далее – МР) (с учетом отделений организаций республиканского подчинения), в том числе 82 стационарных отделения и 243 амбулаторно-поликлинических.

На базе городских и районных поликлиник организованы отделения медицинской реабилитации, включающие: дневные стационары (стационары дневного пребывания); отделения восстановительного лечения; кабинеты психотерапии и психологии; кабинеты трудотерапии; кабинеты механотерапии; кабинеты врачебного контроля за занимающимися физической культурой; диспансерные кабинеты; анамнестические кабинеты. Центры и отделения реабилитации располагают методами инструментального и лабораторного контроля.

Отделения (центры) медицинской реабилитации имеют методическую базу, основой которой являются протоколы медицинской реабилитации, утвержденные Министерством здравоохранения, в которых указаны мероприятия реабилитационно-экспертной диагностики. При проведении реабилитационно-экспертной диагностики оценивается реабилитационный потенциал, устанавливается клинично-функциональный диагноз, определяется реабилитационный прогноз, функциональный класс нарушений, категорий ограничений жизнедеятельности. После проведения реабилитационно-экспертной диагностики составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента, в которой отражаются мероприятия физической, психологической реабилитации, необходимая медикаментозная терапия, физиотерапевтические мероприятия, порядок проведения «школ больных».

Назначение реабилитационных мероприятий при различной патологии, как правило, осуществляется мультидисциплинарной бригадой отделения медицинской реабилитации, в состав которой входят врач-реабилитолог, психолог, психотерапевт; голосоречевой терапевт; врач ЛФК, либо инструктор, непосредственно работающий с конкретным пациентом; эрготерапевт; реабилитационная сестра и персонал по уходу; сам пациент и в ряде случаев члены его семьи.

Реабилитация пациентов неврологического профиля является одним из важнейших направлений в преодолении последствий заболеваний и травм нервной системы, позволяющим умень-

шить тяжесть социальной недостаточности (инвалидности) и улучшить качество жизни реабилитантов.

Потребность в реабилитации пациентов неврологического профиля высока. Причем, особенно это касается заболеваний, которые обуславливают высокий риск инвалидизации, в частности, цереброваскулярная патология и черепно-мозговые травмы. Так, 69,9 % общего контингента инвалидов вследствие цереброваскулярной патологии (прежде всего, с двигательными нарушениями и расстройствами речи) нуждаются в мероприятиях медицинской реабилитации, 21,6 % – в медико-профессиональной и профессиональной реабилитации, 43,2 % – в мероприятиях социальной реабилитации.

Процесс реабилитации неврологического пациента предполагает:

- поэтапную, длительную, ступенчатую тренировку двигательной активности пациента (восстановление двигательной активности лежа, обучение самостоятельному сидению, вставанию, ходьбе, поддержание равновесия), при этом используются не только опыт инструктора ЛФК, но и современные компьютеризированные технические комплексы двигательной реабилитации;

- восстановление коммуникативных навыков при речевых нарушениях (этапная тренировка звукопроизношения, чтения, письма, грамматического и семантического контроля речи) современными методиками и средствами реабилитации;

- преемственную психотерапию (индивидуальная эмоционально-рациональная психотерапия с 5-го дня сменяется на аутогенно-суггестивные методики, с 7-го дня индивидуальная терапия заменяется на групповую, с 14-го дня используется телесно-ориентированная, психодинамическая терапия и другие современные методы);

- восстановление и тренировку социально-бытовой активности пациента (поэтапное восстановление способности самостоятельно принимать пищу, одеваться, передвигаться, выполнять трудовую деятельность).

Медицинская реабилитация пациентов терапевтического профиля в республике также занимает важное место в системе здравоохранения.

В связи с высокой заболеваемостью, смертностью и инвалидизацией населения в реабилитационной помощи нуждаются пациенты вследствие: патологии кардиологического профиля (хроническая ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, инфаркт миокарда (нестабильная стенокардия), кардиомиопатии, проведение оперативных вмешательств на сердце и сосудах, имплантация электрокардиостимулятора и т.д.); заболеваний дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма и др.); заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет, болезни щитовидной железы, пангипуитаризм и др.), ревматических болезней, заболеваний пищеварительной системы (в том числе после проведения оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта).

Медицинская реабилитация осуществляется стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями по месту жительства пациента. Реабилитация пациентов терапевтического профиля с хроническими заболеваниями направлена на снижение частоты обострений, улучшение функционального состояния организма и качества жизни. Реабилитация пациентов в связи с остро возникшими заболеваниями или проведенным оперативным вмешательством требует коррекции и восстановления всех нарушенных функций органов и систем, а также ограниченных категорий жизнедеятельности.

