

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
ЭКСПЕРТОВ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ЛОМОНОСОВА
ОКСАНА ВЛАДИМИРОВНА

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ: РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В МЕГАПОЛИСЕ

14.01.11 – нервные болезни

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Научный консультант
доктор медицинских наук, доцент
Владимилова Оксана Николаевна

Санкт-Петербург

2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА I ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	20
1.1 Заболеваемость и медицинская реабилитация больных вследствие цереброваскулярных болезней.....	20
1.2 Современные подходы к установлению инвалидности вследствие церебрального инсульта.....	29
1.3 Комплексная реабилитация больных и инвалидов вследствие церебрального инсульта	38
ГЛАВА II ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	48
2.1 Основные направления исследования.....	48
2.2 Статистический этап исследования.....	54
ГЛАВА III ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ В МЕГАПОЛИСЕ: ИНВАЛИДНОСТЬ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ.....	57
3.1 Демографические показатели Санкт-Петербурга.....	57
3.2 Церебральный инсульт и первичная инвалидность вследствие его последствий: Численность, уровень и динамика в Санкт-Петербурге.....	59
3.3 Структура первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге.....	67
ГЛАВА IV ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОМЕНОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ.....	77
4.1 Клинико-функциональная характеристика: домены нарушений функций больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсуль.....	77

4.2 Ограничения жизнедеятельности: домены активности и участия инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта.....	89
4.3 Потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в реабилитационных мероприятиях.....	97
ГЛАВА V МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА.....	107
5.1 Особенности разработки и реализации реабилитационных мероприятий инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в Санкт-Петербурге.....	107
5.2 Показатели реабилитации инвалидов вследствие церебрального инсульта. Результаты реализации индивидуальных программ реабилитации.....	112
5.3 Модель комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в Санкт-Петербурге с учетом показателей функционирования, жизнедеятельности и факторов окружающей среды.....	129
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	140
ВЫВОДЫ.....	152
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	154
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ТЕМЫ.....	155
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	156
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	179

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВПИ	впервые признанные инвалидами
ВК	врачебная комиссия
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕАВИИАС	единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИОГВ	исполнительные органы государственной власти
ИПРА	индивидуальная программа реабилитации и абилитации
ЛСТВ	лица старше трудоспособного возраста
ЛТВ	лица трудоспособного возраста
ЛФК	лечебная физкультура
МДБ	мультидисциплинарная бригада
МКБ	международная классификация болезней
МКН	Международная классификация недостаточности
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МСЭ	медико-социальная экспертиза
ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
ОСТД	ограничение способности к трудовой деятельности
ПДК	предельно допустимые концентрации
РП	реабилитационный потенциал
РФ	Российская Федерация
СМП	скорая медицинская помощь
США	Соединённые Штаты Америки
ТИА	транзиторная ишемическая атака
ТСР	технические средства реабилитации
ФГБУ ДПО	федеральное государственное бюджетное учреждение

ФКУ МСЭ	дополнительного профессионального образования федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования
ЦВБ	цереброваскулярные болезни
ЦВЗ	цереброваскулярные заболеваний
ЦВП	цереброваскулярная патология
ЦИ	церебральный инсульт
ЦНС	центральная нервная системы

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Глобальная проблема сердечно-сосудистых заболеваний – наиболее приоритетная в современной медицине. Среди болезней системы кровообращения, цереброваскулярные заболевания (ЦВБ) являются второй по значимости после ишемической болезни сердца (ИБС) группой заболеваний, приводящих к инвалидности, составляя в целом 31,9%, а в допенсионном возрасте - 54,8% её причин (Макаров А.Ю., 2006; Помников В.Г. и соавт., 2017; Белова Л.А. и соавт., 2019). Цереброваскулярные болезни являются важнейшей медико-социальной проблемой современной неврологии, так как приводят к самым высоким показателям по заболеваемости, смертности и инвалидности в большинстве развитых в экономическом плане странах мира. При этом в течение последних лет отмечался рост заболеваемости церебральным инсультом (ЦИ) во многих странах мира, в том числе и в России. За последние десять лет частота возникновения инсультов выросла на 12%. В России ежегодно отмечается 350-400 новых случаев инсульта на 100 тыс. населения в год (Суслина З.А. и соавт., 2008, 2009, 2014; 2016; Стаховская Л.В., Богатырёва М.Д., 2013; Гусев Е.И. и соавт., 2013, 2019).

Церебральный инсульт является третьей по частоте причиной смертности в мире. По данным И.А. Вознюка и Т.Н. Засухиной (2013) в Санкт-Петербурге доля умерших в течение острого периода инсульта на 2013 год составляла более 23%. Наряду с этим, в последние годы проведение мероприятий по первичной профилактики в виде успешного лечения артериальной гипертензии, внедрения в диагностику инсультов нейровизуализационных методов, применение тромболитической терапии, способствовали уменьшению летальности пациентов с ЦИ (Гусев Е.И. и соавт., 2013, 2019; Домашенко М.А., Пирадов М.А., 2013; Парфёнов В.А., 2013; Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Бархатов Ю.Д., Кадыков Ю.С., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Володеева Е.А. и соавт., 2020; Савелло А.В. и соавт., 2020). Статистические

данные, стандартизированные по возрасту в частности указывают на уменьшение летальности от ишемического инсульта к 2010 году по сравнению с 1990 годом на 26,6% (Lozanno R. et al., 2012)

Несмотря на имеющуюся тенденцию к снижению смертности (на 37% в развитых и на 20% в развивающихся странах), растет инвалидизация вследствие инсульта (Feigin et al., 2003, 2016).

На сегодняшний день в мире из более чем 15 млн. человек, страдающих инсультом, у 5 млн. отмечается долговременная инвалидизация, что сопровождается резким уменьшением человеческих ресурсов в наиболее продуктивном возрасте и обуславливает крайне высокую медико-социальную значимость данной проблемы (Скоромец А.А., 2003; Гусев Е.И. и соавт., 2007, 2013, 2015; Ковальчук В.В. и соавт. 2016, 2018; Помников В.Г. и соавт., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Дудайте В.В. и соавт., 2019; Ноздрюхина Н.В. и соавт.. 2020).

К концу первого года после инсульта только 20% заболевших возвращаются к труду; 31% нуждаются в постороннем уходе; 20% не могут самостоятельно передвигаться; 55% больных не удовлетворены качеством жизни (Скворцова В.И., 2007; Помников В.Г. и соавт., 2017). Более того, в последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости ЦИ у лиц молодого возраста. Имеются сведения о снижении возраста лиц, перенесших инсульт – с 1993-1994гг. до 2005г. средний возраст больных с первым инсультом уменьшился с 71 года до 69 лет. При этом, доля больных младше 55 лет увеличилась за этот период наблюдения с 12,9% до 18,6 % (Kissela В.М. et al., 2012). К труду без ограничений возвращаются лишь 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., 2006; Коробов М.В., Помников В.Г., 2010; Помников В.Г. и соавт.. 2017). Данная ситуация отрицательно сказывается на экономике страны и общественном настроении: требует огромных финансовых средств для лечения и реабилитации (Скворцова В.И. и соавт., 2018).

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 Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), совокупная стоимость прямых и непрямых расходов на одного больного инсультом составляет 55000-73000 долларов Соединённых Штатов Америки (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 И.А., 2002; Котенко К.В. и соавт., 2007; Котов С.В., Исакова Е.В., 2007; Braini M. et al, 2004; Bogousslavsky J. et al., 2005).

В России показатель инвалидизации составляет 75—85%, перенесших ЦИ, что значительно превышает соответствующие показатели в странах Западной Европы, где уровень первичной утраты трудоспособности находится в диапазоне 25—30%. При этом полная профессиональная реабилитация возможна лишь у 8% больных, перенесших ЦИ (Гусев Е.И. и соавт., 2008; Помников В.Г. и соавт., 2017). Кроме того, согласно результатам исследования, Global Burden of Disease Study (2010), количество утраченных лет жизни вследствие нетрудоспособности по последствиям ЦИ (индекс DALY) соответствовало 102 млн.

По долгосрочным прогнозам, ожидается дальнейший рост заболеваемости и инвалидизации. В этой связи является чрезвычайно важным анализ эффективности профилактических мер по коррекции факторов риска, повышению уровня своевременной диагностики и лечения фоновых для мозгового инсульта заболеваний (осложнения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе и гемодинамически значимые нарушения сердечного ритма, гиперхолестеринемия, сахарный диабет и др.), а также мероприятия по комплексной реабилитации таких пациентов (Белянская Е.Н., 2008; Краснова М.А., Бирюкова Е.В., 2008; Бирюкова С.В. и соавт., 2010; Федеральное бюро, 2020).

Разнообразие географических, этнических, природных и других особенностей регионов, а также фактор урбанизации влияют на распространенность и

эпидемиологию ЦВБ в России. Так, в городах с населением более 1 млн., частота церебрального инсульта выше (Санкт-Петербург - 3,8/1000 населения), чем в городах с населением до 500 000 человек (Владимир - 2,7/1000 населения) и среди сельского населения (Владимирская область – 1,5/1000 населения) (Скворцова В. И., 2007, Белова Л.А. и соавт., 2019).

Санкт-Петербург – самый северный в мире город с населением более 1 млн человек. Среди городов, расположенных в Европе, Санкт-Петербург является третьим по населению и первым по численности жителей городом, не являющимся столицей.

В европейских странах в структуре инсультов преобладает ишемический (87%), в Санкт-Петербурге за 2011-2013 годы ишемический инсульт выявлен у 85,5% больных, госпитализированных в учреждения здравоохранения (Вознюк И.А., Засухина Т.Н., 2013; Jauch E.C. et al., 2013).

Создание в последние годы новых реабилитационных центров и отделений для нейрососудистых больных, деятельность мультдисциплинарных бригад (МДБ) 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 трудовой деятельности (Гольдблат Ю.В., 2006; Гусев Е.И. и соавт., 2007, 2019; Суслина З.А. и соавт., 2007; Скворцова В.И. и соавт., 2007, 2008; Черкасова О.А., 2013; Кадыков А.С. и соавт., 2014; Помников В.Г. и соавт., 2017; Владимирова О.Н. и соавт.. 2018, 2019; Володеева Е.А. и соавт., 2020; Савелло А.В. и соавт.. 2020; Таранцева В.М., 2020).

Вследствие ЦИ возникают различные функциональные нарушения (двигательные, речевые, когнитивные, эмоционально-волевые), приводящие к нарушению основных категорий жизнедеятельности (физической и социальной дезадаптации) пациента. И, несмотря на наметившиеся перспективы, вопросы восстановления нарушенных функций далеки от решения (Шахпаронова Н.В., 2011; Федеральное бюро, 2020). Осуществляемая коррекция неврологического

дефицита проводится без учета психосоциальных факторов, что не позволяет оценить ключевые параметры, определяющие качество жизни больного. Процесс реабилитации должен быть структурирован в соответствии с выявленными клиническими проблемами для реализации поставленных целей и смоделирован для индивидуальных потребностей; при этом следует избегать искусственного разграничения оценки функционального статуса и потребностей в повседневной жизнедеятельности (Иванова Г.Е. и соавт., 2014, 2018).

В современных социально-экономических условиях эффективность и адресность мер, предусмотренных федеральным и региональным законодательством Российской Федерации (РФ) в области социальной защиты инвалидов, является одной из приоритетных задач государства в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов. Главной целью социальной защиты граждан с ограниченными возможностями является создание безбарьерной среды жизнедеятельности, комплексность оказываемых им реабилитационных мероприятий, подбор оптимального перечня технических средств реабилитации (ТСР) и услуг, предоставляемых государством социально-уязвимым слоям населения (Пузин С.Н., 2009; Бронников В.А. и соавт., 2016; Владимирова О.Н. и соавт., 2019; Федеральное бюро, 2020).

Вместе с тем, в последние годы в стране происходят преобразования, направленные на совершенствование системы медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации инвалидов. Обсуждаются возможности и перспективы применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в практике клинической и экспертно-реабилитационной диагностики (Коробов М.В., 2011, Карасаева Л.А., 2012, Бутова Т.В., 2013; Коробов М.В. и соавт., 2013; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., 2018). Международная классификация функционирования позволяет оценить «составляющие» здоровья человека и интегрирует две модели (медицинскую и социальную) для понимания и объяснения ограничений жизнедеятельности и функционирования на основе «биопсихосоциального» подхода (Коробов М.В., 2011; Коробов М.В. и соавт., 2013; Помников В.Г., 2020).

Улучшение эффективности реабилитационных мероприятий у постинсультных пациентов требуется как на раннем этапе реабилитации, так и в позднем восстановительном и резидуальном периодах. Чтобы обеспечить комплексный подход к реабилитации, следует использовать такой унифицированный инструмент как МКФ, на всем протяжении реабилитационного процесса. Крайне необходимо использование принципов МКФ при планировании реабилитационных программ, создании набора оценочных инструментов, а также оценке реабилитационного потенциала и эффективности реабилитации у пациентов после инсульта (Смычек В.Б., Бронников В.А., 2017; Таранцева В.М., 2020).

Использование МКФ при реабилитации пациентов с инсультом требует оценки поведения и деятельности, в том числе бытовых навыков, самообслуживания, психологических особенностей личности и нарушений, системного анализа движения, изучения окружающей среды, что не входит в компетенцию неврологов и других врачей (Шошмин А.В. и соавт., 2016; Мальцева М.Н. и соавт., 2017). Внедрение МКФ в клиническую и экспертную практику требует изменения мировоззрения специалистов и, в первую очередь врача, а также введение на постоянной основе в состав МДБ специалистов с немедицинским образованием - клинических психологов, логопедов, эрготерапевтов, физических терапевтов и реабилитационных сестер, которые имеют требуемые компетенции в рамках своих специальностей (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Шмонин А.А. и соавт., 2017; Бельская Г.Н. и соавт., 2018). Международная классификация функционирования была опубликована более 15 лет назад (МКФ, 2001; ICF, 2001), но инструмента для использования в практической работе специалистов до сих пор не разработано. Внедрение МКФ в клиничко-экспертную практику подразумевает применение, в частности, пациент-центрированного, проблемно-ориентированного, мультидисциплинарного подхода с использованием биопсихосоциальной модели инвалидности (Мельникова Е.В. и соавт., 2017; Пономаренко Г.Н., 2018; E.J.P.R.M, 2018).

Имеются данные литературы об эффективности использования мультидисциплинарного принципа работы реабилитационной бригады у больных с

инсультом (Шмонин А.А. и соавт., 2017; Stroke Uni, 2013). Однако исследования, в которых можно было бы продемонстрировать эффективность реализации всех упомянутых принципов вместе, а также с одновременным использованием МКФ единичны (Коробов М.В. и соавт., 2013; Шмонин А.А. и соавт., 2017; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., 2018)

Таким образом, все большую актуальность приобретает необходимость комплексной научной разработки медико-социальных критериев определения потребности в мерах реабилитации по последствиям инсультов с применением основных положений МКФ. В этой связи, изучение медико-социальных аспектов инвалидности и реабилитации вследствие ЦИ, представляется крайне важным, учитывая распространенность и полиморфизм дезадаптирующих синдромов в постинсультном периоде (Владимирова О.Н. и соавт., 2017; Помников В.Г. и соавт. 2020).

Особенно актуальными являются вопросы комплексной медико-социальной реабилитации лиц трудоспособного возраста, включающей помимо мероприятий по медицинской реабилитации и мероприятия по профессиональной и социальной реабилитации, обеспечения ТСР, в которых нуждаются инвалиды с двигательными, координатными и чувствительными нарушениями вследствие цереброваскулярной патологии (ЦВП).

Степень разработанности темы исследования

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

Отсутствие до настоящего времени подробного анализа первичной инвалидности вследствие ЦИ у лиц трудоспособного возраста в мегаполисе, сведений о реабилитации данной категории граждан и факторов, оказывающих влияние на эти процессы, определяют актуальность проведения комплексного социально-гигиенического исследования по обозначенной проблеме.

Цель исследования

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

Задачи исследования

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

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

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

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

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

Научная новизна исследования

В результате комплексного многоаспектного исследования автором:

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

- сформулированы научно-обоснованные подходы к комплексной реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мегаполисе;
- предложены оптимальные формы межведомственной работы учреждений и организаций, занятых в системе комплексной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ.

Научно-практическая значимость работы

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

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

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

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

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

Основные положения, выносимые на защиту

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

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

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

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

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автором разработана программа изучения особенностей инвалидности и комплексной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ) с учетом положений МКФ. Проведен сбор информации путем выкопировки данных из первичной медицинской документации федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (ФГУ МСЭ) Санкт-Петербурга. Изучена структура, динамика первичной инвалидности вследствие ЦВБ за 15 лет, проведена экспертно-реабилитационная диагностика для определения потребности инвалидов в различных видах комплексной реабилитации. Автором изучены особенности медико-социальной помощи гражданам трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие ЦИ, разработаны мероприятия по совершенствованию экспертизы и реабилитации данного контингента. Осуществлялось планирование, обобщение и статистический анализ результатов исследования. В проведении экспертно-реабилитационной диагностики инвалидов принимали участие специалисты ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда России, ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов» Минтруда России, которые привлекались в качестве экспертов в сложных случаях (за что автор приносит им благодарность). Доля участия автора в накоплении информации и проведении исследования более 80%, в обобщении и анализе – до 100%.

Апробация работы

Результаты исследования и основные положения диссертации были представлены и обсуждены на Российских национальных конгрессах «Давиденковские чтения» Санкт-Петербург, 2015, 2016, 2017, 2018гг.) научно-практических конференциях Федерального государственного учреждения «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (Новокузнецк, 2015, 2016, 2017гг.); на XIV

международной научно-практической конференции «Современный менеджмент: проблемы и перспективы» (2019г.); на I, II и III Национальных конгрессах «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации», (Санкт-Петербург, 2017, 2018, 2020 гг.)

Сделаны предложения по внедрению в практическую деятельность специалистов, участвующих в оказании реабилитационных услуг, методик экспертно-реабилитационной диагностики с учетом клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с целью определения видов и степени выраженности ограничений способности к обучению, трудовой деятельности, а также определения потребности инвалида в мерах профессиональной реабилитации и абилитации на основе оценки ограничений жизнедеятельности с использованием МКФ.

Публикации результатов работы и внедрение в практику

Основные положения и выводы исследования опубликованы в 61 научной работе, 11 публикаций в изданиях, рекомендованных Перечнем ВАК РФ, 5 – в журналах, индексируемых в международной базе данных.

Материалы и выводы диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность:

1. ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов» Минтруда России;
2. ФГБУ НЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России;
3. ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда России,

Результаты диссертационного исследования были использованы при подготовке проектов приказа Минтруда России от 3 декабря 2018 г. N 765 «Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных», а также приказа Министерства

труда и социальной защиты РФ от 26 декабря 2017 г. № 875 «Об утверждении методики разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации)»

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 186 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, программы, методики и организации исследования, 3 глав результатов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 197 источников, в том числе 56 зарубежных, и приложения. Диссертация иллюстрирована 33 таблицами и 5 рисунками, содержит 2 клинико-экспертных примера.

ГЛАВА I ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Заболеваемость и медицинская реабилитация вследствие цереброваскулярных болезней

В соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) сосудистые заболевания головного мозга составляют группу ЦВБ, в которую входят субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, другие ЦВБ.

Всемирная организация здравоохранения выделила сердечно-сосудистые и ЦВЗ, как особо социально значимые. В Российской Федерации ежегодно регистрируется: 500–550 тыс. больных с инсультом. Особое место инсульта среди наиболее актуальных проблем сегодняшней медицины обусловлено также и тем, что ЦИ заметно «помолодел». Так порядка 20% всех случаев ЦВЗ, зарегистрированных в РФ в последние десятилетия, составляют люди трудоспособного возраста – 20-59 лет.

Цереброваскулярные болезни являются одной из самых социально значимых проблем современности. Ежегодно в мире около 15 млн. человек переносят ЦИ, из них около 5 млн. умирает. В экономически развитых странах смертность от сосудистых заболеваний головного мозга занимает третье место после заболеваний сердца и онкологических заболеваний и составляет от 12 до 16% общей смертности (Суслина З.А. и соавт., 2014, 2016; Помнитков В.Г. и соавт., 2017; Скоромец А.А. и соавт., 2017; Бойцов С.А. и соавт., 2018; Гусев Е.И. и соавт., 2019).

В настоящее время мы можем говорить о ЦВБ как о патологическом состоянии, представляющем собой не отдельное заболевание, а исход общего

сосудистого процесса, развивающегося в организме. Цереброваскулярные болезни — это заболевания кровеносных сосудов головного мозга и покрывающих его оболочек (Гусев Е.И. и соавт., 2019).

В большинстве случаев эти состояния возникают вследствие развития атеросклероза и/или артериальной гипертензии (АГ), проявляясь разрывом пораженных кровеносных сосудов (церебральная или субарахноидальная геморагия (кровоизлияние) или недостаточным кровоснабжением мозга (ишемия), при этом различают преходящие (транзиторные ишемические атаки - ТИА), острые (ишемический и геморрагический инсульты) и хронические прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения. В настоящее время на реабилитацию больных государство выделяет значительные финансовые средства, которые, однако, не всегда приводят к положительным ожидаемым результатам. Выяснение причин недостаточно эффективной реабилитации, выделение групп больных с ожидаемо высокими показателями восстановления утраченных функций является важной задачей для оптимизации финансовых и трудовых расходов. К 2025г. общая распространенность ЦВЗ может увеличиться почти на 75% (Белова Л.А. и соавт., 2019; Гусев Е.И. и соавт., 2019).

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report), в мире от инсульта ежегодно умирают 4,7 млн. человек, в России – 230–250 тысяч чел. Частота инсультов у работоспособных лиц в возрасте 25–65 лет составляет 2,5–3 для городского населения, а для сельского – 1,9 на 1 000. Инсульт занимает первое место как причина стойкой утраты трудоспособности в отдалённом периоде. Таким образом, ЦИ является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости (Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Гусев Е.И. и соавт., 2019).

