

Г.А. Приб

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ВИЗНАЧЕННЯ  
ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА СОЦІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ  
У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ  
gprieb@ukr.net**Ключові слова:**медико-соціальна  
експертиза, обмеження  
життєдіяльності,  
соціальна недостатність.

У статті розглядаються теоретичні погляди на застосування диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації.

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.** У сучасних медичних дослідженнях з питань визначення обмежень життєдіяльності (ОЖ) психічно хворих увага приділяється науковому аналізу діяльності медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) та реабілітаційних установ. Результати використовуються для розробки заходів з вдосконалення експертної та реабілітаційної допомоги [1]. Проте дієва допомога хворим можлива лише при поєднанні двох принципів: – перший – використання результатів аналізу діяльності МСЕК у практиці лікувальних закладів; – другий – побудова МСЕК дослідження на засадах міжнародних підходів за допомогою використання вітчизняного методичного забезпечення визначення СН та ОЖ.

Вчені зазначають, що науково-дослідні роботи з проблеми визначення ОЖ у галузі психіатрії мають теоретичний характер, орієнтація досліджень виключно на лікувальні заклади або на потреби МСЕК призводить до їх відокремлення, а їх результати іноді є суперечливими. Водночас відмічається складність практичного використання наукових розробок у діяльності МСЕК [2–13]. Дослідження щодо вивчення показників інвалідності з точки зору їх впливу на розвиток ОЖ та СН поодинокі [6] та переважно являють собою звітність МСЕК, яка за стандартом організації та функціонування спеціалізованих МСЕК, затверджених МОЗ України, обов'язково повинна містити аналіз структури, динаміки, причин інвалідності тощо. Результати цих досліджень відповідають виключно потребам МСЕК й не придатні для корекції Індивідуальної програми реабілітації (ІПР) інвалідів у лікувальних психіатричних закладах. Таким чином, за результатами наукових досліджень [1–13] визначено, що нині в Україні не проводяться комплексні дослідження щодо формування ОЖ та СН у хворих на психічні розлади та розробки системи визначення ОЖ та СН. Відсутнє системне вивчення даної проблеми у психіатричних, реабілітаційних закладах та МСЕК. Поодинокі дослідження орієнтовані лише на експертні або лікувальні заклади, тому їх результати неможливо широко застосувати з метою профілактики інвалідності. Важливими проблемами при психічних та поведінкових розладах є медична, соціальна та професійна

оцінки хворих в умовах МСЕК та розробка реабілітаційної програми [12]. Недостатнє урахування основних принципів МСЕК призводить до планування і проведення не завжди адекватних потребам пацієнта реабілітаційних заходів. Реабілітація пацієнтів частіше зводиться до фіксування проблем хворих, тоді як їх дійсне вирішення можливе лише в умовах, коли визначення ОЖ та СН стане невід'ємною складовою частиною висновку МСЕК й визначатиметься на основі обґрунтованого методичного забезпечення [13]. Отже, одне із основних завдань МСЕК – підвищення рівня соціального функціонування (СФ) та якості життя хворих на психічні розлади – не реалізується повною мірою.

**Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття.** Аналіз наукових праць [1–13] свідчить про відсутність достатньої кількості досліджень у вітчизняній соціальній психіатрії з питань категорій порушення, ОЖ, СН та складності їх диференціювання при формуванні експертного висновку при проведенні МСЕК та плануванні реабілітаційних заходів. У роботах зазначається необхідність тлумачення суті понять ОЖ у практиці МСЕК та реабілітації психічно хворих. До невирішених раніше частин проблеми можна віднести відсутність на сьогоднішній день єдиної диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами.

**Метою дослідження** є обґрунтування засад застосування диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації.

Завдання дослідження – з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності запропонувати диференційовану комплексну систему визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації.

**Матеріали та методи дослідження**

Виходячи з мети та завдань дослідження обстежено 527 пацієнтів, які перебували на стаціонарному

лікуванні у відділеннях активної реабілітації №2 та №10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ-10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Дослідження проводили за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** В основу диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації покладено підхід, який використовується у міжнародній класифікації функціонування (МКФ) [4], адаптований до потреб МСЕ та реабілітації. За даною класифікацією не вимірюється інвалідність, а описуються функціональні здатності у різних сферах.

1. Функції й структури людського організму поділяють на:

- а) фізіологічні й психологічні функції систем організму;
- б) дуже специфічне урахування детальних функціональних можливостей і порушень;
- в) не пов'язані із причиною.

