

УДК 616.28-008.1:[343.148.22+616-058]:005.59/.6 (476)

КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К МОДЕРНИЗАЦИИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА СЛУХА

В.Б.Смычѣк, С.В.Козлова

¹ Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
Колодищанский сельсовет, 93, 223027, район д. Юхновка,
Минский район, Минская область, Республика Беларусь

В настоящее время в Республике Беларусь оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности у лиц со стойкими нарушениями функции слуха осуществляется с использованием критериев, разработанных с позиций Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), которая рассматривает возникающие проблемы в функционировании индивидуума вследствие слухового дефицита без учета влияния факторов окружающей среды и не отражает в полном объеме современное представление о болезни с позиций биопсихосоциальной модели. Существующая система оценки функциональных нарушений у лиц со слуховыми нарушениями основана на использовании устаревшей классификации тугоухости, предложенной экспертами ВОЗ в 1975 г., а также на применении методик определения функции слуха и эффективности слухопротезирования, имеющих большую долю субъективности. На сегодняшний день отсутствует структурированное описание составляющих реабилитационного потенциала лиц со слуховыми нарушениями, что приводит к упущению реализации всех возможностей для достижения социальной интеграции этой категории граждан. С целью совершенствования подходов к проведению медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь проведен анализ существующих понятийно-концептуальных и методических норм по данному вопросу, а также предложены пути решения выявленных проблем.

Ключевые слова: последствия заболеваний органа слуха; слуховые нарушения; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); медико-социальная экспертиза; инвалидность; реабилитационный потенциал.

Введение. В настоящее время в Республике Беларусь оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности у лиц со стойкими нарушениями функции слуха осуществляется с использованием критериев, разработанных с позиций Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) [1, 2]. Освидетельствование граждан со слуховым дефицитом проводится с целью дальнейшего определения их нуждаемости в различных видах и формах социальной за-

щиты, реализация которых обеспечивает создание нормальных условий для полноценного и эффективного участия этой категории граждан в жизни общества наравне с другими.

Применяемая модель МКН предложена экспертами ВОЗ более 20 лет назад [3, 4]. Она рассматривает возникающие проблемы в функционировании индивидуума вследствие слухового дефицита без учета влияния факторов окружающей среды, теряя, таким образом, возможность выявления группы причин и механизмов, на ко-

которые можно воздействовать для достижения физического, психологического и социального благополучия этой категории лиц.

Кроме того, существующий комплексный подход в медико-социальной оценке последствий стойких слуховых нарушений основан на устаревшей классификации тугоухости и методиках определения функции слуха и эффективности слухопротезирования, имеющих большую долю субъективности [5].

В настоящее время возникла необходимость в оптимизации экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов со слуховыми нарушениями, которая должна включать как применение современных классификаций, так и модернизацию методов ее проведения, для выявления проблем функционирования лиц в условиях слухового дефицита.

С целью совершенствования подходов к проведению медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь нами проведен анализ существующих понятийно-концептуальных и методических норм по данному вопросу, а также предложены пути решения выявленных проблем.

Цель исследования – провести анализ фактического состояния системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, выявить существующие проблемы и разработать пути их решения.

Материалы и методы. Для достижения цели настоящего исследования были использованы следующие методы: аналитический, экспертных оценок, клинический, клинико-инструментальный, клинико-экспертный.

Сформирована репрезентативная выборка, объем которой составил 129 пациентов трудоспособного возраста (от 17 до 56 (61) лет) с нарушениями слуха различной степени выраженности, проходивших освидетельствование в медико-реабилитационных комиссиях и ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» за период с 2016 по 2018 гг. Из них: 69 (53,49%) женщин и 60 (46,51%) мужчин. Все лица, включенные в исследование, или использовали различные слуховые протезы, или нуждались в их применении. Этой категории граждан на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии» было проведено клинико-функциональное обследование с целью уточнения степени выраженности имеющихся у них слуховых нарушений, и выполнена оценка эффективности слухопротезирования.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel и StatSoft Statistica.

Результаты и обсуждение

Анализ полноты понятийных основ в концептуальной модели Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Нами проведен анализ составляющих в классификации, который показал, что существующий ряд терминов требует пересмотра. Их применение в медико-социальной экспертизе пациентов со слуховыми нарушениями имеет принципиальное значение для повышения объективности выносимого экспертного решения, а, значит, и для дальнейшего определения необходимого объема социальной помощи этой категории граждан, включая проведение реабилитационных мероприятий.

Детального пересмотра требуют следующие термины, используемые в МКН:

линейность модели;

социальная недостаточность;

функциональный класс (ФК), введенный в 1995 г. белорусскими учеными Л.С.Гиткиной и др. с целью оценки степени выраженности нарушений функций и ограничений жизнедеятельности [6–8].