К острым нарушениям мозгового кровообращения (ОНМК) относятся состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 МКБ (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 928н (ред. от 13.06.2019) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»).

Всемирной организацией здравоохранения еще в 1974г. были даны рекомендации по разработке и внедрению во всех странах мира комплексной системы оказания помощи больным с ОНМК, которая предусматривает создание неврологических бригад скорой помощи, специализированных нейрососудистых отделений, реабилитационных стационаров (Богат З.И., 1990; Скоромец А.А. и соавт., 2003; Иванова Г.Е. и соавт., 2007; Цурикова В.Э. и соавт., 2008) и кабинетов восстановительного лечения в поликлиниках (Грабовская В.А., 2007; Желвакова Л.Я., 2009; Ковальчук В.В., Гусев А.О., 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 L.A. et al., 2007; Seeman P. et al., 2007; Gatterllary M., 2009; Saka O. et al., 2009). Так в Австрии, все больные с инсультом лечатся в специализированных инсультных отделениях, рассчитанных на 6-8 коек, обслуживаются МДБ. Восстановительное лечение продолжается в отделениях нейрореабилитации, которых в Австрии с населением 8 млн. человек насчитывается - 7 (Лихтерман Б.Л., 2009). Очевидна ведущая роль невролога в медицинском сопровождении больного после инсульта, доказаны его преимущества перед другими специалистами (Bogousslavsky J. et al., 2005; Dey P. et al., 2005; Putman K. et al, 2007). Также подтверждена высокая эффективность раннего начала реабилитационных мероприятий (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Алфёрова В.В. и соавт., 2017; Horn S.D. et al., 2005; Jette A.M., 2005; Dajpratham P., 2014; Di Pino G. et al., 2014; Нага Y. et al., 2015), ранней госпитализации в стационар (Wang H. et al., 2007) и лечения постинсультных больных в специализированных отделениях «Stroke unit» (Jette A.V., 2005; АНА, 2007; Candelise A. et al., 2007; Seenan P. et al., 2007; Gatterllary M. et al., 2009; Res A.M. et al, 2009; Terent A. et al., 2009; Zhu H.F. et ak, 2009; Di Pino G. et al., 2014). В настоящее время обсуждается вопрос, что понимать под «ранней реабилитацией». Имеются доказательства того, что прогноз восстановления нарушенных функций улучшается, если активное воздействие начато в пределах

20-30 дней после ОНМК (Paolocci S. et al., 2000; Sutter K. et al., 2008). Доказанным фактом является необходимость ведения больного мобильной МДБ, в которую входят невролог, сестринский медицинский штат, физиотерапевт, логопед, специалист по лечебной физкультуре (ЛФК), эрготерапевт, социальный работник (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998; Скоромец А.А. и соавт., 2003; Виленский Б.С., Кузнецов А.Н., 2004; Приказ Минздрава № 389н 2009, Deу P. et al., 2005; Dunstone C. et al., 2006).

Реализовать указанные принципы реабилитации позволяет система этапной помощи, которая включает: догоспитальный этап, интенсивной терапии, восстановительного лечения и диспансерный этап. Они должны осуществляться на базах лечебных и реабилитационных учреждений в соответствии со схемой: стационар - реабилитационное отделение - санаторий - поликлиника. Многочисленные работы (Сорокоумов В.А., 2002; Козелкин А.А. и соавт., 2006; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Черкасова О.А., 2013; Таранцева В.М., 2020) 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 ЦИ (Верещагин Н.В. и соавт., 2002; Гехт А.Б. и соавт., 2007; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Скворцова В.И. и соавт., 2007, 2018; Ковальчук В.В., 2014, 2016, 2017, 2018; Пономаренко Г.Н., 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) - по данным последних исследований у больных с незначительными и умеренными нарушениями также может продолжаться восстановление нарушенных функций при условии применения интенсивной реабилитации.

Наиболее сложным направлением в реабилитации пациентов с ЦВБ является нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга, которая признана в медицине крайне тяжелой категорией, т.к. занимает второе по смертности, тяжести последствий, инвалидизации и затратности экономических средств. Пациенты, с учетом специфики поражения структур центральной нервной системы и характерными проявлениями, получают патогенетическую медикаментозную терапию, физиотерапию, индивидуальную и групповую лечебную гимнастику, механотерапию, массаж, рефлексотерапию, психологическую коррекцию, занятия с логопедом.

Концепция реабилитации, разработанная экспертами ВОЗ, направлена на быстрое и максимально полное восстановление физического, психологического и социального статуса больного. Главная цель этих мероприятий - интеграция пациента в общество с достижением для него возможной социальной и экономической независимости.

Согласно международным стандартам, медицинскую реабилитацию предписано осуществлять независимо от сроков заболевания при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала – РП), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций, при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза.

Медицинская реабилитация получила свое законодательное закрепление как самостоятельное направление медицинской деятельности благодаря принятому 21 ноября 2011 года Закону РФ № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ст. 40 этого закона, медицинская реабили-

тация, представляя собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направлена на максимальное восстановление функциональных резервов организма, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его интеграцию в общество. Медицинская реабилитация включает комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной и немедикаментозной терапии и осуществляется специалистами, имеющими соответствующую профессиональную подготовку. Порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждается Министерством здравоохранения РФ.

В соответствии с утвержденным Порядком организации медицинской реабилитации, выстроена трехэтапная модель медицинской реабилитации.

На первом этапе медицинской реабилитации мероприятия по восстановлению нарушенных функций организма больного осуществляются в острый период заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных стационарах первого и второго уровней оказания медицинской помощи с участием МДБ.

На втором этапе – в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы в отделениях медицинской реабилитации больничных учреждений первого, второго и третьего уровней или в многопрофильных реабилитационных центрах, отделениях долечивания санаториев.

Третий (амбулаторный) этап медицинской реабилитации организуется в отделениях медицинской реабилитации амбулаторно-поликлинических учреждений. Пациентам, не имеющим РП и полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения или общения, медицинская помощь оказывается в учреждениях паллиативной помощи или сестринского ухода и заключается в поддержании имеющегося уровня функционирования организма. Маршрутизация пациента зависит от степени нарушения функций его организма и резервных возможностей по их восстановлению.

Согласно утвержденного порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК, при оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется раннее выявление больных с признаками ОНМК и направление их в медицинские организации, в структуре которых организовано неврологическое отделение для больных с ОНМК. Для транспортировки больного с признаками ОНМК в указанные организации вызывается бригада скорой медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь с использованием хирургических методов лечения оказывается больным с ОНМК в неотложной и экстренной форме с учетом соблюдения объема, сроков и условий ее оказания в медицинской организации, в которой организовано соответствующее отделение, специалистами выездной бригады регионального сосудистого центра для больных с ОНМК медицинской организации. При наличии медицинских показаний больной с ОНМК переводится в профильное отделение регионального сосудистого центра для больных с ОНМК медицинской организации органа исполнительной власти субъекта РФ.

Национальный проект по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, позволил открыть в регионах страны сосудистые центры и первичные сосудистые отделения, по лечению ОНМК. Однако больные, перенесшие тяжёлые ишемические и геморрагические инсульты, с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями не имели возможности преемственного восстановительного лечения, т.к. санаторно-курортные учреждения не приспособлены оказывать помощь этой категории больных, и оказывают помощь лишь больным с ТИА или острыми сосудистыми катастрофами без двигательных нарушений. Поэтому тяжёлые больные, пережившие острый период инсульта, направлялись на амбулаторное лечение, или, в лучшем случае, в терапевтическое или неврологическое отделения по месту жительства, которые не приспособлены для проведения специализированных реабилитационных мероприятий, тем самым терялось самое драгоценное время по восстановлению двигательных, речевых и когнитивных функций. Для открытия центров реабилитации перепрофилируются больницы с хорошей материально-технической базой (бальнеолечение, грязе-

лечение, водолечение, залы ЛФК), создаются новые лаборатории: двигательной реабилитации, механотерапии, кинезиотерапии, виртуальной реальности с информационной поддержкой для онлайн консультаций на дому. Действуют выездные МД реабилитационные бригады, осуществляющие еженедельные выезды.

В дальнейшем реабилитация пациентов проводится в зависимости от показаний в условиях санаторно-курортных учреждений или в отделениях восстановительного лечения амбулаторно-поликлинического звена. В случае установления инвалидности, реабилитация проводится не только в медицинских организациях, но и учреждениях социальной сферы.

Для оценки эффективности проведенного восстановительного лечения используется МКФ. Для оценки отдельных структур и функций организма применяются доказанные шкалы и опросники (Белова А.Н., Щепетова О.Н., 2002). Также применяются инструментальные методы обследования: углометрия, реовазография конечностей, поверхностная электромиография, измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания, электрокардиография (Бодрова Р.А. и соавт., 2013).

Необходимо подчеркнуть, что использование отдельных шкал не позволяет провести системный анализ состояния здоровья пациента, определить краткосрочную и долгосрочную цель медицинской реабилитации. Перемещая акцент с причины на воздействие, МКФ помещает все состояния здоровья на равную основу так, что они сравниваются по общей шкале – шкале здоровья и ограничений жизнедеятельности (ОЖД).

При оценке эффективности реабилитации на основе МКФ у пациентов с поражениями ЦНС выявляется, что наибольшая динамика достигнута в восстановлении функций, связанных с аппаратом движения (нейромышечные, скелетные), сердечно-сосудистой системы и психических функций. В соответствии с мировым опытом более 50% российских граждан, перенесших ОНМК, можно вернуть к активной жизни. Это достигается разделением пациентов на клиничко-реабилитационные группы в зависимости от их РП,

применением дифференцированных реабилитационных программ, управлением маршрутизацией пациентов на основе информационных технологий для обеспечения преемственности этапов реабилитационных мероприятий.

Осуществление комплексных нейрореабилитационных мероприятий на разных этапах заболевания дает возможность сэкономить для государства, по самым скромным подсчетам, около 25% от суммы затрат на социальные выплаты и вернуть пациентов к обычному образу жизни.

Системная классификация услуг по медицинской реабилитации представлена в ГОСТ Р 52877- 2007 «Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения». Услуги по медицинской реабилитации включают в себя все виды медицинских вмешательств, направленных на:

- восстановление функций органов, систем и организма в целом;
- профилактику и ликвидацию последствий, осложнений и рецидивов заболеваний;
- восстановление общего физического состояния;
- развитие моторных, сенсорных и интеллектуальных навыков.

Эффективность услуг по медицинской реабилитации характеризуется улучшением показателей функционирования органов и систем, а также расширением социальной деятельности инвалида, появлением или восстановлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности; она должна оцениваться степенью стабилизации или улучшения функционального состояния организма.

Услуги по медицинской реабилитации являются начальным и основным звеном в общей системе реабилитационных услуг и должны осуществляться параллельно с другими реабилитационными услугами, составляя единую систему и непрерывный процесс. Услуги по медицинской реабилитации инвалидов включают в себя:

- восстановительную терапию;
- реконструктивную хирургию;
- протезирование;

- ортезирование;
- санаторно-курортное лечение;
- обеспечение инвалидов лекарственными средствами;
- обеспечение инвалидов ТС медицинской реабилитации;
- динамическое наблюдение за инвалидами.

Восстановительная терапия включает в себя медикаментозную терапию, физиотерапию, механотерапию, кинезиотерапию, психотерапию, трудотерапию, ЛФК, массаж, мануальную терапия, логопедическая помощь. Восстановительная терапия оказывается для инвалидов в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ.

Таким образом, в РФ развивается организационно-правовая система медицинской реабилитации инвалидов. Вместе с тем, при получении конкретных медицинских услуг инвалиды могут встречаться с различными физическими и личностными барьерами разной степени выраженности, которые подлежат дальнейшему изучению, систематизации и устранению (Владимирова О.Н. и соавт., 2018, 2019; Таранцева В. М., 2020).

По статистическим данным в Санкт-Петербурге инсульт ежедневно развивается у 50–60 человек. Заболеваемость ОНМК в РФ составляет по данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом — 3,48 на 1000 чел. в год, а смертность — 1,17 на 1000 чел. в год.

1.2 Современные подходы к установлению инвалидности вследствие церебрального инсульта

В последнее время в результате внедрения мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга, с одной стороны, и выработки новых усовершенствованных подходов к проведению МСЭ, с другой стороны, определилась тенденция к снижению первичной инвалидности от ЦВБ (Таранцева В.М., 2020; Фед. бюро, 2020).

Понятие инвалидности претерпевало изменения на различных исторических этапах развития общества, знания о которых могут помочь осмыслить современные подходы к установлению инвалидности.

На начальном этапе развития социального общества понятие «инвалид» относилось к военнослужащим, пострадавшим в военных сражениях и сводилось к наличию физического дефекта и невозможности содержать себя. Существовали различные формы содержания раненных солдат на средства общества. Они направлялись в богадельни, приюты, монастыри. Им могло назначаться пожизненное содержание. В 1663г. в Российской Империи был издан Указ о назначении инвалидам, раненым на войне денежного и кормового довольствия. При этом инвалиды подразделялись на две категории: тяжело- и легко-раненных.

В 1678г. во время русско-турецко-крымской войны таких разрядов инвалидности стало три - добавилась категория средней тяжести.

В дальнейшем, на рубеже XIX и XX веков, по мере развития капитализма, увеличением численности рабочего класса понятие «инвалид» приобретает новое содержание. Оно стало означать состояние, при котором рабочие в связи с производственными травмами или заболеваниями частично и полностью утрачивали способность к труду. Сформировалась буржуазная концепция инвалидности. В России в этот период также укрепилось понятие инвалидности как стойкой нетрудоспособности, невозможности материального самообеспечения вследствие физической или умственной неполноценности. В этот период с развитием естественных наук, оформлением медицины в самостоятельную отрасль, инвалидность определялась на основе исключительно медицинских факторов.

В 1930г. Н.А. Вигдорчик определяет инвалидность как потерю трудоспособности. Такой подход положен в основу определения инвалидности в СССР и находит отражение в утвержденных инструкциях по определению групп инвалидности в 1956г.

В 60-70х годах 20-го века в связи с развитием гуманистических процессов в обществе, недостаточность такой трактовки инвалидности и в нашей стране, и в

мире в целом, становится все более ощутимой. Инвалидность, безусловно, не может не затронуть личности больного, его взаимоотношений в семье, быту, обыденных ситуациях, в трудовом коллективе, связей, соединяющих его с обществом. В.А. Вечканов (1978) указывает, что инвалидность сопровождается изменением всего жизненного стереотипа и необходимостью его нормализации. В 1982г. А. М. Лукьяненко четко формулирует понятие «инвалидность», считая, что это, прежде всего, состояние устойчивого нарушения жизнедеятельности вследствие болезни или увечья, в том числе способности выполнять общественно полезный труд, что нередко приводит к нарушению социального статуса человека и необходимости выделения ему «социальной помощи» (Маккавейский П.А. и соавт., 2000)..

Инвалидность – это сложная биосоциальная категория, охватывающая различные уровни развития человека как существа биологического и социального в его многообразных взаимоотношениях с окружающей средой (Осадчих А.И., 1988).

Впервые, с ратификацией Конвенции о правах инвалидов в нашей стране в настоящее время происходит реформирование отечественной системы МСЭ и реабилитации инвалидов. Это связано с переходом на систему оценок ОЖД в соответствии с международными стандартами, а именно МКФ. На ранних этапах инвалидность рассматривалась, как особая биосоциальная категория, основными компонентами которой являются болезнь, трудоспособность, социальная дезадаптация. Определение инвалидности изначально не отражало взаимодействия инвалида и общества. Поэтому эти вопросы были рассмотрены в документах ООН, отражены в «Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов», принятых в 1992 г. в Вене, и «Всемирной Программе действий в отношении инвалидов» (1992). Разносторонние научные исследования, анализ огромного опыта работы службы врачебно-трудовой экспертизы, учет международных воззрений обусловили разработку в России новой концепции, теории инвалидности, методов ее оценки, и в соответствии с новыми подходами, потребовали трансформации врачебно-трудовой экспертизы в МСЭ с иными

функциями и задачами, в числе которых наряду с установлением наличия и тяжести инвалидности ведущее значение приобретает определение потребности инвалида в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ОЖД, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма (Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

В современном мире формируется взгляд на инвалидность как на нарушения взаимодействия между человеком и окружающим миром, а реабилитация рассматривается как процесс восстановления способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в условиях ограниченной свободы действия.

Согласно концепции последствий болезни с позиций Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), нарушения мозгового кровообращения можно рассматривать как последовательную цепочку взаимосвязанных составляющих.

Первично нарушение в виде двигательных, координаторных, речевых, зрительных, психических и других нарушений. В результате вышеперечисленных расстройств возникают ограничения возможности осуществлять деятельность в рамках, которые считаются нормальными для человека данного возраста, - это ОЖД.

Если нарушение затрагивает функции отдельных частей организма, то ограничение жизнедеятельности относится к сложным или интегрированным видам деятельности, обычным для индивида либо организма в целом, таким как выполнение заданий, владение навыками, поведением.

Международная классификация нарушений представляет 7 основных категорий жизнедеятельности: способность к передвижению, способность к самообслуживанию, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение, способность к обучению, способность к труду.

Конечным в схеме последствий болезни является «социальная недостаточность», и, как следствие нуждаемость в мерах социальной защиты.

Как видно, в МКН отражены процессы, протекающие у пациентов на физиологическом, физическом и социальном уровнях.

Положения МКН также легли в основу, действующего в настоящее время подхода к установлению инвалидности.

Так, согласно действующего в области социальной защиты инвалидов законодательства, инвалидом признается лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ОЖД и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте 18 лет и старше является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности ограничений двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты (Приказ Минтруда РФ № 585 от 27.08.2019).

В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности.

Критерии для установления групп инвалидности применяются после установления гражданину инвалидности в соответствии с критерием установления инвалидности.

К основным видам стойких расстройств функций организма человека вследствие ЦИ относятся:

- нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);
- нарушения языковых и речевых функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);
- нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);
- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);
- нарушения функций сердечно-сосудистой системы, пищеварительной, мочевыделительной функции.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека: стойкие незначительные, умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения функций организма человека.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в соответствии с количественной системой оценки, исходя из клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения, характера и тяжести осложнений, стадии, течения и прогноза патологического процесса (Приказ Минтруда России №585 от 27.08.2019).

Клинико-функциональная диагностика:

- уточнение этиологии заболевания, влияющей на клинический прогноз, тяжести морфологических изменений для характеристики динамики патологического процесса;
- выявление всех патологических изменений, имеющих в организме больного;
- уточнение течения этих изменений, их взаимосвязи, состояния функций организма, характера и выраженности их нарушений, состояния компенсации или декомпенсации процесса, ее устойчивости, что имеет для экспертного решения решающее значение.

Психологическая диагностика осуществление диагностики актуального психологического статуса пациента, включая оценку познавательной, эмоциональной, личностной сфер на основе психологических принципов; определение структуры нарушенных и сохранных психических функций, степени выраженности, квалификация типологии нарушений (патопсихологического синдрома); обоснование практических выводов о степени и видах ограничений в различных сферах жизнедеятельности.

Социальная диагностика предусматривает анализ базовых социальных характеристик человека:

- анализ характеристик различных видов деятельности человека;
- анализ данных тестирования человека, проведенного для оценки определенной сферы жизнедеятельности;
- определение социальных критериев для оценки наличия и степени выраженности ограничения жизнедеятельности.

Условиями для признания гражданина инвалидом является совокупность следующих факторов:

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

При этом, наличие одного из приведенных выше условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма, возникших в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности (Приказ Минтруда России №585н от 27.08.2019).

Однако с развитием медицинских технологий, переводом вектора направления в лечении пациента на личность пациента, его способность лично опосредовать, т.е. осуществлять в деятельности конкретные мероприятия по достижению реабилитационных целей, возникает необходимость дополнения данной классификации описанием таких составляющих здоровья, как - факторы окружающей среды и личностные факторы.

Международная классификация функционирования предлагает рассматривать понятия «здоровье» и «инвалидность» в новом свете: каждый человек может испытать ухудшение состояния здоровья, что подразумевает некоторую степень ограничения его возможностей. Согласно МКФ, ограничение возможностей или трудоспособности не является явлением, характерным лишь для небольшой группы населения. Таким образом, ограничение возможностей или трудоспособности признается в качестве универсального человеческого опыта. Смещая фокус от причины заболевания к его последствиям, МКФ позволяет производить оценку различных уровней здоровья по универсальной шкале здоровья и инвалидности (Коробов М.В., 2011; Коробов М.В. и соавт., 2013; Пономаренко Г.Н., 2018).

Более того, МКФ учитывает социальные аспекты инвалидности и не рассматривает инвалидность лишь в качестве «медицинской» или «биологической» дисфункции. Включая контекстуальные факторы, среди которых фактор окружающей среды, МКФ позволяет учитывать воздействие окружающей среды на жизнедеятельность человека.

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.

Международная классификация функционирования заставила создать многозначную и практичную систему, которая может использоваться разными потребителями в управлении здравоохранением, при контроле его качества и оценке эффективности, в различных культурах. Данная классификация принята в ООН как одна из социальных классификаций, которая ссылается на стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ОЖД и реализует их. В МКФ описывается функционирование индивидуума с трех точек зрения: с точки зрения организма (функции и структуры), с точки зрения индивидуума (активность) и с точки зрения общества (участие). Функционирование является общим термином для констатации положительного или нейтрального аспектов функций организма, активности и участия, точно так же как термин ограничение жизнедеятельности относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и ограничениям возможности участия (Коробов М.В.. 2011; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н.. 2018).

Важнейшим разделом МКФ, позволяющим с новых позиций рассматривать показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, является классификация факторов окружающей среды.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят время, что ранее не учитывалось при установлении инвалидности. Использование факторов окружающей среды для оценки полноценного функционирования человека или возникновения ограничений в его жизни представляется относительно новым и мало изученным, и требует разработки специальных оценочных характеристик.

