

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ УСПЕШНОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ТРУДОВОГО РАЗДЕЛА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Разуванов А.И., Пацко А.И., Пастухова О.Д.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Реабилитация играет ключевую роль в восстановлении здоровья и повышении качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это включает в себя не только медицинские процедуры, но и социальные мероприятия, направленные на адаптацию к новым условиям жизни. Разработка индивидуальных программ реабилитации и абилитации требует понимания не только медицинских характеристик пациента, но и его социально-гигиенического статуса.

Пациенты с ишемической болезнью сердца могут сталкиваться с различными социальными вызовами, такими как ограничение в трудоспособности, изменения в образе жизни и социальная изоляция. Понимание этих аспектов позволяет разработать более эффективные программы реабилитации, учитывающие специфические потребности каждого пациента. Это включает в себя обеспечение доступа к социальным услугам, поддержку в трудоустройстве, адаптацию жилья и обеспечение психосоциальной поддержки.

По этой причине понимание социально-гигиенической характеристики пациентов с ишемической болезнью сердца является неотъемлемой частью создания индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА). Это важно, поскольку социальные и гигиенические аспекты существенно влияют на адаптацию инвалидов к новым условиям жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях, что является важным при определении реальных возможностей пациента в процессе реабилитации. Кроме того, оценка социальных проблем, таких как трудности в трудоустройстве и социальная изоляция, является ключевой частью программы восстановления, направленной на решение этих аспектов.

Результаты и обсуждения. В Республике Беларусь за период 2014-2023 гг. среди населения инвалидами вследствие БСК впервые было признано 216203 человек, которые были включены в исследуемую группу (рис. 1).

В структуре БСК среди заболеваний, приводящих к инвалидности в исследуемом периоде, можно отметить основные нозологические единицы (по МКБ-10): I20 – стенокардия (24,9 на 10 тыс. населения, ДИ: 24,6-25,3), I21 – острый инфаркт миокарда (15,3 на 10 тыс. населения, ДИ: 15,1-15,6), I25 – хроническая ишемическая болезнь сердца (76,8 на 10 тыс. населения, ДИ: 76,8-78,1), I63 – инфаркт мозга (48,9 на 10 тыс. населения, ДИ: 48,6-49,6), I67 – другие цереброваскулярные болезни (64,3 на 10 тыс. населения, ДИ: 64,2-65,3), I70 – атеросклероз (18,6 на 10 тыс. населения, ДИ: 18,3-18,9), другое (36,9 на 10 тыс. населения, ДИ: 36,7-37,5). Среди перечисленных заболеваний первое ранговое место занимает хроническая ишемическая болезнь сердца (I25) ($p < 0,05$), что позволяет сделать вывод об актуальности и целесообразности дальнейших исследований этой нозологической единицы, как основного диагноза, вследствие которого устанавливается та или иная группа инвалидности. По этой причине и по причине большого количества данных при последующем анализе многолетней динамики (ПИ) изучаемая выборка была отсортирована только по коду I25.

В сформированной выборке среди лиц, не занятых трудом, клиничко-трудовой прогноз преимущественно был оценен как относительно неблагоприятный (табл. 1). Данные результаты могут говорить об отрицательной установке на трудовую деятельность лиц с инвалидностью и/или о недостаточном содействии в рациональном подборе профессии и условий труда для занятости, то есть неэффективной реализации ИПРА.

Реабилитационный потенциал среди неработающих лиц с инвалидностью преимущественно был оценен как низкий и средний. Преимущественно же число лиц с инвалидностью с высоким реабилитационным потенциалом были заняты трудом.

