

**Література**

1. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В. И. Бураковского, Л. А. Бокерия. – М., 2005.
2. Perloff J. K. Survival patterns without cardiac surgery or interventional catheterization: a narrowing base // Congenital Heart Disease in Adult / Eds J. K. Perloff, J. S. Childs. 2nd Ed. – Philadelphia, 2001. – P. 15–53.
3. Webb C. L., Jenkins K. J., Karpawich P. P.

et al. Congenital Cardiac Defects Committee of the American Heart Association Section on Cardiovascular Disease in the young // Circulation. – 2002. - Vol. 105. – P. 2318 – 2323.

4. Marelli A. J., Mackie A. S., Ittu R. I. et al. Congenital heart disease in the general population: Changing prevalence and age distribution // Circulation. – 2007. - Vol. 115. – P. 163– 172.



УДК 616-036.86

## СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Професор А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін, І. Я. Ханюкова, О. М. Мороз

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

**Резюме**

*В статье рассматриваются вопросы организации медико-социальной реабилитации, методологические подходы и система реабилитации в Украине. Приведена законодательная база, регламентирующая организацию и контроль выполнения реабилитационных мероприятий для инвалидов. Изложены правила заполнения индивидуальной программы реабилитации инвалида. Дан перечень учреждений, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам. Затронуты проблемные аспекты реабилитации инвалидов и приведены основные направления решения задач усовершенствования государственной системы медико-социальной реабилитации инвалидов и повышения ее доступности.*

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, реабилитация, инвалидность

**Summary**

*In this article the organization of medical and social rehabilitation, methodological approaches and rehabilitation system in Ukraine are considered. Given the legal framework governing the organization and supervision of the implementation of rehabilitation measures for persons with disabilities. Filling out the rules of individual rehabilitation programs for the disabled. Given a list of agencies that provide rehabilitation services to persons with disabilities. Affected by the problematic aspects of rehabilitation and the basic direction of solving problems to improve the state system of medical and social rehabilitation of disabled people and increase its availability.*

**Keywords:** medical and social examination, rehabilitation, disability.

На фоні стійкого і тривалого скорочення населення України чисельність інвалідів в державі зростає. В 2011 році кількість повнолітніх і неповнолітніх осіб з інвалідністю в загальній чисельності населення досягала показника 6%. Інваліди працездатного віку складають 52% від загальної кількості осіб відповідної категорії або 6,2% у загальній структурі економічно

активного населення [1].

Діяльність держави щодо інвалідів проявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів з боку дер-

жави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосовані будови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Реалізація обраного Україною стратегічного курсу на побудову соціальної демократичної правової держави з метою інтеграції її у світовий економічний простір потребують здійснення заходів щодо посилення соціального захисту уразливих верств населення, насамперед, осіб з обмеженими фізичними можливостями. Тому необхідною умовою досягнення високого рівня соціальної зрілості і моральності українського суспільства є вирішення проблем щодо належного забезпечення медико-соціальної реабілітації інвалідів.

На сьогодні основу законодавчої бази, що регламентує дане питання в Україні, складає Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (Відомості Верховної Ради України від 06.10.2005 р. № 2961 [2].

Забезпечення системного підходу до організації реабілітації і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг регламентовано Постановою Кабінету Міністрів від 8 грудня 2006 р. № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» [3].

Механізм виконання та фінансування індивідуальної програми реабілітації регламентований Постановою КМУ від 23.05.07 № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» [4].

Порядок заповнення індивідуальної програми реабілітації обумовлений Наказом 08.10.2007 № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» [5].

Важливим аспектом при складанні індивідуальної програми реабілітації є оцінка особистих можливостей і бажань інваліда і реальних можливостей суспільства щодо реалізації кожної складової реабілітаційної програми. Хворого слід орієнтувати на конкретні реабілітаційні заходи

для досягнення очікуваних результатів.

