

Н. М. Беляєва, І. В. Куриленко, О. Б. Яворовенко, І. А. Ільюк, О. Ф. Проскуріна СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ З ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Н. Н. Беляева, И. В. Куриленко, О. Б. Яворовенко, И. А. Ильюк,
О. Ф. Проскурина

Резюме

Основными ограничениями жизнедеятельности при патологии органов дыхания являются ограничение способности к передвижению, самообслуживанию, трудовой деятельности. Существует необходимость в оценке потребностей инвалидов с болезнями органов дыхания в мероприятиях медико-социальной реабилитации, которые сформированы специалистами медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) в настоящее время.

Целью работы было определение структуры и потребностей инвалидов с болезнями органов дыхания в мероприятиях медико-социальной реабилитации.

Материал и методы. Проведен анализ 15434 индивидуальных программ реабилитации (ИПР) инвалидов с патологией органов дыхания по данным 22 областей Украины. Используются аналитический, статистический методы, мета-анализ по данным ИПР.

Результаты. Выявлено, что потребность инвалидов с болезнями органов дыхания в медицинской реабилитации составила 95,45 %, физической — 41,84 %; профессиональной — 27,45 %; трудовой — 50,73 %; социальной — 8,35 %; потребность в технических средствах реабилитации — 6,98 %. Объем потребности отличается в зависимости от вида реабилитации, возраста, тяжести инвалидности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии комплекса разнообразных потребностей у инвалидов с болезнями органов дыхания в мероприятиях медико-социальной реабилитации, выполнение которого позволяет решить вопрос восстановления работоспособности и социальной независимости. Недооценка врачами МСЭК при формировании ИПР роли услуг физической, профессиональной, социальной реабилитации, а также технических средств реабилитации в устранении ограничений жизнедеятельности, социальной адаптации, улучшении жизни инвалидов требует совершенствования организационной и методической работы по повышению качества ИПР.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, инвалиды, медико-социальная реабилитация, индивидуальная программа реабилитации

Укр. пульмонолог. журнал. 2015, № 3, С. 31–34.

Беляєва Наталія Миколаївна

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Клініко-експертний відділ

Завідувач, кандидат мед. наук

21100, м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104

Тел.: 38 0432 511117

MODERN ASPECTS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS WITH RESPIRATORY DISEASES

N. M. Belyaeva, I. V. Kurylenko, O. B. Yavorovenko, I. A. Iliuk,
O. F. Proskurina

Abstract

The main limitations of life in patients with respiratory diseases include: reduced mobility, self-care and workability. It is necessary to assess the needs of disabled people with respiratory diseases in the medical and social rehabilitation, composed by the specialists of medical and social expert commission (MSEC) at present.

The aim of the study was to determine the structure and needs of disabled patients with respiratory diseases in the medical and social rehabilitation.

Methods. The analysis of individual rehabilitation program (IRP) of 15434 disabled with respiratory diseases using data from 22 regions of Ukraine was performed. We used statistical, analytical methods, meta-analysis of IRP data.

Results. It was revealed that the need of disabled people with respiratory diseases in medical rehabilitation was 95,45%, physical — 41,84%; professional — 27,45; labor — 50,73%; social — 8,35%; the need for technical means of rehabilitation — 6,98%. The volume of the needs varied depending on the type of rehabilitation, age and severity of disability.

Conclusion. These findings indicate the presence of a complex various needs of the disabled patients with respiratory diseases in medical and social rehabilitation, which would solve the problem of health restoring and social independence. Underestimation by MSEC physicians of the importance of physical, professional and social rehabilitation of respiratory patients requires improving the organizational and methodical work of MSEC.

Key words: respiratory diseases, disabled, medical and social rehabilitation, individual rehabilitation program.

Ukr. Pulmonol. J. 2015; 3: 31–34.

