

ЛОМОНОСОВА
ОКСАНА ВЛАДИМИРОВНА

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ: РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В МЕГАПОЛИСЕ

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Научный консультант: доктор медицинских наук, доцент
Владимилова Оксана Николаевна

Официальные оппоненты: Вознюк Игорь Алексеевич
доктор медицинских наук, профессор,
заместитель директора по научной работе
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
И.И. Джанелидзе»

Михайлов Владимир Алексеевич
доктор медицинских наук, научный
руководитель отделения реабилитации
больных неврологического профиля ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Защита состоится «_____» _____ 2021 г. в _____ час. на заседании диссертационного совета Д 208.054.02 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ (191014, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова и на сайте: <http://www.almazovcentre.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Иванова Наталия Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Значимость проблемы церебральных инсультов (ЦИ) объясняется значительной распространенностью, высокой смертностью и инвалидизацией больных после ЦИ, что сопровождается резким уменьшением человеческих ресурсов в наиболее продуктивном возрасте. (Гусев Е.И. и соавт., 2007, 2013; Ковальчук В.В. и соавт. 2014, 2016; Помников В.Г. и соавт., 2016; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Дудайте В.В. и соавт., 2019).

Внедренный в практику мультидисциплинарный подход к оказанию медицинской помощи больным с инсультами, целенаправленное использование реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания помощи этим больным, позволяют добиваться улучшения показателей реабилитации, уменьшения ограничений жизнедеятельности, возвращения части больных к трудовой деятельности. (Черкасова О.А., 2013; Кадыков А.С. и соавт., 2014; Помников В.Г. и соавт., 2017; Владимирова О.Н. и соавт.. 2018, 2019; Гусев Е.И. и соавт., 2019; Володеева Е.А. и соавт., 2020; Савелло А.В. и соавт., 2020; Таранцева В.М., 2020).

С целью обеспечения одновременно комплексного и адресного подхода к реабилитации, следует использовать такой унифицированный инструмент как Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), на всем протяжении реабилитационного процесса. (Смычек В.Б. Бронников В.А., 2017, Шмонин А.А. и соавт., 2017; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., 2018).

Таким образом, все большую актуальность приобретает необходимость комплексной научной разработки медико-социальных критериев определения потребности в мерах реабилитации больных трудоспособного возраста, перенесших ЦИ с применением доменов МКФ (Помников В.Г. и соавт., 2020; Таранцева В.М., 2020).

Степень разработанности темы

Несмотря на высокую медико-социальную значимость вопросов реабилитации больных перенесших ЦИ, до настоящего времени выполнены единичные работы по изучению медико-социальных аспектов инвалидности с данной патологией, их социально-гигиенической характеристики. Кроме этого, комплексного рассмотрения потребностей в различных видах реабилитации, особенностей разработки индивидуальных программ реабилитации, а также факторов, оказывающих влияние на эффективность медико-социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мегаполисе, не проводилось.

Цель исследования

Усовершенствование современной модели комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебральных инсультов на основе научного обоснования и исследования медицинских и социальных аспектов инвалидности при данной патологии в мегаполисе с использованием принципов, заложенных в МКФ.

Задачи исследования

1. Изучить динамику и структуру первичной инвалидности вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге в динамике за 15 лет (2004-2018 гг.) и выявить закономерности ее формирования.

2. Определить медицинские и социальные характеристики больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге, включая домены здоровья и домены, связанные со здоровьем, в контексте биопсихосоциальной модели инвалидности Международной классификации функционирования.

3. Исследовать потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в различных видах медико-социальной реабилитации, оценить влияние мер, направленных на совершенствование разработки и реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА) на результаты их реабилитации и социальной интеграции.

4. Оценить состояние организации комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мегаполисе.

5. Разработать научно-обоснованные предложения по совершенствованию комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие цереброваскулярной патологии (ЦВП) в мегаполисе с учётом биопсихосоциальной модели инвалидности.

