

ТАРАНЦЕВА  
ВАЛЕРИЯ МИХАЙЛОВНА

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
И ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ ВНЕДРЕНИЯ  
В КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНУЮ ПРАКТИКУ МЕЖДУНАРОДНОЙ  
КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург  
2020

Работа выполнена в ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор Помников Виктор Григорьевич

Официальные оппоненты: Вознюк Игорь Алексеевич  
доктора медицинских наук, профессора, заместителя  
директора по научной и учебной работе ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Михайлов Владимир Алексеевич  
доктора медицинских наук, заместителя директора  
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» МО РФ

Защита состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в \_\_\_\_\_ час. на заседании диссертационного совета Д 208.054.02 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (191014, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12)

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

Автореферат разослан «\_» \_\_\_\_\_ 2020 г.

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

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

Сосудистые заболевания головного мозга в течение последних десятилетий остаются важнейшей проблемой клинической и клинико-экспертной неврологии в нашей стране. Большая и растущая распространённость церебральных инсультов (ЦИ) в России, высокий процент инвалидизации и смертности населения вследствие данной патологии (в том числе и среди лиц в трудоспособном возрасте), наметившаяся тенденция «омоложения» ЦИ предопределяют актуальность данной темы (Михайлов В.А. и соавт., 2015, 2018; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017; Алфёрова В.В. и соавт., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Гусев Е.И. и соавт., 2019; Ломоносова О.В. и соавт., 2019).

Для развития системы реабилитационной помощи в 2001 году была создана существующая версия Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (МКФ, 2001; Шостка Г.Д. и соавт., 2003). Всемирная организация здравоохранения рекомендует внедрение МКФ в практику медицинской и социальной реабилитации, сбор данных об инвалидности с использованием МКФ, создание компьютерных программ и мобильных приложений для практического использования МКФ и повышения на этой основе качества и доступности реабилитации для всех людей на планете (ВНО, 2018). Данная концепция требует обязательно разработки методики практического применения МКФ в научных и научно-практических исследованиях (Коробов М.В., 2011; Буйлова Т.В., 2013; Мельникова Е.В. и соавт., 2017; Иванова Г.Е. и соавт., 2018; E.J.P.R.M, 2018).

Имеются данные об эффективности использования мультидисциплинарного принципа работы реабилитационной бригады у больных с инсультом (Сычёва А.В., 2008; Шмонин А.А. и соавт., 2017; Stroke Uni, 2013). Однако исследования, в которых можно было бы продемонстрировать эффективность реализации всех упомянутых принципов вместе, а также с одновременным использованием МКФ единичны (Шмонин А.А. и соавт., 2017; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., 2018).

### Степень разработанности темы

Исследования, посвящённые реабилитации больных, перенесших ЦИ, активно проводятся во всем мире по многим направлениям. В последние годы в России, благодаря принятию общегосударственных программ по борьбе с церебральной сосудистой патологией, получены очень важные и положительные результаты. Тем не менее, необходимо стараться использовать новые подходы к реабилитации больных и инвалидов с использованием принципов, заложенных в МКФ, особенно с учётом целесообразности межведомственного взаимодействия в этих вопросах в нашей стране, что приведёт не только к улучшению качества жизни большой группы сосудистых больных, но и улучшит экономическую составляющую в обществе.

### Цель исследования

Повышение эффективности существующей модели реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт, на основе изучения проводимых реабилитационных мер и дополнения организационных механизмов, позволяющих положительно влиять на состояние их жизнедеятельности (на примере больных Ростовской области) с учётом внедрения в клиничко-экспертную практику принципов, заложенных в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

### Задачи исследования

1. Изучить клиничко-функциональные особенности ЦИ у больных и инвалидов трудоспособного возраста для определения основных категорий жизнедеятельности, к ограничению которых приводят нарушенные функции при ЦИ и степень их выраженности.

2. Выявить социально-гигиенические особенности первичной инвалидности вследствие ЦИ у лиц трудоспособного возраста в Ростовской области в динамике за 2015-2017 годов в условиях до и после внедрения принципов, заложенных в МКФ при освидетельствовании граждан в бюро медико-социальной экспертизы

3. Исследовать потребности больных и инвалидов трудоспособного возраста

вследствие ЦИ в мерах реабилитации с учётом существующей модели для оценки эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации /абилитации) .

4. Усовершенствовать организационную модель, позволяющую реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста после ЦИ к общественно-полезному труду и интегрировать их в общество с учётом принципов, заложенных в Конвенции о правах инвалидов и внедрения в клиничко-экспертную практику МКФ.

