

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ» МИНТРУДА РОССИИ.

На правах рукописи

ГАФУРОВА
ДИАНА УМАРОВНА

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ И ИХ ОСОБЕННОСТИ
У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.

14.01.11 – нервные болезни

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Санкт-Петербург

2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.	4
ВВЕДЕНИЕ.	6
ГЛАВА I. АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ.	17
1.1 Современные возможности реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт	17
1.2 Эпидемиологические показатели острых цереброваскулярных заболеваний по данным популяционных регистров в России	22
1.3 Факторы риска острых цереброваскулярных заболеваний.	30
1.4 Современные подходы к медико-социальной экспертизе больных, перенесших церебральный инсульт при наличии нарушенных функций. Внедрение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в клинико-экспертную практику для улучшения показателей реабилитации данных больных и инвалидов	37
1.5 Методические основы инвалидности и медико-социальной экспертизы с учётом положений Международной классификации функционирования и в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов.	41
ГЛАВА II. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ.	48
2.1 Общая характеристика обследованных больных.	48
2.2 Методики клинико-инструментального обследования больных. ...	49
2.3 Характеристика использованных методов лечения.	56
2.4. Статистический этап обследования.	56
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	58
3.1 Клинико-экспертные особенности больных с церебральными	

инсультами, проживающими в сельской и городской местности.	58
3.2 Нарушение функций при церебральных инсультах у сельских и городских жителей, приводящие к ограничениям жизнедеятельности и определению инвалидности	69
3.3 Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	96
ВЫВОДЫ	111
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	114
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	
ИССЛЕДОВАНИЯ	115
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	116
ПРИЛОЖЕНИЕ	155

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	артериальная гипертензия
АД	артериальное давление
БМСЭ	бюро медико-социальной экспертизы
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГИ	геморрагический инсульт
ДЛ	дислипидемия
ДС	дуплексное сканирование
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИИ	ишемический инсульт
ИМ	инфаркт миокарда
ИПРА	индивидуальная программа реабилитации/абилитации инвалида
КТ	компьютерная томография
ЛПВП	липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	липопротеиды низкой плотности
ЛФК	лечебная физкультура
МАГ	магистральные артерии головы
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МРТ	магнитно-резонансная томография
НАБИ	– Национальная ассоциация по борьбе с инсультом
ОЖД	ограничения жизнедеятельности
ОНМК	острые нарушения мозгового кровообращения
РД	Республика Дагестан
РФ	Российская Федерация
СД	сахарный диабет
США	Соединённые Штаты Америки
ТСР	технические средства реабилитации
УЗДГ	ультразвуковая доплерография

ЦВБ	цереброваскулярные болезни
ЦВЗ	цереброваскулярные заболевания
ЦВП	цереброваскулярная патология
ЦИ	церебральный инсульт
ФП	фибрилляция предсердий
ФР	факторы риска
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭХО-КГ	эхо-кардиография
ЭЭГ	электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Церебральный инсульт (ЦИ) остаётся одной из наиболее важных проблем клинической и экспертной неврологии, как в мире, так и в России. Это объясняется значительной распространённостью, высокой смертностью и инвалидизацией населения, при этом отмечался рост данных показателей в течение последних лет в России (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Суслина З.А. и соавт., 2009, 2014, 2016; Клемешева Ю.Н., 2010; Гусев Е.И. и соавт., 2013, 2014; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Feigin V.L. et al., 2003). Общее количество проживающих на нашей планете людей, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в настоящее время составляет свыше 50 млн. человек. Пациенты, пережившие инсульт, составляют 1% населения мира (Sudlow C., 2006).

Ежегодно в мире ЦИ переносят 5,6 - 6,6 - 20 млн. человек. (Евзельман М.В., 2006; Гусев Е.И., Коновалов А.Н., 2015), причём, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2011 году смертность от инсульта в мире составила 6,2 млн. человек (ВОЗ. 2013), в мире регистрируется 1,0 – 3,0 случаев инсультов на 1000 населения в год. Показатели заболеваемости ЦИ в мире различны, В странах Западной Европы они колеблются от 1,46 до 3,08 на 1000 жителей в год, а в различных регионах Соединённых Штатов Америки (США) – от 1,35 до 2,12 на 1000 жителей (Скворцова В.И., Платонова В.А., 2002; Суслина З.А. и соавт., 2009, 2014; Клемешева Ю.Н., 2010; Голдобин В.В., 2017; Feigin V.L. et al., 2003). По сведениям А.А. Скоромца и В.В. Ковальчука, частота вновь выявленных случаев ОНМК колеблется от 1,0 до 2,0 на 1000 тыс. населения в год. Среди индустриально развитых стран этот показатель наиболее высок в Японии – 2,13, а самый низкий – в Канаде, Франции, Дании – 1,2–1,25 (Скоромец А.А., Ковальчук В.В., 1998). Показатели летальности от ЦИ являются одними из

самых высоких в мире: в экономически развитых странах смертность от инсульта оценивается в 11-12%, при этом смертность населения в России от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в 4 раза выше, чем в Канаде и США (Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., 2011; Bravata D.L. et al., 2003; Lopez A.D. et al., 2006)

В России частота ЦИ составляет 3,7-4,0 случая на 1000 человек в год (Айриян Н.Ю., 2006), а частота первичного инсульта – 2,0-2,5 (Верещагин Н.В. и соавт., 2002; Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2005, 2008; Айриян Н.Ю., 2006; Трошин В.Д. и соавт., 2006; Стаховская Л.В. и соавт., 2013; Суслина З.А. и соавт., 2016). Частота возникновения инсульта связана с возрастом: в 50-59 лет этот показатель составляет 7,4, в возрасте 60-69 лет – 20,0 на 1000 населения. В последние десятилетия отмечается увеличение распространённости ЦИ среди лиц трудоспособного возраста. (Айриян Н.Ю., 2006; Клемешева Ю.Н., 2010; Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., 2017). В.И. Скворцова подчеркивала, что вероятность возникновения ЦИ у мужчин на 30% больше, чем у женщин. Это различие наблюдается в возрастной группе от 45 до 64 лет (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Скворцова В.И., 2007).

Большая территориальная протяженность нашей страны, разнородность географических, экологических и этнических факторов определяют специфику ЦВЗ в России. В.И. Скворцова и И.А. Платонова (2002) указывали на увеличение частоты ЦВЗ и инсульта в направлении с запада на восток, а также на влияние фактора урбанизации на эпидемиологические показатели. В больших городах с населением более 1 млн. человек частота ЦИ достоверно выше (Санкт-Петербург – 3,8/1000 населения), чем в городах с населением до 500 000 человек (Владимир – 2,7/1000 населения) и сельской местности (Владимирская область – 1,5/1000 населения) (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Скворцова В.И., 2007; Стаховская Л.В. и соавт., 2014).

В группе заболеваний нервной системы, приводящих к инвалидности, сосудистая патология занимает первое место (40-59%), причём в 60% случаев

(в основном из-за выраженного двигательного дефекта) определяется II группа инвалидности, а в 25-30% – I группа. К труду без ограничений возвращаются не более 15-17% больных трудоспособного возраста, перенёсших инсульт. Показатели же полной и частичной реабилитации у них в 2 раза ниже, чем при других заболеваниях и травмах нервной системы (Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2006; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Костенко Е.В. и соавт., 2019).

По данным Регистра инсульта Научного центра неврологии Российской академии наук, к концу острого периода (т.е. через 3 недели с момента развития инсульта) гемипарезы наблюдаются у 81% больных, в том числе гемиплегия – у 11%, грубый и выраженный гемипарез – у 11%, умеренный и легкий – у 59% пациентов. Речевые нарушения являются вторым по частоте постинсультным синдромом, приводящим к тяжёлой инвалидности больных. К концу острого периода афазия наблюдается у 35% больных, дизартрия – у 13% (Суслина З.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2009, 2014; Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., 2017).

Частота инсультов у лиц не старше 40-45 лет составляет в среднем 25 на 100 тыс. населения в год и достоверно не различается у мужчин и женщин.

В стране проживает более 1 млн. человек, перенесших ЦИ, причем 80% из них являются инвалидами. Этот факт ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество. По данным ВОЗ, совокупная стоимость прямых и непрямых расходов на одного больного инсультом составляет 55000-73000 долл. США, общая же сумма расходов, связанных с инсультами, варьирует от 40 до 100 млрд. долларов США/евро, как в Америке, так и в Европе. Потери нашего государства в связи с инсультом составляют от 16,5 до 22 миллиардов долларов в год (Скворцова В.И., Платонова В.А., 2002; Котенко К.Т. и соавт., 2007; Bogowslavsky D. et al., 2005).

Большая и растущая распространённость ЦИ в России, высокий

процент инвалидизации и смертности населения вследствие данной патологии, наметившаяся тенденция «омоложения» инсультов, урбанизация населения предопределяют актуальность данной темы (Гольблат Ю.В., 2006; Евзельман М.А., 2006; Скворцова В.И., 2007; Суслина З.А. и соавт., 2009, 2014, 2016; Клемешева Ю.Н., 2010; Костенко Е.В. и соавт., 2019).

Отметим, что создание в последние годы новых реабилитационных центров и отделений для нейрососудистых больных, деятельность мультидисциплинарных бригад при оказании помощи больным с инсультами, целенаправленное использование реабилитационных мероприятий на этапах оказания помощи этим больным, позволяют добиваться улучшения показателей реабилитации, уменьшения ограничений жизнедеятельности, возвращения части больных к общественно-полезному труду (Скоромец А.А. и соавт., 2003; Гольблат Ю.В., 2006; Базеко Н.П., Алексеенко Ю.В., 2008; Цурикова В.Э. и соавт., 2008; Дементьева Н.Ф., Андреева Т.В., 2009; Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., 2010; Ондар В.С., 2012; Парфёнов В.А., 2013; Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Иванова Г.Е. и соавт., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018). На этапе очередного реформирования здравоохранения не всегда и везде достаточно мер организационного характера, которые позволили бы внедрить в практику достижения ведущих учёных в области реабилитации больных, перенесших ЦИ, претворить в жизнь основные принципы реабилитации не только в крупных городах, но и на остальной территории нашей страны (Гусев Е.И. и соавт., 2007, 2013; Лошак С.И. и соавт., 2009; Абдылдаева Н.А., 2010; Магомаев М.Ф. и соавт., 2012-2015; Магомаев М.Ф., 2015; Суслина З.А. и соавт., 2016). Использование не самых сверхсовременных и дорогостоящих методов лечения и реабилитации, а тех, которые имеются во многих медицинских учреждениях при условии чёткой поэтапной организации оказания медицинской помощи в остром периоде инсульта и соблюдении принципов реабилитации после острого периода, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий и вернуть большее число больных, перенёсших ЦИ, к независимой жизни без

инвалидности (Хатькова С.Е., 2005, 2007; Суслина З.А., Пирадов М.А., 2009; Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018). В то же время важно, чтобы большинство жителей нашей страны, независимо от места постоянного проживания, имели доступ к новым методам восстановления нарушенных функций после инсульта и реабилитации в целом.

Степень разработанности темы исследования

Данная тема постоянно разрабатывается учёными всего мира по многим направлениям. В последние годы в России, благодаря принятию общегосударственных программ по борьбе с церебральной сосудистой патологией, получены очень важные и положительные результаты по многим направлениям исследования. Тем не менее, имеются отличия в возможностях лечения и, особенно комплексной реабилитации, у населения нашей страны в зависимости от географических и непосредственных условий проживания в городской или сельской местности. Эти вопросы требуют дальнейшей разработки и уточнений.

Цель исследования

Повышение эффективности существующей модели реабилитации больных и инвалидов, перенесших церебральный инсульт, проживающих в сельских условиях, на основе анализа клинических и экспертных особенностей данного состояния (на примере Республики Дагестан).

Задачи исследования

1. Изучить клинико-функциональные особенности церебральных инсультов у групп больных и инвалидов различного возраста, проживающих в

сельской и городской местности и определить основные причины их вызывающие, особенности течения, нарушенные функции, категории ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности, к которым приводит церебральный инсульт.

2. Провести анализ и выявить социально-гигиенические особенности первичной инвалидности вследствие церебрального инсульта у лиц различного возраста, проживающих в сельской и городской местности в Республике Дагестан в динамике за 2015-2017гг.

3. Изучить потребности больных и инвалидов различного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации и оценить эффективность реализации индивидуальных программ реабилитации/абилитации в настоящее время в Республике Дагестан.

4. Уточнить принципы реабилитации для возможности возвращения больных и инвалидов трудоспособного возраста после церебрального инсульта, проживающих в сельской местности Республики Дагестан, к общественно-полезному труду и интегрирования их в общество.

Научная новизна исследования

Получены новые научные сведения о динамике первичной инвалидности вследствие ЦИ среди населения, проживающего в городских и сельских условиях РД за 3-летний период (2015-2017гг.).

Впервые изучены клинико-функциональные особенности ЦИ, а также социально-гигиенические особенности первичной инвалидности у больных трудоспособного возраста, проживающих в сельских регионах Республики Дагестан (РД).

Впервые проведено изучение потребностей этой категории больных и инвалидов в мерах реабилитации (включая меры профессиональной и социальной реабилитации) и эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации/абилитации инвалидов (ИПРА) на современном

этапе.

Теоретическая и практическая значимость исследования

На основе проведенного исследования была сформирована доказательная база, позволившая разработать и рекомендовать эффективные организационные технологии реабилитации, направленные на снижение инвалидности среди населения трудоспособного возраста после ЦИ, проживающего в сельской местности РД.

Получены научные данные о динамике первичной инвалидности среди населения РД после перенесенного ЦИ инсульта, проживающего в сельских и городских условиях, которые будут использованы при разработке целевых программ в области здравоохранения и социальной защиты населения при активном межведомственном взаимодействии.

Результаты исследований будут использованы при разработке рекомендаций по проведению комплексной реабилитации инвалидов после ЦИ, проживающих в сельской местности РД, на базе реабилитационных учреждений социальной защиты населения.

Методология и методы исследования

Методология, использованная в представленном исследовании, основана на современных стандартах клинико-экспертного обследования больных с ЦИ, проживающими в сельской и городской местности РД с различными проявлениями и последствиями. Степень неврологического дефицита и иных нарушений оценивалась как при клинико-экспертном осмотре, так и с использованием современных шкал и методик, направленных на выявление тех или иных нарушений функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности. Особенностью данного исследования является анализ острого периода у значительного количества больных с

инсультами, вошедшими в работу с последующим динамическим анализом до стадии освидетельствования их в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Работа выполнялась с использованием общенаучных методов обобщения, дедукции, статистического и сравнительного анализа представленных групп больных с инсультами, проживающими в сельских и городских условиях, табличных и графических приёмов визуализации данных, а также учёта статистических сведений, опубликованных в открытой печати.

Исследование проведено в соответствии с рекомендациями и требованиями к проведению научно-исследовательских работ с учётом поставленной цели и задач.

Положения, выносимые на защиту

1. В Республике Дагестан имеются условия для реализации модели оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и реализации модели комплексной реабилитации с учетом социального и профессионального аспектов для жителей городов, однако недостаточно организационных механизмов, предполагающих отработанное системное межведомственное взаимодействие органов здравоохранения, социальной защиты населения и МСЭ, особенно для сельских жителей.

2. Предложенные рекомендации комплексной реабилитации могут служить организационным механизмом, позволяющим реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста после ЦИ, проживающих в сельской местности, к общественно-полезному труду и интегрировать их в общество.

3. В контингенте впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ среди лиц, проживающих в городских и сельских условиях РД, преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт (ИИ). В клинической картине

преобладают четыре группы нарушений: двигательный пирамидный дефект, психические нарушения, речевая патология и вестибуло-атактический синдром. Ограничения жизнедеятельности (ОЖД) наиболее часто представлены в категориях: «способность к трудовой деятельности», «способность к самообслуживанию» и «способность к самостоятельному передвижению».

4. Имеется потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мероприятиях по медицинской и социальной реабилитации – в 100% случаев, в профессиональной реабилитации потребность ниже. Выявленные нарушения здоровья с анализом основных синдромов и нарушенных функций организма, определением видов и степени ОЖД у инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ и потребностей в различных мерах социальной защиты являются методической основой для проведения медико-социальной экспертизы в БМСЭ Республики Дагестан.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автором проведен весь объём клинико-экспертного обследования, анализ первичной медицинской и экспертной документации. Динамика клинических синдромов и инвалидности вследствие ЦИ исследовалась на основе анализа стационарных и амбулаторных карт, актов освидетельствования в БМСЭ, личного осмотра части больных в стационаре и всех при освидетельствовании в БМСЭ. Результаты обследования с данными дополнительных методов регистрировались в разработанной диссертанткой карте обследования больного. Автором проведена статистическая обработка материалов исследования, результаты которого составили основу для выносимых на защиту положений и выводов.

Степень достоверности и апробация работы

Для выполнения поставленной цели и задач сформулированы адекватные критерии отбора больных. Результаты обследований оценивались исходя из общепринятых классификаций и шкал. Достоверность полученных результатов подтверждена сопутствующими адекватными методами статистического анализа.

Результаты исследования доложены на конференции «Современные технологии и Международная классификация функционирования в реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения» (г. Новокузнецк, 2014г), на VIII-XI научно-практических конференциях Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации с международным участием (г. Сыктывкар, 2015-2019гг.), на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2015, 2016, 2018гг.), на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии» (Санкт-Петербург, 2015г.), на Всероссийской научно-практической конференции «Неотложные состояния в неврологии» (Санкт-Петербург, 2017г.), на Международном Конгрессе, посвящённом «Всемирному дню инсульта» (Москва, 2017г.).

Публикации

По теме диссертации подготовлено и опубликовано 11 печатных работ, в том числе в изданиях, рекомендованных Перечнем Высшей аттестационной комиссией РФ для публикаций основных положений диссертаций на соискание ученой степени – 5. Результаты исследования внедрены в клиничко-экспертно-реабилитационную практику БМСЭ № 30 Федерального Казённого Учреждения «Главное Бюро МСЭ по РД». Выводы и основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедре

неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации института усовершенствования врачей-экспертов (Санкт-Петербург).

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 156 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, глав с общей характеристикой наблюдений, материалов и методов обследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Работа иллюстрирована 3 клинико-экспертными примерами, 6 таблицами, 7 рисунками. Список литературы включает 340 источников, в том числе 210 отечественных и 130 иностранных авторов.

ГЛАВА I. АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Современные возможности реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт.

Церебральный инсульт, как осложнение ЦВЗ, приводящее к тяжёлым последствиям для здоровья и жизнедеятельности многих жителей планеты, является предметом значимого числа исследований во всём мире (Виленский Б.С., 2005). Большой вклад в изучение данной проблемы вносит Всемирная Организация Инсульта (WSO) при поддержке национальных и региональных обществ. В декабре 2007г. в г. Хайдельберге (Германия) прошло рабочее совещание, которое декларировало слияние всех Европейских структур по проблеме цереброваскулярной патологии (ЦВП) и инсульта в единую Европейскую организацию по инсульту (European Stroke Organisation, ESO). Многие ведущие научные центры, институты и кафедры нашей страны занимались и занимаются изучением проблем инсульта в России. Кроме этого, в нашей стране создана и вносит существенный вклад в разработку и исследование проблем инсульта Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ).

Учёных в последние годы интересовали различные аспекты ЦИ, поэтому исследования проводились в различных направлениях. Активно изучался эпидемиологический аспект ОНМК, вопросы первичной профилактики, механизмов возникновения и течения ЦИ, разрабатывались методы диагностики и лечения, использование современных препаратов и их эффективность, рассматривались организационные аспекты оказания помощи больным с инсультом, изучались отдельные направления реабилитации больных и инвалидов.

Важнейшим документом, разработанным международным научным сообществом, который посвящен решению проблем лечения и реабилитации больных с инсультом, явились Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками от 2008г. (European Guidelines for Ischemic Stroke – 2008) (Guidelines, 2008), Рекомендации по профилактике инсульта у пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой Американской ассоциации сердца (AHA) и Американской ассоциации по борьбе с инсультами (ASA) 2010 (Stroke, 2011), а также Российские клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками (М., 2017). Рекомендации подготовлены совместно экспертами Европейской инсультной ассоциации (ESA) и Европейской инициативной группы против инсульта (EUSI), а также ведущими Российскими специалистами. Рекомендации охватывают разделы: экстренная помощь при инсульте, первичная и вторичная профилактика, диагностика инсульта, базисная и дифференцированная терапия, лечение осложнений и реабилитация постинсультных больных.

Отдельный раздел данных Рекомендаций посвящен проблемам реабилитации и определяет задачи реабилитации как возможность помочь людям с ограниченными возможностями достичь и поддержать на оптимальном уровне физические, интеллектуальные, психологические и/или социальные функции (WHO, 2001). При этом отмечено, что «цели реабилитации могут меняться от минимизации повреждения в начале, до более сложных вмешательств разработанных для поддержки активного участия». Европейская организация по инульту (ESO) определила пять важнейших требований к организации реабилитации при инсульте.

1. Для всех пациентов с инсультом рекомендуется направление в инсультное отделение для получения координированной мультидисциплинарной реабилитации.

2. Рекомендуется раннее начало реабилитации.

3. Возможна ранняя выписка пациента из инсультного отделения при стабильности медицинских показателей, в случае инсульта легкой или средней степени тяжести, при условии дальнейшего продолжения реабилитации мультидисциплинарной бригадой, в амбулаторных условиях

4. Рекомендуется продолжать реабилитацию в течение первого года после выписки из больницы.

5. Рекомендуется увеличивать продолжительность и интенсивность реабилитации.

Всемирной организацией здравоохранения еще в 1974 г. были даны рекомендации по разработке и внедрению во всех странах мира комплексной системы оказания помощи больным ОНМК, которая предусматривает создание неврологических бригад скорой помощи, специализированных нейрососудистых отделений, реабилитационных стационаров (Скоромец А.А. и соавт., 2003; Виленский Б.С., 2005; Иванова Г.Е. и соавт., 2007; Колчина Э.М., 2007; Цурикова В.Э. и соавт., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2008, 2009, 2014, 2016) и кабинетов восстановительного лечения в поликлиниках (Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2006; Грабовская В.А., 2007; Ковальчук В.В., Гусев О.А., 2010). В нашей стране в 70-80-х годах создавались отделения нейрореанимации, а в странах Северной Америки и Европы несколько позднее были организованы специализированные отделения “Stroke unit”, которые в настоящее время успешно работают в большинстве экономически развитых стран мира (Сорокоумов В.А., 2002; Candelise C.A. et al., 2007; Seenan P. et al., 2007; Gatterllary M. et al., 2009; Saka O. et al., 2009; Dajpratham P., 2014; Hara Y., 2015). Так в Австрии все больные с инсультом лечатся в специализированных инсультных отделениях, рассчитанных на 6-8 коек, обслуживаются мультидисциплинарными бригадами. Восстановительное лечение продолжается в отделениях нейро-реабилитации, которых в Австрии с населением 8 млн. человек насчитывается – 7 (Лихтерман Б., 2009). Авторами во многих странах доказано, что именно невролог должен вести больного после инсульта и его

преимущества перед другими специалистами очевидны (Bogousslavsky J. et al., 2005; Dey P. et al., 2005; Puttman K. et al., 2007; Di Pino G. et al., 2014). Подтверждена также высокая эффективность раннего начала реабилитационных мероприятий (Horn S.D. et al., 2005; Jette A.M., 2005; VcDonnel M. et al., 2015; Fossbender K., Haas A., 2017), ранней госпитализации в стационар (Wang H. et al., 2007) и лечения постинсультных больных в специализированных отделениях «Stroke unit» (Jette A.M., 2005; АНА, 2007; Candelise C.A. et al., 2007; Seeman P. et al., 2007; Res M.A. et al., 2009; Terrent A. et al., 2009; Zhu H.F. et al., 2009; Hara Y., 2015; Fossbender K., Haas A., 2017). В настоящее время обсуждается вопрос, что понимать под «ранней реабилитацией». Имеются данные, что прогноз восстановления нарушенных функций улучшается, если активное воздействие начато в пределах не позднее 20-30 дней после ЦИ (Paolucci S. et al., 2000; Salter A. et al., 2006). Доказанным фактом является необходимость ведения больного мобильной мультидисциплинарной бригадой, в которую входят невролог, сестринский медицинский штат, физиотерапевт, логопед, специалист по лечебной физкультуре (ЛФК), эрготерапевт, социальный работник (Варлоу Ч.П. и соавт., 1998; Скоромец А.А. и соавт., 2003; Виленский Б.С., 2004; Приказ Минздрава РФ № 389н; Помников В.Г. и соавт., 2012; Иванова Г.Е., 2016; Иванова Г.Е. и соавт., 2017; Dey P. et al., 2005; Danstone C., Weinstein M.S., 2006). А.А. Скоромец подчеркивает, что «мультидисциплинарная бригада – это не штатное расписание, а особая организация труда. Необходимо обучать не отдельных специалистов, а всю бригаду сразу» (Скоромец А.А. и соавт., 2003). Отметим, что практически все важные вопросы, касающиеся лечения и реабилитации больных с ЦИ нашли отражение в клинических рекомендациях по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками от 2017 года (М., 2017).

Исследователями также проводится изучение потребности в продолжительности пребывания больных с ЦИ в стационаре (Terrant A. et al., 2009; Zhu H.G. et al., 2009). Имеются сведения, что мультидисциплинарная

инсультная бригада даже при ранней выписке из стационара и включающая (как минимум) сестринскую помощь, ЛФК и эрготерапию, может значительно уменьшить количество койко-дней для отдельных больных с легкими или умеренными функциональными нарушениями (CD 000443, 2005; Langhorne P. et al., 2005). Но, если пациент остается под обычным амбулаторным наблюдением, то смертность значительно увеличивается при ранней выписке (Ronning O.M., Guldvog B., 1998; Di Pino G. et al., 2014).

На необходимость продолжения реабилитации в восстановительном периоде указывают многие авторы (Гольблат Ю.В., 2006; Булеца Б.А., 2009; Михаевич С.А., 2012; Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Fracisco G.E., 2007). Зарубежными авторами показано, что продолжение реабилитации в течение 1 года после инсульта снижает риск функциональных нарушений и улучшает активность в повседневной жизни (Leg L. et al., 2006; Dajpratham P., 2014). Среди методов реабилитации, доказавших свою эффективность, многими специалистами по реабилитации отмечаются ЛФК и эрготерапия (Lee J.H. et al., 2001; Leg L., Langhorne P., 2004; Peppen R.P. et al., 2004; Leg L. et al., 2006; Mehrholz J. et al., 2007; Pollock A. et al., 2007; Hara Y., 2015).

Многие работы доказывают важность вовлечения в процесс реабилитации родственников и ближайшего социального окружения больных инсультом. При этом правильное обучение ухаживающих за больным основным навыкам ухода снижает затраты на персонал и, главное, повышает качество жизни пациента (Karla L. et al., 2004; Koenig R.L. et al., 2007; Craid L.E., Smith L.N., 2008; ESO, 2008).

Соблюдение приведенных рекомендаций способствует снижению летальности и уровня инвалидности, улучшает функциональные исходы заболевания, что является показателями эффективности реабилитации (Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Иванова Г.Е. и соавт., 2016; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Duncan P.W. et al., 2005; Deutsch A. et al., 2006; Dunstone C., Weinstein M.S., 2006; Sandel M.E. et al., 2007; Bernhard J.A. et al., 2009; Hara Y., 2015; McDonnell M. et al., 2015).

Подчеркивая важность каждого разработанного аспекта лечения и реабилитации постинсультных больных, общеевропейскими рекомендациями ВОЗ (г. Хельсинборг, Швеция; 1995, 2006гг.) была поставлена изначально невыполнимая цель: к 2015г. необходимо было создать такую систему реабилитации, при которой к концу месяца после развития инсульта должны выживать более 85% больных, а спустя 3 месяца после развития инсульта – 70% выживших пациентов должны были быть независимы в повседневной жизни (Евзельман М.А., 2006; Kjellstrom T. et al., 2007; FD, 2007). Эта цель (практически не достигнутая ни в одной стране мира на сегодняшний день) обуславливает сложность и многокомпонентность структуры реабилитации, требует включения в процесс реабилитации не только медицинского, но и организационного, социального, педагогического, психологического аспектов, позволяя в рамках нейрореабилитационного процесса достичь максимально возможного восстановления нарушенных и компенсации утраченных функций организма и активного социального функционирования больных с последствиями ЦИ (Козелкин А.А. и соавт., 2006; Шкловский В.М. и соавт., 2006; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Braini M. et al., 2004; Dobkin V.N., 2005). В последние годы в нашей стране поставлена цель создания механизма межведомственного взаимодействия реабилитационного направления больных и инвалидов, которая способна качественно улучшить сложившуюся ситуацию.

1.2 Эпидемиологические показатели острых цереброваскулярных заболеваний по данным популяционных регистров в России

С начала 90-х годов прошлого столетия в России ежегодно наблюдается 18-19 млн. человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В 2000 году число умерших от болезней сердца и сосудов в стране достигло 1,2 млн. (884 случая на 100000 населения) (Архиповский В.Л., 2008). С 1990 по 2000 годы абсолютное число больных, ежегодно

умирающих от болезней сердечно-сосудистой системы, возросло более чем на 300 000 человек. Первичная заболеваемость (включая инфаркт миокарда и ЦИ) только в период с 1997 по 2000 годы возросла с 17,2 до 20,1% (Гусев Е.И., 2003). В течение только одного десятилетия показатель заболеваемости в России существенно увеличился и достиг 2,5 – 3,0 на 1000 населения (Айриян Н.Ю., 2006).

Заболеваемость цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) постоянно возрастала. За один только год с 2001 по 2002 она увеличилась на 231 400 человек и составила 37,3% в структуре смертности от болезней системы кровообращения (Покровский В.В., 2004). Смертность от ЦИ в России была ещё недавно в 6 раз выше, чем в США (Карпов Ю.А., Сорокин Е.В., 2005).

В России изучение эпидемиологии ЦИ по методике регистра проводилось в Москве в 1972-1975 годы (Шмидт Е.В., 1985), затем в 4 городах Сибири (Новосибирске, Красноярске, Тынде, Анадыре) в 1987-1991 годы (Фейгин В.Л. и соавт., 2001), в 1997-2001 годы в Краснодаре (Харакоз О.С. и соавт., 2001). Сравнение полученных данных затруднено, так как работа проводилась по разным программам, а объектами были разнородные возрастные группы (Варакин Ю.А., 2001).

По данным пятилетнего Национального регистра инсульта, проводимого НАБИ в 45 регионах Российской Федерации, заболеваемость ЦИ в России в 2001-2003гг. составляла 3,36 на 1000 населения в год, то есть, более 480 тыс. случаев в год (Суслина З.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2009). Некоторые авторы указывают, что каждый год в России регистрируется порядка 400-450 тыс. инсультов (Айриян Н.Ю., 2006; Гольблат Ю.В., 2006; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2008; Суслина З.А., Пирадов М.А., 2008; Алфёрова В.В. и соавт., 2017). Каждые полторы минуты (по более поздним сведениям - каждую минуту) у кого-то из россиян впервые развивается это заболевание (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Евзельман М.В., 2006; Скворцова В.И., 2007).

Под эгидой НАБИ в 2001г. в России впервые было проведено крупномасштабное исследование в 19 городах с населением 2 398 498 человек в возрасте 25 лет и старше (Айриян Н.Ю., 2006). Анализ полученных данных показал, что заболеваемость, смертность и летальность при ЦИ значительно разнятся в зависимости от географического положения, климата, экологических условий, степени урбанизации (Гусев Е.И. и соавт., 2003). Так, в Краснодаре заболеваемость ЦИ лиц трудоспособного возраста составила 2,06 на 1000 населения (2,38 у мужчин и 1,72 у женщин) (Харакоз О.С. и соавт., 2001). Уровень заболеваемости ЦИ в Москве за последние 20 лет 20-го столетия вырос с 2,2 до 3,5 на 1000 населения (Виленский Б.С., 1999). В г. Нальчике в 2003-2004 гг. заболеваемость инсультом составила 2,07 случая на 1000 жителей в год и была выше у мужчин (2,48), чем у женщин (1,67). Заболеваемость первичным ЦИ в этом городе составила 1,76, а повторным – 0,31. Смертность больных ЦИ была равной 1,08 на 1000 жителей в год. Летальность в первые 28 дней заболевания составила 31,7% (Улюмбаева Э.С., 2007). В промышленных регионах Башкирии уровень сосудистых заболеваний головного мозга оказался в 2 раза выше по сравнению с сельскими районами (Борисова Н.А. и соавт., 2007). В г. Екатеринбурге частота ЦИ составила 3,6 на 1000 населения, уровень смертности – 0,8. Вероятность летального исхода в случае развития заболевания у женщин оказалась на 15,3% выше, чем у мужчин в общей группе. В возрастном периоде до 50 лет летальность у мужчин была в 4,9 раза выше, чем у женщин. В группе старше 60 лет летальность среди женщин достигала 63,1%, а у мужчин – 38,7% (Пинчук Е.А., 2004).