Научная новизна исследования

В результате комплексного многоаспектного исследования автором:

- впервые проведен анализ первичной инвалидности трудоспособного населения вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге за период 2004-2018гг. для определения факторов, влияющих на формирование структуры инвалидности вследствие данной патологии у граждан мегаполиса;
- определены медицинские и социальные характеристики и домены, связанные со здоровьем инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге, в контексте биопсихосоциальной модели инвалидности МКФ;
- выявлены особенности нарушений функций организма, ограничения жизнедеятельности у лиц трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, с учётом положений МКФ;
- проведено изучение потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в различных видах комплексной реабилитации (медицинской реабилитации, социальной реабилитации, обеспечение ТСР, профессиональной реабилитации) в мегаполисе;
- изучено влияние мер, направленных на совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (включая межведомственное взаимодействие соответствующих органов государственной власти и учреждений) на эффективность реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ;
- сформулированы научно-обоснованные подходы к комплексной реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мегаполисе;

–предложены оптимальные формы межведомственной работы учреждений и организаций, занятых в системе комплексной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Обобщенные сведения о состоянии и динамике первичной инвалидности трудоспособного населения вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге используются в качестве информационной базы для разработки мероприятий по профилактике и снижению инвалидности вследствие данной патологии.

Созданный банк данных по инвалидности трудоспособного населения вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге за период 2004-2018гг., является информационной базой для принятия решений по социальной защите данной категории инвалидов в зависимости от группы инвалидности, пола, возраста, образования и других факторов.

На основе проведенного исследования разработаны и внедрены более эффективные технологии комплексной реабилитации, направленные на снижение инвалидности у лиц трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, с учетом положений МКФ. Результаты проведенного исследования имеют существенное значение для неврологов, специалистов врачебных комиссий медицинских организаций и бюро МСЭ при проведении медицинской реабилитации и экспертной оценки граждан трудоспособного возраста с ЦВП.

Полученные данные о потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в различных видах медико-социальной реабилитации могут быть использованы в качестве методической базы для определения видов, объемов реабилитационных услуг и технических средств при разработке ИПРА, а также целевых программ комплексной реабилитации инвалидов в субъекте РФ.

Полученные в результате исследования сведения об инвалидности и реабилитации лиц трудоспособного возраста вследствие ЦИ учитываются при разработке целевых региональных программ комплексной реабилитации инвалидов вследствие данной патологии в Санкт-Петербурге.

Методология и методы исследования

Изучена структура, динамика первичной инвалидности больных с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) за 15 лет, проведена экспертно-реабилитационная диагностика для определения потребности инвалидов в различных видах комплексной реабилитации. Проанализированы данные 345 граждан трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ, проведена клинико-функциональная оценка показателей, связанных со здоровьем, у лиц трудоспособного возраста с ЦИ по всем значимым доменам МКФ.

Для расчетов использованы показатели государственной статистической отчетности (формы 7-собес), Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ) ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда России, данные о заболеваемости Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Используются общенаучные (анализ, синтез), статистический, реабилитационно-экспертный (экспертные оценки) методы.

Положения, выносимые на защиту.

1. В Санкт-Петербурге среди больных трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ, преобладают больные, перенесшие ишемический инсульт. У инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ наблюдается полиморфизм нарушений функций организма: в 100% случаев наблюдаются статодинамические нарушения, у 70% инвалидов определяются нарушения функций сердечно-сосудистой системы, и у 50% – речевые нарушения. У каждого шестого инвалида трудоспособного возраста определяются психические нарушения.

2. Клинико-функциональная характеристика первичной инвалидности трудоспособного возраста вследствие ЦИ с учетом единой шкалы МКФ позволяет оптимизировать реабилитационную диагностику и может применяться в оценке реабилитационных потенциала и прогноза, а также определении потребностей инвалидов в реабилитационных мероприятиях.

3. Показатели первичной инвалидности вследствие ЦИ являются объективной основой для определения потребностей данной категории граждан в мерах социальной защиты и помощи, реабилитационных мероприятиях, включая мероприятия по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

4. Мероприятия по комплексной реабилитации в условиях межведомственного взаимодействия, могут служить организационным механизмом, позволяющим реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ к общественно-полезному труду и интегрировать их в общество.

Степень достоверности и апробация результатов работы

Для сравнительного анализа использован t-критерий Стьюдента. Критическое значение уровня значимости при всех видах статистического анализа принимали равным 0,05.

Результаты исследования и основные положения диссертации были представлены и обсуждены на Российских национальных конгрессах «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2015, 2016, 2017, 2018 гг.) научно-практических конференциях Федерального государственного учреждения «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (г. Новокузнецк, 2015, 2016, 2017 гг.); на I, II и III Национальных конгрессах «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации», (Санкт-Петербург, 2017, 2018, 2020 гг.).