#### Научная новизна исследования

При проведении данной работы получены новые научные сведения о динамике первичной инвалидности вследствие ЦИ среди населения трудоспособного возраста в Ростовской области за 3-летний период (2015-2017гг.). Некоторые показатели использованы и по результатам 2018 года. Впервые изучены клиничко-функциональные особенности ЦИ, а также социально-гигиенические особенности первичной инвалидности у больных трудоспособного возраста, проживающих в Ростовской области в период до и после внедрения в клиничко-экспертную практику основных принципов, заложенных в МКФ.

Впервые проведено изучение потребностей этой категории больных и инвалидов в мерах реабилитации и эффективности реализации индивидуальной программы реабилитации/абилитации (ИПРА) инвалидов на современном этапе. Выявлены существующие организационные и медико-социальные недоработки организации реабилитации больных и инвалидов после ЦИ. Усовершенствована организационная модель, позволяющая реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста после ЦИ к общественно-полезному труду с учётом положений Конвенции о правах инвалидов и МКФ.

#### Теоретическая и практическая значимость исследования

На основе проведенного исследования была сформирована доказательная база, позволившая разработать и внедрить эффективные организационные техно-

логии реабилитации, направленные на снижение инвалидности среди населения трудоспособного возраста после ЦИ с учётом принципов, заложенных в МКФ.

Полученные научные данные о динамике первичной инвалидности среди трудоспособного населения были использованы при разработке целевых программ Ростовской области в области здравоохранения и социальной защиты населения, региональной программы модернизации здравоохранения Ростовской области на 2016-2018 годы.

За счет реализации региональных программ, разработанных, в том числе, на основе результатов исследования, в 2017-2018гг. снизился уровень первичной инвалидности вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста с 2,6 в 2015г. до 2,3 в 2016-2017гг.; снизился удельный вес лиц трудоспособного возраста в структуре впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЦИ с 41,4% в 2015г. до 36,9% в 2016г. и до 27,9% в 2017г.; выросли показатели суммарной реабилитации с 3,9% в 2015г. до 5,3% в 2016г., 10,4% в 2017г. и 10,8% в 2018г. при высокой достоверности полученных показателей.

#### Методология и методы исследования

Методология исследования базировалась на теоретических и практических сведениях отечественной и зарубежной неврологии, а также смежных дисциплин и включала основные принципы диагностики, лечения, реабилитации, медико-социальной экспертизы больных с церебральным инсультом в отдельном регионе с учётом возможности использования принципов, заложенных в МКФ. Все пациенты были обследованы с проведением необходимых методов. Им были проведены лечебные и реабилитационные мероприятия в необходимом объёме.

#### Положения, выносимые на защиту

1. Разработанный вариант комплексной реабилитации больных с ЦИ в условиях межведомственного взаимодействия может служить организационным механизмом, позволяющим реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста к общественно-полезному труду и интегрировать их в общество.

2. В Ростовской области отмечают в последние годы благоприятные тен-

денции в виде снижения I и роста III группы первичной инвалидности вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста, что позволяет в перспективе добиться хорошего восстановления нарушенных функций именно у инвалидов III группы.

3. В контингенте ВПИ вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт с преобладанием пяти групп нарушений в виде двигательного пирамидного дефекта, психических нарушений, речевой патологии, вестибуло-атактического, бульбарного и псевдобульбарного синдромов; ограничения жизнедеятельности (ОЖД) наиболее часто представлены в категориях: «способность к трудовой деятельности», «способность к самообслуживанию» и «способность к самостоятельному передвижению».

4. Выявленные нарушения здоровья с анализом основных синдромов и нарушенных функций организма, определением видов ОЖД у инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ и потребностей в различных мерах социальной защиты, являются методической основой для проведения медико-социальной экспертизы в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ).

#### Степень достоверности и апробация результатов работы

Основные материалы диссертации доложены и обсуждены на Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической неврологии» – Ежегодные Давиденковские чтения (Санкт-Петербург, 2016, 2018гг.), на научно-практических конференциях неврологов Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием (г.Сыктывкар, 2016-2019гг.), на Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации» (г.Минск, 2017г.), на Всероссийской научно-практической конференции «Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения» (Санкт-Петербург, 2017, 2019 гг.), на Международном конгрессе, посвящённом Всемирному дню инсульта (Москва, 2017г.), на XI Всероссийском съезде неврологов и IV конгрессе Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (Санкт-Петербург, 2019г.).

### Внедрение результатов в практику

Результаты исследования внедрены в клинично-экспертно-реабилитационную практику экспертного состава №5 Федерального казённого учреждения (ФКУ) «Главное БМСЭ по Ростовской области» Минтруда России. Выводы и основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации института усовершенствования врачей-экспертов (Санкт-Петербург).

