

УДК 616.001.5:616.895.7

К.С. БАЙМАГАНБЕТОВА, К.С. БАЙГОНОВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования,  
Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы

## АЛГОРИТМ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДПОСЫЛОК ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ДЛЯ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



Баймаганбетова К.С.

Умственная отсталость является одним из психических патологических состояний мультифакторного происхождения, которое дает при лечении большие надежды у родителей, и у врачей. Умственная отсталость у всех пациентов различной степени тяжести, однако выяснилось, что способности к абилитации и возможности не всегда напрямую связаны с тяжестью патологии. Так, наблюдались случаи, когда пациенты с глубокой умственной отсталостью, которым вовремя были подключены мероприятия по абилитации, проявляли лучшие возможности по сравнению с теми пациентами, у которых в силу неосведомленности и занятости родителей были упущены таковые возможности.

В Постановлении Правительства РК №703 – Р 020703 от 28.06. 2002 г. по медико-социальной экспертизе выделены критерии жизнедеятельности, используемые в целях определения групп инвалидности.

Мы предлагаем врачам амбулаторной психиатрической службы и первичной медико-санитарной помощи алгоритм социальных предпосылок для дифференцированного подхода к вопросам абилитации лиц с умственной отсталостью.

**Ключевые слова:** умственная отсталость, социальные предпосылки, алгоритм абилитации, мониторинг абилитации.

Умственная отсталость является одним из психических патологических состояний мультифакторного происхождения, которое дает при лечении большие надежды у родителей, и у врачей. Вопросы абилитации данного контингента в Республике Казахстан пока не унифицированы, и недифференцированный поток пациентов направляется врачами амбулаторной службы в различные центры при департаментах социальной защиты и частных центров, однако результат их абилитации остается пока низким от желаемого. Конкретные пациенты зачастую рассматриваются в качестве составных частей больших групп аналогичных больных; это помогает не только делать более точные индивидуальные прогнозы, но и выбирать целесообразный путь использования ограниченных медицинских ресурсов для оптимальной помощи возможно большему числу людей [3].

По данным ВОЗ, а также многих зарубежных и отечественных авторов распространенность умственной отсталости в популяции колеблется от 1 до 3% [1]. По МКБ-10 «Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей».

Умственная отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Люди могут обнаруживать тяжелые нарушения умственной отсталости, но они могут показывать более высокую продуктивность в одной отдельной сфере (например, по простым зрительно-пространственным заданиям) [2].

Цель – выделить для врачей амбулаторной психиатрической службы и врачей первичной медико-санитарной помощи социальные предпосылки умственной отсталости и выработать алгоритм действия для дифференцированного подхода к дальнейшей абилитации пациентов.

### Материал и методы

Материалом исследования послужил клинический материал проконсультированных кафедрой психиатрии психотерапии и наркологии Алматинского института усовершенствования врачей пациентов диспансерного отделения Центра психического здоровья г. Алматы за период 2013 и 1 квартал 2014 гг. Всего 18 пациентов. Возраст пациентов от 3 до 36 лет. Все находятся под динамическим наблюдением врачей Центра психического здоровья.

### Результаты и обсуждение

Обращение за консультацией связано с тем, что необходимо оформление социального пособия и инвалидности, для социальной поддержки и задействования Программ Департамента социальной защиты и труда по абилитации пациентов. Причина и генез умственной отсталости мультифакторный, у всех отмечались ранние признаки задержки психического развития. Все пациенты на ранних этапах обследованы невропатологами и педиатрами и неоднократно получали курсы общеукрепляющего лечения и лечение препаратами, улучшающими мозговое кровообращение и питание клеток мозга. Умственная отсталость у всех пациентов различной степени тяжести, однако выяснилось, что способности к абилитации и возможности не всегда напрямую связаны с тяжестью патологии. Так, наблюдались случаи, когда пациенты с глубокой умственной отсталостью, которым вовремя были подключены мероприятия по аби-

литации, проявляли лучшие возможности по сравнению с теми пациентами, у которых в силу неосведомленности и занятости родителей были упущены таковые возможности.