Апробация и внедрение результатов в практику

Экспертиза материалов диссертационной работы проведена на заседании Проблемной комиссии ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов» Минтруда России от 30.11.2020 года. Материалы и выводы диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов» Минтруда России; ФГБУ НЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда России.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 60 печатных работ, из них 11 публикаций в изданиях, рекомендованных Перечнем ВАК РФ, 5 – в журналах, индексируемых в международных базах данных

Личный вклад автора в получении результатов

Автор принимал непосредственное участие, как в организации исследования, так и в сборе материала. Составление плана и программы исследования, обработка материалов, их анализ и обобщение проведены лично автором работы. А также проведена клинико-функциональная оценка показателей, связанных со здоровьем, особенностей инвалидности и комплексной реабилитации инвалидов вследствие церебрального инсульта у лиц трудоспособного возраста по всем значимым доменам МКФ.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 185 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, программы, методики и организации исследования, 3 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 197 источников, в том числе 56 зарубежных, и приложения. Диссертация иллюстрирована 33 таблицами и 5 рисунками, содержит 2 клинико-экспертных примера.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Общая характеристика обследованных больных

На первом этапе проводилось изучение состояния и динамики первичной инвалидности вследствие ЦВЗ в Санкт-Петербурге за период 2004–2018гг., а также анализировался состав инвалидов по группам инвалидности, клинико-функциональным характеристикам полу, возрасту и другим социально-гигиеническим характеристикам.

Единица наблюдения – инвалид вследствие ЦВЗ, впервые признанный в бюро МСЭ в течение года.

Объект наблюдения – совокупность инвалидов вследствие ЦВЗ, впервые признанных инвалидами в течение года.

Периоды наблюдения: динамика первичной инвалидности вследствие ЦВЗ в Санкт-Петербурге изучена за 2004–2018гг. (15 лет).

На втором этапе проведен углубленный анализ проведен за 2017–2018гг. (2 года). Исследование сплошное, объемом 345 человека, впервые признанных инвалидами. Были изучены клинико-функциональные характеристики ЦИ, выявлены основные нарушения функций организма и категории ограничений жизнедеятельности (ОЖД), к которым приводит ЦИ у лиц трудоспособного возраста, изучена степень их выраженности, потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в медицинской, профессиональной и социальной реабилитации с применением доменов МКФ.

Единица наблюдения – инвалид вследствие ЦИ, впервые признанный инвалидом в течение года.

База исследования – ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу».

На третьем этапе изучены результаты переосвидетельствования инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦВЗ за период 2015-2019гг. в Санкт-Петербурге, показатели полной, частичной реабилитации, утяжеления и стабильности инвалидности.

Единица наблюдения – инвалид, проходивший переосвидетельствование в учреждении МСЭ.

На заключительном этапе проводилась статистическая обработка полученных данных с помощью программного обеспечения ЕАВИИАС МСЭ, которая внедрена в деятельность государственной системы МСЭ в России, а также анализ результатов исследования. При реализации всех аспектов работы осуществлена математическая статистическая обработка материала на ЭВМ с применением программ «Microsoft Excel», «Microsoft Access», «Microsoft Graf».

Результаты собственных исследований и их обсуждение

Санкт-Петербург – третий по величине город Европы после Москвы и Лондона. По состоянию на 01.01.2018 года в городе проживало 5 351 935 человек. Трудоспособное население города составляет – 3 011 582 человек, что составляет 67,6 % от взрослого населения Санкт-Петербурга.

Показатели заболеваемости ЦВБ в Санкт-Петербурге за 15 лет (2004-2018гг.) выросли: уровень общей заболеваемости увеличился в 1,3 раза — с 6,4 до 8,2 на 10 тыс. взрослого населения ($p < 0,05$).

Среди всех больных, впервые признанных инвалидами в Санкт-Петербурге практически 1/6 часть — пациенты, перенесшие ЦИ (Таблица 1).

Таблица 1 – Динамика первичной взрослой инвалидности, в т.ч. вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг.

