

праці хворих (кумулятивний внесок факторів 28,2%).

3. Вплив на основні фактори інвалідності, а саме підвищення якості лікувально-діагностичної та експертної допомоги хворим на захворювання легень, раннє виявлення цієї патології, своєчасне раціональне працевлаштування хворих дозволить суттєво зменшити рівень захворюваності та інвалідності внаслідок БА та ХОЗЛ та знизити економічні витрати суспільства.

Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2005–2011 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін, С. І. Черняк, О. М. Мороз та ін.]; за редакцією нач. Управління МСЕ МОЗ України В. В. Маруніча. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005–2011. – 135 с.
2. Березин А. Е. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярный риск / А. Е. Березин // Укр. мед. часопис. – 2 (70). – III/IV. – 2009. – С. 62–68
3. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2008. – № 2. – С. 5–14.
4. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Часть I. ХОБЛ и поражения сердечнососудистой системы / А. Г. Чучалин // РМЖ. – 2008. – № 2, Т. 16. – С. 23–32
5. Лакин Г. Ф. Биометрия: Учебное пособие для биологических специальностей вузов / Лакин Г. Ф. // М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.
6. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J Chron Dis. – 1987. – № 40(5). – P. 373–383
7. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Електронний ресурс] // Global Initiative for Asthma. – 2011. – 106с. – Режим доступу: <http://www.ginasthma.org/guidelines-gina-report-global-strategy-for-asthma.html>.
8. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».



УДК 616-036.865

СИНДРОМ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Д. мед. н., профессор В. Б. Смычѣк

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

Резюме

Определение инвалидности пациенту в каждом конкретном случае требует учета не только последствий заболевания или травмы, но и многих других факторов. Как правило, группа инвалидности определяется по наиболее выраженному ограничению жизнедеятельности, однако весьма часто имеют место случаи, когда уровень социальной дезадаптации пациента обусловлен снижением не одной какой-либо способности, а нескольких, которые и должны стать критерием принятия экспертного решения. В статье приводятся новые подходы к определению инвалидности с учетом так называемого «синдрома социальной компенсации».

Ключевые слова: инвалид, инвалидность, ограничение жизнедеятельности, нарушение, «синдром социальной компенсации».

Summary

The assessment of disability of a patient in each particular case requires that not only the direct consequences of the disease or trauma are taken into account, but many other factors should be considered as well. It is a general practice that the extent of disability is assessed on the basis of the most pronounced activity limitation. However, the situations are quite common when the overall level of social de-adaptation of the patient is defined not only by the impaired ability of a particular type, but rather by a combination of several types of activity limitations. The nature and the extent of interaction between such activity limitations should be the basis for the final decision of experts concerning the extent of disability of the patient. The novel approaches to disability assessment with account of the so-called «social compensation syndrome» are disclosed.

Key words: *disabled person, disability, activity limitation, impairment, “social compensation syndrome”*

Осуществление медико-социальной экспертизы в целом и признание пациента инвалидом в частности в Республике Беларусь сегодня осуществляется с использованием современной концепции последствий болезни, основанной на Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности [1]. Согласно данному документу заболевание, выступающее как внутренняя ситуация организма, может приводить к материализации патологического состояния в виде отклонения от нормы функционирования какого-либо органа или системы органов. То есть, возникает так называемое «нарушение», которое, в свою очередь, может приводить к различной степени выраженности ограничения какой-либо способности: передвижения, общения, ориентации и т.д., то есть возникает так называемое «ограничение жизнедеятельности». Наконец, наличие различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности приводит к «социальной недостаточности» в виде бытовых, социальных, экономических последствий заболевания, в том числе в виде признания человека инвалидом с соответствующей тяжестью инвалидизации, выплате пенсионного пособия и предоставления социальных услуг или технических средств реабилитации.

Согласно утвержденным нормативно-инструктивным документам в Республике Беларусь у взрослого населения определяют третью, вторую или первую группы инвалидности, а у детей первую, вторую, третью или четвертую степень утраты здоровья. При этом у больного выявляется нарушение функций, определяются огра-

ничения жизнедеятельности по наличию ограничений одной или нескольких способностей из семи существующих: способность к передвижению, самообслуживанию, общению, контролю за своим поведением, ориентации, способности к общению, к трудовой деятельности. У детей до 18 лет вместо способности к трудовой деятельности определяется способность к ведущей возрастной деятельности.

