

и его составляющих у детского населения с учетом МКФ;

– об'єктивізувати ступінь обмеження життєдіяльності у дітей з основною інвалідизуючою патологією на основанні критеріїв оцінки ступені 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 для експертної здатності до роботи якісних нових параметрів з сфери зайнятості, економіки, професійної підготовки, гігієни праці, продовити трудову активність осіб з обмеженими можливостями за рахунок використання оціночних критеріїв доступності характеру праці і професійно-виробничого середовища з урахуванням МКФ;

– підвищити рівень і продовити період їх економічної незалежності.

Таким чином, в останнє час є 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-соціальних проблем, які сформувалися на сучасному етапі в практиці ведення хворих з вродженими пороками серця. Сучасні показники поширеності вродженої патології серця диктують необхідність розробки ефективних технологій, які будуть здатні забезпечити вдосконалення механізму надання соціальної допомоги пацієнтам з вродженими пороками серця працездатного віку.

Ключові слова: вроджені пороки серця, соціальні технології.

Summary

The article is devoted to 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 makes 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.

Вроджені вади серця (ВВС) належать до найважливіших і найпоширеніших вроджених дефектів, що зустрічаються у 0,7–1,7% новонароджених дітей і кількість їх щороку збільшується. У зв'язку з досягненнями в кардіохірургії, анестезіології та інтенсивній терапії більшість вад стає операбельними і група пацієнтів, які перенесли операції корекції вади серця, збільшується приблизно на 5% за рік [3, 9–11].

При будь-якому захворюванні найкращим критерієм оцінки ефективності проведеного лікування є повернення хворого до повноцінного соціального життя – звичної побутової і виробничої діяльності, достатнього ступеня особистої самостійності, впевненості, задоволення своїм становищем у суспільстві і сім'ї, тобто гідній якості життя.

Інтерес до реабілітаційного напрямку в останнє десятиріччя в кардіохірургії став актуальною проблемою. Основоположником його був видатний кардіохірург і учений М. М. Амосов і його учень і соратник, кардіолог, професор Я. А. Бендет [1, 2]. Саме в цій області медицини є можливість за допомогою проведеного оперативного втручання на серці перервати перебіг захворювання (наприклад, у хворих з вадами серця), і тим самим створити реальні передумови до соціальної інтеграції (реінтеграції) пацієнта в суспільство.

Медичний етап реабілітації хворих з ВВС повинен бути виконаний, коли відсутні незворотні морфологічні зміни в серці і легенях, а компенсаторні механізми, обумовлені вадою, ще не мають характер стійких зв'язків і швидко піддаються зворотному розвитку. При визначенні показань до операції у конкретного хворого, необхідно враховувати не тільки характер очікуваних ускладнень природного перебігу вади, але і прогнозований ризик і ефект мінімального, але обов'язково адекватного об'єму втручання. При корекції вад серця етап фізичної і психофізіологічної реабілітації спрямований на підготовку оперованих хворих до повсякденної трудової діяльності. Без його проведення досягнутий при хірургічному лікуванні ефект може виявитися заниженим. Однак медичний аспект реабілітації цієї групи пацієнтів вимагає подальшого вивчення, накопичення досвіду тривалих спостережень, визначення термінів тривалості програм реабілітації.

Фізичний аспект реабілітації при ВВС набуває особливого значення, оскільки йдеться про організм, що формується. Помилки, недоліки в проведенні фізичної реабілітації у оперованих дітей залежать нерідко від батьків і педагогів та можуть привести до формування фізично нерозвиненої, ослабленої людини, обмеженої в своїх життєвих, працездатних можливостях.

Розробка психологічного аспекту реабілітації, цього маловивченого напрямку, ведеться в даний час в нашому інституті. Існує ціла низка чинників, що впливають на психічний розвиток дитини, її взаємостосунки з батьками і педагогами, на формування особистості. У пацієнтів із ВВС мають місце порушення пам'яті, уваги, самооцінки та ін.