Год	Всего взрослых инвалидов, человек		Впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ	
	абс.	%	абс.	%
2004	55859	100,0	9842	17,6
2005	62367	100,0	11146	17,9
2006	59881	100,0	10342	17,3
2007	91880	100,0	16449	17,9
2008	63379	100,0	8789	13,9
2009	42891	100,0	6371	14,6
2010	37146	100,0	5485	14,8
2011	27753	100,0	4276	15,4
2012	26044	100,0	4181	16,1
2013	23812	100,0	3885	16,3
2014	22882	100,0	3495	15,3
2015	21614	100,0	3351	15,5
2016	20261	100,0	3211	15,8
2017	20950	100,0	3186	15,2
2018	20047	100,0	2986	14,9
М хрон	42751	-	6986	-

Наряду с этим, абсолютная численность граждан, направленных на МСЭ по последствиям ЦВБ снизилась в 3,2 в 2018г. по отношению к 2004г. ($p < 0,05$) (Таблица 2).

Таблица 2 – Результаты первичных освидетельствований в учреждениях МСЭ Санкт-Петербурга больных с цереброваскулярными болезнями за 2004-2018 гг.

Год	Число освидетельствованных с ЦВБ		Число ВПИ вследствие ЦВБ		Число непризнанных инвалидами с ЦВБ	
	абс	%	абс.	%	абс.	%
2004	10058	100,0	9842	97,9	216	2,1
2005	11720	100,0	11146	95,1	574	4,9
2006	10874	100,0	10342	95,1	532	4,9
2007	16940	100,0	16449	97,1	419	2,9
2008	9193	100,0	8789	95,6	404	4,4
2009	6962	100,0	6371	91,5	591	8,5
2010	6094	100,0	5485	90,0	609	10,0
2011	4949	100,0	4276	86,4	673	13,6
2012	4783	100,0	4181	87,4	602	12,6
2013	4472	100,0	3885	86,8	587	13,2
2014	4026	100,0	3495	86,8	531	13,2
2015	3883	100,0	3351	86,3	532	13,7
2016	3851	100,0	3211	83,4	640	16,6
2017	3384	100,0	3186	94,1	198	5,8
2018	3178	100,0	2986	94,0	192	6,4

Вместе с тем, за этот период почти в 8 раз возросло число непризнанных инвалидами граждан, страдающих ЦВБ с 2,1 в 2004 г. до 16,6 в 2016 г. со значительным снижением в 2018 г.

Данное обстоятельство может быть обусловлено незавершенностью, в ряде случаев, проведения необходимых лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий у данной категории граждан и недостаточностью единых подходов к направлению граждан на МСЭ в рамках межведомственного взаимодействия с медицинскими организациями в условиях динамично меняющегося нормативно-правового регулирования. А также наращиванию мер по межведомственному взаимодействию начиная с 2016 г. в рамках внесенных изменений в 181-ФЗ (419-ФЗ).

Доля пациентов трудоспособного возраста среди впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЦИ увеличилась в динамике в 1,7 раза — с 17,0 до 28,0% ($p < 0,05$) (Рисунок 1).