Среди неработающих лиц с инвалидностью также был проанализирован уровень образования. Так, неработающие инвалиды имели преимущественно среднее специальное образование. Второе и третье ранговые места заняли лица с инвалидностью, имеющие общее среднее и высшее образование.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные позволяют сделать вывод о прогнозировании полного восстановления трудового статуса у неработающих лиц с инвалидностью, имеющих незначительные, легкие или умеренные ограничения категории жизнедеятельности способность к трудовой деятельности, благоприятный или относительно неблагоприятный клиничко-трудовой прогноз, высокий или средний реабилитационный потенциал. А также возможности частичного восстановления трудового статуса у лиц с инвалидностью с выраженным или резко выраженным ограничением жизнедеятельности и низким реабилитационным потенциалом.

Цель – представить социально-гигиеническую характеристику пациентов с ишемической болезнью сердца, имеющих ограничения жизнедеятельности, и сформировать целевую группу из таких лиц для актуализации разработки раздела «профессиональной реабилитации, профессиональной абилитации и трудовой реабилитации» индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалидов.

Материалы и методы.

План исследования предполагал:

Анализ показателей инвалидности лиц, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний системы кровообращения, за девятилетний период наблюдений производился с анализом информации из автоматизированного банка данных инвалидности населения Республики Беларусь, функционирующего на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации) за период 2014-2023 гг. Проводился анализ показателей «первичной инвалидности» (ПИ) населения 18 лет и старше, а также трудоспособного населения. Выборка пациентов осуществлялась по всем кодам МКБ-10: БСК (I00 – I99) ($n=216203$). Изучение показателя ПИ производилось ввиду того, что он более чувствителен к изменениям в социально-экономических условиях и здравоохранении, что важно для разработки эффективных программ реабилитации.

При проведении исследования анализировалась степень выраженности ограничений категории жизнедеятельности по следующей балльной шкале, принятой за 100%: ФК0 – ограничение жизнедеятельности отсутствует или незначительное (0%-4%); ФК1 – легкое ограничение жизнедеятельности (5%-24%); ФК2 – умеренное ограничение жизнедеятельности (25%-49%); ФК3 – выраженное ограничение жизнедеятельности (50%-75%); ФК4 – резко выраженное ограничение жизнедеятельности (76%-100%). Помимо этого, проводился анализ клиничко-трудового прогноза и реабилитационного потенциала.

Таблица 1 – Показатели ПИ вследствие хронической ишемической болезни сердца (I25) в Республике Беларусь за период 2014-2023 гг. по изучаемым признакам ($n=22107$)

| Категория | Работает | | | Не работает | | |
|--|------------|--|-------------|-------------|--|-------------|
| | абс. число | на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25 | ДИ | абс. число | на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25 | ДИ |
| по клиничко-трудовому прогнозу | | | | | | |
| Абсолютно неблагоприятный | 19 | 0,29 | 0,18-0,45 | 50 | 0,76 | 0,57-1,0 |
| Сомнительный | 3112 | 47,09 | 45,47-48,77 | 3527 | 53,37 | 51,65-55,16 |
| Относительно неблагоприятный | 5878 | 88,95 | 86,72-91,25 | 4104 | 62,11 | 60,24-64,03 |
| Благоприятный | 915 | 13,85 | 12,98-14,77 | 219 | 3,31 | 2,9-3,78 |
| по реабилитационному потенциалу | | | | | | |
| Высокий | 697 | 10,55 | 9,79-11,36 | 110 | 1,66 | 1,38-2,01 |
| Средний | 6154 | 93,13 | 90,84-95,47 | 4267 | 64,57 | 62,67-66,53 |
| Низкий | 2468 | 37,35 | 35,91-38,85 | 3765 | 56,98 | 55,19-58,82 |
| по уровню образования | | | | | | |
| Общее базовое | 34 | 0,51 | 0,37-0,72 | 67 | 1,01 | 0,80-1,29 |
| Общее среднее | 1593 | 24,11 | 22,95-25,32 | 1344 | 20,34 | 19,28-21,45 |
| Профессионально-техническое | 1541 | 23,32 | 22,19-24,51 | 1040 | 15,74 | 14,81-16,72 |
| Среднее специальное | 2442 | 36,96 | 35,52-38,45 | 2246 | 33,99 | 32,61-35,42 |
| Высшее | 1268 | 19,19 | 18,16-20,27 | 1149 | 17,39 | 16,41-18,42 |

