

Литература:

1. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов.- (Руководство)/ М., Медицинская литература.- 2000.- Т.1.- 550 с.
2. Kuipers E.J. Helicobacter pylori and the risk and management of associated diseases gastritis, ulcer disease, atrophic gastritis and gastric cancer. -Aliment Pharmacol. Ther. -1997., Vol. 11(Suppl.1).- P. 71-88.
3. Dixon M., Genta R., Yardley J. et al. Classification and grading of gastritis.-Am.J.Surg.Pathol.-1996, Vol.20.- P.1161-1181
4. Forman D Gastric cancer.- Scand. J. Gastroenterol.-1996.-Vol. 31 (Suppl.214).- P.31-33.
5. Логинов А.С. Гастроэнтерология вчера, сегодня и завтра.- Тер.архив., 2000. - № 2, с.5-7
6. Ногаллер А. Гастроэнтерология вчера, сегодня, завтра.- Врач.- 2000. - №3. – с. 3-7

7. Запруднов А., Григорьев К., Князев Ю. и соавтор. Подростковая гастроэнтерология: болезнь начинается в детстве.- Врач.-2004.- №2.- с 7-9

8. Осипенко М., Чердынцева В. и др. Влияние лечения дисфункциональных расстройств на качество жизни больных.- Врач.-2004.- №8.- с.49

9. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. М.: ООО «Изд. дом М.-Вести» 2002

10. Циммерман Я.С. Эволюция учения о хронических гепатитах (вопросы классификации, терминологии, диагностики и лечения).- Клиническая медицина.-1996. - №8. - С.19-24

11. Ивашкин В.Т., Буевров А.О. Хронические заболевания печени сегодня и завтра.- Врач.- 2000.- №6.- с.4-6

УДК 614.2:616.8**НОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ****А.М. Махмутова, С.В. Ким, Ш.А. Булекбаева****АО «Медицинский университет Астана», г.Астана****АО «Республиканский детский реабилитационный центр р», г.Астана**

Статус инвалидности в Казахстане является статусом юридическим, дающим право его обладателю на определенные социальные льготы. Однако для точной медицинской оценки он не годится, т.к. требуется более дифференцированная и более детальная оценка функциональных способностей человека. Этим целям больше соответствует Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), опыта применения которой в Казахстане еще нет.

МКФ совсем недавно стала применяться в мире [1]. МКФ позволяет унифицировано решить проблему объективизации субъективных ощущений инвалидов [2]. В отношении детей проблема решается также путем объективизации ощущений родителей (или родственников). Целью работы была апробация МКФ при оценке функционального статуса детей инвалидов.

Исследуемый контингент – 90 детей 8-17 лет, больные хроническими неврологическими заболеваниями, проходящие курс реабилитации в Республиканском детском реабилитационном центре. Данные анкетиро-

вания и оценки вводились в компьютерную программу оценки инвалидности.

Лица женского пола составили 35,5%, лица мужского пола 64,5% (табл. 1).

Таблица 1 - Половозрастной состав обследованных лиц

| Возраст | Итого | жен | муж |
|---------------|-----------|-----------|-----------|
| 8-11 лет | 7 | 5 | 2 |
| 12-13 лет | 17 | 5 | 12 |
| 14-15 лет | 22 | 10 | 12 |
| 16-18 лет | 44 | 12 | 32 |
| Итого: | 90 | 32 | 58 |

75 детей имели статус «инвалид детства», 68 детей имели неврологические отклонения. У 61 имелся детский церебральный паралич, у 5 – последствия травм головы (табл.2).

Таблица 2 – Детализованное распределение детей инвалидов по системам организма

| Код МКБ | Название диагноза | Количество |
|---------|--|------------|
| G80 | Детский церебральный паралич | 61 |
| T90 | Последствия травм головы | 5 |
| G93 | Другие поражения головного мозга | 4 |
| T92 | Последствия травм верхней конечности | 1 |
| R14 | Родовая травма периферической нервной системы | 1 |
| G71 | Первичные поражения мышц | 1 |
| G56 | Мононевропатии верхней конечности | 1 |
| G25 | Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения | 1 |
| | Итого | 75 |

При учете нарушений по доменам МКФ оценивались нарушения, превышающие незначительные, так как незначительные признаки возникают и у здоровых людей. В таблице 3 показана общая структура нарушений

функций по системам организма, а в таблице 4 – детализованные нарушения функции организма, отсортированные по частоте встречаемости.