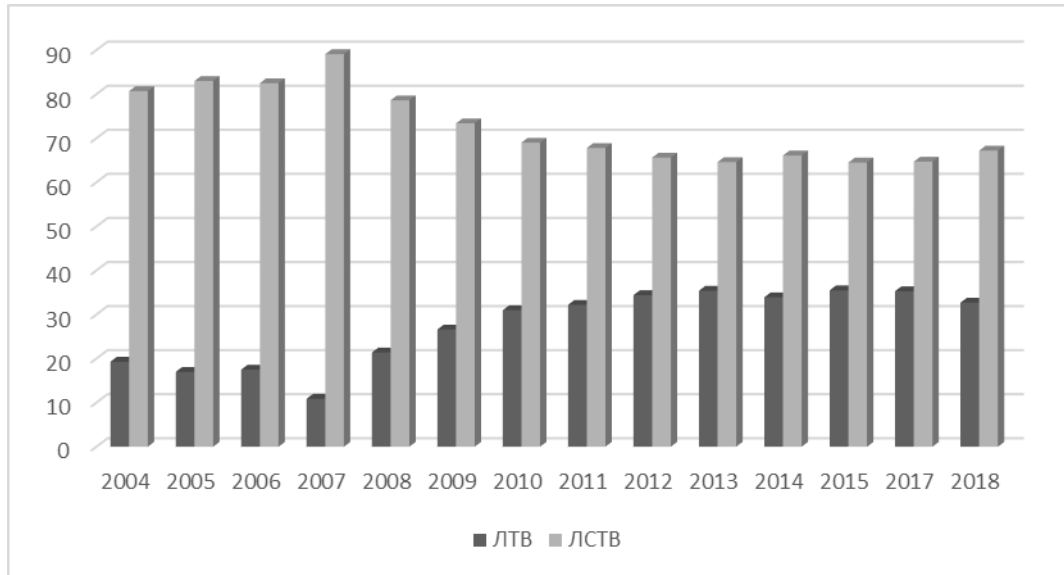


Рисунок 1 – Динамика первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней среди взрослого населения г. Санкт-Петербург за 2004 - 2018 с учетом возраста

В структуре первичной инвалидности вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге преобладают инвалиды III группы, удельный вес которых с 2004 по 2018 г. увеличился в 1,4 раза, другими словами, инвалидность вследствие ЦИ стала «легче». Вместе с тем, удельный вес инвалидов I группы за исследуемый период также увеличился в 1,3 раза, что может быть связано с увеличением числа выживших пациентов с тяжелыми инвалидизирующими последствиями на фоне улучшения мер медицинской реабилитации, активно проводимыми мероприятиями в России по проведению «Сосудистой программы,...» (Скворцова В.И. и соавт., 2018).

Показатели тяжести первичных инвалидов необходимо учитывать при осуществлении и планировании реабилитационных мероприятий, проведение которых у «тяжелых» инвалидов требует больших ресурсов, включение не только медицинских методик, но и мер социальной защиты.

Вместе с тем, доля инвалидов молодого возраста I группы (18—44 лет) среди инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ сократилась почти в 2 раза. Такая динамика ВПИ вследствие ЦИ отражает определенное повышение эффективности проводимых лечебных, реабилитационных мероприятий на современном этапе, характеризует реабилитационный потенциал у инвалидов трудоспособного возраста.

Клинико-функциональная характеристика первичных инвалидов вследствие ЦИ проведена с учетом системы Количественной оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, и МКФ.

Исследуемая группа пациентов, в основном состояла из больных, находящихся в позднем восстановительном периоде ЦИ (Таблица 3).

Таблица 3 – Основные нарушения функций у первичных инвалидов вследствие церебрального инсульта

Вид нарушения функций N = 345 человек	Всего	Частота встречаемости и выраженность нарушения функций ВПИ вследствие ЦИ в %			
		10%-30% незначительные	40-60% умеренные	70% -80% выраженные	90%-100% значительно выраженные
Психические (n=58)	16,8	0,3	13,0	3,3	0,3
Сенсорные (n=27)	7,8	34,5	1,4	0,3	-
Речевые (афазия и дизартрия) (n=164)	47,5	27,5	12,2	7,5	0,3
Статодинамические (n=345)	100	5,5	56,2	31,3	7,0
Функции сердечно- сосудистой	69,8	0,3	52,8	15,1	1,7

системы (n=241)					
-----------------	--	--	--	--	--

У инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ наблюдается полиморфизм нарушений функций организма: в 100% случаев наблюдаются статодинамические нарушения, у 70% инвалидов определяются нарушения функций сердечно-сосудистой системы, и у 50% – речевые нарушения. У каждого шестого инвалида трудоспособного возраста фиксируются психические нарушения.

Анализ клинико-функциональных характеристик больных, впервые признанных инвалидами по последствиям ЦИ в трудоспособном возрасте в мегаполисе, проведенный с применением доменов МКФ показал следующее.

Среди статодинамических нарушений преобладают умеренные, они составляют 56,2%, а у каждого третьего, перенесшего мозговой инсульт и признанного инвалидом в трудоспособном возрасте, наблюдаются выраженные нарушения статодинамических функций организма. Практически у всех инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ нарушен контроль произвольных двигательных функций (по домену МКФ b760) разной степени выраженности – в 98,2% случаев и функции произвольной двигательной реакции (по домену МКФ b755) страдают у 96,2% инвалидов. Ведущими в оценке нарушений психических функций по МКФ являлись нарушения по доменам функции внимания b140 – у 99,7% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ, познавательные функции высокого уровня b164 – определены у 71% инвалидов, волевые и побудительные функции b130 – у 64,0% и умственные функции последовательных сложных движений b176 – у 51% первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ. Среди речевых нарушений чаще всего встречаются нарушения по домену b330 – функции беглости и ритма речи (в 71,0% случаев). Наряду с этим, незначительные речевые нарушения по всем исследуемым доменам преобладают.