Например, реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, операции на сердце и сосудах, начинается в реанимационном отделении и далее продолжается в кардиологическом (кардиохирургическом) отделении - формируется госпитальная фаза реабилитации. Далее в специализированном отделении реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда или операции на сердце и сосудах, или в амбулаторно-поликлиническом, стационарном многопрофильном отделении проводится ранняя постгоспитальная фаза. Поздняя постгоспитальная фаза реабилитации осуществляется через 4–6–12 месяцев после острого случая заболевания. Используются длительные контролируемые программы кардиологической реабилитации. Поддерживающая фаза реабилитации проводится в отдаленный амбулаторный период реабилитации и продолжается неопределенно долго, идеально – на протяжении всей жизни.

Оказание специализированной реабилитационной помощи при ортопедотравматологической патологии выполняет принцип преемственности в лечении пациентов и направлено на повышение эффективности работы ортопедотравматологической службы, способствует снижению числа осложнений, улучшению исходов, восстановлению нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности, реинтеграции к трудовой деятельности и улучшению качества жизни пострадавших от травм.

Оказание реабилитационной помощи пациентам с ортопедотравматологической патологией осуществляется на базе созданных специализированных стационарных отделений медицинской реабилитации ортопедотравматологического профиля. Также реабилитационная помощь оказывается в отделениях реабилитации поликлиник, в отдельных межрайонных реабилитационных отделениях, имеющих койки для пациентов с ортопедотравматологической патологией.

На раннюю стационарную реабилитацию направляются пациенты в раннем восстановительном периоде после операций по поводу травм, их последствий и других заболеваний опорно-двигательной системы, когда амбулаторная реабилитация недоступна из-за наличия умеренных или выраженных функциональных, статодинамических нарушений, приводящих к значительному ограничению жизнедеятельности в сфере передвижения, самообслуживания (без иммобилизации).

В позднем восстановительном периоде при травмах и их последствиях на стационарную реабилитацию (повторно-курсовую) направляются пациенты при наличии у них умеренных или выраженных функциональных, статодинамических нарушений при наличии риска инвалидизации и благоприятного клинико-трудового прогноза, к ним относится – политравма с преобладанием нарушений функций опорно-двигательного аппарата, с постиммобилизационными или послеоперационными умеренными, выраженными контрактурами крупных и средних суставов конечностей.

Пациент находится на стационарной реабилитации от 16 до 21 дня в зависимости от вида ортопедотравматологической патологии и реабилитационные мероприятия проводятся в соответствии с разработанными протоколами реабилитации для пациентов после эндопротезирования, политравмы, позвоночно-спинальной травмы и включают в себя индивидуальные занятия с инструкторами по лечебной физкультуре, эрготерапевтами, использование современных методов физической реабилитации (лазеротерапию, бальнеотерапию, гидротерапию, криотерапию, электросветолечение) и высокоэффективных технологий с роботизированными комплексами механотерапии по восстановлению двигательной активности, в том числе с биологической обратной связью.

Амбулаторный этап реабилитации составляет 20-21 день, проводится в раннем и позднем восстановительных периодах при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата при лечении консервативным методом, после металлоостеосинтеза, после реконструктивных ортопедических операций, артроскопических операций пациентам с легкими и умеренными нарушениями функций нижних конечностей, позвоночника, или легкими, умеренными и выраженными нарушениями функции верхних конечностей, приводящих к легкому, умеренному классу ограничений жизнедеятельности (при наличии постоянной иммобилизации, съемной иммобилизации и после прекращения иммобилизации).

Реабилитационные мероприятия проводятся в соответствии с разработанными протоколами реабилитации для пациентов с ортопедотравматологической патологией для амбулаторного этапа и включают в себя использование современных методов физической реабилитации (лазеротерапию, бальнеотерапию, гидротерапию, криотерапию, электро- и светолечение) в объемах стационарного курса, занятия с инструкторами по лечебной физкультуре, комплексы механотерапии по восстановлению двигательной активности, а также необходимую медикаментозную терапию в условиях амбулаторного стационара.

Пациенты, которым амбулаторный этап не доступен, получают медицинские услуги на дому: осмотр терапевта, хирурга, исследование крови, ЭКГ, общий анализ мочи, ЛФК, отдельные виды физиотерапевтического лечения (магнитотерапию, светотерапию, ингаляции), массаж.

Организация медицинской реабилитации онкологических пациентов

Актуальность развития реабилитационных услуг пациентам онкологического профиля обусловлена, с одной стороны, ростом онкологической заболеваемости, с другой стороны, повышением технологичности противоопухолевого лечения, в результате чего улучшается выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями и происходит накопление контингента пациентов после радикального лечения. Последствия онкологического заболевания и проводимого лечения спасают жизнь, но ограничивают жизнедеятельность, снижают качество жизни, повышают риск выхода на инвалидность. Медицинская (комплексная) реабилитация данного контингента позволяет преодолеть либо уменьшить тяжесть вышеуказанных последствий.

