

УДК 614.2

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ЭТАПЫ И АЛГОРИТМ ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

©2016 Л.А. Карасаева, В.С. Лучкевич, А.Ш. Каличава

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию 13.11.2016

В статье на основе корреляционного анализа прослежены причинно-следственные взаимоотношения между социально-демографическими, клинико-экспертными, социально-бытовыми, социально-средовыми, профессионально-трудовыми, организационными характеристиками и установлением инвалидности пациентам, страдающим облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Приведены данные о потребности инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей в технических средствах реабилитации, социальных и профессиональных направлениях реабилитации. На основании данных о потребности в профессиональной реабилитации обоснована необходимость организации трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, в том числе с использованием информационно-коммуникационных технологий. Приведен организационно-структурный алгоритм трудоустройства в модели межведомственного взаимодействия.

Ключевые слова: *инвалид, бюро медико-социальной экспертизы, трудовая деятельность, реабилитация, информационно-коммуникационные технологии, межведомственное взаимодействие*

Общеизвестно, что одними из критериев состояния здоровья нации являются показатели инвалидизации населения. В России, как и в большинстве стран мира, инвалиды составляют около 10% от общей численности населения, около 12 млн. человек, при этом многими исследователями отмечается «омоложение» и «утяжеление» инвалидности: удельный вес инвалидов трудоспособного возраста в общем контингенте в последние годы составляет от 35% до 45%, а в структуре инвалидности преобладают инвалиды, имеющие I и II группы инвалидности [1, 2, 7]. Неблагоприятные показатели инвалидизации лиц трудоспособного возраста обусловили обеспокоенность Правительства РФ состоянием национальных трудовых ресурсов. Так, в Указе Президента РФ № 537 от 12.05.2009 г., утвердившем «Стратегию национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года», одним из главных угроз национальной безопасности в области экономического роста названа прогрессирующая трудонедостаточность, в связи с чем появляется необходимость в разработке организационных и правовых мер по обеспечению трудового и демографического баланса.

Карасаева Людмила Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением. E-mail: ludkaras@yandex.ru

Лучкевич Владимир Станиславович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением. E-mail: Luchkevi@mail.ru

Каличава Антон Шотаевич, ассистент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением

В стране на протяжении последних десятилетий в структуре первичной инвалидности болезни системы кровообращения стабильно удерживают первое ранговое место, причем наряду с цереброваскулярными болезнями и ишемической болезнью сердца дефинируют облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК) [1-3, 6]. Основной причиной инвалидизации пациентов, страдающих данной патологией, является недостаточная эффективность консервативного медикаментозного лечения, наличие высокого риска потери конечности или ее сегмента, появление и развитие ограничений жизнедеятельности [3, 4, 6, 10]. С учетом имеющегося большого риска ампутации конечности (ей) у данного контингента, остро стоят проблемы их профессиональной реабилитации и трудового устройства [5, 9, 12]. Многочисленные публикации свидетельствуют, что в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) при освидетельствовании таких пациентов практически до 65–70% определяется инвалидность I и II групп и устанавливается ограничение способности к ограничению трудовой деятельности (ОСТД) II степени, не позволяющей трудоустраиваться в обычных производственных условиях [4, 5, 11]. Поднимаются вопросы о возможности инвалидов трудоустройства в специальных условиях труда с использованием разных форм трудовой занятости, но до настоящего времени недостаточно обоснованы организационные возможности их трудовой деятельности [8, 13].

Цель работы: разработать организационно-структурную модель трудоустройства в современных условиях инвалидов с ОАСНК.

Материалы и методы Работа основана на анализе результатов динамического наблюдения (в течение 5 лет) 1120 больных ОАСНК, направленных на освидетельствование в бюро МСЭ г. Санкт-Петербурга. Оценены социально-демографические, клиничко-экспертные, социально-бытовые, психологические и социально-средовые характеристики пациентов. Особое внимание было уделено клиническим и организационным аспектам проведения лечебного процесса и реабилитации, в частности, анализу течения болезни, давности заболевания, началу и регулярности проведенной консервативной терапии, характеру оперативного вмешательства и лечению после операции, исходной и степени ишемии и ее динамики у оперированных (перемежающаяся хромота, «критическая ишемия»), при наличии культи – сроку от начала заболевания до ампутации, сведениям о диспансерном наблюдении. Полученные в результате исследования количественные показатели были подвергнуты математической обработке.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными социально-гигиеническими и медико-социальными характеристиками были следующие: **возраст:** средний возраст больных на начало наблюдения составил 55,6 лет; **образование:** общее среднее образование имели 12,1% инвалидов, остальные имели профессиональное образование, из них 48,6% характеризовались средним профессиональным – 24,2% и высшим 24,4%; **профессионально-трудовой статус:** большинство больных были заняты в профессиях физического