Исследование жизнедеятельности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ включало в себя изучение основных категорий жизнедеятельности

и степени выраженности их ограничений по доменам активности и участия инвалидов в естественных жизненных ситуациях.

Большое разнообразие клинических проявлений последствий ЦИ и имеющиеся нарушения функций организма сформировали у ВПИ трудоспособного возраста ограничения практически по всем категориям жизнедеятельности. Ведущими ограничениями, которые имеют место у данной категории инвалидов, являются – ограничение способности к трудовой деятельности (у 100% инвалидов), ограничение способности к самообслуживанию (у 88,9% инвалидов) и ограничение способности к самостоятельному передвижению (у 91,0% инвалидов).

Преобладающие двигательные нарушения в результате инсульта ухудшают мобильность пациента, ограничивают его участие в повседневной активности и выполнение своей роли в обществе, снижают шансы возврата к профессиональной деятельности.

Ограничение мобильности у первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ обусловлены затруднениями при поддержании положения тела (d415), которые определены от легкой до значительно выраженной степени у 96,9% первичных инвалидов, затруднениями в изменении позы тела (d410) – 95%, затруднениями при совершении точных движений кистью (d440) – 82,9%, затруднениями при ходьбе (d450) – 82%, затруднениями при перемещении тела (d420) – 62,9%, соответственно.

Проведенное исследование по доменам самообслуживания показало наличие затруднений к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье. В исследуемой группе наиболее часто нарушения определены по домену d510 мытье (92,2%). На втором месте по частоте встречаемости, находятся нарушения активности по домену d520 уход за частями тела (90,1%). Затруднения по домену d540 одевание определены у 88,1 инвалидов. Стойкие нарушения способностей осуществлять прием пищи и физиологические

отправления зафиксированы в равном количестве наблюдений, что составило – 73,9 % соответственно.

Чаще всего по доменам общения, затруднения определены при использовании средств связи и техник общения (d360) – у 79,1% больных трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ. Нарушение по домену d330 Речь определено в 71,0% наблюдений. Затруднения по домену d350 Разговор зафиксированы в 58,3% случаев.

У лиц трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие ЦИ, преобладают умеренные затруднения по всем исследуемым доменам активности и участия.

Всем гражданам трудоспособного возраста, признанным инвалидами вследствие ЦИ, были разработаны индивидуальные программы реабилитации и абилитации. В ходе исследования изучены потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в различных видах реабилитации.

Потребность в мерах медицинской реабилитации у инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ составила 100%.

По профессиональной реабилитации содействие в трудоустройстве рекомендовано первичным инвалидам трудоспособного возраста в 88,4%.

В мероприятиях социальной реабилитации также нуждались 100% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ.

Технические средства реабилитации были рекомендованы 75,3% ВПИ вследствие ЦИ, этот показатель в 2,5 раза выше, чем аналогичное значение среди всех ВПИ (30%).

Всего за период 2015 – 2019гг. в Санкт-Петербурге при очередном переосвидетельствовании полностью реабилитированы 280 граждан трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, признаваемые ранее инвалидами. При этом, за исследуемый период показатель полной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ уменьшился в 1,7 раза с 7,7% в 2015 до 4,1 % в 2019 году. Вместе с тем, этот показатель у лиц трудоспособного возраста почти в

2 раза из года в год превышает аналогичный показатель среди всего взрослого населения.

Динамика частичной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге, в целом, повторяет тенденции ежегодного изменения показателей полной реабилитации за исследуемый период.

Так, показатель частичной реабилитации граждан трудоспособного возраста, перенесших ЦИ в среднем в 1,5 раза выше аналогичного показателя по всему взрослому населению Санкт-Петербурга. При этом отмечается снижение показателя частичной реабилитации с 7,3 в 2015 г. до 3,8 в 2017 г. (в 1,9 раза) с увеличением в 2019 г. до 4,5%.

На наш взгляд, такая тенденция объясняется введением в практику специалистов МСЭ новых критериев и классификаций, используемых при определении групп инвалидности с применением количественной оценки степени стойких нарушений функций организма с применением МКФ и более углубленной диагностике экспертно-значимых факторов и возможности более полно определять нуждаемость в реабилитационных мероприятиях. Следовательно, при повторном освидетельствовании выявляются условия для признания лица инвалидом и показатели полной реабилитации снижаются.