В регионах специально выделенных стационарных и амбулаторно-поликлинических отделений для медицинской реабилитации онкологических пациентов нет. Пациенты проходят курсы восстановительных мероприятий на базе онкологических диспансеров, а на амбулаторном этапе – в территориальных поликлиниках.

В стационарных условиях медицинская реабилитация онкологических пациентов проводится на республиканском уровне – в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Сотрудниками центра разработаны протоколы медицинской реабилитации пациентов с онкологической патологией, которые включают комплекс реабилитационных мероприятий в стационарных учреждениях, направленный на все основные аспекты медицинской реабилитации. При этом основное внимание сконцентрировано на профилактике возможных последствий онкологических заболеваний и устранении вызванных ими функциональных расстройств.

Коррекция психологического статуса пациента предусматривает ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся патологических психических изменений.

Широкое применение физической реабилитации, включающей в себя ЛФК, массаж, в том числе пневмокомпрессионный, аппаратную физиотерапию, бальнеотерапию, спелеотерапию и др. методы, позволяет активировать пациентов после перенесенного онкологического заболевания, усилить адаптационные процессы. Физические и перестроенные лечебные факторы значительно повышают физическую работоспособность, облегчают выполнение активных кинезотерапевтических и трудотерапевтических мероприятий, содействуют улучшению качества жизни.

Для реализации реабилитационных программ используется современное медицинское оборудование: для проведения пневмокомпрессионной терапии – аппараты «Лимфа-МАТ» и «Прессомед»; для уменьшения лимфатического отека – «Хивамат»; при проведении общей магнитотерапии –

аппараты «Магнитотурботрон», «УниСПОК», «АкваСПОК»; при местном воздействии магнитным полем используется широкий спектр индукторов аппарата «ОртоСПОК»; механотерапия проводится с использованием тренажеров «THERA – fit Plus» и «KINETEK Maestra Portable».

Индивидуальный подход к пациенту, активное использование психотерапевтических методик, работа психолога, логопеда и других специалистов в целом способствуют оптимизации реабилитационного процесса, минимизируют последствия и осложнения специального лечения онкологического заболевания, формируют у пациента партнерское взаимодействие с медицинским персоналом.

Медицинская реабилитация детей – неотъемлемая часть комплекса оказания медицинской помощи детям с различной патологией и проводится после завершения основного курса лечения, является следующим этапом оказания медицинской помощи. Медицинская реабилитация проводится врачами-реабилитологами, а также врачами-специалистами (по показаниям в соответствии с имеющимися дефектами).

Медицинская реабилитация пациентов осуществляется на основании протоколов медицинской реабилитации детей, где отражены перечень реабилитационно-экспертной диагностики (основной и дополнительной) и перечень мероприятий медицинской реабилитации (психотерапия или психолого-педагогическая коррекция, физическая реабилитация (активная и пассивная кинезотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия, ортопедическая коррекция, диетотерапия (для стационарных отделений), медикаментозная терапия, «школа» для пациентов и их родителей). В Республике Беларусь функционируют протоколы медицинской реабилитации для пациентов с болезнями нервной системы, с кардиоревматологической патологией, с болезнями органов дыхания, с ортопедотравматологической патологией, с болезнями почек.

Реализация выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента контролируется на протяжении всего курса медицинской реабилитации и отражается в дневнике наблюдения.

Сроки проведения медицинской реабилитации регламентируются протоколами медицинской реабилитации детей.

Вне зависимости от уровня проведения медицинской реабилитации должен быть выполнен весь объем реабилитационных мероприятий, предусмотренный протоколами медицинской реабилитации детей.

На стационарный этап ранней медицинской реабилитации дети госпитализируются в порядке перевода из специализированных отделений организаций здравоохранения после завершения курса интенсивного лечения, в послеоперационном раннем восстановительном периоде, после стабилизации жизненно важных функций организма по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части организации здравоохранения,

осуществляющей проведение ранней медицинской реабилитации.

Таким образом, на сегодняшний день в Республике Беларусь **создана этапная система медицинской реабилитации**, включающая:

1. Стационарный лечебно-реабилитационный этап.
2. Стационарный этап ранней медицинской реабилитации.
3. Амбулаторно-поликлинический этап.
4. Домашний этап медицинской реабилитации.
5. Этап повторной стационарной медицинской реабилитации.
6. Санаторный этап.

Разрабатывается современная модель функционирования центров медицинской реабилитации, протоколы медицинской реабилитации для амбулаторно-поликлинических и стационарных отделений (центров) медицинской реабилитации с основной инвалидизирующей патологией и др.

Соблюдение этапности и полноты предлагаемых на сегодняшний день реабилитационных программ и мероприятий с целью полнейшего восстановления нарушенных функций органов и систем позволяет минимизировать ограничения жизнедеятельности и вернуть пациента в повседневную жизнь с наименьшими последствиями перенесенных заболеваний, влияющих на качество его жизни, а также к полноценному труду и занятости.