В ходе исследования будут проанализированы клинико-функциональные характеристики оценки состояния структуры и функции при ЦИ: нервной системы, двигательной, психической сферы, зрения и слуха.

Актуальность и новизна работы обусловлена тем, что в настоящее время классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы не в полной мере обеспечивают объективность и достоверность оценки ОЖД инвалидов (в силу отсутствия детализации признака), что не позволяет максимально обоснованно разрабатывать и эффективно осуществлять ИПРА, а также строго контролировать её выполнение соответствующими структурами.

1.3 Комплексная реабилитация больных и инвалидов вследствие церебрального инсульта

В соответствии с главой 1 Государственной программы «Доступная среда» система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов формируется с учетом требований Конвенции, а также положений МКФ. Положения МКФ включены в нормативное правовое регулирование порядка организации медицинской реабилитации, ранней помощи детям и их семьям. Международная классификация функционирования теоретически обосновывает и рекомендует использовать стандартизированные подходы при изучении последствий изменения здоровья у людей, предлагая простой и понятный для всех пользователей язык общения. Её положения являются логическим дополнением МКБ-10, позволяют оценить «составляющие» здоровья человека и интегрирует две модели (медицинскую и социальную) для понимания и объяснения ОЖД и функционирования на основе «биопсихосоциального» подхода.

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 (Маккавейский П.А. и соавт.. 2000; Кадыков А.С. и соавт., 2014),

Одним из ведущих в России специалистов по нейрореабилитации В.М. Шкловским дано следующее емкое определение: «Реабилитация - сложнейший, 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. и соавт., 2006, 2017).

Если учесть значимость проблемы последствий мозгового инсульта для самого пациента, семьи и общества, а также многогранность подходов к восстановлению данной категории пациентов (медицинский, социальный и экономический аспекты), становится очевидной необходимость междисциплинарного подхода к реабилитации данной категории пациентов.

Ещё в 1975 году Е.В. Шмидтом разработана система поэтапной помощи больным инсультом: неврологические бригады скорой помощи – специализированные отделения для больных с ОНМК – реабилитационные подразделения стационарного и амбулаторного уровней. При этом доказано, что эффективность реабилитации достигается максимально ранним началом восстановительной терапии; непрерывностью и оптимальной длительностью реабилитации (в течение как минимум шести месяцев); комплексностью медико-психолого-педагогического реабилитационного процесса; дифференцированной нейропсихологической коррекцией когнитивных нарушений; решением социально-психологических, социально-бытовых и трудовых проблем; включением в реабилитационный процесс членов семьи пациента.

Ввиду многообразия у пациентов с ЦВП нарушений на биологическом, личностном и социальном уровнях следует определять не только степень выраженности и характер патологического процесса, но и саногенетические возможности инвалида, или другими словами «РП».

Термин РП был выдвинут в отечественной медицине в начале 70-х гг. прошлого века и является базовым понятием в реабилитации, позволяющим спрогнозировать возможный уровень восстановления пациентов (Маккавейский П.А. и соавт., 2000).

М.В. Коробов сформулировал следующее определение понятия: «РП – это возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы, мобилизацию реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе» (Коробов М.В. и соавт., 2006; Коробов М.В., 2017).

При оценке РП у пациентов с ЦВП на сегодняшний день принято выделять следующие группы факторов: медицинские, психологические, социальные. Каждая из составляющих РП, которые следует учитывать при интегральной оценке, по мнению некоторых авторов, включает: количественную оценку выраженности нарушений двигательных функций, количественную оценку вестибуломозжечковых нарушений, данные экспериментально-психологического обследования больного (внимание, память, интенцию мышления, проявления депрессии, самооценка эмоциональных состояний, уровень реактивной и личностной тревожности, уровень невротизации), жизненную активность по индексу Бартелл.

По другим данным, среди медицинских факторов выделяются морфологические, клинические, факторы организации реабилитации, физическое развитие пациента и физическая работоспособность; среди психологических – оценка жизненных ценностей и устремлений; применительно к социальным – это возможности семьи и общества.

В отечественных работах существуют давние традиции изучения реабилитационного потенциала больных ЦВЗ, однако, авторы уделяют недостаточное внимание исследованию ценностных и мотивационных характеристик, знание

которых позволяет влиять на здоровье сберегающие стратегии личности, разграничивать и корректировать возможные модели поведения человека при данной патологии.

При реализации конкретной индивидуальной программы реабилитации, сформированной для реабилитанта, в одних случаях главенствующее место может занимать медико-биологический аспект, в других социальный, но основой успеха реабилитационного процесса всегда является ее личностный, психологический радикал, поскольку всю «работу» по реализации ИПР проделывает сам реабилитант, т.е. необходимо оценить реабилитационный потенциал личности (Войтенко Р.М., 2004).

При проведении психологического исследования по ряду методик выявлено, что для больных, страдающих ЦВЗ, характерны низкая общая осмысленность жизни, низкая жизненная удовлетворенность, неверие в свои силы и в возможность самому контролировать свою жизнь, недостаточность целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

Подобные личностные особенности людей, страдающих ЦВЗ, требуют индивидуального подхода при разработке и оценке мероприятий по лечению и реабилитации.

Выделяют четыре уровня реабилитационных возможностей: высокий, средний, низкий и отсутствие реабилитационного потенциала.

Высокий РП: незначительно выраженная степень неврологического дефицита, предполагает полное восстановление утраченных функций, устранение ограничений жизнедеятельности и полную интеграцию в общество.

Средний РП: умеренное нарушение функций, предполагает возможности частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и необходимость частичной социальной поддержки.

Низкий РП: выраженная степень нарушений функций организма и возможность незначительной степени восстановления конкретных нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности.

Отсутствие РП: невозможность вследствие резко выраженных нарушений и их комбинации восстановления ограничений и достижения независимости даже в бытовой активности, возможности самообслуживания.

В зависимости от уровня РП определяется реабилитационный маршрут и ставятся реабилитационные задачи.

Определение РП пациентов с ЦИ базируется на комплексной оценке трех групп факторов: медицинских, психологических и социальных (Смычек В.Б. и соавт., 2017). При определении медицинской составляющей РП, учитывается степень выраженности неврологического дефицита. Учитывая, что в большинстве случаев у пациентов при ЦИ поражение не ограничивается нарушением в одной сфере (двигательной, координаторной, речевой), то чем больше у реабилитанта различных нарушений функций, тем ниже медицинская составляющая его РП.

Потенциал восстановления нарушенных функций у пациентов, перенесших ЦИ, зависит не только от медицинского, но и от психологического дефицита. Факторы, определяющие РП личности, могут быть условно разделены на основные группы: психологические особенности личности реабилитанта и его когнитивной и эмоционально-волевой сферы; направленность мотивации, т.е. определение установки на продолжение трудовой деятельности; адекватное отношение к болезни и лечению; определение умственной работоспособности (психологической выносливости) пациента (Пономаренко Г.Н., 2018).

Высокий уровень – высокая толерантность к психоэмоциональным нагрузкам, эмоционально-волевая устойчивость, высокая мотивация достижения, эмоциональная адекватность, возможность ориентировки в новом, длительная концентрация внимания, навыки общения и взаимодействия с другими.

Средний уровень – выраженная истощаемость психических процессов, выраженная эмоциональная неустойчивость, выраженное нарушение коммуникаций.

Низкий уровень – отсутствие мотиваций достижений успеха, значительно выраженный интеллектуальный дефект, значительно выраженный эмоционально-

мотивационный дефект, невозможность общаться и контролировать свое поведение.

Социальные факторы, влияющие на РП у пациентов, перенесших ЦИ, включают в себя не только ближайшее окружение и бытовые условия проживания (реабилитационный потенциал семьи), но и возможности, предоставляемые обществом для жизнедеятельности инвалидов, перенесших ЦИ (реабилитационный потенциал общества).

Ограничения функциональной состоятельности отмечаются у пациентов после инсультов достаточно часто и обусловлены социальной недостаточностью. Проведенными исследованиями установлено, что ограничения функциональной состоятельности, обусловленной инсультом, можно значительно уменьшить посредством лечения в специализированных стационарах (Белянская Е.Н., Краснова М.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2016; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2018). При этом необходима оценка социальной составляющей РП «облегчающие факторы окружающей среды» или «барьеры окружающей среды», в соответствии с МКФ, которая отражает возможности восстановления экономической активности и возможности участия в жизни общества (Владимирова О.Н. и соавт., 2018).

Определение потребности инвалидов в социальной поддержке и формировании программы её реализации является задачей МСЭ, методология которой регламентирована российскими законодательными и нормативно-правовыми документами, с учетом международных актов, касающихся социальной защиты инвалидов (Владимирова О.Н. и соавт., 2018, 2019).

Так, Конвенция ООН о правах инвалидов (далее - Конвенция), устанавливает международные обязательства государств - участников в области реабилитации инвалидов, предусматривающие осуществление мер по предоставлению инвалидам возможностей для достижения и сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все

аспекты жизни общества, - путем организации, укрепления и расширения комплексных реабилитационных услуг и программ.

Статья 26 Конвенции гласит, что государства-участники принимают эффективные и надлежащие меры к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни. С этой целью государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания, таким образом, чтобы эти услуги и программы начинали реализовываться как можно раньше и были основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида.

В соответствии со Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов: «государствам следует принять меры для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов, осуществлением которых будут заниматься многодисциплинарные группы специалистов».

Изучению и разработке принципов реабилитации больных при инсультах посвящено значительное число публикаций (Виленский Б.С., 2005; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2005; Осадчих А.И. и соавт., 2005; Гольблат Ю.В., 2006; Епифанов Е.А., 2006; Гусев Е.И. и соавт., 2007; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Кадыков А.С. и соавт., 2008; Ковальчук В.В., 2008; Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2009; Михайлов В.А. и соавт., 2015; Ковальчук В.В. и соавт., 2016, 2017, 2018; Помников В.Г. и соавт., 2017; Люкманов Р.Х. и соавт., 2018; Гусев Е.И. и соавт., 2019; Zorovitz R., Braini M., 2011; Aronson J.A. et al, 2012; Wang H. et al., 2012; Winstein C.J. et al., 2012; Zhang N. et al., 2012). Для выработки общепризнанных подходов к формированию реабилитационных программ потребовались многолетние усилия специалистов (Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988; Демиденко Т.Д., 1989; Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г., 2004; Гольблат Ю.В.,

2006; Козелкин А.А, и соавт., 2006; Скворцова В.И., 2006; Храпылина Л.П., 2006; Аносов В.Н., 2007; Хатькова С.Е., 2007; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Ковальчук В.В., 2008; Ковальчук В.В. и соавт., 2009, 2016, 2017, 2018; Пономаренко Г.Н.. 2018).

К основным принципам комплексной реабилитации больных, перенесших ЦИ, относятся следующие:

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.

По мнению ряда авторов, реабилитационный процесс проходит три стадии (Гайдаров Л.Ф. и соавт., 2008; Булеца Б.А., Адамчо Н.Н., 2009; Ковальчук В.В., Скоромец А.А. 2009; Иванова Г.Е, и соавт., 2016, 2017, 2018):

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 ЦИ доля реабилитационных мероприятий увеличивается и в конечном итоге становится преобладающей (Демиденко Т.Д., 1980; 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, ЛФК, диетическое питание, лечебный охранительный режим, а также режим двигательной активности. Первый этап заканчивается при восстановлении функций пораженного 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 последствий ЦИ или иных заболеваний. 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 имеющихся 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; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Пономаренко Г.Н., 2018).

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о сложных вопросах, касающихся проблемы реабилитации больных и инвалидов с ЦВП и большим разнообразием нарушенных функций. Несмотря на активную работу в этом направлении многих участников данного процесса во всём мире, добиться значительного прогресса в плане реабилитации не всегда удаётся. Учитывая сложность и важность данного направления для медицины и общества в целом не вызывает сомнения тот факт, что только при тесном межведомственном взаимодействии многих медицинских и иных специалистов можно надеяться на положительные результаты возвращения значительной части больных с данной патологией, особенно в трудоспособном возрасте, к активной, полноценной жизни.

ГЛАВА II ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Основные направления исследования

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования работа выполнялась по следующим основным направлениям: клинико-экспертному, социально-гигиеническому, клинико-реабилитационному и организационному. Каждое направление исследования включало комплекс задач, соответствующие методические приемы, объекты исследования и имело свои особенности (Таблица 1).

Таблица 1 – Методика и организация исследования

Направления, этапы выполнения, период наблюдения	Объекты исследования, источники информации, объем исследования, единицы наблюдения	Методы исследования
1	2	3
<p>Социально-гигиеническое направление: 1 этап – анализ показателей первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста вследствие ЦВП в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг.</p>	<p>Объект исследования – граждане трудоспособного возраста, впервые и повторно признанные инвалидами вследствие ЦВП Источники – отчетная форма №7-собес, экспертная документация учреждений МСЭ (акты освидетельствования, акты и протоколы проведения МСЭ и др.)</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический</p>

1	2	3
<p>Клинико-реабилитационное направление: 2 этап - изучить социально-гигиенические и медико-социальные характеристики инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге, включая домены здоровья и домены, связанные со здоровьем в контексте биопсихосоциальной модели инвалидности МКФ</p>	<p>Объект исследования - инвалиды трудоспособного возраста вследствие ЦИ. Источники: экспертная документация учреждений МСЭ, статистическая карта, статистическая карта №2, статистическая карта №3, документация ФСС, анкета социологического исследования, опросники ВОЗ: «World Health Organization disability assessment schedule 2.0», «ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health»</p>	<p>Документальный, социологического опроса, экспертных оценок, статистический</p>
<p>3 этап - изучить потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мерах медико-социальной помощи, включая мероприятия по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, а также обеспечения ТСР.</p>	<p>Источники информации учетно-отчетная документация по инвалидности бюро МСЭ - форма № 7-собес, акты и протоколы освидетельствования, ИПРА инвалидов трудоспособного возраста по ЦВП в бюро МСЭ, статистические сборники ФГУ «ФБМСЭ» и Госкомстата России Базы исследования - отдел изучения проблем инвалидности и отдел комплексной реабилитации инвалидов ФКУ ГБ МСЭ по СПб, бюро МСЭ по Спб</p>	<p>Монографический, документальный, метод экспертных оценок, выкопировки данных, анкетирование, интервьюирование, аналитический, статистический, графический.</p>

1	2	3
<p>4 этап - изучить особенности формирования индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ</p>	<p>Источники информации учетно-отчетная документация по инвалидности бюро МСЭ - форма № 7-собес, акты и протоколы освидетельствования, ИПРА инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в Бюро МСЭ, статистические сборники ФГУ «ФБМСЭ» и Госкомстата России Базы исследования - отдел изучения проблем инвалидности и отдел комплексной реабилитации инвалидов ФКУ ГБ МСЭ по СПб, бюро МСЭ по СПб</p>	<p>Монографический, документальный, метод экспертных оценок, выкопировки данных, анкетирование, интервьюирование, аналитический, статистический, графический.</p>
<p>Организационно-методическое направление: 5 этап - изучить систему медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦВП, а также деятельность и межведомственное взаимодействие соответствующих учреждений</p>	<p>Объекты исследования: документы, государственные исполнительные органы власти, учреждения и организации, занимающиеся вопросами реабилитации и социальной интеграции инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦВП (учреждения МСЭ, здравоохранения, социальной защиты). Источники - данные социологического опроса, нормативно-правовые и методические документы, данные официальной статистики</p>	<p>Документальный, аналитический, монографический, социологического опроса</p>

Социально-гигиеническое направление состояло из двух этапов: изучение первичной инвалидности и результатов переосвидетельствования инвалидов вследствие ЦВЗ.

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

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

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

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

На втором этапе проводился углубленный анализ за 2017–2018гг. (2 года). Исследование сплошное, объемом 345 человека, впервые признанных инвалидами. Для изучения структуры инвалидности по различным признакам (нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности, затруднения активности и участия с применением доменов МКФ) инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ.

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

На третьем этапе изучены результаты переосвидетельствования инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ за период 2015-2019гг. в Санкт-Петербурге, показатели полной и частичной реабилитации, утяжеления и стабильности инвалидности, также проведен анализ трудоустройства и занятости инвалидов с указанной патологией.

Единица наблюдения – инвалид, проходивший переосвидетельствование в учреждении МСЭ.

Объект наблюдения – совокупность переосвидетельствованных инвалидов вследствие ЦИ.

Исследование сплошное – контингент переосвидетельствованных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦВЗ за 2017-2018гг. в Санкт-Петербурге.

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

Методы исследования первого и второго этапа в рамках социально-гигиенического направления – документальный, социально-гигиенический, статистический.

В рамках второго клинико-реабилитационного направления изучались потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мерах и средствах реабилитации, деятельность федеральных учреждений МСЭ по данному комплексу работы, а также содержание, объемы предоставленных инвалидам мер и средств реабилитации, в которых они нуждались.

Проводилась клинико-реабилитационно-экспертная диагностика, на основании которой определялись вид и степень нарушенных функций организма, вызванных ЦИ, характер и степень ограничений жизнедеятельности, РП и прогноз, а также потребность инвалидов вследствие ЦИ в мерах, средствах реабилитации и социальных услугах.

Единицей наблюдения в данном случае был инвалид вследствие ЦИ.

Объект исследования – совокупность впервые признанных инвалидами вследствие ЦВЗ.

Объем исследования – 345 человек.

Период наблюдения: 2017–2018гг.

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

Методы исследования: клинико-экспертных оценок, документальный, социологического опроса, статистический.

В целях изучения потребности инвалидов вследствие ЦИ в мерах реабилитации и социальной защиты проводился анализ клинико-экспертных документов, представленных в акте освидетельствования в бюро МСЭ: выписки из амбулаторных карт, направления на МСЭ (форма 088/у), заключения врачебных комиссий о нуждаемости пациентов вследствие ЦИ в различных мерах

медицинской реабилитации, выписки из трудовых книжек, характеристика условий труда и др.

В качестве экспертов для определения потребности в мерах реабилитации привлекались главные специалисты ФКУ МСЭ Санкт-Петербурга, преподаватели ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов», научные сотрудники ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

Также изучались результаты реализации программ реабилитации инвалидов по показателям полноты предоставления рекомендованных им ФКУ МСЭ реабилитационных средств и услуг.

Третье направление организационное – предусматривало изучение существенных организационно-правовых вопросов деятельности учреждений, оказывающих медико-социальную помощь и реабилитацию инвалидам вследствие ЦВБ.

Организация работы по социальной защите и реабилитации инвалидов вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге на региональном уровне изучалась путем анализа нормативной правовой базы, регламентирующей работу по оказанию медико-социальной помощи инвалидам вследствие ЦИ, анализа деятельности учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования, занятости населения и других. На муниципальном уровне – деятельности соответствующих муниципальных органов и учреждений.

Объектами наблюдения по данному направлению исследования была совокупность учреждений оказывающих медико-социальную помощь инвалидам трудоспособного возраста вследствие ЦИ: ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу» Минтруда России, медицинские организации Санкт-Петербурга, научно-исследовательские институты, филиалы Санкт-Петербургского отделения Фонда социального страхования, районные центры занятости населения, районные центры социальной реабилитации инвалидов Санкт-Петербурга и др.

Объем исследования – проанализировано и изучено более 600 документов, характеризующих деятельность данных учреждений.

Период наблюдения: 2016-2018гг.

Методы исследования – документальный, аналитический, монографический, метод экспертных оценок.

Сам автор принимал непосредственное участие, как в организации исследования, так и в сборе материала. Составление плана и программы исследования, обработка материалов, их анализ и обобщение проведены лично автором работы. А также проведена клинико-функциональная оценка показателей, связанных со здоровьем, у лиц трудоспособного возраста с ЦИ по всем значимым доменам МКФ.

В результате были получены сведения, имеющие научно-практическое значение для принятия управленческих решений и разработки оптимальной модели реабилитации инвалидов.

2.2 Статистический этап исследования

Статистическим методом обработки полученных данных явилось построение и анализ таблицы.

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

Анализ данных включал стандартные методы описательной и аналитической статистики, расчет средних величин, минимума, максимума.

Для анализа результатов исследования применены показатели экстенсивные, интенсивные, соотношения и наглядности. Для оценки

интенсивности динамики использовались показатели темпов прироста за определённый период.

Темп прироста – или темп убыли – относительный показатель, показывающий, на сколько процентов один уровень больше (или меньше) предыдущего. Показатель можно рассчитать как процентное отношение абсолютного прироста данного уровня к предыдущему. Этот показатель может быть как положительным, так и отрицательным, формула (1):

$$T_{\text{прироста}} = \Pi / u_{\text{баз.}} * 100\%, \quad (1)$$

где

$u_{\text{базисный}}$ – уровень показателя за предыдущий период,

Π – абсолютный прирост или абсолютная убыль ($u_{\text{ср.}} - u_{\text{баз.}}$),

$u_{\text{ср.}}$ – сравниваемый уровень.

Использованы также методы параметрической статистики (коэффициенты интенсивности, экстенсивности), методы изучения динамического ряда (абсолютные, относительные, средние величины, метод выравнивания динамического ряда путем расчета скользящей средней). Для определения влияния и зависимости различных факторов (группы, причины инвалидности и др.) были использованы макеты сложных и комбинационных таблиц, корреляционный анализ (критерий парной корреляции К.Пирсона). Оценка достоверности результатов исследования проводилась с помощью критерия Стьюдента-Фишера.

Проводилась компьютерная обработка результатов исследования с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, SPSS 12.0 for Windows Statistika 7, предназначенных для статистического анализа результатов медицинских исследований. Различия между двумя группами по количественным показателям анализировали с помощью не парного критерия Стьюдента, для связанных выборок применялся парный критерий Стьюдента. Различия по качественным показателям между двумя не связанными выборками проводилось с помощью точного критерия Фишера. Уровень значимости $P < 0,05$ считался значимым. Логистическая регрессия была проделана для выявления факторов,

которые оказывали влияние на качество жизни пациентов и на реабилитационный потенциал (Плохинский Н.А. 1970; Отдельнова К.А 1980; Altman D.G. 1990; Bland M. 2000).

