

15. Психотерапия / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко и др.]. – Х.: Ою, 2002. – 768 с.

16. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.

17. Розендорфф К. Основы кардиологии. Принципы и практика / К. Розендорфф. – Л.: Медицина світу, 2007. – 1037 с.

18. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи

населению /В. В. Кришгаль, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута [и др.] // Мед. психология. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 3–9.

19. Сердечнососудистые заболевания у новорожденных: кардиологические и хирургические проблемы / Ким А. И., Бокерия Л. А., Подзолков В. П. [и др.] // Вестн. Рос. академии медицинских наук. – 2003. – № 12. – С. 77–80.

20. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Прис-тавка та ін.]. – К.: МІВВІЦ, 2001. – 388 с.



УДК 001.89+0.91

ИНВАЛИДНОСТЬ – КАТЕГОРИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Д. м. н., профессор И. Л. Ферфильфайн

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепрпетровск

Резюме

Инвалидность – тяжелое проявление ограничения жизнедеятельности. Статья посвящена базовым вопросам теории инвалидности в связи с международным учением «Ограничение жизнедеятельности» и прикладным вопросам инвалидности: медико-социальной экспертизе, клинической медицине и инвалидности, биоэтике и инвалидности.

Ключевые слова: *активность, биоэтика, инвалидность, контекстовые факторы, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности, реабилитация, реализация, структуры организма, участие, функции организма, функционирование.*

Summary

Invalidity – a serious manifestation of disabilities. The article is devoted to the theory underlying disability in connection with the international exercise "Disability" and applied aspects of disability: the medical and social expertise, clinical medicine and disability, bioethics and disability.

Keywords: *activity, bioethics, disability, factors of contexts, medical and social examination, disability, rehabilitation, implementation, structure, body part, body function, function.*

Наука об ограничении жизнедеятельности – теоретическая прикладная наука – имеет международное значение и опекается рекомендациями ООН и ВОЗ. Ее основное предназначение – реализация положения ООН «... создание равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности ...», часть из которых являются

инвалидами. Концепция ограничения жизнедеятельности, ее содержание основываются на рекомендациях ВОЗ, изложенных в международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденной 54-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения для международного использования

(резолюція \УНА 54.21). МКФ – новая версия Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, разработанная после всесторонних испытаний и международных консультаций. В испытаниях участвовали более 1800 экспертов из 50 стран.

Пятьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения призывает государства – члены ВОЗ использовать МКФ в своих исследованиях.

Официальное определение ограничения жизнедеятельности: «Ограничение жизнедеятельности – это общий термин для нарушений, ограничений активности и ограничения возможности участия. Он обозначает негативные аспекты взаимодействия между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы) (МКФ, 2001).

Формирование ограничения жизнедеятельности – это многофакторный процесс, обусловленный последствиями наследственных заболеваний, приобретенных заболеваний, травматизмом, возможностями клинической медицины и состоянием здравоохранения.

Ограничение жизнедеятельности – медико-социальная проблема. Медицинская модель рассматривает ограничение жизнедеятельности как первоначальную проблему, вызванную непосредственно болезнью, травмой или другими изменениями здоровья. В связи с этим учитывается нуждаемость в медицинской помощи, доступность восстановительного лечения и, собственно, организация здравоохранения (политический аспект). Профилактика основывается на доступности, уровне и качестве медицинской помощи. Социальная модель рассматривает вопросы ограничения жизнедеятельности как социальную проблему: необходимость полно-ценной интеграции индивида в обществе, защита человека с ограниченными возможностями как часть вопросов прав человека (политический аспект).

Инвалидность – особое проявление тяжелого (интенсивного) ограничения жизнедеятельности, которое предполагает

наличие системы государственных мероприятий по реабилитации этой категории больных.

Права и положение инвалидов в обществе декларируются рядом международных документов, в частности «Декларацией о правах инвалидов» (ООН) и «Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности» (ООН). ООН провозглашает настоящие документы о правах инвалидов и просит принять меры в национальном и международном плане, чтобы Декларация служила общей основой и руководством для защиты этих прав. Основные положения этих документов.

1. Выражение «инвалид» (в настоящее время по этическим соображениям слово «инвалид» заменено на «лицо с ограниченными возможностями») означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей.

2. Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица. Эти права должны быть признаны за всеми инвалидами, без каких бы то ни было исключений и без различия и дискриминации по признаку расы, цвета кожи, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национальности, социального происхождения, материального положения или любого другого фактора, независимо от того, относится ли это к инвалиду или его семье.

3. Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства.

4. Инвалиды имеют право на медицинское, психическое и функциональное лечение, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, на профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на юридическую помощь и услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволяют им максимально проявить свои возможности и способности и ускоряют

процесс их социальной интеграции и реинтеграции.

5. Инвалиды имеют право на экономическое и социальное обеспечение и на удовлетворительный уровень жизни.

6. Инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации, от любых видов регламентации и обращения, носящих дискриминационный, оскорбительный или унижающий характер.