До функцій та структур належать: до функцій – сенсорні та біль, голосові та мовні, кардіоваскулярної, гематологічної, імунологічної та респіраторної систем, травної, обміну речовин та ендокринної систем, сечостатевої, репродуктивної систем, нейрон-м'язово-скелетної, яка відноситься до руху, функції шкіри.

До структур нервової системи належать: структури очей і вух, тобто ті, які беруть участь у голосі та мові, структури кардіоваскулярної, гематологічної, імунологічної та респіраторної систем, травної, обміну речовин та ендокринної систем, репродуктивної системи, нейром'язової, скелетної, яка відноситься до руху.

2. Діяльність й участь. Описує функціонування окремих людей як осіб, на відміну від функцій і структур його/її частин тіла. Варіюють у діапазоні від базисних до складних: до базисних належать, наприклад, вдягання, їжа й миття

у ванні або душі; складні включають працю, навчання, суспільну діяльність. Таким чином, діяльність – це завдання, які людина може виконати, що вимагають при цьому багатьох функцій організму (те, що люди можуть робити від народження, без допомоги або бар'єрів). Участь – це діяльність вищого порядку, що припускає інтеграцію у суспільство (функціонування з урахуванням впливу перешкоджальних і сприятливих елементів середовища). Існує діапазон видів діяльності від базової до складної, котра описує здатність людини жити незалежно й бути інтегрованою у свої співтовариства. Класифікація діяльності й участі: навчання й застосування знань; загальні завдання й вимоги; комунікація; рух; самообслуговування; міжособистісне спілкування; основні сфери життя; суспільне, соціальне й цивільне життя. Взаємозв'язок складових концепцій наслідків хвороби із МКФ представлено на рисунку 1.

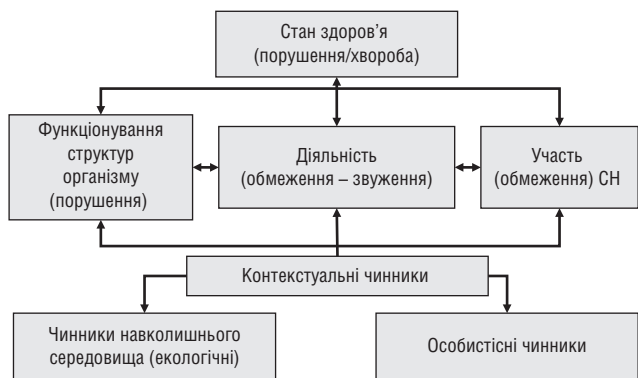


Рис. 1. Взаємозв'язок складових концепцій наслідків хвороби із міжнародної класифікації функціонування

З представлених на рисунку 1 даних видно, що у центр взаємозв'язків складових концепцій наслідків хвороби за МКФ покладено діяльність (обмеження–звуження). Тобто, при оцінюванні чинників порушення здоров'я основне значення має не наявність тих чи інших порушень або негативних чинників, а те, як вони обмежують (звужують) діяльність пацієнта. Спираючись на вищевикладене запропоновано загальну схему взаємозв'язків складових експертного рішення (рис. 2).



Рис. 2. Взаємозв'язок складових експертного рішення

З представлених на рисунку 2 даних видно, що у центрі уваги при аналізі взаємозв'язків складових експертного рішення лежать зв'язки трьох компонентів клініко-експертного психіатричного діагнозу, а саме: клінічного статусу, трудового й професійного статусу та соціального статусу. Усі три складові проходять через етап «аналіз обмеження життєдіяльності» та на виході повинні сформувати медичний і трудовий прогноз, враховуючи наявну соціальну недостатність. У подальшому розробка заходів медичної, професійної та соціальної реабілітації не викликає труднощів та проходить «стандартно» із визначенням реабілітаційного потенціалу та розробкою індивідуальної програми реабілітації.

Враховуючи вищевикладене, запропоновано алгоритм дії лікаря МСЕК (рис. 3) алгоритм дії лікаря реабілітаційного відділення (рис. 4) та алгоритм дії лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи (рис. 5).