Систему реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів складають:

- органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів;

- реабілітаційні установи для інвалідів, дітей-інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- будинки дитини-дошкільні навчальні заклади для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до чотирьох років незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу для дітей віком від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, у складі яких можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти, в яких забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома;

- спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади системи освіти для дітей, які потребують корекції фізичного

та/або розумового розвитку;

- загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади I – III ступенів з відповідним профілем системи освіти для дітей, які потребують тривалого лікування;
- навчальні заклади системи органів праці та соціального захисту населення;
- установи соціального обслуговування інвалідів, дітей-інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- санаторно-курортні установи системи органів праці та соціального захисту населення;
- протезно-ортопедичні підприємства незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій інвалідів;
- академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів.

Після прийняття експертного рішення про групу інвалідності, визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу складається індивідуальна програма реабілітації (в подальшому ППР), де зазначаються конкретні заходи щодо реабілітації інваліда, передбачається їх послідовність, комплексність і терміни виконання, очікувані результати та критерії оцінки ефективності реабілітаційних заходів.

ППР розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів: для повнолітніх інвалідів – медико-соціальною експертною комісією, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо інваліда, дитини-інваліда, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні ек-

пертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів), органи праці та соціального захисту населення, служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

Згідно з сучасною концепцією медико-соціальної експертизи, інвалідність встановлюється після оцінки різних видів життєдіяльності, що порушуються внаслідок інвалідизуючого захворювання. Тому ППР людини з обмеженими можливостями містить заходи, спрямовані на кожен з порушених видів життєдіяльності.

Частка медицини в наданні реабілітаційних послуг згідно з ППР не є визначною, оскільки найбільш значущими в досягненні найвищого ступеня адаптації людини з обмеженими можливостями є її соціальна та професійна реабілітація.

Станом на 01.07.2011 у системі Міністерства соціальної політики функціонувало 195 центрів (відділень) соціальної реабілітації дітей-інвалідів, у т.ч. Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів, які діють на підставі Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів, затвердженого наказом Мінпраці від 13.02.07 № 48 [6].

До установ, що надають реабілітаційні послуги медико-соціального спрямування, відносяться: центри медико-соціальної реабілітації, психолого-медико-педагогічні консультації, загальноосвітні санаторні школи-інтернати, заклади інтернатного типу Міністерства праці та соціальної політики України та інші подібні установи.

Установою, на яку покладено координуючу та методологічну функцію організації діяльності мережі реабілітаційних закладів для дітей-інвалідів, функцію підвищення кваліфікації фахівців центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів, є Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв), підпорядкований Міністерству соціальної політики.

У середньому в рік у центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів проходять реабілітацію майже 19 тис. дітей-інвалідів. Щорічно близько 1000 дітей-інвалідів з числа випускників центрів стають учнями загальноосвітніх шкіл.

У центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів створено 128 трудових майстерень з професійної орієнтації дітей-інвалідів, в яких навчаються 2000 дітей.

Основною ланкою державної системи професійної реабілітації інвалідів, де здійснюється їх професійне навчання, є установи (центри, відділення) професійної реабілітації сфери управління Мінпраці України, які діють на засадах Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів та соціальних нормативів у сфері професійної реабілітації інвалідів, затверджених наказами Мінпраці України від 09.10.2006 р. № 372 та від 12.04.2007 р. № 155 [7, 8]. На сьогодні у системі органів праці та соціального захисту населення функціонує Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів та 11 центрів професійної реабілітації, 6 з яких мають статус міжрегіональних центрів. Це Кримська республіканська установа "Міжрегіональний Центр трудової, медико-соціальної і професійної реабілітації інвалідів" (м. Євпаторія); Вінницький міжрегіональний Центр професійної реабілітації інвалідів "Поділля"; Луганський міжрегіональний Центр професійної, медико-фізичної та соціальної реабілітації інвалідів; Львівський міжрегіональний Центр соціально-трудової, професійної та медичної реабілітації інвалідів; Буковинський міжрегіональний Центр професійної, соціальної, трудової та медичної реабілітації інвалідів (м. Чернівці); Донбаський міжрегіональний Центр професійної реабілітації інвалідів (м. Краматорськ).

Професійна підготовка осіб з особливими потребами в центрах професійної реабілітації інвалідів провадиться виключно за тими професіями, які є актуальними на ринку праці. На даний час у зазначених центрах професійна підготовка здійснюється за 58 робітничими професіями.