Анализ концепции модели МКН показал, что, воздействуя на последствия болезни на одном уровне, можно привести к минимизации их проявлений на другом уровне. Возникающие морфо-функциональные изменения со стороны отдельных органов и систем организма в результате воздействия вызывающих расстройство здоровья различных факторов физической и социальной окружающей среды приводят к частичной или полной утрате способности индивидуума осуществлять деятельность в объеме, соответствующем определенному возрасту биологического развития человека. При этом, появившиеся ограничения жизнедеятельности вследствие нарушений функций в дальнейшем обуславливают невозможность выполнения личностью обычной для ее социального положения роли в жизни. Возникающие проблемы в привычной деятельности человека ставят его в невыгодные условия в сравнении с другими людьми с точки зрения общественных норм, тем самым препятствуя интеграции индивидуума в общество, в результате чего возникает потребность в его социальной защите.

Таким образом, сформулированная медико-социальная модель болезни в МКН рассматрива-

ет возникающие проблемы в функционировании индивидуума только с позиции последствий заболевания, при которой одно нарушение порождает развитие другого, следовательно, отображая состояние системы в виде линейной модели. Однако представленная последовательность ее структур исключает оценку влияния результатов множественных взаимодействий различных компонентов на состояние здоровья в двух направлениях. Кроме того, отсутствие в классификации полного раскрытия иных причин, а именно, роли факторов социальной и физической окружающей среды как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении, препятствует созданию обоснованных и эффективных механизмов по решению возникающих проблем.

Применение МКН, остающейся классификацией последствий болезни, не описывает «составляющие здоровья» человека, которые формируют его нормальное функционирование. Описание только последствий болезни индивидуума приводит к недооценке сохраненных возможностей в функциональной деятельности, привычной для лиц с отсутствием нарушений, использование которых позволит минимизировать инвалидизирующие проявления болезни. Концептуальная понятийная недостаточность в существующей модели делает систему неэффективной вследствие отсутствия инструмента, с помощью которого можно исследовать все аспекты здоровья и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, для того, чтобы не только оценить степень медико-социальной дезадаптации индивидуума, возникающую в результате нарушений, связанных с изменением здоровья, но и создать реабилитационную технологию для устранения порождающих ее причин.

Используемый термин «социальная недостаточность» в МКН не детализирован на уровне рубрик и подразделов классификации, следовательно, появляются трудности в выявлении в полном объеме возникающих у человека с изменением здоровья проблем, которые приводят к невозможности отвечать требованиям общественных норм его окружения. В связи с вышеизложенным, появляется необходимость в пересмотре этого термина или введении нового понятия.

Для решения, в какой степени и каким способом необходимо устранить проблемы, возникающие у людей с изменениями здоровья, используется понятие функциональный класс (ФК) в соответствии с действующими нормативными правовыми документами, регламентирующими проведение медико-социальной экспертизы в Респуб-

лике Беларусь. ФК ранжируется по 5-балльной шкале, принятой за 100%, и позволяет оценить степень выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности, возникающих у этой категории лиц. ФК 0 характеризует нормальное состояние параметра, ФК 1 – легкое его нарушение (до 25%), ФК 2 – умеренное – среднее (от 25 до 50%), ФК 3 – значительное (от 51 до 75%), ФК 4 – резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76 до 100%) [1].

Анализируя применение понятия ФК 4 для описания имеющихся резко выраженных и полных нарушений, нами сделан вывод о том, что, несмотря на проведение различных реабилитационных мероприятий лицам с изменениями здоровья, у них остаются 25% функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, приводящих к инвалидизирующим последствиям заболевания, на которые невозможно повлиять в таком объеме, который позволит адаптировать их к труду и приведет к отсутствию нуждаемости в посторонней помощи и уходе. Следовательно, этот показатель остается достаточно высоким вследствие, с одной стороны, недостаточно полной и структурированной оценки степени выраженности проблем в функционировании индивидуума с изменениями здоровья, с другой стороны, – отсутствия учета облегчающих факторов физической и социальной окружающей среды, что автоматически создает препятствие для уменьшения этого показателя.

Анализ метода экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями. В настоящее время в Республике Беларусь оценка последствий заболеваний органа слуха осуществляется путем применения метода экспертной аудиологической диагностики, который включает:

- проведение аудиологического обследования (психоакустические и объективные методы обследования);

- оценку степени выраженности нарушений слуха через ФК с определением:

 - степени тугоухости;

 - возможности компенсации слухового дефекта путем применения акустического средства коррекции имеющейся тугоухости;

 - расстояния, выраженного в метрах, на котором воспринимается «живая» разговорная речь как без слухового протеза, так и с ним [2, 5].

Нами было проведено клинко-функциональное обследование 129 пациентов трудоспособного возраста с нарушениями слуха различной степени выраженности по существующему методу

экспертной аудиологической диагностики, обратившихся за медицинской помощью в РНПЦ оториноларингологии за период 2016–2018 гг., с последующим определением степени выраженности выявленных у них слуховых нарушений через ФК.