Заключение. Анализ ПИ в Республике Беларусь за период с 2014 по 2023 гг. среди пациентов с хронической ИБС позволил установить основные тенденции формирования инвалидности, ее динамики:

в структуре болезней системы кровообращения первое ранговое место занимает хроническая ишемическая болезнь сердца (I25) ($p < 0,05$), что позволяет сделать вывод об актуальности и целесообразности дальнейших исследований этой нозологической единицы, как основного диагноза, вследствие которого устанавливается та или иная группа инвалидности; второе ранговое место занимают другие цереброваскулярные болезни (I67), третье – инфаркт мозга (I63);

среди незанятых трудом лиц с инвалидностью с хронической формой ИБС у большинства клиничко-трудовой прогноз был оценен как относительно неблагоприятный: ПИ 62,11 (ДИ: 60,24-64,03) человек на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25. Реабилитационный потенциал среди этих же лиц был оценен преимущественно как низкий и средний: ПИ 56,98 (ДИ: 55,19-58,82) на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25 и ПИ 64,57 (ДИ: 62,67-66,53) на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25 соответственно;

по уровню образования основная часть лиц с инвалидностью в исследуемой группе не занятых трудом имела преимущественно среднее специальное образование – ПИ 33,99 (ДИ: 32,61-35,42) на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25. Второе и третье ранговые места заняли лица с инвалидностью, имеющие общее среднее и высшее образование: ПИ 20,34 (ДИ: 19,28-21,45) на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25 и ПИ 17,39 (ДИ: 16,41-18,42) на 10 тыс. лиц, признанных инвалидами вследствие I25 соответственно. Следует отметить, что при наличии среднего специального и высшего образования возможна занятость в должностях в соответствии с уровнем образования в безвредных и безопасных условиях труда, то есть в условиях труда, не оказывающих негативное влияние на характер течения заболевания, это будет способствовать повышению качества жизни каждого конкретного человека, путем рационального и своевременного планирования проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, назначенных в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида.

Таким образом, исследованный нами контингент пациентов имел достаточный реабилитационный потенциал для реализации сформированных мероприятий, включенных в программу профессиональной и трудовой реабилитации, которая составляется с учетом уровня профессионального образования, профессионального (квалификационного) мастерства, имеющегося стажа и опыта работы, периода возможной трудовой занятости до достижения пенсии по возрасту, с целью сохранения профессиональной трудоспособности за счет рационального подбора профессии (при необходимости профессиональной переподготовки), режима и условий труда с исключением противопоказанных факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса, а также с целью профилактики профессионально-трудовой и социальной дезадаптации.

5-6 сентября 2024 г.
г. Минск

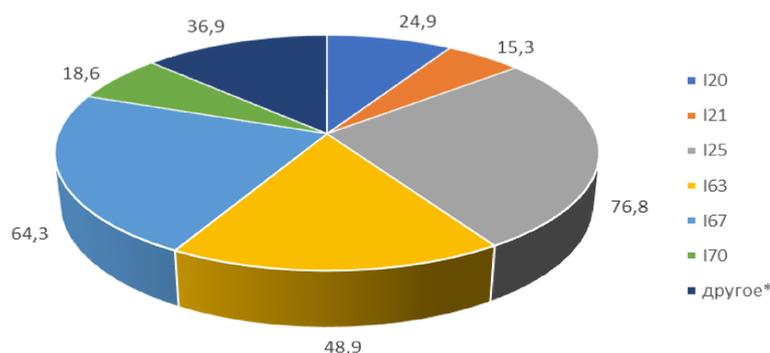


Рисунок 1- Показатели ПИ по представленным кодам (по МКБ-10) в Республике Беларусь за период 2014-2023 гг. ($n=216203$ на 10 тыс. населения)