

УДК 61

**ФЕНОМЕН ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ
БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ****^{1,2}Кром И.Л., ^{1,2}Еругина М.В., ^{1,2}Шмеркевич А.Б.**¹ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ,
Саратов, e-mail: irina.crom@yandex.ru;²Центр медико-социологических исследований, Саратов

Вторая половина XX века и начало XXI века, наряду с очевидными успехами в профилактике и лечении многих заболеваний, отмечены ростом инвалидизации населения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), почти 15% населения мира имеют какую-либо форму инвалидности (более 1 миллиарда людей). В 70-х годах прошлого века, сорок лет назад инвалидность имели 10% населения земного шара [1].

Ключевые слова: феномен, кровообращение, инвалидизация**THE PHENOMENON OF DISABILITY OF PATIENTS WITH THE DISEASES
OF CIRCULATORY SYSTEM: AN INTERDISCIPLINARY INTERPRETATION****^{1,2}Krom I.L., ^{1,2}Yerugina M.V., ^{1,2}Shmerkevich A.B.**¹Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: irina.crom@yandex.ru;²Centre of Medical-Sociological Research, Saratov

The second half of the twentieth century and the beginning of the twenty-first century, along with the apparent success in preventing and treating many diseases, marked increase in disability population. According to the World Health Organization (WHO), nearly 15% of the world's population have some form of disability, or (more than 1 billion people). In the 70s of the last century, forty years ago had a disability of 10% of the world population [1].

Keywords: the phenomenon, circulation, disability

Во Всемирном докладе об инвалидности ВОЗ (2011 г.) отмечается, что в предстоящие годы инвалидность будет вызывать все бóльшую озабоченность, поскольку ее распространенность увеличивается. Это – результат старения населения, повышения риска инвалидности среди пожилых людей, а также глобального роста распространенности таких хронических состояний, как диабет, сердечно-сосудистые болезни, рак и психические расстройства.

По всему миру люди с инвалидностью демонстрируют более низкие результаты в отношении здоровья, более низкие достижения в области образования, меньшую экономическую активность и более высокие показатели бедности, чем не инвалиды. Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам, таким как здравоохранение, образование, занятость и транспорт, а также информация. Эти трудности усугубляются в наименее благополучных странах [1].

Междисциплинарные многолетние исследования структуры и предикторов инвалидизации больных вследствие хронических неинфекционных заболеваний, ресоциализации больных при хронических неинфекционных заболеваниях проводятся в Центре медико-социологических исследо-

ваний (г. Саратов). До настоящего времени не существует обоснованной интегративной концепции предикторов инвалидности, которая позволит исследовать феномен инвалидизации в контексте социального функционирования лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями и разработать эффективные направления профилактики инвалидизации населения. Сравнительный анализ работ отечественных и зарубежных авторов свидетельствует о том, что существующие исследования лишь инициируют мультипарадигмальные разработки по данной проблематике.

Инвалидизация больных при хронических неинфекционных заболеваниях рассматривается нами как способ ресоциализации в ситуации соматических (психических) и социальных ограничений.

Болезнь и её социальные последствия объединяются понятием «ситуация болезни» [2], которая отражает изменившиеся условия функционирования больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. При определении классификации ситуации болезни учитывается тяжесть заболевания, степень профессиональных и иных ограничений, вызванных болезнью.

Первая ситуация болезни характеризуется минимальным, часто переходящим вли-

янием вызывающих её факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.

Вторая ситуация вызвана значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе её социальных последствий. Однако здесь ещё возможна компенсация вызывающих её факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья ситуация болезни характеризуется крайней выраженностью влияния болезни и её социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Прогрессирующее течение болезни, необходимость госпитализации, инвалидность делают невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Критерии инвалидности, разработанные ВОЗ, определяющие практику установления групп инвалидности в России, предполагают чёткую корреляцию тяжести соматического состояния (дефекта), степени ограничений жизнедеятельности и социальных ограничений инвалида. Локализация и глубина поражения миокарда при перенесённом инфаркте миокарда, хроническая сердечная недостаточность и постинфарктная стенокардия являются одними из основных клинических предикторов инвалидизации больных ишемической болезнью сердца.

В исследование предикторов инвалидизации больных хроническими неинфекционными заболеваниями в Центре медико-социологических исследований были включены на основе случайной выборки 1,5 тыс. респондентов мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающие ишемической болезнью сердца, занимающей первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения в Саратовской области. Структура выборочной совокупности отражает тенденции генеральной совокупности.

У больных ишемической болезнью сердца в третьей ситуации болезни существует чёткая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида.

Однако, при второй ситуации болезни в ходе проведённого исследования уста-

новлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести клинических предикторов инвалидизации больных и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации.

Результаты исследования позволили доказать отсутствие облигатной роли соматических предикторов в инвалидизации больных при ИБС во второй ситуации болезни. Облигатными являются социальные и личностные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состояниями в ситуации болезни, а также ресурсы, предоставляемые обществом для социализации больных.

Было выяснено, что к группам социального риска инвалидизации трудоспособного возраста при болезнях системы кровообращения относятся больные среднего возраста, обладающие наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом, большинство из которых живет на уровне бедности. В этом случае отсутствует возможность в связи с социальными, личностными и соматическими характеристиками эффективно реагировать на меняющуюся социальную ситуацию. Для большинства респондентов, занятых физическим трудом, часто возникновение ограничений жизнедеятельности, связанных с болезнями системы кровообращения, предполагает потерю профессии, безработицу, нарушение социализации. В результате больные стремятся к установлению и поддержанию предписанного статуса инвалида.

Проведённое исследование доказывает, что, в большей степени, ограничения жизнедеятельности связаны с ситуацией болезни и качеством жизни субъекта, в отличие от существующих в настоящее время представлений о корреляции тяжести соматической патологии и возникающих ограничений жизнедеятельности. Функциональные нарушения, выявляемые у инвалидов, не всегда соответствуют тяжести принятых в экспертной практике ограничений жизнедеятельности. Достоверная корреляция тяжести заболевания и степени ограничений жизнедеятельности возникает у больного лишь в третьей ситуации заболевания.

В связи с существующей в России концепцией инвалидности профилактика инвалидизации больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями (в их числе болезни системы кровообращения) – «предупреждение инвалидности» [3] включает профилактику первого уровня – комплекс мер, направленных на предупреждение возникновения физических,

когнитивных, психических и сенсорных дефектов, и профилактику второго уровня – профилактику инвалидизации при наличии соматического заболевания или стойкого дефекта [4].

Обсуждая инвалидность в терминах социализации, следует признать необходимость интегративного подхода к профилактике инвалидности, которая в современной России медикализована и заключается в коррекции модифицируемых соматических предикторов в связи с идентификацией инвалидности с болезнью. Верификация предикторов инвалидизации больных при болезнях системы кровообращения позволяет разработать современную концепцию профилактики инвалидности и создать эф-

фективные комплексные программы реабилитации инвалидов.

Список литературы

1. World Report on Disability 2011 / World Health Organization [Электронный ресурс] – Geneva, 2011. – URL: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf (дата обращения: 14.09.2015).
2. Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: материалы Междунар. науч. конф. – Саратов, 2004. – С. 223–225.
3. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Приняты 20 декабря 1993 г. на 48-й сессии генеральной Ассамблеи ООН).
4. Права и возможности инвалидов в Российской Федерации: специальный докл. Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации (10 сентября 2001г.). – URL: <http://www.ombudsman.gov/docum/spinv.htm> (дата обращения 14.09.2015).