Степень тугоухости у обследуемого контингента выставлялась с использованием классификации, предложенной экспертами ВОЗ в 1975 г., по которой степень выраженности слуховых нарушений рассчитывается по данным тональной пороговой аудиометрии как средняя арифметическая пороговых значений по воздушной проводимости на 3 частотах (500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц) для каждого уха в отдельности [2, 9]. Однако, речевой диапазон слуха человека, в котором отмечается наилучшая его способность различать высоту звука, находится в пределах 500–4000 Гц [10–12]. Отсутствие принятия во внимание частоты 4000 Гц при оценке степени тугоухости по классификации ВОЗ 1975 г. приводит к получению информации о возможности восприятия всех речевых сигналов, обеспечивающих разборчивость речи, не в полном объеме, что, в свою очередь, влечет за собой неадекватную оценку степени потери слуха.

При оценке слуховой функции путем применения акуметрии, из 129 человек, включенных нами в исследование, у 54, что соответствует 41,9% (95% ДИ от 33,4 до 50,4%) полученные количественные результаты были не соизмеримы с данными, представленными на аудиограмме.

В ходе обследования данной группы пациентов установлено, что использование «живой» речи в оценке эффективности слухопротезирования дает большое разнообразие трактуемых показателей восприятия фразовой речи разговорной громкости в метрах со слуховым протезом (табл. 1).

Как видно из представленных данных, у 2 (1,5%; 95% ДИ от 0,2 до 5,5%) человек отмеча-

лась прибавка в слухе с акустическим средством коррекции слухового дефицита с максимального расстояния от аппарата до 0,5 м, у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) – 0,5 м – до 1 м, у 5 (3,9%; 95% ДИ от 1,3 до 8,8%) – 1 м – до 2 м, у 19 (14,7%; 95% ДИ от 9,1 до 22,0%) – 2 м – до 3 м, у 3 (2,3%; 95% ДИ от 0,5 до 6,7%) – 3 м – до 4 м, у 32 (24,8%; 95% ДИ от 17,6 до 33,2%) – 4 м до 5 м, у 38 (29,5%; 95% ДИ от 21,8 до 38,1%) – 5 м и более. При этом, у 24 (18,6%; 95% ДИ от 12,3 до 26,4%) пациентов полностью отсутствовало восприятие предоставляемого речевого материала на слуховой основе.

В то же время, возникают определенные трудности в трактовке таких результатов восприятия фразовой речи со слуховым аппаратом, как оценка слышимости речевого материала на расстоянии до 4 м, до 5 м. Например, предъявляемые на слух пациенту фразы бытового характера, обеспечивающие феномен догадки, он воспринимает на удаленности от исследователя до 5 м, а незнакомые – только до 3 м, в результате чего остается открытым вопрос, на каком расстоянии от собеседника человек с нарушением слуха должен находиться, чтобы достигнуть удовлетворительной разборчивости речи.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что применяемый метод акуметрии для количественной оценки слуховой функции, а также эффективности слухопротезирования имеет следующие недостатки:

используется различный речевой материал, предъявляемый на слуховой основе, как обладающий, так и лишенный информационной избыточности;

слова произносятся с неодинаковой громкостью;

исследователи отличаются между собой ясностью и чистотой своего произношения;

Таблица 1

Результаты оценки восприятия фразовой речи разговорной громкости у пациентов со слуховыми протезами

Расстояние, с которого воспринимается речевого материала, м	Параметры распределения пациентов со слуховыми протезами (n=129)		
	абс. число	%	95% ДИ
0	24	18,6	от 12,3 до 26,4%
у аппарата – до 0,5	2	1,5	от 0,2 до 5,5%
0,5 – до 1	6	4,7	от 1,7 до 9,9%
1 – до 2	5	3,9	от 1,3 до 8,8%
2 – до 3	19	14,7	от 9,1 до 22,0%
3 – до 4	3	2,3	от 0,5 до 6,7%
4 – до 5	32	24,8	от 17,6 до 33,2%
5 и более	38	29,5	от 21,8 до 38,1%
Всего	129	100	

помещения, в которых проводится исследование, имеют разные акустические свойства.

Нами также отмечено, что используемое в экспертизе понятие «социально-адекватного слуха», являющегося одним из критериев, на основании которого определяется наличие инвалидизирующих последствий заболеваний органа слуха, также основано на количественной оценке результатов акуметрии путем определения расстояния в метрах, с которого воспринимаемый речевой материал становится доступным для понимания.

Кроме того, на основании проведенного обследования пациентов со слуховыми нарушениями можно утверждать, что существующий метод оценки эффективности слухопротезирования слишком упрощен вследствие того, что осуществляется только в условиях отсутствия шума. При этом не учитывается восприятие речевой информации в сложных акустических ситуациях, хотя человек живет в мире различных звуковых сигналов. Разборчивость предоставляемого материала на слуховой основе ухудшается при воздействии различных акустических помех. Отсутствие данных о проблемах в восприятии речевой информации на фоне шума в условиях слухового дефицита не позволяет разработать мероприятия по их устранению.