### Публикации

По теме диссертации подготовлено и опубликовано 9 печатных работ, в том числе 4 в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации для публикаций основных положений диссертаций на соискание ученой степени (1 из них в журнале, цитируемом по списку SCOPUS).

### Личный вклад автора в получении результатов

Личное участие соискателя включает подбор пациентов для исследования, формирование цели и задач диссертации, создание базы фактических данных с анализом полученных результатов и статистической обработкой полученных сведений, обсуждение и подготовку полученных результатов, основных положений и выводов работы.

### Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 150 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, сведений о базе, материалах и методах исследования, 2-х глав собственных результатов, заключения, выводов и практических рекомендаций, перспектив дальнейшего исследования темы, списка литературы и приложения. Работа иллюстрирована 3 рисунками, 19 таблицами, содержит список сокращений и условных обозначений, список литературы, включающий 217 источников, в том числе: 144 отечественных и 73 иностранных авторов.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

### Общая характеристика обследованных больных

Единица наблюдения в настоящем исследовании – больной трудоспособного возраста (18-65 лет), перенесший ЦИ.

Непосредственно исследование проводилось в 4 этапа.

На первом этапе исследование проводилось сплошным методом, т.е. в выборку были включены все лица указанного трудоспособного возраста, которые по результатам освидетельствования впервые были признаны инвалидами за период с 2015 по 2017 годы включительно. Для исследования показателей и социально-гигиенических особенностей первичной инвалидности вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста в Ростовской области использовалась электронная база данных граждан, прошедших освидетельствование в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2015-2017, и некоторые данные за 2018 год, сформированная с помощью программного обеспечения единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы (ЕАВИИАС), актов освидетельствования граждан в комиссиях ФКУ «Главное Бюро МСЭ по Ростовской области» за 2015-2018 годы. На данном этапе объём исследования включал в себя несколько тысяч инвалидов (3339 из них после перенесённого ЦИ).

На втором этапе исследование проводилось также сплошным методом. Объём наблюдений составил 908 больных с ЦИ. Для второго этапа были определены следующие учетные признаки: код диагноза в соответствии с МКБ-10 – I60, I61, I62, I63, I64, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4; клинико-функциональный диагноз с указанием типа инсульта, основных инвалидизирующих синдромов, ОЖД и степени их выраженности. В соответствии с данными учетными признаками была проведена статистическая группировка данных. В ходе второго этапа проведен анализ клинико-функциональных особенностей ЦИ, выявлены основные нарушения функций организма и категории ОЖД, к которым приводит ЦИ у лиц трудоспособного возраста, изучена степень их выраженности.

На третьем этапе исследования изучались потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в медицинской, профессиональной и социаль-

ной реабилитации. Источники информации – ИПРА инвалидов, изучено 200 ИПРА инвалидов, прошедших повторное освидетельствование в 2017 году. Из общего числа изученных ИПРА 16 были разработаны инвалидам I группы; 121 ИПРА – инвалидам II группы; 63 ИПРА – инвалидам III группы. В ходе третьего этапа проведено исследование организационной модели реабилитации, существующей в Ростовской области. С целью изучения состояния организации медицинской помощи больным с ЦИ на территории Ростовской области на примере лиц, направленных на МСЭ, были исследованы медико-экспертные документы (Направление на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь - форма №088-у, акты освидетельствования в БМСЭ). Исследование проводилось методом случайной выборки. Объем наблюдений составил 100 граждан трудоспособного возраста, перенесших ЦИ в 2016 году, прошедших освидетельствование в филиалах ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2017 году.

На заключительном этапе проводилась статистическая обработка полученных данных с помощью программного обеспечения «ЕАВВИАС», 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». На всех этапах диссертант также принимала участие в очных освидетельствованиях и осмотрах тематических больных, перенесших ЦИ.

#### Результаты собственных исследований и их обсуждение

Численность населения Ростовской области на начало 2018 года составила 4220452 человека.

В 2015 году (таблица 1) всего были ВПИ вследствие болезней системы кровообращения 7554, причём в возрасте от 18 до 55 лет таких лиц было 4453. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) послужили причиной определения инвалидности впервые в этот год у 2653 больных, в возрасте от 18 до 55 лет таких пациентов было 1135.