Nataliia M. Belyaeva

N. M. Pyrogov Vinnitsa state medical university

Scientific research institute of rehabilitation of disabled

Clinical expert department

Chief of department, PhD

21100, Vinnitsa, Khmelnytske shosse str., 104

Tel.: 38 0432 511117

Усвідомлення багатфакторності проблеми інвалідності та залежності інвалідів від різних умов суспільного життя дуже важливо для цілеспрямованої дії на фактори, що її формують, та для проведення відповідних заходів з профілактики та зниження інвалідності.

Національне законодавство, зокрема, базовий Закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», спрямо-

вують державну політику у вирішенні проблем інвалідів на створення правових, економічних, політичних, побутових, соціально-економічних умов для відновлення здоров'я, матеріального забезпечення, трудової і суспільної діяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями [1, 2].

Для практичного втілення Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» прийнято низку нормативних актів, які урегульовують процес реабілітації інвалідів, організацію надання їм реабілітаційних послуг, зокрема, Державна типова програма реабілітації інвалідів, дер-

жавні соціальні нормативи у сфері реабілітації інвалідів з різними нозологіями, індивідуальна програма реабілітації інвалідів (ІПР) [3, 4, 5].

Реалізація соціальної політики у сфері реабілітації інвалідів здійснюється за допомогою ІПР, основною функцією якої є забезпечення процесу комплексної реабілітації конкретного інваліда.

В реабілітаційний комплекс входять послуги з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціально-побутової реабілітації, технічні засоби, вироби медичного призначення. Законодавством формування ІПР покладено на МСЕК.

Для проведення якісної медико-соціальної реабілітації необхідне реальне уявлення про потреби інвалідів в реабілітаційних заходах на підставі експертно-реабілітаційної діагностики, визначення реабілітаційного потенціалу, реабілітаційного прогнозу, оцінки обмежень життєдіяльності, побажань інваліда і роз'яснення йому цілей та завдань реабілітації.

Тяжкість перебігу, прогноз, інвалідність та смертність при неспецифічних захворюваннях органів дихання визначаються як ступенем ураження бронхолегеневої системи, так і позалегеновими проявами захворювання та наявністю коморбідної патології [6, 7, 8], що призводить до обмежень життєдіяльності та соціальної дезадаптації хворих.

Згідно практики медико-соціальної експертизи основними обмеженнями життєдіяльності при патології органів дихання є обмеження здатності до пересування, самообслуговування, трудової діяльності [9, 10]. На подолання цих обмежень спрямована програма медико-соціальної реабілітації.

Метою дослідження є визначення структури та потреб інвалідів з хворобами органів дихання в заходах медико-соціальної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовано 15434 ІПР інвалідів з патологією органів дихання, які розроблені МСЕК 22 областей України станом на 01.01.2013 р. Осіб молодого віку було 35,40 %, середнього — 59,04 %; похилого — 5,56 %; інвалідів I групи — 1,31 %; II — 19,58 %; III — 79,11 %. На підставі отриманих даних розрахована структура медико-соціальної реабілітації, потреба інвалідів в її заходах. Використані методи: аналітичний, статистичний, мета-аналіз за даними ІПР.

Результати та їх обговорення

За даними нашого дослідження, на даний час сформувалась наступна структура медико-соціальної реабілітації осіб із захворюваннями органів дихання: медична реабілітація склала 48,62 %, психолого-педагогічна — 2,25 %, фізична — 17,89 %, професійна — 8,93 %, трудова — 16,39 %, фізкультурно-спортивна — 0,52 %, соціально-побутова — 1,71 %, використання технічних та інших засобів реабілітації — 3,57 %, виробів медичного призначення — 0,08 %. Представлені дані показують, що близько 50 % всіх видів медико-соціальної реабілітації складає медична.