При определении степени выраженности выявленных слуховых нарушений у обследованного контингента через ФК по существующему методу, из 129 пациентов у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) были выявлены легкие (ФК 1) слуховые нарушения, у 65 (50,4%; 95% ДИ от 41,5 до 59,3%) – умеренные (ФК 2), у 57 (44,2%; 95% ДИ от 35,5 до 53,2%) – выраженные (ФК 3), у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – резко выраженные. Нами установлено, что ФК 3 нарушений функции слуха одновременно включает возможность компенсации дефекта слуха путем применения акустического средства коррекции имеющейся тугоухости и ее отсутствие. То есть, выраженные слуховые нарушения диагностируются как у лиц, основным способом коммуникации у которых является вербальный (устная речь) с использованием в случае необходимости слухо-зрительного подкрепления, так и у лиц, которые общаются только при помощи тактильной и жестовой речи при отсутствии сформированности на достаточном уровне навыка чтения с губ. В связи с этим, выявленные проблемы приводят к разной степени выраженности возникающих вследствие слухового дефицита ограничений способности к общению и ориентации, обучению и трудовой деятельности, а, следовательно, и к различным объемам оказани

я социальной помощи этой категории граждан.

Анализ метода медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности. В настоящее время в Республике Беларусь, в соответствии с нормативными правовыми документами, комплексная оценка степени выраженности различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий жизнедеятельности человека со слуховым дефицитом, осуществляется через понятие ФК. Оцениваются следующие категории жизнедеятельности: способность к ориентации; способность к общению; способность к обучению; способность к трудовой деятельности и способность к ведущей возрастной деятельности в детском возрасте [2].

Нами проведена медико-социальная оценка ограничений жизнедеятельности у 129 пациентов со слуховыми нарушениями различной степени выраженности, включенных в исследование, по существующему в Республике Беларусь методу.

Установлено, что имеющиеся нарушения слуха у обследованного контингента привели в 59 (45,7%; 95% ДИ от 36,9 до 54,7%) случаях к легкому (ФК 1) ограничению способности к общению, в 63 (48,8%; 95% ДИ от 39,9 до 57,8%) – к умеренному (ФК 2), в 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – выраженному (ФК 3). Еще у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) человек не выявлено проблем в общении.

Проведенный нами анализ существующих параметров оценки категории «способность к общению» выявил ряд их недостатков. При характеристике темпа и объема предоставляемого речевого материала применяются определители, понятие которых не раскрыто. Кроме того, в оценке категории способности к общению не учитывается ни уровень речевого развития, ни сформированность навыка чтения с губ, что приводит к понятийной недостаточности используемой терминологии, следовательно, к невозможности дать структурированную оценку всех проблем, возникающих при общении в условиях слухового дефицита. Отсутствие полного раскрытия роли факторов окружающей среды в формировании ограничений способности к общению порождает потерю понимания причин, их вызывающих, следовательно, и возможных способов преодоления появляющихся трудностей.

При оценке степени выраженности проблем, возникших в категории «способность к ориентации», у 129 пациентов, включенных в исследование, установлено, что 59 (45,7%; 95% ДИ от 36,9

до 54,7%) человек имели легкие (ФК 1) нарушения в слуховой ориентации, 63 (48,8%; 95% ДИ от 39,9 до 57,8%) – умеренные, 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – выраженные, 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) не испытывали трудностей. Однако, существующая оценка критериев, характеризующих степень выраженности нарушений способности к ориентации при слуховых нарушениях, основывается только на возможности различать звуковой стимул с последующим определением локализации источника звука в пространстве. При этом, в описании оцениваемых критериев не отражается величина проблем, возникающих в восприятии и адекватном реагировании на поступающую речевую информацию в различных акустических ситуациях в условиях слухового дефицита.

Проведенная оценка степени выраженности ограничений способности к обучению и трудовой деятельности у обследованного контингента с применением действующих нормативных правовых документов показала, что у 105 (81,4%; 95% ДИ от 73,6 до 87,7%) из 129 человек возникли легкие нарушения вследствие слухового дефицита в этих категориях жизнедеятельности, у 22 (17,0%; 95% ДИ от 11,0 до 24,7%) – умеренные, у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) – выраженные, у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) проблемы отсутствовали. По полученным результатам нами установлено, что описание степени выраженности ограничений способности к обучению и трудовой деятельности с применением действующих нормативных документов не позволяет в полном объеме охарактеризовать возникающие трудности у пациентов с последствием заболеваний органа слуха в этих категориях жизнедеятельности в связи с отсутствием детального представления о влиянии факторов физиче-

ской и социальной окружающей среды на функционирование этой категории лиц.

Полученные результаты медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности 129 пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, включенных в исследование, представлены в табл. 2.