Рис. 3. Алгоритм дії лікаря медико-соціальних експертних комісій

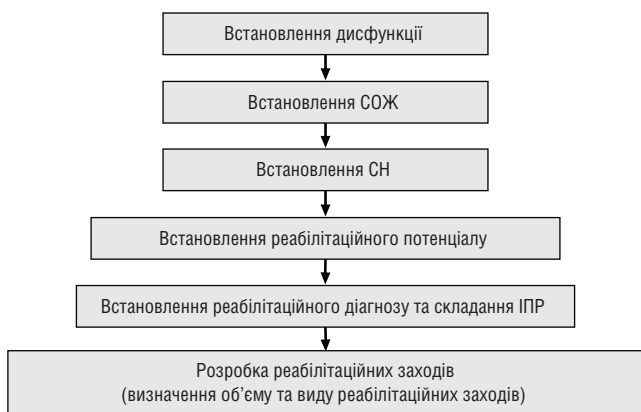


Рис. 4. Алгоритм дії лікаря реабілітаційного відділення

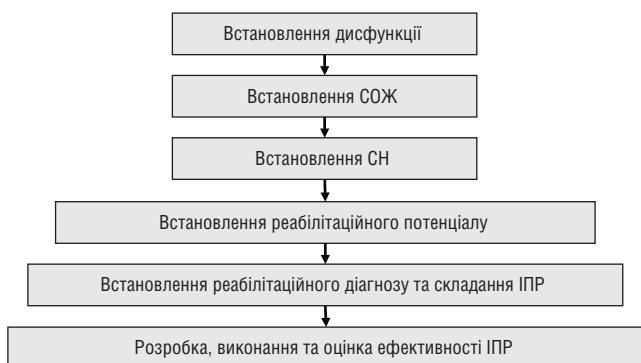


Рис. 5. Алгоритм дії лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи

З представлених на рисунках 3, 4, 5 даних видно, що загальним у діях лікаря МСЕК, лікаря реабілітаційного відділення та лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи є на першому етапі встановлення дисфункції, ступеня обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності пацієнтів. На другому етапі встановлення реабілітаційного потенціалу та встановлення реабілітаційного діагнозу та складання індивідуальної програми реабілітації. У подальшому для лікаря МСЕК – визначення установи для реабілітаційних заходів, для лікаря реабілітаційного відділення – розробка реабілітаційних заходів (визначення об'єму та виду реабілітаційних заходів), для лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи – розробка, виконання та оцінка ефективності індивідуальної програми реабілітації

## Висновки

Запропонована диференційована комплексна система визначення ОЖ та СН у пацієнтів з психічними розладами відповідає сучасним загальним підходам, які притаманні зарубіжним та українським науковцям, щодо вивчення проблеми надання медичної допомоги із позиції визначення ОЖ та СН. Використання даної системи у практичній діяльності МСЕК та лікувально-реабілітаційних установ дозволить підвищити якість діагностики та надання реабілітаційних послуг, що в цілому буде сприяти підвищенню якості життя психічно хворих.

## Список використаної літератури

1. Дерезюк А. В. Стан медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади та обґрунтування можливостей її вдосконалення / А. В. Дерезюк, Н. М. Орлова // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів: наук.-практ. конф. з міжнар. участю Укр. Держ. НДІ мед.-соц. проблем інвалідності, 21–22 верес. 2005 р.: матеріали конф. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – С. 16–18.
2. Ентоні В. Психіатрична реабілітація; пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас. – К.: Сфера, 2001. – 298 с.
3. Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів: навч.-метод. посіб. для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів мед.-соц. експертних комісій і лікарів-інтернів / Л. М. Юр'єва, С. В. Пхіденко, Н. О. Єрчкова [та ін.]. – Дніпропетровськ: СП „Інтертехнодрок”, 2005. – 144 с.
4. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342.
5. Нікіфорок Р. І. Медико-соціальна допомога в психіатричній практиці / Р. І. Нікіфорок, Л. М. Барановська, С. М. Івченко // Психічне здоров'я. – 2005. – № 1. – С. 59–61.
6. Питання оптимізації організації та підвищення ефективності наукових досліджень з проблем медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів / А. В. Інатов, О. В. Сергієні, П. П. Петрашенко [та ін.] // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів: наук.-практ. конф. з міжнар. участю Укр. Держ. НДІ мед.-соц. проблем інвалідності, 21–22 верес. 2005 р.: матеріали конф. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – С. 3–9.
7. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда: затверджено постановою Кабінету Міністрів України № 757 від 23 травня 2007 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=560-15>. – Заголовок з екрану.
8. Пріб Г. А. Медичні, соціальні та професійні критерії обмеження життєдіяльності в практиці психіатричної медико-соціальної експертизи / Г. А. Пріб, В. І. Свінар'єв, І. С. Дубінін // Псих. здоров'я. – 2005. – № 4. – С. 16–20.
9. Пріб Г. А. Соціальний та медичний критерії обмеження життєдіяльності у практиці психіатричної медико-соціальної експертизи / Г. А. Пріб, В. В. Штенгелов, В. В. Маруніч // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – № 2. – С. 44–49.
10. Руководство по оценке ограниченный жизнедеятельности / под ред. В. В. Смышкеа – Минск, 2003. – 93 с.
11. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки: посіб. для лікарів МСЕК і ЛКК / А. В. Інатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 100 с.
12. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health / Т. В. Ustun, S. Chatterji, J. Bickenbach [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2003. – Vol. 25, № 11/12. – P. 565–571.
13. Wirtz M. A. The international classification of functioning, disability and health-orientated Occupational Therapy Assessment: a Rasch analysis of its domains / M. A. Wirtz, S. Voigt-Radloff // Int. J. Rehabil. Res. – 2008. – Vol. 31, № 1. – P. 23–32.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г.А. Приб