На основании определения степени выраженности ограничения жизнедеятельности у больного производится оценка социальной недостаточности, устанавливается группа инвалидности, ее причина, устанавливается срок очередного переосвидетельствования и составляется индивидуальная программа реабилитации.

Оценка степени выраженности того или иного ограничения жизнедеятельности (той или иной степени нарушения какой-либо способности) осуществляется при помощи понятия «**функциональный класс**» (ФК), который ранжируется по 5-балльной шкале, принятой за 100% [3]:

- ФК–0 – характеризует нормальное состояние способности;

- ФК–I – легкое ее нарушение (до 25%);

- ФК–II – умеренно-среднее (от 25 до 50%);

- ФК–III – значительное (от 51 до 75%);

- ФК–IV – резко выраженное нарушение или полная утрата способности (от 76 до 100%).

Ограничение жизнедеятельности оценивается по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных средств,

технических или иных вспомогательных средств, а также степень взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий.

В практике медико-социальной экспертизы довольно часто возникает ситуация, когда у одного больного имеется несколько заболеваний с различной степенью выраженности тех или иных нарушений. Эти нарушения (как следствие заболеваний) могут ограничивать разные способности (общение, самообслуживание и др.), а могут избирательно воздействовать только на одну способность (например, передвижение). При этом происходит взаимное отягощение нарушенных функций, ухудшающих состояние больного.

Взаимное отягощение нарушенных функций – следствие разных заболеваний, но в рамках одной из категорий называют **«синдромом взаимного отягощения»**. Так, например, хроническая легочная недостаточность может ограничивать у больного способность к передвижению. Эту же способность может ограничивать и имеющаяся патология сердечно-сосудистой системы. Если у одного больного имеются и та и другая патологии (даже умеренной степени выраженности) в целом они приводят к более выраженному ограничению передвижения, чем в случае, когда данный пациент страдал бы только одним заболеванием.

Применение понятия «функциональный класс» в медицинской экспертизе привело к установлению неких «шаблонов», «констант соответствия» между уровнем ФК и группой инвалидности.

Так, в большинстве случаев резко выраженное ограничение (или полная утрата) какой-либо способности, соответствующее ФК – IV является основанием для признания пациента инвалидом I группы, значительное (ФК – III) – инвалидом II группы, умеренное (ФК – II) – инвалидом III группы.

Легкое ограничение какой-либо способности (ФК – I) является при необходимости основанием для предоставления пациенту ограничений по линии ВКК.

Безусловно, это весьма схематичное соответствие функциональных классов и

групп инвалидности и имеется целый ряд ситуаций, когда экспертное решение не соответствует этой «схеме».

Тем не менее, в общем и целом врачи-эксперты и врачи-реабилитологи ориентируются на такое соответствие вышеуказанных понятий при вынесении экспертного решения.

Таким образом, можно констатировать, что сегодня инвалидность устанавливается не за утрату (полную или частичную) трудоспособности, а за наличие ограничений жизнедеятельности, за наличие каких-либо социальных барьеров, нарушающих качество жизни человека. Другими словами, инвалидность определяется не за наличие заболевания (мозговой инсульт, инфаркт миокарда), а за их последствия. Подобные подходы к определению инвалидности существуют во многих странах мира. При этом практически во всех странах Европы в работе используется обновленная версия вышеуказанной Номенклатуры в виде Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ) [2].

МКФ принадлежит к «семье» международных классификаций, разработанных Всемирной организацией здравоохранения, которые касаются различных аспектов здоровья и связанных со здоровьем. К этой «семье» относятся МКФ, «Международная классификация болезней» (МКБ–10), «Классификация по уходу», «Международная классификация стандартов образования – ISCD», а также «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности» (утверждены на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН в 1993г. – резолюция 46/96) [2].