В мире ежегодно от ЦИ умирают 4,6-5 млн. человек, из которых в течение первого месяца около 25% и в течение первого года с момента развития заболевания около 30%-40% (Скоромец А.А., Ковальчук В.В., 1998; Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Евзельман М.В., 2006; Суслина З.А. и соавт., 2009; Sudlow С., 2006). В индустриально развитых странах ЦИ занимает третье место среди причин смерти после ишемической болезни

сердца (ИБС) и злокачественных новообразований (Евзельман М.А., 2006; Feigin V.L. et al., 2003).

В нашей стране 23% от числа перенесших ЦИ умирают в течение первых 30 дней от начала заболевания, к концу года их доля достигала 50% (Виленский Б.С., Кузнецов А.Н., 2004; Айринян Н.Ю., 2006; Трошин В.Д. и соавт., 2006; Виленский Б.С., Яхно Н.Н.; 2008; Суслина З.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2014, 2016). В структуре общей смертности населения на территории РФ инсульт стабильно занимает второе место и составляет 21,4%. В структуре смертности ЦИ уступал лишь ИБС, на долю которой приходится 25,7% и значительно опережал онкологическую патологию (14,7%). Показатели смертности от ЦВЗ в России согласно официальной статистике одни из наиболее высоких в мире. Средний показатель смертности от ЦВЗ в 15 странах Европы – членах Европейского сообщества составил 62,3 на 100 тыс. населения, в год, в то время как в России в 2002 г. – 306,2 на 100 тыс. (Стаховская Л.В. и соавт., 2013; Магомаев М.Ф. и соавт., 2014, 2015; Feigin V.L. et al., 2003). Отметим, что специальный анализ с помощью регистра инсульта показал, что данные официальной статистики в 2-2,5 раза иногда превышают истинные показатели смертности от ЦИ в разных регионах России, что подчеркивает определенную недостоверность данных показателей (Скворцова В.И., Платонова И.В., 2002; Стаховская Л.В. и соавт., 2004; Суслина З.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2009; Магомаев М.Ф. и соавт., 2014; 2015).

При эпидемиологических исследованиях по методике регистра в г. Якутске (2002-2004 гг.) обнаружено, что стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости ЦИ составил 2,09 на 1000 населения. При этом уровень смертности от первичного и повторного инсульта составил 0,62, летальность в острой стадии инсульта (первые 28 дней) оказалась в 29,6% случаев. Средний возраст заболевших составил 60 ± 12 лет. Стандартизованный показатель заболеваемости по полу у мужчин – 3,2, у женщин – 1,8 (Третьякова Н.Н., 2006).

В регионах Западной Сибири изучение эпидемиологии инсульта и распространенности кардиоваскулярных факторов риска начато в 1980 г. Результаты проведенных исследований показывают, что заболеваемость ЦИ в популяции крупного промышленного центра Западной Сибири одна из самых высоких в стране, а смертность уступает лишь смертности от инфаркта миокарда. Отмечены устойчивые тенденции роста этих показателей в возрастных группах 25-74 лет с 1982 по 1999 годы: ежегодно заболеваемость у мужчин возрастала на 3,7%, у женщин на 1,9%, смертность – соответственно на 6,2% и 3,3% (Виноградова Т.Е., 2001). Средний возраст больных ЦИ составил в г. Новосибирске 66,6 года, в г. Красноярске – 65, 0 года, в г. Тында – 60,9 года, в г. Анадьрь – 50 лет (Виноградова Т.Е., 2002). В г. Барнауле выявлен высокий уровень заболеваемости – 3,9 случая на 1000 населения и смертности 1,34 на 1000 жителей. У 90% пациентов, перенесших инсульт, выявлена артериальная гипертензия (АГ), каждый второй больной не наблюдался врачом (Жидяева Н.А. и соавт., 2003).

По данным популяционного регистра, проведенного в г. Северске (Антухова О.М., 2005) в 2002-2003 гг., уровень заболеваемости ЦИ на 1000 населения, стандартизованные по Европейскому населению 3,9-3,7 (мужчины 4,74-4,25, женщины-3,47-3,41). В структуре инсульта преобладали ишемические (66,7%). Показатели смертности от инсульта в г. Северске за эти годы составили 1,0-1,02 (мужчины 0,91-1,34, женщины 1,07-0,85). Летальность в остром периоде инсульта составила в 2002 году 24,9% (Антухова О.М., 2005).

В г. Ханты-Мансийске эпидемиологические показатели ЦИ оказались сопоставимы с таковыми по Российской Федерации и по Западно-Сибирскому региону. Заболеваемость составила 244,9 на 100 тыс. населения в год, показатель смертности 50,7 на 100 тыс. жителей в год, а летальность в остром периоде заболевания – 20,5%. (Лебедев И.А., 2004). При этом отмечен достоверный рост заболеваемости среди жителей до 40 лет. Это значительно

более ранний возрастной порог, чем в южных регионах России (Лебедев И.А., 2004).

В Ямало-Ненецком автономном округе показатель заболеваемости ниже по сравнению с другими регионами и составляет 203,7 на 100 тыс. населения, что связано с относительно молодым средним возрастом жителей данного региона. В то же время отмеченные показатели смертности (111,6 на 100 тыс.) и летальности (49,7%) выше, чем в других регионах Сибири. (Сальникова Г.Б., 2004).

В г. Южно-Сахалинске заболеваемость ЦИ составляет 671 на 100 тыс. населения. Это наиболее высокий уровень среди 7 обследованных в Сибири и на Дальнем Востоке городов (Виноградова Т.Е., 2002).

Регистр инсульта 2004-2005 гг. в г. Ульяновске показал, что заболеваемость составила 2,1 на 1000 жителей в год (у мужчин и женщин соответственно 2,3 и 1,9 на 1000 населения в год). Большинство ЦИ (61,8%) произошло у лиц старше 60 лет, смертность от инсульта составила 73 на 100 тыс. жителей в год, показатель летальности в течение острого периода заболевания – 17,7%.

Заболеваемость ЦИ в городах Кострома и Ярославль увеличивается к возрасту 45-49 лет, а к 65-69 годам возрастает в 2 раза (Корнеева Н.Н. и соавт., 2010)

В г. Челябинске за период наблюдения 2002-2006 гг. показатель заболеваемости ЦИ составил 2,84 на 1000 населения (мужчины – 3,01, женщины – 2,68). При этом показатели заболеваемости ИИ в 4-5,5 раза превышают показатели геморрагического инсульта (ГИ). Показатель смертности при ЦИ за этот период составил 0,59 на 1000 населения, в структуре смертности преобладают ГИ во всех возрастных группах. Показатель летальности составил 20,6 (Самойлова О.Б., Степанова С.Б., 2009).

Изучение динамики основных эпидемиологических показателей ЦИ в г. Иваново в 2002-2006 гг. выявило снижение заболеваемости инсультом.

Так, в 2002 г. заболеваемость инсультом была 4,9 на 1000 населения, а в 2006 г. – 3,23. В то же время показатели смертности при всех типах инсультов за этот период возросли с 1,1 до 1,26 на 1000 населения. В 2002 г. общая летальность составляла 26,2%, а в 2006 г. возросла до 37,6% (Челышева И.А. и соавт., 2007).

В районах Смоленской области общий показатель заболеваемости МИ составил в 2004 году 2,05, а в 2007 году – 2,38 на 1000 населения. Заболеваемость значительно повышается от 0,03 (в группе 20-29 лет) до 18,1 (в группе 70 лет и старше) в 2004 году. В 2007 г. эти показатели составили 0,07 и 17,1 соответственно (Алфимова Г.Ю., Маслова Н.Н., 2009).

В г. Орле заболеваемость МИ в 2004 г. составила 3,18 случая, в 2005 г. – 3,29 случая; в 2006 г. – 3,6 случая на 1000 населения. Среднегодовая смертность от ЦИ составила 92 случая на 100 000 населения (Евзельман М.А. и соавт., 2007).

При анализе данных, полученных в результате функционирования Регистра инсульта в г. Твери за 2002-2005 гг., среднегодовая заболеваемость составила 2,22 на 1000 жителей в год. Среднегодовая смертность составила 0,37 на 1000 населения в год. Летальность была статистически значимо выше при ГИ – 32,7%, чем при ИИ – 14,8% (Слюсарь Т.А. и соавт., 2007).

При проведении регистра инсульта в Пушкинском районе Санкт-Петербурга установлено, что ежегодная частота ЦИ в 2002 г. составила 5,04 на 1000 населения. При этом данный показатель у женщин был выше, чем у мужчин – соответственно 5,9 и 4,03 ($P < 0,001$). Особенно явно эта закономерность прослеживается в возрасте 80 лет и старше. В других возрастных группах частота ЦИ была выше у мужчин, чем у женщин. Наиболее опасным для мужчин является возраст от 60 до 69 лет, и от 50 до 59 лет, а для женщин 80 лет и старше. Смертность в результате ЦИ составила 2,18 на 1000 населения в год (Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2006).

Представлены также данные по аналогичным показателям в Республике Дагестан (Магомаев М.Ф. и соавт., 2012-2015), где они

отличались среди городского и сельского населения, а также в зависимости от географических условий проживания.

Статистический анализ первого крупномасштабного регистра инсульта в России, начатого в 2001 г, установил, что стандартизованная по возрасту и полу заболеваемость инсультом в России в 2001 г. среди лиц старше 25 лет составила 2,34 на 1000 населения, что сопоставимо с таковой в Москве в 70-80-е годы (от 2,3 до 2,9 на 1000 населения), в г. Новосибирске (2,5) и г. Красноярске (2,3) в 90-е годы, в г. Ижевске в середине 90-х годов (3,05). Заболеваемость среди мужчин и женщин в 2001 г. достоверно не различалась и составляла 3,34 и 3,37 на 1000, в то же время ее стандартизованные по возрасту показатели составили 2,82 на 1000 населения у мужчин и 2,05 – у женщин, т.е. мужчины достоверно чаще заболевали ЦИ, чем женщины. С увеличением возраста по данным регистра инсульта в России отмечено нарастание частоты ЦИ от 0,09 (25-29 лет) до 15,05 на 1000 населения (70 лет и старше).

Общая смертность в Российской Федерации при ЦИ в 2001 г. составила 1,28 на 1000 населения (у мужчин – 1,15; у женщин – 1,38) что значительно выше показателей в экономически развитых странах (0,37-0,47 на 1000 населения). Смертность, как и заболеваемость, увеличивалась с возрастом от 0,04 в 30-35 лет до 7,55 в 70 лет и старше. Общая летальность у больных с ЦИ составила 40,37% (Гусев Е.И. и соавт., 2003).

Анализ заболеваемости в разных городах России показал колебание ее значений от 2,6 до 5,37 на 1000 населения. Причем наиболее высокие значения получены на Северо-Западе страны – 7,43 (г. Архангельск), в некоторых городах средней полосы – 5,37 и на Дальнем Востоке – 4,71. Анализ факторов риска выявил в этих регионах и более высокий процент артериальной гипертензии (АГ), стрессов и курения (Айриян Н.Ю., 2006).

Таким образом, в начале XI века в результате проведения первого крупномасштабного регистра в России получены достоверные данные об основных эпидемиологических показателях ЦИ, выявившие высокий уровень

заболеваемости, смертности и летальности при этой форме патологии (Гусев Е.И., 2003; Гусев Е.И. и соавт., 2003; Скворцова В.И., 2004; Скворцова В.И. и соавт., 2005, 2006; Айриян Н.Ю., 2006).

Учитывая значительные усилия Российского общества и Правительства, в последние годы проведены значительные меры первичной профилактики ЦИ в виде успешного лечения АГ, широкого внедрения в диагностику инсультов нейровизуализационных методик, применения тромболитической терапии в остром периоде ОНМК, а также расширения реабилитационной составляющей. Всё это способствовало уменьшению летальности и инвалидизации пациентов с ЦИ в нашей стране (Домашенко М.А., Пирадов М.А., 2013; Парфёнов В.А., 2013; Бархатов Ю.Д., Кадыков., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018). Стандартизованные по возрасту статистические данные указывают на уменьшение летальности от ИИ к 2010 году по сравнению с 1990 годом на 26,6% - соответственно 42,3 на 100 тыс. населения и 57,6 на 100 тыс. населения (Lozanno R. et al., 2012).

Учитывая сложившуюся ситуацию и современные тенденции, можно сделать обоснованный вывод: предупреждение инсульта – самый надежный и наименее затратный способ решения проблемы, имеющий общенациональное значение (Скворцова В.И., 2005; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Gardener H et al., 2017).

1.3 Факторы риска острых цереброваскулярных заболеваний

Церебральный инсульт является гетерогенным клиническим синдромом очагового повреждения головного мозга, связанным с острым нарушением его кровоснабжения (Скворцова В.И., 2006). Церебральный инсульт может стать тяжелым осложнением или причиной фатального исхода разнообразных патологических процессов, наиболее значимыми из которых являются атеросклероз и АГ (Суслина З.А. и соавт., 2008, 2014).

Выраженная гетерогенность ЦИ, по-видимому, и является основной причиной высокой распространенности заболевания в популяции (Mancia G., 2004). В патогенезе инсульта немаловажную роль играют такие специфические факторы риска, как стеноз магистральных артерий головы (МАГ), реологические свойства крови, хроническая сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца в виде фибрилляции предсердий (ФП), изменения клапанного аппарата сердца, суточные характеристики артериального давления (АД).

Всё вышеизложенное определяет актуальность конкретизации факторов риска инсульта (Мусина Н.П. и соавт., 2009; Скоромец А.А., 2017).

Среди факторов риска выделяют не корригируемые и изменяемые. К первым относят пол, возраст, расовую принадлежность, место проживания и экологические факторы окружающей среды. Имеются определенные взаимоотношения и зависимость заболеваемости инсульта от этих факторов, но повлиять на них нельзя, поэтому они и получили такое название (Федин А.И., 2005; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Скоромец А.А., 2017).

Исследования последних лет выявили, что возраст – независимый предиктор инсульта. В семи исследованиях относительный риск составил 1,5 (AIM, 1994). Приблизительно половина инсультов развивается у пациентов старше 74 лет. Ежегодный риск инсульта в возрастной группе 45-54 года составляет 0,1%, 65-74 –1%, старше 80 лет–5% (Schrande J. et al., 1996).

Женский пол был независимым предиктором в трех когортных исследованиях (Diener H.C. et al., 1996), в других исследованиях такой связи выявлено не было (Diener H.C. et al., 1996; Stollberger C. et al., 1998). Наиболее значительный относительный риск (ОР=1,6) был продемонстрирован в проспективном исследовании (n=13 559) ATRIA (Fang M.C. et al., 2005).

По данным Фрамингемского исследования, вероятность ЦИ удваивается каждое десятилетие жизни после 55 лет. По другим расчетам

вероятность смерти от МИ увеличивается на 11% в год, начиная с 69 лет, этот риск удваивается каждые 6,6 лет (Howard G., Howard V.J., 2002).

Независимое влияние этнической принадлежности демонстрирует исследование пациентов, относящихся к популяции США: факторами риска развития инсульта в данном случае являются транзиторная ишемическая атака (10% вероятность инсульта в течение 90 дней), интенсивное курение (при выкуривании 40 сигарет в день риск инсульта в 2 раза выше, чем при выкуривании 10 сигарет), фибрилляция предсердий (ФП) (независимо от других факторов риска повышает вероятность инсульта в 5 раз), возраст старше 55 лет, женский пол (возможно, ввиду большей продолжительности жизни), АГ, сахарный диабет (СД), негроидная раса, эстрогенная недостаточность у женщин после гистерэктомии (HDSS, 2007; Goldstein L.V. Rothwell P.M., 2008).

Проведенное с 2005 по 2007 гг. в США исследование продемонстрировало различия между респондентами «пояса инсультов» и остальными жителями страны. Возраст, пол, этническая принадлежность, социально-экономический статус, наличие факторов риска (ФР) (избыточная масса тела, ожирение и курение), а также наличие хронических заболеваний (АГ, СД, ИБС) обуславливают 72% различий в частоте развития ЦИ (Liao Y. et al., 2009).

Изменяемые ФР включают АГ, курение, ФП, СД, гиперхолестеринемию, снижение физической активности и ожирение, гипергомоцистеинемию, применение оральных контрацептивов, гормонозаместительную терапию в менопаузе и чрезмерное употребление алкоголя. Роль этих факторов неоднозначна и их изучению посвящены многочисленные корпоративные исследования (Федин А.И., 2005; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Скоромец А.А., 2017). При наличии трех из перечисленных факторов риска возможность развития инсульта увеличивается в 8 раз (Трошин В.Д. и соавт., 2000).

Значимость отдельных ФР от частоты ЦИ изучалась практически во всех популяционных исследованиях по эпидемиологии инсульта (Гуськова А.Д., Селидовкин Г.Д., 2000; Скворцова В.И. и соавт., 2003). Было также продемонстрировано, что 10 ФР ассоциированы с 90% риска развития ЦИ (O'Donnell M.J. et al., 2010). При этом, в исследовании (Чинымбаева Л.А. и соавт., 2009) подчеркивается, что существует статистически достоверная агрегация ФР инсульта среди сибсов больных инсультом. Это очень важно, так как риск инсульта возрастает с увеличением количества ФР. Так, в популяционных исследованиях, проведенных по программе WHO MONICA Project в Северной Швеции, отмечалось, что в более старших возрастных группах увеличивалось количество лиц, имеющих более одного из проанализированных ФР (АГ, курение, гиперхолестеринемия) как среди мужчин, так и среди женщин (Boysen G. et al., 1988; Stegmayer B., 1996; Whisnant J.P., 1997; Bogousslavsky I., 1999).

Существовали предположения, что из-за распространенности ФП, которая достигает масштабов эпидемии, прогноз состояния здоровья населения выглядит неблагоприятным (Go A.S. et al., 2001; Stemart S. et al., 2004).

Только в США более 2 млн. человек страдают ФП, и по прогнозам эта цифра увеличится до 5,6 млн. к 2050 г. В связи с этим последний раз упомянутая в «Достижениях в области первичной профилактики и организации оказания медицинской помощи при инсульте в 2007 году» (Goldstein L.B., Rothwell P.M., 2008) ФП оставалась основной контролируемой причиной инсульта. Кардиоэмболия в результате ФП встречается в 1 из 6 случаев ИИ (у лиц старческого возраста в 1 из 4) и является потенциально предотвратимой причиной инвалидизации, развития деменции и смерти в результате инсульта (Marini C. et al., 2005).

Патологические состояния сердца также предрасполагают к инсультам, часто сопутствуют ФП. Роль ФП в развитии ИИ увеличивается с возрастом, что может быть обусловлено увеличением частоты инфаркта миокарда, ИБС, и кардиосклероза в старших возрастных группах (EAFТ, 1993, 1996).

Во Фрамингемском исследовании было доказано, что наличие ФП в сочетании с этими состояниями увеличивает риск ЦИ еще почти в 2 раза. В исследованиях (Wolf P.A. et al., 1995), где было изучено время возникновения эмболических эпизодов при ФП, было показано, что риск инсульта у лиц с ФП выше в первые месяцы после диагностики нарушения ритма. По данным Фрамингемского исследования (Vorperian V.R. et al., 1997), в которое были включены пациенты более старших возрастных групп с изолированной ФП, частота инсульта за 11-летний период составила 28,2%. В исследовании SPAF (Hart G. et al., 2000) ежегодная частота ИИ у пациентов с рецидивирующей и постоянной формой ФП была одинаковой – соответственно 3,2% и 3,3%.

Исследование INVEST дало возможность лучше понять характеристики, связанные с исходами инсульта среди пациентов, страдающих АГ и ИБС. У пациентов с ИБС достижение контроля над АД за время исследования приводило к соответствующему снижению риска развития инсульта, несмотря на наличие/отсутствие не модифицированных ФР (Coca A. et al., 2008). Церебральные и коронарные осложнения имеют сходные сосудистые ФР, а пациенты с ИИ отличаются повышенной угрозой развития ИМ и, наоборот (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998; Скоромец А.А., 2017). К заболеваниям, характеризующимся внутрисосудистым или внутрисердечным тромбообразованием, можно отнести патологию крупных артерий головы, включая экстракраниальные и интракраниальные артерии, эмбологенную кардиальную патологию и заболевания мелких артерий мозга (Онищенко Е.Ф., Помников В.Г., 2016; Bousser M.G., 2009).

В последние годы значительное внимание исследователей приковано к открытому овальному окну, как возможному ФР ЦВЗ, особенно при наличии готовности к парадоксальной эмболии (Онищенко Е.Ф., 2005; Онищенко Е.Ф., Помников В.Г., 2016; Mattle H.P. et al., 2011).

Понятие атеротромбоза сформировалось в результате накопления большого количества доказательств того, что атеросклероз, лежащий в

основе развития атеросклеротической бляшки, и тромбообразование на повреждённой её поверхности тесно связаны друг с другом (Росс. Реком., 2009). На сегодняшний день имеются убедительные доказательства, подтверждающие генерализованность атеросклеротического процесса у пациентов с ЦВЗ, невзирая на то, что манифестирующие клинические проявления некоторое время могут ограничиваться только одним сосудистым бассейном (Rothwell P.M., 2000; Banerjee A. et al., 2010).

Было также установлено, что вовлечение в атеротромботический процесс более одного сосудистого бассейна проявляется значительным возрастанием серьёзных осложнений, таких как инфаркт миокарда (ИМ), ЦИ и сердечно-сосудистая смерть (Steg J. et al., 2007). При этом наличие ИБС также имеет сильную взаимосвязь с ЦВЗ (Rokey R. et al., 1984; Chimowitz M.I. et al., 1997; Steg J. et al., 2007).

Российские врачи из 77 центров также участвовали в составлении регистра REACH, куда было включено 999 больных (Панченко Е.П., 2009). По результатам трёхлетнего наблюдения выявлено, что в России у амбулаторных больных со стабильным состоянием, несмотря на проводимую терапию, частота неблагоприятных исходов от сердечно-сосудистых причин достаточно высока, прогрессивно увеличивается и составляет за 1, 2 и 3 года наблюдения соответственно 5,5%, 8,7% и 13,9%, что превышает средние цифры по регистру в целом. Наибольшая частота развития ИМ, ИИ, сердечно-сосудистой смертности отмечена у больных с ЦВЗ и у пациентов с мультифокальным атеросклерозом (Панченко Е.П., 2009).

Роль сердечной недостаточности как независимого предиктора ЦИ у пациентов с ФП еще окончательно не установлена. В SPAF I и II (ISCD, 1995) развившиеся в течение 3 месяцев сердечная недостаточность или дисфункция левого желудочка, были связаны с инсультом, в других исследованиях такой связи не выявлено (Stollberger C. et al., 1998; Hart R.G. et al., 1999).

Сахарный диабет как независимый предиктор отмечен в четырех исследованиях ($OR=1,8$) (AIM, 1994). Сахарный диабет был менее значимым предиктором инсульта, чем транзиторная ишемическая атака, перенесенный инсульт, АГ и возраст, однако ни одно исследование не оценило тип, длительность и контроль СД, чтобы определить предсказательную ценность этого фактора у больных.

Дислипидемия (ДЛ) и её роль в развитии инсульта менее изучена, чем в работах, посвященных развитию ИМ (Драпкина О.Л. и соавт., 2009). Однако ряд исследователей отмечают, что высокий уровень общего холестерина и триглицеридов, а также низкий уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) не являются независимыми факторами риска развития ИИ (Bowman T.S. et al., 2003).

Принимая во внимание тесную связь между атеросклерозом, атеротромбозом и воспалением, помимо «традиционных» факторов риска, необходимо анализировать также новые факторы риска ЦИ, среди которых основными являются такие маркеры воспаления, как С-реактивный белок и фибриноген (Мусина Н.П., Драпкина О.М., 2009; Голдобин В.В., 2017). В проспективных исследованиях показано, что повышенный уровень фибриногена является независимым фактором риска ЦИ и прогрессирования стеноза сонных артерий (Суслина З.А. и соавт., 2002). Установлена также связь с социальными причинами: наиболее часто ЦИ встречается в низших социальных группах, среди безработных, низкооплачиваемых, лиц страдающих депрессией, однообразно и плохо питающихся (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998).

Таким образом, анализ данных регистра инсульта, проведенного в 2001-2004 гг. в 19 регионах России и продолжающиеся исследования в этом направлении до сегодняшнего дня, показали, что наибольший удельный вес среди ФР инсульта имеет АГ, далее в порядке убывания – заболевания сердца, ДЛ, курение, стресс, ФП, ИМ в анамнезе, СД (Скворцова В.И., Евзельман М.А., 2006; Скоромец А.А., 2017).

1.4 Современные подходы к медико-социальной экспертизе больных, перенесших церебральный инсульт при наличии нарушенных функций. Внедрение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в клинико-экспертную практику для улучшения показателей реабилитации данных больных и инвалидов

В структуре первичной инвалидности среди заболеваний нервной системы последствия ОНМК занимают первое место.

Методологические основы инвалидности больных с ЦВЗ определяются сложным комплексом патоморфологических изменений и патофизиологических механизмов нарушения мозгового кровообращения. Выраженность последних зависит от локализации и характера поражения сосуда, топике и латерализации очага, его глубины и протяженности, степени повреждения нервных клеток и проводящих путей.

Среди патоморфологических субстратов основное значение имеют: изменения сосудов – атеросклеротические бляшки, аневризма, тромбоз, патологическая извитость, васкулит; изменения в веществе мозга – инфаркт, геморрагический инфаркт, кровоизлияние, отек, дислокация и вклинивание, мозговой рубец, атрофия мозга, киста. Патофизиологические механизмы представлены в виде изменений сосудистой системы – АГ, гипотензия, ангиоспазм, недостаточность коллатерального кровообращения, феномен обкрадывания, усиление проницаемости гематоэнцефалического барьера, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, обменно-регуляторные нарушения, гипоксия, гиперкоагулянтность, тканевой ацидоз, азотемия и др. (Дымочка М.А., Лаврова Д.И., 2011; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Скоромец А.А., 2017).

Перенесённый ЦИ является наиболее частой причиной первичного выхода на инвалидность. Уровень инвалидизации у выживших пациентов после инсульта по различным данным составляет 70-85% (Макаров А.Ю.,

Помников В.Г., 2006; Скворцова В.И. и соавт., 2006; Дымочка М.А., 2008, 2009; Скворцов Д.В. и соавт., 2012; Помников В.Г. и соавт., 2017).

При ЦИ несомненна важность ранней и комплексной реабилитации, позволяющей значительно улучшить функциональный и социальный исход заболевания. Реабилитационные мероприятия эффективны примерно у 80% постинсультных пациентов, ещё у 10% наблюдается самопроизвольное восстановление, а у 10% реабилитационные мероприятия бесперспективны (Petrilli S. et al., 2002). При этом постинсультные статодинамические нарушения являются ведущей причиной дезадаптации у этой группы больных.

Основой при оценке ОЖД больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга является определение вида и степени выраженности нарушений функций, приводящих к частичной или полной утрате основных категорий жизнедеятельности.

Нарушения функций, обусловленных сосудистыми заболеваниями головного мозга, должны быть отнесены по функциональной принадлежности к четырем основным группам классификации основных нарушений функций организма, используемых при медико-социальной экспертизе.

У больных с ЦВЗ последствия могут проявляться следующими видами нарушений, ограничивающими их жизнедеятельность: нарушения психических, сенсорных, статодинамических функций (парезы, параличи конечностей, вестибулярно-мозжечковые, гиперкинетические, амиостатические нарушения и др.), функций кровообращения и др.

Перечисленные нарушения могут быть по тяжести различной степени выраженности:

- 1 степень – незначительные нарушения функций;
- 2 степень – умеренные нарушения функций;
- 3 степень – выраженные нарушения функций;

4 степень – значительно выраженные нарушения функций (Классифик. и критер., 2015).

Определение вида и степени нарушений функций, категории и степени ОЖД больных с ЦВЗ основывается на комплексном анализе клинико-функциональных и других критериев.

При этом должен быть использован комплекс критериев:

- клинических, позволяющих судить о наличии и выраженности статодинамических нарушений; показатели нарушения функции вестибулярного аппарата; о степени нарушения психических функций (снижение интеллекта, речевых нарушений - сенсорная, моторная афазии, гностических функций и др.); вегетативно-сосудистых расстройств и др.;
- электрофизиологических – электромиографических и других исследований функции нервной системы;
- биомеханических критериев, свидетельствующих о степени нарушения передвижения (темп ходьбы, длительность двойного шага, время опоры и переноса нижних конечностей при ходьбе, определение коэффициента ритмичности и т.д.);
- психологических показателей, характеризующих мнестико-интеллектуальное снижение, когнитивные нарушения и др.;
- офтальмологических показателей (острота зрения, поле зрения и др.) и отоневрологических показателей (острота слуха и др.), объективизирующих характер и степень нарушения сенсорных функций (Дымочка М.А., Лаврова Д.И.. 2011).

Основное внимание в данном разделе мы обращаем на статодинамические нарушения, учитывая вовлеченность их в процесс ОЖД при ЦИ и используя рекомендации Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ. Краткая версия, 2003). Вместе с тем, анализу подвергались и иные нарушения функций.

При ЦВЗ наблюдаются ограничения следующих категорий жизнедеятельности: самообслуживание и выполнение бытовой деятельности, мобильность; обучение, получение образования и применение знаний; способность к выполнению задач и действий, обеспечивающих занятость и экономическую самостоятельность; общение и межличностное взаимодействие, ориентация, адекватное поведение.

Ограничение самообслуживания и выполнения бытовой деятельности, мобильности отмечается у больных с нарушением статодинамической функции различной степени выраженности (гемиплегия, гемипарез, тетрапарез, вестибулярно-мозжечковые, амиостатические, гиперкинетические и др. нарушения).

Ограничение способности к обучению, получению образования и применения знаний наблюдается у больных с ЦВП, проявляющееся нарушениями речи (сенсорная, моторная, амнестическая афазия), расстройствами высших психических функций (чтения, письма, счета, гнозиса, праксиса), сенсорными и др. нарушениями.

Ограничение способности к выполнению задач и действий, обеспечивающих занятость и экономическую самостоятельность, выявляется у больных с различными нарушениями функций со стороны нервной системы (психические, статодинамические, сенсорные и др.).

Ограничение общения и межличностного взаимодействия могут быть при речевых (моторная, сенсорная афазия и др.), слуховых расстройствах, а также нарушениях психических функций (мнестико-интеллектуальное, когнитивное снижение и др.).

Ограничение ориентации может быть обусловлено нарушением сенсорных (зрительных, слуховых), психических функций, проявляющиеся различными пароксизмами, нарушением ориентации в пространстве, психоорганическим синдромом с отсутствием критики и др.

Ограничение способности к адекватному поведению может быть обусловлено нарушениями психических функций (памяти, сознания, мышления, интеллекта).

Статодинамическим нарушениям при определении любой группы инвалидности при последствиях ЦИ, как правило, принадлежит ведущая роль.

1.5 Методические основы инвалидности и медико-социальной экспертизы с учетом положений Международной классификации функционирования и в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов

Проблема инвалидности связана с различными аспектами социальной политики государства, а решение ее общих и частных вопросов зависят от экономического, политического, культурного уровня страны, духовно-этических воззрений и менталитета общества на разных этапах развития.

Анализ истории развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения, неприязни, изоляции до концепций привлечения к труду “неполноценных” членов, общество подошло к пониманию необходимости реинтеграции лиц с физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями.

В связи с этим необходимо отойти от классического подхода к проблеме инвалидности как к проблеме определенного круга «неполноценных людей», а представить инвалидность как проблему, затрагивающую сообщество во всей его совокупности.

Сущность этой проблемы заключается в правовых, экономических, производственных, коммуникативных, психологических особенностях взаимодействия инвалидов с окружающим миром (Рязанов Д.П., Липинская А.М., 2011; Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А., 2014; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Научно-технический прогресс как стратегия развития цивилизации, ведет к интенсификации использования человеческих ресурсов. В связи с этим резко возрастает общественно-политическая и социально-экономическая цена потерь, связанных с нарушениями жизнедеятельности человека, независимо от его медико-биологических или социально-средовых характеристик.