ГЛАВА III ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ В МЕГАПОЛИСЕ: ИНВАЛИДНОСТЬ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

3.1 Демографические показатели Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург – третий по величине город Европы после Москвы и Лондона, административный центр Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации. Общая площадь территории – 1439 кв. км. Плотность населения – 3814 чел./кв. км. В своем составе город имеет 18 административных районов. По состоянию на 01.01.2018 года в городе проживало 5 351 935 человек (постоянного населения). Взрослое население Санкт-Петербурга составляет – 4 452 958 человек, в том числе: 1 960 298 человек (44%) – мужчины; 2 492 660 человек (56%) – женщины. Трудоспособное население города составляет – 3 011 582 человек, что составляет 67,6 % от взрослого населения Санкт-Петербурга (из них: в возрасте от 18 до 44 лет – 2 157 413; в возрасте от 45 лет и до пенсионного возраста – 854 169). Граждан пенсионного возраста – 1 441 376 человек, что составляет 32,4% - в структуре взрослого населения Санкт-Петербурга (26,9% - в общей численности населения).

В городе проживает 688,8 тысяч инвалидов, из них детей в возрасте до 18 лет - 14,6 тысячи.

Основные тенденции в демографической сфере Санкт-Петербурга. По данным Петростата, численность постоянного населения Санкт-Петербурга на 01.01.2018г. составила 5 351 935 человека (на 01.01.2017 – 5 281 579 чел., на 01.01.2016г. – 5 225 690 чел.). По сравнению с 2017 годом численность населения города увеличилась на 70,4 тыс. человек. Рост численности населения произошел за счет естественного и миграционного прироста. При этом миграционный прирост составил более 80%. За последние 3 года население Санкт-Петербурга увеличилось на 2%.

Таблица 2 – Показатели естественного движения населения
за 2016-2018гг. тыс. чел.)

Наименование показателя	Годы		
	2016	2017	2018
Число родившихся	72,7	66,5	64,6
Число умерших	61,5	60,5	61,7
Естественный прирост (убыль)	+11,2	+5,9	+2,9
Миграционный прирост	44,7	64,5	67,5
Общий прирост населения	+55,9	+70,4	+70,4

По оценкам Петростата, наблюдается умеренное снижение смертности населения. Число умерших в Санкт-Петербурге в 2018 году (61719 чел.) осталось на уровне 2016 года (61 552 чел.). Общий коэффициент смертности составил в 2018 году 11,5 в расчете на 1000 человек постоянного населения против 11,7 в 2016 году (Таблица 3).

Таблица 3 – Относительные показатели естественного движения населения за
2016 – 2018 гг. (на 1000 населения)

Показатели	Годы		
	2016	2017	2018
Коэффициент рождаемости	13,9	12,6	12,1
Коэффициент смертности	11,7	11,5	11,5
Коэффициент естественного прироста	2,2	1,1	0,6

Структура причин смертности в Санкт-Петербурге на протяжении последних лет остается неизменной – лидирующие места продолжают занимать заболевания системы кровообращения (57,4% в общей смертности).

В г. Санкт-Петербурге принята Концепция демографической политики Санкт-Петербурга на период 2016 – 2025гг., целями которой являются:

«увеличение к 2025 году продолжительности жизни населения до 79 лет при одновременном увеличении здоровой, активной жизни граждан пожилого возраста; улучшение репродуктивного здоровья населения; рост к 2025 году суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 при одновременном повышении качества жизни петербургских семей с детьми; оптимизация миграционных процессов».

Для достижения поставленных целей наряду с прочими, предполагается решение следующих задач: «сокращение уровня смертности, прежде всего граждан в трудоспособном возрасте; формирование мотивации для ведения здорового образа жизни».

3.2 Церебральный инсульт и первичная инвалидность вследствие его последствий. Численность, уровень и динамика в Санкт-Петербурге

Первичная инвалидность вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге изучена в динамике за 15 лет. В настоящем разделе представлены материалы анализа численности и состава впервые признанных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ, а также другие социально-демографические характеристики, имеющие определяющее значение в деятельности бюро МСЭ по организационному, диагностическому и другим направлениям в реабилитации, социальной реинтеграции исследуемой категории инвалидов. Основные статистические показатели инвалидности рассматриваются за период 2004–2018 гг.

Изучение результатов деятельности ФКУ МСЭ Санкт-Петербурга показало, что за период с 2004 по 2018 гг. в бюро МСЭ города прошли первичное освидетельствование в Санкт-Петербурге 596,766 тыс. человек, первичная инвалидность вследствие ЦВБ была установлена 96,995 тыс. человек (таблица 4).

Таблица 4 – Динамика первичной взрослой инвалидности, в т.ч. вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг.

Год	Всего взрослых инвалидов, человек		Впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ		Для сравнения удельный вес ВПИ по РФ вследствие ЦВБ
	абс.	%	абс.	%	%
2004	55859	100,0	9842	17,6	25,0 *
2005	62367	100,0	11146	17,9	30,6 *
2006	59881	100,0	10342	17,3	22,5 *
2007	91880	100,0	16449	17,9	15,9
2008	63379	100,0	8789	13,9	13,2
2009	42891	100,0	6371	14,6	12,5
2010	37146	100,0	5485	14,8	11,3
2011	27753	100,0	4276	15,4	10,6 *
2012	26044	100,0	4181	16,1	10,1 *
2013	23812	100,0	3885	16,3	9,4 *
2014	22882	100,0	3495	15,3	8,8 *
2015	21614	100,0	3351	15,5	8,2 *
2016	20261	100,0	3211	15,8	8,2 *
2017	20950	100,0	3186	15,2	7,6 *
2018	20047	100,0	2986	14,9	7,5 *
М хрон	42751	-	6986	-	P<0,05 по ЦВБ*

Колебания ежегодной численности впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге составили от 91,880 тыс. человек в 2007г. до 20,047 тыс. человек в 2018г., средний уровень ряда - 39,784 тыс. человек. Удельный вес ВПИ вследствие ЦВБ в структуре первичной инвалидности зарегистрирован от максимального уровня в 17,9% в 2007г. до 13,9% в – 2008г., в среднем - 15,8, что составило более 1/6 части от общего количества впервые признанных инвалидами за исследуемый период.

Согласно данным, представленным в таблице 4, максимальные значения удельного веса ВПИ вследствие ЦВБ наблюдались в 2005г., что может быть

связано со значительными изменениями в нормативно-правовом определении критериев для проведения МСЭ, а также порядка обеспечения мерами социальной защиты, произошедшими в этот период.

Вместе с тем, колебания аналогичного показателя по РФ значительнее: с 30,6% в 2005г. он снизился до 7,5% в 2018г. и почти в два ниже значений по Санкт-Петербургу. При этом по городу достоверного снижения удельного веса ВПИ не зарегистрировано, что вероятно связано с особенностями возрастной структуры инвалидности в субъекте. Так из 688 тыс. инвалидов, проживающих в Санкт-Петербурге 86,5 % это граждане пожилого возраста.

Ежегодно в учреждения МСЭ Санкт-Петербурга впервые обращались с целью получения государственной услуги по МСЭ 104,367 тыс. больных с ЦВБ, из них 96, 995 тыс. пациентам – установлена инвалидность (Таблица 5).

Таблица 5 – Результаты первичных освидетельствований в учреждениях МСЭ Санкт-Петербурга больных с ЦВБ за 2004-2018гг.

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

Из таблицы 5 видно, что абсолютная численность граждан, направленных на МСЭ по последствиям ЦВБ снизилась в 3,2 в 2018г. по отношению к 2004г.

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

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

Таблица 6 – Показатели динамического ряда первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг.

Год	Число инвалидов (тыс. человек)	Абсолютный прирост, убыль абс.	Темп снижения /роста, %	Показатель наглядности (%)
2004	9842	–	–	100,0
2005	11146	+1304	113	113,2
2006	10342	-804	92	105,1
2007	16449	+6107	159	167,1
2008	8789	-7660	53	89,3
2009	6371	-2418	72	64,7
2010	5485	-886	86	55,7
2011	4276	-1209	77	43,4
2012	4181	-95	97	42,5
2013	3885	-296	92	39,5
2014	3495	-390	89	35,5
2015	3351	-144	95	33,0
2016	3211	-140	96	32,6
2017	3186	-25	99	32,3
2018	2986	-200	94	30,3

Из представленной таблицы видно, что хронология численности ВПИ вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге сложилась из двух периодов:

– период возрастания ежегодной численности ВПИ вследствие ЦВБ с 2004 по 2007гг. на 136,1% (показатель наглядности 167,1%) с наибольшим темпом роста в 2007г. до 159 %, соответственно;

– период снижения ежегодной численности ВПИ по последствиям ЦВБ с 2007 по 2018гг. с наибольшим темпом снижения в 2008г. до 53,4%, соответственно.

Увеличение численности ВПИ вследствие ЦВБ в 2007г. возможно объясняется изменениями в законодательстве, регулирующем вопросы пенсионного обеспечения в целом и в том числе отдельных категорий граждан, в частности, жителей блокадного Ленинграда.

Таблица 7 – Численность впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге в возрастном аспекте

Год	Всего ВПИ вследствие ЦВБ, человек		Лица трудоспособного возраста (ЛТВ)		Лица старше трудоспособного возраста (ЛСТВ)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2004	9842	100,0	1896	19,3	7946	80,7
2005	11146	100,0	1896	17,0	9250	83,0
2006	10342	100,0	1809	17,5	8533	82,5
2007	16449	100,0	1796	10,9	14653	89,1
2008	8789	100,0	1883	21,4	6906	78,6
2009	6371	100,0	1696	26,6	4675	73,4
2010	5485	100,0	1700	31,0	3785	69,0
2011	4276	100,0	1377	32,2	2899	67,8
2012	4181	100,0	1439	34,4	2742	65,6
2013	3885	100,0	1376	35,4	2509	64,6
2014	3495	100,0	1187	33,9	2308	66,1
2015	3351	100,0	1191	35,5	2160	64,5
2016	3211	100,0	1134	35,3	2077	64,7
2017	3186	100,0	1044	32,7	2142	67,2
2018	2986	100,0	832	27,9	2154	72,1
М хрон	6466	-	1483	-	4983	-

Примечание – ЛСТР во все годы по сравнению с ЛТВ $P < 0,01$

Тренд численности ВПИ среди ЛТВ показывает общую тенденцию снижения за 15 летний период с 9,842 тыс. человек до 2,986 тыс. человек, показатель наглядности – 30,3%.

Средняя хронологическая (Мхрон.) за 15 лет среди инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней лиц трудоспособного возраста (ЛТВ) – 1483 человек в год; среди лиц старше трудоспособного возраста (ЛСТВ) в 3,4 раза выше – 4983 человек, соответственно.

Динамика численности ВПИ вследствие ЦВБ в зависимости от возраста у ЛТВ и ЛСТВ в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. представлена в таблице 8.

Таблица 8 – Динамика численности впервые признанных инвалидами вследствие ЦВБ в зависимости от возраста у лиц трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг.

Год	Показатели динамики ВПИ вследствие ЦВБ							
	ЛТВ				ЛСТВ			
	Число инвалидов (тыс. человек)	Абсолютный прирост, абс.	Темп снижения /роста в %	Показатель наглядности (%)	Число инвалидов (тыс. человек)	Абсолютный прирост (абс.)	Темп снижения /роста в %	Показатель наглядности (%)
2004	1896	–	–	100,0	7946	–	–	100,0
2005	1896	0	0,0	100	9250	+1304	116,4	116,4
2006	1809	-87	95,4	95,4	8533	-717	92,2	107,4
2007	1796	-13	99,2	94,7	14653	+6120	171,7	184,4
2008	1883	+87	104,8	99,3	6906	-774	47,1	86,9
2009	1696	-187	90,1	89,5	4675	-2231	67,7	58,8
2010	1700	+4	100,2	89,7	3785	-890	80,9	47,6
2011	1377	-323	81,0	72,6	2899	-886	76,6	36,5
2012	1439	+62	104,5	75,9	2742	-157	94,6	34,5
2013	1376	-63	95,6	72,6	2509	-233	91,5	31,5
2014	1187	-189	86,3	62,6	2308	-201	92,0	29,0
2015	1191	+4	100,3	62,8	2160	-148	93,6	27,2
2016	1134	-57	95,2	59,8	2077	-83	96,2	26,1
2017	1044	-90	92,1	55,1	2142	+65	103,1	26,9
2018	832	-212	80,0	44,0	2154	+12	100,5	27,1

Как видно из таблицы 8, число инвалидов, впервые признанных с данной патологией, снижается из года в год как у ЛТВ, так и среди ЛСТВ. Так, у ЛТВ этот показатель снизился в 2,3 раза к 2018г. по сравнению с аналогичным показателем 2004г. с незначительными подъемами в 2008, 2012 и 2015гг., показатель наглядности - 44,0%. При снижении данного показателя у ЛТВ более чем в 2 раза выше чем в пенсионном возрасте (показатель наглядности – 27,1%).

Вместе с тем, в возрастной структуре ВПИ вследствие ЦВБ за исследуемый период наблюдается значительное увеличение доли ЛТВ с 19,3% в 2004г. до 35,3% в 2016г. с уменьшением к 2018г. до 28,0%.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. колебался с 24,9 до 6,0 (таблица 9). При этом, уровень ВПИ вследствие всех болезней значительно снизился в этот временной период со 141,5 до 46,0 на 10 тыс. населения.

Таблица 9 – Динамика уровня первичной инвалидности вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. (на 10 тыс. взрослого населения)

Год	Уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ			
	в Санкт-Петербурге			в Российской Федерации в целом
	взрослое население	ЛТВ	ЛСТВ	
1	2	3	4	5
2004	24,9	6,7	72,8	25,0
2005	23,0	23,5	84,7	30,6 *
2006	26,6	6,4	77,5	22,5
2007	42,2	6,4	131,1	15,9 *
2008	22,5	6,7	60,7	13,2 *
2009	15,8	5,9	40,6	12,5
2010	13,6	6,0	32,3	11,3
2011	10,6	5,1	24,7	10,6
2012	9,5	4,6	21,6	10,1
2013	8,8	4,5	19,4	9,4
2014	7,8	3,7	17,5	8,8
2015	7,4	3,8	16,0	8,2

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5
2016	7,1	3,6	15,0	8,2
2017	6,0	3,4	9,4	7,6
2018	6,7	2,8	15,0	7,5

Примечание – $P < 0,05$ обозначено *

Динамика уровня ВПИ вследствие ЦВБ в целом повторяет динамику численности инвалидов вследствие данной патологии и имеет 2 периода:

- возрастание уровня с 24,9 в 2004г. до 42,2 в 2007г.;
- снижение уровня со значения 42,2 в 2007г. до 6,7 в 2018г. с незначимыми колебаниями.

Анализ показал, что в Санкт-Петербурге уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ среди ЛТВ и ЛСТВ на 10 тыс. взрослого населения за 15 лет претерпевал всплески и падения в различные годы, но в целом сократился почти в 7 раз (Рисунок 1).

Так, уровень ВПИ вследствие ЦВБ среди ЛТВ достиг своего максимума в 2005 г. и составил 23,5 на 10 тыс. трудоспособного населения со значительным снижением в 2006г. и постепенным уменьшением более чем в 6,5 раз к 2016г. (3,6). Данное обстоятельство, на наш взгляд, обусловлено введением в 2005г. поправок в законодательство РФ, действующем в области социальной защиты инвалидности, монетизации льгот, включая обеспечение инвалидов лекарственными средствами и санаторно-курортным лечением.

Уровень ВПИ вследствие ЦВБ лиц старше трудоспособного возраста также со снижением в 8,7 раза с максимальных значений в 2007г. (131,1) до 15,0 в 2018г.

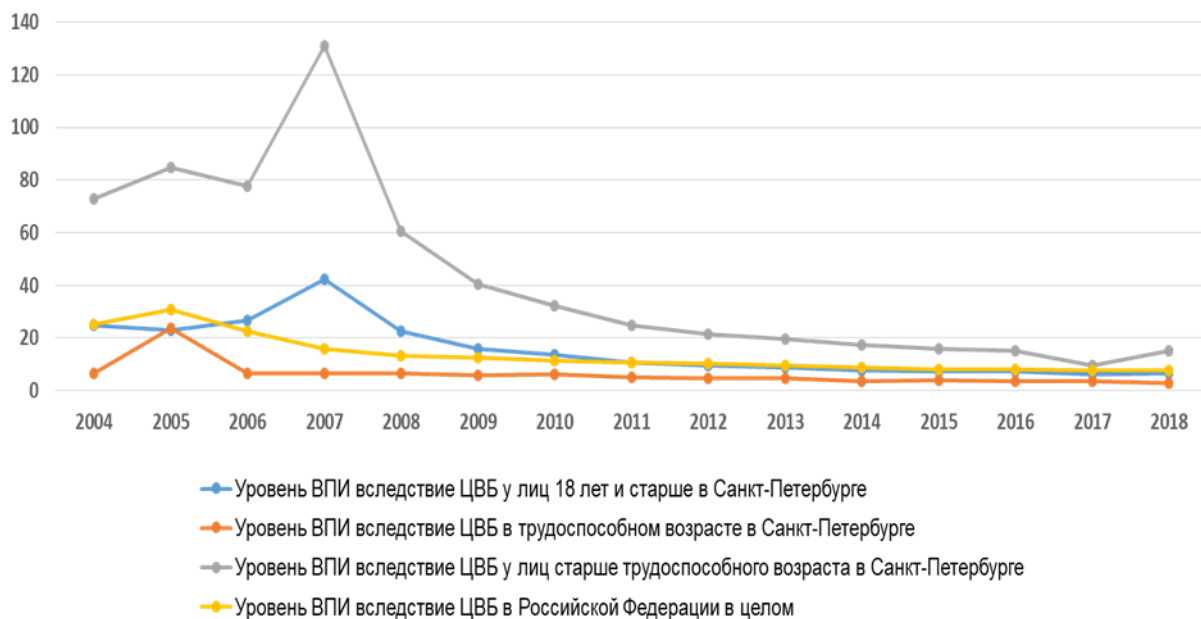


Рисунок 1 – Динамика уровня первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней среди взрослого населения г. Санкт-Петербург за 2004 – 2018гг. с учетом возраста (на 10 тыс. соответствующего взрослого населения)

3.3 Структура первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Санкт-Петербурге

В структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге преобладают инвалиды III группы - 45,2% (таблица 10). Вместе с тем, ВПИ II и I группы составили вместе 53,9 %.

Таблица 10 – Показатели структуры первичной инвалидности взрослого населения вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. по тяжести

Год	Первичная инвалидность вследствие ЦВБ					
	I группы		II группы		III группы	
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
2004	921	9,4	7612	77,3	1309	13,3

Продолжение таблицы 10

2005	911	8,2	8572	76,9	1663	14,9
2006	654	6,3	7780	75,2	1908	18,4
2007	883	5,1	13058	79,4	2508	15,2
2008	622	7,1	6418	73,0	1749	19,9
2009	527	8,3	4159	65,3	1685	26,4
2010	944	17,2	2778	50,6	1763	32,1
2011	765	17,9	1815	42,4	1696	39,7
2012	729	17,4	1746	41,8	1706	40,8
2013	734	18,9	1525	39,3	1626	41,8
2014	657	18,8	1362	39,0	1476	42,2
2015	566	16,9	1258	37,5	1527	45,5
2016	552	16,3	1208	37,6	1451	45,2
2017	529	16,6	1267	39,8	1390	43,6
2018	633	21,1	1100	36,8	1253	42,0

Как видно из таблицы 10, за период с 2004г. по 2016г. удельный вес инвалидов I группы увеличился с 9,4 % в 2004г. до 21,1% в 2018г. в 2,3 раза. Доля инвалидов II группы за аналогичный период сократилась в 2018г. по сравнению с 2004г. более чем в 2 раза с 77,3 % до 36,8 % соответственно (Рисунок 2).

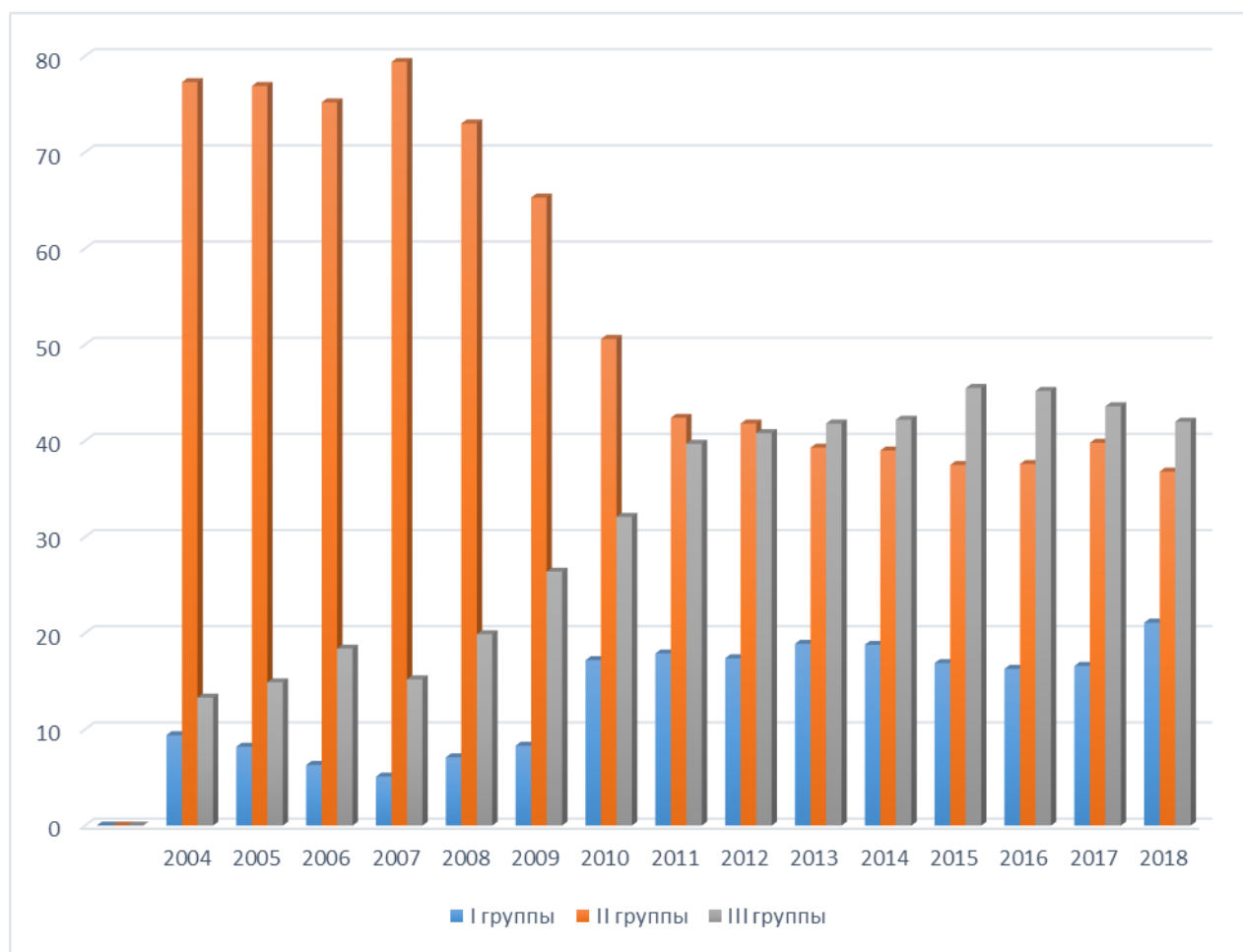


Рисунок 2 – Динамика структуры впервые признанных инвалидами вследствие цереброваскулярных болезней за 2004-2018гг.