Эффективность комплексной реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт и признанных впоследствии инвалидами, напрямую зависит от создания условий продуктивного взаимодействия всех участников реабилитационных мероприятий с применением такого унифицированного инструмента, каким является МКФ, на всех этапах реабилитационного процесса (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Модель комплексной реабилитации инвалидов, вследствие церебрального инсульта

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на увеличение показателей первичной и общей заболеваемости при ЦИ за пятнадцатилетний период уровень первичной инвалидности вследствие данной патологии в мегаполисе снизился, при этом увеличивается число граждан, непризнанных инвалидами при первичном освидетельствовании.

2. Из года в год увеличивается доля граждан трудоспособного возраста в структуре первичной инвалидности вследствие ЦИ. Отмечается значимое повышение доли инвалидов III группы в трудоспособном возрасте при $P < 0,05$. Данная динамика отражает эффективность проводимых лечебных, реабилитационных мероприятий на современном этапе, характеризует реабилитационный потенциал инвалидов трудоспособного возраста, как высокий

3. У инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ наблюдается полиморфизм нарушений функций организма: в 100% случаев наблюдаются статодинамические нарушения, у 70% инвалидов определяются нарушения функций сердечно-сосудистой системы, и у половины – языковые и речевые нарушения. У каждого шестого инвалида трудоспособного возраста фиксируются психические нарушения.

4. Для ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ характерны следующие ограничения жизнедеятельности: способность к трудовой деятельности нарушена в 100% случаев, к самостоятельному передвижению – в 91% наблюдений, к самообслуживанию – в 88,9%.

5. Анализ динамики групп инвалидности по результатам переосвидетельствований инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в 2018 г. свидетельствует о невысоком уровне частичной реабилитации инвалидов I и II группы; высоком уровне стабильности инвалидности среди инвалидов I, II III групп; невысоких показателях утяжеления инвалидности у инвалидов II и III групп.

6. Учитывая относительно высокий реабилитационный потенциал у больных трудоспособного возраста после ЦИ формирование индивидуальных программ реабилитации должно осуществляться с учетом клинко-функционального диагноза, периода заболевания, исходя из оценки имеющихся нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, проводимой с применением доменов МКФ, носить комплексный характер и направленность на максимальное восстановление нарушенных функций и способностей гражданина осуществлять профессиональную деятельность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ свидетельствует о том, что в Санкт-Петербурге создана и функционирует система комплексной реабилитации, направленная на более полную интеграцию инвалидов в общество, позволяющая реализовывать комплексные региональные реабилитационные программы. При изучении более

300 программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста было установлено, что практически по всем ИПРА были проведены реабилитационные мероприятия. Однако лишь 12% программ были реализованы полностью, а 88% ИПРА реализованы частично. В результате полной или частичной реализации ИПРА положительные результаты достигаются менее чем у половины больных трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, при этом мероприятия медицинской реабилитации эффективны у 46% инвалидов, мероприятия социальной реабилитации – у 72,3% и мероприятия профессиональной реабилитации – лишь у 18,5% инвалидов. Значительные трудности в достижении высоких показателей полной, частичной и суммарной реабилитации объясняются также и тем, что доля обратившихся инвалидов в целом по России за реализацией мероприятий по медицинской реабилитации составляет практически 100%, что объясняется возможностью получения бесплатного дополнительного лекарственного обеспечения, в то время как доля обратившихся инвалидов за выполнением иных реабилитационных мероприятий в отдельных территориях составляет от 8 до 65% (Орлова С.Ю., 2019).

Проведенные исследования свидетельствуют о положительных результатах программы по борьбе с сосудистыми поражениями головного мозга, которая проводится в Российской Федерации, а также межведомственного взаимодействия различных служб в ходе реабилитации больных после ЦИ с использованием доменов МКФ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо усиление контроля за полнотой выполнения реабилитационных мероприятий по всем видам реабилитации; а также разработка и совершенствование критериев и механизмов оценки эффективности реабилитации инвалидов трудоспособного возраста после перенесенных ЦИ.