Таблица 1 – Впервые признанные инвалидами в Ростовской области за 2015 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВБ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

Причина	Всего	В возрасте от 18 до 44 лет	В возрасте от 45 до 55 лет	Всего в возрасте от 18 до 55 лет
Всего	21796 (100%)	5472 (25,1 %)	7697 (35,3%)	13169 (60,4%)
Болезни системы кровообращения	7554 (34,7%)	1141 (5,2%)	3312 (15,2%)	4453 (20,4%)
ЦВБ	2653 (20,3 %)	232 (1,1%)	903 (4,1%)	1135 (5,2%)

Достаточно схожие показатели по аналогичным данным имели место и за 2016 год. Так, всего ВПИ вследствие болезней системы кровообращения были 7392, из них в возрасте от 18 до 55 лет – 4287, а вследствие ЦВБ всего ВПИ было 2658 из них в возрасте от 18 до 55 лет – 1225. Несколько иная картина наблюдалась по аналогичным показателям в 2017 году. Так, впервые были признаны инвалидами вследствие болезней системы кровообращения 6076 человек (в 2016г. – 7392), а вследствие ЦВ заболеваний всего ВПИ 2300, в 2016 году – 2658 человек.

Отметим, что до 2016 года практически на всей территории России отмечалось увеличение показателей заболеваемости инсультом, количества ВПИ вследствие ЦИ и т.п. Только в последние годы, начиная с 2016, появились четкие положительные тенденции в этом направлении в отдельных регионах нашей страны.

Распределение по типам инсульта контингента впервые признанных инвалидами вследствие церебрального инсульта среди населения трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет)

С целью изучения структуры первичной инвалидности среди взрослого населения трудоспособного возраста по типам инсульта все пациенты, ВПИ в 2015-2017 годах, были разделены на группы в соответствии с диагнозом, закодированного по МКБ –10.

При анализе особенностей ЦИ в Ростовской области за 3 года выявлено, что впервые были признаны инвалидами вследствие ЦИ 3339 человек трудоспособного возраста (в среднем в год 1113 человека). В данном разделе мы анализировали уже возрастную категорию от 18 до 60 лет, с учётом реформирования пенсионного законодательства и появления данных о продлении трудоспособного возраста до 65 лет (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение по типам инсульта контингента ВПИ вследствие ЦИ среди населения трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) в Ростовской области за 2015-2017гг.

Годы	Всего инвалидов вследствие ЦИ	САК I60, I69.0	ВМК I61, I69.1	Другое нетравматич. ВМК I62, I69.2	ИМ I63, I69.3	Неуточ. как К или ИМ I64, I69.4
2015	1174	59	106	10	975	24
2016	1134	49	106	13	942	24
2017	1031	42	119	7	838	25

Примечание: САК – субарахноидальное кровоизлияние; ВМК – внутримозговое кровоизлияние; ИМ – инфаркт мозга. Количество ИМ по отношению к другим типам инсульта достоверно ( $P < 0.05$ ). Количество инвалидов вследствие ЦИ в 2017г. достоверно по отношению к 2015 и 2016гг. ( $P < 0,05$ ).

Характерно, что 2015 и 2016 годы по данному показателю значительно не различаются, но в 2017 году инсультов, по сравнению с предыдущими годами, стало меньше на более 100 случаев с высокой достоверностью полученных показателей ( $P < 0,05$ ). Аналогичные заключения могут быть сделаны и по количеству церебральных ишемических инсультов, после которых было освидетельствовано в БМСЭ 975 больных в 2015 году, 942 человека в 2016 году и более чем на 100 меньше – 848 – в 2017 году. Эти показатели также достоверны в 2017 году по отношению к 2015 и 2018 при  $P < 0,05$ .

За 2015-2017 годы структура первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста с учётом типа инсульта представлена следующим образом: удельный вес инвалидов вследствие ишемического инсульта составляет 82,5%; вследствие внутримозгового кровоизлияния – 10,0%, доля инвалидов вследствие САК составила 4,5%. Остальную часть (3,0%) составляют инвалиды, в том числе с

другим нетравматическим кровоизлиянием – 0,9% случаев, и инвалиды у которых в диагнозе не отмечен механизм развития инсульта (ишемический или геморрагический) – 2,1%.

Последующий анализ был сделан на основании изучения нами ВПИ граждан в возрасте от 18 до 55 лет, перенесших ЦИ в первые 2-3 месяца (январь-март) текущего года и признанных инвалидами вследствие нарушенных функций, приведших к ОЖД и необходимости социальной защиты и прошедших освидетельствование в БМСЭ до 1 июля этого же года, причём, случился инсульт именно в изучаемом году. Среди ВПИ люди указанного возраста составили за исследуемый период 225-217 и 149 человек также при  $P < 0,05$  показателя 2017 года по сравнению с 2015 и 2016 годами. Всего за данный период были ВПИ 591 человек, в среднем ежегодно 197. При изучении тяжести инвалидности установлено, что число ВПИ 1 группы было невысоким и составило в динамике 25-27 и 24 человека. Всего за данный период среди лиц в возрасте от 18 до 55 лет инвалидами 1 группы было признано 76 человек (в среднем за указанный период 1 года 25 человек). Удельный вес инвалидов 1 группы по данному разделу среди изученных случаев составил 12,9%, что меньше, чем по данным аналогичных исследований (но в них рассматривался возраст от 18 до 60 лет и в более ранние годы).