В соответствии с действующими нормативно-методическими документами, регламентирующими установление инвалидности, среди 129 пациентов, включенных в исследование, у 2 (1,5%; 95% ДИ от 0,2 до 5,5%) лиц в возрасте 17 лет, имеющих легкое ограничение жизнедеятельности (ОЖ) определена первая СУЗ, у 5 (3,9%; 95% ДИ от 30,3 до 47,7%) в возрасте 17 лет и у 70 (54,3%; 95% ДИ от 45,3 до 83,1%) старше 18 лет с умеренным ОЖ – вторая СУЗ и III группа инвалидности соответственно, у 1 (0,8%; 95% ДИ от 0,02 до 4,2%) пациента, имеющего выраженное ОЖ, – II группа инвалидности. У 51 (39,5%; 95% ДИ от 31,02 до 48,5%) обследованного пациента из 129 оснований для установления категории «ребенок-инвалид» и группы инвалидности не выявлено.

У 54 (41,9%; 95% ДИ от 33,2 до 50,9%) из 129 пациентов, включенных в исследование, была установлена III группа инвалидности без срока переосвидетельствования. Одним из оснований для признания освидетельствуемого лица со слуховым дефицитом инвалидом III группы является стойкое умеренное нарушение жизнедеятельности, соответствующее ФК 2, вследствие выраженного изолированного нарушения слуховой функции (ФК 3), частично компенсируемого акустическими средствами коррекции тугоухости, приводящее к умеренно выраженной социальной недостаточности [1]. Однако, из 54 пациентов, имеющих III группу инвалидности, у 21 (38,9%; 95% ДИ от 30,3 до 47,7%) диагностированы умеренные (ФК

Таблица 2

Степень выраженности ограничений жизнедеятельности у пациентов со слуховыми нарушениями

Категории жизнедеятельности	Степень выраженности ограничений жизнедеятельности в ФК (n=129)							
	ФК 0		ФК 1		ФК 2		ФК 3	
	n (%)	95% ДИ	n (%)	95% ДИ	n (%)	95% ДИ	n (%)	95% ДИ
способность к общению	6 (4,7)	1,7–9,9	59 (45,7)	36,9–54,7	63 (48,8)	39,9–57,8	1 (0,8)	0,02–4,2
способность к ориентации	6 (4,7)	1,7–9,9	59 (45,7)	36,9–54,7	63 (48,8)	39,9–57,8	1 (0,8)	0,02–4,2
способность к обучению и трудовой деятельности	1 (0,8)	0,02–4,2	105 (81,4)	73,6–87,7	22 (17,0)	11,0–24,7	1 (0,8)	0,02–4,2

2) слуховые нарушения, приводящие к легким (ФК 1) ограничениям способности к общению, ориентации, обучению и трудовой деятельности, не вызывающим инвалидизирующие последствия заболеваний органа слуха, в результате чего экспертное решение было вынесено ошибочно.

Анализ метода оценки реабилитационного потенциала (РП) пациентов со слуховыми нарушениями. Нами проведен анализ существующего в Республике Беларусь метода оценки РП пациентов со слуховыми нарушениями, который включает его определение с позиций интегральной оценки трех групп факторов: медицинских, психологических и социальных.

Выявлено, что для диагностики РП лиц с нарушениями слуха используются общие критерии, которые применяются в оценке реальных возможностей восстановления нарушенных функций и способностей организма вследствие различных заболеваний. Отсутствует структурированное описание всех трех формирующих РП и его количественная градация, что приводит к возникновению трудностей при его определении.

При диагностике РП 129 пациентов, включенных в исследование, выявлено, что в настоящее время недооценивается в полном объеме значимость его психологической и социальной составляющих. Нами установлено, что при невысоком уровне РП по медицинской составляющей, характеризующемся отсутствием возможности восстановления или компенсации функции слуха в полном объеме, применение других механизмов (психологических, социально-средовых) повышает его оценку, следовательно, увеличивает степень возможного восстановления биопсихосоциального статуса индивидуума со слуховым дефицитом и его интеграции в общество.

Проблематика эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха. Основным результатом проведенного нами анализа эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь стало выявление в ней как понятийно-концептуальных, так и методических проблем.

Понятийно-концептуальные проблемы обусловлены применением МКН с ее понятийной недостаточностью, которая представлена следующей терминологией:

- линейность модели;
- термин «социальная недостаточность»;
- понятие «функциональный класс».

Методические проблемы возникают в результате использования методов, имеющих ряд недостатков.

При проведении экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями применяются: во-первых, устаревшая классификация степеней тугоухости, во-вторых, оценка эффективности слухопротезирования с отсутствием единых условий ее проведения, в-третьих, недостаточная детализация критериев оценки слухового дефицита.

Метод медико-социальной оценки ограниченной жизнедеятельности у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности основан на слабоструктурированной детализации параметров, не учитывает результат влияния факторов физической и окружающей среды на функционирование этой категории граждан.