При этом, в 2017-2018гг. отмечается тенденция к увеличению доли инвалидов второй группы и первой группы среди взрослого населения.

Вместе с тем, удельный вес инвалидов третьей группы значительно возрос с 13,3 в 2004г. до 45,2% в 2016г. более чем в 3 раза ($P < 0,01$). Однако, в 2017г. этот показатель снизился до 43,6%, а к 2018г. он составил 42,0%.

В период 2004-2018гг. по всем возрастным категориям отмечалось снижение удельного веса II группы инвалидности в структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ и рост доли лиц, признанных инвалидами III группы (Таблица 10). Однако в 2017г. зарегистрировано увеличение доли граждан, признанных инвалидами II группы при первичном освидетельствовании по всем возрастам. Эта тенденция наиболее проявлена среди лиц трудоспособного

возраста. При этом, в 2017 г. отмечено снижение доли инвалидов I группы у граждан трудоспособного возраста.

Таблица 11 – Показатели структуры первичной инвалидности взрослого населения вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. по тяжести и возрасту

Год	Первичная инвалидность взрослого населения вследствие ЦВБ											
	от 18 лет до 54 лет (ж), до 59 лет (м)						старше 55 лет (ж), и 60 лет (м)					
	I группа		II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2004	186	9,8	929	49,0	781	41,2	735	9,2	6683	84,1	528	6,6
2005	183	9,7	977	51,5	736	38,8	728	7,9	7595	82,1	927	10,0
2006	145	8,0	896	49,5	768	42,5	509	6,0	6884	80,7	1140	13,4
2007	156	8,7	901	50,2	739	41,1	727	5,0	12157	83,0	1769	12,1
2008	170	9,0	942	50,0	771	40,9	452	6,5	5476	79,3	978	14,2
2009	133	7,8	789	46,5	774	45,6	394	8,4	3370	72,1	911	19,5
2010	230	13,5	628	36,9	842	49,5	714	18,9	2150	56,8	921	24,3
2011	167	12,1	496	36,0	714	51,8	598	21,8	1319	45,5	982	33,8
2012	170	11,8	509	35,4	760	52,8	559	21,8	1237	45,1	946	34,5
2013	175	12,7	457	31,7	744	54,1	559	22,3	1068	43,3	882	35,2
2014	130	11,0	425	35,8	632	53,2	527	22,8	937	40,5	844	36,6
2015	107	9,0	387	32,5	697	58,5	459	21,3	871	40,3	830	38,4
2016	104	9,2	346	30,5	684	60,3	448	21,6	862	41,5	767	36,9
2017	82	7,8	367	35,2	595	57,0	447	20,9	900	42,0	795	37,1
2018	108	12,9	248	29,8	476	57,2	525	24,4	852	39,5	777	36,1

Как видно из таблицы 11, значения доли инвалидов I группы у лиц трудоспособного возраста незначительно колебались в течение всего 15-летнего периода. Тогда как у лиц старше трудоспособного возраста этот показатель увеличился более чем в 2 раза с 9,2 % в 2004г. до 24, 4% в 2018г. при $P < 0,01$ (Рисунок 3).

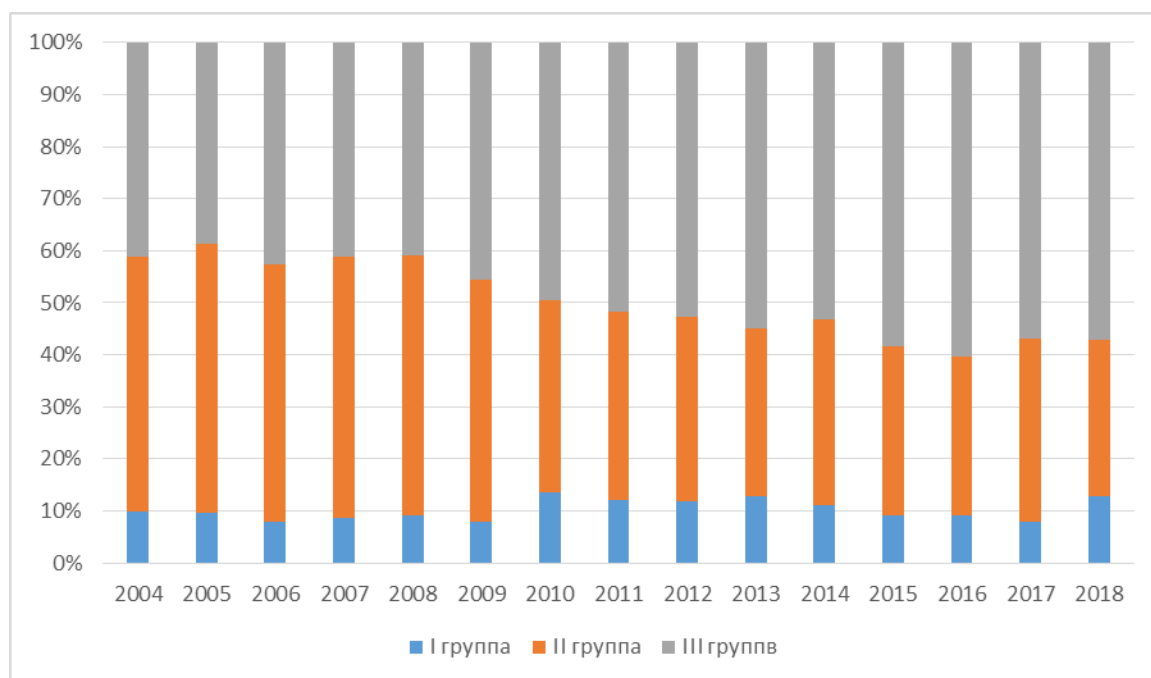


Рисунок 3 – Распределение впервые признанных инвалидами трудоспособного возраста по группам инвалидности в динамике за 2004-2018гг. в Санкт-Петербурге

Это можно объяснить увеличением выживших пациентов в остром периоде инсультов на фоне улучшения медицинской реабилитации, и наличием у них тяжелых инвалидизирующих последствий.

Доля ВПИ III группы лиц трудоспособного возраста в 2016г. составила 60,3 %, с незначительным уменьшением до 57,2 в 2018г., что почти в 1,5 превышает данный показатель в 2004г. и в 1,6 раза больше аналогичного показателя среди лиц старше трудоспособного возраста.

Кроме этого, анализ показателей структуры первичной инвалидности вследствие ЦВБ у лиц трудоспособного возраста по тяжести и возрасту, за исследуемый период, повторяет динамику распределения ВПИ вследствие ЦВБ по группам в целом, но при этом имеет ряд особенностей, представленных в таблицах 12 и 13.

Таблица 12 – Показатели структуры первичной инвалидности взрослого населения вследствие ЦВБ у лиц молодого возраста в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. по тяжести

Год	Первичная инвалидность вследствие ЦВБ у лиц молодого возраста от 18 лет до 44 лет (ж), до 49 лет (м)					
	I группа		II группа		III группа	
	абс	%	абс.	%	абс.	%
2004	52	12,3	211	50,0	159	37,7
2005	52	12,1	196	45,8	180	42,1
2006	31	10,7	140	48,4	118	40,8
2007	21	9,3	103	45,4	103	45,4
2008	23	10,5	110	49,8	88	39,8
2009	20	8,4	112	47,1	106	44,5
2010	27	12,8	74	35,1	110	52,1
2011	25	13,9	57	31,7	98	54,4
2012	27	12,2	67	30,3	127	57,5
2013	26	14,0	62	33,3	98	52,7
2014	14	6,2	73	32,6	137	61,2
2015	16	7,8	53	25,7	137	66,5
2016	14	6,5	69	31,8	134	61,8
2017	17	9,3	64	35,5	101	55,5
2018	22	15,6	37	26,2	82	58,6

Таблица 13 – Показатели структуры первичной инвалидности взрослого населения вследствие ЦИ у лиц среднего возраста в Санкт-Петербурге за 2004-2018гг. по тяжести

Год	Первичная инвалидность ЦВБ у лиц среднего возраста от 45 до 54 лет (ж), от 50 до 59 лет (м)					
	I группа		II группа		III группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
2004	134	9,1	718	48,7	622	42,2
2005	131	8,9	781	53,2	556	37,9
2006	114	7,5	765	50,3	641	42,1
2007	135	8,6	798	50,9	636	40,5
2008	147	8,8	832	50,1	683	41,1
2009	113	7,8	677	46,4	668	45,8

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6	7
2010	203	13,6	554	37,2	732	49,2
2011	142	11,9	439	36,7	616	51,5
2012	143	11,7	442	36,3	633	52,0
2013	149	12,5	395	33,2	646	54,3
2014	116	12,0	352	36,6	495	51,4
2015	91	9,2	334	33,9	560	56,9
2016	90	9,8	277	30,2	550	60,0
2017	65	7,5	303	35,2	494	57,3
2018	86	12,4	311	45,0	394	57,0

Процентное соотношение инвалидов I группы среди лиц среднего возраста незначительно колебалось в течение всего периода с незначительным увеличением с 9,1% в 2004г. до 9,8 % в 2016г. Тогда как у лиц молодого возраста за период с 2004г. по 2016г. данный показатель вначале сократился в 1,9 раза с 12,3 % в 2004г. до 6,5% в 2016г., а затем, в 2018г. он значительно увеличился и достиг 15,6 % у лиц в молодом возрасте, и 12,4% среди больных среднего возраста, впервые признанных инвалидами (Рисунок 4).

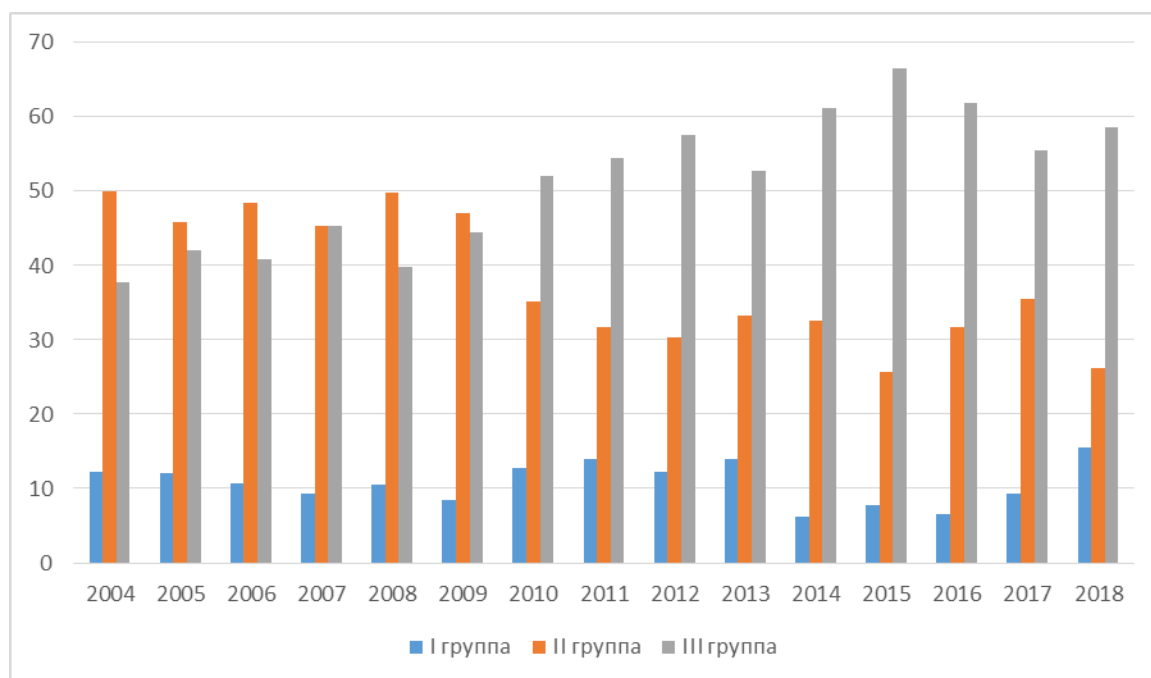


Рисунок 4 – Динамика распределения ВПИ молодого возраста вследствие ЦВБ по группам инвалидности за 2004-2018гг. в Санкт-Петербурге

Анализ показателей первичной инвалидности вследствие ЦВБ в Санкт-Петербурге за период с 2004 по 2018гг. выявил следующие социально-гигиенические особенности.

Несмотря на увеличение показателей первичной и общей заболеваемости при ЦИ за исследуемый период, уровень ВПИ вследствие ЦИ неуклонно снижается, при этом увеличивается количество граждан, страдающих ЦВП, непризнанных инвалидами при первичном освидетельствовании.

Число мужчин ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ неуклонно растет с 72,4% в 2017г. до 77,7% к 2019г. (Таблица 14).

Таблица 14 – Структура первичной инвалидности вследствие церебрального инсульта по полу в динамике за 2017-2019гг.

Год	ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ			
	мужчины		Женщины	
	абс	%	абс	%
2017 (n=1044)	756	72,4	288	27,5
инвалидом не признано (n=77)	30	39	47	61
2018 (n=832)	611	73,4	221	26,6
инвалидом не признано (n=100)	65	65	35	35
2019 (n=974)	689	77,7	285	29,3
инвалидом не признано (n=162)	101	62,3	61	37,7

Количество мужчин трудоспособного возраста, перенесших ЦИ и не признанных инвалидами за последние три года увеличилось с 39% в 2017г. до 65% в 2018 г. с незначительным снижением в 2019г. до 62,3%.

Аналогичный показатель у женщин, в среднем, в 2,5 раза ниже за весь период наблюдения (2011-2019 гг.).

При этом, показатель женщин трудоспособного возраста, перенесших ЦИ и не признанных инвалидами при первичном освидетельствовании, за период 2017-2019 гг. в целом уменьшился с 61% в 2017 г. до 37,7% – в 2019 г.

Анализ первичной инвалидности вследствие ЦВЗ за 15 лет показал, что из года в год снижается число непризнанных инвалидами граждан, страдающих ЦВП, что обусловлено незавершенностью, в ряде случаев, проведения необходимых лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий у данной категории граждан и недостаточностью единых подходов к направлению граждан на МСЭ в рамках межведомственного взаимодействия с медицинскими организациями в условиях динамично меняющегося нормативно-правового регулирования. А также наращиванию мер по межведомственному взаимодействию начиная с 2016 г. в рамках внесенных изменений в 181-ФЗ (419-ФЗ).

Вместе с тем, из года в год значительно увеличивается доля граждан трудоспособного возраста в общей структуре ВПИ вследствие ЦИ. При этом, возрастает доля мужчин трудоспособного возраста, перенесших ЦИ впервые признанных инвалидами.

Снижается уровень граждан, признанных инвалидами I группы и отмечается значимое повышение доли инвалидов III группы в трудоспособном возрасте.

Данная динамика отражает эффективность проводимых лечебных, реабилитационных мероприятий на современном этапе, повышение реабилитационного потенциала у лиц трудоспособного возраста в данной категории.

Проведенная оценка показателей ВПИ вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста, может служить объективной основой для определения потребностей данной категории инвалидов в мерах социальной защиты и помощи, реабилитационных мероприятиях, включая мероприятия по медицинской, профессиональной реабилитации, выработки единых подходов к направлению граждан на МСЭ в рамках межведомственного взаимодействия, в том числе с

медицинскими организациями в условиях дальнейшего развития и совершенствования нормативно-правового регулирования в сфере МСЭ и реабилитации инвалидов.

ГЛАВА IV ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОМЕНОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

4.1 Клинико-функциональная характеристика: домены нарушений функций больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта

Клинико-функциональная характеристика лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ, проведена с учетом количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (далее – количественная оценка) и МКФ и включала сравнительный анализ:

- структуры и степени выраженности нарушений основных функций организма, предусмотренных количественной оценкой;
- структуры нарушений функционирования (общемозговые и очаговые симптомы);
- степени выраженности нарушений функционирования.

Проанализированы данные 345 граждан трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ.

Согласно Количественной оценке выделяют 4 степени нарушения функций, измеримые в процентах: незначительные (10% - 30%), умеренные (40 %- 60%), выраженные (70% - 80%), значительно выраженные (90% - 100%).

В соответствии с установленными подходами, гражданин направляется на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

При организации реабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо учитывать существующую в настоящее время периодизацию постинсультного этапа, который принято делить на 4 периода:

- 1) острый период (первые 3-4 недели);
- 2) ранний восстановительный период (первые 6 месяцев);
- 3) поздний восстановительный период (от 6 месяцев до 1 года), во время которого может продолжаться восстановление речи, статики и трудовых навыков;
- 4) резидуальный период (после 1 года с момента развития инсульта) период последствий инсульта, в который, по данным последних исследований, также может продолжаться восстановление нарушенных функций при условии применения интенсивной реабилитационной программы.

Исследуемая группа пациентов, в основном состояла из больных, находящихся в позднем восстановительном периоде.

Таблица 15 – Основные нарушения функций у первичных инвалидов вследствие церебрального инсульта

Вид нарушения функций N = 345 человек	Всего	Частота встречаемости и выраженность нарушения функций ВПИ вследствие ЦИ в %			
		10%-30% незначительные	40-60% умеренные	70% -80% выраженные	90%-100% Значительные но выраженные
Психические (n=58)	16,8	0,3	13,0	3,3	0,3
Сенсорные (n=27)	7,8	34,5	1,4	0,3	-
Речевые (n=164)	47,5	27,5	12,2	7,5	0,3
Статодинамические (n=345)	100	5,5	56,2	31,3	7,0
Функции сердечно-сосудистой системы (n=241)	69,8	0,3	52,8	15,1	1,7

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

Статодинамические нарушения включают в себя нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений).

При этом, умеренные статодинамические нарушения преобладают и составляют 56,2%. У 31,3% инвалидов наблюдаются выраженные нарушения статодинамических функций организма, в 7% случаев выявлены значительно выраженные двигательные нарушения и лишь в 5,5% наблюдений – незначительные.

На втором месте по частоте наблюдений стоят нарушения функций сердечно-сосудистой системы, выявляемые у 69,8%. Умеренные нарушения сердечно-сосудистой системы составили 52,8%. У 15,1% больных трудоспособного возраста, признанных инвалидами определены выраженные нарушения сердечно-сосудистой системы, у 1,7 % инвалидов – значительно-выраженные.

На третьем месте, по частоте встречаемости стоят нарушения речевых функций (устной ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования). Речевые нарушения выявляются у 47,5% инвалидов трудоспособного возраста. При этом, в основном, в 27,5 % случаев это нарушения незначительные. У 12,2% граждан трудоспособного возраста, признанных инвалидами, выявлены умеренные речевые нарушения, выраженные нарушения определены у 7,5% и у 0,3% – значительно выраженные.

Под нарушениями психических функций понимаются нарушения сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных

функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений. Психические нарушения зафиксированы в бюро МСЭ у 16,8% инвалидов исследуемой группы. Такой относительно невысокий показатель отмеченных нарушений психических функций может быть объяснен тем обстоятельством, что Количественная система оценки, применяемая специалистами МСЭ бюро общесоматического профиля для объективизации степени нарушения психических функций, требует проведения углубленного диагностического обследования с участием медицинского психолога и психиатра. Вместе с тем, такая возможность имеется далеко не всегда. В данной группе преобладают также умеренные функциональные нарушения, наблюдаемые в 13% случаев. Затем следуют выраженные нарушения психических функций, определенные у 3,3% инвалидов трудоспособного возраста, и по 0,3% приходится на незначительные и значительно выраженные нарушения.

Таблица 16 – Нарушения статодинамических функций у первичных инвалидов вследствие церебральных инсультов с учетом единой шкалы МКФ

Домены нарушения функций по МКФ	Впервые признанные инвалидами вследствие ЦИ с нарушениями статодинамических функций и степень их выраженности по МКФ									
	всего		Незначительные (0-24%)		Умеренные (25-49%)		выраженные (50-95%)		Значительно выраженные (96-100%)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Нарушения статодинамических функций (N=345)	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
б710 Функции подвижности сустава	186	53,9	66	19,1	110	31,8	10	3,0	-	-
б730 Функции мышечной силы	287	83,2	97	28,1	69	20,0	97	28,1	24	6,9

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
б735 Функции мышечного тонуса	258	74,8	79	22,9	76	22,0	103	29,8	-	-
б740 Функции мышечной выносливости	304	88,1	90	26,1	90	26,1	110	31,9	14	4,1
б755 Функции произвольной двигательной реакции	332	96,2	35	10,5	166	48,1	107	31,1	24	7,0
б760 Контроль произвольных двигательных функций	339	98,3	38	11,1	176	51,1	97	28,1	28	8,1
б770 Функции стереотипа походки	331	96,0	41	11,8	169	49,0	90	26,1	31	8,9

Наиболее подробно исследованы нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамические) функции, так как данный вид нарушений функций у больных трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие перенесенного ЦИ превалирует.