Соціальний аспект реабілітації найбільш актуальний у хворих на ВВС. Проблема має не тільки соціально-економічне, а й важливе гуманістичне значення.

Однак існуюча система реабілітації осіб з ВВС, у тому числі у віддалені періоди після хірургічної корекції, вимагає серйозного перегляду, як у цілому, так і по окремих складових. Якщо схеми ведення пацієнтів з ВВС до кардіохірургічного втручання і в стаціонарі представляються достатньо відпрацьованими, то в організаційному плані реабілітаційна допомога не орієнтована на сучасні показники поширеності вродженої патології серця [4].

Незважаючи на велику кількість пропонуєваних методик по лікуванню і реабілітації пацієнтів із ВВС, при упровадженні кожної з них виявляються свої регіональні особливості, що пов'язані з можливостями адміністративних територій (наявність адекватної матеріально-технічної бази, кадрового складу, тощо) [6]. На сьогодні слід визнати, що оцінка соціальних, медичних і правових положень, що склалися в практиці ведення «нової популяції» осіб з ВВС працездатного віку, вимагає необхідності вдосконалення механізму надання не тільки медичної, але і соціальної допомоги пацієнтам з ВВС [8].

Нині технологізація різних сфер життєдіяльності є відмінною рисою сучасної дійсності. Одним із видів соціальних інновацій, що впливають на суспільство, є соціальні технології. Спроби осмислення різних явищ і процесів у соціальній сфері, необхідність цілеспрямованої дії на них, органічного поєднання теорії і реальної практики висувають соціальні технології на передній план. Існує багато визначень соціальної технології, проте всі сходяться на тому, що соціальна технологія – це цілеспрямована дія на соціальний об'єкт. При цьому немає значення, що є соціальним об'єктом. Тобто, це можуть бути соціальні відносини, соціальні групи, соціальні інститути та ін. Принципово важливо, що цей соціальний об'єкт знаходиться в нерозривному зв'язку з іншими соціальними об'єктами, є частиною соціальної системи.

Суть соціальних технологій не в тому, що робити, а в якій послідовності це робити. Проте було б помилково вважати, що цілеспрямована соціальна дія є сукупність механічного набору операцій. У технологічній послідовності операції координовані і субординовані, впорядковані і ранжировані. Соціальна технологія є певною соціальною прагматикою, що вибудовує в один ряд мету, засіб і результат.

Безумовно, термін «соціальна технологія» може розглядатися в різних аспектах. Як відомо, існує немало видів соціальних технологій, що використовують різні методи, різний інструментарій, серед яких, напевно, найзагальнішим і найпоширенішим є метод експертного оцінювання, соціальної експертизи.

Необхідною умовою реалізації будь-якої соціальної технології є наявність існуючих або створення нових організаційних структур, що забезпечують цілеспрямовану дію на соціальний об'єкт,

яке повинне бути алгоритмізоване. В даному випадку такою організаційною структурою може бути державна служба МСЕ, що вже сформувався.

З організаційно-методологічних позицій суть технологізації МСЕ зводиться до такого: 1 – формування процесу; 2 – надання йому цільової спрямованості; 3 – оптимізація соціального процесу і забезпечення його стійкості; 4 – забезпечення сприятливих супутніх умов.

Основною метою МСЕ (як соціальної технології) є визначення потреб оглянутої особи в заходах соціального захисту, що включає реабілітацію. В законодавчих документах відображена мета МСЕ, окреслені межі компетенції і повноважень фахівців служби МСЕ, відзначена соціальна значущість експертного рішення в аспекті заходів соціального захисту. Вказана мета МСЕ видозмінила завдання, що вирішуються фахівцями служби МСЕ, змінила склад самих фахівців цієї служби (з'явилися фахівці по реабілітації, соціальній роботі, психологи та ін.). Змістився акцент з того, «що не може інвалід» на те, «що може інвалід» і які умови необхідні для реалізації його можливостей. Звідси з'явилися нові, по суті, поняття: реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз, реабілітаційний ефект, індивідуальна програма реабілітації (ІПР) та ін.