Мы считаем, что тенденция к снижению указанных показателей к 2017 году связана с активно проводимыми мероприятиями в России по проведению «Сосудистой программы...» (Скворцова В.И. и соавт., 2018), а также внедрением в клинично-экспертную практику фактически с 2016 года «Классификаций и критериев, используемых при проведении МСЭ граждан.....», которые составлены с учётом основных принципов, заложенных в МКФ. Данные классификации позволяют более качественно и объективно проводить освидетельствование граждан в БМСЭ с оценкой нарушенных функций, в частности вследствие ЦИ, и имеющихся ОЖД. Важно, что увеличение количества инвалидов III группы в 2016 году по сравнению с аналогичным периодом 2015 (73 и 65 человек) свидетельствует об улучшении реабилитационной составляющей, что и поз-

воляет в ближайшие месяцы после ЦИ определять чаще именно III группу инвалидности. Важно, что удельный вес III группы инвалидности за изученный период составил 29-33,6 и достиг 43% в 2017 году при  $P < 0,05$  в сравнении данных 2017 года с аналогичными показателями 2015 года. Именно инвалиды III группы в указанном возрасте при проведении качественных реабилитационных мероприятий, особенно при тесном межведомственном взаимодействии, способны к возвращению к полноценной жизни и труду вне группы инвалидности.

#### Характеристика основных категорий жизнедеятельности у инвалидов трудоспособного возраста, к которым приводит церебральный инсульт

Нами проведено изучение имеющих ОЖД у ВПИ вследствие инсульта у лиц в возрасте от 18 до 55 лет. Данный показатель очень важен для системы здравоохранения и МСЭ, так как позволяет целенаправленно планировать реабилитационные мероприятия, направленные на уменьшение выраженности тех или иных ОЖД, с учётом рекомендаций МКФ в условиях межведомственного взаимодействия в данном направлении.

Большое разнообразие клинических проявлений последствий ЦИ у лиц трудоспособного возраста ВПИ и имеющиеся нарушения функций организма сформировали 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 и ограничение способности к самостоятельному передвижению (более 90% инвалидов). Отметим также, что степени ограничения жизнедеятельности имели значение для планирования конкретно тех или иных методов реабилитации в определённый период времени для качественного восстановления нарушенных функций.

#### Клинико-функциональная характеристика контингента инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта

##### Клинические проявления церебрального ишемического инсульта

С учётом задач исследования были обследованы 200 граждан трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет), из них 58 женщин и 142 мужчины. ВПИ вследствие ЦИ ишемической природы в 2017 году при освидетельствовании их в БМСЭ, при необходимости изучались представленные выписки из карт стационарных больных, данные дополнительных методов исследования. Согласно установленным в БМСЭ диагнозам, клиническая картина ЦИ складывалась из следующих синдромов. Отметим, что в 2017 году освидетельствование больных после инсульта осуществлялось с учётом Классификаций и критериев, разработанных с учётом основных принципов МКФ.

В исследуемой группе у инвалидов преобладали двигательные пирамидные нарушения в виде парезов и параличей конечностей. Данные функциональные нарушения установлены у 174 человек, что составило 87% от исследуемой группы.

На втором месте по частоте встречаемости оказались нарушения психической сферы, которые проявлялись в виде когнитивных нарушений, преимущественно умеренно выраженных психоорганического синдрома, эмоционально-волевых нарушений, церебрастенического синдрома. Психические нарушения установлены у 146 человек, что составило 73%, и представлены несколькими группами нарушений и синдромов:

Третьим по значимости и распространённости постинсультным дефектом в настоящем исследовании оказалась патология речи, которая делится на две основные группы: афазию и дизартрию. Последствия ЦИ проявились в виде речевого дефекта у 83 инвалидов, что составило 41,5%. При этом 61 инвалид страдал афазией, или 30,5% от исследуемой группы, а 22 человек – дизартрией, или 11,0%.

Вестибуло-атактические нарушения были диагностированы у 63 человек – это 31,5% от исследуемой группы. У 32 человек при освидетельствовании выявлены бульбарные и псевдобульбарные нарушения, их доля в общем числе инвалидов составила 16,0%.

На долю инвалидов, имеющих после ЦИ нарушения зрительных функций, приходится 5% от исследуемого контингента (10 человек). Чуть меньше инва-

лидов – 7 человек, имеющих нарушения функций тазовых органов, что составило 3,5%.

Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации

С целью установления потребности в реабилитационных мероприятиях у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, были изучены ИПРА 200 инвалидов в возрасте от 18 до 60 лет (таблица 3).

Таблица 3 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации

Проведенные мероприятия	Число ИПРА, включающих рекомендации		в т.ч. ИПРА инвалидов		
	абс. чис.	уд. вес, %	I группы	II группы	III группы
Всего ИПРА	200	100	22	107	71
<u>Прогр.: медицинская</u>	<u>200</u>	<u>100</u>	<u>22</u>	<u>107</u>	<u>71</u>
восстановительная терапия	200	100	22	107	71
диетотерапия	64	32	9	43	12
лечебная физкультура	200	100	22	107	71
логопедическая помощь	40	20	9	26	5
массаж	200	100	22	107	71
медикаментозное лечение	196	98	22	107	67
физиолечение	52	26	3	10	39
Санаторно-курортное лечение	90	45	1	26	63
<u>Прогр.: профессиональная</u>	<u>120</u>	<u>60</u>		<u>49</u>	<u>71</u>
<u>Прогр.: социальная</u>	<u>200</u>	<u>100</u>	<u>22</u>	<u>107</u>	<u>71</u>
<u>Прогр.: технические средства и услуги по реабилитации</u>	<u>152</u>	<u>76</u>	<u>16</u>	<u>107</u>	<u>29</u>

При этом 22 человека (11,0%) являлись инвалидами I группы, 107 человек (53,5%) – инвалидами II группы и 71 человек (35,5%) – инвалидами III группы.

Согласно полученным данным у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, выявлена потребность:

1) в мерах медицинской и социальной реабилитации в 100%, в профессиональной реабилитации в 60%, в обеспечении техническими средствами реабилитации в 76%;

2) в медицинской реабилитации в виде восстановительной терапии в 100% и санаторно-курортном лечении – у 45% инвалидов;

3) в социальной реабилитации в виде социально-средовой реабилитации - у 90% инвалидов и адаптивной физической культуры - у 82% инвалидов;

4) в профессиональной реабилитации в 60%;

5) в различных видах технических средств реабилитации – у 76% инвалидов.

Задачей структурных подразделений МСЭ является наиболее полное определение потребностей свидетельствуемых граждан в реабилитационных мероприятиях, так как планомерная, комплексная реабилитация инвалидов может значительно снизить степень инвалидизации и улучшить качество жизни этой категории больных.

#### Эффективность реабилитации инвалидов вследствие церебрального инсульта в трудоспособном возрасте

Материалом для исследования послужила статистическая база данных, а также ИПРА инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, прошедших переосвидетельствование в экспертных подразделениях ФКУ «Главное бюро МСЭ по Ростовской области» в 2015-2017 годы. Некоторые показатели в данном разделе исследования мы использовали и по результатам 2018 года.

За 4 года (2015-2018) в Ростовской области среднее значение показателя полной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста составили не более 4,1%. Данный показатель в динамике имеет тенденцию к улучшению, именно в последние 2 года. Так, в 2015 году он составил 3,2%, снизившись к 3,0% в 2016 году, по итогам 2017 года он вырос до 3,5%, а по итогам 2018 года составил 4,1%.

Таблица 4 – Показатели реабилитации инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, освидетельствованных повторно в 2015-2018 гг.

Годы	Показатель полной реабилитации, %	Показатель частичной реабилитации, %	Показатель суммарной реабилитации, %
2015	3,2	10,6	13,8
2016	3,0	9,1	12,1
2017	3,5	10,3	13,8
2018	4,1	11,4	15,5
Среднее значение показателя	3,4	10,3	13,8,8

Примечание. Показатель полной реабилитации 2018г. достоверен по отношению к 2015 и 2016гг. ( $P < 0,05$ )

Показатель частичной реабилитации несколько выше, чем показатель полной реабилитации. Среднее значение показателя частичной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста составило 10,3%, т.е. такая доля инвалидов была переведена на более легкую группу инвалидности, вследствие уменьшения степени ограничений жизнедеятельности. В целом, в течение 4 лет показатель имел следующие значения: 10,6%-9,1%-10,3%-11,4%. Динамика показателя как полной, так и частичной реабилитации подтверждает высказанные нами ранее тезисы – с учётом наметившихся успехов деятельности сосудистой программы в России и в Ростовской области, а также внедрения в клинично-экспертную практику принципов, заложенных в МКФ – показатели реабилитации с 2017 года среди трудоспособного населения, перенесших ЦИ, улучшаются. Главное, что становится больше людей трудоспособного возраста, которым при повторном освидетельствовании устанавливается совершенно справедливо и объективно более легкая группа инвалидности, что создает возможности включения этих людей в трудовой процесс, пусть и с определёнными ограничениями. Отметим, что в последние годы повысилась эффективность реабилитации (восстановительного лечения) больных трудоспособного возраста в остром периоде ЦИ, их лечат качественнее, процессы восстановления достигают стадии незначительных или умеренных функциональных нарушений.