Таблица 3 - Общая структура нарушений функций

| Код | Название | Количество | Доля |
|-----|---|------------|-------|
| b7 | Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции | 67 | 46,9% |
| b2 | Сенсорные функции и боль | 37 | 25,9% |
| b1 | Умственные функции | 34 | 23,8% |
| b4 | Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем | 3 | 2,1% |
| b5 | Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма | 2 | 1,4% |
| | Итого: | 143 | 100% |

Ребенок может одновременно иметь несколько нарушений функций. Наиболее частые причины это нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций - 46,9%, сенсорные функции и боль 25,9%. При детализации нарушенных функций у 66 об-

следованных отмечается снижение мышечной выносливости и силы или 17,4% в общем количестве нарушенных функций. Нарушение функции подвижности сустава выявлено у 62 опрошенных что составило 16,3% в общем количестве нарушенных функций.

Таблица 4 - Общая структура детализированных нарушений функций

| Код | Название | Количество | Доля |
|------|--|------------|-------|
| b735 | Мышечная выносливость | 66 | 17,4% |
| b730 | Мышечная сила | 66 | 17,4% |
| b710 | Подвижность сустава | 62 | 16,3% |
| b280 | Боль | 25 | 6,6% |
| b144 | Память | 23 | 6,1% |
| b210 | Зрение | 22 | 5,8% |
| b167 | Речь | 22 | 5,8% |
| b117 | Интеллект (вкл. задержку, деменция) | 20 | 5,3% |
| b164 | Познавательные функции высокого уровня | 17 | 4,5% |
| b156 | Восприятие | 14 | 3,7% |
| b140 | Внимание | 12 | 3,2% |
| b765 | Непроизвольные двигательные функции | 9 | 2,4% |
| b152 | Эмоциональные функции | 6 | 1,6% |
| b134 | Сон | 6 | 1,6% |
| b130 | Волевые и побудительные функции | 6 | 1,6% |
| b230 | Слух | 2 | 0,5% |
| b430 | Функция крови | 2 | 0,5% |
| | Итого: | 380 | 100% |

Причинами указанных функциональных отклонений были нарушения структур организма, связанные с движением, 64,5% и нервной системы – 24,5% (табл. 5). Среди нарушений структур, связанных с движением, преобладают нижние (49,6%) и верхние конечности (30,4%) (табл. 6). Из 66 детей, имеющих нарушения

структур, связанных с движением 62 человека имеют нарушения структур нижних конечностей, 38 – нарушения структур верхних конечностей, т. е. большинство детей имеет нарушения структур как нижних, так и верхних конечностей.

Таблица 5 – Доля нарушений структуры

| Код | Название | Количество | Доля |
|-----|---|------------|-------|
| s7 | Структуры, связанные с движением | 66 | 64,7% |
| s3 | Структуры, участвующие в голосообразовании и речи | 3 | 2,9% |
| s2 | Глаз, ухо и связанные структуры | 8 | 7,8% |
| s1 | Структуры нервной системы | 25 | 24,5% |
| | Итого: | 102 | 100% |

Таблица 6 – Детализированная структура нарушений структур организма.

| Код | Название | Активность | Доля |
|------|--------------------|------------|-------|
| s750 | Нижняя конечность | 62 | 49,6% |
| s730 | Верхняя конечность | 38 | 30,4% |
| s110 | Мозг | 25 | 20,0% |
| | Итого: | 125 | 100% |

Таблица 7 – Структура типов активности и реализации.

| Код | Название | Активность | Доля | Реализация | Доля |
|-----|------------------------------|------------|--------|------------|--------|
| d1 | Изучение и применение знаний | 11 | 7,6% | 11 | 2,8% |
| d2 | Общие задачи и требования | 20 | 13,9% | 20 | 5,0% |
| d3 | Общение | 19 | 13,2% | 19 | 4,8% |
| d4 | Мобильность | 35 | 24,3% | 35 | 8,8% |
| d5 | Самообслуживание | 23 | 16,0% | 23 | 5,8% |
| d6 | Бытовая жизнь | 36 | 25,0% | 36 | 9,1% |
| | ИТОГО | 144 | 100,0% | 397 | 100,0% |

В таблице 7 представлены общие типы ограничения активности, которые дети-инвалиды испытывают в повседневной жизни. В бытовой жизни испытывают ограничения 25% детей-инвалидов, в 24,3% случаев испытывают ограничения в мобильности, в 16% случаев – в самообслуживании.