труда: 62,9% выполняли работу с умеренной физической нагрузкой, 26,6% пациентов выполняли тяжелый, и 7,8% - легкий физический труд. В профессиях умственного труда с умеренным нервно-эмоциональным напряжением работали 2,7% пациентов; **стаж заболевания до направления на МСЭ:** 29,1% больных страдали заболеванием от 1 года до 4 лет, 44,0% от 5 до 8 лет, остальные – более 8 лет. Были подробно изучены клиничко-функциональные показатели, характеризующие сосудистый процесс, в том числе степень хронической артериальной недостаточности (ХАН) нижних конечностей, качество оказания медицинской помощи до направления больных на МСЭ (начало, регулярность, использованные методы консервативного и хирургического лечения), наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний и осложнений основного сосудистого процесса.

Поскольку тяжесть инвалидизации является ключевым элементом при разработке индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА), нами были оценены все сопряженные с ней социально-гигиенические, клиничко-функциональные, социально-бытовые и профессионально-трудовые характеристики. Для выявления причинно-следственных отношений между инвалидностью и клиничко-экспертными факторами был проведен корреляционный анализ в динамике, позволивший из группы первоначально рассматриваемых показателей выделить признаки, достоверно влияющие на итоговый результат – инвалидизацию в разные сроки наблюдения (табл. 1).

Таблица 1. Результаты корреляционных связей инвалидности с исходными показателями в различные сроки наблюдения

Показатель	Срок наблюдения			
	1 год	2 года	3 года	4 года
возраст	- 0,28*	- 0,33*	- 0,39*	- 0,40*
образование	0,09	0,11	0,13	0,15
социально-бытовой статус	- 0,13	- 0,16	- 0,15	- 0,14
этаж	0,03	0,03	0,05	0,04
наличие лифта	- 0,01	0,07	0,07	0,06
социально-экономический статус	0,29*	0,32*	0,30*	0,29*
квалификация	0,08	0,08	0,11	0,12
тяжесть труда	0,10	0,12	0,12	0,12
способ передвижения	0,40*	0,54*	0,62*	0,65*
давность заболевания	- 0,07*	- 0,16*	- 0,21*	- 0,21*
уровень поражения	0,06	0,08	0,08	0,08
распространенность поражения	- 0,08	- 0,16	- 0,17	- 0,16
характер лечения	0,16	0,21	0,25	0,25
результат лечения	0,19*	0,25*	0,28*	0,29*
наличие ампутации	- 0,27*	- 0,38*	- 0,42*	- 0,42*
протезирование	- 0,26*	- 0,36*	- 0,39*	- 0,39*
длительность заболевания до ампутации	- 0,26*	- 0,40*	- 0,50*	- 0,51*
жалобы	- 0,06	- 0,22	- 0,25	- 0,28
степень ХАН	- 0,19*	- 0,30*	- 0,38*	- 0,39*
сопутствующие заболевания	- 0,13	- 0,14	- 0,13	- 0,13
осложнения	- 0,12	- 0,11	- 0,17	- 0,18
первичная инвалидность	0,33	0,15	0,13	0,13

Примечание: * - факторы, достоверно влияющие на степень утраты трудоспособности

Проведенный анализ позволил определить статистически достоверную зависимость инвалидности от возраста, социально-экономического статуса, способа передвижения (ампутация, протезирование), начатого лечения, позднего выявления и лечения сопутствующей патологии и несвоевременной коррекции трудовой деятельности. При освидетельствовании в бюро МСЭ подавляющему большинству пациентов установлены выраженные ограничения жизнедеятельности (ОЖД) в самостоятельном передвижении: II ст. – 68,1%, III ст. – 5,3%; самообслуживании: II ст. – 86,7% III ст. – 2,7 %; ограничение в трудовой деятельности (ОСТД): II ст. – 68,1%, III ст. – 5,3%.