Важные аспекты проблемы инвалидности связаны с наличием многочисленных социальных барьеров, не позволяющих инвалидам, как, впрочем, и хроническим больным, пожилым людям, многодетным родителям, детям и взрослым с отклонениями в социальном поведении, активно включаться в жизнь общества и полноценно участвовать в ней.

В результате этого миллионы детей и взрослых во всем мире оказываются отверженными и живут в условиях материальных и моральных невзгод и обособлены в своеобразном социальном пространстве себе подобных.

Такая ситуация является следствием порочной социальной политики, основанной на интерпретации социальной нормы как однородной категории, отражающей характеристики «здоровой» части населения. В этом случае социальная политика ориентируется только на часть, а не на все население в целом. Вот почему до сих пор инфраструктура производства и быта, культуры и досуга, социальных услуг часто не приспособлена к потребностям инвалидов и, тем самым, лишает их возможности быть равными среди равных.

Потребности инвалидов как базовую характеристику для планирования работы и принятия решения по различным аспектам проблемы инвалидности, можно условно разделить на две группы (Дымочка М.А., Лаврова Д.И., 2011):

- «общие» потребности, т. е. аналогичные таковым у других групп населения;
- «особые» потребности, т. е. возникающие в связи с инвалидностью.

Наиболее типичными из «особых» потребностей инвалидов являются следующие:

- в восстановлении или компенсации нарушенных или утраченных способностей к различным видам профессиональной, бытовой и общественной деятельности;
- в передвижении;
- в общении;
- в беспрепятственном доступе к объектам социальной инфраструктуры;
- в возможности овладения знаниями;
- в рациональном трудовом устройстве;
- в рациональном бытовом устройстве;
- в социально-психологической адаптации;
- в материально-бытовой и финансовой поддержке.

Развитие подходов к решению проблемы реабилитации инвалидов было неразрывно связано с развитием взглядов на сущность таких понятий, как «инвалид» и «реабилитация».

Уже на ранних этапах создания теории инвалидности большинство исследователей рассматривали ее как особую биосоциальную категорию, основными компонентами которой являются болезнь, трудоспособность, социальная дезадаптация.

Болезнь рассматривалась, как один из главных пусковых факторов, приводящих к инвалидности, т. к. её наличие обуславливало недостаточность приспособительных реакций организма, пониженную жизнедеятельность, наличие чрезвычайного раздражителя во внешней среде.

Социальные факторы, воздействующие на биологическое начало человека, являлись закономерно определяющими в возникновении болезни и инвалидности, как новой качественной определенности.

В дальнейшем указанное противоречие частично было нивелировано интерпретацией инвалидности, как нарушения профессиональной трудоспособности и превалированием в содержании реабилитации профессионально-образовательных мероприятий и обеспечения занятости инвалидов.

В основе трудоспособности лежали тесно связанные компоненты: биологический (работоспособность), отражающий анатомо-функциональное состояние организма; социальный, являющийся результатом социально-экономических и трудовых отношений; социально-психологический.

В последние десятилетия XX столетия формируется взгляд на инвалидность как на нарушение взаимодействия между человеком и окружающим миром, а реабилитация рассматривается как процесс восстановления способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в условиях ограниченной свободы действий. Конечным результатом реабилитации является относительно независимая жизнедеятельность человека с ограниченными возможностями как показатель его реинтеграции в общество. Уровень реинтеграции инвалида определяется его реабилитационным потенциалом и особенностями микро- и макросоциальной сферы.

Такое понимание проблемы инвалидности и ее зависимости от различных условий общественной жизни очень важно для целенаправленного воздействия на процесс её формирования и на проведение мер по профилактике и снижению инвалидности.

Повышенное внимание мирового сообщества к проблеме инвалидности и инвалидов явилось стимулом к разработке новых подходов к ее решению, которые основывались на позициях Всеобщей декларации прав человека, принятой ООН, и учитывали растущее в обществе понимание необходимости интеграции инвалидов, включение их в нормальную социальную жизнь.

Однако сформированные тогда определения инвалидности не отражали взаимодействия инвалида и общества. Поэтому эти вопросы были рассмотрены в документах ООН, посвященных Десятилетию инвалидов, и отражены в «Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для

инвалидов», принятых в 1992 г. в Вене, и «Всемирной Программе действий в отношении инвалидов» (1992).

В этих документах инвалидность рассматривается как потеря или ограничение возможностей принимать участие в жизни общества наравне со всеми в связи с наличием культурных, физических или социальных барьеров, препятствующих их участию в различных сферах жизни общества, доступных другим гражданам.

«Всемирная Программа действий в отношении инвалидов» (ООН, 1992) содержала ряд позиций, касающихся создания равных прав и возможностей для инвалидов, а также содействия эффективным мерам в целях предупреждения инвалидности, восстановления трудоспособности и реализации целей «равенства» и «полного участия» инвалидов в социальной жизни и развитии. Это означает создание для них таких же условий жизни, что и для всего населения и равной доли в улучшении условий жизни в результате социального и экономического развития. Эти концепции должны применяться одинаковым образом и иметь равную первоочередность во всех странах, независимо от их уровня развития.

Рассматривая инвалидность с указанных позиций, становится очевидным, что инвалидность является общественно важным индикатором взаимосвязи в системе «человек – среда», своеобразие которой проявляется в социально-средовом статусе человека.

В соответствии с этим инвалидность стала рассматриваться как сложная категория, охватывающая различные уровни развития человека как существа биологического и социального в его многообразных взаимоотношениях с окружающей средой (Андреева О.С., 2011; Коробов М.В., 2011; Рязанов Д.П., Липинская А.М., 2011; Помников В.Г. и соавт., 2012; Бельская Г.Н. и соавт., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Большое значение для формирования современной концепции инвалидности, определения ее понятийных категорий имело «Руководство по классификации последствий болезни» (International Classification of Impairments,

Disabilities and Handicaps), подготовленное по инициативе ВОЗ в 1980 г. Апробация данной Классификации проходила под эгидой ВОЗ и ООН в разных странах. Полученные результаты были обобщены в виде «Nomenclature of Impairments, Disabilities and Disadvantages» (в русском переводе «Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» – МКН), одобренной Международной конференцией по X пересмотру Международной классификации болезней (МКБ) в 1989 г. В ней были выделены виды деятельности, являющиеся фундаментальными, т. к. от них зависит само существование и выживание человека как общественного существа, и которые свойственны индивиду фактически любой культуры.

В России уже в 80-годах становилось все более очевидной неполноценность, дефектность существовавшей концепции инвалидности, основанной на узко прагматическом, утилитарном подходе, абсолютизации трудоспособности в ущерб другим сторонам жизнедеятельности человека. Усиливались тенденции, основанные на рассмотрении проблемы инвалидности в более сложном социобиологическом комплексе.

В последние десятилетия XX столетия в решении проблемы инвалидности в России произошли кардинальные изменения, послужившие основой создания новой современной концепции инвалидности. Это позволило определить основные понятия, сформировать критерии определения инвалидности, что нашло отражение в документе «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы», утвержденные Приказом Министерства труда и социального развития РФ и Минздрава РФ № 1024н от 2015г.

В этом документе содержатся определения, относящиеся к концепции инвалидности, которые используются в России до настоящего времени.

Современные концептуальные позиции инвалидности послужили научной базой для создания теории и методологии отечественной медико-социальной экспертизы. Учитывая ратификацию нашей страной «Конвенции

ООН о правах инвалидов», предстоит дальнейшая разработка содержательной и структурной сторон концепции инвалидности и понятия “инвалид” с их возможной коррекцией. Это представляет не только теоретический интерес, но имеет несомненное практическое значение и будет способствовать более целенаправленному и научно-обоснованному развитию всей системы медико-социальной помощи этой многочисленной группе населения (в том числе и больных, перенесших ЦИ на всей территории нашей страны).

ГЛАВА II. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика обследованных больных

Под нашим наблюдением находилось 214 пациентов с ОНМК по ишемическому (176 человек) и геморрагическому типу (38 человек). Почти все пациенты в остром периоде (204 больных) в разные сроки были госпитализированы в неврологические отделения стационаров г. Махачкалы и иных районных центров (как правило) по экстренным медицинским показаниям. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, данных компьютерной: (КТ) и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, дуплексного сканирования (ДС) прецеребральных артерий и/или транскраниальной доплерографии (УЗДГ). С учётом задач исследования больные состояли из 2-х групп по 107 человек, проживающих постоянно в городской или сельской местности

Распределение больных данной группы по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Отметим, что в данное исследование специально были включены больные с тяжёлым и средней тяжести ишемическим (88 человек) и геморрагическим (19 человек) инсультом, но без летального исхода в каждой подгруппе в динамике наблюдения весьма схожие по возрастным и гендерным показателям (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение обследованных больных по клиническим формам инсульта с учетом пола и возраста

Виды нарушения мозгового кровообращения	Число обследованных		Пол									
	Абс.	%	Мужчины						Женщины			
			Всего		до 49 лет	до 54 лет	за 60 лет	Всего		до 44 лет	до 54 лет	за 55 лет
			Абс.	%				Абс.	%			
Ишемический инсульт	176	82,2	102	47,7	8	34	60	74	34,6	4	12	58
Геморрагический инсульт	38	17,8	22	10,2	4	8	10	16	7,5	-	4	12
Всего	214	100	124	57,9	12	42	70	90	42,1	4	16	70

Более подробная характеристика обследованных больных даётся нами в 3-й главе.

2.2 Методики клинко-инструментального обследования больных

В работе представлены результаты комплексных клинко-экспертных, инструментальных, лабораторных и статистических методов исследования. Предварительно все пациенты и их ближайшие родственники информировались о целях, задачах, программе исследования.

Клиническое исследование больных включало: сбор жалоб, анамнеза, физикальные методы, неврологический осмотр (Скоромец А.А. и соавт., 2017), применение неврологических оценочных шкал. Пациенты обследовались при стационарном лечении, а также при первичном освидетельствовании в БМСЭ, часть из них наблюдалась и при повторных переосвидетельствованиях. Изучались документы, оформленные при направлении в БМСЭ, при необходимости изучались карты стационарного больного. 89 больных из 214 наблюдались исполнителем работы в остром периоде инсульта в стационаре, у остальных анализировались карты стационарных

больных и медицинские дополнительные сведения. Все пациенты лично осматривались исполнителем работы при прохождении освидетельствования в БМСЭ или на клинической базе.

На всех обследованных заполнялась «карта (опросник) исследования пациентов», которая включала анкетные данные (пол, место работы, адрес регистрации, семейное положение, образование), ряд клинико-экспертных, лабораторных, инструментальных показателей, данные оценочных шкал.

Опросник включал также следующие ФР инсульта: возраст, наличие АГ, длительность ее существования, эффективность гипотензивной терапии, наличие церебральных гипертонических кризов, стенозы и окклюзии церебральных и прецеребральных артерий, черепно-мозговая травма в анамнезе, перенесенный инсульт, ИМ, эмбологенные аритмии сердца, курение, СД, гипокинезия, злоупотребление алкоголем, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, психоэмоциональное напряжение, отягощенность наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, избыточная масса тела, ДЛ, социальное и семейное положение, образование.

Были установлены следующие диагностические критерии факторов риска.

Артериальная гипертензия, согласно рекомендациям ВОЗ, констатировалась при наличии стойкого повышения АД выше 140/90 мм.рт.ст., либо допускались меньшие показатели АД на фоне регулярного приема гипотензивных препаратов. Длительность АГ и показателей «рабочего АД» устанавливалось анамнестически при опросе родственников, анализе представленной медицинской документации и результатов непосредственного измерения АД при осмотре по методу Короткова. Изучалась осведомленность больных о наличии у них АГ, эффективность гипотензивной терапии.

Нарушения ритма сердца устанавливались по результатам электрокардиографии (ЭКГ), при необходимости проводилась эхо-кардиография (ЭХО-КГ).

Уровень глюкозы в крови неоднократно исследовался у всех пациентов при госпитализации, а также, на 3, 10, 14 сутки пребывания в отделении, при наличии гипергликемии – ежедневно. Всем пациентам с гипергликемией проводилась коррекция с помощью инсулина, согласно консультации эндокринолога.

Гиперхолестеринемию диагностировали при повышении уровня общего холестерина крови более 5.5 ммоль/л. Определяли также уровень триглицеридов крови, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности.

Учитывая роль реологических свойств крови и параметров гемостаза в процессах микроциркуляции в условиях замедления кровотока и гипоксии, всем стационарированным больным проводилось исследование гемореологии и гемокоагуляции. Основным индикатором, определяющим жидкостно-динамические свойства крови и её насыщаемость кислородом, является гематокрит, увеличение которого более чем на 45% свидетельствует о повышении вязкости крови, ухудшении микроциркуляции и уменьшении уровня оксигенации тканей, в том числе головного мозга. В этой связи определялись также фибриноген, тромбиновое время, уровень растворимых комплексов фибрин-мономера.

Наличие хронической сердечной недостаточности устанавливалось при клиническом осмотре и консультации терапевта, кардиолога.

Стенозы МАГ оценивались по результатам УЗДГ прецеребральных и церебральных артерий.

Наличие сопутствующих заболеваний определялось согласно медицинской документации, клинического осмотра, данных дополнительных методов исследования, консультаций соответствующих специалистов.

Наследственность признавалась отягощенной по сердечно-сосудистой патологии, если у родственников обследуемого больного (родители, родные братья и сестры) имелись в анамнезе ОНМК, ИМ и другие сердечно-сосудистые заболевания, в том числе обусловившие сосудистую смерть.

Курящими считались лица со стажем курения более 2-х лет, а также бросившие курить менее 2-х лет назад, вне зависимости от количества выкуриваемых сигарет в день.

Психо-эмоциональное напряжение определялось в случае частых и/или продолжительных психо-эмоциональных травм острого или хронического характера непосредственно перед возникновением инсульта.

Гипокинезия устанавливалась в том случае, если продолжительность физической нагрузки во время занятий физической культурой и спортом суммарно составляла менее 10 часов в неделю, а продолжительность мало-подвижной работы была не менее 5 часов в день.

Избыточную массу тела регистрировали путем расчета весоростового индекса массы тела Кетле >29 (вес/рост = кг/м²).

Соматический и неврологический статусы оценивались по общепринятой схеме в динамике (Скоромец А.А. и соавт., 2017): при поступлении в стационар или в БМСЭ, в процессе лечения и накануне выписки из стационара. Определялся уровень сознания: ясное, оглушение, сопор, кома (I, II, III), с помощью шкалы Ком Глазго по трем параметрам: открывание глаз, словесный и двигательный ответы на внешние раздражители. Суммарный балл 15 определял ясное сознание, 13-14 оглушение, 9-12 сопор, 4-8 кому (7-8 кома I, 5-6 кома II, < 5 кома III); 3 – смерть мозга.

Степень нарушения и динамика восстановления двигательных функций, речи, координации оценивались по Шкале Инсульта, разработанной американским Национальным Институтом Здоровья (NIH STROKE SCALE). Использовался модифицированный вариант этой шкалы, содержащий 15 пунктов, характеризующих основные функции, чаще всего страдающие при церебральном инсульте. Исследование нарушенных функций проводилось в начале заболевания и после завершения курса стационарного лечения, а также при освидетельствовании в БМСЭ.

С целью оценки высших корковых функций использовался Тест Миниментал (Mini-Mental State Examination – MMSE), включающий в себя

скрининг-исследования памяти, внимания, ориентации. Исследование проводилось на вторые и 12 сутки от момента поступления в стационар.

С целью характеристики функционального статуса пациента, оценки нарушений жизнедеятельности, вызванных инсультом, использовался индекс Бартелл, который характеризует степень неврологического дефицита и необходимость в посторонней помощи. Согласно этой шкале пределы колебаний от 0 до 45 баллов соответствуют тяжелой инвалидизации (значительное ограничение или полное нарушение неврологических функций), от 50 до 70 баллов – умеренная инвалидизация, умеренное ограничение неврологических функций, от 75 до 100 баллов, минимальное ограничение или сохранение неврологических функций.

Нозологические формы ЦВП выделялись согласно классификации сосудистых поражений головного мозга Е.В. Шмидта (1985), адаптированной к МКБ 10 пересмотра.

В соответствии с общепризнанной в настоящее время классификацией TOAST Stroke Subtype Classification выделялись следующие патогенетические подтипы ишемического инсульта:

- атеротромботический (церебральная макроангиопатия);
- кардиоэмболический;
- лакунарный (церебральная микроангиопатия);
- инсульт другой определенной этиологии;
- инсульт неопределенной этиологии.

Ведущий патогенетический фактор развития инсульта (атеросклероз, АГ и пр.) и степень его выраженности оценивались в ходе клинического осмотра, анализа ЭКГ, рентгеноскопии органов грудной клетки, определения показателей липидного спектра плазмы крови, ЭХО-КГ, холтеровского мониторирования, мониторирования АД, данных ДС прецеребральных артерий, УЗДГ, нейровизуализации.

Определялись локализация (правое, левое полушарие, ствол мозга, мозжечок) и размер очага инфаркта (большие – более 3 см. в диаметре, средние – 1.5-3 см, малые – менее 1.5 см) согласно клиническим данным и дополнительным методам исследования.

Для исследования кровотока по МАГ использовались ультразвуковые методы исследования. Исследование прецеребральных сосудов проводилось методом ДС, позволяющим получать в реальном масштабе времени изображение артериальной стенки, характеристику артериального кровотока, определить размеры и структуру атеросклеротической бляшки, измерить степень выраженности стеноза сосуда, риск развития артерио-артериальной эмболии. Для исследования состояния внутричерепных сосудов использовался метод УЗДГ, позволяющий оценить кровотоки в артериях Виллизиева круга – интракраниальных отделах внутренней сонной артерии, средней, передней и задней мозговых артериях, внутричерепных отделах позвоночных артерий, а также в основной артерии. Для изучения состояния кровотока в данных артериях применялся трансемпоральный доступ (при локации средней, передней и задней мозговых артерий) через «ультразвуковое окно» между наружным краем орбиты и ушной раковиной, для изучения сифона внутренней сонной артерии использовался трансорбитальный доступ.

В качестве методов нейровизуализации применяли: КТ, МРТ головного мозга, в некоторых случаях проводилась магнитно-резонансная ангиография головного мозга (Труфанов Г.Е., 2011; Пирадов М.А. и соавт., 2015).

Компьютерная томография в настоящее время является одним из самых распространенных, высокоинформативных методов нейровизуализации. Метод основан на изменении плотности ткани головного мозга при развитии патологических процессов. Компьютерная томография головного мозга позволяет выявить картину дисциркуляторной энцефалопатии, инфаркты головного мозга различной степени давности, постинсультные кисты, объемные патологические процессы головного мозга, уточнить их локализацию, определить смещение срединных структур, выраженность

отека головного мозга, состояние цистернальных пространств. Большое значение КТ головного мозга имеет при дифференциальной диагностике типов ОНМК, позволяя отличить инфаркт мозга от кровоизлияния непосредственно после развития заболевания.

Магнитно-резонансная томография основана на регистрации электромагнитного излучения, поступающего после возбуждения протонов радиочастотными импульсами в постоянном магнитном поле. Считается, что характер интенсивности сигнала, полученного при МРТ, определяется в основном четырьмя параметрами. К ним относят протонную плотность (количество протонов в исследуемой ткани), время спин-решетчатой релаксации (T1), время спин-спиновой релаксации (T2), движение или диффузию исследуемых структур. При ЦВП метод является более информативным, чем КТ. Магнитно-резонансная томография позволяет получить изображение не только в горизонтальной, но и во фронтальной, сагиттальной проекциях, а также имеет существенно более высокую разрешающую способность. При проведении МРТ получают изображение в двух основных режимах: T1 и T2. На T1 – взвешенных изображениях интенсивность сигнала снижается, патологический очаг выглядит более темным, при T2 режиме отмечается повышение уровня сигнала и очаг поражения выглядит более светлым. Магнитно-резонансная томография улучшает диагностику инфаркта мозга, особенно малых размеров, позволяя уточнить характер, локализацию, размеры очага, а также распространенность отека структур, прилежащих к очагу, состояние ликворной системы. Очаг ишемического инсульта выявляется через 1 час после его развития, МРТ диагностика кровоизлияния в мозг основана на парамагнитных свойствах продуктов окисленного гемоглобина.

2.3 Характеристика использованных методов лечения

Пациенты в стационаре получали максимально унифицированную терапию по поводу ишемического и геморрагического инсульта, включавшую дезагреганты, антикоагулянты по показаниям, препараты, улучшающие церебральный кровоток (кавинтон, трентал), стабилизирующие уровень АД. Психотропные, ноотропные препараты и антигипоксанты из назначений были исключены (Гусев Е.И., Коновалов А.Н., 2015; Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., 2017).

Продолжительность наблюдения в стационаре составила преимущественно 21 день. Устанавливался патогенетический вариант инфаркта мозга, его размеры и локализация, оценивалась динамика суммарного клинического балла по шкале американского Национального Института Здоровья (NIH STROKE SCALE), уровня нарушения сознания с помощью шкалы Ком Глазго, анализировалась степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина во многом совпадающая с показателями, используемыми в настоящее время при установлении инвалидности в бюро медико-социальной экспертизы.

2.4 Статистический этап исследования

Изучалась динамика показателей заболеваемости и инвалидности вследствие ОНМК. База исследования: стационары и БМСЭ Республики Дагестан.

Единица наблюдения – больной вследствие ЦИ, находившийся в остром периоде в стационаре, а также больные после инсульта впервые освидетельствованные (некоторые из них в последующем и повторно) в бюро медико-социальной экспертизы.

Объект исследования – карта стационарного больного, акт освидетельствования в бюро МСЭ, учётно-отчётная форма 7-собес, статистические талоны.

Период наблюдения – 2015-2017 годы.

Анализ осуществлён по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РД, Министерства здравоохранения, ФКУ «Главное бюро МСЭ по РД», а также статистические данные, в том числе и за прошлые годы, опубликованные в открытых источниках.

При реализации всех аспектов исследования осуществлена математическая статистическая обработка материала на ЭВМ с применением программ «Microsoft Excel», «Microsoft Access», «Microsoft Graf».

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Распространенность ЦИ определяется как демографическими и социально-экономическими факторами, так и климатическими особенностями, географической характеристикой региона.

Территория РД расположена в предгорной части Главного Кавказского хребта и на северных его склонах. В составы РД входят 41 административный район и 10 городов. Учитывая разнообразные климато-географические особенности РД и обусловленные этим различия в условиях проживания населения, при анализе закономерностей распространения инсульта сельскую местность условно мы разделили на экологические зоны. По оси Восток-Запад территория сельской местности (протяжённость 216 км) разделена на равнинную, предгорную и горную экологические зоны. Высота над уровнем моря колеблется от -26 до +3000 метров и более (Хачиров Дж.Г., 1997). Численность населения РД от 25 лет и старше на 1 января 2009г. составила 1506200 человек (Магомедова А.Х., Магомедов М.Ф., 2009).

3.1 Клинико-экспертные особенности больных с церебральными инсультами, проживающими в сельской и городской местности

С учетом цели и задач исследования нами было обследовано 214 больных, признанных инвалидами вследствие перенесенного ЦИ, из них 124 (57,9%) мужчины, и 90 (42,1%) женщин. На долю лиц пенсионного возраста (на период исследования) пришлось 65,4%, среднего возраста – 27,1%, молодого возраста – 7,5%. Доля лиц с давностью заболевания к моменту освидетельствования в БМСЭ до 1 года – 83,2%, до 2 лет – 11,2% и до 3 лет –

5,6%. По клиническим формам 82,2% пришлось на ОНМК по ишемическому типу и 17,8% – по геморрагическому типу (таблица 1).

На начальном этапе нашей работы нами были подобраны 2 подгруппы пациентов с ЦИ, репрезентативные по возрасту, тяжести в остром периоде (тяжёлый и средней тяжести), типам перенесенного инсульта, проживающими в городских (107 больных) и сельских условиях (107 больных) Республики Дагестан. С учётом отсутствия значимых различий по клиническим особенностям проявлений ЦИ в этих подгруппах, где возможно, мы анализировали общую группу из 214 человек. Если по каким-то показателям имелись достоверные различия, то мы обязательно на это указываем. Группа из 214 больных с инсультами, вошедшими в исследование, в течение ближайших 3-4 лет наблюдалась нами при очередном переосвидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы.

Известно, что ЦИ чаще развиваются у лиц, в работе которых имеет место значительное психо-эмоциональное и физическое напряжение, быстрый предписанный темп работы. Среди обследованных нами инвалидов – работающих на момент освидетельствования составили 32,7%, из них на долю мужчин пришлось 65,7%, женщин – 34,3%. Изучение профессиональной деятельности показало, что умственным трудом были заняты 48,6% инвалидов, тяжелым физическим – 28,5%, легким физическим трудом – 22,9% без статистически значимой разницы у городских и сельских жителей. На рисунке 1 представлена профессиональная деятельность пациентов с учётом категорий тяжести труда в %.

Нами также проведен анализ обследованных больных по уровню образования и выявлено преобладание инвалидов с высшим (28%) и средним (26,2%) образованием, на долю инвалидов со средне-специальным и неоконченным средним образованием пришлось соответственно 23,4% и 22,4%.

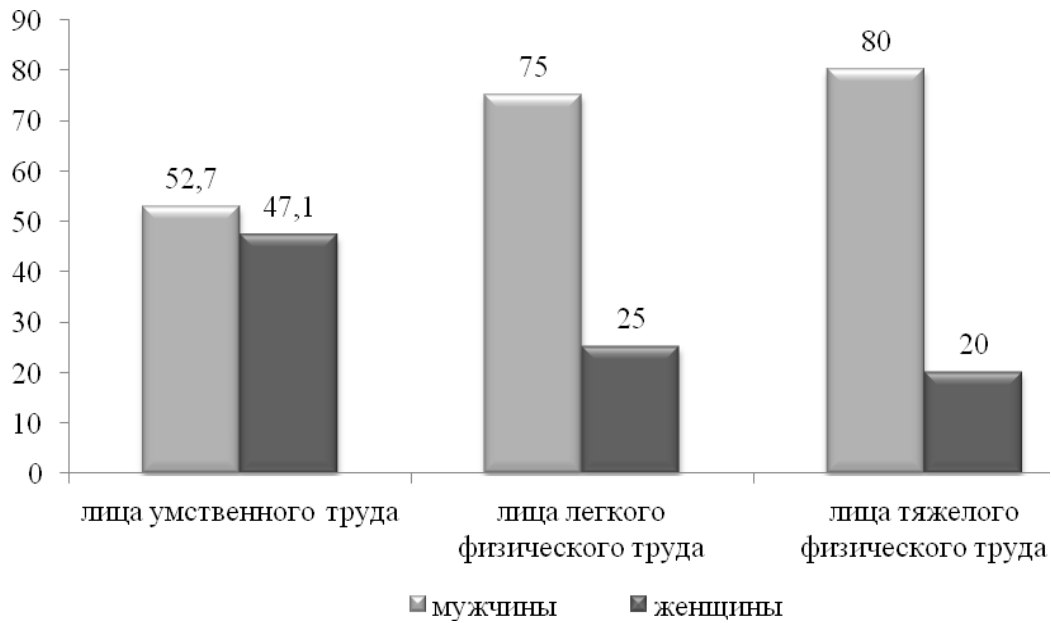


Рисунок 1 – Анализ профессиональной деятельности мужчин и женщин в соответствии с категориями тяжести в %

Отметим, что по данному показателю в группе больных, проживающих в городской местности лиц с высшим образованием, было достоверно больше ($P < 0,001$). На рисунке 2 показано гендерное распределение пациентов по уровню образования в %.

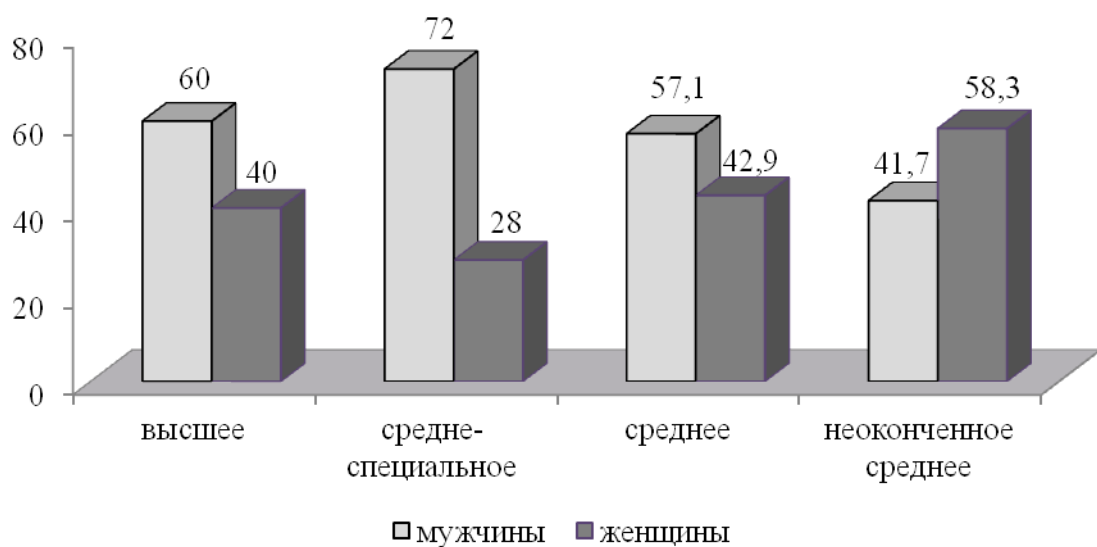


Рисунок 2 – Распределение инвалидов по уровню образования с учетом пола в %

Следовательно, в исследуемой группе инвалидов преобладали мужчины с высшим образованием, занятые умственным трудом. Не работали 67,3% инвалидов, в том числе 55,6% мужчин и 44,4% женщин. Трудонаправленными из всех обследованных инвалидов были всего 9,4%, с неопределенной трудонаправленностью – 26,4% пациентов. Отметим, что в неопределённую трудонаправленность мы относили тех инвалидов, у которых, в частности звучал ответ на вопрос анкеты, что «хотел бы работать, но ничего подходящего органы социальной защиты не предлагают». В данной группе превалировали с высокой степенью достоверности жители сельских районов ($P < 0,001$).

С учетом этиологических факторов среди обследованных больных с ИИ выделено 44,3% больных, перенесших инсульт на фоне АГ, 26,1% – на фоне атеросклероза; в 18,2% случаев инфаркт мозга произошел на фоне сочетания АГ и атеросклероза, у 8% больных – СД, у 3,4% – ожирения. Из данного контингента у 38 больных (21,6%) причиной инсульта была ФП, причем у одной больной – на фоне ревматического порока сердца. У 6 больных (3,4%) ЦИ развился в острый период ИМ, у 1 больного после массивной кровопотери – колото-резанного ранения левой половины шеи с повреждением общей сонной артерии. Артериальная гипертензия, как этиологический фактор особенно ГИ встречалась значительно чаще у сельских жителей ($P < 0,01$), но чаще всего это было связано с отсутствием лечения АГ с контролем артериального давления. Фибрилляция предсердий превалировала среди городских жителей (29 против 9 человек, проживающих в сельской местности при высоком уровне достоверности ($P < 0,001$)).

Основной причиной ГИ явилась АГ – у 47,4% обследованных. Сочетание АГ и атеросклероза наблюдалось у 36,8% больных, кровоизлияние из артериальных аневризм произошло у 10,5% обследуемых инвалидов, и у одного больного – как осложнение апластической анемии с тромбоцитопенией 3 степени. Черепно-мозговая травма с ушибом головного мозга в

анамнезе (3-5 лет назад) выявлена у 4 больных, из них 1 перенес ГИ, 3 больных – ишемический.

С учетом патогенетических подтипов ИИ в ходе исследования выделено 55,7% лиц с атеротромботическим инсультом, 21,6% – с кардиоэмболическим, с лакунарным и гемодинамическим соответственно 19,3% и 3,4% больных. Среди инвалидов с ГИ 5,3% составили больные с геморрагическим пропитыванием, 94,7% – с формированием гематомы, причем у 31,6% больных кровоизлияние произошло с прорывом в желудочковую систему головного мозга с достоверно большей частотой у жителей сельских поселений РД ($P < 0,01$).

Особенности клинической картины зависят от сосудистого бассейна при ИИ и локализации очага – при геморрагическом (рисунки 3 и 4).