При оценке реабилитационного потенциала пациентов с нарушением слуха отсутствует детализированная оценка его медицинской, психологической и социальной составляющих.

Схематическое отражение проблематики эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь представлено на рис. 1.

Понятийно-концептуальные и методические основы модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями. В результате анализа недостатков существующей системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями сформулированы требования к ее модернизации в рамках сохранения структурно-функциональной схемы. Новая система должна:

- 1) использовать более объективные методы оценки эффективности коррекции нарушений слуха техническими средствами;
- 2) учитывать не только последствия заболевания, но и сохраненные возможности в функциональной деятельности, привычной для лиц с нормальным слухом;
- 3) включать критерии оценки функционирования лиц в условиях слухового дефицита с учетом влияния факторов окружающей физической и социальной среды;
- 4) быть независимой от человеческой ошибки;
- 5) обеспечивать формирование объективных, обоснованных, социально-ориентированных критериев инвалидности.

Таким образом, совершенствование системы медико-социальной экспертизы пациентов со слу-



Рис. 1. Проблемные вопросы функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха в Республике Беларусь

ховыми нарушениями должно включать как модернизацию ее теоретической основы, так и разработку новой методической базы по определению инвалидности.

На основании вышеизложенного можно сформулировать два приоритетных направления модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями:

- 1) создание новых теоретических основ путем применения МКФ;
- 2) разработка современных методов, алгоритмов и критериев оценки последствий заболеваний органа слуха.

На рис. 2 схематично представлены понятийно-концептуальные и методические основы модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями.

При проведении работ по первому направлению должны быть научно обоснованы и разработаны критерии и метод количественной оценки определителей категорий доменов функции слуха, структуры уха, активности и участия пациентов со слуховыми нарушениями, факторов окружающей физической и социальной среды.

Теоретическим инструментом анализа и способов преодоления выявленных трудностей в функционировании лиц со слуховым дефицитом станет новый документ – Международная классификация функционирования, ограничений жиз-

недеятельности и здоровья (МКФ), разработанная и предложенная к применению взамен МКН экспертами ВОЗ в 2001 г. [7, 8, 13].

В ходе исследований по второму направлению, во-первых, будет модернизирован метод экспертной аудиологической диагностики.

Для эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями требуется применение не только МКФ, но и современной классификации степеней тугоухости. Она предложена экспертами ВОЗ в 1997 г. и выявляет во всем диапазоне основных частот речи (500, 1000, 2000, 4000 Гц) проблемы в ее восприятии, которые испытывает человек со слуховым дефицитом [14]. Применение новой классификации нарушений слуха обеспечит единый подход к оценке их степени выраженности между оториноларингологами и врачами-экспертами.

Новая методическая база экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов с последствиями заболеваний органа слуха также должна включать для оценки эффективности слухопротезирования такой информативный метод, как речевая аудиометрия. Ее использование обеспечит единые подходы к характеристике «речевого слуха» как социальной категории и исключит элементы субъективизации со стороны исследователя (эксперта).