Активность показывает степень ограничения индивида выполнить задачу или действие без помощника или приспособления. Реализация показывает степень

ограничения для выполнения задачи или действия при помощи приспособлений или помощника, т. е. показывает насколько улучшается его возможность принимать участие в жизненной ситуации. Соответственно, с помощью приспособлений или помощника в некоторых случаях более чем в 2 раза увеличивается функциональная способность ребенка инвалида. В таблице 8 показаны ограничения активности с детализацией.

Таблица 8 – Детализированная структура нарушений активности и реализации

| Код | Название | Активность | Доля | Реализация | Доля |
|------|---|------------|---------------|------------|---------------|
| d110 | Использование зрения | 15 | 5,8% | 15 | 3,1% |
| d115 | Использование слуха | 1 | 0,4% | 1 | 0,2% |
| d140 | Усвоение навыков чтения | 10 | 3,9% | 10 | 2,1% |
| d145 | Усвоение навыков письма | 11 | 4,2% | 11 | 2,3% |
| d150 | Усвоение навыков счета (арифметика) | 10 | 3,9% | 10 | 2,1% |
| d175 | Решение проблем | 7 | 2,7% | 7 | 1,5% |
| d210 | Выполнение отдельных задач | 6 | 2,3% | 6 | 1,2% |
| d220 | Выполнение многоплановых задач | 7 | 2,7% | 7 | 1,5% |
| d310 | Восприятие устных сообщений | 5 | 1,9% | 5 | 1,0% |
| d315 | Восприятие сообщений при невербальном способе общения | 5 | 1,9% | 5 | 1,0% |
| d330 | Речь | 10 | 3,9% | 10 | 2,1% |
| d335 | Составление и изложение сообщений в невербальной форме | 5 | 1,9% | 5 | 1,0% |
| d350 | Беседа | 8 | 3,1% | 8 | 1,7% |
| d430 | Подъем и перенос объектов | 24 | 9,3% | 24 | 5,0% |
| d440 | Использование точных движений кисти (взятие, хватание) | 23 | 8,9% | 23 | 4,8% |
| d450 | Ходьба | 33 | 12,7% | 33 | 6,8% |
| d465 | Передвижение с использованием технических средств (инвалидное кресло, коньки, и т.д.) | 23 | 8,9% | 23 | 4,8% |
| d470 | Использование пассажирского транспорта (автомобиль, автобус, поезд, самолет, и т.д.) | 14 | 5,4% | 14 | 2,9% |
| d475 | Управление транспортом (велосипед и мотоцикл, автомобиль, и т.д.) | 5 | 1,9% | 5 | 1,0% |
| d510 | Мытье | 6 | 2,3% | 6 | 1,2% |
| d520 | Уход за частями тела (чистка зубов, бритье, уход, и т.д.) | 6 | 2,3% | 6 | 1,2% |
| d530 | Физиологические отправления | 6 | 2,3% | 6 | 1,2% |
| d540 | Одевание | 6 | 2,3% | 6 | 1,2% |
| d550 | Прием пищи | 6 | 2,3% | 6 | 1,2% |
| d560 | Питье | 4 | 1,5% | 4 | 0,8% |
| d570 | Забота о своем здоровье | 3 | 1,2% | 3 | 0,6% |
| | ИТОГО | 259 | 100,0% | 482 | 100,0% |

Проведенное исследование показало практическую возможность использования адаптированного варианта анкеты опроса инвалидов по МКФ и позволяет получить подробные и детализированные данные о функциональных возможностях и ограничениях жизнедеятельности детей инвалидов. Ранее проведенные исследования исследовали контингент взрослых людей, способных дать самооценку своим ощущениям [3, 4]. Наше исследование показало возможность применения инструмента МКФ у детей путем применения варианта с опросом родителей детей инвалидов.

В Казахстане система оценки функционального статуса больных и инвалидов основана на критериях установления ограничений жизнедеятельности первой, второй, третьей степеней. Этого недостаточно для тонкой диагностики функциональных нарушений, а также для оценки динамики лечения и/или реабилитации. Кроме того, классификация нарушений функций организма оценивается от незначительных до резко выраженных нарушений без строго определенных критериев. В офи-

циальное количество инвалидов входят лица, состоящие на учете в органах труда и социальной защиты в качестве получателей пособий. В это количество не входят те лица, которые по тем или иным причинам не оформляли статус инвалида вовсе либо своевременно не были переосвидетельствованы повторно. С другой стороны, часть лиц, имеющих официальный статус инвалида, в действительности имеет лишь незначительные ограничения жизнедеятельности или не имеет их вовсе [5]. Это означает, что официальное количество инвалидов не дает точной оценки количества лиц, имеющих нарушения функционального статуса. Необходимо разрабатывать инструмент медицинской оценки функциональных нарушений, независимо от оцениваемой сферы нарушений. Количество лиц с медицинской оценкой выраженности функциональных нарушений станет важным критерием оценки результативности здравоохранения наряду с показателем смертности. Именно эти два показателя лежат в основе подсчета количества сохраненных или потерянных лет жизни,

универсального индикатора деятельности здравоохранения по ВОЗ.