Неудовлетворительная медико-социальная просвещенность специалистов медицинских организаций о профилактических возможностях профессиональной реабилитации обусловила то, что в 99,0% основанием для направления в бюро МСЭ больных ОАСНК являлась утрата трудоспособности и необходимость установления групп инвалидности. В частности, было установлено, что в комплексе причин, приведших к ампутации конечности через 1-2 года от начала заболевания, наряду с быстро прогрессирующим течением болезни наиболее значимыми факторами явились поздно начатое лечение и несвоевременная коррекция трудовой деятельности.

С целью разработки организационной модели трудоустройства инвалидов вследствие ОАСНК нами были изучены показатели их потребности в мерах реабилитации и технических средствах реабилитации (ТСР). В ТСР нуждались 94,9% инвалидов с ОАСНК, особенно большие потребности установлены в ТСР, компенсирующих самостоятельное передвижение: костылях, опорах, ходунках – 68,7%, протезах – 10,5%, кресло-колясках – 20,1%. В социальной реабилитации, в том числе социально-средовой, нужно было 71,4%, социально-психологической – 66,4%, социально-бытовой адаптации – 53,3% инвалидов. Установлено недостаточное определение специалистами бюро МСЭ потребности в физкультурно-оздоровительных мероприятиях – 18,1%, при том, что у данного контингента доминировало ОЖД в самостоятельном передвижении.

Показатель потребности в трудоустройстве инвалидов с ОАСНК составил 71,4%. Специально была проанализирована структура потребности в формах трудовой деятельности. Установлено, что больше половины инвалидов вследствие ОАСНК – 57,3% нуждались в трудоустройстве специально созданных условиях, в том числе на дому.

Анализ существующих потребностей инвалидов ОАСНК в мерах профессиональной реабилитации и трудоустройстве, степень утраты ими трудоспособности, особенности функциональных повреждений, обусловленные патологией

нижних конечностей, обусловили поиск оптимальных видов и направлений трудовой деятельности. При разработке трудовых рекомендаций в ИПРА показания для трудоустройства в специальных созданных условиях труда имели инвалиды ОАСНК, имеющие ОСТД II и III ст. (77,1%), при наличии у них ОЖД в самостоятельном передвижении II ст. (62,8%) возможно рекомендовать организацию специальных созданных условий труда на дому.

Было установлено, что решение в современных условиях проблемы повышения качества жизни для инвалидов с данной патологией напрямую зависит от организации всей системы медико-социальной реабилитации, при этом наряду с эффективно построенной стратегией медицинской реабилитации (включая диспансерное наблюдение, лечение и профилактику утяжеления сосудистого заболевания) должен быть разработан и включен комплекс мероприятий социальной и профессиональной реабилитации, включая трудоустройство. Было выяснено, что до освидетельствования больного в бюро МСЭ в системе реабилитации не использовались возможности профессионального переобучения инвалидов с целью дальнейшего трудоустройства в профессиях легкого умственного, управленческого, хозяйственного труда и минимизации физических нагрузок в трудовой деятельности. Лишь 8,9% пациентам по заключению врачебной комиссии (ВК) был осуществлен перевод на более легкий труд.

Новым и бурно развивающимся сектором трудоустройства инвалидов с нарушением функции передвижения в современных условиях являются информационно-коммуникационные технологии (ИКТ). В ходе выполнения данного исследования нами детально изучена область применения данной технологии в практике профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов с ОАСНК. Научно обосновано, что внедрение ИКТ в трудоустройство инвалидов с ОАСНК оправдано в современных условиях:

а) наличием социальной и экономической выгоды, как для государства, так и инвалида использование ИКТ в трудоустройстве. Для государства – через поступление финансовых средств в виде налогов от деятельности инвалидов, для инвалидов – через устранение проблемы транспортного перемещения до работы и обратно, поскольку ИКТ можно использовать при трудоустройстве в домашних условиях,

б) широкой доступности информационных ресурсов независимо от условий и места проживания инвалидов,

г) возможностью разрабатывать и включать в ИПРА инвалидов индивидуальные психофизиологические трудовые нагрузки.