Проте мета без визначення засобів її досягнення – лише проект, що не має реальної опори в самій дійсності. Отже, повинна бути об'єктивно обумовлена досяжність мети. Це залежить від вироблення і вибору способу дії і організації самої дії. Аналіз проблемної ситуації, а стосовно МСЕ – реабілітаційно-експертна діагностика, по-перше, дозволяє сформулювати, уточнити, об'єктивувати конкретну мету у конкретного оглянутого, а, по-друге, виробити і вибрати засоби дії (перш за все, об'єм і характер реабілітаційних заходів). Тобто, вибрати адекватний інструментарій соціальної дії, оптимальний варіант вирішення проблеми. Останнє багато в чому зумовлює організацію самої дії. З технологічних позицій і реабілітаційно-експертна діагностика, й організація реабілітаційного процесу повинні базуватися на системному підході при аналізі та вирішенні особистих проблем інваліда, можливості контролю, корекції змісту, форм і методів ІПР інваліда. В процесі МСЕ, як і у ряді інших соціальних технологій, знаходить застосування і метод спостереження, що допомагає формуванню експертного рішення.

Таким чином, МСЕ як інноваційна і прикладна соціальна технологія виконує низку взаємопов'язаних специфічних і достатньо складних функцій: організаційно-методичну, організаційно-управлінську, аналітико-прогностичну і соціоінтегративну. Найбільше дієвість технологізації МСЕ виявляється в управлінській діяльності, при ухваленні управлінських рішень.

В умовах економічної нестабільності виникають передумови для різкого збільшення хворих

на серцево-судинні та вроджені захворювання, що викликає серйозні побоювання за долю підростаючого покоління й соціально-економічний розвиток країни загалом. Змінити ситуацію можна тільки за умови повної та всебічної мобілізації фундаментальної, медичної, біологічної науки й передової медичної практики, а також удосконалення та використання існуючих організаційно-методологічних технологій МСЕ.

Література

1. Амосов Н. М. Физическая активность и сердце / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет. – Киев: Здоровья, 1975. – 216 с.
2. Амосов Н. М. Терапевтические аспекты кардиохирургии / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет. – Киев: Здоровья, 1990. – 286 с.
3. Зиньковский М. Ф. Врожденные пороки сердца / М. Ф. Зиньковский, под ред. акад. А. Ф. Возианова. – К.: Книга-плюс, 2010. – 1200 с.
4. Касірський Г. І. Реабілітація хворих після хірургічного лікування природжених вад серця / Г. І. Касірський, Л. М. Зотова – М.: НЦССХ ім. А. Н. Бакульова, 2007.
5. Лисунець О. М. Стан та актуальні питання медико-соціальних аспектів інвалідності при вроджених вадах серця після хірургічної корекції / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, О. В. Танцура, Ю. В. Ткаченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Випуск 19, книга 2. – Київ., 2010. – С. 162–166.
6. Медичні аспекти медико-соціальної експертизи при вроджених вадах серця у дорослих: науково-методичний посібник для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко / за ред. члена-кор. АМН України проф. М. Ф. Зиньковского. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 87 с.
7. Науменко Е. Б. Технология социальной работы: учебное пособие / Е. Б. Науменко, В. П. Шестаков – СПб., 2005. – Ч. 3 – 98 с.
8. Сучасний стан первинної інвалідності при вроджених вадах системи кровообігу у осіб працездатного віку в Україні / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко, І. М. Зубко // Матеріали XII Національного конгресу кардіологів України. – К., 2012. – С. 128–129.
9. Шарькин А. С. Врожденные пороки сердца: руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А. С. Шарькин. – М.: Бинум, 2009. – Vigl M, Niggemeyer E, Hager A, Schwedler G, Kropf S, Bauer U. Importance socio-demographic factors for quality life adults with congenital heart disease Quality Life Research 2011; 20(2):169–177.
10. Karsdorp PA, Everaerd W, Kindt M, Mulder BJM. (2007). Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: A meta-analysis. Journal Pediatric Psychology 32(5):527-541.