При этом МКФ выступает как дополнение к МКБ–X, она ушла от классификации «последствий болезни», 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.

В изложении МКФ подчеркивается, что она принята ВОЗ как одна из социальных классификаций, в которой реализуются принятые международные документы по правам человека и, в частности, уже упомянутые «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности». С позиций МКФ термин **«ограничение жизнедеятельности»** понимается как обобщающий. Он обозначает системное явление, характеризующее взаимодействие между людьми и их физическим окружением [4].

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

Термин «социальная недостаточность» в МКФ изменен на понятие «барьеры» (недоступность социальной помощи, отсутствие мер социальной защиты и т.д.), которые подлежат устранению на уровне государственного планирования и исполнения социального заказа. Как таковой термин «социальная недостаточность» исключен из МКФ вследствие его «уничижительного» значения.

Таким образом, с современных позиций следует оценивать не только (и не столько) последствия заболевания или травмы в виде ограничений жизнедеятельности, а (что более важно!) возможность социальной компенсации человека с дефектом, возможность устранения барьеров, хотя бы и с помощью социальных выплат в виде пенсии по инвалидности.

Поэтому в этой статье впервые в практике медико-социальной экспертизы предлагается новое понятие, новый термин – **«синдром социальной компенсации»**. Безусловно, это понятие будет не всеми

специалистами принято однозначно, но, по нашему мнению, оно не только имеет право на жизнь, но и соответствует сегодняшнему дню, современной трактовке последствий болезни.

Термин «синдром» употребляется не только в чисто медицинском значении, как сочетание признаков (симптомов), имеющих общий механизм возникновения и характеризующий определенное болезненное состояние организма. Он еще является признаком чего-либо, в данном случае обозначающий состояние полной социальной компенсации индивида.

Суть термина «синдром социальной компенсации» состоит в следующем. Анализ степени выраженности какого-либо ограничения жизнедеятельности должен производиться не только через функциональный класс и соответствующее ему описание частичной или полной утраты способности, а должен учитывать совокупное снижение адаптивности организма индивидуума, учитывать рамки его социальной дезадаптации и возможности компенсации этой дезадаптации. Как правило, уровень дезадаптации обусловлен снижением не одной какой-либо способности, а нескольких, иногда трех-четырех и более, которые и должны стать критерием принятия экспертного решения. В настоящее время группа инвалидности определяется по наиболее выраженному ограничению жизнедеятельности, т.е. по наибольшему снижению какой-либо способности.

С экспертной точки зрения это как бы правильно. Однако, если у больного имеется снижение нескольких способностей одинаковой степени выраженности (например, умеренной), то установление третьей группы инвалидности с позиций социальной компенсации недостаточно. Правомерно, но недостаточно.

Мы считаем, что если у пациента имеется ограничение трех и более способностей, влияющих на разные категории жизнедеятельности, то его социальная дезадаптация соответствует более выраженной степени, чем при наличии снижения двух (а тем более одной) способностей. Разносторонность и разноплановость сниженных способностей требует значительно

больших усилий по социальной адаптации человека. Кроме того, принятие экспертного решения на основании анализа возможности человека пройти то или иное расстояние (при ограничении передвижения) или на основании имеющейся необходимости использования слухового аппарата (при нарушении общения) представляется все-таки недостаточно правомерным без учета особенностей деятельности (жизнедеятельности) человека в целом. Это утверждается и МКФ, в которой дается характеристика таким новым понятиям, как «**активность**» – данный термин предполагает выполнение индивидом задачи или действия, и «**участие**» – термин предполагает вовлечение индивида в жизненную ситуацию. И, как следствие, у человека должны определяться не просто ограничения жизнедеятельности, а **ограничения активности** – т. е. трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, и **ограничение возможности участия** – т. е. проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Поэтому при вынесении экспертного решения при наличии трех и более ограничений жизнедеятельности с участием «синдрома социальной компенсации» группа инвалидности должна устанавливаться на один ранг выше, чем при наличии одного-двух ограничений жизнедеятельности и отсутствии «синдрома социальной компенсации».