В постановлении Правительства РК №703-Р 020703 от 28.06.2002 г. по медико-социальной экспертизе выделены следующие критерии жизнедеятельности, используемые только в целях определения групп инвалидности [4]:

- Способность к самостоятельному передвижению;
- Способность к самообслуживанию;
- Способность к ориентации дома и на улице;
- Способность к общению;
- Способность к обучению;
- Способность к двигательной активности;
- Способность к игровой и познавательной деятельности;
- Способность контролировать свое поведение;
- Способность к трудовой деятельности.

Данный объективный и несложный перечень из 9 пунктов дает при нацеленном выявлении, тем не менее большие диагностические возможности врачам амбулаторной службы и возможности социальным работникам планировать мероприятия по абилитации. По аналогии с выделенными при артериальной гипертонии факторами риска, которые выносятся в виде аббревиатуры в диагноз (к примеру: «Фактор риска – 4»), мы предлагаем пронумеровать критерии жизнедеятельности в их последовательности и врачам оценивать их у пациентов по 3-балльной системе (низкий, средний, высокий) и выносить в обязательном порядке в диагноз (пример: ДЗ «умственная отсталость тяжелой степени *Критерий Жизнедеятельности с 1 – 6, со средним потенциалом*»), что и будет в последующем для всех специалистов медицинского и социального звена ориентиром к подключению конкретных мероприятий по абилитации (к примеру, определить группу инвалидности или оформить в профильный детский садик, или рекомендовать гипнотерапию и т.д.).

В дальнейшем фиксация критерия жизнедеятельности в медицинской карте пациента может служить ориентиром при мониторинге проводимого процесса абилитации, а не просто оставаться в записях консультантов или в медицинских материалах на МСЭ. С такой более прицельной оценкой легче правильно ориентировать родителей по улучшению качества жизни, в первую очередь малышей.

#### Выводы

1. Критерии жизнедеятельности из постановления Правительства РК №703-Р 020703 от 28.06. 2002 г. по медико-социальной экспертизе, выделенные для определения групп инвалидности и социальных пособий пациентам с умственной отсталостью, должны использоваться шире на практике в целях абилитации;

2. У каждого пациента с диагнозом «умственная отсталость» определять критерий жизнедеятельности и степень выраженности;

3. Выносить в обязательном порядке в диагноз степень потенциала по критериям жизнедеятельности, независимо от возраста пациента;

5. Использовать степень потенциала по критериям жизнедеятельности для дальнейшего мониторинга успешности абилитации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Александровский Ю.А. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – С. 653-681
- 2 Международная классификация болезней – 10-й пересмотр – ВОЗ, Россия, Санкт-Петербург «Оверлайд», 1994. – С. 222
- 3 Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М., 1987. – С. 8
- 4 Постановление Правительства №703 – Р 020703 от 28.06.2002 г., гл. 7 и 8

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Қ.С. БАЙМАҒАНБЕТОВА, Ф.С. БАЙҒОНОВА**

*Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті*

*Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.*

**АМБУЛАТОРЛЫҚ ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖӘНЕ АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДӘРІГЕРЛЕРІНЕ ҚОЛДАНУҒА АРНАЛҒАН АҚЫЛ-ОЙ КЕМТАРЛЫҒЫ ТҰЛҒАЛАРДЫҢ АБИЛИТАЦИЯСЫН ӨТКІЗУГЕ ЕСЕПТЕЛТІН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ӘЛЕУМЕТТІК АЛҒЫШАРТТАРЫ.**

**Өзектілігі.** Ақыл-ой кемтарлық ол мультифакторлық жаратылыс, емдеу кезінде ата-аналардың және дәрігерлердің қалыптасар деген үлкен үмітін тудырады. Және әлеуметтік оларды қалыптастыру ақыл-ой кемтарлығының деңгейімін тікелей байланысы аз.