Однією з цілей медичної реабілітації інвалідів є попередження прогресування захворювання, розвитку

ускладнень та рецидивів, а також профілактика важких функціональних порушень, які в кінцевому підсумку ведуть до обтяження інвалідності. Медична реабілітація інвалідів за часом проведення здійснюється першою з реабілітаційних заходів, є базисною, тому що в результаті медичної реабілітації відбувається компенсація функції дихання. Впродовж всього реабілітаційного процесу медичний супровід залишається постійним фоном усіх реабілітаційних заходів.

Згідно ІПР держава пропонує інвалідам послуги з медичної реабілітації у вигляді відновної терапії, профілактичних заходів, реконструктивної хірургії, санаторно-курортного лікування, психіатричної допомоги, медичного спостереження. За даними нашого дослідження потреба в медичній реабілітації для інвалідів з патологією органів дихання склала 95,45 %, в залежності від віку: в молодому віці (18–44 роки) — 93,86 %, в середньому (45–60 р.) — 91,67 %, в похилому (61 і >) — 86,81 %; в залежності від важкості інвалідності: у інвалідів I–II груп — 100,0 %, III — в 88,81 %.

З метою відновлення або компенсації функцій легеневої системи, порушених в результаті хвороби, вторинної профілактики захворювань та їх ускладнень, використовуються послуги відновної терапії.

Відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда пропонуються наступні види відновної терапії: медикаментозна терапія, фізіотерапія, психотерапія, логопедична допомога. Потреба інвалідів у відновному лікуванні склала 85,69 %, в залежності від віку, відповідно, в молодому віці — 86,62 %, в середньому — 87,27 %, похилому — 86,36 %, від групи інвалідності — I–II групи — 100 %, III — 85,02 % в основному за рахунок медикаментозної терапії, менше — фізіотерапії, психотерапії.

Профілактичні заходи для інвалідів з легеневою патологією представляють собою третинну профілактику, спрямовану на усунення або компенсацію обмежень життєдіяльності, втрачених функцій з метою можливо більш повного відновлення соціального і професійного статусу, попередження рецидивів та хронізації захворювання. Потреба в профілактичних заходах у інвалідів склала 51,25 %, у інвалідів молодого віку 51,54 %, середнього — 50,15 %, похилого — 61,14 %; в залежності від групи інвалідності: у інвалідів I групи 60,89 %, II — 57,92 %, III — 49,44 %.

Потреба в реконструктивній хірургії визначена в 5,15 %, найбільша потреба спостерігалась в молодому віці (7,10 % осіб), найменша — в похилому (0,47 %); у інвалідів II групи — більше, ніж у інвалідів III та II груп (відповідно 11,41 %, 3,64 %, 2,48 %).

Потреба у інвалідів з легеневою патологією в послугах санаторно-курортного лікування склала 44,14 %. Найбільшою вона була в молодому та середньому віці (51,01 % та 42,53 %), найменшою — в похилому (17,50 %); у інвалідів III та II груп (47,79 % та 32,29 %); найменшою — у інвалідів I групи (0,99 %), що обумовлено важкістю стану здоров'я останніх.

Метою медичного спостереження є контроль за ходом реабілітаційного процесу і оцінка його результатів. Проводиться в період між черговими оглядами на МСЕК відповідно до індивідуальної програми реабілітації

інваліда. Потреба в даному виді медичної реабілітації визначена в 50,73 %, найбільше — в похилому віці (57,76 %), найменше — в молодому віці (46,36 %), найбільша — у інвалідів I та II груп (58,42 % та 53,69 % відповідно), найменше — у інвалідів III групи (49,87 %).

Фізична реабілітація забезпечує функціональне відновлення особи, виявляє і розвиває резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації. Вона спрямована на покращення функції дихання та усунення обмежень життєдіяльності до пересування, самообслуговування.

В ІПР з фізичної реабілітації передбачені послуги з консультування, ерготерапії, кінезотерапії, лікувального масажу, лікувальної фізкультури. Потреба в даному виді реабілітації у інвалідів з патологією органів дихання склала 41,84 %, у інвалідів молодого віку найбільша (75,31 %), у інвалідів похилого віку найменша (36,17 %); у інвалідів III групи — 62,03 %, II — 43,66 %, I — 21,28 %, переважно за рахунок лікувальної фізкультури.