Практически у всех инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ нарушен контроль произвольных двигательных функций б760 разной степени выраженности – в 98,2% случаев, наиболее часто умеренной степени – 51,1%. Выраженные нарушения составили 28,1%, незначительные нарушения – 11,1%, значительно выраженные – 8,1 % инвалидов, соответственно.

Кроме нарушения функций контроля произвольных двигательных функций, типичными для инвалидов вследствие ЦИ являются следующие статодинамические нарушения.

Функции произвольной двигательной реакции б755 страдают у 96,2% инвалидов. При этом, преобладают умеренные нарушения, которые составляют 48,1%, выраженные нарушения, незначительные и значительно выраженные нарушения составили 31,1%, 10,5% и 7,0% – соответственно.

У 96% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ нарушены функции стереотипа походки b770. Степень выраженности этих нарушений повторяет тенденцию, описанную выше. Так, умеренные нарушения преобладают и составляют 49%, выраженные нарушения, незначительные и значительно выраженные нарушения составили 26,1%, 11,8% и 8,9% – соответственно.

Функции мышечной выносливости b740 нарушены у 88,1% первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ. Причем на первое место выходят выраженные нарушения – 31,9%. По 26,1% приходится на умеренные и незначительные нарушения и 4,1% составляют значительно выраженные нарушения.

У 83,2% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ определены нарушения непосредственно нарушение функции мышечной силы b730, при этом незначительные и выраженные нарушения составили по 28%, умеренные – 20%, значительно выраженные – 6,9%.

Функции мышечного тонуса b735 нарушены у 74,8% первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ. Выраженные нарушения составили 29,8%, незначительные нарушения определены у 22,9% и умеренные – у 22% инвалидов соответственно.

В 53,9% случаев нарушены функции подвижности сустава b710. При этом, у 31,8% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ определены умеренные нарушения, в 19,1 % случаев – определяются незначительные нарушения и в 3% – выраженные нарушения.

Ведущими в оценке нарушений психических функций по МКФ являлись нарушения по доменам функции внимания b140 – у 99,7% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ, познавательные функции высокого уровня b164 – определены у 71% инвалидов, волевые и побудительные функции b130 – у 64,0% и умственные функции последовательных сложных движений b176 – у 51% первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ (таблица 17).

Таблица 17 – Нарушения психических функций у первичных инвалидов вследствие ЦИ с учетом единой шкалы МКФ

Домены нарушения функций по МКФ	Впервые признанные инвалидами вследствие ЦИ с нарушениями психических функций и степень их выраженности по МКФ									
	Всего		Незначительные (0-24%)		Умеренные (25-49%)		Выраженные (50-95%)		Значительные (96-100%)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Нарушения психических функций (N=345 человек)	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
b114 Функции ориентированности	34	9,8	27	7,8	7	2,0	-	-	-	-
b117 Интеллектуальные функции	4	1,2	-	-	-	-	4	1,2	-	-
b130 Волевые и побудительные функции	221	64,0	162	47	59	17,1	-	-	-	-
b140 Функции внимания	344	99,7	86	25	200	58	58	16,8	-	-
b144 Функции памяти	331	95,9	59	17,1	217	62,9	55	16	3	0,9
b152 Функции эмоций	66	19,1	-	-	-	-	66	19,1	3	0,9
b156 Функции восприятия	14	4,1	14	4	-	-	-	-	-	-

Продолжение таблицы 17

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
b164 Познавательные функции высокого уровня	245	71,0	165	47,8	76	22	-	-	-	-
b167 Умственные функции речи	107	31,0	38	34,2	45	13,0	24	6,9	-	-
b172 Функции вычисления	28	8,1	-	-	-	-	28	8,1	-	-
b176 Умственные функции последовательн ых сложных движений	176	51,0	90	26,1	86	25	-	-	-	-
b180 Функции самоощущения и ощущения времени	27	7,8	-	-	-	-	27	7,8	-	-

По степени выраженности, нарушения внимания распределились следующим образом: больше чем у половины ВПИ вследствие ЦИ определяются умеренные нарушения, что составило 58%, у 25% - незначительные и в 16,8% – выраженные нарушения.

Наряду с этим, умеренные нарушения памяти, по частоте встречаемости, также значительно преобладают и составляют 62,9%, 17,1% приходится на незначительные нарушения памяти, 16% - на выраженные и 0,9% - на значительно выраженные соответственно.

Познавательные функции высокого уровня определяются, в основном, в незначительной степени выраженности и составляют 47,8% среди ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ, у 22% первичных инвалидов данной категории выявляются умеренные нарушения.

Такая же закономерность наблюдается при исследовании нарушений волевых и побудительные функции. У 47% ЛТВ, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ, определены незначительные нарушения и у 17,1% – умеренные нарушения.

Нарушения функций ориентированности зафиксированы в 9,8% наблюдений. И это частичные нарушения, в основном незначительной степени (7,8%) и реже, умеренной (2,0%).

У ВПИ вследствие ЦИ интеллект с применением соответствующих методик оценивался лишь в 1,2 % случаев и это касалось выраженных нарушений.

Среди сенсорных нарушений у ВПИ вследствие ЦИ в большинстве случаев, выявлены нарушения доменов b265 функций осязания (57,1%) и b270 сенсорных функций, связанных с температурой и другими раздражителями (56%) (табл. 18) При этом, практически у половины ВПИ определены умеренные нарушения по данным показателям.

Таблица 18 – Нарушения сенсорных функций у первичных инвалидов вследствие церебрального инсульта с учетом единой шкалы МКФ

Домены нарушения функций по МКФ	Впервые признанные инвалидами вследствие ЦИ с нарушениями сенсорных функций и степень их выраженности по МКФ							
	всего		незначительные (0-24%)		умеренные (25-49%)		Выраженные (50-95%)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Сенсорные нарушения (n=345 чел)	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
b210 Функции зрения	152	44	135	39,1	17	4,9	-	-
b215 Функции структур, примыкающих к глазу	117	33,9	103	39	14	4,1	-	-
b260 Проприоцептивная функция	77	22,3	52	15,1	21	6,1	4	1,2
b265 Функция осязания	197	57,1	35	10,1	158	45,8	4	1,2

Продолжение таблицы 18

1	2	3	4	5	6	7	8	9
b270 Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями	193	56	38	11,0	155	45,0	-	-
b280 Ощущение боли	1	0,3	-	-	1	0,3	-	-

У 39% больных трудоспособного возраста, перенесших инсульт, отмечены незначительные нарушения по доменам b210 функции зрения и b215 функции структур, примыкающих к глазу.

У 22,3 % пациентов нарушены проприоцептивная чувствительность или мышечное чувство – ощущение положения отдельных частей собственного тела относительно друг друга в покое или в движении b260. Среди исследуемой группы больных преобладают незначительные и умеренные нарушения. В 1 случае определены умеренные нарушения по домену b280 ощущение боли (синдром таламической боли, синдром Дежерина—Русси).

В исследуемой группе в 10,4% случаев определены нарушения функций пищеварительной и урогенитальной систем (Таблица 19).

Таблица 19 – Нарушения отдельных функций пищеварительной и урогенитальной систем у первичных инвалидов вследствие церебрального инсульта с учетом единой шкалы МКФ

Домены нарушения функций по МКФ	всего		Впервые признанные инвалидами вследствие ЦИ с нарушениями сенсорных функций и степень их выраженности по МКФ					
			Незначительные 0-24%		Умеренные 25-49%		выраженные 50-95%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Нарушения функции выделения (n=345 чел)	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
b525 Функции дефекации	16	4,6	-	-	8	2,3	8	2,3

Продолжение таблицы 19

1	2	3	4	5	6	7	8	9
b620 Функции мочеиспускания	20	5,8	4	1,2	8	2,3	8	2,3

Нарушения функции мочеиспускания b620 определены у 5,8% больных трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ, а нарушения функции дефекации b525 – у 4,6%. При этом, умеренные нарушения функции дефекации, как и выраженные, определены в 2,3% наблюдений. По домену нарушений функций мочеиспускания – доля умеренных и выраженных нарушений также оказалась равной и составила – 2,3%. У 1,2% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ определены незначительные нарушения функции мочеиспускания.

Таблица 20 – Нарушения речевых функций у первичных инвалидов вследствие церебральных инсультов с учетом единой шкалы МКФ

Домены нарушения функций по МКФ	Впервые признанные инвалидами вследствие ЦИ с нарушениями речевых функций и степень их выраженности по МКФ									
	всего		незначительные (0-24%)		умеренные (25-49%)		выраженные (50-95%)		значительно выраженные (96-100%)	
Речевые нарушения (n=345)	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
b310 Функции голоса	26	7,5	14	53,8	4	15,4	8	30,8	0	0
b320 Функции артикуляции	176	51,0	107	60,8	52	29,5	17	9,7	0	0
b330 Функции беглости и ритма речи	245	71,0	114	46,5	86	35,1	45	18,4	0	0

Как видно из таблицы 20, в исследуемой группе чаще всего встречаются нарушения по домену b330 – функции беглости и ритма речи (в 71,0% случаев). По степени выраженности преобладают незначительные нарушения речевых функций по всем исследуемым доменам: артикуляции (домен b3200) – в 60,8%; 53,8% – приходится на незначительные нарушения функции голоса (домен b310); 46,5% – на функции беглости и ритма речи (домен b330).

В 35,1% случаев – выявлены стойкие умеренные нарушения функции беглости и ритма речи, у 29,5% инвалидов трудоспособного возраста имеются стойкие умеренные нарушения функции артикуляции.

Выраженные нарушения функций голоса зафиксированы в 30,8% наблюдений, в 18,4% - определяются выраженные нарушения функций беглости и ритма речи, в 9,7% – выраженные нарушения функции артикуляции.

Таким образом, для больных, впервые признанных инвалидами по последствиям ЦИ в трудоспособном возрасте, наиболее характерны следующие нарушения функций: статодинамические, речевые, психические и сердечно-сосудистой системы. При этом, среди статодинамических нарушений преобладают умеренные, они составляют 56,2%, а у каждого третьего, перенесшего мозговой инсульт и признанного инвалидом в трудоспособном возрасте, наблюдаются выраженные нарушения статодинамических функций организма. Практически у всех инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ нарушен контроль произвольных двигательных функций (по домену МКФ b760) разной степени выраженности – в 98,2% случаев и функции произвольной двигательной реакции (по домену МКФ b755) страдают у 96,2% инвалидов. Ведущими в оценке нарушений психических функций по МКФ являлись нарушения по доменам функции внимания b140 – у 99,7% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ, познавательные функции высокого уровня b164 – определены у 71% инвалидов, волевые и побудительные функции b130 – у 64,0% и умственные функции последовательных сложных движений b176 – у 51% первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ. Среди речевых нарушений чаще всего встречаются нарушения по домену b330 – функции

беглости и ритма речи (в 71,0% случаев). Наряду с этим, незначительные речевые нарушения по всем исследуемым доменам преобладают.

4.2 Ограничения жизнедеятельности: домены активности и участия инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта

Исследование жизнедеятельности первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ включало в себя изучение основных категорий жизнедеятельности и степени выраженности их ограничений по доменам активности и участия инвалидов в естественных жизненных ситуациях.

У всех инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ ограничена способность к трудовой деятельности в разной степени выраженности (Таблица 21). Наряду с этим, проявляются различные категории ОЖД и различные степени этих ограничений.

Таблица 21 – Количественная оценка ОЖД у первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта

Категория ОЖД N= 345 чел	всего		ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ (в%)							
			Отсутствует		первая		вторая		третья	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Самообслуживание	30 7	88, 9	38	11	18 3	53, 1	90	26, 1	34	9,8
Самостоятельное передвижение	31 4	91, 0	31	8,9	18 6	54, 0	86	24, 9	42	12,2
Общение	104	30,1	241	69,8	59	17,1	41	11,9	4	1,2
Ориентация	2	0,6	343	99,4	2	0,6	0		0	
Контроль за своим поведением	4	1,2	341	98,8	4	1,2	0		0	
Обучение	2	0,6	342	99,1	2	0,6	1	0,3	0	
Трудовая деятельность	345	100	0		193	56,0	107	31,0	45	13,0

У 91% инвалидов определено ограничение способности к самостоятельному передвижению, на третьем месте по частоте встречаемости стоит ограничение способности к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены – определено у 88,9 % инвалидов трудоспособного возраста.

Ограничение способности к общению зафиксировано в 30,1% случаев. Контроль за своим поведением ограничен в 1,2% наблюдений и ограничения способности к обучению и ориентации оказались одинаково распределены по частоте встречаемости – в 0,2% случаев.

При этом, по всем категориям жизнедеятельности преобладают ограничения 1 степени.

Так, ограничения способности:

- к самообслуживанию 1 степени определены в 53,1%, 2 степени – в 26,1% и 3 степени – в 9,8% случаев соответственно;
- к самостоятельному передвижению 1 степени определены в 54,0%, 2 степени – в 24,9% и 3 степени – в 12,2% наблюдений;
- к общению 1 степени определены в 17,1%, 2 степени – в 11,9% и 3 степени – в 1,2% случаев;
- к трудовой деятельности 1 степени определены в 56%, 2 степени – в 31,0% и 3 степени – в 13% наблюдений.

Согласно количественной оценке, используемой специалистами МСЭ, согласно МКФ, определитель потенциальной способности индивида к определенному виду деятельности используется в соответствии со следующей шкалой:

xxx.0 НЕТ затруднений (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%

xxx.1 ЛЕГКИЕ затруднения (незначительные, слабые,...) 5-24%

xxx.2 УМЕРЕННЫЕ затруднения (средние, значимые,...) 25-49%

xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (высокие, интенсивные,...) 50-95%

xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (полные,...) 96-100%

Международная классификация функционирования в реабилитации больных и инвалидов вследствие ЦИ необходима для установки реабилитационного диагноза. В целях оптимизации использования МКФ ниже приведена таблица, в которой перечислены домены МКФ, описывающие аспекты функционирования, которые могут быть использованы для создания алгоритма осмотра и описания пациента.

Двигательные нарушения в результате инсульта ухудшают мобильность пациента, ограничивают его участие в повседневной активности и выполнение своей роли в обществе, снижают шансы возврата к профессиональной деятельности. Раздел МКФ «Мобильность» относится к движению, посредством изменения положения тела или перемещения с одного места на другое; переносу, перемещению или манипуляции объектами; ходьбе, бегу, преодолению препятствий и использованию различных видов транспорта.

Ограничение мобильности у первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ обусловлены затруднениями при поддержании положения тела (d415), которые определены от легкой до значительно выраженной степени у 96,9% первичных инвалидов, затруднениями в изменении позы тела (d410) – 95%, затруднениями при совершении точных движений кистью (d440) – 82,9%, затруднениями при ходьбе (d450) – 82%, затруднениями при перемещении тела (d420) – 62,9%, соответственно (Таблица 22).

Таблица 22 – Затруднения, связанные с мобильностью у первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ с учетом единой шкалы МКФ

Степень выраженности затруднений N=345	Домены элементов мобильности по МКФ									
	d410 Изменение позы тела		d415 Поддержание положения тела		d420 Перемещение тела		d440 Использование точных движений кисти		d450 Ходьба	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
нет	17	4,9	11	3,1	13	37,1	59	17,1	62	18,0
легкие	93	27,0	31	9,0	38	11,0	35	10,1	76	22,0
умеренные	128	37,1	169	49,0	165	47,8	117	33,9	87	25,2
тяжелые	83	24,1	103	29,9	91	26,4	93	27,0	89	25,8
абсолютные	24	7,0	31	9,0	38	11,0	41	11,9	31	9,0

Как видно из таблицы, в целом, преобладают умеренные затруднения по всем исследуемым доменам мобильности. Так, на первом месте по частоте наблюдений находятся умеренные затруднения по домену d415 поддержание положения тела – у 49% инвалидов (выраженные нарушения в данной категории составили 29,9%, а значительно-выраженные и легкие – по 9,0%), умеренные нарушения домена d420 Перемещение тела – определяются в 47,8% случаев (выраженные нарушения в данной категории составили 27,0%, а значительно-выраженные и легкие – по 11 %); 33,9% – составляют умеренные нарушения в домене d440 Использование точных движений кисти. (выраженные нарушения в данной категории составили 27%, значительно-выраженные – определены у 11,9% больных и инвалидов, легкие – составили 10,1%, полностью отсутствуют либо изменения ничтожные – у 17,1% пациентов.

Раздел МКФ «Самообслуживание» относится к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье.

Таблица 23 – Затруднения при самообслуживании у первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ с учетом единой шкалы МКФ

Степень выраженности затруднений N=345	Домены элементов самообслуживания по МКФ									
	d510 Мытье		d520 Уход за частями тела		d530 Физиологические отправления		d540 Одевание		d550 Прием пищи	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
всего	318	92,2	311	90,1	255	73,9	304	88,1	255	73,9
легкие	66	19,1	73	21,2	24	7,0	124	36,0	21	6,1
умеренные	128	37,1	114	33,0	107	31,0	63	18,3	112	32,5
тяжелые	79	23,0	83	24,1	100	29,0	79	23,0	82	23,8
абсолютные	45	13,0	41	11,9	24	7,0	38	11,0	40	11,6

Как видно из таблицы 23, также, как и в вышеприведённых данных, у лиц трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие ЦИ, преобладают умеренные затруднения самообслуживания по всем исследуемым доменам МКФ.

Наиболее часто нарушения определены по домену d510 мытье.

Среди нарушений по домену d510 мытье, чаще всего фиксировались умеренные нарушения – в 37,1%, случаев, выраженные нарушения и значительно-выраженные – в 23% и 13% наблюдений соответственно. В 7,8% нарушения по данному домену в исследуемой группе не наблюдались, у 19,1% инвалидов трудоспособного возраста зафиксированы незначительные нарушения по данному домену.

На втором месте по частоте встречаемости, находятся нарушения активности по домену d520 уход за частями тела, которые распределились следующим образом: в 30% случаев – умеренные нарушения, у 24,1% – выраженные нарушения, 11,9% приходится на значительно-выраженные нарушения. В 9,9% наблюдений – нарушения по этому домену не наблюдались, у 21,2% инвалидов – наблюдаются незначительные нарушения.

По домену d530 физиологические отправления наблюдается такая же тенденция, как и по другим доменам самообслуживания. Превалируют умеренные нарушения, которые составляют 31%, на втором месте по частоте встречаемости стоят выраженные нарушения функций выделения – 29%, значительно выраженные нарушения составили 7%, у 17% выявляются незначительные нарушения по данному домену, и у 26% инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ данные нарушения не выявляются.

По домену d540 одевание преобладают незначительные затруднения, которые составляют 36%, 23% – приходится на выраженные затруднения, 18,6% – составляют умеренные затруднения, у 11,9% инвалидов – затруднения в данном домене не обнаруживаются, а у 11% – определяются значительно выраженные затруднения.

По домену d550 прием пищи затруднения распределились следующим образом. На первом месте по частоте встречаемости стоят, как и в большинстве других доменов самообслуживания, умеренные – 32,5%, в 26,1% случаев нарушения не зафиксированы, у 23,8% инвалидов наблюдаются выраженные затруднения по данному домену, у 11,6% – значительно выраженные, у 6,1% – незначительные затруднения.

В ходе исследования также проанализированы данные по затруднениям способности к общению, которые нашли отражение в приведенной ниже таблице 24.

Таблица 24 – Нарушения общения у первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦЦ с учетом единой шкалы МКФ

Степень выраженности и затруднений N=345	Домены элементов общения по МКФ							
	d310 Восприятие устных сообщений при общении		d330 Речь		d350 Разговор		d360 Использование средств связи и техник общения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
нет	76	22,0	245	71,0	201	58,3	274	79,4
легкие	31	8,9	121	35,1	114	33,0	138	40,0
умеренные	31	9,0	86	25,0	52	15,1	73	21,2
тяжелые	14	4,1	38	11,0	35	10,1	42	12,2
абсолютные	0	0	0	0	0	0	21	6,1

Как видно из таблицы 24, затруднения по домену d310 восприятие устных сообщений при общении у 78% инвалидов не определяются либо не нашли своего отражения в изучаемых данных, умеренные затруднения зафиксированы у 9,0% инвалидов, у 4,1% – определяются (описаны) выраженные затруднения, в 8,9% – незначительные. Значительно выраженные нарушения отмечаются по домену d360 использование средств связи и техник общения и составляют 6,1% случаев, в 21,2% случаев выявлены умеренные затруднения по данному домену, в 12,2% – выраженные, в 40% – незначительные затруднения и в 20,6% случаев затруднения не зафиксированы.

По домену d330 речь в исследуемой группе преобладают незначительные затруднения (35%), у 25% инвалидов трудоспособного возраста определяются умеренные затруднения, у 11% – выраженные – в 29% случаях затруднения не зафиксированы. И по домену d350 разговор в подавляющем большинстве случаев, затруднения не определены (41,7%), незначительные нарушения встречаются в 33% случаев, в 15,1% - умеренные, в 10,1% случаев – выраженные, значительно выраженные – не определяются.

Таким образом, для ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ характерны следующие ОЖД: способность к трудовой деятельности нарушена в 100% случаев, к самостоятельному передвижению – в 91% наблюдений, к самообслуживанию – в 88,9%.