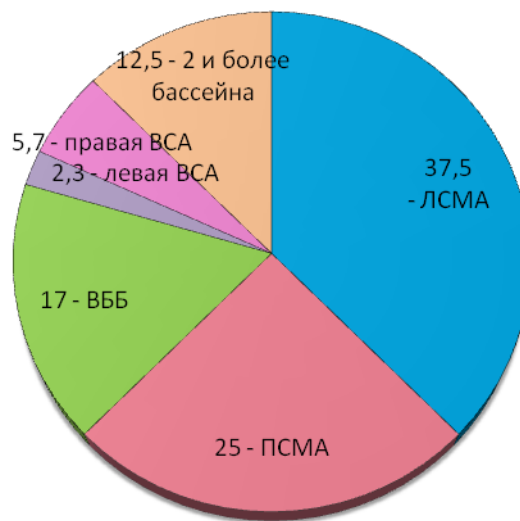


Рисунок 3 – Распределение обследованных больных с ишемическим инсультом с учетом топической характеристики в %

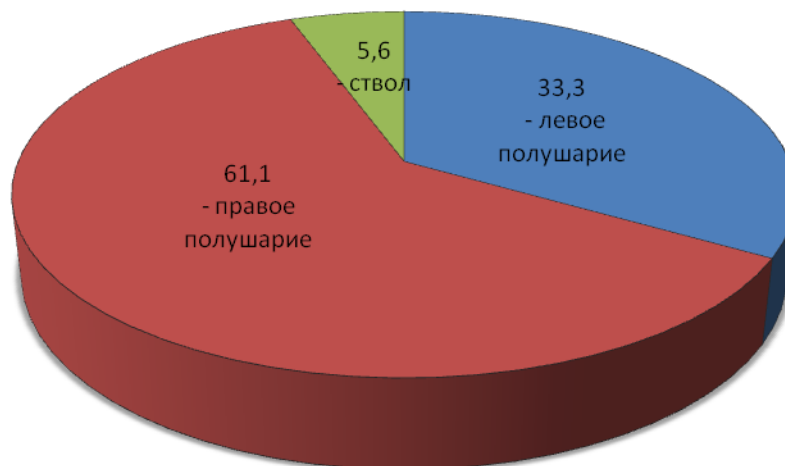


Рисунок 4 – Распределение обследованных больных с геморрагическим инсультом с учетом топической характеристики в %

По мнению А.С. Кадыкова, Н.В. Шахпаронова (2010), в остром периоде инсульта у небольшой части больных наблюдается спонтанное восстановление нарушенных функций, в основе которого лежит пластичность мозга, его способность к компенсации и реорганизации функций. Выделяют следующие механизмы компенсации нарушенных функций:

- реорганизация поврежденного функционального центра;
- перестройка взаимоотношений между разными этапами одной системы;
- реорганизация структуры и функций других систем;
- включение резервных возможностей в различных в функциональном отношении систем мозга.

Кроме реорганизации в восстановлении функций после инсульта играют роль такие факторы, как:

- ликвидация отека;
- улучшение кровообращения в областях, пограничных с очагом поражения (область ишемической полутени – пенумбры), где нейроны еще остаются структурно сохранными и способными к восстановлению

жизнедеятельности. Следовательно, максимальное восстановление функций мозга возможно лишь при раннем начале лечения – в период «окна терапевтических возможностей», т.е. в период времени, непосредственно следующий за возникновением инсульта, в течение которого проведение адекватной терапии может уменьшить степень повреждения мозга и смягчить последствия инсульта. Большинство исследователей ограничивают рамки «терапевтического окна» 3-6 часами.

Нами проведен анализ госпитализации больных с ЦИ и выявлено, что из всех обследованных госпитализировано в стационар 204 больных (95,3%). Это больше чем по сводной статистике Минздрава РД за последние годы (в среднем не более 80%), но, учитывая, что мы использовали данные стационаров, в которых проводился набор больных и работу соискателя по совместительству в системе здравоохранения, наши результаты понятны. Временные промежутки госпитализации всех больных от начала развития инсульта отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Время госпитализации больных с церебральным инсультом, проживающих в сельской и городской местности Республики Дагестан

Временные промежутки	Абсолютное число больных	Удельный вес (%)
до 3 часов	128	59,8
до 6 часов	33	15,4
до суток	38 24г. – 14с.	17,8
больше суток	15 10г. – 5с.	7

Примечание: г. – городские жители; с. – сельские жители.

Большинство исследуемых (75,2%) госпитализировано во временные границы «терапевтического окна», что оказывает существенное влияние на максимальное восстановление функций мозга. Отметим тот факт, что среди

госпитализированных после 6 часов значительно больше оказалось городских жителей (34 городских и 19 человек сельских жителей при $P < 0,05$). Возможно, это связано с тем, что жители, проживающие в сельских районах, не всегда ждут приезда «скорой помощи», а иногда их доставляют родственники или знакомые в ближайший медицинский стационар в первые часы после возникновения сосудистой катастрофы.

В настоящее время постинсультный период принято делить на 4 периода (Гусев Е.И. и соавт. 2001; Кадыков А.С., 2002):

- острый период – первые 3-4 недели;
- ранний восстановительный период – первые 6 месяцев;
- поздний восстановительный период – от 6 месяцев до 1 года (от 3 месяцев до 1 года);
- резидуальный период (после года).

В раннем восстановительном периоде, в свою очередь, можно выделить два периода: до 3 месяцев, когда в основном происходит восстановление объема движений и силы в паретичных конечностях и заканчивается формированием постинсультной кисты, и от 3 до 6 месяцев, когда продолжается восстановление утраченных двигательных навыков. Восстановление речи, социальная и психическая реадаптация занимают более длительное время.

В ходе исследования выявлено, что частичное восстановление двигательных функций к концу первого года после инсульта произошло у 96 (44,9%) обследованных, из них в остром периоде инсульта – у 48 (50%) больных, в раннем восстановительном – у 42 (43,7%) пациента, в позднем восстановительном – у 6 (6,3%) больных без значимого различия по сельским и городским жителям.

Известно, что чем моложе больной, тем выше темп и полнота восстановления функций, что подтверждено в ходе нашего исследования. Среди пациентов первой возрастной группы частичный регресс симптома-

тики наблюдался в 87,5% случаев, второй возрастной группы – 69%. Хуже всего восстановление наблюдалось у лиц пенсионного возраста – лишь у 30% (рисунок 5) также без значимой достоверности по подгруппам.

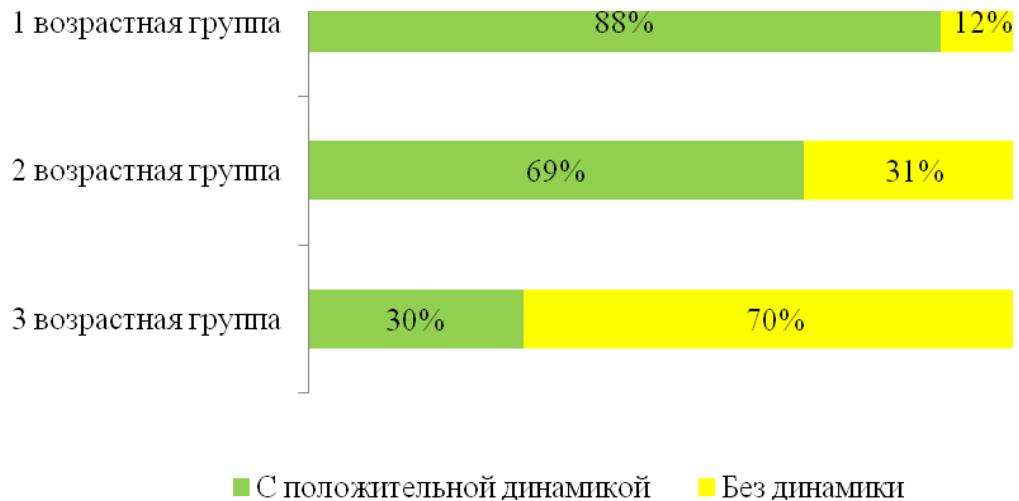


Рисунок 5 – Больные с частичным восстановлением двигательного дефекта в различных возрастных группах

Распределение больных с частичным восстановлением двигательного дефекта в различных периодах инсульта с учетом возраста представлено на рисунке 6.

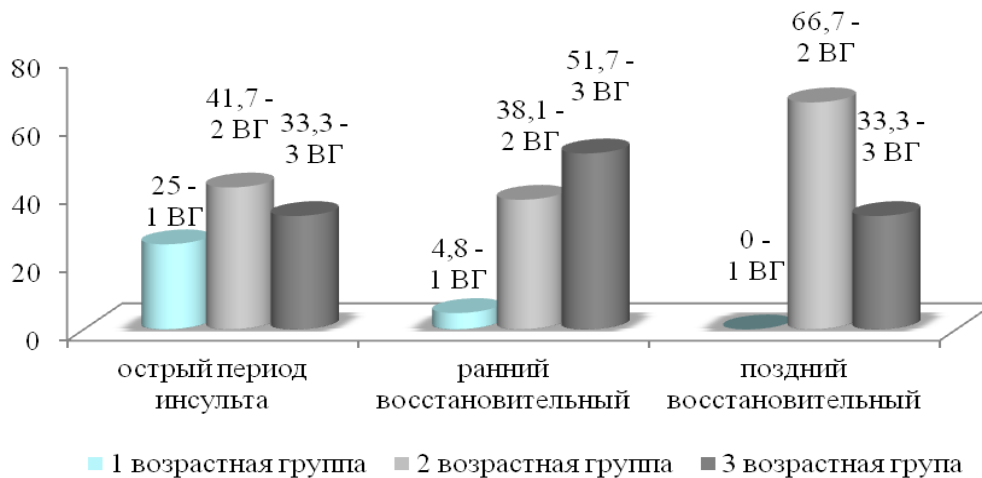


Рисунок 6 – Больные с частичным восстановлением двигательного дефекта в различных периодах инсульта с учетом возраста в %

По данному показателю нам также не удалось выявить статистически достоверной разницы между сельскими и городскими жителями.

Из данного контингента обследуемых выделена группа (24 инвалида) с инициальным тяжелым двигательным дефектом (гемиплегией), что составило 25% от всех больных с частичным восстановлением статодинамических функций в исследуемых периодах инсульта. Причем нарастание мышечной силы в пораженных конечностях в остром периоде ОНМК наблюдалось лишь у одного больного и всего на 1 балл. В раннем восстановительном периоде частичный регресс очаговой симптоматики произошел у 22 больных, что составило 91,7%, из них нарастание силы на 1 балл выявлено у 16 (72,7%) пациентов, на 2 балла – у 6 (27,3%) без статистически значимой разницы с учётом принадлежности больных к подгруппам.

Темп и полнота восстановления функций зависит и от характера церебрального инсульта. Нами выявлено, что при ГИ частичный регресс очаговой симптоматики лучше, чем при ишемических и составляет соответственно 52,6% и 43,2%.

К числу благоприятных факторов в отношении хорошего и быстрого восстановления можно отнести и благоприятное семейно-бытовое положение, наличие супруга, поддержка родных и близких. Из обследуемого нами контингента инвалидов в браке состояло 48,9%, семью имели 84,4%. Удовлетворительные жилищно-бытовые условия были у 91,1% инвалидов. Семью не имели 15,5% обследуемых, из них у 57,1% были благоприятные жилищно-бытовые условия.

Наиболее значимым фактором, определяющим восстановление функций, является размер и локализация очага поражения по отношению к функционально значимым зонам. Для двигательных функций – это пирамидный тракт. Наиболее тяжелый двигательный дефект и наихудший прогноз восстановления движений наблюдается при локализации очага поражения в тех областях мозга, где пирамидный тракт проходит наиболее

компактно: в заднем бедре внутренней капсулы и в основании варолиева моста. Для речевых функций значимыми зонами являются область Брока (центр моторной речи), расположенная в задних отделах левой (у правшей) нижней лобной извилины, и область Вернике (центр понимания речи), расположенная в задних отделах левой верхней височной извилины. Неблагоприятным для восстановления речи является локализация очага поражения в обеих областях (Суслина З.А., Пирадов М.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2016; Бархатов Ю.Д., Кадыков А.С., 2017).

Прогностическим неблагоприятным фактором в плане восстановления функций являются наличие сопутствующей патологии, развитие церебральных и экстрацеребральных осложнений инсульта. Среди обследованных больных у 16 выявлена сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы с развитием недостаточности кровообращения II В стадии (5 из них сельских жителей), у одного больного в остром периоде инсульта развился ИМ; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с развитием гангрены выявлен у 2 пациентов. Распределение инвалидов с учетом развития осложнений ЦИ в % и абсолютных цифрах отражено в таблице 3, причем отмечено наличие достоверной разницы среди сельских и городских жителей по проявлениям вазоспазма при ГИ (3 у сельских и 1 у городского жителя), бактериальной пневмонии (24 человека среди сельских с ишемией и 6 среди городских), пролежней (17 человек среди сельских жителей с ИИ и 7 среди городских), инфекции мочевых путей (25 человек среди сельских жителей с ИИ и 9 среди городских). Уровень достоверности составил менее $P < 0,01$ по всем показателям, включая и экстрацеребральные осложнения при геморрагическом характере инсульта.

Методом МРТ при направлении больных для освидетельствования в бюро МСЭ выявлены постинсультные очаги у 178 больных (83,2%), давностью свыше 4 месяцев, с кистозно-глиозной трансформацией вещества головного мозга, кортикальной атрофией и субатрофией.

Таблица 3 – Осложнения церебрального инсульта

Церебральные осложнения инсульта – в % и абсолютных цифрах		
	Ишемический 100% -188чел.	Геморрагический 100% - 38чел.
Отек головного мозга	14,8% - 26чел.	73,7% - 28чел.
Кровоизлияние в зону инфаркта	1,1% - 2чел.	
Прорыв крови в желудочковую систему		42,2% - 16чел.
Вазоспазм с развитием вторичной церебральной ишемии		10,5% - 4чел. (3 с. – 1 г.)
Экстрацеребральные осложнения		
Бактериальная пневмония	17,0% - 30чел. (24 с. – 6 г.)	36,8% - 14чел.
Пролежни	13,6% - 24чел. (17 с. – 7 г.)	21,1% - 8чел.
Инфекция мочевых путей	19,3% - 34чел. (25 с. – 9 г.)	36,8% - 14чел.

Примечание с. – сельские, г. – городские жители.

Данные МРТ были представлены у 105 городских жителей и 73 сельских, но это было связано, в первую очередь, с оснащённостью медицинских учреждений.

При офтальмологическом исследовании выявлена гипертоническая ангиопатия у 110 (51,4%) больных (превалировали сельские жители – 72 против 38 с высоким уровнем достоверности), ангиосклероз – у 74 обследуемых (34,6%) (при отсутствии статистически значимой разницы в подгруппах).

3.2 Нарушения функций после церебрального инсульта у сельских и городских жителей, приводящие к ограничениям жизнедеятельности и определению инвалидности

Основными клинико-функциональными проявлениями инсульта являются нарушения статодинамических, психических, речевых, сенсорных функций. Наиболее частыми из них являются нарушения статодинамических

функций, которые проявляются двигательным дефектом конечностей, координаторными, экстрапирамидными нарушениями. Даже при лечении самыми современными средствами и методами последствия ОНМК не всегда удаётся устранить (Стаховская Л.В., Котова С.В.. 2014; Чуприна С.Е., Небогина О.В., 2017; Юнгельхюльзинг Г.Я., Эндерс М., 2017)

В ходе исследования 214 больных со статодинамическими нарушениями, выявлено, что пациенты с двигательными нарушениями конечностей составили 84,1% (180 больных), с координаторными – 25,2% (54 пациентов), на долю экстрапирамидных нарушений приходится 3,7% (8 больных). По данным показателям не получено статистически достоверной разницы между жителями городских и сельских территорий. Распределение инвалидов с двигательным дефектом конечностей, с учетом степени его выраженности представлено в таблица 4.

Таблица 4 – Распределение инвалидов с двигательным дефектом конечностей, с учетом степени его выраженности

Гемипарез				Геми плеги я	Тетрапарез		
1 степени	2 степени	3 степени	4 степени		2 степени	3 степени	4 степени
4 1,9%	48 22,4%	52 24,2%	40 18,7%	18 8,4%	8 3,7%	6 2,8%	4 1,9%

Как видно из таблицы 4, среди инвалидов с двигательными нарушениями конечностей преобладают лица с выраженным гемипарезом.

В контингенте больных с гемипарезами 144 (67,2%) больных выделена группа с неравномерно выраженным гемипарезом, количество которых составило 64 (44,4%) пациентов, из них преобладание пареза в верхних конечностях выявлено у 44 (30,6%), гемипарез с преобладанием в нижних конечностях наблюдался у 20 (13,9%) пациентов.

Значительно меньше выявлено инвалидов с координаторными и экстрапирамидными нарушениями. С умеренно выраженным вестибуло-атактическим синдромом выделено 14 (6,5%) больных, с выраженным – 28 (13,1%), со значительно выраженным – 12(5,6%) обследованных инвалидов. Акинетико-ригидный синдром выявлен лишь у 8 больных – 3,7% случаев, из них у 6 больных (2,8%) с умеренно выраженной степенью, у 2 (0,9%) пациентов – со значительно выраженной степенью. Немало больных (24), у которых парезы конечностей сочетались с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами различной степени выраженности (таблица 5)

Таблица 5 – Распределение инвалидов со статодинамическими нарушениями с учетом степени выраженности в сочетании с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами

Виды статодинамических нарушений	Абсолютное число	%
Умеренный гемипарез с умеренно выраженным вестибуло-атактическим синдромом	6	2,8
Умеренный гемипарез с умеренно выраженным акинетико-ригидным синдромом	6	2,8
Выраженный гемипарез со значительно выраженным вестибуло-атактическим синдромом	4	1,9
Умеренный тетрапарез с умеренно выраженным вестибуло-атактическим синдромом	4	1,9
Умеренный тетрапарез со значительно выраженным акинетико-ригидным синдромом	2	0,9
Выраженный тетрапарез со значительно выраженным вестибуло-атактическим синдромом	2	0,9

Почти у всех больных выявлены нарушения психических функций:

– астенический синдром у 98 обследуемых при превалировании пациентов, проживающих в сельской местности (64 и 34 человека соответственно при $P < 0,01$) (45,8%), причем из них у 24 (24,5%) в умеренно выраженной степени, у 74 (75,5%) в выраженной степени;

– органическое изменение психики, характеризующееся нарушением мнестико-интеллектуальных функций, аффективными расстройствами у 136 инвалидов преимущественно, проживающих в сельской местности (71 и 65 человек соответственно, но без достоверной разницы). Из них незначительно выраженная степень нарушения выявлена у 20 (14,7%), умеренно выраженная – у 26 обследованных (19,1%), выраженный психоорганический синдром наблюдался у 62 больных (45,6%), значительно выраженный – у 28 инвалидов (20,6%);

– у 4 больных (2,3%), перенесших ИИ со статодинамическими нарушениями в позднем восстановительном периоде, развились эпилептические приступы фокального характера.

Нарушение речи у пациентов, перенесших инсульт, выявлено у 58 больных (27,1%) и проявлялось моторной у 38 больных (65,5%), сенсорной у 2 больного (3,5%), тотальной афазией у 10 больных (17,2%), дизартрией у 8 исследуемых (13,8%) без статистически значимой разницы у жителей города и села.

Комплексное обследование представленных больных, проживающих в сельской и городской местности РД позволило уточнить характер и степень выраженности функциональных нарушений, которые могут оказывать различное влияние на состояние и ограничения жизнедеятельности того или иного индивида.

Выявленные ограничения жизнедеятельности у больных, перенесших инсульт и вошедших в данное исследование, отражены в таблице 6.

Ограничение к самообслуживанию выявлено у 182 обследуемых без статистически достоверной разницы по подгруппам, что составило 85,1%. Из них значительно выраженная степень отмечена у 66 (36,3%) больных и характеризовалось параличом или значительно выраженным парезом верхних конечностей, сочетанием пареза с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами.

Таблица 6 – Распределение инвалидов по категориям ограничения жизнедеятельности

Категория ограничения жизнедеятельности	Абсолютное число инвалидов	Удельный вес инвалидов (%)
К самообслуживанию	182	85,1
К передвижению	214	100
К трудовой деятельности	214	100
К контролю за своим поведением	194	90,7
К общению	158	73,8
К обучению	158	73,8
К ориентации	28	13,1

Выраженная степень ограничения к самообслуживанию выявлена в 66 случаях (43 человека сельских и 23 городских жителей с высокой степенью достоверности – $P < 0,01$) (34,1%). Клинико-функциональными показателями явились выраженный парез верхних конечностей, сочетание пареза с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами.

Умеренно выраженная степень ограничения к самообслуживанию отмечена у 54 (29,7%) больных с умеренно выраженным парезом верхних конечностей.

Ограничение способности к передвижению выявлено у всех обследуемых, из них 3 степень наблюдалась у 80 (37,4%) и характеризовалась:

- значительно выраженным акинетико-ригидным синдромом (2 больных в сочетании с умеренно выраженным тетрапарезом);

- значительно выраженным вестибуло-атактическим синдромом (12 пациентов), из них у 4 отмечалось сочетание с выраженным гемипарезом, у 2 больных – с выраженным тетрапарезом;

- значительно выраженным парезом нижних конечностей (40 пациентов);

- плегией нижних конечностей (18 больных);
- выраженным тетрапарезом (4 пациента);
- значительно выраженным тетрапарезом (4 больных).

Клинико-функциональные критерии ограничения передвижения 2 степени выявлены у 94 (43,9%) обследованных в равной степени выраженные у сельских и городских жителей:

- выраженный вестибуло-атактический синдром отмечен у 28 больных;
- выраженный парез нижних конечностей отмечен у 48 больных с нарушениями показателей биомеханики ходьбы: увеличение количества шагов до 198 – 215 при ходьбе на 100 метров, увеличение длительности двойного шага до 3 – 3,6 секунд, уменьшения темпа ходьбы до 31-42 шагов в минуту, снижения скорости передвижения до 16,5-18 м/мин;
- умеренно выраженный тетрапарез выявлен у 2 больных;
- сочетание умеренно выраженного вестибуло-атактического синдрома с умеренно выраженным гемипарезом наблюдалось у 6 пациентов;
- умеренно выраженный акинетико-ригидный синдром в сочетании с умеренно выраженным гемипарезом выявлен у 6 больных;
- сочетание умеренно выраженного тетрапареза с умеренно выраженным вестибуло-атактическим синдромом отмечено у 4 пациентов.

Ограничение передвижения 1 степени выявлено 40 (18,7%) больных, клинико-функциональными критериями которых явились:

- умеренно выраженный вестибуло-атактический синдром у 4 больных;
- умеренно выраженный парез нижних конечностей у 36 пациентов, с нарушениями показателей биомеханики ходьбы: увеличение количества шагов до 170-186 при ходьбе на 100 метров, длительности двойного шага – до 18-2,5 секунд, уменьшения темпа ходьбы до 54-58 шагов в минуту, снижение скорости передвижения до 29,6 – 30,3 м/мин.

Ограничение способности контролировать свое поведение выявлено у 194 инвалидов, что составило 90,7% случаев с превалированием среди них сельских жителей при высокой степени достоверности ($P < 0,001$).

Первая степень ограничения отмечена у 104 (53,6%) больных со следующими клинико-функциональными показателями:

- выраженный астено-невротический синдром (74 пациентов);
- умеренно выраженные нарушения мнестико-интеллектуальных функций (26 больных);
- эпилептиформные пароксизмы (4 пациентов).

Вторая степень ограничения контроля за своим поведением выявлена у 62 (31,9%) больных с выраженным нарушением психических функций.

Клинико-функциональными показателями для третьей степени ограничения контроля за своим поведением явились значительно выраженные нарушения когнитивных функций, которые отмечены у 28 (13,1%) больных.

Ограничение способности к общению и обучению выявлено при обследовании у 158 (73,8%) лиц с нарушением речи и психических функций. Умеренное их нарушение привело к ограничению к общению и обучению первой степени у 42 больных, выраженное нарушение второй степени – у 72 обследованных. Третья степень ограничения к общению и обучению выявлена у 44 больных со значительными психическими и речевыми нарушениями.

Ограничение способности к ориентации выявлено в 28 (13,1%) случаях при значительном нарушении психических функций.

Ограничение способности к трудовой деятельности выявлено у всех больных с церебральным инсультом. Клинико-функциональными критериями для определения ограничения способности к трудовой деятельности первой степени у 28 (13,1%) больных явились стойкие умеренно выраженные нарушения статодинамических, психических, сенсорных функций (речи), приведшие к выполнению профессиональной деятельности в обычных условиях производства со снижением тяжести и напряженности трудового

процесса, в связи с невозможностью выполнять работу по основной профессии.

Вторая степень ограничения способности к трудовой деятельности выявлена у 86 (40,2%) инвалидов со стойкими выраженными нарушениями статодинамических, психических функций, речи, которые позволяют выполнять трудовую деятельность в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц, на дому.

Ограничение способности к трудовой деятельности 3 степени выявлено у 100 (46,7%) человек со стойкими значительно выраженными расстройствами указанных выше функций, приведшие к невозможности выполнения трудовой деятельности. Степень выраженности категорий ограничения жизнедеятельности отражена на рисунке 7.

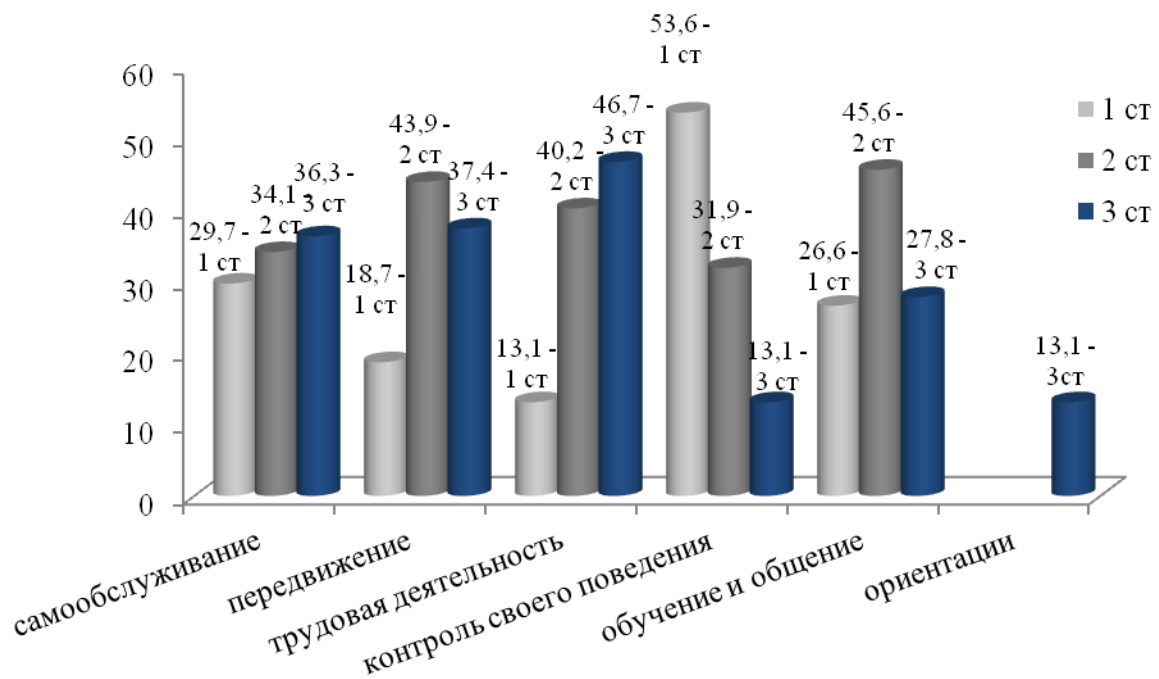


Рисунок 7 – Степень выраженности категорий ограничения жизнедеятельности у сельских и городских жителей после перенесенного церебрального инсульта в %

Основанием для определения группы инвалидности явилось наличие стойких нарушений одной или нескольких функций нервной системы,

приведшие к ограничению одной или нескольких категорий жизнедеятельности и требующие мер социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия. В результате исследования первая группа инвалидности при первичном медико-социальном освидетельствовании установлена 100 (46,7%) больным, вторая группа – 88 (41,1%) лицам, третья группа инвалидности – в 26 (12,2%) случаях. Данные показатели достаточно высокие, но учитывая, что в выборку попали больные с тяжёлым и средней тяжести ЦИ, они вполне объяснимы.

Критериями для определения I группы инвалидности явились значительно выраженные нарушения статодинамических, психических, сенсорных (речевых) функций, приведшие к ограничению к самообслуживанию, способности к передвижению, к ориентации, общению, обучению, способности контролировать свое поведение, к трудовой деятельности третьей степени и необходимости постоянного постороннего ухода и социальной защиты. Из 100 инвалидов с первой группой инвалидности 41 проживал в городской местности и 59 – в сельской ($P < 0,01$).

Приводим клинико-экспертный пример 1.

Больной 39 лет, женат, образование среднее, по профессии водитель. Впервые освидетельствован в БМСЭ в 2015 году. Жалобы при обследовании на резкую общую слабость, отсутствие движений в левой руке, слабость в левой ноге, невозможность передвижения, самообслуживания.

Клинико-трудовой анамнез. По профессии водитель со стажем работы 16 лет. В настоящее время работает водителем в учебном заведении. С 2008 года состоит на учете в Республиканском Онкологическом диспансере по поводу апластической анемии. В связи с нарастанием анемического синдрома, больной госпитализирован в специализированное научное медицинское учреждение г. Санкт-Петербург, в отделение химиотерапии онкогематологических заболеваний. На этапе завершения курса иммуносупрессивной терапии в 2015 году развился ГИ – паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние с формированием внутримозговой

гематомы в правой гемисфере головного мозга с левосторонней гемиплегией, гемигипестезией, гемианопсией, осложнившийся отеком головного мозга, дислокацией ствола. В экстренном порядке проведено оперативное вмешательство – костно-пластическая трепанация черепа в правой лобно-височной области, субтотальное удаление внутримозговой гематомы. Далее, для продолжения реабилитационного комплекса терапии больной переведен в неврологическое отделение Клинической больницы г. Махачкала. На фоне проведенных реабилитационных мероприятий – оперативного лечения, противоотечной терапии, нейрометаболической, гемостатической, иммуносупрессивной терапии, заместительной гемотрансфузии – наблюдалась незначительная положительная динамика в неврологическом статусе в виде регрессирования общемозговой, менингеальной симптоматики, частичного регресса пареза в левой ноге до 0,5 баллов. Временная нетрудоспособность в течение 127 дней.

Объективный статус при освидетельствовании в БМСЭ: Больной осмотрен на дому:

Вес 54 кг, рост 176 см, индекс массы тела 17,4. Кожа и видимые слизистые бледные с землистым оттенком. Тургор снижен. Форма грудной клетки астеническая. Частота дыхательных движений (ЧДД) 22 в мин. Одышка речевая. Перкуторно звук легочный. Аускультативно: дыхание ослабленное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны приглушенные. Ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 100 в мин. Пульс 100 в мин. Артериальное давление 100/70 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется по краю реберной дуги /+ 0,4 см. Отеков на нижних конечностях нет.

Неврологический статус. Положение больного пассивное. Самостоятельно не может изменить положение тела в постели. Передвижение, самообслуживание невозможно. Астенизирован, легко истощаем. Внимание и память сохранены, критика к своему состоянию сохранена. Речь тихая,

монотонная. Черепные нервы – парез конвергенции, парез VII пары черепных нервов слева. Мышечный тонус в левых конечностях значительно повышен по пирамидному типу. Сила в ноге снижена до 1 балла, в руке – плегии. Сухожильные рефлексy S>D. Положительные кистевые патологические рефлексy (Россолимо-Вендеровича, Якобсона-Ласка), стоп-ные (Бабинского, Оппенгейма) слева. Нарушение чувствительности по проводниковому типу – левосторонняя гемигипестезия.

Клинико-функциональный диагноз.

Паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние в правую гемисферу головного мозга с формированием внутримозговой гематомы, прорывом крови в желудочковую систему от 2015 г., поздний восстановительный период, последствия костно-пластической трепанации черепа и удаления гематомы, в виде спастического значительно выраженного гемипареза до плегии в руке, выраженного астенического синдрома. Стойкие значительно выраженные нарушения статодинамических, умеренно выраженные психических функций.

Апластическая анемия средней степени тяжести со стойким умеренно выраженным нарушением функции кроветворения.