**Зерттеудің мақсаты.** Дәрігерлерге деңгейлі ақыл-ой кемтарлығы бар пациенттерге абилитациялық жағдай қарастыруға алгоритм беру.

**Материал және әдістері.** Алматы қаласының психика сауықтыру орталығындағы пациенттердің медициналық карталарының сараптамасы. Әдістері: қарастыру, анамнезиялық (катамнезиялық), психопатологиялық, эксперименталды – психологиялық.

**Нәтижелері және талқылау.** Біздің зерттеу бойынша пациенттерде әр-түрлі деңгейлі ақыл-ой кемтарлығы кездеседі, бірақ анықталғаны, абилитацияға деген қабилеті мен мүмкіндігі патологияның ауырлығы мен тікелей байланысы аз. Солай, кездескен оқиғаларда, ол ауыр деңгейлі ақыл-ой кемтарлығы бар пациенттер уақытында абилитациялық жағдайлар оларға жасалғанда әжеп тәуір нәтижелі мүмкіндікке жеткен.

2002 ж. 28.06. №703 – Р 020703 ҚР Мемлекет Қаулысында медициналық-әлеуметтік сараптамаға арналған келесі өмірлік критерийлер берілген, оларды әлде мүгедектік топты анықтауға қолданады [4]. Осыны есте ұстап біз амбулаторлық психиатриялық қызметтің және алғашқы медициналық санитарлық көмек дәрігерлеріне ұсынамыз алгоритм ақыл-ой кемтарлығы бар тұлғалардың дифференциалды абилитациясын өткізуге есептелетін әлеуметтік алғышарттарды.

**Қортындылар:** Алгоритмды қолданып дәрігерлер ақыл-ой кемтарлығы бар тұлғалардың дифференциалды абилитациясын өткізуге есептелетін әлеуметтік алғышарттарын және мониторинг өткізуіне мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** *Ақыл-ой кемтарлығы, әлеуметтік алғышарттар, абилитация алгоритмы, абилитация мониторингі.*

#### SUMMARY

**K.S. BAYMAGANBETOVA, K.S. BAIGONOVA**

*Kazakh medical university uninterrupted education,*

*Kazakhstan school of public health, Almaty c.*

**ALGORITHM SOCIETAL SUPPOSITIONS FOR DIFFERENTIAL APPROACH TO ABILITATION FACES WITH MENTAL BACKWARDNESS FOR DOCTORS OF DISPENSARY PSYCHIATRICALY SERVES AND FIRST MEDICAL-SANITARY HELP**

**Actuality.** Mental backwardness appear one from psychical pathology conditions multifactorial genesis, who call by therapy big hopes at parents and at doctors.

**Goal** Given algoritmi for doctors on patients with mental backwardness.

**Material and metods.** Analises material Center psychiatric health Almaty city. Metods: observed, anamnestical (katamnestical), psychopatologycal, experimental-psychological.

**Outcomes.** In our reserve at all patients is defferent degree weight mental backwardness, however elucidated, that possibility to abilitation don't already right conduct with weight pathology. So, observed cases, when patients with depth mental backwardness whoes in time be support arrangements on ability, manifestated

bests possibilities on comparatively with that's patients at whose in strong don't inquire and busing parents was loses that possibilities.

In Resolution Government Kazakh Republic №703 – P 020703 28.06. 2002y. on medical-societies expert pick out following living designs, used in aims definition group soldierly [4]. We propouse Algoritm societal suppositions for differential approach to abilitation faces with mental backwardness for doctors of dispensary psychiatrically serves and first medical-sanitary help.

**Conclusions.** Algoritm allow doctors decides questions monitoring and abilitation.

**Key words:** *Mental backwardness, societal suppositions, algoritm of the abilitation, monitoring of the abilitation.*