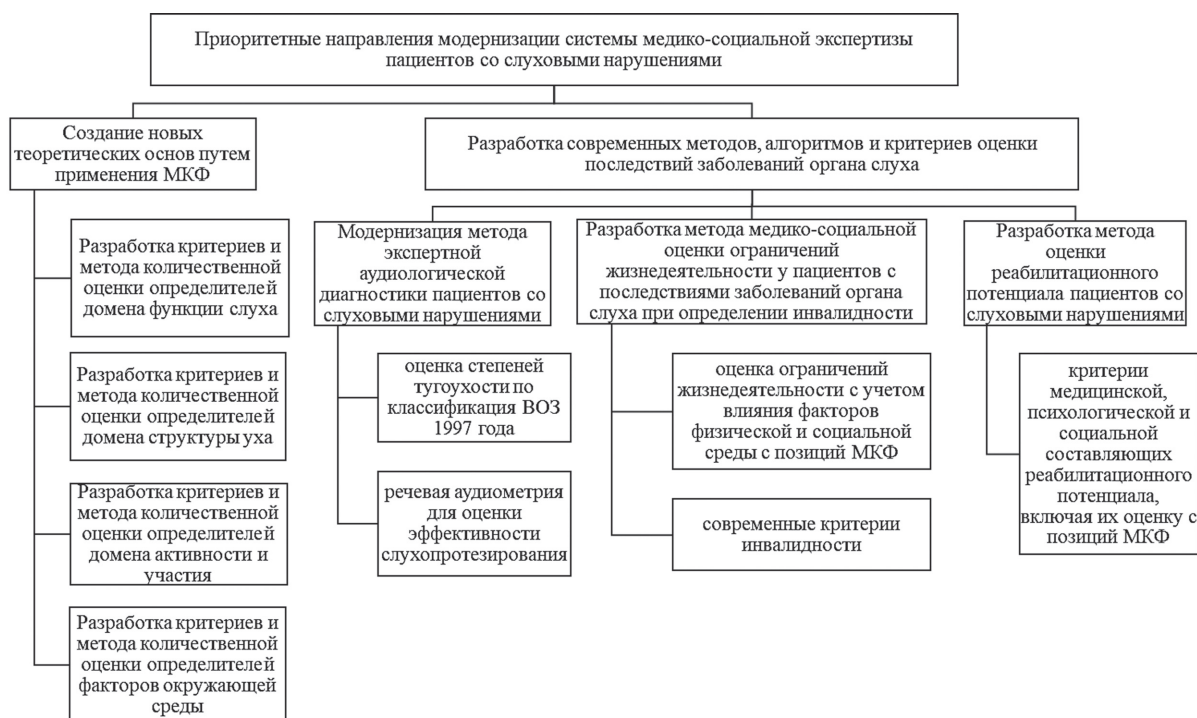


Рис. 2. Понятийно-концептуальные и методические основы модернизации системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями

Во-вторых, будут научно обоснованы и разработаны методы медико-социальной оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с последствиями заболеваний органа слуха при определении инвалидности и оценки реабилитационного потенциала этой категории лиц.

Так как теоретико-методологические аспекты МКФ в полном объеме соответствуют требованиям современной концепции инвалидности, она также будет являться фундаментом для создания новой методической базы системы медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха. Ее применение решит существующие в ней методические проблемы путем структурированной и объективной оценки возникающих у лиц со слуховым дефицитом в условиях влияния факторов физической и социальной среды нарушений функций и ограничений жизнедеятельности с последующей разработкой критериев оценки реабилитационного потенциала.

Выводы

1. Детальный анализ существующей в Республике Беларусь системы медико-социальной экспертизы пациентов с нарушениями слуха показал, что она основана на классификации, имеющей концептуальную понятийную недостаточность, не отражающей современное представление о последствиях заболеваний органа слуха.

2. Использование существующих методик для оценки эффективности слухопротезирования дает

большое разнообразие трактуемых показателей восприятия фразовой речи разговорной громкости в метрах со слуховым протезом. Так у 2 (1,5%; 95% ДИ от 0,2 до 5,5%) человек отмечалась прибавка в слухе с акустическим средством коррекции слухового дефицита с максимального расстояния от аппарата до 0,5 м, у 6 (4,7%; 95% ДИ от 1,7 до 9,9%) – 0,5 м – до 1 м, у 5 (3,9%; ДИ от 1,3 до 8,8%) – 1 м – до 2 м, у 19 (14,7%; 95% ДИ от 9,1 до 22,0%) – 2 м – до 3 м, у 3 (2,3%; 95% ДИ от 0,5 до 6,7%) – 3 м – до 4 м, у 32 (24,8%; 95% ДИ от 17,6 до 33,2%) – 4 м до 5 м, у 38 (29,5%; 95% ДИ от 21,8 до 38,1%) – 5 м и более. При этом, у 24 (18,6%; 95% ДИ от 12,3 до 26,4%) пациентов полностью отсутствовало восприятие предоставляемого речевого материала на слуховой основе.

3. Применяемый метод экспертной аудиологической диагностики пациентов со слуховыми нарушениями не обеспечивает объективности выносимого экспертного решения, так как основан на устаревшей классификации тугоухости и методах определения функции слуха и оценки эффективности слухопротезирования, включающих большую степень субъективности и отсутствие унифицированных условий оценки.

4. Анализ показателей инвалидности 129 пациентов, включенных в исследование, выявил, что из 54 человек, которым была установлена III группа инвалидности по существующему методу оцен-

ки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности, у 21 (38,9%; 95% ДИ от 30,3 до 47,7%) диагностированы умеренные (ФК 2) слуховые нарушения, приводящие к легким (ФК 1) ограничениям способности к общению, ориентации, обучению и трудовой деятельности, не вызывающим инвалидизирующие последствия заболеваний органа слуха.

5. Параметры оценки медико-социальных последствий заболеваний органа слуха, основанные на МКН, не позволяют в полном объеме охарактеризовать возникающие трудности у пациентов со слуховым дефицитом в отдельных категориях жизнедеятельности, что приводит к недооценке появившейся в результате этого потребности в социальной помощи.

6. Оценка последствий заболеваний органа слуха с применением МКН, не учитывающей влияние факторов физической и социальной окружающей среды, приводит к потере возможности выявления причин и механизмов, на которые можно воздействовать для уменьшения социальной дезадаптации лиц со слуховым дефицитом.

7. Используемый на современном этапе метод определения РП лиц со слуховыми нарушениями не дает структурированного описания его составляющих и не позволяет объективно и достоверно оценить их реабилитационные возможности.