Выявленные клинико-функциональные нарушения привели к ограничению жизнедеятельности:

- к самообслуживанию 3 степени;
- к самостоятельному передвижению 3 степени;
- к трудовой деятельности 3 степени;
- к контролированию своего поведения 1 степени;

Реабилитационный потенциал низкий. Реабилитационный прогноз неблагоприятный.

Трудовые рекомендации – не способен к трудовой деятельности.

Группа инвалидности первая.

Причина «заболевание общее».

Срок 2 года.

Потребность в мерах социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия:

– медицинская реабилитация – постоянное наблюдение участкового врача, невролога, гематолога, стационарное лечение по показаниям, прием нейропротекторов, ангиопротекторов, кинезотерапия, лечебная физкультура, массаж, психотерапия;

– профессиональная реабилитация: невозможна;

– социальная реабилитация: нуждается в консультировании по правовым вопросам, психологическом консультировании, в информировании и консультировании по вопросам реабилитации инвалидов, в обеспечении техническими средствами реабилитации – комнатной креслом-коляской, противопролежневым матрасом и подушкой.

Критериями для определения II группы инвалидности явились выраженные нарушения статодинамических, психических функций, речи, приведшие к ограничению к самообслуживанию, способности к передвижению, к ориентации, общению, обучению, способности контролировать свое поведение, к трудовой деятельности второй степени и необходимости мер социальной защиты. Из 88 инвалидов со второй группой инвалидности 52 проживали в сельской местности и 36 – в городской ($P < 0,01$).

Приводим клинико-экспертный пример 2.

Больной 60 лет, женат, образование среднее специальное, по профессии техник-электрик. Впервые освидетельствован в бюро МСЭ в 2015 году.

Жалобы при обследовании на слабость и онемение в левых конечностях, постоянные головные боли пульсирующего характера в теменно-височных областях, головокружения, шаткость при ходьбе, выраженную общую слабость, быструю утомляемость, боли в области сердца сжимающего характера, развивающиеся при физической нагрузке, регрессирующие в состоянии покоя.

Клинико-трудоу ананнез.

По профессии техник-электрик со стажем 33 года. По данным амбулаторной карты на диспансерном учете у невролога с 1978 года по поводу люмбалгии на фоне остеохондроза, у терапевта с 2005 года с диагнозом «гипертоническая болезнь». Гипотензивные препараты принимал эпизодически. Ухудшение состояния с 01.04.2015 года, когда получил производственную черепно-мозговую травму при падении с высоты. Проводилось лечение в отделении нейрохирургии республиканской клинической больницы с 01.04. по 17.04. с диагнозом: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние. Через 5 суток после выписки из стационара (22.04.15) госпитализирован в кардиологическое отделение республиканской клинической больницы с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4. Последствия закрытой черепно-мозговой травмы в виде энцефалопатии с вестибуло-атаксией (25.04.15 в стационаре перенес ИИ с умеренно выраженным левосторонним гемипарезом, нарушением речи). При проведении КТ головного мозга выявлены признаки ИИ в бассейне правой средней мозговой артерии. На фоне проведенного лечения отмечалась незначительная положительная динамика в виде улучшения речи, стабилизации артериального давления.

Проведение МРТ исследования головного мозга от августа .2015 года выявило признаки перенесенного ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии справа в виде кистозно-глиозно-атрофических изменений правой лобно-височно-теменной области. МР проявления дисциркуляторной энцефалопатии.

Объективный статус при освидетельствовании в бюро МСЭ.

Питание нормальное. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 01 см. Тоны приглушенные, акцент 2-го тона на аорте. Ритм правильный. Шумы

не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 78 в 1 мин. Пульс 78 в 1 мин. А/Д 145/95 мм.рт.ст. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Пастозность голеней.

Неврологический статус: передвигается с трудом, с посторонней поддержкой. Походка гемипаретическая, атактическая. Меняет положение тела, манипулирует одеждой частично с посторонней помощью. Заторможен, астенизирован, легко истощаем. Внимание, память снижены. На вопросы отвечает после паузы, односложно. Речь – легкая дизартрия. Черепные нервы – парез конвергенции, горизонтальный нистагм в обе стороны, VII и XII пар черепных нервов по центральному типу слева. Умеренно выраженное повышение мышечного тонуса в левых конечностях по пирамидному типу, снижение мышечной силы до 3 баллов. Сухожильные рефлексы средней живости S>D, положительные кистевые патологические рефлексы (Россолимо, Якобсона-Ласка), стопные (Бабинского, Оппенгейма) слева. Нарушение чувствительности по проводниковому типу – левосторонняя гемигипестезия. Координаторные нарушения – вестибулярная, мозжечковая атаксия умеренно выраженная степень.

Клинико-функциональный диагноз.

Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии от 25.04.15, поздний восстановительный период, умеренно выраженный левосторонний гемипарез. Последствия производственной закрытой черепно-мозговой травмы – ушиба головного мозга средней степени тяжести, субарахноидального кровоизлияния от 01.04.15. Посттравматическая, атеросклеротическая энцефалопатия II ст. в виде умеренно выраженного вестибуло-атактического, церебрастенического синдромов, с умеренным снижением когнитивных функций. Стойкие выраженные нарушения статодинамических, умеренно выраженные психических функций.

Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 22.04.15), СН II ст. Стойкие умеренно выраженные нарушения функции кровообращения.

Выявленные клинико-функциональные нарушения привели к ограничению жизнедеятельности:

- к самообслуживанию 1 степени;
- к самостоятельному передвижению 2 степени;
- к трудовой деятельности 2 степени;
- к контролированию своего поведения 1 степени;
- к общению 1 степени;
- к обучению 1 степени;

Реабилитационный потенциал низкий. Реабилитационный прогноз сомнительный.

Трудовые рекомендации: противопоказаны виды труда, связанные со значительным и умеренно выраженным физическим и психо-эмоциональным напряжением, длительным пребыванием на ногах, участием в трудовом процессе обеих рук, выполнением точных координированных движений. Техником-электриком работать не может. Может выполнять легкие виды труда на дому.

Группа инвалидности вторая.

Причина – «Трудовое увечье». Срок 1 год.

Степень утраты профессиональной трудоспособности 80 %. Срок 1 год.

Потребность в мерах социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия:

– медицинская реабилитация: постоянное наблюдение участкового врача, невролога, стационарное лечение 2 раза в год, прием нейропротекторов, антиагрегантов, ангиопротекторов, гипотензивных препаратов, лечебная физкультура, массаж, психотерапия, санаторно-курортное лечение 1 раз в год на местной базе;

– профессиональная реабилитация: может выполнять легкие виды труда на дому;

– социальная реабилитация: нуждается в консультировании по правовым вопросам, психологическом консультировании, в информировании и консультировании по вопросам реабилитации инвалидов, в обеспечении техническим средством реабилитации – ходунками. При повторном освидетельствовании в 2016-2017 г.г отмечалось: незначительный частичный регресс левостороннего гемипареза с нарастанием мышечной силы до 4 баллов, нарастание степени выраженности вестибуло-атактического синдрома, до выраженного, прогрессивное снижение когнитивных функций.

Критериями для установления III группы инвалидности явились стойкие умеренно выраженные нарушения статодинамических, психических, сенсорных функций (речи), которые привели к ограничению способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, обучению, способности контролировать свое поведение, к трудовой деятельности первой степени и необходимости мер социальной защиты. Из 26 инвалидов третьей группы (преимущественно лиц наиболее молодого возраста) 16 проживали в городской местности и 10 – в сельской.

Приводим клинико-экспертный пример 3. Больной 44 лет, женат, образование среднее специальное, по профессии техник-механик. Освидетельствован впервые в бюро МСЭ в декабре.2015 года.

Жалобы при обследовании на головную боль, нарушение речи, слабость в правых конечностях, повышенное артериальное давление.

Клинико-трудовой анамнез: больной из числа бывших военнослужащих, с 1997 по 2014г служил в Вооруженных Силах РФ, воинское звание – старший прапорщик. Гипертонической болезнью страдает с 1999 года, ИБС, стенокардией напряжения – с 2010 года. Освидетельствован военно-врачебной комиссией в апреле.2010 года, признан ограниченно годным к военной службе вследствие гипертонической болезни II стадии, ИБС, стенокардии напряжения II ФК, начального проявления нарушения мозгового кровообращения, с формулировкой причины «Военная травма». Уволен с военной службы в апреле.2011 года. Ухудшение состояния

с июля.2015 года, когда на фоне АД 200/110 развились резкая головная боль, нарушение речи, слабость в правых конечностях. Вызвана бригада «скорой помощи», в экстренном порядке доставлен в неврологическое отделение районной клинической больницы спустя 4 часа от начала заболевания. При поступлении в стационар в неврологическом статусе отмечалось: моторная афазия, парез VII пары черепных нервов по центральному типу, выраженный правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 баллов, снижение сухожильных рефлексов, D<S, положительный патологический рефлекс Бабинского справа. При МРТ исследовании головного мозга выявлены признаки ИИ в бассейне левой средней мозговой артерии. При УЗДГ выявлены признаки стенозирующего атеросклероза. Проводилось лечение: антиагреганты, ангиопротекторы, нейропротекторы, гипотензивные препараты. На фоне проведенного лечения отмечалась положительная динамика в виде улучшения речи, нарастания силы в правых конечностях до 3 баллов.

Объективный статус при освидетельствовании в бюро МСЭ.

Питание нормальное. Лицо гиперемировано, цианоз губ. Одышка, частота дыхательных движений 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Расширение границ сердца влево на 2 см, тоны глухие, ритм правильный, частота сердечных сокращений 76 в мин., АД 180/100 мм.рт.ст.. Печень пальпируется по краю реберной дуги пастозность голеней.

Неврологический статус: передвигается самостоятельно с опорой на трость в замедленном темпе. Походка гемипаретическая. Меняет положение тела, манипулирует одеждой самостоятельно с большей затратой времени. Астенизирован, легко истошаем, раздражителен. Речь с элементами моторной афазии. Парез конвергенции глазных яблок, центральный парез VII и XII пар черепных нервов справа. Сухожильные рефлексы снижены D>S, положительные кистевые патологические рефлексы Россолимо-Вендеровича, Якобсона–Ласка, стопные: Бабинского, Оппенгейма. Умеренное повышение мышечного тонуса в правых конечностях, по спастическому типу, сила в них снижена до 3 баллов. Правосторонняя гемигипестезия.

Клинико-функциональный диагноз.

Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии от 27.07.2015, поздний восстановительный период, правосторонний спастический умеренно выраженный гемипарез. Атеросклеротическая, гипертоническая энцефалопатия II ст. с эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством. Стойкие умеренно выраженные нарушения статодинамических, психических функций.

Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4, ИБС, стенокардия напряжения ФК II, Н II А. Стойкое умеренно выраженное нарушение функции кровообращения.

Выявленные клинико-функциональные нарушения привели к ограничению жизнедеятельности:

- к самообслуживанию 1 степени;
- к передвижению 1 степени;
- к трудовой деятельности 1 степени;
- к контролю за своим поведением 1 степени.

Реабилитационный потенциал умеренный, реабилитационный прогноз относительно благоприятный.

Трудовые рекомендации: противопоказаны виды труда, связанные со значительным психо-эмоциональным и физическим напряжением, длительным пребыванием на ногах, участием в трудовом процессе обеих рук, выполнением точных и тонких движений пальцами. Техником-механиком работать не может. Доступны виды труда 1-2 класса. Может выполнять легкие виды неквалифицированного труда со снижением тяжести трудового процесса, в удобной рабочей позе, в обычных условиях производства. Например, может работать оформителем заказов, вахтером-диспетчером.

Группа инвалидности третья.

Причина инвалидности «Военная травма». Срок – 1 год.

Потребность в мерах социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия:

– медицинская реабилитация: постоянное наблюдение участкового врача, невролога, стационарное лечение 1 раз в год, прием нейропротекторов, антиагрегантов, ангиопротекторов, гипотензивных препаратов, лечебная физкультура, массаж, психотерапия;

– профессиональная реабилитация: может работать оформителем заказов, вахтером-диспетчером;

– социальная реабилитация: нуждается в консультировании по правовым вопросам, психологическом консультировании, в информировании и консультировании по вопросам реабилитации инвалидов, в обеспечении техническим средством реабилитации – тростью опорной.

На каждого освидетельствованного в бюро МСЭ больного при признании его инвалидом любой группы обязательно заполнялась индивидуальная программа реабилитации, выполнение которой в течение года (при второй и третьей группе инвалидности) или двух лет (при определении первой группы инвалидности) возложено на представителей медицинских учреждений и службы социальной защиты.

В ходе исследования повторно освидетельствованы 68 инвалидов II группы (из них в трудоспособном возрасте – 29 человек) и выявлена следующая динамика инвалидности вследствие церебрального инсульта:

– число частично реабилитированных составило 15 человек (из них 11 представляли городское население) ($P < 0,01$);

– утяжеление группы инвалидности произошло у 4 обследуемых больных вследствие преимущественного прогрессирования сосудистого паркинсонизма и деменции.

В практической деятельности каждый врач-специалист по МСЭ, в том числе и невролог, руководствуется классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан

федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 декабря 2015 года № 1024н, разработанными с учётом рекомендаций МКФ и которые выделяют 4 степени выраженности основных видов нарушений функций организма:

- 1 степень – незначительные нарушения;
- 2 степень – умеренные нарушения;
- 3 степень – выраженные нарушения;
- 4 степень – значительно выраженные нарушения.

Незначительные нарушения функций не учитываются при определении той или иной группы инвалидности. Сложности в практической деятельности заключаются часто в объективной интерпретации имеющихся результатов (умеренные, выраженные или значительно выраженные нарушения). В результате нашей работы мы постарались отразить встречающиеся сочетания нарушений статодинамической функции человека при церебральных инсультах для объективизации вопросов медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Отметим, что последние классификации и критерии, используемые в России в системе МСЭ фактически с 2016 года разработаны с учётом определённых положений МКФ, что позволяет проводить более качественно и объективно медико-социальную экспертизу, а также стремиться к более эффективной реабилитации больных и инвалидов, в том числе и после ОНМК на всей территории нашей страны, независимо от условий постоянного проживания в городской или сельской местности.

3.3 Потребность инвалидов вследствие церебральных инсультов трудоспособного возраста в мерах реабилитации

Медико-социальная реабилитация инвалидов является одним из важных направлений государственной социальной политики Российской

Федерации. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181 – ФЗ определяет реабилитацию инвалидов как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Особую социальную значимость медико-социальная реабилитация приобретает в отношении граждан трудоспособного возраста, наиболее социально-активной группы населения (Чуприна С.Е., Неболина О.В., 2017).

С целью установления потребности в реабилитационных мероприятиях у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, были изучены индивидуальные программы реабилитации/абилитации (ИПРА) 73 инвалидов. При этом 13 (17,8%) человек являлись инвалидами I группы, 34 (46,6%) человека – инвалидами II группы и 26 (35,6%) человек – инвалидами III группы.

Основными разделами ИПРА, заполнение которой и выполнение являются обязательными для всех организаций участвующих в процессе реабилитации инвалидов, являются: «мероприятия по медицинской реабилитации», «мероприятия по профессиональной реабилитации», «мероприятия по социальной реабилитации» и «Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР)». Была изучена потребность инвалидов трудоспособного возраста в каждом виде реабилитационных мероприятий).

Согласно полученным данным среди инвалидов с последствиями инсульта определялась высокая потребность в медицинской реабилитации (в 100% случаев), что обусловлено необходимостью медикаментозной коррекции основного заболевания, послужившего причиной сосудистой катастрофы, вероятностью восстановления нарушенных функций организма при использовании комплексного лечения.

При этом потребность в медицинской реабилитации определялась в равной степени у инвалидов всех групп.

Практически все инвалиды нуждались в восстановительной терапии.

Наибольшая потребность была выявлена в следующих видах восстановительной терапии: ЛФК – 100%, массаж – 100%, диетотерапия – 38,4%, физиолечение – 32,9%, логопедическая помощь – 21,9%. Вторым, наиболее востребованным видом медицинской реабилитации, явилось санаторно-курортное лечение, потребность в котором установлена у 49,3% инвалидов трудоспособного возраста вследствие инсульта. Данный вид реабилитации рекомендовался в основном инвалидам 3 группы, на долю которых пришлось 72,2%% всех рекомендаций по санаторно-курортному лечению. Нуждаемость в протезно-ортопедической помощи выявлена у 8,2%.

Последствия инсульта зачастую приводят больных к ограничениям в социально-бытовой сфере. Изучение потребностей инвалидов вследствие церебрального инсульта в трудоспособном возрасте выявило также 100% нуждаемость их в мерах социальной реабилитации. Потребность в социально-средовой реабилитации была установлена у 83,6% инвалидов; у 76,7% инвалидов – в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий и спорте (преимущественно в адаптивной физической культуре). Достаточно высокий процент инвалидов нуждались и в социокультурной реабилитации (58,9%), социально-бытовой адаптации (56,2%), социально-психологической реабилитации (49,3%). Следует отметить, что в социально-средовой адаптации нуждались инвалиды 1 и II групп, в то время как у инвалидов III группы данной потребности не установлено.

Ведущими нарушениями при последствиях инсульта являются нарушения стато-динамических функций, которые приводят к той или иной степени ограничений способности самостоятельно передвигаться и самостоятельно себя обслуживать. По результатам исследования ограничения способности к передвижению и ограничения способности к самообслуживанию явились ведущими во всей группе инвалидов (в том числе и трудоспособного возраста). В связи с этим, важнейшим средством реабилитации и компенсации нарушенных двигательных функций являются технические средства реабилитации. При изучении потребностей в

различных видах ТСП в целом нуждались 76,7% инвалидов трудоспособного возраста вследствие инсульта. Среди всех рекомендаций по обеспечению ТСП свыше 70% даны инвалидам I и II групп, имеющим более выраженные ограничения в передвижении и самообслуживании. Наиболее часто исследуемый контингент инвалидов нуждался в ТСП для передвижения (74%). Также достаточно часто рекомендовалось обеспечение поручнями (26%) и ТСП для выполнения гигиенических процедур (20,5%).

Одно из основных мест в комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста занимает профессиональная реабилитация, основной задачей которой является восстановление конкурентоспособности инвалида на рынке труда. В исследуемой группе нуждаемость в профессиональной реабилитации была выявлена у 44 человек, что составило 60,2%. Всем нуждающимся в профессиональной реабилитации инвалидам были даны рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда. У 88,6% от числа нуждающихся в профессиональной реабилитации инвалидов имелась потребность в профессиональной ориентации с целью оценки пригодности и склонности к определённой профессии; у 84,1% имелась необходимость содействия в трудоустройстве. Потребность в профессиональном обучении (переобучении) выявлена лишь у 3 инвалидов молодого возраста (до 44 лет). Следует отметить, что в данном разделе исследований нам не удалось выявить статистически достоверную разницу по изученным показателям между инвалидами трудоспособного возраста, проживающими в сельской или городской местности.

Структура потребностей в мерах реабилитации инвалидов молодого и среднего возраста вследствие ЦИ разнообразна и представлена различными мероприятиями, средствами и услугами, необходимыми для компенсации или уменьшения ограничений жизнедеятельности. Такая ситуация объяснима теми функциональными нарушениями, к которым приводит церебральный инсульт. Задачей структурных подразделений МСЭ, социальной службы и иных организаций, принимающих участие в процессе

реабилитации, является наиболее полное определение потребностей свидетельствуемых граждан в реабилитационных мероприятиях, так как только планомерная, комплексная реабилитация инвалидов при межведомственном взаимодействии может значительно снизить степень инвалидизации и улучшить качество жизни не только этой категории больных, но и их ближайшего социального окружения.

Медико-социальная значимость проблемы ЦИ определяется высоким удельным весом в структуре заболеваемости и смертности населения, а также высокими показателями временной нетрудоспособности и первичной инвалидности. К тому же перспективы восстановления трудоспособности больных при этой болезни у значимой части пациентов весьма ограничены.

С учётом результатов нашего исследования больные с ОНМК после выписки из стационара практически проживающие только в крупных городах РД получают элементы реабилитационной помощи. Ещё более тяжёлая ситуация в этом направлении у жителей сельских поселений, в большинстве из которых особого развития реабилитационной составляющей в настоящее время просто не наблюдается.

В России заболеваемость ОНМК неуклонно возрастала практически все предыдущие годы, установлено омоложение данного контингента больных, что обусловлено ухудшением условий жизни и экологической обстановки, резким ростом числа негативно окрашенных стрессовых ситуаций на фоне увеличения продолжительности жизни, а также активизацией действия факторов риска. Отметим, что в последние 2-3 года отмечается стабилизация некоторых негативных факторов в России, связанных с инсультами с положительными тенденциями в плане улучшения определённых показателей (Скворцова В.И. и соавт., 2018).

В странах Западной Европы, Северной Америки и Японии в последние десятилетия отмечается устойчивое снижение показателей заболеваемости и смертности от инсульта и уменьшение удельного веса тяжелых его форм за счет эффективной первичной профилактики и более интенсивного лечения в

остром периоде мозговой сосудистой катастрофы (Дадашев М.Н. и соавт., 2011; Суслина З.А. и соавт., 2014).

Одним из важных социально-гигиенических показателей жизнедеятельности, влияющих и на количество больных, признанных инвалидами, является заболеваемость. Опубликованы данные (Магомаев М.Ф., Магомедова А.Х., 2009; Магомедова А.Х., Магомаев М.Ф., 2009), что в РД в 2009 году зарегистрировано 4078 случаев инсульта (2060 мужчин и 2018 женщин) Причем в городах было 1866 больных с инсультом (из них госпитализирован 1581, в сельской местности - 2212 больных, из них госпитализированы 1627. Общий процент госпитализации составил 78,7% (в городах 84,7%, в сельской местности – 73,2%). Как следует из приведенных данных, заболеваемость инсультом по РД составила 2,71 случая на 1000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ – 3,36. Заболеваемость городского населения выше, чем сельского: 2,82 против 2,62 ($P < 0,05$). По данным этих же авторов заболеваемость на равнине и предгорье почти одинаковая и составляет 2,93 и 2,96 соответственно, в горах заболеваемость ниже, что может быть связано с лучшей экологической ситуацией и образом жизни населения в горных районах. Смертность от ИИ в сельской местности составила 0,63, в городах – 0,52. Смертность от ГИ в сельской местности составила 0,37, в городах – 0,27. Авторы объясняют это также показателями заболеваемости и госпитализации (Магомаев М.Ф. и соавт., 2012, 2013, 2014; Магомаев М.Ф., 2015). Самая высокая смертность среди районов РД отмечена в Агульском – 2,52, а самая низкая в Ботлихском – 0,11. Авторы объясняют эти данные очень низким процентом госпитализации больных с ЦИ в Агульском районе – 26,3% и низкой заболеваемостью и высоким процентом госпитализации в Ботлихском районе – 96,2%. Летальность в целом по РД составила в 2009 году 33,5%, что несколько ниже, чем в тот же период по РФ – 37,2%. Летальность по городам РД ниже, чем по сельской местности 27,9% и 38,2: соответственно, что связывается с более высоким процентом госпитализации и более качественной медицинской помощью в городах. Отмечается

увеличение летальности от равнинной зоны сельской местности 36,9% , к предгорным 37,0% и горным районам 41,2%, что может быть также связано с состоянием медицинской помощи в горных районах (Магомедова А.Х., Магомаев М.Ф., 2010).

По данным различных литературных источников (Макаров А.Ю., Помников В.Г. 2006; Суслина З.А. и соавт., 2016; Biller J., 2005), ИИ чаще развиваются в каротидных бассейнах, из них чаще в бассейне средней мозговой артерии. Проведенный нами анализ первичной инвалидности с учетом топической характеристики ЦИ показал, что у большинства инвалидов ИИ произошел в бассейне левой средней мозговой артерии

Важнейшим фактором в настоящее время является стремление России улучшить показатели реабилитации инвалидов, как на государственном, так и региональных уровнях (Скворцова В.И. и соавт., 2018). Следствием этого явилось законодательное закрепление термина «реабилитация инвалидов». Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.10.1995г. №181 –ФЗ трактует реабилитацию инвалидов как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Однако этот термин употребим в отношении больных, которые имеют в нашей стране статус инвалида.

До сих пор не только в России, но и в западноевропейских странах и США нет четкого определения понятия "реабилитация", которое соответствовало бы международным требованиям и стандарту. В понимании многих отечественных врачей-исследователей реабилитация понимается, как совокупность методов физиотерапии, ЛФК, массажа, рефлексотерапии и т.п., о чем свидетельствует употребление термина «реабилитация» во многих научных статьях именно в данном контексте. Механическое объединение указанных методов не имеет ничего общего с реабилитацией.

Эксперты ВОЗ предлагают рассматривать реабилитацию как систему мероприятий, направленных на быстрое и максимально полное

восстановление физического, психологического и социального статуса больного, главной целью которой является интеграция больных в общество с достижением социальной и экономической независимости (Кадыков А.С. Шахпаронова Н.В., 2010).

На наш взгляд, наиболее точно и емко формулирует сущность реабилитации один из ведущих в России специалистов по нейрореабилитации В.М. Шкловский: «Реабилитация – сложный, осмысленный, патогенетически обоснованный процесс комплексного лечения и проведения восстановительных мероприятий с обязательным привлечением методов медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия, значение и интенсивность которых меняются на разных этапах заболевания, - процесс, прежде всего обращенный к личности больного» (Шкловский В.М., 2006, 2017).

На данном этапе развития медицины в РД требуются значительные усилия медицинского сообщества, социальной защиты и иных организаций для того, чтобы система реабилитации больных с инсультами, как в городской, так и сельской местности заработала в достаточном объёме. В настоящее время лишь некоторые городские территории имеют возможность заниматься реабилитацией больных и инвалидов после инсульта в «ограниченном» объёме. Лишь развитие и расширение реабилитационной составляющей может реально уменьшить количество инвалидов после перенесенного инсульта, в частности и в РД (Иванова Н.Е. и соавт., 2016, 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). В настоящее время в РД созданы условия, преимущественно, для функционирования медицинского раздела реабилитации, как для населения городских населённых пунктов, так и проживающих в селах. Имеющиеся качественные отличия сказываются на некоторых показателях, представленных и в данном исследовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Огромная протяжённость нашей Родины с Востока на Запад и с Севера на Юг накладывает свой отпечаток на проявления множества заболеваний. Различные географические, климатические условия проживания людей являются также определёнными, до настоящего времени мало изученными ФР, в частности для ОНМК. Урбанизация населения РФ, стремительный рост жителей городов в последние десятилетия также требует изучения возникновения и проявления тех или иных заболеваний. Безусловно, это касается и жителей, проживающих в сельских районах нашей страны.

В связи с этим, мы постарались изучить и проанализировать особенности проявлений, течения и исходов ЦИ у сельских жителей на примере РД, тем более, что, несмотря на значительные усилия нашего общества в последние годы по отношению к проблеме ЦВЗ и имеющиеся успехи в этом направлении, заболеваемость, смертность и особенно инвалидность вследствие ЦИ остаются весьма высокими (Гусев Е.И. и соавт., 2007; Стаховская Л.В. и соавт., 2013; Суслина З.А. и соавт., 2014, 2016; Бельская Г.Н. и соавт., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Мы исходили из того, что согласно данным переписи населения 2010 года, численность населения РД составила 2 910 249 человек. В сравнение с данными переписи 2002 года население РД увеличилось на 333 718 человек (13 %), за этот же период население РФ уменьшилось на 2 310 195 человек (1,6 %). В отличие от РФ, где численность городского населения значительно выше сельского, 74 % и 26 % соответственно, в РД городское население составляет всего лишь 45 %, сельское население – 55% (Магомаев М.Ф., 2015).

Нами было обследовано 214 больных, признанных инвалидами вследствие перенесенного тяжёлого и средней тяжести ЦИ, из них 124(57,9%) мужчины, и 90 (42,1%) женщин. На долю лиц пенсионного возраста пришлось 65,4%, среднего возраста – 27,1%, молодого возраста – 7,5%. Доля

лиц с давностью заболевания к моменту освидетельствования в БМСЭ до 1 года составила 83,2%, до 2 лет – 11,2% и до 3 лет – 5,6%. По клиническим формам 82,2% пришлось на ОНМК по ишемическому типу и 17,8% – по геморрагическому типу. Значительная часть больных из этой группы наблюдалась исполнителем работы в остром периоде ЦИ, у остальных анализировались карты стационарных больных. При освидетельствовании в БМСЭ исполнитель принимала непосредственное участие в процессе освидетельствования данных больных и инвалидов.

Нами специально были обследованы 2 подгруппы пациентов с ЦИ, весьма схожие по возрасту, типам перенесенного инсульта, проживающими в городских (107 больных) и сельских условиях (107 больных) РД. При отсутствии значимых различий по клиническим особенностям проявлений ЦИ в этих подгруппах мы анализировали общую группу из 214 человек. При наличии достоверных различий по изучаемым показателям на это указывается.

Работающие (до факта возникновения инсульта) на момент освидетельствования составили 32,7% (70 человек), из них на долю мужчин пришлось 65,7%, женщин – 34,3%. Умственным трудом были заняты 48,6% инвалидов, тяжелым физическим – 28,5%, легким физическим трудом – 22,9% без статистически значимой разницы среди городских и сельских жителей.

Преобладали инвалиды с высшим (28%) и средним (26,2%) образованием, на долю инвалидов со средне-специальным и неоконченным средним образованием пришлось соответственно 23,4% и 22,4%. По данному показателю в группе больных, проживающих в городской местности лиц с высшим образованием было достоверно больше ($P < 0,001$). Не работали 67,3% инвалидов, в том числе 55,6% мужчин и 44,4% женщин. Трудонаправленными из всех обследованных инвалидов были всего 9,4%, с неопределенной трудонаправленностью – 26,4% пациентов.

Среди обследованных больных с ИИ 44,3% пациента перенесли инсульт на фоне АГ, 26,1% – на фоне атеросклероза; в 18,2% случаев инфаркт

мозга произошел при сочетании АГ и атеросклероза, у 8% больных – СД, у 3,4 % – ожирения. Из представленных пациентов у 38 (21,6%) больных причиной инсульта была фибрилляция предсердий. У 6 (3,4%) больных ЦИ развился в острый период ИМ, у 1 больного после массивной кровопотери – колото-резанного ранения левой половины шеи с повреждением общей сонной артерии. Артериальная гипертензия, как этиологический фактор особенно ГИ встречалась значительно чаще у сельских жителей ($P < 0,001$), но чаще всего это было связано с отсутствием лечения АГ с контролем артериального давления. Фибрилляция предсердий превалировала среди городских жителей (29 против 9 человек, проживающих в сельской местности при наличии достоверности ($P < 0,001$)).

Основной причиной ГИ явилась АГ – у 47,4% обследованных. Сочетание АГ и атеросклероза наблюдалось у 36,8% больных, кровоизлияние из артериальных аневризм произошло у 10,5% обследуемых инвалидов. Черепно-мозговая травма с ушибом головного мозга в анамнезе (2-5 лет назад) выявлена у 4 больных, из них 1 перенес ГИ, 3 больных – ишемический.

Известно, что АГ – наиболее распространённый и значимый модифицируемый ФР развития разных форм ЦВЗ (Пирадов М.А. и соавт., 2015; Гнездовская Е.В. и соавт., 2016; Joutel A., Chabriat H., 2017). По данным эпидемиологического исследования, проведенного среди лиц трудоспособного возраста (40-59 лет) в открытой популяции г. Ульяновска, АГ явилась причиной ЦВЗ в 46,7% случаев (Машин В.В. и соавт., 2014). Из них 82,2% составили хронические формы, что свидетельствует о значительном потенциале для лечения и профилактики прогрессирования ЦВП на фоне повышенных цифр АД (Белова Л.А. и соавт., 2017)

Определено 55,7% лиц с атеротромботическим инсультом, 21,6% – с кардиоэмболическим, с лакунарным и гемодинамическим соответственно 19,3% и 3,4% больных. Среди инвалидов с ГИ 5,3% составили больные с геморрагическим пропитыванием, 94,7% – с формированием гематомы, причем у 31,6% больных кровоизлияние произошло с прорывом в желудочковую

систему головного мозга с достоверно большей частотой у жителей сельских поселений Республики Дагестан.

При анализе госпитализации больных с ЦИ выявлено, что из всех обследованных госпитализировано в стационар 204 (95,3%) больных. Большинство пациентов (75,2%) госпитализировано во временные границы «терапевтического окна». Среди госпитализированных «после 6 часов» значительно больше оказалось городских жителей (34 и 19 человек соответственно) при высоком уровне достоверности.