Соответственно на МСЭ направляют только тех больных, у которых сформировались действительно стойкие умеренные или выраженные нарушения функций. Однако это тема для отдельного исследования.

При изучении 200 программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста было установлено, что практически по всем ИПРА (99%) были проведены реабилитационные мероприятия, однако, лишь 5% программ были реализованы полностью (т.е. все рекомендованные реабилитационные мероприятия были выполнены), 95% ИПРА реализованы частично (таблица 5).

Таблица 5 – Оценка реализации ИПРА инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, освидетельствованных повторно в 2017 году

Реализация разделов ИПРА	Число ИПРА	Выполнено полностью	Выполнено частично	Не выполнено
Всего	200	10 (5%)	186 (93%)	4 (2%)
Программа медицинской реабилитации	200	72 (36%)	124 (62%)	4 (2%)
Программа профессиональной реабилитации	116	18 (15,5%)	76 (65,5%)	22 (19%)
Программа социальной реабилитации	166	50(30,1%)	104 (62,6%)	12 (7,3%)
ТСР и услуги по реабилитации	70	35 (50%)	14 (28%)	21 (30%)

Учитывая новую схему реализации ИПРА отметим, что координация её медицинского раздела отработана в нашей стране на сегодняшний день достаточно хорошо, хотя и требует постоянного контроля. На всех остальных этапах (социальная, профессиональная, в области физической культуры и спорта и т.п.) только при четкой контролирующей функции фонда социального страхования России, на наш взгляд, можно надеяться на выполнение рекомендованного объёма ИПРА, которая разработана врачами БМСЭ. Именно такой вариант при тесном

межведомственном взаимодействии может внести существенный перелом в достижении цели и задач реабилитации больных после ЦИ.

## ВЫВОДЫ

1. В динамике за 2015-2017 годы вследствие ЦИ отмечаются благоприятные тенденции в виде снижения уровня первичной инвалидности: в группе лиц среднего и в группе молодого возраста. В структуре первичной инвалидности хотя и преобладают инвалиды тяжелых групп (I и II групп инвалидности) – 60%, но появилась тенденция к увеличению процента впервые признанных инвалидами после ЦИ III группы ( $P < 0,05$ ), что обусловлено результатами деятельности «Сосудистой программы..» в России и внедрением в клиничко-экспертную практику принципов, заложенных в Международную классификацию функционирования.

2. Большое разнообразие клинических проявлений последствий ЦИ у лиц трудоспособного возраста и имеющиеся нарушения функций организма сформировали ограничения жизнедеятельности практически по всем категориям: ведущими ограничениями, которые имеют место у данной категории инвалидов, являются – ограничение способности к трудовой деятельности (у 100%), ограничение способности к самообслуживанию и ограничение способности к самостоятельному передвижению различной степени выраженности (более 80% инвалидов).

3. Установлена высокая потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мероприятиях по медицинской реабилитации – в 100%, в профессиональной реабилитации – в 60% случаев, в социальной реабилитации – у 90% инвалидов и адаптивной физической культуры – у 82% инвалидов после церебрального инсульта.

4. При переосвидетельствовании установлено, что 5% ИПРА были реализованы полностью, а 95% ИПРА реализованы частично, причём мероприятия медицинской реабилитации эффективны у 42% инвалидов, мероприятия социальной реабилитации – у 55% и мероприятия профессиональной реабилитации – лишь у 16% инвалидов: выявлена

благоприятная тенденция повышения показателей реабилитации у исследуемого контингента, особенно в 2017 и 2018 годах, по сравнению с 2015-2016 годами.

5. В Ростовской области имеется хороший потенциал для реализации модели оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в соответствии с действующим законодательством, а также реализации модели комплексной реабилитации с учетом социального и профессионального аспектов при условии тесного межведомственного взаимодействия органов здравоохранения и социальной защиты. Проведенное социологическое исследование методом анкетирования позволило выявить в качестве причины невыполнения рекомендованных в ИПРА реабилитационных мероприятий низкую обеспеченность бюджетными, приближенными к месту проживания инвалида учреждениями, занимающимися реализацией ИПРА.