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

Проведенное исследование по доменам самообслуживания показало наличие затруднений к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье. В исследуемой группе наиболее часто нарушения определены по домену d510 мытье (92,2%). На втором месте по частоте встречаемости, находятся нарушения активности по домену d520 уход за частями тела (90,1%). Затруднения по домену d540 одевание определены у 88,1 инвалидов. Стойкие нарушения способностей осуществлять прием пищи и физиологические отправления зафиксированы в равном количестве наблюдений, что составило – 73,9 % соответственно.

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

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

4.3 Потребность больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в реабилитационных мероприятиях

Изучены потребности инвалидов трудоспособного возраста в различных видах реабилитации в сравнении с лицами старше трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие ЦИ.

Всем гражданам трудоспособного возраста, признанным инвалидами вследствие ЦИ, были разработаны ИПРА.

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

Таблица 25 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мероприятиях медицинской реабилитации

Реабилитационные мероприятия	ВПИ вследствие церебрального инсульта				
	Всего (N=3186)	ЛТВ (N=1044)		ЛСТВ (N=2142)	
		абс	На 100 чел	абс	На 100 чел
Медицинская реабилитация	3186	1044	100	2142	100
Реконструктивная хирургия	21	5	0,5	16	0,7
Протезирование и ортезирование	23	3	0,3	20	1,0
Санаторно-курортное лечение	2549	949	90,9	1600	74,7

Потребность первичных инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге в реконструктивной хирургии составила 0,5% среди всех инвалидов данного возраста вследствие ЦИ. Статистически значимых различий показателей, в сравнении с инвалидами старше трудоспособного возраста, не выявлено.

Мероприятия по ортезированию и протезированию были рекомендованы 0,3% инвалидам трудоспособного возраста, старше трудоспособного возраста такие рекомендации были даны в 1,0% случаев.

Санаторно-курортное лечение инвалидам трудоспособного возраста вследствие ЦИ рекомендовано в 90,9%, что на 16,2% больше чем соответствующих рекомендаций, данных первичным инвалидам вследствие ЦИ старше трудоспособного возраста, что возможно связано с наличием противопоказаний к санаторно-курортному лечению у ЛСТВ по сопутствующей патологии и тяжестью соматического состояния.

В профессиональной реабилитации нуждались 49% всех ВПИ вследствие ЦИ, из них главные рекомендации касались содействия трудоустройства – 48,6%. У ЛТВ эти показатели в 3 раза выше, чем у ЛСТВ.

Таблица 26 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мероприятиях профессиональной реабилитации

Реабилитационные мероприятия	Всего инвалидов по ЦВБ в 2017 (N=3186)		ЛТВ (N=1044)		ЛСТВ (N=2142)	
	абс.	на 100 чел %	абс.	на 100 чел %	абс.	на 100 чел %
Профессиональная реабилитация	1560	49	932	89,2	628	29,3
Профессиональная ориентация	789	24,7	700	67,0	89	4,2
Рекомендации по условиям обучения	652	20,5	594	57,0	58	2,7
Содействие в трудоустройстве	1549	48,6	923	88,4	626	29,2
Трудоустройство в обычных условиях труда	831	26,1	604	58,0	337	15,7
Трудоустройство в специально-созданных условиях	591	18,5	319	30,6	289	13,5

Содействие в трудоустройстве рекомендовано инвалидам трудоспособного возраста в 88,4%, тогда как аналогичный показатель среди лиц старше трудоспособного возраста в 3 раза ниже и составляет 29,2%. При этом, более чем в 3,5 раза чаще рекомендовано трудоустройство в обычных производственных условиях инвалидам трудоспособного возраста – в 58% по сравнению с инвалидами пенсионного возраста, среди которых этот показатель составляет 15,7%. Трудоустройство в специально-созданных условиях лицам трудоспособного возраста рекомендовано в 30,6% случаев, данный показатель у ЛСТВ более чем в 2 раза меньше и составляет 13,5%. Ещё более наглядное превышение числа рекомендаций ЛТВ по сравнению с ЛСТВ наблюдается по профессиональной ориентации – в 11 раз, а также по рекомендациям по условиям обучения – более чем в 20 раз чаще такие рекомендации были даны инвалидам трудоспособного возраста.

В мероприятиях социальной реабилитации нуждались 98% ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ.

На первом месте, как у лиц трудоспособного возраста, так и у граждан пенсионного возраста, признанных инвалидами вследствие ЦИ, стоят рекомендации по социально-средовой реабилитации. Следует отметить, что данный показатель у ЛСТВ несколько выше и составляет 85% (у ЛТВ – 81,2%). На втором месте по частоте встречаемости, стоят рекомендации по социально-психологической реабилитации, что составило 76,1%. У ЛТВ этот показатель выше – 78,5% по сравнению с ЛСТВ – 75% (Таблица 27).

Таблица 27– Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мероприятиях социальной реабилитации

Реабилитационные мероприятия	Всего инвалидов по ЦВБ (N=3186)		ЛТВ (N=1044)		ЛСТВ (N=2142)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Социально-бытовая реабилитация	1891	59,4	519	49,7	1372	64,1
Социально-средовая реабилитация	2669	83,8	848	81,2	1821	85,0
Социально - психологическая реабилитация	2425	76,1	820	78,5	1605	75,0
Социокультурная реабилитация	1480	46,5	499	47,8	981	45,8
Предоставление услуг по переводу русского жестового языка	1	0,1	-	-	1	0,1

Определена нуждаемость в мероприятиях по социально-бытовой реабилитации 59,4 % ВПИ вследствие ЦИ. При этом, у ЛТВ этот показатель – 49,7% ниже аналогичного значения у ЛСТВ – 64,1%.

Рекомендации по социокультурной реабилитации даны 46,5% ВПИ вследствие ЦИ: ЛТВ – в 47,8% и ЛСТВ – в 45,8% соответственно. Как видно, у первичных инвалидов трудоспособного возраста этот показатель выше.

Технические средства реабилитации были рекомендованы 81,6% ВПИ вследствие ЦИ, этот показатель в 2,5 раза выше, чем аналогичное значение среди всех ВПИ (30%). Следует отметить, что этот показатель среди ЛТВ в 1,4 раза ниже, чем у ЛСТВ (65,6% и 89,5% – соответственно).

На первом месте по частоте определения нуждаемости в обеспечении ТСР стоят рекомендации в обеспечении тростями опорными и поручнями, что составило 72,2% (Таблица 28.). При этом, у ЛСТВ этот показатель (80,1%) в 1,4 раза превышает аналогичное значение среди ЛТВ (56,1%).

В обеспечении креслом-коляской нуждаются 7% всех ВПИ вследствие ЦИ. Среди первичных инвалидов старше трудоспособного возраста этот показатель выше в 1,3 раза, чем у ЛТВ (7,5% и 5,9% – соответственно).

Обеспечение абсорбирующим бельём и подгузниками рекомендовано каждому десятому первичному инвалиду, причем, лицам пенсионного возраста, признанными инвалидами вследствие ЦИ, абсорбирующие средства рекомендованы почти в 4,5 раза (в 13% случаев) чаще, чем первичным инвалидам трудоспособного возраста (в 2,9% – соответственно).

Противопролежневые матрасы и подушки рекомендованы всем 5,7% всех ВПИ вследствие ЦИ. Нуждаемость в обеспечении этими видами ТСР среди ЛСТВ в 4,2 раза превысила этот показатель у ЛТВ (7,5% и 1,8% соответственно).

Обеспечение ТСР за счет средств за счет средств регионального бюджета и иных источников рекомендовано 30,3% ВПИ вследствие ЦИ. При этом чаще в этом нуждались ЛСТВ (35,2%), что в 1,8 раз больше чем среди ЛТВ (20,3%).

Таблица 28 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в технических средствах реабилитации

Реабилитационные мероприятия	Всего инвалидов по ЦВБ (N=3186)		ЛТВ (N=1044)		ЛСТВ (N=2142)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
1	2	3	4	5	6	7
ТСР за счет средств федерального бюджета	260 1	81, 6	685	65,6	1916	89,5

1	2	3	4	5	6	7
в том числе, трости опорные и тактильные костыли, опоры, поручни	230 1	72, 2	586	56,1	1715	80,1
кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные	222	7	62	5,9	160	7,5
противопролежневые матрацы и подушки	180	5,7	19	1,8	161	7,5
абсорбирующее бельё, подгузники	309	10	30	2,9	279	13
ТСР за счет средств за счет средств регионального бюджета и иных источников	965	30, 3	212	20,3	753	35,2

Заключения о наличии: медицинских показаний для приобретения инвалидом транспортного средства за собственный счет либо за счет других разрешенных законом источников было вынесено в отношении 1 инвалида трудоспособного возраста вследствие ЦИ.

Мероприятия по физкультурно-оздоровительной реабилитации были рекомендованы каждому четвертому больному, впервые признанному инвалидом вследствие ЦИ (Таблица 29).

Таблица 29 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мероприятиях по физкультурно-оздоровительной реабилитации

Реабилитационные мероприятия	Всего инвалидов по ЦВБ (N=3186)		ЛТВ (N=1044)		ЛСТВ (N=2142)	
	Абс	на 100 ВПИ %	абс	на 100 ВПИ %	абс	на 100 ВПИ %
Рекомендации по нуждаемости в физкультурно-оздоровительных мероприятиях и спорте	805	25,3	324	31,0	481	22,5

Нуждаемость в физкультурно-оздоровительных мероприятиях и спорте определялась в 1,4 раза чаще ЛТВ (31%), впервые признанными инвалидами вследствие ЦИ по сравнению с ЛСТВ (22,5%).

Каждый третий первичный инвалид вследствие ЦИ нуждался в различных видах помощи, представленных в таблице 30.

Таблица 30 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в различных видах помощи

Виды помощи	Всего инвалидов по ЦИ (N=3186)		ЛТВ (N=1044)		ЛСТВ (N=2142)	
	абс	На 100 ВПИ %	абс	на 100 ВПИ %	абс	на 100 ВПИ %
1	2	3	4	5	6	7
Оказание необходимой помощи инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, оформления документов	1272	40	386	30,3	886	41
Оказание необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, оформления документов	80	2,5	24	2,3	56	2,6
Помощь инвалиду по слуху – глухому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур	1	0,03	-		1	0,03
Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно-выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в том числе с использованием кресло-коляски	257	8,1	50	4,8	207	9,7
Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно-выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур	23	0,7	7	0,7	16	0,8

Продолжение таблицы 30

1	2	3	4	5	6	7
Сопровождение инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур	1	0,03	-		1	0,03
Помощь инвалиду, передвигающемуся в кресло-коляске на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур	150	0,5	29	2,8	121	5,7

В оказании необходимой помощи инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, оформления документов нуждались 40% ВПИ вследствие ЦИ. Этот показатель у ЛТВ составил 30,3%, что в 1,3 раза ниже аналогичного показателя среди ЛСТВ – 40,1%.

Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно-выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в том числе с использованием кресло-коляски, была рекомендована 8,1% ВПИ по последствиям ЦИ. При этом инвалиды старше трудоспособного возраста нуждались в такой помощи в 2 раза чаще (9,7%), чем ЛТВ (4,8%).

В 0,7% всех ВПИ вследствие ЦИ была рекомендована помощь при выраженных, значительно-выраженных ограничениях в самообслуживании вследствие нарушения функции верхних конечностей на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

Таким образом, ВПИ трудоспособного возраста вследствие ЦИ в 100% случаев нуждались в медицинской реабилитации, в профессиональной – 89,2%, в социальной – в 98%, в обеспечении ТСР – 65,6%, и в видах помощи (технологиях постреабилитационного сопровождения) – нуждаются 30,3% первичных инвалидов вследствие ЦИ.

В сравнении с ЛСТВ у ЛТВ, впервые признанных инвалидами:

- в 3 раза чаще определена потребность в мерах профессиональной реабилитации;
- более чем в 3,5 раза чаще рекомендовано трудоустройство в обычных производственных, в специально-созданных условиях – более чем в 2 раза;
- по профессиональной ориентации – чаще в 11 раз;
- по рекомендациям по условиям обучения – более чем в 20 раз;
- в 1,4 раза чаще – в физкультурно-оздоровительных мероприятиях;
- рекомендации по социальной реабилитации незначительно различаются;
- у ЛТВ незначительно превышают рекомендации по социально-культурной (ЛТВ – в 47,8% и ЛСТВ – в 45,8%) и социально-психологической реабилитации (ЛТВ – в 77,5% и ЛСТВ – в 75%);
- нуждаемость в обеспечении ТСР среди ЛТВ в 1,4 раза ниже, чем у ЛСТВ;
- нуждаемость в медицинской реабилитации определена в 100% по всем возрастным категориям.

ГЛАВА V МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

5.1. Особенности разработки и реализации реабилитационных мероприятий инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в Санкт-Петербурге

В Санкт-Петербурге за 2015-2019 годы всем инвалидам трудоспособного возраста вследствие ЦИ были разработаны индивидуальные программы реабилитации, всего – 9 957 ИПРА.

Из их числа, впервые – 35,4 % программ, что составило 3 523 ИПРА, повторно – 64,6%, что составило 6 434 ИПРА (Таблица 31).

Таблица 31 – Показатели разработанных программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта

Год	Показатели разработанных программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта					
	Всего		Первично		Повторно	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	2128	100	691	32,5	1437	67,5
2016	2038	100	731	35,9	1307	64,1
2017	2127	100	768	36,1	1359	63,9
2018	1836	100	690	37,6	1146	62,4
2019	1828	100	643	35,2	1185	64,8
М хрон.	1991	–	704	–	1287	–

За исследуемый период среднее число ИПРА, разрабатываемых гражданам трудоспособного возраста, перенесшим ЦИ и признанных инвалидами, составило 1991 ИПРА в год. При этом, средний показатель первично разработанных ИПРА составил 704 в год, повторно – 1287 в год соответственно.

Количество разработанных ИПРА гражданам трудоспособного возраста, впервые признанным инвалидами вследствие ЦИ увеличивалось к 2018 г. в 1,2 раза с 32,5% в 2015 г. до 37,6% в 2018 г., с некоторым снижением в 2019 г. до 35,2%. Вместе с тем, число разработанных ИПРА гражданам трудоспособного возраста, повторно признанным инвалидами вследствие ЦИ уменьшилось в 2018г. по отношению к 2015г. 67,5,5% в 2015г. до 62,4% в 2018г., с незначительным увеличением в 2019г. до 64,8%. Данная тенденция повторяет ежегодные колебания общей численности впервые и повторно признанных инвалидами граждан, перенесших ЦИ.

Многоаспектный характер реабилитационной деятельности определяет участие в ней разных специалистов, ведомств, служб, фондов и общественных организаций.

В Российской Федерации постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294 утверждена Государственная программа «Развитие здравоохранения», в которой особое внимание уделено ранней диагностике, своевременному лечению и реабилитации больных после с церебральными инсультами.

Так, согласно пункту 2,5 программы, одним из основных мероприятий является совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями, включая снижение смертности от инсульта (ЦВЗ) и совершенствование в субъектах РФ схем маршрутизации пациентов с сосудистыми заболеваниями; развитие сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров; подготовка и переподготовка медицинских кадров для первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров.

В целях снижения инвалидизации и смертности населения от ОНМК в рамках реализации мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями государственной программы «Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2015-2020 годы", утвержденной постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 30.06.2014 N 553, в Санкт-Петербурге создан Центр профилактики инсульта на базе

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Городской консультативно-диагностический центр N 1" (далее - СПб ГБУЗ "ГКДЦ N 1").

В настоящее время в России разработана и нормативно закреплена организационная модель оказания медицинской помощи больным, в том числе и церебральным инсультом, которая утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012г. N 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

Порядок организации медицинской реабилитации, в т. ч. больных, перенесших ЦИ и признанных впоследствии инвалидами, до 01.01.2021 года был утвержден приказом Минздрава России № 1705н от 29.12.2012г.

Оказание медицинской помощи больным с ЦИ осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, который продолжается в медицинской организации в стационарных условиях, далее - в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе восстановительного лечения, центрах восстановительной медицины и реабилитации, медицинской и социальной реабилитации, санаторно-курортных учреждениях.

По окончании стационарного лечения, предусмотренного стандартами медицинской помощи при состояниях, отнесенных к ЦИ, дальнейшие тактика ведения и реабилитации больного с ЦИ определяются врачебным консилиумом.

По решению консилиума больной должен быть направлен в 1 из 4-х видов медицинских организаций:

- амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники городские, центральные районные, физиотерапевтические, восстановительного лечения), врачебно-физкультурные диспансеры;
- санаторно-курортные учреждения, центры, в том числе научно-практические;
- отделения реабилитации больничных учреждений (городские, районные, центральные городские, центральные районные, областные, краевые, республиканские, окружные больницы), специализированные больницы восстановительного лечения, курортные больницы;

- специализированные больничные учреждения (гериатрические), дома (больницы) сестринского ухода, хосписы или выписывать домой под наблюдение медицинского работника по месту жительства.

В 2018г. в Санкт-Петербурге в выявлении, диагностике и лечении ЦИ принимали участие 19 крупных медицинских организаций, имеющих в своем составе неврологические койки, койки для лечения больных с ОНМК, сосудистые койки, нейрохирургические койки.

В соответствии с федеральной статистической отчетностью (ф. 30) в Санкт-Петербурге в 2018г. развернуто 8 реабилитационных сосудистых центров и 6 первичных сосудистых отделений (ПСО) в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти Санкт-Петербурга (ИОГВ).

В Санкт-Петербурге стационары, участвующие в оказании помощи пациентам с ЦИ, представлены двумя типами учреждений. В стационарах, содержащих в структуре ПСО, доступно экстренное проведение нейровизуализации, проведение тромболитической терапии. В стационарах, содержащих в структуре реабилитационные сосудистые центры (РСЦ), доступны в дополнение к перечисленному, экстренная нейрохирургическая помощь, выполнение эндоваскулярных вмешательств (селективный тромболизис, тромбэкстракция).

С 2014г. определена приоритетная госпитализация пациентов с подозрением на ЦИ в сосудистые центры, в том числе при возникновении признаков инсульта у пациентов, находящихся на лечении (госпитализированных с другим диагнозом) в стационарах, не имеющих в своем составе РСЦ/ПСО. Все направленные пациенты обследуются в соответствии с требованиями Порядка оказания медицинской помощи больным с ЦИ. По данным собственного мониторинга общее число пациентов, направленных с диагнозом ЦИ, значительно превышает число пациентов, имеющих актуальный диагноз ЦИ: от 25% (n=7 504, 2015 г.) до 34% (n=11 549, 2018 г.). Из этих пациентов острая патология исключалась в 80% случаев.

Профильная госпитализация при инсульте в течение последних трех лет превышает 90% (92,3% в 2018г.). Абсолютное число пациентов с ЦИ, госпитализированных в терапевтическое окно, ежегодно возрастает, однако доля госпитализированных не превышает 30% (2018г.). Более 60% пациентов госпитализируется позднее 3 часов после первых признаков острой церебральной ишемии.

В работу РСЦ активно внедрены современные методы эндоваскулярного лечения в остром периоде заболевания – тромболитическая терапия (5,3%, n= 934, 2018г.) и тромбэкстракция/тромбаспирация (2,3%, n=449, 2018г.).

Внедрение эндоваскулярных методов лечения при ишемическом инсульте значительно расширило возможность патогенетического лечения больных с острым ишемическим инсультом, обусловленным окклюзией крупных церебральных артерий. Исторически в Санкт-Петербурге этот вид специализированной медицинской помощи организовался на платформе сосудистых центров, имеющих достаточные возможности для внутрисосудистой диагностики и лечения острой ишемии мозга. Изолированное применение хирургических методов внутрисосудистого восстановления мозгового кровотока в сети сосудистых центров Санкт-Петербурга динамично возрастает. В период с 2013г. по 2017г. было проведено 8, 25, 57, 130 и 225 процедур внутрисосудистой экстракции (ВСТЭ) соответственно. С 2017г. активно внедрена практика совместного применения ВТТ и ВСТЭ (bridging), в течение 2018г. число совместных процедур тромбэмболэктомии и системного тромболизиса достигло 144 случая.

Все учреждения, участвующие в оказании помощи пациентам с ОКС и ЦИ в соответствии с распоряжениями Комитета по здравоохранению, оснащены в соответствии с действующими Порядками оказания медицинской помощи. Регулярный контроль проводится в ходе плановых проверок Росздравнадзора, а также осуществляется Комитетом по здравоохранению, главными внештатными специалистами Комитета по здравоохранению по соответствующим профилям медицинской помощи, а также в ходе выездных мероприятий главных

внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Доля рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС в 2018 году, составила 79,1%.

В 21 медицинской организации Санкт-Петербурга в 2018 г. выполнено 16 606 ангиопластик коронарных артерий, из них 15 551 вмешательство проведено с использованием стентов (93,6 %). В 7 медицинских организациях в 2018 г. выполнено 213 эндоваскулярных тромбэкстракций при инфаркте головного мозга.

На догоспитальном этапе помощь пациентам с ОКС осуществляется врачебными и фельдшерскими бригадами скорой и неотложной медицинской помощи (СМП), в том числе специализированными реанимационными бригадами. В настоящее время в 46 медицинских организациях развернуто 2 025 выездных бригад для оказания СМП, из них 160 – специализированных (7,9%), из которых 124 анестезиологическо-реаниматологических бригад (5,8% от всего количества выездных бригад).

В настоящее время "Городская больница № 40 Курортного района" является одним из ключевых медицинских учреждений Северо-Запада России, в котором оказывают комплексную помощь людям с различными заболеваниями. Одним из основных направлений клиники является восстановительное лечение и реабилитация. В частности, здесь "поднимают на ноги" людей, которые, после инсульта потеряли какую-либо надежду на выздоровление.

Городской центр восстановительной медицины и реабилитации открылся на базе "Городской больницы № 40 Курортного района" 40 лет назад. За это время медики помогли вернуться к жизни более 250 000 человек. Сегодня в центре функционирует 7 отделений реабилитации, а также ряд вспомогательных подразделений, предлагающих целый спектр медицинских услуг.

Одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов является развитие

стационаро- замещающих форм медицинской помощи (дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, стационаров на дому).