Среди пациентов первой возрастной группы частичный регресс симптоматики в ходе динамического наблюдения отмечен в 87,5% случаев, второй возрастной группы – 69%. Хуже всего восстановление наблюдалось у лиц пенсионного возраста – лишь у 30% также без значимой достоверности по подгруппам.

Выявлено, что при ГИ частичный регресс очаговой симптоматики лучше, чем при ишемических и составляет соответственно 52,6% и 43,2%.

Неблагоприятным фактором для восстановления нарушенных функций являются наличие сопутствующей патологии, развитие церебральных и экстрацеребральных осложнений инсульта. Среди обследованных больных у 16 выявлена сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы с развитием недостаточности кровообращения II В стадии (5 из них сельских жителей), у одного больного в остром периоде инсульта развился ИМ; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с развитием гангрены выявлен у 2 больных. Отмечено наличие достоверной разницы среди сельских и городских жителей по проявлениям вазоспазма при ГИ (3 у сельских и 1 у городского жителя), бактериальной пневмонии (24 человека среди сельских с ишемией и 6 среди городских), пролежней (17 человек среди сельских жителей с ИИ и 7 среди городских), инфекции мочевых путей (25 человек среди сельских жителей с ИИ и 9 среди городских). Уровень достоверности составил менее $P < 0,01$ по всем показателям, включая и экстрацеребральные осложнения при геморрагическом характере инсульта.

При обследовании больных с ИИ методом УЗДГ и ДС выявлены изменения геометрии сосудов головного мозга, наличие пристеночных тромбов, атеросклеротических отложений у 10 больных, стеноза у 64 инвалидов (с превалированием сельских жителей – 43 человека при $P < 0,001$), что составило 39,4% данного контингента обследуемых.

Методом МРТ при направлении больных для освидетельствования в бюро МСЭ описаны постинсультные очаги у 178 (83,2%) больных, давностью свыше 4 месяцев, с кистозно-глиозной трансформацией вещества головного мозга, кортикальной атрофией и субатрофией. Данные МРТ были представлены у 105 городских жителей и 73 сельских, что указывает на оснащённость медицинских учреждений данным оборудованием. Отметим также, что у многих больных МРТ производилась с учётом необходимости наличия данного метода обследования при направлении больных в БМСЭ для освидетельствования.

При офтальмологическом исследовании выявлена гипертоническая ангиопатия у 110 (51,4%) больных (превалировали сельские жители – 72 против 38 с высоким уровнем достоверности), ангиосклероз – у 74 (34,6%) обследуемых (при отсутствии статистически значимой разницы в подгруппах).

Основными клинико-функциональными проявлениями инсульта являются нарушения статодинамических, психических, речевых, сенсорных функций.

В ходе исследования 214 больных со статодинамическими нарушениями, выявлено, что больные с двигательными нарушениями конечностей составили 84,1% (180 больных), с координаторными – 25,2% (54 больных), на долю экстрапирамидных нарушений приходится 3,7% (8 больных). По данным показателям не получено статистически достоверной разницы среди городских и сельских жителей. Среди инвалидов с двигательными нарушениями конечностей преобладают лица с выраженным гемипарезом.

В контингенте больных с гемипарезами 144 (67,2%) больных выделена группа с неравномерно выраженным гемипарезом, количество которых составило 64 пациентов (44,4%), из них преобладание пареза в верхних конечностях выявлено у 44 (30,6%), гемипарез с преобладанием в нижних конечностях наблюдался у 20 (13,9%) больных.

С умеренно выраженным вестибуло-атактическим синдромом было 14 (6,5%) больных, с выраженным – 28 (13,1%), со значительно выраженным – 12 (5,6%) обследованных инвалидов. Акинетико-ригидный синдром выявлен лишь у 8 (3,7%) больных, из них у 6 (2,8%) – с умеренно выраженной степенью, у 2 (0,9%) – со значительно выраженной степенью. У 24 пациентов парезы конечностей сочетались с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами различной степени выраженности.

Почти у всех обследованных выявлены нарушения психических функций:

– астенический синдром у 98 обследуемых при превалировании пациентов, проживающих в сельской местности (64 и 34 человека соответственно при $P < 0,001$) (45,8%), причем из них у 24 (24,5%) в умеренно выраженной степени, у 74 (75,5%) в выраженной степени;

– органическое изменение психики, характеризующееся нарушением мнестико-интеллектуальных функций, аффективными расстройствами у 136 инвалида преимущественно, проживающих в сельской местности (71 и 65 человек соответственно, но без достоверной разницы) (63,6%) из них незначительно выражена степень выявлена у 20 (14,7%), умеренно выраженная – у 26 (19,1%) обследованных, выраженный психоорганический синдром наблюдался у 62 (45,6%) больных, значительно выраженный – у 28 (20,6%).

Нарушение речи определялось у 58 (27,1%) больных и проявлялось моторной у 38 (65,5%), сенсорной – у 2 (3,5%), тотальной афазией – у 10 (17,2%), дизартрией – у 8 (13,8%) исследуемых.

Комплексное обследование представленных больных, проживающих в сельской и городской местности РД позволило уточнить характер и степень выраженности функциональных нарушений, которые могут оказывать различное влияние на состояние и ОЖД того или иного индивида.

Выявленные ОЖД у больных, перенесших инсульт и вошедших в данное исследование послужили основанием на фоне нарушенных функций к определению той или иной группы инвалидности.

Ограничение к самообслуживанию выявлено у 182 обследуемых без статистически достоверной разницы по подгруппам, что составило 85,1%. Из них значительно выраженная степень отмечена у 66 (36,3%) больных и характеризовалось параличом или значительно выраженным парезом верхних конечностей, сочетанием пареза с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами.

Выраженная степень ограничения к самообслуживанию выявлена в 62 случаях (39 человек городских и 23 сельских жителей с высокой степенью достоверности – $P < 0,01$) (34,1%). Клинико-функциональными показателями явились выраженный парез верхних конечностей, сочетание пареза с вестибуло-атактическим и акинетико-ригидным синдромами.

Умеренно выраженная степень ограничения к самообслуживанию отмечена у 54 (29,7%) больных с умеренно выраженным парезом рук.

Ограничение способности к передвижению выявлено у всех обследуемых, из них 3 степень наблюдалась у 80 (37,4%) больных и характеризовалась:

- значительно выраженным акинетико-ригидным синдромом (у 2 больных в сочетании с умеренно выраженным тетрапарезом);
- значительно выраженным вестибуло-атактическим синдромом (у 12 больных), из них у 4 отмечалось сочетание с выраженным гемипарезом, у 2 больных – с выраженным тетрапарезом;
- значительно выраженным парезом ног (у 40 больных);

- плегией нижних конечностей (у 18 больных);
- выраженным тетрапарезом (у 4 больных);
- значительно выраженным тетрапарезом (у 4 больных).

Клинико-функциональные критерии ограничения передвижения 2 степени выявлены у 94 (43,9%) обследованных в равной степени выраженные у сельских и городских жителей:

- выраженный вестибуло-атактический синдром отмечен у 28 больных;
- выраженный парез нижних конечностей отмечен у 48 больных с нарушениями показателей биомеханики ходьбы: увеличение количества шагов до 198 – 215 при ходьбе на 100 метров, увеличение длительности двойного шага до 3 – 3,6 секунд, уменьшения темпа ходьбы до 31-42 шагов в минуту, снижения скорости передвижения до 16,5-18 м/мин;
- умеренно выраженный тетрапарез отмечен у 2 пациентов;
- сочетание умеренно выраженного вестибуло-атактического синдрома с умеренно выраженным гемипарезом наблюдалось у 6 больных;
- умеренно выраженный акинетико-ригидный синдром в сочетании с умеренно выраженным гемипарезом выявлен у 6 пациентов;
- сочетание умеренно выраженного тетрапареза с умеренно выраженным вестибуло-атактическим синдромом отмечено у 4 больных.

Ограничение передвижения 1 степени выявлено 40 (18,7%) пациентов, клинико-функциональными критериями которых явились:

- умеренно выраженный вестибуло-атактический синдром у 4 больных;
- умеренно выраженный парез нижних конечностей у 36 пациентов, с нарушениями показателей биомеханики ходьбы: увеличение количества шагов до 170-186 при ходьбе на 100 метров, длительности двойного шага – до 18-2,5 секунд, уменьшения темпа ходьбы до 54-58 шагов в минуту, снижение скорости передвижения до 29,6 – 30,3 м/мин.

Ограничение способности контролировать свое поведение выявлено у 194 инвалидов, что составило 90,7% случаев с превалированием среди них сельских жителей при высокой степени достоверности ($P < 0,001$).

Первая степень ограничения отмечена у 104 (53,6%) больных со следующими клинико-функциональными показателями:

- выраженный астено-невротический синдром (74 пациентов);
- умеренно выраженные нарушения мнестико-интеллектуальных функций (26 больных);
- эпилептиформные пароксизмы (4 пациента).

Вторая степень ограничения контролировать свое поведение выявлена у 62 (31,9%) больных с выраженным нарушением психических функций.

Клинико-функциональными показателями для третьей степени ограничения контролировать своё поведение явились значительно выраженные нарушения когнитивных функций, которые отмечены у 28 (13.1%) больных.

Ограничение способности к общению и обучению выявлено при обследовании у 158 (73,8%) лиц преимущественно с нарушением речи и психических функций. Умеренное их нарушение привело к ограничению к общению и обучению первой степени у 42 больных, выраженное нарушение второй степени – у 72 обследованных. Третья степень ограничения к общению и обучению выявлена у 44 больных со значительными психическими и речевыми нарушениями.

Ограничение способности к ориентации выявлено в 28 (13,1%) наблюдениях при значительном нарушении психических функций.

Ограничение способности к трудовой деятельности выявлено у всех больных с церебральным инсультом. Клинико-функциональными критериями для определения ограничения способности к трудовой деятельности первой степени у 28 (13,1%) пациентов явились стойкие умеренно выраженные нарушения статодинамических, психических, сенсорных функций (речи), приведшие к выполнению профессиональной деятельности в обычных условиях производства со снижением тяжести и напряженности

трудового процесса, в связи с невозможностью выполнять работу по основной профессии.

Вторая степень ограничения способности к трудовой деятельности выявлена у 86 (40,2%) инвалидов со стойкими выраженными нарушениями статодинамических, психических функций, речи, которые позволяют выполнять трудовую деятельность в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц, на дому.

Ограничение способности к трудовой деятельности 3 степени выявлено у 100 (46,7%) человек со стойкими значительно выраженными расстройствами указанных выше функций, приведшими к невозможности выполнения трудовой деятельности.

Основанием для определения группы инвалидности явилось наличие стойких нарушений одной или нескольких функций головного мозга, приведшие к ограничению одной или нескольких категорий жизнедеятельности и требующие мер социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия. В результате исследования первая группа инвалидности установлена 100 (46,7%) больным, вторая группа – 88 (41,1%), третья группа инвалидности – 26 (12,2%) пациентам.

Высокий процент определения I и II групп инвалидности в нашем исследовании связан с тем, что ЦИ в остром периоде характеризовался преимущественно, как тяжёлый и в меньшем проценте случаев, как средней тяжести, но без летального исхода.

Отметим, что с учётом нашего исследования в течение 3-х летнего наблюдения показатели реабилитации инвалидов, перенесших ЦИ, были весьма низкими (преимущественно только частичная реабилитация у 15 инвалидов II группы из 68 в динамике наблюдения, преимущественно в трудоспособном возрасте). Крайне низкими эти показатели оказались у жителей, проживающих в сельской местности (12 человек, проживающих в городских и только 3 – в сельских районах при $P < 0,01$).

Многие авторы отмечают, что медико-социальная реабилитация больных и инвалидов является перспективным междисциплинарным направлением, имеющим огромную социальную значимость во всём мире (Косичкин М.М. и соавт., 2001; Осадчих А.И. и соавт., 2005; Храпылина Л.П., 2006; Шестаков В.П., Клюковкин К.С., 2008; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). Изучению и разработке принципов реабилитации больных при заболеваниях нервной системы, в том числе и при инсультах, посвящено значительное число публикаций (Виленский Б.С., 2005; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2005; Гольблат Ю.В., 2006; Епифанов Е.А., 2006; Гусев Е.И. и соавт., 2007; Ковальчук В.В., 2008; Кадыков А.С. и соавт., 2010, 2014; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Суслина З.А. и соавт., 2009, 2014, 2016; Иванова Г.Е., 2007, 2016, 2017; Бельская Г.Н. и соавт., 2017; Помников В.Г. и соавт., 2017; Костенко Е.В. и соавт., 2019). Для выработки общепризнанных подходов к формированию реабилитационных программ потребовались многолетние усилия специалистов. Отметим, что основные принципы медико-социальной реабилитации были сформулированы ещё в 1950-1970 гг. К основным принципам нейрореабилитации относятся следующие (Демиденко Т.Д., 1989; Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г., 2004; Козелкин А.А. и соавт., 2006; Скворцова В.И., 2006; Амосов В.Н., 2007; Хатькова С.Е., 2007; Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2009; Лошак С.И. и соавт., 2009; Иванова Г.Е. и соавт., 2007; 2017; Костенко Е.В. и соавт., 2019; ESS, 2006; Wang H. et al., 2012):

- 1) раннее начало реабилитационных мероприятий, это способствует более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций и позволяет предотвратить некоторые осложнения острого периода;
- 2) систематичность и оптимальная длительность на основе поэтапного построения реабилитационного процесса;
- 3) комплексность применения реабилитационных мероприятий с учетом медицинского, психологического, социального аспектов;
- 4) мультидисциплинарность – участие в реабилитационном процессе

специалистов разного профиля;

5) адекватность использование тех методов и методик, которые необходимы конкретному больному на определенном этапе заболевания – индивидуализация программы реабилитации;

6) социальная направленность, решение социально-психологических, социально-бытовых, профессионально-трудовых проблем;

7) активное участие в реабилитационном процессе самого больного и членов его семьи;

8) использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Реализовать указанные принципы реабилитации позволяет система этапной помощи, которая включает: этапы до госпитализации, интенсивной терапии, восстановительного лечения и диспансерный. Они должны осуществляться на базах лечебных и реабилитационных учреждений в соответствии со схемой: стационар - реабилитационное отделение – санаторий - поликлиника. Многочисленные работы (Сорокоумов В.А., 2002; Протокол, 2006; Амосов В.Н., 2007; Базеко Н.П., Алексеенко Ю.В., 2008; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Иванова Г.Е.. 2007, 2016, 2017; Клинические реком., 2017; Kalra L/et al., 2004; Bogousslavsky J., 2005; Redfern J. et al., 2006; Zorowitz R., Brainin M., 2011; Wang H. et al., 2012; Winstein C.J. et al., 2012) свидетельствуют о том, что организация этапной помощи способствует снижению летальности и улучшению качества жизни больных после перенесенного инсульта.

Многие авторы считают, что при организации реабилитационных мероприятий необходимо учитывать основные временные периоды церебрального инсульта (Гехт А.Б. и соавт., 2007; Гусев Е.И. и соавт., 2007; Скворцова В.И., 2007; Суслина З.А. и соавт., 2008, 2014; Помников В.Г. и соавт., 2017; Скворцова В.И. и соавт.. 2018):

1) острый период (до 3-4 недель);

2) ранний восстановительный период (от 3-х недель до 6 мес.), который

в свою очередь делится на два подпериода: первый до 3 мес. – в основном происходит восстановление силы и объёма движений в паретичных конечностях; второй – от 3 мес. до 6 мес. – восстановление сложных двигательных навыков;

3) поздний восстановительный период (от 6 мес. до 1 года) – может продолжаться восстановление речи, статики и трудовых навыков;

4) резидуальный период (после 1 года с момента развития инсульта) – период стойких остаточных явлений (последствий инсульта) – у больных с незначительными и умеренными нарушениями также может продолжаться восстановление нарушенных функций при условии применения интенсивной реабилитации.

По мнению ряда исследователей, реабилитационный процесс проходит три стадии (Войтенко Р.М., 2007; Гайдаров Л.Ф. и соавт., 2008; Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2009; Никитченко Н. Н. и соавт., 2009; Мавликаева Ю.А., 2011; Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Баранцевич Е.Р и соавт., 2015.):

1 стадия – клиническая, включающая восстановительное лечение;

2 стадия – стадия ресоциализации, с восстановлением обычных видов жизнедеятельности, а также социальных навыков;

3 стадия – собственно реабилитация, т.е. возвращение реабилитанта в обычные условия жизни.

На первой, так называемой клинической, стадии реабилитации необходимо провести границы между лечением и собственно реабилитацией. С одной стороны, лечебные и реабилитационные мероприятия проводятся одновременно, а с другой – эти мероприятия преследуют несколько различные цели. Лечение как таковое направлено на ликвидацию проявлений заболевания или (при невозможности полной ликвидации) сведение их к минимуму. Точкой приложения реабилитации является достижение физической, трудовой, социальной адаптации человека. Реабилитация дополняет лечение. При этом доля реабилитационных мероприятий в остром периоде существенно ниже доли лечебных мероприятий. С течением времени, при наступлении

последующих этапов церебрального инсульта доля реабилитационных мероприятий увеличивается и в конечном итоге становится преобладающей (Храпылина Л.П., 2006; Шкловский В.М. и соавт., 2006, 2017).

Ведущие задачи клинического этапа складываются из устранения этиологического фактора, повреждающего фактора, уменьшения и ликвидации морфологических изменений в поражённых органах и системах, компенсации, а затем и ликвидации возникающей недостаточности функции. На первом этапе реабилитации мероприятия направлены на преодоление страха, связанного с лечением и характером заболевания, болевыми процедурами. Применяются – физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, диетическое питание, лечебный охранительный режим, а также режим двигательной активности. Первый этап заканчивается при восстановлении функций поражённого органа или достаточной компенсации утраченных функций.

Второй этап – санаторный. Реабилитационные мероприятия направлены на нормализацию функций поражённых органов и систем, а также других органов и систем, на ликвидацию отклонений, оставшихся в период остаточных явлений. При этом уделяется внимание восстановлению и расширению физической активности больного.

Третий этап реабилитации – адаптационный, для больных трудоспособного возраста его можно обозначить как профессионально-трудовой. В этот период достигается полное выздоровление больного с нормализацией морфологических и функциональных характеристик, обеспечивающих полную стойкую компенсацию утраченных во время болезни функций, и полная адаптация к условиям существования, обеспечивающая физическую, психическую, социальную полноценность больных, восстановление профессиональных навыков и обычной трудоспособности. Завершением третьего этапа реабилитации является восстановление всех параметров здоровья, представляющих совокупность морфофункциональных признаков, обеспечивающих нормальное функционирование всех органов и систем. При заболеваниях,

приводящих к инвалидности, задачи реабилитации заключаются не только в достижении состояния компенсации функции органа, но и в поддержании этой компенсации, а также в уменьшении ограничений жизнедеятельности. У этих больных третий этап реабилитации затягивается на неопределённый срок, с периодическим возвращением к первому и второму этапам (Гайдаров Л.Ф. и соавт., 2008; Пономаренко Г.Н. и соавт., 2018).

В настоящее время очевидны успехи нашего сообщества в плане медицинской реабилитации пациентов с ОНМК (Скворцова В.И. и соавт., 2018). По данным 2016г., в структуре инвалидности доля ЦВ патологии в среднем по России составляет около 14%. Первичная инвалидность при ЦВЗ в 2016г. по отношению к 2005 г. снизилась в 3,7 раза. В результате Комплекса мероприятий по снижению смертности пациентов с ОНМК, включая раннюю реабилитацию, абсолютное число впервые признанных инвалидами вследствие ЦВЗ уменьшилось со 102726 больных в 2014 г. до 94388 – в 2016г. Уровень инвалидизации снизился в среднем с 8,8 в 2014г. до 8,0 в 2016г. на 10 тысяч взрослого населения. Основной задачей предстоящего периода является дальнейшая работа по эффективной реализации «Комплекса мероприятий по совершенствованию помощи пациентам с ОНМК на территории всех регионов Российской Федерации» (Скворцова В.И. и соавт., 2018). Мы надеемся, что наряду с вопросами успешно развивающейся медицинской реабилитацией во многих регионах нашей страны, пристальное внимание будет обращено на оказание помощи пациентами с ЦВЗ, проживающими в отдалённых и сельских районах Российской Федерации, а также в условиях межведомственного взаимодействия усилия Российского сообщества будут направлены и на реабилитацию инвалидов вследствие ОНМК. Только занимаясь различными направлениями реабилитации совместными усилиями мы можем значительно снизить экономические затраты нашего общества, к которым приводит ЦВ патология.

Проведенное нами исследование позволяет сделать определённые выводы.

ВЫВОДЫ

1. Артериальная гипертензия, как этиологический фактор ишемического инсульта особенно часто встречается среди жителей, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими ($P < 0,01$). Фибрилляция предсердий как причина инсульта превалировала среди городских жителей Республики Дагестан при высоком уровне достоверности ($P < 0,001$). Геморрагический инсульт с прорывом крови в желудочки мозга с большей частотой встречается среди сельских жителей по сравнению с проживающими в городах Республики Дагестан ($P < 0,01$).

2. Церебральные и экстрацеребральные осложнения в остром периоде по ряду показателей значительно чаще определялись при острых нарушениях мозгового кровообращения среди жителей, проживающих в сельских районах: так бактериальные пневмонии наблюдались у 24 сельских и 6 городских жителей, пролежни – у 17 сельских и 7 городских жителей, инфекции мочевых путей среди 25 сельских жителей с ишемическим инсультом и 9 жителей городских при высоком уровне достоверности (P менее 0,01). Среди госпитализированных «после 6 часов» значительно больше было городских жителей по сравнению с проживающими в сельских районах (34 и 19 человек соответственно при $P < 0,01$)

3. Наиболее часто у больных с церебральным инсультом в Республике Дагестан страдают статодинамические функции с двигательными нарушениями различной выраженности у 84,1% (180 больных); с координаторными – 25,2% (54 больных) и экстрапирамидными нарушениями – 3,7% (8 больных) без значительных различий между группой из городских и сельских жителей. Астенический синдром выявлен в подостром периоде у 64 больных после церебрального инсульта, проживающих в сельской местности и 34 человек, проживающих в городах ($P < 0,01$). Органические изменения психики, характеризующиеся нарушением интеллектуально-мнестической деятельности и аффективными расстройствами, не достигающими крайне тяжёлой сте-

пени, выявлены у 136 больных после церебрального инсульта без статистической достоверности среди городских и сельских жителей.

4. Нарушение функций после перенесенного церебрального инсульта у больных привело к ограничениям жизнедеятельности разной степени выраженности по категориям к передвижению и трудовой деятельности (у всех 214 больных), к самообслуживанию (182 больных-85%), к общению и обучению (158 больных – 73,8%), к ориентации (28 больных – 13,1%) без статистической достоверности между городскими и сельскими жителями. Ограничение способности контролировать своё поведение выявлено у 194 инвалидов (90,7%) с превалированием по этому показателю сельских жителей ($P < 0,001$), а также выраженная степень ограничения к самообслуживанию выявлена всего в 62 случаях (39 городских жителей и 23 сельских при высоком уровне достоверности – $P < 0,01$).

5. Нарушенные функции при ограничениях жизнедеятельности послужили основанием (наряду с необходимостью социальной защиты) для признания указанных больных после церебрального инсульта инвалидами I группы – 100 человек, II группы – 88 человек и III группы – 26 человек. Несмотря на заполнение для всех освидетельствованных индивидуальной программы реабилитации объём выполнения её в последующем было низким. Лишь некоторые разделы, преимущественно её медицинской части, выполнялись в ограниченном объёме преимущественно у инвалидов, проживающих в городской местности. Так, при динамическом освидетельствовании 68 инвалидов II группы в течение 3-х лет выявлено, что только у 15 из них (преимущественно городских жителей в трудоспособном возрасте) отмечена частичная реабилитация, а у 4 утяжеление инвалидности.

6. Инвалиды вследствие церебрального инсульта в Республике Дагестан нуждаются практически во всех разделах реабилитации, которая включена в индивидуальную программу реабилитации/абилитации (медицинская, социальная, психологическая). В настоящее время в Республике Дагестан созданы условия для функционирования медицинского раздела (преиму-

ществено в городских условиях) и частично социального на всей территории Республики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В Республике Дагестан на современном этапе развития медицины целесообразно внедрять все этапы реабилитационного направления, включая адаптационный, санаторно-курортный и т.п. при наличии показаний у больных после церебрального инсульта с достаточным реабилитационным потенциалом.

2. Целесообразно на Республиканском уровне внести ответственность за выполнение индивидуальной программы реабилитации/абилитации больных и инвалидов, перенесших церебральный инсульт.

3. Медицинская помощь должна оказываться по общим рекомендациям, как для городских, так и сельских жителей Республики при создании преференций для врачей, работающих на постоянной основе в сельских районах.

4. Необходима реализация Государственных мероприятий в области информационных технологий в целях повышения эффективности предоставления мер социальной и иной реабилитации для больных после церебрального инсульта, проживающих в трудно - доступных сельских районах Республики Дагестан.

5. Дальнейшее развитие межведомственного взаимодействия всех организаций, ответственных за данное направление, может улучшить показатели реабилитации больных после церебрального инсульта, в частности в Республике Дагестан.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Учитывая значимость и распространённость ЦИ в РФ, разработка в дальнейшем данной темы исследования не вызывает сомнений. Очевидные успехи в нашей стране связаны с активно проводимой медицинской реабилитацией больных с ЦИ. Что касается остальных разделов реабилитационного направления, то показатели социальной, профессиональной, психологической реабилитации значительно скромнее. Только набор аналогичного материала по отдельным регионам нашей большой страны, анализ полученных результатов может указать на реально необходимые и выполнимые мероприятия в данном направлении на настоящем этапе развития нашей страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллина, Д.У. Медико–социальная эффективность реабилитации больных после инсульта в условиях санатория: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / Д.У. Абдуллина. – М., 2009. – 25 с.
2. Абдылдаева, Н.А. Обоснование комплексной реабилитации больных с ишемическим инсультом в условиях Среднегорья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Абдылдаева. – Томск, 2010. – 24 с.
3. Айриян, Н.Ю. Анализ данных эпидемиологического мониторинга инсульта в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Ю. Айриян. – М, 2006. – 24 с.
4. Алехин, Р.Ю. Совершенствование деятельности по реабилитации инвалидов / Р.Ю. Алехин, В.В. Коварда // Вестник Всероссийской гильдии протезистов–ортопедов. – 2009. – №3 (37). – С. 129.
5. Алфимова, Г.Ю. Динамика клинико–эпидемиологических характеристик инсульта в Смоленском регионе / Г.Ю. Алфимова, Н.Н. Маслова // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 10. – С. 60–64.
6. Андреева, О.С. Пути совершенствования социальной экспертно–реабилитационной диагностики с учётом основных положений МКФ и Концепции о правах инвалидов / О.С. Андреева // Медико–социальная экспертиза. – 2011.– № 2. – С. 10–13.
7. Антухова, О.М. Клинико–эпидемиологическая характеристика инсультов в городе Северске Томской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.М. Антухова. – Новосибирск, 2005. – 23 с.
8. АРГУС. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. – М.: Мед. информ. агентство, 2002. – 448 с.
9. Архиповский, В. Л. Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от сердечно–сосудистых заболеваний у населения Европейского Севера России / В.Л. Архиповский. – Архангельск: АГТУ, 2008. – 181 с.

10. Аухадеев, Э.И. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе Международной классификации функционирования / Э.И. Аухадеев, Р.А. Бодрова // Вестн. восстановительной мед. – 2014. – № 1. – С. 6–10.

11. Баранцевич, Е.Р. Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта / Е.Р. Баранцевич, В.В. Ковальчук, Д.А. Овчинников и соавт. // Артериал. гипертен. – 2015. – Т. 21, № 2. – С. 206–217.

12. Бархатов, Ю.Д. Прогностические факторы восстановления нарушенных в результате ишемического инсульта двигательных функций / Ю.Д. Бархатов, А.С. Кадыков // Анн. клин. и эксперим. неврол. – 2017. – Т. 11, № 1. – С. 80–89.

13. Белова, Л.А. Влияние терапии препаратом цитофлавин на состояние церебральной гемодинамики при различных стадиях гипертонической болезни / Л.А. Белова, В.В. Машин, О.Ю. Колотик–Каменева и соавт. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 7. – С. 28–35.

14. Белова, Л.А. Многоцентровая наблюдательная программа по оценке эффективности комплексной программы препаратами кортексин и рекогнан (цитокولين) когнитивных нарушений у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией / Л.А. Белова, В.В. Машин, Е.М. Дудиков, Д.В. Белов, А.А. Крутенников // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 2. – С. 35-38.

15. Бельская, Г.Н. Возможности коррекции когнитивных расстройств в реабилитации пациентов с инсультом в условиях перехода на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) / Г.Н. Бельская, С.Б. Степанова, Л.Д. Макарова и соавт. // Поликлиника. Неврология, Ревматология. – 2017. – № 3, спец. вып. – С. 7–11.

16. Биденко, М.А. Клинико–эпидемиологическая характеристика мозговых инсультов по данным госпитального регистра в городе Иркутске: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Биденко. – Иркутск, 2011. – 22 с.

17. Болезни и врождённые аномалии системы кровообращения / Под ред. Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудковой. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2011. – 268 с.

18. Борисова, Н.А. Анализ цереброваскулярных заболеваний в некоторых регионах республики Башкортостан / Н.А. Борисова, А.С. Рахимкулов, Е.Р. Абдрахманова // Инсульт. – 2007. – Спец. вып. – С. 199.

19. Варакин, Ю. А. Регистры инсульта в России: результаты, методы и проблемы / Ю. А. Варакин // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 1. – С. 34–40.

20. Верещагин, Н.В. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина. – М.: Интермедика, 2002. – 2008 с.

21. Верещагин, Н.В. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты, проблемы / Н.В. Верещагин, В.Ю. Варакин // Инсульт. – 2001. – № 1. – С. 34–40.

22. Виленский, Б.С. Инсульт / Б.С. Виленский. – СПб.: Мед. информ. агентство, 1999. – 336 с.

23. Виленский, Б.С. Инсульт как медико–социальная проблема / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13, № 12. – С. 807–815.

24. Виленский, Б.С. По материалам журнала «Cerebrovascular Diseases» (2003; р. 311–317). Европейская «Инсульт–инициатива» – рекомендации по ведению больных – 2003 / Б.С. Виленский, А.Н. Кузнецов // Неврол. журн. – 2004. – № 3. – С. 55–61.

25. Виленский, Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом / Б.С. Виленский. – СПб.: ООО ФОЛИАНТ, 2005. – 288 с.

26. Виленский, Б.С. Современное состояние проблемы инсульта / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Неврол. журн. – 2008. – № 2. – С. 4–10.
27. Виноградова, Т.Е. Организация специализированной ангионеврологической службы – двадцатилетний опыт работы городского центра регистра и профилактики инсульта в Новосибирске / Т.Е. Виноградова, В.Л. Фейгин, С.П. Виноградов // Актуальные вопросы современной медицины: Докл. 11 науч.–практ. конф. врачей. – Новосибирск, 2001. – С. 345.
28. Виноградова, Т.Е. Эпидемиология и профилактика инсульта / Т.Е. Виноградова // Сборник лекций. – Красноярск, 2002. – С. 10–18.
29. Войтенко, Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р.М. Войтенко. – СПб.: МЕДЕЯ, 2007. – 97 с.
30. Ворлоу, Ч.П. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / Ч.П. Ворлоу, М.С. Денис, Ж. Ван Гейн и соавт. – СПб., 1992. – 630 с.
31. Всемирная программа действий в отношении инвалидов. – ООН, 1992.
32. Гайдаров, Л.Ф. Реабилитация после заболеваний. Полный справочник / Л.Ф. Гайдаров, Г.Ю. Лазарева, В.В. Леонкин и соавт. – М.: Эксмо, 2008. – 704 с.
33. Гехт, А.Б. Новые технологии в реабилитации неврологических больных / А.Б. Гехт, Е.И. Гусев, А.И. Григорьев и соавт. // Современные аспекты нейрореабилитации: Материалы науч.–практ. конф. – М., 2007. – С. 7–8.
34. Гнездовская, Е.В. Распространённость факторов риска цереброваскулярных заболеваний у жителей мегаполиса в возрасте 40–59 лет (клинико–эпидемиологическое исследование) / Е.В. Гнездовская, М.Е. Прокопович, О.С. Андреева и соавт. // Анналы клинической и эксперимент. неврологии. – 2016. –Т. 4, № 10. – С. 111–136.
35. Голдобин, В.В. Атеротромботический и лакунарный инсульты: гемостазиологические и восстановительные реакции в остром периоде: Дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Голдобин. – СПб., 2017. – 307 с.