В системе трудоустройства инвалидов в России в настоящее время уже разработаны организационные основы, направленные на использование ИКТ в трудовой деятельности [8, 11]. С учетом того, что в настоящее время безбарьерная среда для маломобильных категорий инвалидов в России повсеместно не организована, она только создается в процессе текущей реализации федеральной государственной программы «Доступная среда» (2011-2020 гг.), - применение форм трудовой деятельности инвалидов в домашних условиях оправдано их социальными средовыми условиями жизнедеятельности. Практическим обоснованием для активного включения контингента инвалидов с ОАСНК в трудовую деятельность с использованием ИКТ является то, что подавляющее большинство из них характеризуется достаточным образовательным уровнем для освоения компьютерных технологий. Работа на дому (без существенной нагрузки на нижние конечности и организм в целом) с медицинской точки зрения, способствовала профилактике утяжеления заболевания, давала возможность уделять больше времени проведению восстановительных процедур, соблюдать режим труда и отдыха, с социальной точки зрения, способствовала сохранению социального и трудового стереотипа больных, повышала качество их жизни.

В основе разработки организационно-структурной модели трудового устройства инвалидов с ОАСНК лежит алгоритм, который включает:

I. Медицинские организации. Организация качественной и своевременной медицинской помощи больным с ОАСНК и проведение превентивных мероприятий, направленных на предотвращение или снижение тяжести инвалидизации.

II. Бюро МСЭ. Специалистами бюро МСЭ диагностируется потребность инвалидов в трудоустройстве в специально созданных условиях, в том числе, на дому, в том числе и на основе использования ИКТ при условиях дистанционной занятости. Эта потребность должна фиксироваться в ИПРА инвалида в программе профессиональной реабилитации. В «Рекомендациях о противопоказанных и доступных условиях труда» должны быть отражены характер и условия труда а в разделе «Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации» должна быть зафиксирована потребность инвалидов в ТСП в виде персонального компьютера.

III. Служба занятости населения (СЗН). Инвалид с оформленными в ИПРА трудовыми рекомендациями обращается в Агентство занятости населения (АЗН) по месту проживания, в котором имеются заявленные вакансии по данному виду трудоустройства, входящие в федеральный регистр вакансий рабочих мест с использованием ИКТ. Поэтому инвалиды имеют возможности

включения в трудовую деятельность не только в одном населенном пункте, а по всей стране или даже за рубежом.

IV. Работодатель, организующий рабочее место с использованием ИКТ, заключает «Трудовой Договор» с АЗН с целью поиска и нахождения инвалидов, подготовленных и способных работать на дому.

V. Трудовое устройство и занятость. Инвалиду в АЗН предлагается дистанционная работа с использованием ИКТ и заключается Трудовой Договор между инвалидом и работодателем при посредничестве СЗН, как гаранта и основного исполнителя, обеспечивающего реализацию программы профессиональной реабилитации ИПРА.

VI. Организация рабочего места инвалида. Специалистами СЗН инвалиду должно быть обеспечено рациональное трудоустройство с организацией специальных условий труда на рабочем месте. Наиболее важными моментами являются обеспечение надомного рабочего места оборудованием, оргтехникой, средствами коммуникаций и установку дистанционного контакта специалистов СЗН с инвалидом.

VII. Необходимость установления оптимального режима трудовой деятельности.

Поскольку в исследовании установлены ряд показателей, формирующих тяжесть инвалидности и больных и инвалидов ОАСНК, то работающему инвалиду важно установить индивидуальные оптимальные рабочие нагрузки. Установлено, что инвалиды ОАСНК характеризуются астеническим и тревожно-астеническим синдромом, поэтому наряду с лечебно-восстановительными мероприятиями в программах медицинской реабилитации, в процесс трудовой деятельности таких инвалидов необходимо включение «реабилитационных пауз» для восполнения работоспособности. Необходимо рекомендовать в периоде «реабилитационных пауз» осуществление инвалидом простых комплексов ЛФК и АФК по расслаблению мышечного аппарата органа зрения и профилактики расстройств периферического кровообращения. Таким образом, в процессе трудовой деятельности достигается необходимое для инвалидов рациональное трудоустройство и производственная адаптация. Однако процесс включения в труд и последующая трудовая деятельность инвалидов с ОАСНК не ограничивается только участием инвалида в вышеописанных этапах организационной модели, в нее могут быть включены учреждения и организации других ведомств, осуществляющие комплексные реабилитационные, профилактические и сопровождающие мероприятия.