II. Инвалид и инвалидность

С позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного человека, а общества в целом. Интеграция инвалида в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др.

Инвалидность – это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты. (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», 2008 г., ст. 1).

Инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», 2008 г., ст. 1).

По оперативным данным в органах по труду и социальной защите на учете на 31.12.2012 г. состоят 522 862 инвалида. По сравнению с 1995 г. численность контингента инвалидов в Республике Беларусь увеличилась на 101 792 человека, или на 24,2 % (421 070 человек в 1995 г.), в том числе взрослых инвалидов стало больше на 96 278 человек, или на 24,0 % (1995 г. – 400 507 человек, 2012 г. – 496 785 человек), число детей-инвалидов выросло на 5 514

человек, или на 25,3 % (с 20 563 человек в 1995 г. до 26 077 человек в 2012 г.).

Уровень накопленной инвалидности всего населения Республики Беларусь с 1995 г. вырос на 33,9 % (с 412,4 на 10 тыс. населения в 1995 г. до 552,4 на 10 тыс. населения в 2012 г.), взрослого населения – на 20,5 % (с 533,1 на 10 тыс. населения в 1995 г. до 642,3 на 10 тыс. населения в 2012 г.), детского населения – на 97,6 % (с 76,2 на 10 тыс. населения в 1995 г. до 150,6 на 10 тыс. населения в 2012 г.).

Основными причинами первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста в 2012 г. являлись:

- новообразования – 10,23 на 10 тыс. населения, удельный вес в нозологической структуре – 26,0 %;
- болезни системы кровообращения – 11,04 на 10 тыс. населения, (28,0 %);
- травмы – 4,14 на 10 тыс. населения (10,5 %);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 3,19 на 10 тыс. населения (8,1 %).

Тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 57,3 % в 2011 г. до 52,9 % в 2012 г.

Удельный вес инвалидов первой группы составил 10,50 % против 11,0 % в 2011 году. Доля инвалидов второй группы снизилась с 46,3 % в 2011 г. до 42,4 % в 2012 году.

Основными причинами первичного выхода на инвалидность детского населения в 2012 г. являлись:

- врожденные аномалии – 5,20 на 10 тыс. населения, (29,2 %);
- болезни нервной системы – 3,39 на 10 тыс. населения, (19,0 %);
- болезни эндокринной системы – 1,64 на 10 тыс. населения, (9,2 %);
- психические расстройства – 1,98 на 10 тыс. населения, (11,1 %);
- новообразования – 1,60 на 10 тыс. населения, (8,96 %).

Причины роста первичного выхода на инвалидность:

1. Увеличение заболеваемости населения по:

- новообразованиям – первичной заболеваемости на 6,7 % и общей заболеваемости на 8,7 %;
- болезням органов кровообращения – общей заболеваемости на 0,6 %;
- болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – общей заболеваемости на 0,5 %.

2. Внесение дополнений в действующую Инструкцию о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья (Постановление Минздрава Республики Беларусь от 08.11.2010 № 142), а именно:

– расширение перечня анатомических дефектов;

– синдром социальной компенсации, при котором наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности приводит к более выраженной степени социальной недостаточности. В таких случаях при вынесении экспертного решения определяется более высокая группа инвалидности. А это, в свою очередь, приводит к росту первичного выхода на инвалидность или ее тяжести.

3. Увеличение числа пациентов, направляемых ВКК для установления III группы инвалидности и получения права на предоставление государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации: ортезов верхних и нижних конечностей, туловища, ортопедической обуви, слуховых аппаратов, глазных протезов, шприцев инсулиновых или игл одноразовых для шприц-ручек, тестполосок для определения уровня глюкозы в крови (Указ Президента РБ 14.09.2009 № 458 «Положение о порядке предоставления государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации»).

III. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – область науки и система практической деятельности, которая функционирует в здравоохранении и в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.

Другими словами МСЭ определяет в установленном порядке потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья стойким расстройством функций организма.

Экспертиза инвалидности осуществляется медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК), которые осуществляют:

– освидетельствование граждан в целях проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности граждан (далее – медико-социальная экспертиза) в порядке и сроки, установленные Министерством здравоохранения;

– определение конкретных объемов, видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий гражданам, прошедшим медико-социальную экспертизу, в случаях, предусмотренных законодательством;

– учет и анализ структуры инвалидности.

В структуру МРЭК входят следующие структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы):

– центральные комиссии;

– специализированные (кардиологические, онкологические, ортопедотравматологические, педиатрические, пульмонологические, офтальмологические и иные);

– межрайонные (районные, городские) комиссии (далее – комиссии);

– кабинеты медико-профессиональной реабилитации;

– иные структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы), обеспечивающие деятельность МРЭК.