2. Показатели первичной инвалидности вследствие ЦИ в мегаполисе являются объективной основой для определения потребностей данной категории граждан в мерах социальной защиты и помощи, реабилитационных

мероприятиях, включая мероприятия по медицинской, профессиональной реабилитации.

3. Для улучшения показателей реабилитации после перенесенного ЦИ в мегаполисе необходимо наличие тесного межведомственного взаимодействия служб здравоохранения, медико-социальной экспертизы и социальной защиты.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Данная тема исследования, с учётом значимости ЦВ заболеваний, важности лечебно-реабилитационных и медико-социальных проблем для больных и инвалидов после перенесенных ЦИ, обязательно будет продолжена. С учётом необходимости межведомственного взаимодействия различных организаций в нашей стране для успешной реабилитации больных и инвалидов, исследования в данном направлении должны быть продолжены в различных медицинских и социально-гигиенических работах, особенно с учётом принципов, заложенных в МКФ.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ломоносова, О.В. Первичная инвалидность лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста как медико-социальный индикатор состояния здоровья и постарения населения в Российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов и соавт.// **Клиническая геронтология.** – 2017. – Т.23, №7-8. – С. 28-36.

2. Ломоносова, О.В. Инвалидность лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста как медико-социальный индикатор состояния здоровья и постарения населения в Российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов и соавт. // **Успехи геронтологии.** – 2017. – Т.30, № 3. – С. 398-402.

3. Ломоносова, О.В. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге за 2014-2016гг

/Р.К. Кантемирова, Е.В. Кароль, О.В. Ломоносова и соавт.// **Кардиоваскулярная терапия и профилактика.** – 2017. – Т. 16, № S1. – С. 36-37.

4. Ломоносова, О.В. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге в 2014-2016гг. / Р.К. Кантемирова, Е.В. Кароль, О.В. Ломоносова и соавт.// **Профилактическая медицина.** – 2017. – Т 20, №1-2. – С. 27-28.

5. Ломоносова, О.В. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов и соавт.// **Клиническая геронтология.** – 2017. – Т. 30, № 4. – С. 498-504.

6. Ломоносова, О.В. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге в 2014-2016гг. /Е.В. Кароль, О.В. Ломоносова и соавт. // **Кардиоваскулярная терапия и профилактика.** – 2017. – Т. 16. – С. 36.

7. Ломоносова, О.В. Современные тенденции общей инвалидности на фоне постарения РФ / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирева, М.В. Коробов и соавт. // **Клиническая геронтология.** – 2017. – Т. 23, № 5-6. – С. 44-50.

8. Ломоносова, О.В. Сравнительный анализ структуры первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Санкт-Петербурге за 2015-2017гг / Р.К. Кантемирова, З.Д. Фидарова, О.В. Ломоносова и соавт. // **Кардиоваскулярная терапия и профилактика.** – 2018. – Т. 17, № S. – С. 32-33.

9. Ломоносова, О.В. Вопросы комплексной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге в 2017 году/ Е.В. Кароль, О.В. Ломоносова и соавт. // **Кардиоваскулярная терапия и профилактика.** – 2018. – Т. 17, № S. – С. 33-34.

10. Ломоносова, О.В. Методические основы экспертной оценки потребности инвалидов в приспособлении (адаптации) жилья / О.Н. Владимирова, С.Н. Пузин, Л.А. Кожушко и соавт. // **Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2019. – №2. – С. 58-75.

11. Ломоносова, О.В. Современные подходы к определению потребностей инвалидов в мерах профессиональной реабилитации и абилитации / О.Н. Владимирова, О.В. Ломоносова // Материалы по итогам XIV международной научно-практической конференции «Современный менеджмент: проблемы и перспективы». – 2019. – С. 681-685.

12. Ломоносова, О.В. Современные тенденции первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в мегаполисе / О.В. Ломоносова, В.Г. Помников, О.Н. Владимирова и соавт. // **Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова.** – 2019. – Т. 119, № 6. – С. 91-95.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы

ВПИ – впервые признанные инвалидами

ГБ МСЭ – главное бюро медико-социальной экспертизы

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации/абилитации инвалида

МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

ОЖД – ограничения жизнедеятельности

САК – субарахноидальное кровоизлияние

ФКУ – федеральное казённое учреждение

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

ЦИ – церебральный инсульт

ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

ЛСТВ – лица старше трудоспособного возраста

ЛТВ – лица трудоспособного возраста