36. Гольблат, Ю.В. Медико–социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольблат. – СПб.: Политехника, 2006. – 607 с.
37. Грабовская, В.А. Опыт организации работы окружных амбулаторных реабилитационных центров / В.А. Грабовская // Восстановительная медицина и реабилитация 2007: Четвертый межд. конгр. – М., 2007. – С. 99.
38. Григорьева, О. В. Комплексный подход к реабилитации двигательных расстройств в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Григорьева. – Казань, 2012. – 23 с.
39. Гусев, Е.И. Ишемический инсульт. Современное состояние проблемы / Е.И. Гусев, М.Ю. Мартынов, П.Р. Камчатнов // Доктор. Ру. – 2013. – № 5 (83). – С. 7–12.
40. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова / М.: Медицина, 2001. – 328 с.
41. Гусев, Е.И. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов. – 2–е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 424 с.
42. Гусев, Е.И. Основные факторы, влияющие на исходы инсультов / Е.И. Гусев, Б.С. Виленский, А.А. Скоромец // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 9. – С. 1308–1313.
43. Гусев, Е.И. Проблема инсульта в России / Е.И. Гусев // Инсульт. – 2003. – № 9. – С. 3–7.
44. Гусев, Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных современных действий / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2007. – № 8. – С. 4–9.
45. Гусев, Е.И. Церебральный инсульт / Е.И. Гусев, М.Ю. Мартынов, П.Р. Камчатнов и соавт.// Медицинский консилиум. – 2014. – Т. 12. – С. 13–17.
46. Гусева, Н.К. Современное состояние организации реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации и Нижегородской области /

Н.К. Гусева, В.А. Соколов, М.В. Доютова // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2010. – № 1. – С. 9–12.

47. Гуськова, А.К. Состояние здоровья персонала предприятий атомной промышленности и энергетики : основные итоги и задачи на будущее / А.К. Гуськова, Г.Д. Селидовкин // Актуальные вопросы клинической медицины : Докл. шестой науч.–практ. конф. терапевтов учреждений фед. упр. «Медбиоэкстрем». – Саратов, 2000. – С. 40–47.

48. Дадашева, М.Н. Цереброваскулярные заболевания. Клиническое течение. Современные принципы комплексной терапии. Учебное пособие / М.Н. Дадашева, Б.В. Агафонова, Е.А. Каравашкина и соавт. – М., 2011. – 28 с.

49. Дамулин, И.В. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: некоторые патогенетические и терапевтические аспекты / И.В. Дамулин, Е.В. Кононенко, Л.М. Антоненко и соавт. // Медицинские новости. – 2008. – №1. – С. 26–30.

50. Дементьева, Н.Ф. Социокультурная реабилитация инвалидов в системе интеграции их в общество / Н.Ф. Дементьева, Т.В. Андреева // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2009. – №1. – С. 28–30.

51. Демиденко, Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова. – СПб.: ООО ФОЛИАНТ, 2004. – 304 с.

52. Демиденко, Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии / Т.Д. Демиденко. – Л.: Медицина, 1989. – 256 с.

53. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Клинические рекомендации. – М., 2013. – 63 с.

54. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Клинические рекомендации. – М., 2013. – 69 с.

55. Добрынина, Л.А. МРТ в оценке двигательного восстановления больных с хроническими супратенториальными инфарктами / Л.А. Добрынина, Р.Н. Коновалов, Е.И. Кремнева и соавт. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Т. 6, № 2. – С. 4–10.

56. Доклад ВОЗ: Электронный ресурс / Информационный бюллетень. – 2013. – № 310. – Режим доступа: www.who.int. – Загл. с экрана.

57. Домашенко, М.А. Достижения в лечении ишемического инсульта: вчера, сегодня, завтра / М.А. Домашенко, М.А. Пирадов // РМЖ. – 2013. – Т. 21, № 30. – С. 1514–1517.

58. Дымочка, М.А. Динамика первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Российской Федерации за 10 лет / М.А. Дымочка // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2008. – №2. – С. 25–27.

59. Дымочка, М.А. Перспективы развития современной концепции инвалидности с учётом положений Международной классификации функционирования / М.А. Дымочка, Д.И. Лаврова // Медико–социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 1. – С. 6–8.

60. Дымочка, М.А. Характеристика инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Российской Федерации в 1997–2005гг. / М.А. Дымочка // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2008. – №3. – С. 35–37.

61. Евзельман, М.А. Оптимизация системы этапной неврологической помощи больным с ишемическим инсультом: Учебно–методическое пособие / М.А. Евзельман. – Орел, 2006. – 200 с.

62. Евзельман, М.А. Эпидемиология инсульта в Орле / М.А. Евзельман, А.В. Герасимов, Ю.А. Амелина // Инсульт. – 2007. – Спец. вып. – С. 204.

63. Екушева, Е.М. Постинсультная реабилитация: прогностические критерии восстановления двигательных функций. Учебно–методическое пособие / Е.М. Екушева, Е.С. Кипарисова. – М., 2017. – 98 с.

64. Ельчанинов, А.П. Доказательная медицина: инсульт – эпидемиология, факторы риска, лечение, профилактика: Пособие для врачей. – СПб.: Феникс, 2009. – 104 с.

65. Епифанов, Е.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт /Под ред. В.А. Епифанова. – М: МЕДпресс-информ, 2006. – 256с.

66. Жидяева, Н. А. Некоторые данные регистра мозгового инсульта в Барнауле / Н. А. Жидяева, Н. Б. Сидоренкова, Е. Е. Медведчиков // Человек и лекарство: Докл. Рос. нац. конгр. – М., 2003. – С. 198.

67. Захарченко, Ю.И. Пути совершенствования системы реабилитации на региональном уровне / Ю.И. Захарченко, Т.А. Чичерина, Т.В. Терещенко и соавт. // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2009. – № 2. – С. 13–17.

68. Иванова, Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития / Г. Е. Иванова // Consilium medicum. – 2016. – Т. 18, №. 2(2). – С. 9–14.

69. Иванова, Г.Е. Медицинская реабилитация пациентов с инсультом. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» / Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, А.А. Белкин и соавт. // Международный Конгресс, посвященный Всемирному Дню инсульта / Под ред. Е.И. Гусев, А.Б. Бурд, М.Ю. Мартынов. – М., 2017. – С. 179–189.

70. Иванова, Г.Е. Организация ранней реабилитации больных с церебральным инсультом на стационарном этапе лечения / Г.Е. Иванова, Е.И. Петрова, В.В. Гудкова и соавт. // Современные аспекты реабилитации: Материалы науч.–практ. конф. – М., 2007. – С. 72–73.

71. Инсульт. Лучшие методы реабилитации /В.Н. Амосов. – СПб.: Невский проспект; Вектор, 2007. – 120с.

72. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Руководство для врачей Под ред. З.А. Суслина, М.А. Пирадов. – М.: МЕДпресс–информ. – 2008. – 288 с.

73. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс–информ, 2014. – 560 с.

74. Кадыков, А.С. Сосудистые заболевания головного мозга: справочник / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова. – М., Миклош. – 2010. – 192 с.

75. Кадыков, А.С. Сосудистые заболевания нервной системы / А.С. Кадыков, И.И. Кухлевич, В.В. Шпрах // Нервные болезни. Учебное пособие / Под ред. М.Н. Пузина. – М., Медицина. – 2002. – С. 142–171.

76. Карпов, Ю. А. Интенсивное медикаментозное лечение больных с атеросклерозом / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин // Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 4–7.

77. Кашицина, В. В. Анализ динамики первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Республике Мордовия за 2006—2009 гг. / В.В. Кашицина, Д.С. Блинов, Н.Ф. Семенова // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2011. – №3. – С. 29.

78. Клемешева, Ю.Н. Особенности медико–социальной реабилитации инвалидов вследствие инсульта среди сельского населения: Дис. ... канд. мед. наук / Ю.Н. Клемешева. – Саратов, 2010. – 221с.

79. Клиническая неврология с основами медико–социальной экспертизы: Руководство для врачей / Под ред. А.Ю. Макарова. – СПб.: ООО Медлайн–Медиа, 2006. – 600 с.

80. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. /Научн. Рек. Стаховская Л.В.– М., 2017. – 96 с.

81. Клочков, А. С. Роботизированные системы в восстановлении навыка ходьбы у пациентов, перенесших инсульт: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.С. Клочков. – М., 2011. – 27 с.

82. Ковальчук, В.В. Инсульт: эпидемиология, факторы риска и организация медицинской помощи / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец // Неврол. журн. – 2006. – № 6. – С. 46–49.

83. Ковальчук, В.В. Медицинские и социальные аспекты восстановительного лечения больных после инсульта: Электронный ресурс / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец. – 2009. – Режим доступа: <http://www.neuromed.ru>. –Загл. с экрана.

84. Ковальчук, В.В. Оптимизация реабилитации пациентов после инсульта на примере деятельности центра восстановительного лечения неврологических больных / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2010. – № 3. – С. 10–13.

85. Ковальчук, В.В. Принципы организации и эффективность различных методов реабилитации больных после инсульта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Ковальчук. – СПб., 2008. – 41 с.

86. Козелкин, А.А. Система этапной помощи больным с мозговыми инсультами / А.А. Козелкин, С.А. Козелкина, А.В. Ревенько и соавт. // Международный неврологический журнал. – 2006. – № 3 (7). – С. 113–123.

87. Колчина, Э.М. Оптимизация лечения больных с ишемическим инсультом в условиях специализированного отделения: Дис. ... канд. мед. наук / Э.М. Колчина. – Уфа, 2007. – 163 с.

88. Комплекс мероприятий по профилактике, диагностике и лечению больных, страдающих сердечно–сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Федеральная программа // Цереброваскулярная патология и инсульт: Материалы 2 Рос. Межд. конгр.; Инсульт. – 2007. – Спец. вып. – С. 7–24.

89. Корнеева, Н. Н. Сравнительная эпидемиология инсульта в Костроме и Ярославле / Н.Н. Корнеева // Инсульт. – 2010. – № 9. – С. 42–46.

90. Коробов, М.В. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья: основные положения. Учебно–методическое пособие / М.В. Коробков. – СПб.: СПбИУВЭК, 2011. – 36 с.

91. Косичкин, М.М. Потребность и особенности медико–социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний в Российской Федерации / М.М. Косичкин, Л.П. Гришина, И.В. Пряников и соавт. // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2001. – № 1. – С. 11–16.

92. Костенко, Е.В. Эффективность коррекции постинсультных двигательных нарушений с применением методов функциональной электростимуляции и БОС – стабилметрического постурального контроля /

Е.В. Костенко, Л.В. Петрова, А.В. Рыльский, М.А. Энеева // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, №1. – С. 23-30.

93. Котенко, К.В. Мультидисциплинарный подход и преемственность в организации реабилитации больных с ишемическим инсультом в КБ №6 им. А.И. Бурназяна ФМБА России / К.В. Котенко, О.В. Кривонос, Н.А. Амосова // Восстановительная медицина и реабилитация 2007: Четвертый межд. конгр. – М., 2007. – С. 47.

94. Красилова, Е.В. Анализ клинико–психологических особенностей и трудностей адаптации инвалидов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Е.В. Красилова, М.Г. Дашина, О.Н. Морозова. // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2009. – №3. – С. 3 – 5.

95. Кудряшов, А.А. Клинико–эпидемиологические аспекты мозгового инсульта в г. Тюмени / А. А. Кудряшов // Медицинская наука и образование Урала. – 2006. – № 3. – С. 42.

96. Лазарева, О.А. Эффективность санаторной реабилитации постинсультных больных в зависимости от психологического статуса / О.А. Лазарева, В.В. Белопасов // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2009. – № 4. – С.21 – 24.

97. Лебедев, И.А. Клинико–эпидемиологические особенности и патогенетические факторы риска мозгового инсульта в Ханты–Мансийском автономном округе: по данным популяционного регистра: Автореф. дис. ... д–ра мед. наук / И.А. Лебедев. – СПб., 2011. – 37 с.

98. Лебедев, И.А. Эпидемиологическая характеристика мозгового инсульта и влияние метеорологических факторов на его развитие в городе Ханты–Мансийск : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. А. Лебедев. – СПб., 2004. – 25 с.

99. Лихтерман, Б. Жизнь после инсульта /Б. Лихтерман // Мед. газета – 2009. – № 51. С. 2.

100. Лошак, С.И. Методические основы составления алгоритма программы профессиональной реабилитации инвалидов / С.И. Лошак, Ю.Л. Гусак, Л.А.

Карасаева // Вестник Всероссийской гильдии протезистов–ортопедов. – 2009. – № 3 (37). – С. 189.

101. Мавликаева, Ю.А. Модель организации комплексной реабилитации инвалидов на региональном уровне / Ю.А. Мавликаева // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2011. – № 2. – С.3 – 5.

102. Магомаев, М. Ф. Болезненность инсультом городского и сельского населения / В.И. Скворцова, М.Ф. Магомаев, Л.В. Стаховская и соавт. // Вестник Дагестанской Государственной медицинской академии. – 2012. – № 2 (3). – С. 44–49.

103. Магомаев, М.Ф. Анализ факторов риска инсульта в равнинной и горной зоне Дагестана / М.Ф. Магомаев // Врач аспирант. – 2012. – № 2.4 (51). – С. 589–596.

104. Магомаев, М.Ф. Анализ факторов риска развития инсульта в Республики Дагестан / М.Ф. Магомаев, Л. В. Стаховская, В. И. Скворцова и соавт. // Материалы X Всероссийский съезд неврологов с международным участием. – Н.Новгород, 2012. – С. 113.

105. Магомаев, М.Ф. Анализ факторов риска церебрального инсульта в равнинной и горной зоне Дагестана / М.Ф. Магомаев, З.Р. Умаханова, И.Д. Калияев и соавт. // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 8 (100). – С. 106–109.

106. Магомаев, М.Ф. Динамика болезненности церебральным инсультом в Республике Дагестан / М.Ф. Магомаев, Г.Н. Авакян, Л.В. Стаховская // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Инсульт. – 2013. – Т. 113, № 12, вып. 2. – С. 51–55.

107. Магомаев, М.Ф. Заболеваемость инсультом в Республике Дагестан / М.Ф. Магомаев, А.Х. Магомедова // Профилактическая и клиническая медицина. Терапевтические проблемы пожилого человека. – 2010. Спецвыпуск. - С. 156–159.

108. Магомаев, М.Ф. Клинико–эпидемиологическая характеристика мозгового инсульта в Республике Дагестан (по данным популяционного

регистра): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.Ф. Магомаев. – М., 2015. – 39 с.

109. Магомаев, М.Ф. Основные факторы риска развития инсульта в равнинной и горной зоне Дагестана / М.Ф. Магомаев, З.Р. Умаханова, А.Х. Магомедова // Проблемы экологической медицины: Материалы III Респ. науч.-практ. конф. – Махачкала, 2014. – С. 27–36.

110. Магомаев, М.Ф. Прогноз развития инсульта в Республики Дагестан / М.Ф. Магомаев // Вестник Дагестанской Государственной медицинской академии. – 2014. – № 4 (13). – С. 11–18.

111. Магомаев, М.Ф. Этнические особенности основных факторов риска инсульта в Дагестане / М.Ф. Магомаев, А.Х. Магомедова, М.А. Мусаев // Врач аспирант. – 2013. – № 1.2 (56). – С. 314–320.

112. Магомаев, М.Ф. Этнические особенности основных факторов риска при церебральном инсульте в Дагестане / М.Ф. Магомаев, А.Х. Магомедова, Ф.И. Гаджимурадов, и соавт. // Уральский Медицинский журнал. – 2013. – №3 (108). – С. 54–58.

113. Магомаев, М.Ф. Этнические особенности церебрального инсульта в Дагестане / М.Ф. Магомаев, А.Х. Магомедова, Ф.И. Гаджимурадов, и соавт. // Уральский Медицинский журнал. – 2013. – №3 (108). – С. 59–63.

114. Магомедова, А.Х. Инсульт в Республике Дагестан: смертность и летальность / А.Х. Магомедова, М.Х. Магомаев // Профилактическая и клиническая медицина. Терапевтические проблемы пожилого человека. – 2010. – Спецвыпуск – С. 160–163.

115. Макаров, А.Ю. Сосудистая патология головного мозга (клиника, диагностика, медико-социальная экспертиза, реабилитация) Учебно-методическое пособие / А.Ю. Макаров, В.Г. Помников, А.А. Прохоров. – СПб., 2011. – 58 с.

116. Макаров, А.Ю. Сосудистые заболевания головного мозга / А.Ю. Макаров, В.Г. Помников // Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы / Под ред. А.Ю. Макаров. – СПб., 2006. – С. 27–68.

117. Машин, В.В. Факторы риска цереброваскулярных заболеваний по данным скрининга популяции среднего возраста г. Ульяновска / В.В. Машин, Л.А. Белова, Л.В. Сапрыгина и соавт. // *Анналы клинической и эксперим. неврологии.* – 2014. – Т. 1, № 8. – С. 4–9.

118. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Краткая версия. – ВОЗ, СПБИУВЭК. – 2003. – 228 с.

119. Михаевич, С.А. Факторы, определяющие исходы восстановительного лечения больных с мозговым инсультом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Михаевич. – СПб., 2012. – 25 с.

120. Мусина, Н.П. Факторы, оказывающие значимое влияние на риск развития повторного инсульта по ишемическому типу / Н.П. Мусина, О.М. Драпкина // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* – 2009. – № 4, прил. 2. – С. 33.

121. Никитченко, И.И. Медицинские стандарты медико–социальной реабилитации инвалидов / И.И. Никитченко, В.П. Шестаков, Р.В. Росков // *Вестник Всероссийской гильдии протезистов–ортопедов.* – 2009. – №3 (37). – С. 149.

122. Новикова, Л.Б. Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований / Л.Б. Новикова, А.А. Скоромец, Э.И. Сайфуллина. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. – 152 с.

123. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико–социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико–социальной экспертизы: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 г. № 1024н

124. О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно–мозговой травмы: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 534.

125. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.10.1995 г. №181 –ФЗ

126. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения: Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ 6 июля 2009 г. № 389н.

127. Общеввропейское согласительное совещание по вопросам ведения больных, перенесших инсульт (European Stroke Strategies. The Helsinbrg Deklaration 2006. Final Dokument. 2006–07–03) // Неврологический журнал. – 2007. – №5. – С. 62–64.

128. Ондар, В.С. Объективная оценка состояния равновесия и функции ходьбы и их коррекция методом биоуправления при пирамидных синдромах у больных в раннем и позднем восстановительных периодах инсульта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.С. Ондар. – Красноярск, 2012. – 24 с.

129. Онищенко, Е.Ф. Открытое овальное окно в кардионеврологии / Е.Ф. Онищенко. В.Г. Помников. – СПб.: ЭЛБИ–СПб., 2016. – 240 с.

130. Онищенко, Е.Ф. Открытое овальное окно и инсульт в клинической практике/ Е.Ф. Онищенко. – СПб.: ЭЛБИ–СПб., 2005. – 192 с.

131. Осадчих, А.И. Основы медико–социальной экспертизы / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и соавт. – М.: Медицина, 2005. – 448 с.

132. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения: Учебно–методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов / Под ред. В.И. Скворцовой. – М.: Литтерра, 2006. – 104 с.

133. Панченко, Е.П. Результаты трехлетнего наблюдения за амбулаторными больными с клиническими проявлениями атеротромбоза (анализ российской популяции регистра REACH) / Е.П. Панченко // Кардиология. – 2009. – № 10. – С. 9–15.

134. Парфёнов, В.А. Место антигипертензивной терапии в профилактике повторного инсульта /В.А. Парфёнов // Справочник поликлинического врача. – 2013. – № 1. – С. 30–34.

135. Парфёнов, В.А. Постинсультные двигательные нарушения / В.А. Парфёнов // Медицинский совет. – 2016. – № 11. – С. 8–13.

136. Пинчук, Е.А. Эпидемиология и вторичная профилактика ишемического инсульта в условиях крупного промышленного и культурного центра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Пинчук. – Екатеринбург, 2004. – 23 с.

137. Пирадов, М.А. Нейропротекция при цереброваскулярных заболеваниях: поиск жизни на Марсе или перспективное направление лечения? Ч. 2. Хронические формы нарушения мозгового кровообращения / М.А. Пирадов, М.М. Танашян, М.А. Домашенко и соавт. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2015. – Т. 3, № 9. – С. 10–16.

138. Пирадов, М.А. Передовые технологии нейровизуализации / М.А. Пирадов, М.М. Танашян, М.В. Кротенкова и соавт. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2015. – Т. 9, № 4. – С. 11–17.

139. Покровский, А.В. Комментарий к статье Эвера Р.Д., Пичельмана М.А., Меисснера И., Майера Ф.Б. Эффективность каротидной эндартерэктомии / А.В. Покровский // Stroke. – 2002. – В. 2. – С. 34–36.

140. Помников, В.Г. Анализ работы специалистов мультидисциплинарной бригады при реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт / В.Г. Помников, Н.А. Шилова, Е.В. Белошапкина и соавт. // Международная научно–практическая конференция по нейрореабилитации в нейрохирургии. – Казань, 2012. – С. 209–210.

141. Помников, В.Г. Особенности оценки реабилитационных мероприятий при церебральных инсультах с учетом внедрения в клиничко–экспертную практику международной классификации функционирования / В.Г. Помников, Ф.В. Марзаева, Е.В. Белошапкина и соавт. // Международная научно–практическая конференция по нейрореабилитации в нейрохирургии. – Казань, 2012. – С. 207–208.

142. Приходько, А.Е. Региональные особенности распространенности фатальных исходов мозгового инсульта: клинико–эпидемиологическое исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Е. Приходько. – СПб., 2012. – 24 с.

143. Протокол ведения больных «Инсульт» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2006. – №4. – С. 16–85.

144. Пугиев, Л.И. Потребность инвалидов молодого возраста в профессиональной реабилитации и особенности трудового устройства инвалидов / Л.И. Пугиев // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2008. – №2. – С. 19–21.

145. Пузин, С.Н. Принципы реабилитации инвалидов в Российской Федерации / С.Н. Пузин // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2008. – №3. – С. 3–4.

146. Пузин, С.Н. Пути совершенствования организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико–социальной экспертизы на современном этапе / С.Н. Пузин // Мед.–соц. эксперт. и реабил. – 2009. – №2. – С. 3–6.

147. Реабилитация больных перенесших инсульт / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс–информ, 2006. – 256 с.

148. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками: Электронный ресурс / Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO) и Авторский комитет ESO // Практическая ангиология. – 2008. – №6(17). – Режим доступа: <http://www.health-ua.com/articles/169.html>. – Загл. с экрана.

149. Рекомендации по медицинскому отбору больных после острого нарушения мозгового кровообращения, направляемых на долечивание (реабилитацию) в специализированные санатории (отделения): Приложение №4 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 г. №44 «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория».

150. Рекомендации по профилактике инсульта у пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой Американской ассоциации сердца (АНА) и Американской ассоциации по борьбе с инсультами (ASA): Электронный ресурс. – Stroke – 2011. – Vol. 42. – P. 226-227. – Режим доступа: <http://ww>. – Загл. с экрана.

151. Рязанов, Д.П. Об использовании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике медико–социальной экспертизы / Д.П. Рязанов, А.М. Литинская // Медико–социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 2. – С. 40–43.

152. Сальникова, Г.Б. Эпидемиология инсульта у жителей Крайнего Севера: Дис. ... канд. мед. наук / Г. Б. Сальникова. – Новосибирск, 2004. – 150 с.

153. Самойлова, О.Б. Эпидемиологическое исследование церебрального инсульта методом Регистра инсульта в г. Челябинске / О.Б. Самойлова, С.Б. Степанова // Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы: Материалы 8 Респ. конф. по неврологии для молодых специалистов. – Гродно, 2009. – С. 88–89.

154. Сахаров, В. Ю. Распространенность и структура мозгового инсульта у жителей Европейского Севера (на примере Республики Коми) / В.Ю. Сахаров // Здоровье человека на Севере: Материалы III Северного соц.–экол. конгр. – Сыктывкар, 2007. – С. 62.

155. Скворцова, В.И. Алгоритм спасения / В.И. Скворцова // Мед. вестн. – 2005. – № 29. – С. 9–10.

156. Скворцова, В.И. Вторичная профилактика инсульта / В.И. Скворцова, И.Е. Чазова, Л.В. Стаховская. – М. : ПАГРИ, 2002. – 118 с.

157. Скворцова, В.И. Значение исследования PROGRESS глазами невролога / В.И. Скворцова, И.А. Платонова // Качественная клиническая практика. – 2002. – №1. – С. 23–28.

158. Скворцова, В.И. Ишемический инсульт / В.И. Скворцова, М.А. Евзельман. – Орел: 2006. – 404 с.

159. Скворцова, В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта / В.И. Скворцова // Качество жизни. – 2004. – № 2. – С. 10–12.

160. Скворцова, В.И. Первичная профилактика инсульта / В. И. Скворцова // Качество жизни. – 2006. – № 2 (13). – С. 72–75.

161. Скворцова, В.И. Первичная профилактика инсульта / В.И. Скворцова, И.Е. Чазова, Л.В. Стаховская и соавт. // Качество жизни. Медицина. – 2006. – № 2. – С. 72–77

162. Скворцова, В.И. Программа эпидемиологического мониторинга «Регистр инсульта» для апробации в территориях Российской Федерации: Методические рекомендации / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, Н.А. Пряникова. – М., 2005. – 28 с.

163. Скворцова, В.И. Результаты реализации «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Российской Федерации» / В.И. Скворцова, И.М. Шетова, Е.П. Какорина и соавт. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 4. – С. 5–12.

164. Скворцова, В.И. Ударное наступление на инсульт: Электронный ресурс / В.И. Скворцова // Наука и жизнь. – 2007. – №8. – Режим доступа: <http://www.nkj.ru/archive/articles/11373>. – Загл. с экрана.

165. Скворцова, В.И. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, Н.Ю. Айриян // Системные гипертензии. – 2005. – № 1. – С. 10–12.

166. Скоромец, А.А. Новая лечебная стратегия при церебральных инсультах: опыт работы отделения для больных с инсультом в Санкт–Петербурге / А.А. Скоромец, П. Монро, В.А. Сорокоумов и соавт. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Инсульт. – 2003. – Вып. 9. – С. 56–58.

167. Скоромец, А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей /А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – Политехника, СПб., 2017. – 664 с.

168. Скоромец, А.А. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга: Электронный ресурс / А.А. Скоромец, В.В. Ковальчук // Мир медицины. – 1998. – №9–10. –Режим доступа: <http://medi.ru/DOC/85.htm>. – Загл. с экрана.

169. Слюсарь, Т.А. Эпидемиология инсульта в Верхневолжье по данным регистра / Т.А. Слюсарь, Н.Я. Яковлев, Ю.В. Абраменко // Инсульт. – 2007. – Спец. вып. – С. 210.

170. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В. И. Скворцовой. – М.: Литтерра, 2008. – 192 с.

171. Сорокоумов, В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт–Петербурге / В.А. Сорокоумов. – СПб., 2002.– 26 с.

172. Сорокоумов, В.А. Первичная и вторичная профилактика инсультов: Методические рекомендации / В. А. Сорокоумов. – СПб., 2000. – 40 с.

173. Справочник врача–невролога / Под ред. А.А. Скоромец. – М.: МЕД–пресс–информ, 2017. – 574 с.

174. Справочник по медико–социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. В.Г. Помников, М.В. Коробов. – СПб.: Гиппократ, 2017 – 1152 с.

175. Стариков, П.В. Особенности восстановительного периода у больных с церебральным инсультом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.В. Стариков. – СПб., 2011. – 20 с.

176. Стаховская, Л.В. Инсульт: Руководство для врачей / Л.В. Стаховская, С.В. Котова. – М.: МИА. – 2014. – 400 с.

177. Стаховская, Л.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально–популяционного регистра (2009–2010) / Л.В. Стаховская, М.Д. Богатырёва // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 5. – С. 4–10.

178. Суслина, З.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) / З.А. Суслина, М.А. Пирадов, Л.А. Домашенко // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 5–13.

179. Суслина, З.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика / З.А. Суслина, Т.С. Гулевская, М.Ю. Максимова и соавт. – М.: МЕЛпресс–информ, 2016. – 536 с.

180. Суслина, З.А. Неврология и нейронауки – прогноз развития / З.А. Суслина, С.Н. Иллариошкин, М.А. Пирадов // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2007. – Т. 1, №1. – С. 5–9.

181. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга в России: достижения и нерешенные вопросы / З.А. Суслина // Кардиневрология: Труды I нац. конгр. – М., 2008. – С. 7–10.

182. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. – М.: МЕДпресс–информ, 2009. – 356 с.

183. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики / З.А. Суслина, Ю.А. Варакин, Н.В. Верещагин. – М.: МЕДпресс–информ, 2006. – 256 с.

184. Третьякова, Н.Н. **Эпидемиология** и этнические особенности инсульта в г. Якутске. (по данным регистра): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Н. Третьякова. – М., 2006. – 26 с.

185. Трошин, В. Д. Острые нарушения мозгового кровообращения / В.Д. Трошин, А.В. Густов, О.В. Трошин. – Н.Новгород : Изд–во НГМА, 2000. – 432 с.

186. Трошин, В.Д. Сосудистые заболевания нервной системы: Руководство / В.Д. Трошин, А.В. Густов, А.А. Смирнов. – Н.Новгород: Изд–во Нижегородской гос. мед. акад., 2006. – 538 с.

187. Труфанов, Г.Е. Лучевая диагностика / Г.Е. Труфанов. – М.: ГЭОТАР–Медиа. – 2011. – 416 с.

188. Улимбашева, Э.С. Клинико–эпидемиологическое исследование повторных инсультов при артериальной гипертонии. (регистр инсульта в городе Нальчике): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Э.С. Улимбашева. – М., 2007. – 23 с.

189. Федин, А.И. Профилактика инсульта / А.И. Федин // Неврол. вестн. им. В. М. Бехтерева. – 2005. – № 1/2. – С. 93–104.

190. Фейгин, В.Л. Эпидемиология мозгового инсульта в Сибири по данным регистра / В.Л. Фейгин, Ю.П. Никитин, Д.О. Виберс // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 1. – С. 52–57.

191. Филимонов, А.И. Оценка реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида как основа для улучшения системы реабилитации / А.И. Филимонов, О.В. Сергеева, В.П. Болдырева // Сборник материалов НПК по вопросам реабилитации инвалидов в Сибирском федеральном округе. – Иркутск: ООО Випкомпания, 2010. – С. 151–157.

192. Харакоз, О.С. Первые результаты регистра инсульта в Краснодаре / О. С. Харакоз // Инсульт. – 2001. – № 2. – С. 26–30.

193. Харакоз, О.С. Артериальная гипертензия – основной фактор риска мозгового инсульта: результаты регистра в Краснодаре / О. С. Харакоз // Кардиология. – 2001. – № 1. – С. 43–47.

194. Хатькова, С.Е. Комплексный подход при осуществлении реабилитационных программ у постинсультных больных / С.Е. Хатькова // Современные аспекты нейрореабилитации: Материалы науч.–практ. конф. – М., 2007. – С. 96–97.

195. Хатькова, С.Е. Реабилитационные программы при ведении постинсультных больных / С.Е. Хатькова // Материалы V Международной конференции по реабилитологии. – М.: Златограф, 2005. – С. 71–78.

196. Хачиров, Дж. Г. Проблемы экологии человека в Республике Дагестан / Дж. Г. Хачиров // Здоровье человека: Дагестанская рег. ассамблея. – Махачкала, 1992. – М.: Эпидар, 1997. – С. 32–34.

197. Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов / Л.П. Храпылина. – М.: Экзамен, 2006. – 415 с.

198. Цурикова, В.Э. Оценка эффективности лечения больных инсультом в общем и специализированном сосудистом неврологическом отделении / В.Э. Цурикова, Л.В. Стаховская, М.К. Бодыхов и соавт. // Кардионеврология: Труды I нац. конгр. – М., 2008. – С. 264.

199. Чельшева, И.А. Динамика клинико–эпидемиологических показателей регистра инсульта в Иваново / И. А. Чельшева // Инсульт. – 2007. – Спец. вып. – С. 212.