Формирование сети МРЭК определяется из расчета одна межрайонная (районная, городская) комиссия на 90 тыс. человек, проживающих в районе (городе) обслуживания комиссии, при условии проведения медико-социальной экспертизы 1,8–2 тыс. человек в год. Специализированные комиссии создаются для проведения медико-социальной экспертизы при заболеваниях, наиболее распространенных на данной территории. Специализированные, межрайонные (районные, городские) комиссии осуществляют свою деятельность по территориальному признаку или по профилю заболеваний. Центральная комиссия организуется одна на 4 межрайонные (районные, городские) и (или) специализированные комиссии.

По состоянию на 01.01.2013 г. медико-социальную экспертизу населения осуществляли 14 центральных и 75 первичных МРЭК. Из общего числа первичных МРЭК 30,5 (40,7%) являлись специализированными, 44,5 – имели общий профиль. Кроме того, в состав МРЭК введены кабинеты медико-профессиональной реабилитации, что расширяет диагностические возможности, позволяет проводить медицинскую реабилитацию в сочетании с профессиональной ориентацией и подбором доступных условий труда и видов деятельности для инвалидов.

IV. Концепция последствий болезни

В 90-е годы XX века на постсоветском пространстве получила развитие новая концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ-9 и -10) в виде «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности».

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», которые, в свою очередь, могут привести к «социальной недостаточности» в виде инвалидности.

V. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

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).

МКФ ушла от классификации «последствий болезни» (концептуальной позиции ICIDH 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, 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.

Термин «ограничения жизнедеятельности» понимается как обобщающий. Он относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и возможности участия. Данный термин обозначает биосоциальное явление, характеризующее взаимодействие между людьми, их физическим и социальным окружением. Другими словами, он обозначает негативные аспекты взаимодействия между человеком с измененным здоровьем и его контекстовыми факторами (личностными и окружающей среды).

В МКФ были введены критерии влияния личностных и контекстовых факторов окружающей среды во всех их проявлениях. Было введено определение составляющих здоровья и некоторых связанных со здоровьем составляющих благополучия, таких, например, как образование и труд (WHO: ICF, 2001). Кроме того, перечень факторов окружающей среды и личностных факторов рассматривается во взаимодействии со всеми этими категориями.

Применение Международной классификации функционирования может быть использовано для оценки результатов реабилитации, для оценки профессиональной пригодности, для оценки качества жизни населения, позволит обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

VI. Государственные программы

Решение многоаспектной комплексной проблемы сохранения и укрепления здоровья граждан, в том числе работающих и инвалидов, т. е. сохранения трудового потенциала страны в современных условиях может быть осуществлено, в том числе, в рамках реализации Государственных программ.

В настоящее время в Республике Беларусь реализуется несколько Государственных программ, в том числе подпрограмма «Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов» Комплексной программы развития социального обслуживания на 2011–2015 годы, подпрограмма «Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни» Национальной программы демогра-

фической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы, Государственная программа по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2011–2015 годы.

В рамках подпрограммы «Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни» Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы предусмотрен блок мероприятий «Улучшение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями и инвалидов путем создания им условий для реализации имеющегося (остаточного) потенциала здоровья», который включает группу заданий по разработке и внедрению современных технологий медицинской реабилитации (без выделения целевого финансирования). Данным разделом подпрограммы поручено разработать и внедрить современные технологии медицинской реабилитации при социально значимых заболеваниях (областные больницы медицинской реабилитации, республиканские организации здравоохранения) для пациентов: кардиологического, нейрохирургического, неврологического, пульмонологического, гастроэнтерологического, травматологического профилей, пациентов, перенесших трансплантацию; разработать и внедрить современные технологии медицинской реабилитации и систему комплексной реабилитации пациентов с инвалидизирующей патологией, создать единую информационную систему реабилитационной и экспертной службы,

Подпрограмма «Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов» Комплексной программы развития социального обслуживания на 2011–2015 годы также требует научного сопровождения путем создания экспертно-реабилитационных технологий. Пунктом 6. подпрограммы поручено осуществление совершенствования имеющихся и разработка новых технологий медицинской реабилитации в соответствии с развитием специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению, внедрение их на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи.

Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы также предусматривает в рамках совершенствования оказания реабилитационной помощи пациентам на региональных уровнях совершенствование имеющихся и разработку новых технологий медицинской реабилитации в соответствии с развитием специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению, внедрение разработок на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи.

Государственный уровень приоритетности и важности дальнейшего развития экспертно-реабилитационных технологий подтвержден включением разделов медицинской экспертизы, медицинской и профессиональной реабилитации больных и инвалидов в Перечень приоритетных направлений научно-технической деятельности в Республике Беларусь на 2011–2015 гг., утвержденных

Указом Президента Республики Беларусь 22 июля 2010 г. № 378.