В статье рассматривается применение дифференцированной комплексной системы определения ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности у пациентов с психическими расстройствами при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность.

DIFFERENTIATED COMPLEX SYSTEM OF DETERMINING DISABILITY AND SOCIAL FAILURE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

G. Prib

The article discusses the use of an integrated system of differentiated determination disability and social failure in patients with mental disorders during medical and social expertise and rehabilitation.

**Key words:** medico-social expert evaluation, criteria of disability, social failure.

УДК 616.89-008.441.13:575.191:001.8

**І.Я. Пінчук, С.С. Румянцева, Т.В. Синіцька, Є.М. Гавриш, А.І. Улізко**  
**ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТІВ ДІАГНОСТИКИ НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ**  
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії  
та наркології МОЗ України, м. Київ  
Відокремлений структурний підрозділ УНДІ ССПН «Український медичний  
моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків», м. Київ

**Ключові слова:**  
діагностичні критерії,  
психоактивні речовини,  
нормативні акти,  
протоколи.

У статті висвітлено питання необхідності доробки нормативних актів стосовно діагностичних критеріїв розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.

**Актуальність.** Наркологічна ситуація в Україні характеризується швидким зростанням числа хворих з залежностями від психоактивних речовин (ПАР). З метою підвищення ефективності лікування, поряд з розробкою нових методів і засобів, заслуговує на увагу питання діагностики цих розладів. Це особливо актуально у наш час, оскільки демократизація нашого суспільства супроводжується послабленням централізованого контролю і певними витратами, які торкнулися, на жаль, і сфери наркологічних хворих.

Застосування єдиних, найпрогресивніших і вивірених технологій обстеження та лікування наркологічних хворих послужить не тільки протидії негативним тенденціям, а й підвищенню середнього рівня наркологічної допомоги, поширенню позитивного досвіду, накопиченого в різних наркологічних і психіатричних закладах нашої країни, повсюдному впровадженню досягнень науки. Необхідно підкреслити, що стандарти діагностики та лікування в жодному разі не мають за мету обмежити лікаря в його прагненні до максимальної індивідуалізації підходу до хворого залежно від його клінічних особливостей.

Відповідно до прийнятих світових стандартів, діагностика розладів наркологічного профілю на сьогодні проводиться на основі констатації сукупності формалізованих критеріїв, передбачених МКХ-10 [3] і (в Північноамериканських країнах) DSM-IV [12], рубрики

F 10 – F 19. Ці положення стали основою для розробки діагностичних критеріїв в існуючих протоколах надання медичної допомоги хворим наркологічного профілю (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 21.09.2009 року) [4].

Разом із тим, накопичений досвід показує, що удавана простота діагностики розладів залежної поведінки на підставі лише наявності факту частого вживання ПАР та станів сп'яніння (на основі зовнішнього вигляду, поведінкових реакцій і бесіди з обстежуваним та його родиною) призводить у ряді випадків до поверхневого підходу, недооцінки комплексного (клініко-психопатологічного й лабораторного) обстеження, а, отже, і до діагностичних помилок.

**Результати.** Виходячи з даних, отриманих шляхом опитування, діагностика відповідних розладів на даний момент не обмежується тільки клінічною, передбаченою у вищезазначених протоколах. Ряд фахівців використовують як клінічну (опитування, огляд, збір додаткових анамнестичних даних, виявлення провідного клінічного синдрому), так і лабораторну (експрес-тести, забір фізіологічних середовищ), інструментальну (ЕКГ), а також інші методи (ендоскопія, рентгенографія, електроенцефалографія).

Слід звернути увагу, що під час клінічного обстеження спеціалістам буває складно оцінити найбільш значущі показники зловживання речовиною (наприклад, способи