Критерии инвалидности определяются самостоятельно каждым государством и зависят от социальной политики государства и его экономических возможностей. Осознание того факта, что инвалидность – это ограничение жизнедеятельности, имеет принципиально важное значение. Этим определяется базовое обоснование инвалидности, принятое в международной практике, приобщает национальную проблему инвалидности к международным законам и рекомендациям, определяет научное содержание патогенеза инвалидности и понятие инвалидности, основы медико-социальной экспертизы и принципы реабилитации, а также принципы совершенствования этой области государственной деятельности.

«Ограничение жизнедеятельности» определяет не только теоретическую базу инвалидности, но и прикладные особенности отдельных ее проблем и, в частности, особенности и сложности экспертизы. Схема формирования инвалидности и её составляющие хорошо иллюстрируют это положение.

Следовательно, инвалидность является результатом взаимодействия многих факторов.

1. Нарушение функций организма. **Функции** организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции). В МКФ указаны 8 групп функций (сенсорные, умственные, сердечно-сосудистой системы и другие), всего 114 отдельных функций.

2. Патология структур организма. **Структура** организма – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты. Всего 8 групп структур (нервной системы, глаз, ухо и относящиеся к ним структуры, относящиеся

к пищеварительной системе и другие); всего 56 отдельных структур.

3. Ограничение активности и участия. **Активность** – это выполнение задачи или действия индивидом. **Участие** – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию. Всего 9 разделов видов активности и участия (обучение, работа и занятость, общение, мобильность, самообслуживание и др.); всего 108 отдельных видов активности и участия.

4. Влияние контекстовых факторов (факторов окружающей среды и личностных факторов). **Факторы окружающей среды** создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Всего 5 групп факторов окружающей среды (природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, поддержка и взаимосвязи, политика, административные системы и другое); всего 74 конкретных фактора среды, в том числе службы, административные системы и политика здравоохранения.

Личностные факторы – это факторы, такие как возраст, пол, социальный статус, жизненный опыт, профессия и т. д., которые являются атрибутами индивида.

Многофакторный характер патогенеза инвалидности определяет ряд принципиальных положений, важных для медико-социальной экспертизы:

- у двух больных с одинаковой болезнью могут быть различные уровни функционирования. В связи с этим, один больной может быть признан инвалидом, а другой нет;

- индивид может иметь нарушения в связи с болезнью без снижения способности реализации – возможности вовлечения в жизненные ситуации;

- индивид может иметь проблемы реализации или снижения потенциальной способности без очевидных нарушений (например, при наличии множества болезней, каждая из которых не является причиной нарушений или потенциальной способности);

- индивид может иметь проблемы реализации без нарушений и снижения по-



тенциальной способности (например, индивид с положительной реакцией на ВИЧ-инфекцию или поправившийся душевно-больной);

- условия окружающей среды могут по-разному влиять на формирование инвалидности. В одних случаях – это фактор, препятствующий жизнедеятельности (барьер), в других – способствующий жизнедеятельности.

Из всего вышесказанного следует, что обоснование инвалидности только на основании диагноза является неверным.

Медико-социальная экспертиза.

Экспертиза инвалидности – ответственный и достаточно сложный многоступенчатый процесс, который осуществляется на основании государственной инструкции. Действующая в настоящее время в Украине инструкция в целом соответствует «Концепции ограничения жизнедеятельности». Задача эксперта, с одной стороны, обеспечить соблюдение Закона, а с другой – защитить интересы и максимально помочь, в пределах закона, людям с тяжелым ограничением жизнедеятельности, существование которых невозможно без чужой по-

мощи, главным образом, государственной. Занимающиеся проблемами инвалидности, в том числе эксперты, осознавая это или не осознавая, осуществляют богоугодное дело.

Сложность процесса экспертизы состоит в обстоятельствах, обусловленных «Концепцией ограничения жизнедеятельности», по которым критерии инвалидности и тяжести ограничения жизнедеятельности возможны только на основании качественных показателей. В связи с этим в инструкции заключение об ограничении жизнедеятельности основывается на качественной оценке ограничения жизнедеятельности, а также причинах ограничения жизнедеятельности и на ряде социальных показателей, в том числе профессиональной деятельности.

Нарушения функций организма человека (в инструкции учитываются 6 нарушений) оцениваются по четырем степеням:

- 1-я степень – легкие (незначительно выраженные) нарушения функций;
- 2-я степень – умеренно выраженные нарушения функций;

- 3-я степень – выраженное нарушение функций;
- 4-я степень – значительно выраженное нарушение функций.

В инструкции тяжесть нарушений функций организма определяется также как в МКФ.

Общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения по МКФ:

- 0 – НЕТ нарушений (никаких, отсутствуют, ничтожные, ...);
- 1 – ЛЕГКИЕ нарушения (незначительные, слабые, ...);
- 2 – УМЕРЕННЫЕ нарушения (средние, значимые, ...);
- 3 – ТЯЖЕЛЫЕ нарушения (высокие, интенсивные, ...);
- 4 – АБСОЛЮТНЫЕ нарушения (полные, ...).