Критическая технология «предупреждение инвалидности» (макротехнология «Профилактика заболеваний») также включена в структуру приоритетных направлений научно-технической деятельности на период до 2015 года.

Правильно организованная реабилитация, как мера социальной защиты человека, является одновременно и методом цивилизованного решения экономических проблем человека и государства.

Развитие экспертно-реабилитационного направления в научной деятельности имеет определяющее значение для успешной реализации социально-экономических целей и задач социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2015 года, обеспечения ее национальной безопасности и благополучия.

VII. Научное сопровождение

В научном плане в 2012 г. завершена реализация отраслевой научно-технической программы «Медицинская экспертиза и реабилитация» (сроки выполнения 2010–2012 гг.) в рамках которой разработаны экспертные методики и технологии, повышающие качество и объективность экспертных решений; высокотехнологичные методы медицинской реабилитации, включая программы реабилитации, комплексные методики медицинской реабилитации пациентов при ряде нозологий; алгоритм формирования в медико-реабилитационных экспертных комиссиях программ трудовой реабилитации инвалидов и показания к их назначению.

В результате выполнения заданий этой программы, за истекший период разработаны:

- экспертные методики и технологии, повышающие качество и объективность экспертных решений;
- высокотехнологичные методы медицинской реабилитации, включая программы реабилитации, комплексные методики медицинской реабилитации пациентов при ряде нозологий;
- разработки медико-социальной и социальной направленности (автоматизированная система совершенствования навыков среднего и специализированного общения учащихся специальных школ (для детей с нарушениями слуха);
- алгоритм формирования во МРЭК программ трудовой реабилитации инвалидам и показания к их назначению.

Разрабатываемые в рамках ОНТП «Медицинская экспертиза и реабилитация» количественные критерии оценки ограничения жизнедеятельности у больных и инвалидов, прежде всего, ориентированы на принципиально новые даже для мировой практики экспертные подходы – оценку ряда способностей, необходимых для повседневного существования и трудовой деятельности, что позволяет более объективно подходить к проведению медицинской экспертизы, оценке результатов проведенной реабилитации.

В процессе реализации государственных программ решаются важнейшие для нашего общества и страны задачи, а именно: уделяется большое

внимание подготовке кадров для работы с инвалидами, улучшается материально-техническая база центров медицинской реабилитации и отделений медицинской реабилитации, совершенствуется аптечная реабилитационная индустрия, создается безбарьерная среда для инвалидов, уделяется большое внимание для их художественного творчества, физической культуры и спорта.

VIII. Проблемы

Наиболее важной проблемой в кадровой политике службы медико-социальной экспертизы, как и в целом здравоохранения, является возрастная диспропорция. Так, в МРЭК практически отсутствуют молодые специалисты, среднее звено (наиболее трудоспособное, опытное) – немногочисленное, в основном работают лица пенсионного и предпенсионного возрастов (50,0%). Вместе с тем, вопрос преемственности очень важен.

Для решения проблемы целесообразно осуществлять распределение выпускников медицинских вузов для работы врачами-экспертами в МРЭК.

В целях повышения уровня подготовки лечащих врачей по вопросам медицинской экспертизы целесообразно включить в учебный процесс медицинских вузов программу подготовки студентов по медицинской экспертизе, организовать кафедру основ медицинской экспертизы и медицинской реабилитации в медицинских вузах, прохождение стажировки по медицинской экспертизе выпускниками медицинских вузов, а также разработать учебные программы по специальности врач-эксперт для прохождения стажировки по медицинской экспертизе выпускниками медицинских вузов.

Для повышения правовой и экономической грамотности врачей-экспертов, своевременного доведения до сведения врачей нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы проведения медицинской экспертизы, целесообразно организовать подготовку врачей по правовым и экономическим (в частности, расчет стоимости медицинских услуг) вопросам (курсы повышения квалификации на базе экономических и юридических ВУЗов, семинары, создание специализированного интернет-сайта и т. п.).

Одной из основных проблем является **низкое качество составления** как **ИПМР** пациента, так и **ИПР** инвалида. Довольно часто – это шаблонный, без учета индивидуальных особенностей человека, перечень тех или иных мероприятий.

Кроме того, имеет место **недостаточный охват всех нуждающихся программами реабилитации**. Ни о каком другом проценте, кроме 100% от числа нуждающихся в различных аспектах реабилитации, речь идти не может. Нужен анализ на местах, почему ИПР составляется не всем нуждающимся.

Но самым главным недостатком при составлении ИПР является **качество трудовых рекомендаций**.

Главным в медико-социальной экспертизе лиц трудоспособного возраста является изучение характера и степени остаточной трудоспособности

пациентов и оформление им ИПР, особенно в части профессиональной реабилитации. Изучение качества трудовых рекомендаций МРЭК показывает, что врачи-эксперты часто допускают следующие ошибки при их оформлении:

1. Далеко не всегда оформляют трудовые рекомендации инвалидам 2-й группы, это обусловлено не только тяжестью патологии, но и невозможностью создать больным специальные условия труда.