Например, если у больного имеется умеренное ограничение передвижения и самообслуживания, то пациенту устанавливается третья группа инвалидности. Если же у больного имеется умеренное ограничение передвижения, умеренное ограничение общения и умеренное ограничение ориентации – то в совокупности это приводит к необходимости применения понятия «синдром социальной компенсации», т.е. установлению второй группы инвалидности как средства социальной защиты вследствие наличия многих сниженных способностей умеренной степени.

Количественно оценка «синдрома социальной компенсации» может быть про-

изведена по степени выраженности ее недостаточности:

1. Умеренная степень недостаточности социальной компенсации: наличие снижения трех и более способностей в рамках ФК–1 (3-я гр.)

2. Выраженная степень недостаточности социальной компенсации: наличие снижения трех и более способностей в рамках ФК – 2 (2-я гр.)

3. Резко выраженная степень недостаточности социальной компенсации: наличие снижения трех и более способностей в рамках ФК–3 (1-я гр.)

Аналогично можно применять «синдром социальной компенсации» и у детей. При этом вместо способности к трудовой деятельности учитывается способность в возрастной игровой деятельности и вместо группы инвалидности устанавливается степень утраты здоровья ребенка.

При этом предлагается учитывать следующие особенности при принятии экспертного решения:

1. «Синдром социальной компенсации» подразумевает наличие у одного пациента снижение трех и более способностей: способности к передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, самообслуживанию.

2. В подавляющем большинстве случаев снижение какой-либо одной или двух способностей опосредованно влияют на ограничение участия в трудовой деятельности (или в обучении). Поэтому эти «базовые», «основные» категории жизнедеятельности учитываются при использовании термина «синдром социальной компенсации» сверх трех-четырех других.

3. Если у пациента имеются ограничения двух способностей одной степени выраженности (умеренной или выраженной), а одно – более легкой – «синдром социальной компенсации» не применяется.

4. Если у пациента имеются ограничения четырех способностей, две из которых более высокой степени выраженности и две – более легкой – «синдром социальной компенсации» применяется.

5. Следует помнить, что хотя «синдром социальной компенсации» применяется при наличии снижения 3–4 способно-

стей, фактически у пациента имеет место снижение большего числа способностей с учетом снижения также способности к участию в трудовой деятельности, обучению.

Аналогичный подход сохраняется при наличии у пациентов ограничений легкой степени (ФК–1) (когда наличие «синдрома социальной компенсации позволяет принять экспертное решение об установлении третьей группы инвалидности») и выраженной степени (ФК–3), когда аналогичная ситуация позволяет установить пациенту первую группу инвалидности.

Применение «синдрома социальной компенсации» имеет существенное значение не только при определении инвалидности у лиц трудоспособного возраста, но и у граждан пенсионного возраста. Ведь не секрет, что медицинская экспертиза лиц пожилого и старческого возраста разработана недостаточно, а одной из существенных особенностей здоровья пожилых является наличие у них множественной сочетанной патологии различных органов и систем. Нередко у больного пациента имеется патология сердечно-сосудистой систе-

мы в сочетании с сахарным диабетом, различной степени выраженности проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии, наличием деформирующего артроза крупных суставов конечностей, различной патологией органа зрения и слуха и др.

Считаем, что применение «синдрома социальной компенсации» поможет как врачу-эксперту в принятии правильного решения, так и пациенту в плане индивидуальной социальной компенсации и частичном повышении качества жизни.

Литература

1. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации болезней и причин инвалидности. – М.: РАМН: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 1994. – 105 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
3. Смышчек В. Б., Реабилитация больных и инвалидов М., 2009. – 560 с.
4. Юнусов Ф. А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. – М., 2008. – 332 с.



УДК 616-036.86:616.12-089

ТРУДОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ТА ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА СЕРЦІ

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко, О. В. Танцура

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статті изложены трудовые рекомендации для больных и инвалидов, перенесших эндоваскулярные и оперативные вмешательства на сердце, которые разработаны на основе проведенного авторами комплексного клинического, психологического и социологического исследований, экспертно-реабилитационной, функциональной, профессиональной и социально-бытовой диагностики.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, трудовая деятельность.