Професійна реабілітація спрямована на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, ре-адаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводом з урахуванням особистих схильностей та побажань особи. Вона вирішує питання придбання професії відповідно стану здоров'я.

В ІПР з професійної реабілітації передбачені послуги: експертиза потенційних професійних здібностей, професійна орієнтація, професійний відбір, професійна підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації, професійна освіта. Потреба в професійній реабілітації інвалідів з патологією органів дихання визначена 27,45 %. Найбільші показники були у інвалідів молодого віку — 69,54 %, найменші — у осіб похилого віку — 11,43 %; у інвалідів III та II груп — 44,34 % та 42,90 % відповідно, найменший — у інвалідів I групи — 21,28 % за рахунок експертизи потенційних професійних здібностей.

Трудова реабілітація представляє систему заходів для оволодіння трудовими навичками, забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць. Вона передбачає усунення або зменшення обмежень в трудовій діяльності, соціальну адаптацію з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи.

В ІПР з трудової реабілітації представлені послуги: пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда, раціональне працевлаштування, визначення професій і спеціальностей, які доступні за станом здоров'я. Потреба в трудовій реабілітації у інвалідів з патологією органів дихання склала 50,73 %; у осіб молодого віку в 79,41 %, середнього — 53,41 %, похилого — 20,65 %; у інвалідів — III групи — 65,18 %, II — 44,82 %, I — 26,73 % — за рахунок потреб

інвалідів у створенні спеціально пристосованих робочих місць, у осіб молодого віку та інвалідів III групи — за рахунок потреб в раціональному працевлаштуванні.

Соціальна реабілітація представляє систему заходів, яка дозволяє створювати та забезпечувати умови для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Згідно з ІПР послугами з соціально-побутової реабілітації, які повинні надаватись інваліду, є навчання основним соціальним навичкам, пристосування меблів, устаткування обладнання для адаптації житлових приміщень, соціально-побутовий патронаж, працетерапія. Потреба в соціальній реабілітації у інвалідів з патологією органів дихання склала 8,35 %; у осіб молодого віку — 8,10 %, середнього — 8,49 %, похилого — 8,40 %; у інвалідів I групи — 26,23 %, II — 8,93 %, III — 7,91 %; основною послугою, яка мала місце в ІПР, був соціально-побутовий патронаж, інші зустрічались в окремих випадках.

Технічні засоби реабілітації є важливим компонентом медико-соціальної реабілітації. Медико-функціональна та соціальна адекватність їх спрямована на зменшення обмеження життєдіяльності, відновлення здатності до самообслуговування, пересування, навчання, трудової діяльності.

Згідно ІПР передбачені: засоби пересування, спеціальні засоби орієнтування, спілкування та обміну інформацією, спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю, протезні вироби, спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар. Потреба в технічних засобах реабілітації у інвалідів з патологією органів дихання склала 6,98 %, у інвалідів молодого віку 12,26 %, середнього — 4,25 %, похилого — 39,08 %; у інвалідів I групи — 90,59 %, II — 2,85 %, III — 6,31 %, в основному за рахунок засобів пересування, протезних виробів, що вирішує здебільшого проблему обмеження здатності до пересування; інші засоби відмічені в окремих випадках.