2. Низкое качество оформления трудовых рекомендаций. При установлении 2-й группы инвалидности рекомендация оформляется по определенному стандарту: констатируется, что пациент может выполнять работы в специально созданных условиях или на дому, указывается примерный перечень работ (довольно часто он вообще отсутствует). Инвалидам 3-й группы полная и конкретная трудовая рекомендация оформлена редко. Часто трудовые рекомендации имеют существенные дефекты в оформлении, а именно: не указываются противопоказанные условия труда, перечень рекомендуемых для трудоустройства профессий, не рекомендуется обучение (переобучение).

В последние годы претерпели серьезные изменения законодательные и другие нормативные документы в сфере образования и трудовой занятости (в частности, стали более взвешенными подходы к получению профессионального образования за счет бюджетных средств, ограничены во времени сроки реализации различных разделов ИПР инвалида, ужесточились критерии допуска по результатам медицинских осмотров работников к работам во вредных и опасных условиях труда, расширился перечень административных процедур). В результате возросли требования к работникам системы здравоохранения (отделения профилактики, учебно-консультационные комиссии, педиатрические отделения (кабинеты), обслуживающие подростков) по даче профессиональных рекомендаций, профессиональному подбору, выявлению противопоказаний к занятости в профессии (получению профессионального образования). Возникающие споры часто влекут за собой решение вопросов в судебном порядке с последующей выплатой исковых сумм, затраченных на профессиональное обучение, либо недополученных выплат из-за неверных трудовых рекомендаций ответчиком (то есть организациями здравоохранения либо должностными лицами организаций здравоохранения). Это привело к громадному числу обращений в адрес РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Минздрава, управлений здравоохранения, МРЭК по вопросам экспертизы профессиональной пригодности и профессиональному консультированию лиц с нарушениями здоровья и инвалидов. Процедура профессиональной экспертизы очень кропотливая, требует большого числа запросов, переписки, анализа нормативной базы.

Во многих странах мира давно развит и функционирует институт помощников инвалида, функции которого заключаются в том, чтобы обеспечить человеку с недугом доступность во все сферы жизни

ни, будь то осуществление профессионального труда или обучения, культурно-массовые мероприятия или посещение объектов социальной или производственной инфраструктуры (производственные здания и сооружения, общественный транспорт, средства связи и информации, места отдыха и досуга) и др. Основой введения института помощника инвалида во многих странах является концепция независимой жизни.

Таким образом, назрела необходимость в организации института помощника инвалида для повышения степени интегрированности инвалидов в социальную среду и их трудовую занятость. Это будет способствовать расширению возможностей лиц с ограничениями, увеличению востребованности их на рынке труда, интегрированности их в общество и социальную среду, а значит улучшению качества их жизни.

XXI век диктует необходимость совершенствования путей медико-социальной экспертизы и **переход на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.**

Важная современная медико-социальная проблема – **детская инвалидность**, так как она представляет собой одну из особенных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны, а также служит индикатором состояния здоровья детского населения и качества оказания медицинской помощи детям и их матерям.

Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничения жизнедеятельности возникают в период активного формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, в период становления личности.

Поэтому разработка современных реабилитационных технологий для восстановления жизнедеятельности детей, разработка новых подходов к медико-социальной экспертизе детей-инвалидов с позиций МКФ – важная медико-социальная задача.

IX. Перспективы

В настоящее время в Республике Беларусь определены основные перспективные направления развития медицинской реабилитации и экспертизы на ближайшие годы:

1. Разработка научно обоснованных стандартизованных подходов к отбору пациентов на медицинскую реабилитацию на основе предварительной оценки реабилитационного потенциала, что позволит сконцентрировать усилия экспертно-реабилитационной службы на медицинской реабилитации лиц, перспективных для ее проведения, способных в будущем вернуться к трудовой деятельности. Такой подход позволит охватить мероприятиями медицинской реабилитации перспективный контингент, а средства, высвобожденные из расходных статей за счет возврата этой группы пациентов к труду, направить на организацию бытовой реабилитации и адресную социальную помощь лицам с инвалидностью;

2. Создание современных этапных реабилитационных технологий при ряде нозологий, преду-

сматривающих разработку единых протоколов восстановительного (реабилитационного) лечения для каждого из этапов реабилитации (стационар – амбулаторно-поликлиническое учреждение-санаторий – кабинет медико-профессиональной реабилитации). Такие технологии позволят наиболее рационально использовать финансовые ресурсы и достигать при этом высокой эффективности реабилитационного процесса, а также обеспечить сокращение выхода на инвалидность;

3. Разработка объективных критериев оценки эффективности медицинской реабилитации на каждом этапе, что будет способствовать формированию адекватных моделей конечных результатов деятельности реабилитационных структур;

4. Разработка научно обоснованных медицинских показаний и медицинских противопоказаний к труду лиц с ограничениями профессиональной трудоспособности, создание списков (перечней) профессий, доступных для трудовой занятости пациентов и инвалидов, на основании предварительно выполненной оценки тяжести и напряженности труда, обусловленной процессом и условиями труда, организацией рабочего места.