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения, 2003, ICF Checklist Geneva. WHO.
2. Ким С. В. Очерки по организации здравоохранения Астана, 2009, 145 с.
3. Ким С. В., Болат А., Омарова А. Б. О новых подходах оценки здоровья и инвалидности. // Клиническая медицина Казахстана. – 2009. - №3, 111 с.

4. Болат А. Совершенствование оценки инвалидности в Казахстане на основе международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Авторефер. дисс. магистра мед. наук. – Астана. 2010.

5. Лукьянова И.Е. Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности: авторефер. дисс. док. мед. наук. – М.2009.

Өмір сүру шектелуінің жаңа бағалау жүйесі

А.М. Махмұтова, С.В. Ким, Ш.А. Булекбаева

«Астана медициналық университеті» АҚ,

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ

Мақалада функцияланудың, өмір сүрудің және денсаулықтың шектелуінің халықаралық жіктеуінің практикалық қолданылу әдісі суреттелген. Зерттеу Астана қаласындағы Республикалық балаларды оңалту орталығында Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымының анкетасы көмегімен жүргізілген.

The new system of assessing Disability

A.M. Makhmutova, S. V. Kim, Sh. A. Bulekbayeva

JSC «Astana Medical University»,

JSC «Republican Children's Rehabilitation Center»

This article describes a method for the practical use of the The International Classification of Functioning, Disability and Health.

The research was conducted by using questionnaires of WHO «ICF Checklist» in the JSC «Republican Children's Rehabilitation Center».

УДК 614.2

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ

М.Б. Жангелова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Единая Национальная система здравоохранения Республики Казахстан основана на принципах свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирования конкурентной среды в медицине и прозрачности процесса оказания медицинских услуг. Такая модель является основой новой государственной программы развития здравоохранения РК на 2011-2015 годы.

Внедрение этой модели, основанной на солидарной ответственности за здоровье гражданина повысит качество медицинских услуг и приблизит их уровень к международным стандартам.

Каждый из нас должен бережно и внимательно относиться к своему здоровью, здоровью родных и близких, здоровью всех, кто рядом с нами работает или учится. Сегодня особую актуальность приобретает **формирование культа здорового образа жизни.**

Пришло время, когда здоровье человека, счастье и успешная жизнь гражданина становятся необходимыми слагаемыми формирования цивилизованного общества.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения пришли к выводу, что из многих факторов, влияющих на состояние здоровья, главным является образ жизни человека. Многочисленные научные работы показали, что кроме физического иммунитета, все мы обладаем высокой эмоциональной способностью сопротивляться заболеваниям. Общеизвестно, что потенциальные возможности каждого человека огромны. Активное долголетие без болезней, успешная жизнь – уже не мечта, а реальность.

Автор этих строк ознакомилась с работой многих оздоровительных центров в Голландии, Швеции, США, Японии, Египте и Индии. На основе анализа деятельности специалистов за рубежом и собственного опыта работы мы разработали концепцию оздоровления, основанную на философии и практике Аюрведической медицины.

Аюрведическая медицина - **это наука и искусство о здоровой, долгой и успешной жизни.** Она относится к естественной (натуральной) медицине, т.к. использует для оздоровления человека естественные (природные) факторы. Аюрведа воплощает в себе коллективную мудрость ученых, врачей и целителей восточных стран. Каждый два года в центре Европы, в Голландии специалисты Аюрведической медицины на международных симпозиумах обсуждают актуальные проблемы здоровья. В настоящее время во многих экономически развитых странах – США, Швеции, Австрии, Англии и в других – открыты научные центры и клиники аюрведической медицины.

Я убедилась в том, что экспортировать Аюрведическую медицину как целостную систему довольно сложно, т.к. она глубоко укоренена в национальной культуре, образе жизни и образе мышления. Тем не менее, ее основные ценности универсальны. Следовательно, каждый из нас вполне может использовать ее отдельные элементы в своей жизни, чтобы стать здоровее и успешнее.

Философия Аюрведической медицины основывается на радостном восприятии окружающего мира (прин-