6. Особенностью эффективно используемой модели комплексной реабилитации больных трудоспособного возраста, перенесших ЦИ является привлечение к процессу реабилитации специалистов учреждений здравоохранения, МСЭ и ресурсов социальной защиты населения в раннем восстановительном периоде ЦИ, в основе чего лежит система межведомственного взаимодействия с использованием принципов, заложенных в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, что позволяет всем участникам реабилитационного процесса пользоваться общими понятиями и показателями реабилитации в различных системах.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Проведенные исследования свидетельствуют о положительных результатах программы по борьбе с сосудистыми поражениями головного мозга, которая проводится в Российской Федерации.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Полученные результаты проведенного исследования за 2015-2018 годы могут быть использованы как доказательная база необходимости формирования целевых программ по организации комплексной реабилитации больных трудо-

способного возраста, перенесших ЦИ, начиная с раннего восстановительного периода с использованием ресурсов здравоохранения, социальной защиты и учреждений МСЭ при тесном межведомственном взаимодействии.

2. Результаты изучения динамики первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста вследствие ЦИ за 3-летний период и ее закономерностей являются статистическим обоснованием для органов исполнительной власти, системы здравоохранения, системы социальной защиты населения при разработке мероприятий по профилактике инвалидности при данной патологии. Выявленные основные тенденции постинсультной инвалидности должны учитываться при планировании выполнения сосудистых программ.

3. Сведения о структуре потребностей инвалидов вследствие ЦИ в различных видах реабилитационных мероприятий следует учитывать при планировании мер социальной защиты и финансовых ресурсов на эти цели, а также перспектив развития спектра реабилитационных услуг для данной категории больных и инвалидов.

4. Предложенная комплексная реабилитация больных трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, в условиях межведомственного взаимодействия может быть использована как на территории Ростовской области, так и в других субъектах Российской Федерации.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

## СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Таранцева, В.М. Нарушения основных категорий жизнедеятельности, к которым приводит церебральный инсульт у инвалидов трудоспособного возраста / В.Г. Помников, В.М. Таранцева, О.А. Черкасова и соавт. // Актуальные проблемы неврологии: Материалы девятой научно-практ. конф. неврологов Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации с межд. участием. – Сыктывкар, 2016. – С. 90–92.

2. Таранцева, В.М. Церебральный инсульт: нарушение функций и категории ограничения жизнедеятельности / В.Г. Помников, О.А. Черкасова, В.М. Таранцева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. В.18, Минск, 2016. – С. 87–90.

3. Таранцева, В.М. Церебральный инсульт и оценка нарушенных категорий ограничения жизнедеятельности в настоящее время / В.Г. Помников, В.М. Таранцева, З.М. Махтибекова и соавт. // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2016. – № 9. – С. 20–22.

4. Таранцева, В.М. Нарушение функций и категории ограничения жизнедеятельности при церебральном инсульте / В.Г. Помников, О.А. Черкасова, В.М. Таранцева и соавт. // Материалы 18 Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Давиденковские чтения». – Санкт-Петербург, 2016. – С. 206-208.

5. Таранцева, В.М. Определение двигательного режима и профилактика падений у больных в остром периоде церебрального инсульта с помощью теста Тиннети и вегетативных проб / В.Г. Помников, И.В. Саковский, В.М. Таранцева и соавт. // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2017. - № 9. – С. 25–28.

6. Таранцева, В.М. Диагностика когнитивных нарушений сосудистого и посттравматического генеза и возможности их коррекции у пострадавших / В.Г.

Помников, Н.Г. Магомедова, С.Н. Жулёв и соавт. // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2017. - № 2 (85). – С. 54-59.

7. Таранцева, В.М. Назначение двигательного режима у больных в остром периоде церебрального инсульта на основании теста Performance Oriented Mobility Assessment в модификации M.Tinetti (1986), функциональных нагрузочных проб и скрининговой оценки зрительно-пространственных нарушений /А.Н. Алёхин, И.В. Саковский, В.В. Кемстач и соавт. // **Артериальная гипертензия.** – 2019. –Т. 25, № 2. – С. 169-175.

8. Таранцева, В.М. Важность использования принципов, заложенных в Международной классификации функционирования для качественной оценки реабилитационных мероприятий при церебральных инсультах / В.Г. Помников, В.М. Таранцева, Н.Л. Абазиева и соавт. // **Вестник Российской Военно-медицинской академии.** – 2019. – № 3 (67). – С. 219.

9. Таранцева, В.М. Рено-кардиоцеребральный континуум в остром периоде церебрального инсульта и исход основного заболевания / В.Г. Помников, И.В. Саковский, В.М. Таранцева и соавт. // **Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова.** – 2019. – Т. 119, № 5. – С. 459.

#### 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, ограниченной жизнедеятельности и здоровья
ОЖД	–	ограничения жизнедеятельности
САК	–	субарахноидальное кровоизлияние
ФКУ	–	федеральное казённое учреждение
ЦВБ	–	цереброваскулярные болезни
ЦИ	–	церебральный инсульт