Висновки

Таким чином, проведене дослідження свідчить про наявність комплексу різноманітних потреб інвалідів з хворобами органів дихання в заходах медико-соціальної реабілітації, обсяг яких відрізняється в залежності від виду реабілітації, віку, важкості, інвалідності, та дозволяє вирішити питання відновлення працездатності, соціальної незалежності. Звертає на себе увагу недооцінка лікарями МСЕК при формуванні ІПР ролі послуг фізичної, професійної, соціальної реабілітації, технічних засобів реабілітації в усуненні обмежень життєдіяльності, соціальної адаптації, покращенні життя інвалідів, що потребує удосконалення роботи по підвищенню якості ІПР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» №875-12 від 21 березня 1991 р. // Відомості Верховної Ради. — 1991. — № 21. — С. 252.
2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» №2961 від 06.10.2005 р. // Урядовий кур'єр. — 2 листопада 2005 р. — № 213.
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. №1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів».
4. Наказ МОЗ України № 57 від 07.02.2008 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів».
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації».
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (Updated 2011) [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.goldcopd.com>.
7. Гаврисяк, В. К. Принципи терапії больних с осложнениями ХОЗЛ [Текст] / В. К. Гаврисяк // Укр. пульмонолог. журнал. — 2011. — № 2. — С. 10–12.
8. Watz, H. Extrapulmonary Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Physical Activity (A Cross-sectional Study) [Text] / H. Watz, B. Waschki, C. Boehme // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2008. — Vol. 177. — P. 743–751.
9. Лаврова, Д. И. Критерии оценки жизнедеятельности в учреждениях медико-социальной экспертизы [Текст] / Д. И. Лаврова, Е. С. Либман, С. Н. Пузин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2004. — №2. — С. 45–57.
10. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. — Женева: ВОЗ, 2001. — 342 с.

REFERENCES

1. *Zakon Ukrainy "Pro osnovy sotsialnoyi zakhyshchenosti invalidiv v Ukraini"* №875-12 vid 21.03.1991 (The law of Ukraine "On the basis social protection of disabled people in Ukraine" №875-12 of March 21, 1991). *Vidomosti Verkhovnoyi Rady*. 1991;No 21:252.
2. *Zakon Ukrainy "Pro reabilitatsiyu invalidiv v Ukraini"* №2961 vid 06.10.2005 r. (The law of Ukraine "On the rehabilitation of the disabled people in Ukraine" №2961 of 06.10.2005). *Uryadovyy kuryer*. 2005;213.
3. *Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 08.12.2006 r.* №1686 « Pro zatverdzhennya derzhavnoyi typovoyi programy reabilitatsiyi invalidiv» (Decree of Cabinet of Ministers of Ukraine from 08.12.2006 №1686 «On approval of the State typical program rehabilitation of disabled people»).
4. *Nakaz MOZ Ukrainy № 57 vid 07.02.2008 "Pro zatverdzhennya derzhavnykh sotsialnykh normatyviv u sferi reabilitatsiyi invalidiv"* (Decree of MOH of Ukraine from 07.02.2008 № 57 "On approval of government social standards in the field of rehabilitation of disabled people").
5. *Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 23.05.2007 r.* № 757 «Pro zatverdzhennya Polozhennya pro indyvidualnu programu reabilitatsiyi» (Decree of Cabinet of Ministers of Ukraine from 23.05.2007 № 757 "On approval of the individual rehabilitation program").
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (Updated 2011). Available at: <http://www.goldcopd.com>.
7. Gavrysiuk VK. *Printsipy terapii bolnykh s oslozhnieniyami KHOZL* (Principles of therapy of patients with complications of COPD). *Ukr. pulmonol. zhurnal*. 2011;No 2:10–12.
8. Watz H, Waschki B, Boehme C. Extrapulmonary Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Physical Activity (A Cross-sectional Study). *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2008;177:743–751.
9. Lavrova DI, Libman YeS, Puzin SN. *Kriterii otsenki zhiznedeyatelnosti v uchrezhdeniyakh mediko-sotsialnoy ekspertizy* (Criteria for evaluation of life in health and social expertise). *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2004;No 2:45–57.
10. *Mezhdunarodnaya klasifikatsiya funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatelnosti* (International classification of functioning, disability and health). Geneva: WHO. 2001;342 p.