8. Существующие подходы к оценке биопсихосоциального статуса пациентов с последствиями заболеваний органа слуха содержат ряд проблем, которые должны быть устранены путем применения современных классификаций и унифицированных методик.

9. Функционирующая в настоящее время система медико-социальной экспертизы пациентов с последствиями заболеваний органа слуха не обеспечивает соответствие современным требованиям к созданию необходимых условий для интеграции в общество этой категории лиц, в результате чего необходимо разработать систему нового поколения.

10. Модернизация системы медико-социальной экспертизы пациентов со слуховыми нарушениями обеспечит принятие адекватного экспертного решения, правильную организацию реабилитационной помощи, а также улучшит качество медицинских услуг по ее проведению.

Литература

1. Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инва-

лидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 окт. 2007 г., №97 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

2. Метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности [Электронный ресурс]: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 6 марта 2014 г.; регистрационный №018-0214 / организация-разработчик: РНПЦ МЭиР; авт.: Е.В.Власова-Розанская [и др.]. – Минск, 2018. – 119 с. – Режим доступа: <http://med.by/methods/pdf/018-0214.pdf>. – Дата доступа: 16.01.2020.
3. Руководство по классификации болезней и причин инвалидности. Пересмотр МКН 1989 года. – М., 1994. – 105 с.
4. *Смышчэк, В.Б.* Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б.Смышчэк, Г.Я.Хулуп, В.К.Милькаманович. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.
5. Методические подходы к оценке ограничений жизнедеятельности и составлению программ медико-социальной реабилитации больных с последствиями заболеваний органа слуха [Электронный ресурс]: метод. рекомендации: утв. Первым заместителем министра здравоохранения Респ. Беларусь 11 мая 2000 г.; регистрационный №10-0001 / организации-разработчики: Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов; Республиканская клиническая больница патологии слуха, голоса и речи; авт.: Н.А.Надеина [и др.]. – Минск, 2000. – 60 с. – Режим доступа: <http://med.by/methods/pdf/10-0001.pdf>. – Дата доступа: 16.01.2020.
6. *Смышчэк, В.Б.* Реабилитация больных и инвалидов / В.Б.Смышчэк. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с.
7. *Смышчэк, В.Б.* Современные аспекты инвалидности / В.Б.Смышчэк. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.
8. *Смышчэк, В.Б.* Основы МКФ / В.Б.Смышчэк. – Минск, 2015. – 432 с.
9. *Roeser, R.J.* Roeser's Audiology Desk Reference / R.J.Roeser. – New York, Stuttgart: Thieme, 1996. – 398 p.
10. Руководство по аудиологии и слухопротезированию / Я.Б.Лятковский [и др.]; под ред. Я.Б.Лятковского. – М.: МИА, 2009. – 240 с.
11. *Королева, И.В.* Введение в аудиологию и слухопротезирование / И.В.Королева. – СПб: КАРО, 2012. – 400 с.
12. *Таварткиладзе, Г.А.* Руководство по клинической аудиологии / Г.А.Таварткиладзе. – М.: Медицина, 2013. – 676 с.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
14. *Бобошко, М.Ю.* К вопросу об оценке степени тугоухости / М.Ю.Бобошко, Л.Е.Голованова, О.Н.Владимирова // Российская оториноларингология. – 2015. – №5 (78). – С.24–27.

CONCEPTUAL FOUNDATION OF APPROACHES TO MODERNIZATION OF EXISTING SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF HEARING ORGAN DISEASES

V.B.Smychyok, S.W.Kozlowa

Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, 93, Kolodishchansky Village Council, 223027, district of the village of Yukhnovka, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

Estimation of severity degree of restrictions of ability to function in persons with persistent violations of hearing function is carried out now in the Republic of Belarus with use of criteria developed from positions of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) which considers arising problems in functioning of an individual as a result of hearing deficiency without taking into account influence of environmental factors and does not fully reflect modern vision of illness from positions of biopsychosocial model. Existing system for functional impairment assessment in persons with hearing loss is based on use of outdated classification of hearing loss proposed by WHO experts in 1975, as well as on application of methods for determining hearing function and hearing care effectiveness with a large proportion of

subjectivity. There is no structured description of rehabilitation potential components of persons with hearing impairment now, which leads to missed opportunities of social integration achieving of this category of citizens. Analysis was carried out of existing conceptual and methodological norms on this issue to improve approaches to medical and social assessment of patients with consequences of hearing organ diseases in the Republic of Belarus, and ways were proposed to address problems identified.

Keywords: consequences of hearing organ diseases; hearing disorders; International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); medical and social assessment; disability; rehabilitation potential.

Сведения об авторах:

Смычѣк Василий Борисович, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Беларусь; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», директор; тел.: (+37517) 5166919; e-mail: rnpс@meir.by.

Козлова Светлана Владимировна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зам. директора по клинической работе; тел.: (+37529) 6794196; e-mail: kozlowasweta@tut.by.

Поступила 17.01.2020 г.