Выводы: на основе изучения организационных аспектов возникновения, течения заболевания, анализа этапов и качества проведенного реабилитационного и восстановительного лечения в медицинских организациях, далее –

освидетельствования в бюро МСЭ с установлением степени ограничений ОЖД и групп инвалидности, диагностики потребности в необходимости организации оптимальных форм трудовой деятельности инвалидов с ОАСНК были разработаны и предложены этапы и алгоритм трудоустройства. В межведомственном взаимодействии учреждений системы здравоохранения, медико-социальной экспертизы, службы занятости, работодателей и реабилитационных служб обосновано включение в адекватную трудовую деятельность инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей с учетом имеющихся у них видов и выраженности ограничений жизнедеятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азаров, А.В. Закономерности формирования первичной инвалидности вследствие заболеваний сосудов нижних конечностей // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2010. №1. С. 55-58.
2. Васильченко, Е.М. Определение медико-социальных показателей, информативных для доступа эффективности двигательной реабилитации пациентов с утратой конечности вследствие заболеваний сосудов / Е.М. Васильченко, Г.К. Золотов // Клиническая геронтология. 2006. №9. С. 77-78.
3. Гавриленко, А.В. Влияние тактических ошибок на результаты хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей / А.В. Гавриленко, А.Э. Котов, Я.Ю. Муравьева // Ангиология и сосудистая хирургия. 2010. Т. 16, №1. С. 138-143.
4. Дементьева, Н.Ф. Трудовая терапия в системе реабилитации больных и инвалидов: методическое пособие / Н.Ф. Дементьева, Р.С. Яцемирская. – М., 2008. 165 с.
5. Заболевания периферических артерий /под. ред. М.В. Писарева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 224 с.
6. Иващенко, Л.В. Показатель качества жизни как один из критериев эффективности лечения больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей // Мат-лы республ. конф. «Практические аспекты МСЭ и реабилитации инвалидов в РС (Я)». – Якутск, 2010. С. 166-172.
7. Карасаева, Л.А. Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. №2. С. 10-14.
8. Карасаева, Л.А. К реабилитации инвалидов через систему виртуальных миров / Л.А. Карасаева, В.С. Черкес // Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2008. №1. С. 12-14.
9. Карасаева, Л.А. Прогностические критерии восстановления трудовых возможностей у инвалидов с нарушением статодинамической функции // Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2009. №3. С. 167-173.
10. Наставишева, О.Д. Комплексная терапия облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / О.Д. Наставишева, В.М. Кошкин, Л.М. Дергачева // Врач. 2008. №7. С. 61-66.
11. Мюллер, Н.В. Надомный труд инвалидов с использованием информационно-коммуникационных технологий / Н.В. Мюллер, В.С. Черкес, Л.А. Карасаева // Актуальные проблемы реабилитации инвалидов: доступная среда – равные возможности: сб. мат-ов научн.-практ. конф. – СПб., 2010. С. 114-117.
12. Vivas, A.J. Training and labour market integration // European journal of vocational training. 2009. №47. P. 77-102.
13. De Graaff, J.C. The impact of peripheral and coronary artery disease on health-related quality of life / J.C. De Graaff, D.Th. Ubbink, J.C. Kools et al. // Ann. Vasc. Surg. 2002. V. 16, №4. P. 495-500.

ORGANIZATIONAL STAGES AND ALGORITHM OF EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF LOWER EXTREMITIES VESSELS IN A MODEL OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION

©2016 L.A. Karasayeva, V.S. Luchkevich, A.Sh. Kalichava
Northwest State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

In article on the basis of the correlation analysis cause and effect relations between social and demographic, clinical-expert, social-household, social-environmental, professional and labor, organizational characteristics and establishment of disability to the patients having the obliterating atherosclerosis of lower extremities vessels are traced. Data on need of disabled people with the obliterating atherosclerosis of lower extremities vessels are provided in technical means of rehabilitation, the social and professional directions of rehabilitation. Based on data on the need for employment rehabilitation need of the organization of a labor activity for specially created working conditions, including with use of informational-communication technologies is proved. The organizational and structural algorithm of employment is given in a model of interdepartmental interaction.

Key words: disabled person, bureau of medical-social examination, labor activity, rehabilitation, information and communication technologies, interdepartmental interaction

Lyudmila Karasayeva, Doctor of Medicine, Professor at the Department of Public Health, Economy and Public Health Management. E-mail: ludkaras@yandex.ru; Vladimir Luchkevich, Doctor of Medicine, Professor at the Department of Public Health, Economy and Public Health Management. E-mail: Luchkevich@mail.ru; Anton Kalichava, Assistant at the Department of Public Health, Economy and Public Health Management