Виды ограничения жизнедеятельности (в инструкции их указано 7) также определяются на основании качественных (описательных) признаков по трем степеням для каждого вида ограничений.

Инструкцией определяются три группы инвалидности, причем I группа инвалидности подразделяется на подгруппы А и Б. Критерии инвалидности также обосновываются качественными определениями.

Таким образом, основной особенностью экспертизы инвалидности является определение всех ее показателей на основании качественных определений. Это обстоятельство определяет сложность процесса экспертизы и особую ответственность экспертов. Такой способ оценки, принятый в «ограничении жизнедеятельности», не исключает элементы субъективного суждения и возможности влияния давления и других незаконных факторов.

Все указанное выше регламентирует требования к эксперту. Эксперт обязан быть клиницистом, высококвалифицированным в методах экспертизы и отчасти юристом. К сожалению, этому требованию не всегда соответствуют лица, осуществляющие экспертизу, что приводит к случаям дискриминации людей с тяжелым ограничением жизнедеятельности.

Клиническая медицина и «ограничение жизнедеятельности». Имеется четкая зависимость между проблемами клинической медицины и ограничением жизнедеятельности, составной частью которого является инвалидность. Врачи-клиницисты не знакомы или поверхностно владеют проблемами ограничения жизнедеятельности и инвалидности.

Вместе с тем, формирование инвалидности в большой мере зависит от состояния клинической медицины – от достижений медицинской науки, практической их реализации, квалификации врачей, доступности своевременного полноценного лечения.

По Закону экспертному решению должно предшествовать полное медицинское обследование больного. От результатов такого обследования зависит экспертное решение и программа медицинской реабилитации.

Клиническая медицина обычно обеспечивает активное лечение больных с острыми и хроническими заболеваниями и определяет задачи и сроки диспансерного лечения. Вместе с тем, клиницисты в своих рекомендациях не учитывают тот фактор, что не полностью вылеченный (хронический) больной вынужден быть причастным ко всем жизненным ситуациям, в том числе и к трудовой деятельности. Гигиена труда занимается вопросами влияния производства на работающих здоровых людей, а инвалиды остаются практически без рекомендаций гигиенистов относительно вопросов их участия в жизненных ситуациях (школа, производство, домашняя работа) и обязанностей, связанных с общественными отношениями. Эта проблема нуждается в научном и прикладном решении.

Биоэтика и проблемы инвалидности. По определению академика Ю. И. Кундиева: биоэтика – это органичное соединение современных достижений биологической науки и медицины с духовностью. Биоэтика – это совокупность моральных принципов, норм и правил, которые должны соблюдать специалисты в своей профессиональной деятельности.

Биоэтика помогает понимать сущность

проблемы инвалидности и оценить прикладное разрешение этой проблемы. Медицинская деонтология – наука о долге врача – один из разделов биоэтики.

Деонтология в медико-социальной экспертизе характеризуется рядом особенностей.

Экспертом может быть только врач высокой квалификации. Врач-эксперт должен быть опытным клиницистом, социологом, психологом, владеть знаниями по эргономике, промышленной гигиене и, в определенной мере, юриспруденцией, и обязательно быть **гуманистом**.

От экспертного решения зависит судьба больного с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности, его правовой статус.

Врач-эксперт должен сознавать (и соответственно поступать), что он не судья тяжелым больным, инвалидам, а их защитник, адвокат, защищающий права инвалидов, определенные законом.

В связи с этим, уместны слова Гиппократы, которые должен помнить врач-эксперт: «Врач должен быть по своему нраву человеком прекрасным, добрым, че-

ловеколюбивым. Врач должен быть с лицом, исполненным размышлений, но не суровым. Суровость в обращении лишает доступности врача как для больных, так и для здоровых».

В заключение следует подчеркнуть, что проблемы инвалидности – это государственные и международные проблемы, решение которых предполагают высокий профессионализм, гуманизм и ответственность.

Литература

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ, Женева, 2001. – 342 с.

2. Запорожан В. Н. Биоэтика в современной медицине. Антология биоэтики. – Львов, 2003. – С. 183–198.

3. Ипатов А.В., Ферфильфайн И. Л., Рыков С.А. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и проблемы инвалидности. – Дн-ск: Гамалія, 2004. – 303 с.



УДК 616-036.86:614.8.067.3:614.2

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

І. В. Дроздова¹, І. Я. Ханюкова¹, О. М. Мацуга², М. Г. Сидорова²,
Т. О. Байбуз²

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

²Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара

Резюме

Проведен анализ динамики инвалидности взрослого и работоспособного населения Украины в результате болезней системы кровообращения в 2010 году по данным статистической отчетности. Разработан новый подход к оценке динамики инвалидности в Украине, который основывается на методах кластерного анализа. Данный подход дает возможность охарактеризовать уровни инвалидности в результате болезней системы кровообращения как низкие, средние и высокие; установит их пределы, что в дальнейшем предоставит возможность усовершенствования анализа инвалидности населения Украины. Полученные данные анализа инвалидности в результате болезней системы кровообращения