Завдяки створенню у 2008 році інтегрованих філій при центрах професійної реабілітації інвалідів, за австрійською моделлю, значно підвищено рівень зайнятості випускників таких центрів. Сьогодні при таких установах діє 37 соціально-економічних (інтегрованих) філій.

Українські фахівці вивчили досвід ав-

стрійських реабілітаційних установ з питань професійної діагностики та професійної реабілітації молодих інвалідів, системи модульного навчання та створення транзитних робочих місць для інвалідів на прикладі Віденського центру професійного навчання і реабілітації інвалідів. Суть досвіду полягає в тому, що випускникам реабілітаційних центрів протягом року пропонують оплачувану роботу на транзитних робочих місцях за отриманою ними робітничою професією на створених при цих установах соціально-економічних підприємств (СЄП). Через рік інвалід, отримавши на цьому робочому місці необхідні навички та досвід, поступається своїм транзитним робочим місцем наступному випускникові.

Практичним впровадженням австрійського досвіду стало створення на базі чотирьох пілотних міжрегіональних центрів професійної реабілітації інвалідів (у містах Євпаторії, Вінниці, Львові, Луганську) та Київському центрі соціально-трудової реабілітації інвалідів 33 СЄП.

Професійну орієнтацію інвалідів у працездатному віці, які мають бажання працювати і зареєстровані у державній службі зайнятості, може здійснювати державна служба зайнятості.

Проте рівень зайнятості інвалідів в Україні залишається низьким. Пріоритетним напрямом державної соціально-економічної політики розвинутих країн світу останнім часом є всебічне сприяння громадянам з обмеженими можливостями в реалізації їх невід'ємного права на продуктивну працю в умовах свободи, рівності, безпеки та почуття власної гідності. Обраний розвинутими країнами курс на забезпечення зайнятості осіб з інвалідністю забезпечив досягнення певних позитивних результатів – рівень їх трудової зайнятості значно підвищився, сягнувши 29% від загальної чисельності працездатних інвалідів у США; майже 40% – у Великій Британії, 55% – в Італії, 60% – у Швеції, 80% – в Китаї. Водночас, в Україні цей показник становить тільки 38%.

Усе перераховане свідчить про те, що проблеми життєдіяльності людей з особливими потребами не залишаються

поза увагою, але ще багато питань невирішені. А саме: існуючі реабілітаційні установи працюють без достатньої координації своїх дій, розрізнено, і це негативно позначається на ефективності реабілітаційного процесу; діюча система реабілітації передбачає кількаразове відвідування громадянами ряду установ, витрату часу і зусиль для отримання документів, необхідних для надання послуг з медико-соціальної реабілітації. Вкрай повільно в роботу структур, що беруть участь у вирішенні проблем комплексної реабілітації, впроваджуються сучасні інформаційні технології. Це призводить, з одного боку, до низької ефективності роботи даних структур, а, з іншого, ускладнюють контроль цільового використання виділених для вирішення цього завдання коштів. Реальне працевлаштування інвалідів і, як наслідок, створення умов для їх економічної незалежності утруднено відсутністю доступних робочих місць для інвалідів та нормативів, які регламентують вимоги до них з урахуванням об'єктивної наявних обмежень здатності до трудової діяльності.

Таким чином, недоліки у вирішенні проблем комплексної реабілітації інвалідів мають системний характер, і їх можна подолати тільки в результаті поетапного вдосконалення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, підвищення ефективності соціальної підтримки окремих груп населення, в тому числі шляхом посилення адресності регіональних програм державної соціальної допомоги, формування ефективної системи соціальної підтримки осіб, які перебувають у важкій життєвій ситуації.

Конвенція ООН про права інвалідів, ухвалена Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 р. і підписана Україною (Далі – Конвенція), встановлює міжнародні зобов'язання держав-учасниць у галузі реабілітації інвалідів, що передбачають здійснення заходів з надання інвалідам можливостей для досягнення і збереження максимальної незалежності, реалізації фізичних, розумових, соціальних і професійних здібностей та повного включення та залучення в усі аспекти життя суспільства – шляхом організації, зміцнення і розширен-

ня комплексних реабілітаційних послуг і програм.