200. Черенцова, О.И. Анализ контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней, освидетельствованных в бюро медико–социальной экспертизы Российской Федерации в 2004–2008гг. / О.И. Черенцова // Медико–социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 1. – С. 37–41.

201. Черникова, Л.А. Применение технологии виртуальной реальности при восстановлении движений в паретичной руке у больных, перенесших инсульт / Л.А. Черникова, М.Е. Иоффе, М.Е. Курганская и соавт. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 3. – С. 3.

202. Чиныбаева, Л.А. Клинико–патофизиологическая характеристика инсульта в экологически неблагоприятном районе Казахстана: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. А. Чиныбаева. – Новосибирск, 2005. – 43 с.

203. Чиньинбаева, Л. А. Семейная предрасположенность к инсульту / Л.А. Чиньинбаева, Л. К. Каражанова, М. А. Капакова // Инсульт. – 2009. – № 5. – С. 27–31.

204. Чуприна, С.Е. Реабилитация постинсультного пациента: роль врача общей практики (врача–терапевта) / С.Е. Чуприна, О.В. Небогина // Неврология. – 2017. – № 9. – С. 579–584.

205. Шестаков, В.П. О доступности медико–социальной реабилитации инвалидов / В.П. Шестаков, К.С. Ключовкин // Медико–социальная экспертиза и реабилитация – 2008. – №3.– С. 24 – 26.

206. Шкловский, В.М. Организация нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно–мозговой травмы: стратегия, методология, концепция (XXI в. 2000–2017гг.) / В.М. Шкловский // Международный Конгресс, посвящённый Всемирному Дню инсульта / Под ред. Е.И. Гусев, А.Б. Бурд, М.Ю. Мартынов. – М., 2017. – С. 433–437.

207. Шкловский, В.М. Организация специализированной нейрореабилитационной помощи больным с очаговым поражением головного мозга в результате инсульта, черепно–мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы. Методическое письмо: Электронный ресурс / В.М. Шкловский, Ю.А. Фукалов, Е.М. Парцалис и соавт. – М., 2006. – 37 с. – Режим доступа: <http://www.inforpravo.by.ru>. – Загл. с экрана.

208. Шмидт, Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Е. В. Шмидт // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1985. – № 9. – С. 1281–1288.

209. Юнгельхюльзинг, Г.Я. Осложнения и последствия инсультом. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функций: пер. с нем. / Г.Я. Юнгельхюльзинг, М. Эндерс; под ред. Л.В. Стаховской. – М.: МЕД–пресс–информ, 2017. – 264 с.

210. Юсупова, Л.С. Профессиональная реабилитация инвалидов как один из факторов сохранения и рационального использования трудовых ресурсов / Л.С. Юсупова // Вестник ВРОСЭРПИ. – 2010. – №1. – С. 87–89.

211. Adams, R.J. AHA/ASA Recommendations for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack / R.J. Adams, G. Albers, M.J. Albers // Stroke. – 2007. – Vol. 27. – P. 947–952.

212. АНА. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: Электронный ресурс. – Stroke. – 2007. – 38. – 1655. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

213. Aly, Z. Awareness of stroke risk factors, signs and treatment in a Pakistani population / Z. Aly // J pak med assoc. – 2009. – Vol. 59, № 7. – P. 495–499.

214. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: Part 9: Adult Stroke: Электронный ресурс. / *Circulation*. – 2005. – 112. – IV–111 – IV–120. – Режим доступа: <http://www.circ.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

215. Antonicelli, R. What is new about stroke prevention? / R. Antonicelli, G. Germano // *Ital heart j*. – 2003. – Vol. 4, № 12. – P. 958–964.

216. Banerjee, A. Associations between peripheral artery disease and ischemic stroke. Implications for primary and secondary prevention / F. Banerjee, F.G. Fowkes, P.M. Rothwell // *Stroke*. – 2010. – Vol. 41. – P. 2102–2107.

217. Bayley, M.T. Priorities for stroke rehabilitation and research: results of a 2003 Canadian Stroke Network consensus conference: Электронный ресурс / M.T. Bayley, A. Hurdowar, R. Teasell // *Arch physical med rehabilitat*. – 2007. – Vol. 88, Issue 4. – P.526–528. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>. – Загл. с экрана.

218. Bernhardt, J.A. A very early rehabilitation trial (AVERT) / J.A. Bernhardt, H. Dewey, J. Collier et al. // *Int j stroke*. – 2006. – Vol.3. – P. 160–171.

219. Bernhardt, J.A. A very early rehabilitation trial for Stroke (AVERT): Phase II Safety and Disability: Электронный ресурс / J.A. Bernhardt, H. Dewey, A. Thrift, J. Collier et al. // *Stroke*. – 2008. –39. – E. 390–396. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

220. Bernhardt, J.A. A Very early Versus Delayed Mobilization after Stroke: Электронный ресурс / J. A. Bernhardt, M.N. Thuy, J.M. Collier et al. // *Stroke*. – 2009. –Vol. 40. – E. 489–490. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

221. Boake, C. Constraint-induced movement therapy during early stroke rehabilitation / C. Boake, E.A. Noser, T. Ro et al. // *Neurorehabil neural repair*. – 2007. – Vol. 2. – P. 14–24.

222. Bogousslavsky, J. On behalf of the European Stroke Initiative / J. Bogousslavsky // *Cerebrovask dis*. – 1999. – Vol. 9, suppl. 4. – P. 1–68.

223. Bogousslavsky, J. Recovery after Stroke / J. Bogousslavsky, V.R. Barnes, B. Dobkin // *Medical*. 2005. – P. 688.

224. Bogousslavsky, J. The Lausanne Stroke Registry: Analysis of 1000 consecutive patients with first stroke / J. Bogousslavsky, G. van Mell, F. Regyl // *Stroke*. – 1998. – Vol. 19. – P. 1083–1092.

225. Bousser, M. G. Antithrombotic agents in the prevention of ischemic stroke / M. G. Bousser // *Cerebrovasc dis.* – 2009. – Vol. 27, suppl. 3. – P. 12–19.

226. Bousser, M.G. Antithrombotic agents in the prevention of ischemic stroke / M. G. Bousser // *Cerebrovasc dis.* – 2009. – Vol. 27, suppl. 3– P. 12–19.

227. Bowman, T.S. Cholesterol and the risk of ischemic stroke / T.S. Bowman // *Stroke*. – 2003. – Vol. 12, № 34. – P. 2930–2934.

228. Boysen, G. Stroke incidence and risk factors for stroke in Copenhagen, Denmark / G. Boysen // *Stroke*. – 1988. – Vol. 19. – P. 1345–1353.

229. Brainin, M. Organization of Stroke Care: Education, Referral, Emergency Management and Imaging, Stroke Units and Rehabilitation / M. Brainin, T.S. Olsen, Chamoro et al. // *Cerebrovasc dis.* – 2004. – Vol.17, suppl.2. – P.1–14.

230. Bravata, D.M. Long-term mortality in cerebrovascular disease / D.M. Bravata, S.Y. Ho, L.M. Brass // *Stroke*. – 2003. – Vol. 34. – P. 699–704.

231. Candelise, L.A. Stroke-unit care for acute stroke patients: An observational follow-up study / L. Candelise, V. Gattinoni, A. Bersano et al. // *Lancet*. – 2007. – 369. – P. 299–305.

232. Centers for Disease Control. Achievements in public health, 1900–1999: decline in deaths from heart disease and stroke – United States, 1900–1999 // *Morbidity and mortality weekly report*. – 1999. – Vol. 48. – P. 649–656.

233. Coca, A. Predicting stroke risk in hypertensive patients with coronary artery disease. A report from the INVEST / A. Coca // *Stroke*. – 2008. – Vol. 39, suppl. 2. – P. 343–348.

234. Comparison of 12 risk stratification schemes to predict stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation // *Stroke*. – 2008. – Vol. 39. – P. 1901–1910.

235. Corley, S.D. AFFIRM investigators Relationships between sinus rhythm, treatment and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study / S.D. Corley // *Circulation*. – 2004. – Vol. 109. – P. 1509–1513.

236. Craid, L.E. The interaction between policy and education using stroke as an example / L.E. Craid, L.N. Smith // *Nurse education today*. – 2008. – Vol. 28. – P. 77–84.

237. Dajpratyam, P. Walking function at 1-year after stroke rehabilitation: a multicenter study / P. Dajpratyam // *J med association thailand*. – 2014. – Vol. 97, № 1. – P. 107–112.

238. Deutsch, A. Poststroke Rehabilitation: Outcomes and Reimbursement of Inpatient Rehabilitation Facilities and Subacute Rehabilitation Programs: Электронный ресурс / A. Deutsch, C.V. Granger, A.W. Heinemann // *Stroke*. – 2006. – Vol. 37. – P. 1477–1482. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

239. Dey, P. Early assessment by a mobile stroke team: a randomized controller trial: Электронный ресурс / P. Dey, M. Woodman, A. Gibbs et al. // *Age ageing*. – 2005. – Vol. 34. – P. 331–338. – Режим доступа: <http://www.ageing.oxfordjournals.org>. – Загл. с экрана.

240. Di Pino, G. Modulation of brain plasticity in stroke: a novel model for neurorehabilitation / G. Di Pino, G. Pellegrino, G. Assenza et al. // *Nature rev neurol*. – 2014. – Vol. 10. – P. 597–608.

241. Diener, H.C. European Stroke Prevention Study–2 (ESPS–2). Dipyridamole and acetyl–salicylic acid in the secondary prevention of stroke / H.C. Diener // *J neurol sci*. – 1996. – Vol. 143. – P. 1–13.

242. Dobkin, B.N. Rehabilitation after Stroke: Электронный ресурс / B.N. Dobkin // *New England j med*. – 2005. – Vol. 352. – P. 1677–1684. – Режим доступа: <http://www.content.nejm.org>. – Загл. с экрана.

243. Duncan, P.W. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline: Электронный ресурс / P.W. Duncan, R. Zorowitz, B. Bates //

Stroke. – 2005. – Vol. 36. – e100 –143. – Режим доступа:<http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

244. Dunstone, C. The Stroke Inpatient Rehabilitation Care Pathway: Program Description: Электронный ресурс / C. Dunstone, M.S. Weinstein // Arch physical med rehabilitat. – 2006. – Vol. 87. – Issue 10. –e12. – Режим доступа: <http://www.archives-ppm.org>. – Загл. с экрана.

245. EAFT Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischemic attack or minor stroke // Lancet. – 1993. – Vol. 342. – P. 1255–1262.

246. EAFT Study Group. Silent brain infarction in nonrheumatic atrial fibrillation // Neurology. – 1996. – Vol. 46. – P. 159–165.

247. Early Supported Discharge Trialists: Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients: Электронный ресурс // Cochrane Database Syst Rev. – 2005. – CD000443.

248. Fang, M.C. Gender differences in the risk of ischemic stroke and peripheral embolism in atrial fibrillation: the AnTicoagulation and Risk factors In Atrial fibrillation (ATRIA) study / M.C. Fang // Circulation. – 2005. – Vol. 112. – P. 1687–1691.

249. Feigin, V.L. Stroke epidemiology: a Review of population-based studies of incidence, prevalence, and case fatality in the late 20th century / L.V. Feigin, C.V.V. Lawes, D.A. Bennett et al. // Lancet neurol. – 2003. – №2. – P.43–53.

250. Fossbender, K. Streamlining stroke in-hospital and pre-hospital stroke management / K. Fossenbender, A. Haas // Международный Конгресс, посвящённый Всемирному Дню инсульта / Под ред. Е.И. Гусев, А.Б. Бурд, М.Ю. Мартынов. – М., 2017. – С. 377–383.

251. Francisco, G.E. Rehabilitation Access, Utilization, and Satisfaction of Poststroke Survivors: Электронный ресурс / G.E. Francisco // Arch Physical Med Rehabil. – 2007. – Vol. 88. – Issue 9. –e104. – Режим доступа: <http://www.archives-ppm.org>. – Загл. с экрана.

252. Gage, B.F. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke : result of the National Registry of Atrial Fibrillation / B.F. Gage // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2864–2870.

253. Gardener, H. Opinion: Brain health and shared risk factors for dementia and stroke / H. Garden, C.B. Wright, T.A. Rundek et al. // Международный Конгресс, посвящённый Всемирному Дню инсульта / Под ред. Е.И. Гусев, А.Б. Бурд, М.Ю. Мартынов. – М., 2017. – С.74–91.

254. Gatterllary, M. Stroke Unit Care in a Real–Life Setting. Can Results From Randomized Controlled Trials Be Translated Into Every–Day Clinical Practice? An Observational Study of Hospital Data in a Large Australian Population: Электронный ресурс / G.E. Francisco // Arch physical med rehabilitat. – 2007. – Vol. 88. – Issue 9. – e104. – Режим доступа: <http://www.archives–pmp.org>. – Загл. с экрана.

255. Gatterllary, M. Stroke Unit Care in a Real–Life Setting. Can Results From Randomized Controlled Trials Be Translated Into Every–Day Clinical Practice? An Observational Study of Hospital Data in a Large Australian Population: Электронный ресурс / M. Gatterllary, J. Worthington, B. Jalaludin et al. // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 10–17. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

256. Gillum, R. F. Acute stroke in a metropolitan area, 1970 and 1980. The Minnesota heart survey / R. F. Gillum // J chron dis. – 1985. – Vol. 38, № 11. – P. 891–898.

257. Gladstone, D.J. Potentially preventable strokes in high–risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated / D.J. Gladstone // Stroke. – 2009. – Vol. 40, № 1. – P. 235–240.

258. Go, A.S. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention : the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study / A. S. Go // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2370–2375.

259. Goldstein, L. B. Advances in primary stroke prevention / L. B. Goldstein, G. Hankey // *Stroke*. – 2006. – Vol. 37. – P. 317–319.

260. Goldstein, L.B. Advanced in preventon and health services delivery 2007 / L.B. Goldstein, P.M. Rothwell // *Stroke*. – 2008. – Vol. 39. – P. 258–260.

261. Govan, L. Does the prevention of complications explalin the survival benefit of organized inpatient (stroke unit) care?: Электронный ресурс / L. Govan, P. Langhorne, C. Weir // *Stroke*. – 2007. – Vol. 38. – P. 2536–2540. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

262. Grube, M.M. Association Between Socioeconomic Status and Functional Impairment 3 Months After Ischemic Stroke: The Berlin Stroke Register: Электронный ресурс / M. M. Grube, H.–C. Koennecke, G. Walter et al. // *Stroke*. – 2012. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

263. Grube, M.M. Evidence–Based Quality Indicators for Stroke Rehabilitation: Электронный ресурс / M.M. Grube, C. Dohle, D. Djouchadar et al. // *Stroke*. – 2012.– Vol. 43. – P. 142–146. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

264. Guidelines for Management of Ischaemic Strioke and Transient Ischemic Attack 2008 // *Cerebrovasc dis*. – 2008. –Vol. 25. – P. 457–507.

265. Hachinski, V. Stroke: the next 30 years / V. Hachinski // *Stroke*. – 2002. – Vol. 33. – P. 1–4.

266. Hara, Y. Brain plasticity and stroke rehabilitation / Y. Hara // *J nippon med school*. – 2015. – Vol. 82, № 1. – P. 4–13.

267. Hart, R.G. Factors associated with ischemic stroke during aspirin therapy in atrial fibrillation: analysis of 2012 participants in the SPAF I–III clinical trials. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) Investigators / R.G. Hart // *Stroke*. – 1999. – Vol. 30. – P. 1223–1229.

268. Heart Disease and Stroke Statistics – 2007 Update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee // *Circulation*. – 2007. – Vol. 115. –e69–e71.

269. Horn, S.D. Stroke Rehabilitation Patients, practice, and outcomes (is earlier and more aggressive therapy better?): Электронный ресурс / S.D. Horn, G.Dejong, R.J. Smouted et al. // Arch phys med rehabilitat. – 2005. –Vol. 86, № 12, suppl 2. – P. 101–S 114. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>. – Загл. с экрана.

270. Howard, G. Stroke incidence, mortality and prevalence. The prevention of stroke / G. Howard, V. J. Howard // Parthenon publishing group. – 2002. – Vol. 1. – P. 1–10.

271. Howard, V. J. Nonmodifiable risk factors for stroke: age, race, sex, and geography. The prevention of stroke / V.J. Howard, G. Howard // Parthenon publishing group. – 2002. – Vol. 2. – P. 11–20.

272. Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 1557–1563.

273. Jette, A.M. The Post-Stroke Rehabilitation Outcomes Project: Электронный ресурс / A.M. Jette // Arch phys med rehabilitat. – 2005. – Vol. 86. – Issue 12. – P. 124–125. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>. – Загл. с экрана.

274. Joutel, A. Pathogenesis of white matter changes in cerebral small vessel diseases: beyond vessel-intrinsic mechanisms / A. Joutel, H. Chabriat // Clin sci (London). – 2017. – Vol. 131, № 8. – P. 635–651.

275. Julius, S. VALUE trial group. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial / S. Julius // Lancet. – 2004. – Vol. 363. – P. 2022–2031.

276. Kalra, L. Alternative strategies for stroke care: a prospective randomized controller trial / L. Kalra, A. Evans, I Perez et al. // Health technol assess. – 2005. – Vol. 9. – P. 1–94.

277. Kalra, L. Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial / L. Kalra, A. Evans, I. Perez, A. Melbourn et al. // BMJ. – 2004. – Vol. 328. P. 1099.

278. Kjellstrom, T. Helsingborg declaration 2006 on European Stroke strategies / T. Kjellstrom, B. Norrving, A. Shatchkute // *Cerebrovasc dis.* – 2007. – Vol. 23. – P. 229–241.

279. Koenig, K.L. Stroke–Related Knowledge and Health Behaviors Among Poststroke Patients in Inpatients Rehabilitation: Электронный ресурс / K.L. Roenig, E.M. Whyte, M.C. Munin et al. // *Arch phys med rehabilit.* – 2007. – Vol. 88. – Issue 9. – P. 1214–1216. –Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>. – Загл. с экрана.

280. Langhorne, P. Early supported discharge services for stroke patients: A meta–analysis of inspanidual patients‘ data / P. Langhorne, G. Taylor, G. Murray et al. // *Lancet.* – 2005. –Vol. 365. – P. 501–506.

281. Langhorne, P. The main components of stroke unit care: What is the question? / P. Langhorne // *Cerebrovasc dis.* – 2007. – Vol. 23. – P. 464–465.

282. Lavallee, P. Assotiation between influenza vaccination and reduced risk of brain infarction / P. Lavallee // *Stroke.* – 2002. – Vol. 33. – P. 513–518.

283. Legg, L. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: Systematic review of randomised trials / L. Legg, P. Langhorne // *Lancet.* – 2004. –Vol. 363. P. 352–356.

284. Legg, L.A. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke: Электронный ресурс / L.A. Legg, A.E. Drummond, P. Langhorne // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2006. – CD003585.

285. Levington, S. Age–specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta–analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies / S. Levington // *Lancet.* – 2002. – Vol. 360. – P. 1903–1913.

286. Liao, Y. Factors explaining excess stroke prevalence in the US Stroke Belt / Y. Liao // *Stroke.* – 2009. – Vol. 40. – P. 3336–3341.

287. Lithell, H. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE): principal results of a randomized double–blind intervention trial / H. Lithell // *J hypertens.* – 2003. – Vol. 21. – P. 875–888.

288. Lopez, A.D. Global and regional burden of disease and risk factors. 2001 / A.D. Lopez, C.D. Maters, M. Ezzati et al. // *Lancet*. – 2006. – Vol. 367. – P. 1747–1757.

289. Lozano, R. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman et al. // *Lancet*. – 2012. – Vol. 380, № 9859. – P. 2095–2128.

290. Mancia, G. Prevention and treatment of stroke in patients with hypertension / G. Mancia // *Clin ther*. – 2004. – Vol. 26, № 5. – P. 631–648.

291. Marini, C. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study / C. Marini // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36. – P. 1115–1119/

292. Mattle, H.P. Prevention of stroke in patients with patent foramen ovale / H.P. Mattle, B. Meier, K. Nedeltchev// *International j stroke*. – 2011.– Vol. 2, Issue 3. – P.33–45.

293. McCabe, P. Knowledge and self-management behavior of patients with recently detected atrial fibrillation / P. McCabe // *Heart lung*. – 2008. – Vol. 37, № 2. – P. 79–90.

294. McDonnell, M. An investigation of cortical neuroplasticity following stroke in adults: is there evidence for a critical window for rehabilitation: Электронный ресурс / M. McDonnell, S. Koblar, N.S. Ward et al.// *BMC neurol*. – 2015. – Vol. 109, № 15. DOI 10.1186/s12883-015-0356-7.

295. Mehrholz, J. Electromechanical-assisted training for walking after stroke: Электронный ресурс / J. Mehrholz, C. Werner, J. Kugler et al. // *Cochrane database syst rev*. – 2007. – CD006185.

296. Mehrholz, J. Predictive validity and responsiveness of the functional ambulation category in hemiparetic patients after stroke / J. Mehrholz, K. Wagner, K. Rutte et al. // *Arch phys med rehabilitat*. – 2007. – Vol. 88. – P. 1314–1319.

297. Meyer, M. Early Supported Discharge for Post-Stroke Inpatient Rehabilitation: Who and What are we Talking About? : Электронный ресурс / M.

Meyer, R. Teasell, A. Thind et al. // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. – A3474. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

298. Myzoon, A. Stroke Outcome in Clinical Trial Patient Deriving From Different Countries: Электронный ресурс / A. Myzoon, S. Atula, P.M.W. Bath et al. // *Stroke*. – 2009. – Vol. 40. – P. 35–40. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

299. O'Donnell, M.J. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case – control study / M.J. O'Donnell // *Lancet*. – 2010. – Vol. 376. – P. 112–123.

300. Olesen, J. Consensus document on European Brain research: Электронный ресурс / J. Olesen, M.G. Baker, T. Freund // *J neurol neurosurg psychiatr*. – 2006. – Vol.77. – P. 110–149. – Режим доступа: <http://www.jnnp.bmj.com>. – Загл. с экрана.

301. Olshansky, B. The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study / B. Olshansky // *J Am coll card*. – 2005. – Vol. 45. – P. 2026–2033.

302. Pak, S. Strengthening to promote functional recovery poststroke: an evidence-based review: Электронный ресурс / S.Pak, C. Patten // *Top stroke rehabil*. – 2008. – 15(3). – P. 177–199. – Режим доступа: <http://www.nlm.nih.gov>. – Загл. с экрана.

303. Paolucci, S. Early versus delayed inpatient stroke rehabilitation: A matched comparison conducted in italy / S. Paolucci, G. Antonucci, M.G. Grasso et al. // *Arch phys med rehabil*. – 2000. – Vol. 81. – P. 695–700.

304. Peppen, R.P. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: What's the evidence? / R.P. Peppen, G. Kwakkel, S. Wood–Dauphinee et al. // *Clin rehabil*. – 2004. – Vol. 18. – P. 833–862.

305. Pollock, A. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke: A systematic review / A. Pollock, G. Baer, P. Langhorne et al. // *Clin rehabil*. – 2007. – Vol. 21. P. 395–410.

306. Putman, K. Discharge Disposition After Inpatient Stroke Rehabilitation: An International Comparison: Электронный ресурс / К. Putman, R. Smout, S. Horn et al. // Arch phys med rehabilitat. – 2007. – Vol. 88. – Issue 10. – e18. – Режим доступа: <http://www.archives-ppm.org>. – Загл. с экрана.

307. Res, M.A. Stroke Outcome in Clinical Trial Patients Deriving From Different Countries: Электронный ресурс / М.А. Res, S. Atula, P.M.W. Bath et al. // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P.35–40. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

308. Robert, G. Current Status of Stroke Risk Stratification in Patients With Atrial Fibrillation / G. Robert, A. Lesly // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 2607–2610.

309. Ronning, O.M. Outcome of subacute stroke rehabilitation: A randomized controlled trial / O.M. Ronning, B. Guldvog // Stroke. – 1998. – Vol. 29. – P. 779–784.

310. Rosamond, W. Heart disease and Stroke statistics: 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Sub committee: Электронный ресурс / W. Rosamond, K. Flegal, G. Friday et al. // Circulation. – 2007. – Vol. 115. – e69. – e171. – Режим доступа: <http://www.circ.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

311. Saka, O. Cost of stroke in the United Kingdom / O. Saka, A. McGuire, Ch. Wolfe: Электронный ресурс // Age ageing. – 2009. – Vol. 38(1). – P.27–32. – Режим доступа: <http://www.ageing.oxfordjournals.org>. – Загл. с экрана.

312. Saka, O. Cost-Effectiveness of Stroke Unit Care Followed by Early Supported Discharge: Электронный ресурс / O. Saka, V. Serra, Y. Samyshkin, A. McGuire et al. // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P.24–29.– Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

313. Salter, K. Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke / К. Salter, J. Jutai, M. Hartley et al. // J rehabil med. – 2006. – Vol. 38. – P. 113–117.

314. Salter, K. The experience of living with stroke: a qualitative metasynthesis / K. Salter, C. Helling, N. Foley et al. // *J Rehabil med.* – 2008. – Vol. 40 (8). – P. 595–602.

315. Sandel, M.E. Differences and Disparities in Poststroke Rehabilitation and Mortality: Results of a Large Population-Based Study in Northern California: Электронный ресурс / M.E. Sandel, H. Wang, J. Terdiman et al. // *Arch phys med rehabilitat.* – 2007. – Vol. 88. – Issue 9. – e103. – Режим доступа: <http://www.archives-ppm.org>. – Загл. с экрана.

316. Saposnik, G. For the Stroke Outcome Research Canada (SORCan) Working Group. Stroke outcome in those over 80 / G. Saposnik // *Stroke.* – 2008. – Vol. 39. – P. 2310–2317.

317. Saposnik, G. For the Vascular Protection (VP), Guidelines-Oriented Approach to Lipid-Lowering (GOALL) Registries investigators, and on behalf of the Stroke Outcome Research Canada (SORCan) Working Group. Applying the evidence : do patients with stroke, coronary artery disease, or both achieve similar treatment goals? / G. Saposnik // *Stroke.* – 2009. – Vol. 40, № 4. – P. 1417–1424.

318. Saposnik, G. Virtual Reality in Stroke Rehabilitation: A Meta-Analysis and Implications for Clinicians: and for the Stroke Outcome Research Canada (SORCan) Working Group: Электронный ресурс / G. Saposnik, M. Levin // *Stroke.* – 2011. – Vol. 42. – P. 1380–1386 – – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

319. Sarti, C. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994 / C. Sarti // *Stroke.* – 2000. – Vol. 31. – P. 1588–1601.

320. Schrander, J. Morbidity and mortality after stroke, eprosaran compared with netrendipine for secondary prevention (MOSES study) / J. Schrander // *Stroke.* – 2005. – Vol. 36. – P. 1218–1226.

321. Seenan, P. Stroke Units in their natural habitat: Systematic review of observational studies: Электронный ресурс / P. Seenan, M. Long, P. Langhorne // *Stroke.* – 2007. – Vol. 38. – P. 1886–1892. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

322. Smith, P. Gender Differenced in the Colorado Stroke Registry / P. Smith // *Stroke*. – 2009. – Vol. 40. – P. 1078–1081.

323. Steg, G. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis / G. Steg // *JAMA*. – 2007. – Vol. 297. – P. 1197–1206.

324. Stewart, S. Cost of fn emerging epidemic: fn economic analysis of atrial fibrillation in the UK / S. Stewart // *Heart*. – 2004. – Vol. 90. – P. 286–292.

325. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke // *Cochhrane library*. – 2007. – Issue 1. –

326. Sudlow, C. Survival after stroke in south London is apparently higher in black patients than in white ones / C. Sudlow // *BMJ*. – 2005. – Vol. 331 (7514). – P. 414–415.

327. Tan, W.S. Factors predigting inpatient rehabilitation length of stay of acute stroke patients in Singapore: Электронный ресурс / W.S. Tan, B.N. Heng, K.S. Chua et al. // *Arch physical med Rehabil*. – 2009. – Vol. 90. – Issue 7. – P. 1202–1207. –Режим доступа: <http://www.archives-ppm.org>. – Загл. с экрана.

328. Tanvir Chowdhury Turin Abbott and Hirotsugu Ueshima Higher Stroke Incidence in the Spring Season Regardless of conventional Risk Factors: Takashima Stroke Registry, Japan, 1988–2001 / Tanvir Chowdhury Turin // *Stroke*. – 2008. – Vol. 39. – P. 745–752.

329. Terent, A. Stroke unit care revisited: who benefits the most? A cohort study of 105 043 patients in Risk–Stroke, the Swedish Stroke Register: Электронный ресурс / A. Terent, K ASplund, B. Farahmand et al. // *J neurol neurosurg psyc*. – 2009. – Vol. 80. – P. 881–887. –Режим доступа: <http://www.jnnp.bmj.com>. – Загл. с экрана.

330. Thovaldsen, P. Stroke incidence, case fataliny, and mortality in the WHO MONICA Project / P. Thovaldsen // *Stroke*. – 1995. – Vol. 26. – P. 361–367.

331. Walker, M.F. Evidence–Based Community Stroke Rehabilitation: Электронный ресурс / M.F. Walker, K.S. Sunnerhagen, R. J. Fisher // *Stroke*. – 2012. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

332. Wang, H. Effect of Time to Rehabilitation Admisson on Stroke Rehabilitation Outcomes: Электронный ресурс / H. Wang, M. Camicia, M.E. Sandel // Arch phys med rehabilitat. – 2007. – Vol. 88. – Issue 10. – e12. – Режим доступа: <http://www.archives-ppm.org>. – Загл. с экрана.

333. Wang, H. Therapeutic Intensity and Functional Gains of Stroke Patients during Inpatient Rehabilitation: Электронный ресурс / H. Wang, M. Camicia, J. Terdiman et al. // Stroke. – 2012. – Vol. 43. – A2303 – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

334. WHO: International classification of functioning disability and health. – Geneva World Health Organisation, 2001. – 168p.

335. Winstein, C.J. A Comprehensive Imaging Informatics System with Decision-Support Tools for the Interdisciplinary Comprehensive Arm Rehabilitation Trial: Электронный ресурс / C. J. Winstein, B. Liu, A. Dromerick et al. // Stroke. – 2012. – Vol. 43. – A2379. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

336. Wolf, P.A. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study / P.A. Wolf, R.D. Abbott, W.B. Kannel // Arch intern med. – 1987. – Vol. 147. – P. 1561–1564.

337. Wolfe, C. Variations in stroke incidence and survival in 3 areas of Europe / C. Wolfe // Stroke. – 2000. – Vol. 31. – P. 2074–2086.

338. Zhang, N. A Risk Score Based on Get With the Guidelines–Stroke Program Data Works in Patients With Acute Ischemic Stroke in China: Электронный ресурс / N. Zhang, G. Liu, G. Zhang et al. // Stroke. – 2012. – Vol. 43. – P. 3108–3109. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

339. Zhu, H.F. Impact of a Stroke Unit on Length of Hospital Stay and In-Hospital Case Fatality: Электронный ресурс / H.F. Zhu, N.N. Newcommon, M.E. Cooper et al. // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 18–23. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

340. Zorowitz, R. *Advances in Brain Recovery and Rehabilitation 2010*:
Электронный ресурс / R. Zorowitz, M. Brainin // *Stroke*. – 2011. – Vol. 42. – P.
294–297. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>. – Загл. с экрана.

ПРИЛОЖЕНИЕ

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной и научной
работе ФГБУ ДПО «СПБИУВЭК»

Минтруда России

д.м.н., профессор



2019 г.

АКТ

о внедрении научно-практической разработки

Материалы диссертационного исследования Д.У. Гафуровой на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Церебральные инсульты и их особенности у сельских жителей Республики Дагестан» используются в учебном процессе на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации на отделениях ординатуры и повышения квалификации.

Зав. отделением повышения квалификации

доцент

А.А. Прохоров

Зав. отделением ординатуры

доцент

И.Б. Лейкин

АКТ

О ВНЕДРЕНИИ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ

Материалы диссертационного исследования Гафуровой Д.У. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Церебральные инсульты и их особенности у сельских жителей Республики Дагестан» используются в работе бюро №30 ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Дагестан» Минтруда России.

Руководитель бюро №30

ФКУ «ГБ МСЭ по РД» Минтруда России



Ш.С.Алигаджиев

Врач-хирург бюро №30

ФКУ «ГБ МСЭ по РД» Минтруда России

A handwritten signature in blue ink, written in a cursive style, is positioned over the text of the second official.

Ш.М.Гаджимурадов