5. Разработка новых подходов к проведению медико-социальной экспертизы. В частности, в рамках ОНТП «Экспертно-реабилитационные технологии» в 2013–2015 гг. будет выполняться задание «Разработать и внедрить систему определения процентов утраты общей трудоспособности, применить модель определения инвалидности: три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности».

Реализация этого задания позволит:

– врачам-специалистам МРЭК осуществлять дифференцированную оценку последствий заболеваний и травм при определении групп (тяжести) инвалидности в зависимости от степени выраженности нарушений, а также оценку общей трудоспособности (в процентах), методика определения которой принципиально отлична от определения степени утраты профессиональной трудоспособности;

– врачам-специалистам организаций здравоохранения использовать разработанные количественные критерии для своевременного отбора лиц (при риске утраты общей трудоспособности) для проведения реабилитации с целью предупреждения инвалидности;

– страховым организациям осуществлять дифференцированную выплату страховых сумм в зависимости от тяжести нарушений и процента утраты общей трудоспособности, определяемой специалистами МРЭК;

– специалистам служб социально-трудовой реабилитации (Министерства труда и социальной защиты населения, общественным организациям инвалидов, реабилитологи МРЭК и др.) содействовать социально-трудовой занятости инвалидов.

6. Будут разработаны критерии оценки степени утраты здоровья у детей с основной инвалидизирующей патологией, что позволит:

– обеспечить высокую достоверность медико-социальной оценки состояния здоровья

и его составляющих у детского населения с учетом МКФ;

– об'єктивізувати ступінь обмеження життєдіяльності у дітей з основною інвалідизуючою патологією на основанні критеріїв оцінки ступеня втрати здоров'я, базуючихся на міжнародних підходах з урахуванням напрямленості впливу факторів соціальної середовища;

– знизити кількість експертних помилок;

– забезпечити контроль за рівнем і тяжкістю дитячої інвалідності;

– об'єктивізувати потребу дітей-інвалідів в заходах соціальної допомоги і захисту.

7. Буде розроблено комплекс експертних оцінок, орієнтованих на критерії МКФ для встановлення соціальної (не-) достаточності (інвалідності) по показателю здатності до здійснення трудової діяльності осіб з обмеженнями життєдіяльності, для використання в практиці медичної експертизи і реабілітації, що дозволить:

– об'єктивізувати експертну оцінку здатності до виконання професійної роботи (соціальної достаточності) осіб з порушенням здоров'я, оптимізувати їх умови роботи за рахунок переоцінки ступеня соціальної достаточності осіб з обмеженими можливостями, не тільки по

здатності оволодіти і виконувати професійну роботу, але і враховувати доступність професійно-виробничого середовища;

– об'єктивізувати з позиції МКФ потребу в професійно-виробничій реабілітації і обсяг реабілітаційних заходів;

– усунути обмеження професійної здатності за рахунок залучення до експертної роботи нових параметрів з сфери зайнятості, економіки, професійної підготовки, гігієни праці, продовити трудову активність осіб з обмеженими можливостями за рахунок використання оціночних критеріїв доступності характеру роботи і професійно-виробничого середовища з урахуванням МКФ;

– підвищити рівень і продовити період їх економічної незалежності.

Таким чином, в останнє час існують всі передумови для подальшого вдосконалення системи реабілітації і медико-соціальної експертизи, впровадження в практику найкращих наукових розробок. Це в кінцевому підсумку дозволить підвищити якість надання реабілітаційної допомоги, прийняттю об'єктивного експертного рішення, складенню і виконанню індивідуальної програми реабілітації пацієнта.



УДК 616-036.86:616.12-089

РОЛЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ – ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

О. М. Лисунець

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

Стаття присвячена вопросу медико-социальных проблем, которые сложились на современном этапе в практике ведения больных с врожденными пороками сердца. Современные показатели распространенности врожденной патологии сердца диктуют необходимость разработки эффективных технологий, которые будут способны обеспечить совершенствование механизма предоставления социальной помощи пациентам с врожденными пороками сердца работоспособного возраста.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, социальные технологии.

Summary

The article is devoted medical and social issues which have developed at the present time in management of patients with congenital heart disease. The prevalence of congenital heart disease now make it necessary to develop effective technologies to be able to ensure the improvement of the mechanism for providing social care for adult patients with congenital heart defects.

Keywords: congenital heart defects, and social technologies.