Цілями удосконалення системи реабілітації інвалідів в Україні є підвищення якості, об'єктивності, доступності та ефективності медико-соціальних реабілітаційних послуг, приведення принципів та механізмів їх здійснення відповідно до вимог Конвенції. Досягнення зазначеної мети значною мірою залежить від успішного вирішення двох основних завдань: підвищення рівня об'єктивізації оцінки обмеження життєдіяльності інвалідів і обґрунтованості заходів, які призначаються (рекомендуються) щодо їх подолання та підвищення доступності та ефективності наданих реабілітаційних послуг і технічних засобів реабілітації.

Основними напрямками вирішення завдань удосконалення державної системи медико-соціальної реабілітації інвалідів та підвищення її доступності є:

- розробка інноваційних підходів до організації та проведення реабілітації інвалідів;
- удосконалення обліку інвалідів;
- поліпшення міжвідомчої взаємодії при здійсненні реабілітації інвалідів;
- розробка сучасних стандартів надання послуг і виконання заходів з реабілітації інвалідів;
- забезпечення фізичної та інформаційної доступності державної системи медико-соціальної реабілітації інвалідів.

#### Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2011 рік (аналітико-інформаційний довідник) / Уклад. Маруніч В. В., Іпатов А. В. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 150 с.
2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» №2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005, 2 листопада. – №213.
3. Постанова Кабінету Міністрів України № 1686 від 08.12.2006 р. «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів».
4. Постанова Кабінету Міністрів України № 757 від 23.05.2007 р. «Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 623 від 08.10.2007 р. «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання».
6. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 48 від 13.02.2007 р. «Про затвердження Типового положення про центр соці-

альної реабілітації дітей-інвалідів».

7. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 372 від 09.10.2006 р. «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів».

8. Наказ Міністерства праці та соціальної по-

літики України № 155 від 12.04.2007 р. «Про затвердження Соціальних нормативів у сфері професійної реабілітації інвалідів для центрів професійної реабілітації інвалідів системи Міністерства праці та соціальної політики України».



УДК 616-036.86:616.12-008.331.1:159.923:371.214.114

## НОЗОГЕНІЇ ТА ЇХ МІСЦЕ В ОБМЕЖЕННІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

І. В. Дроздова

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

### Резюме

*На основе системного междисциплинарного подхода к исследованию феномена нозогений при артериальной гипертензии теоретически обосновано и предложено решение этой проблемы. Определены причины формирования нозогений при артериальной гипертензии, предложены критерии оценки динамики и прогрессирования этой сочетанной патологии, показано их влияние на ограничения жизнедеятельности больных. Разработана новая информационная технология диагностики нозогений при артериальной гипертензии, которая включает модель типологии нозогений, комплекс усовершенствованных клинических, психодиагностических и социологических методов, структурно-диагностический и прогностический алгоритмы.*

**Ключевые слова:** Артериальная гипертензия, нозогении, причины, механизмы развития, психотерапия, комплексная коррекция.

### Summary

*On the basis of interdisciplinary approach to an arterial hypertension with nosogenies phenomena study the practical solution of the problem is theoretically proved and proposed. The nosogenies forming causes are determined, the criteria of patients current states and progress of the pathology are proposed, their influence is shown on limitations of vital functions of patients. A new nosogeny diagnostic information technology at an arterial hypertension including the model of nosogenies typology is developed, methods of clinical, psychopathological, psychodiagnostic and sociological diagnostic, structural-diagnostic and forecasting algorithms are improved.*

**Keywords:** Arterial hypertension, nosogenies, causes, development mechanisms, psychotherapy, complex correction.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є важливою медико-соціальною проблемою внаслідок значної поширеності, частих серцево-судинних ускладнень, що визначає високу захворюваність, інвалідність і смертність серед населення. АГ призводить до передчасної смерті та інвалідизації, збіль-

шує ймовірність розвитку ІХС у 2,7–3,8 разу, а інфаркту міокарда у 3–4 рази. Ризик смертності від ІХС, залежний від систолічного артеріального тиску, становить 41,0% у чоловіків (40–59 років) і 34,0% у жінок (30–69 років) [11].

На 1 січня 2011 року в Україні зареєс-