Дневной стационар позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать кадровые ресурсы амбулаторно-поликлинического звена. Данная форма обслуживания более доступна пациентам без ущерба для объема и качества медицинской помощи.

Основными целями при организации оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга являются:

- повышение качества и доступности медицинской помощи;
- повышение роли профилактической медицины.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях организована работа кабинетов (пунктов) по оказанию неотложной помощи в часы работы поликлиники (с 8.00 до 20.00 часов). Кабинеты оснащены в соответствии с табелем оснащения бригады неотложной медицинской помощи. Разработаны стандарты оказания неотложной медицинской помощи больным с ЦИ, определены поводы для вызова бригады неотложной помощи.

Согласно положениям статьи 11 Федерального закона Российской Федерации от 25.11.1995г. № 181-ФЗ необходимый объем оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности определяется специалистами федеральных учреждений МСЭ при формировании - ИПРА инвалида.

Форма ИПРА инвалида утверждена приказом Минтруда России от 13 июня 2017г. № 486-н.

Наиболее актуальными для инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ определены:

- мероприятия по медицинской реабилитации (потребность составила 100%);
- «мероприятия по профессиональной реабилитации» (потребность составила 89,2%);
- «мероприятия по социальной реабилитации» (потребность составила 98%);
- «технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР)» - (потребность составила 65,6%).

При разработке ИПРА инвалида существенное значение имеет технология реабилитационно-экспертной диагностики. Для инвалидов вследствие ЦИ реабилитационно-экспертная диагностика включает следующие этапы:

- 1) клинико-функциональную диагностику: определение стойкости, вида и степени нарушений функций организма гражданина;
- 2) сбор и изучение социальных, профессионально-трудовых и психологических данных методами опроса, интервьюирования, запроса документов, обследования на дому, имитации и др.;
- 3) оценку социального, профессионально-трудового, психологического статусов гражданина;
- 4) оценку прогноза и потенциала восстановления или компенсации жизнедеятельности инвалида (реабилитационного потенциала и прогноза);
- 5) оценку категории и степени ОЖД;
- 6) оценку факторов окружающей среды: барьеров, затрудняющих реализацию жизнедеятельности инвалида, облегчающих факторов (в т.ч. возможностей реабилитационной инфраструктуры);
- 7) оформление данных в экспертной документации;
- 8) принятие соответствующих решений: о факте инвалидности, о потребности в мерах реабилитации или абилитации.

Определены три группы критериев для реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ:

- 1) Клинико-функциональные критерии (по смыслу, медицинские показания и противопоказания) и психофизиологические критерии, которые выявляют в результате клинико-функциональной диагностики и психофизиологической

диагностики в учреждении МСЭ с учетом сведений, полученных из медицинской организации.

2) Критерии активности и участия (жизнедеятельности), которые диагностируют путем проведения социальной, профессионально-трудовой, психолого-педагогической и иных видов диагностики.

3) Критерии окружающей среды.

Наиболее значимыми для разработки ИПРА инвалидам трудоспособного возраста вследствие ЦИ в учреждениях МСЭ определены: нейромышечные, скелетные и связанные с движением статодинамические (домены по МКФ b710, функции подвижности сустава; b730 функции мышечной силы; b735 функции мышечного тонуса; b740 функции мышечной выносливости; b755 функции произвольной двигательной реакции; b760 контроль произвольных двигательных функций; b770 функции стереотипа походки), речевые (домены b310 функции голоса, b320 функции артикуляции, b330 функции беглости и ритма речи), психические (домены b114 функции ориентированности; b117 интеллектуальные функции; b130 волевые и побудительные функции; b140 функции внимания; b144 функции памяти; b152 функции эмоций; b156 функции восприятия; b164 познавательные функции высокого уровня; b167 умственные функции речи; b172 функции вычисления; b176 умственные функции последовательных сложных движений; b180 функции самоощущения и ощущения времени), сенсорные (домены b210 функции зрения; b215 функции структур, примыкающих к глазу; b260 проприоцептивная функция; b265 функция осязания; b270 сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями; b280 ощущение боли), функций сердечно-сосудистой системы, пищеварительной (домены b525 функции дефекации), мочевыделительной систем (b620 функции мочеиспускания), степень выраженности которых оценивалась от 40-100% по Классификациям и критериям из приказа Минтруда РФ 585н.

При диагностике активности и участия наиболее значимыми ОЖД у инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ были способности к самообслуживанию (домены d510 мытье, d520 уход за частями тела, d530

физиологические отправления, d540 одевание, d550 прием пищи), передвижению (домены d410 изменение позы тела. d415 поддержание положения тела, d420 перемещение тела, d440 использование точных движений кисти. d450 ходьба), к общению (домены d310 восприятие устных сообщений при общении, d330 речь, d350 разговор, d360 использование средств связи и техник общения), ориентации, обучению, контролю за своим поведением 1,2,3 степени.

Из факторов, необходимых для оценки естественной жизненной ситуации инвалида трудоспособного возраста вследствие ЦИ при разработке ИПРА, были:

- e110-199 продукции и технологии (пользование техническими средствами для передвижения, барьеры передвижения в жилье, на улице и др.);
- e210-e299 природное окружение и изменения окружающей среды, осуществлённые человеком: место жительства и передвижение в городе, в селе, по песку, гравию, по холмистой местности, в зимнее время года по снегу и др;
- e 310-e399 поддержка и взаимосвязи: помощь семьи, родственников, персонала при передвижении, при взаимодействии в социуме;
- e 410 – e 499 установки,
- e 510-599 службы, административные системы и политика, в т.ч наличие развитой реабилитационной инфраструктуры.

Необходимость оптимизации реализации реабилитационных мероприятий для инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ продиктованы вступившими с 01.01.2016г. в силу изменениями в законодательстве в области социальной защиты инвалидов в РФ. Так, статьей 11 Федерального закона РФ от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 01.12.2014г. №419-ФЗ) предусмотрен обмен информацией о разработке и реализации мероприятий по реабилитации и абилитации инвалидов между бюро МСЭ и органами исполнительной власти, а также организациями, непосредственно участвующими в реализации рекомендованных реабилитационных и абилитационных мероприятий.

В ходе организации данного обмена в Санкт-Петербурге, выявлен ряд проблем, таких как, отсутствие: нормативного определения порядка

предоставления услуг по реабилитации инвалидов, нормативного определения порядка разработки Перечня мероприятий по реализации программ реабилитации, ведомственной подчиненности организаций, непосредственно выполняющих реабилитационные мероприятия органам исполнительной власти субъекта РФ, законодательно определенной координирующей роли органа исполнительной власти в сфере социальной защиты населения и др.

Вместе с тем, межведомственное взаимодействие по вопросам разработки и реализации реабилитационных мероприятий инвалида в Санкт-Петербурге организовано следующим образом:

- по медицинской реабилитации с медицинскими организациями, подведомственными Администрациям районов Санкт-Петербурга;
- по социальной реабилитации, включая обеспечение ТСР, предоставляемых как за счет средств Федерального бюджета, так и за счет бюджета Санкт-Петербурга через Городской информационно-расчетный центр, подведомственный Комитету по социальной политике Санкт-Петербурга;
- по профессиональной реабилитации через Городской Центр занятости, подведомственный Комитету по труду и занятости населения Санкт-Петербурга;
- по психолого-педагогической реабилитации через Городскую психолого-медико-педагогическую комиссию, подведомственную Комитету по образованию Санкт-Петербурга;
- по физической культуре и спорту с Комитетом по физической культуре и спорту Санкт-Петербургу.

В настоящее время в Санкт-Петербурге, с учетом действующего федерального законодательства реализуются следующие направления реабилитации: медицинская, социальная, профессиональная, мероприятия по общему и профессиональному образованию, физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом, выполняемых с учетом имеющихся у инвалидов ИПРА, выдаваемых ФГУ МСЭ.

В Санкт-Петербурге сформирована база учреждений различных сфер деятельности, осуществляющих мероприятия ИПРА: образование - 386

учреждений; здравоохранение - 45 учреждений; социальное обслуживание населения - 64 учреждения; занятость населения - 18 учреждений; физическая культура и спорт - 18 учреждений.

Социальная политика в Санкт-Петербурге традиционно ориентирована на максимально возможную поддержку инвалидов, их комплексную реабилитацию и стимулирование социальной активности. Так, Законом от 22 ноября 2011г. N 728-132 принят Социальный кодекс Санкт-Петербурга, определяющий комплекс дополнительных мер социальной поддержки для различных категорий жителей города, в том числе инвалидов. Среди прочих мер, в Социальном кодексе предусмотрено обеспечение инвалидов дополнительными ТСР, помимо предусмотренных Федеральным перечнем, за счет средств бюджета Санкт-Петербурга. К дополнительным ТСР, перечень которых периодически уточняется, отнесен ряд приспособлений для самообслуживания и ухода. Это опоры для стояния для инвалидов в возрасте старше 18 лет; кровати с механическим приводом регулирования; пандусы телескопические; ванны складывающиеся; сиденья для ванны или душа; маты противоскользящие для ванны и душа. В этих средствах нуждаются инвалиды с выраженными и значительно выраженными ограничениями способности к самообслуживанию, передвижению, вследствие ЦИ. Возможность обеспечения инвалидов дополнительными ТСР является высоко востребованной мерой социальной поддержки и существенно способствует повышению качества их жизни.

Несмотря на имеющуюся в Санкт-Петербурге развитую инфраструктуру предоставления мероприятий, предусмотренных ИПРА, в соответствующих сферах, остается ряд проблем, решение которых имеет стратегическое значение для развития социальной сферы.

На успешность реализация реабилитационных мероприятий для инвалидов вследствие ЦИ влияют следующие факторы:

- организация межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения, образования, занятости населения, социального обслуживания, физической культуры и спорта:

- наличие комплексного подхода, учитывающего медицинский, социальный и психологический аспекты и факторы окружающей среды по МКФ, при определении потребности инвалидов, перенесших ЦИ, в реабилитационных и абилитационных мероприятиях в учреждениях здравоохранения, образования, занятости населения, социального обслуживания, физической культуры и спорта и др.;
- обеспечение доступности реабилитационных и абилитационных услуг для инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ путем формирования перечня учреждений различных сфер деятельности, участвующих в системе комплексной реабилитации и абилитации, перечней услуг, которые они предоставляют, учитывая их специфику;
- координации деятельности учреждений различных сфер деятельности, использование информационных технологий, обеспечение преемственности в сопровождении инвалидов в системе комплексной реабилитации и абилитации, путем создания Координационного совета по формированию и развитию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- формирования современной инфраструктуры учреждений, оказывающих реабилитационные и абилитационные услуги инвалидам;
- создания ресурсных центров, реализующих методическое сопровождение деятельности организаций, участвующих в реализации мероприятий, предусмотренных в ИПРА, в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, перенесших ЦИ.

В рамках межведомственного взаимодействия, в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006г. № 95 в Санкт-Петербурге организована работа по передаче всех направлений на МСЭ из медицинских организаций непосредственно в бюро МСЭ по реестрам, что позволило значительно сократить количество посещений гражданами бюро МСЭ, а также расширило возможности взаимодействия в целях улучшения качества

оформления медицинской документации, полноты обследования граждан при направлении на МСЭ.

В настоящее время, между Учреждением, Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга и СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» подписано соглашение о сотрудничестве в электронном виде и сформирован защищенный канал связи. В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга №69-р от 09.03.2017г. «Об апробации информационного взаимодействия по исполнению ИПРА в электронном виде» в рамках пилотного проекта на базе медицинских организаций районов Санкт-Петербурга реализованы мероприятия по организации информационного обмена данными по разработке и реализации ИПРА инвалида. При этом, ввод данных по исполнению реабилитации мероприятий в медицинских организациях осуществляется непосредственно с автоматизированных рабочих мест врачей поликлиник.

На успешность реализации реабилитационных мероприятий для инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге оказали влияние методические (комплексный подход при диагностике, с учетом доменов МКФ нарушенных функций, активности и участия, факторов окружающей среды) и организационные (наращивание мероприятий по межведомственному взаимодействию органов и организаций, участвующих в осуществлении комплексной реабилитации инвалидов) факторы.

5.2 Показатели реабилитации инвалидов вследствие церебрального инсульта. Результаты реализации индивидуальных программ реабилитации

Для оценки эффективности медицинской реабилитации, в настоящее время, предложено большое количество шкал и тестов для динамики восстановления: опорно-двигательных функций, снижения боли; когнитивных и психоневрологических нарушений; физической работоспособности и др.

Однако, единые критерии оценки эффективности реабилитации инвалидов в целом, и медицинской – в частности отсутствуют. По различным источникам, рекомендуется оценивать реабилитацию больных и инвалидов: по восстановлению (компенсации) нарушенных функций и структур организма; по социальной адаптации, в том числе с помощью технических средств реабилитации и ликвидации барьеров, мешающих им интегрироваться в общество; по восстановлению трудоспособности и рациональному трудовому устройству.

Всего за период 2015 – 2019гг. в Санкт-Петербурге при очередном переосвидетельствовании полностью реабилитированы 280 граждан трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, признаваемые ранее инвалидами. При этом за исследуемый период показатель полной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ уменьшился в 1,7 раза с 7,7% в 2015 до 4,1 % в 2019 году. Однако, этот показатель у лиц трудоспособного возраста почти в 2 раза из года в год превышает аналогичный показатель среди всего взрослого населения (Таблица 32).

Таблица 32 – Показатели реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в сравнении со средними значениями по Санкт-Петербургу в 2015-2019гг.

Год	Показатель полной реабилитации		Показатель частичной реабилитации		Суммарный показатель утяжеления групп инвалидности		Показатель стабильности групп инвалидности	
	Трудоспособный возраст	Взрослое население	Трудоспособный возраст	Взрослое население	Трудоспособный возраст	Взрослое население	Трудоспособный возраст	Взрослое население
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2015	7,7	3,7	7,3	4,9	7,2	19,9	78,4	70,9
2016	4,5	2,4	4,8	3,5	7,3	19,4	83,3	74,9

Продолжение таблицы 32

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2017	2,4	1,1	3,8	2,7	10,4	24,1	86,6	75,3
2018	4,0	1,6	5,2	3,1	9,7	23,0	81,4	70,6
2019	4,1	2,1	4,5	3,0	6,8	25,0	85,2	70,7

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

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

На наш взгляд, такая тенденция объясняется введением в практику специалистов МСЭ новых критериев и классификаций, используемых при определении групп инвалидности с применением количественной оценки степени стойких нарушений функций организма с применением МКФ и более углубленной диагностике экспертно-значимых факторов и возможности более полно определять нуждаемость в реабилитационных мероприятиях.

Следовательно, при повторном освидетельствовании выявляются условия для признания лица инвалидом и показатели полной реабилитации снижаются.

Показатель утяжеления групп инвалидности у лиц трудоспособного возраста в Санкт-Петербурге за исследуемый период в целом уменьшился с 7,2 в 2015г. до 6,8 в 2019г. По всему взрослому населению данный показатель увеличился с 19,9% в 2015г. до 25,0% в 2019г.

Показатель стабильности групп инвалидности у граждан трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, увеличился за период наблюдения с 78,4 в 2015г. до 85,2 в 2019г. Данный показатель среди всего взрослого населения Санкт-Петербурга, в целом, остался на прежнем уровне: 7,9 – в 2015г., 7,7 – в 2019г.

Детальный анализ результатов реабилитационных мероприятий, проведен в выбранной группе при повторном освидетельствовании инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в 2017–2018гг.

При переосвидетельствовании данной группы в 2018г. реабилитационные мероприятия выполнены у 90% инвалидов, в том числе по:

- медицинской реабилитации у 90%;
- профессиональной реабилитации у 30%;
- обеспечены ТСП 80% инвалидов.

Положительная динамика при реализации ИПРА достигнута у 338 человек, что составило 98,0%.

Таблица 33 – Результаты реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта через год после её разработки

Показатели эффективности реализации ИПРА, разработанных в 2017 (n=345)	Инвалиды трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта при повторном освидетельствовании в 2018	
	Абс.	%
1	2	3
Положительные результаты отсутствуют	7	2,0
Положительная динамика достигнута, из них:	338	97,9
восстановлены нарушенные функции полностью	10	2,9
восстановлены нарушенные функции частично	269	77,9
восстановлена способность к самообслуживанию полностью	48	13,9

1	2	3
восстановлена способность к самообслуживанию частично	129	37,4
получена новая профессия	1	0,3
подобрано подходящее рабочее место	41	11,9
созданы необходимые условия для трудовой деятельности	43	12,5
Восстановлен социально-трудовой статус частично	197	57,1
Восстановлен социально-трудовой статус полностью	10	2,9
Не признано инвалидами	10	2,9
Частично реабилитированы	48	13,9

Результаты реализации ИПРА трудоспособного возраста вследствие ЦИ через год после её разработки позволяют сделать вывод об эффективности данной мер не только для восстановления нарушенных функций организма, но и для восстановления социальных функций инвалидов, способностей к самообслуживанию, профессиональной деятельности.

Клинико-экспертный пример 1.

Протокол № 40. Гражданин К-ов М.М., 49 лет, водитель, проживает в городской квартире на 8-ом этаже, в наличии лифт. Впервые был признан инвалидом первой группы в 2017 г., сроком на 2 года. При переосвидетельствовании в 2019 г.: освидетельствован на дому.

Жалобы: на боли во всех мышцах правой половины головы, туловища, конечностей (постепенное нарастание мышечной спастики с 2016 г.), панические атаки с повышением цифр АД и чувством страха смерти, купирующиеся приемом каптоприла и успокоительных препаратов в присутствии жены, повышение цифр АД до 180/100 мм рт. ст., общая слабость, головокружение при перемене

положения тела, метеозависимость, поперхивание жидкой пищей, трудности при произношении слов из-за мышечной спастики в правой половине лица.

Из анамнеза: По данным медико-экспертных документов 21.08.2017 г. перенес ОНМК по геморрагическому типу с правосторонним гемипарезом, нарушением речи. Лечился стационарно в Волховской межрайонной больнице, где находился у родственников в гостях. Затем был переведен для дальнейшего лечения в Мариинскую больницу, где находился с 02.09.2017 по 05.10.2017. На фоне лечения сохранялась правосторонняя гемиплегия, гемигипестезия, моторная афазия, дисфагия (зондовое питание).

26.10.2017 - 06.12.2017г. – находился на реабилитации в городской больнице № 23 с диагнозом: "Цереброваскулярная болезнь. ОНМК по геморрагическому типу от 21.08.2017 г.: внутримозговое паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние в левой гемисфере с глубоким правосторонним спастическим гемипарезом, правосторонней гемигипестезией, умеренной дизартрией, элементами моторной афазии, с выраженным нарушением двигательных функций. Хроническая ишемия мозга II ст. смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического). Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия III ст. Риск ССО 4. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ХСН II функциональный класс. Астено-невротический синдром, соматогенно обусловленный..."

На фоне лечения положительная динамика в виде улучшения речи, умеренно выраженной редукции пареза в правой ноге.

В дальнейшем, проходил реабилитационное лечение в отделение медицинской реабилитации в Госпитале для ветеранов войн: 19.04.2018 - 25.05.2018, 29.11.2018 - 11.01.2019, 11.07.2019 - 20.08.2019.

В ходе восстановительного лечения в апреле - мае 2018 г. был осмотрен логопедом - Псевдобульбарная дизартрия средне-легкой степени выраженности.

Данные обследований:

- Магнитно-резонансная томография головного мозга от 04.07.2019 г.: Последствия ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА) по

геморрагическому типу. Ангиоэнцефалопатия. Умеренное расширение наружных ликворных пространств заместительного характера. В сравнении с данными МРТ от 02.11.2018 состояние без существенной динамики.

- ЭХО-кардиография от 02.07.2019 г.: фракция выброса - 65%, концентрическая гипертрофия левого желудочка, диастолическая функция не нарушена.

- Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий от 02.07.2019 г.: УЗИ - признаки атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий с формированием гемодинамически незначимых стенозов.

- Суточное мониторирование ЭКГ от 19.09.2019 г.: в течение мониторирования наблюдался синусовый ритм со средней частотой сердечных сокращений 59 уд/мин (от 45 до 103). Желудочковая экстрасистолия 3 градации по Ryan. Ишемические изменения ЭКГ не обнаружены.

В ходе проведения МСЭ разработана программа дополнительного обследования - заключение врачебной комиссии городской поликлиники №109 с указанием развернутого неврологического статуса (с указанием мышечного тонуса и мышечной силы в конечностях в баллах), развернутого клинико-функционального диагноза, рекомендуемых ТСР, в том числе ортезных изделий, наличие показаний/противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

11.10.2019 г. получены результаты программы дополнительного обследования: заключение врачебной комиссии городской поликлиники №109 - диагноз: "ЦВБ, последствия геморрагического инсульта в бассейне ЛСМА по типу внутримозговой гематомы с прорывом в желудочковую систему от 21.08.2016 г. с правосторонним спастическим гемипарезом, пlegией в правой руке, парезом правого голеностопного сустава, речевыми нарушениями в виде псевдобульбарной дизартрии". "По состоянию здоровья нуждается в получении лекарственного обеспечения, кресла-коляски с управлением одной рукой комнатной и прогулочной и туторе на правый голеностопный сустав. Санаторно-курортное лечение показано".

Объективно при осмотре:

Врач-специалист (хирург)

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, влажные.

Живот мягкий слева и напряжен в правой половине, умеренно болезненный.

Справа постоперационный рубец 9 см (аппендэктомия). Печень не увеличена.

Цианотичный оттенок правой н/к. Ограничение движения и силы в правых конечностях. Кожные покровы в области правой ноги холодные на ощупь.

Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Стул, диурез в норме (со слов).

Врач-специалист (терапевт)

Дверь в квартиру открыла представитель. Гражданин во время освидетельствования находился в комнате, лежа на кровати. Состояние удовлетворительное. Речь медленная с элементами дизартрии. Избыточного питания. Видимые слизистые чистые, нормальной влажности. Язык не обложен. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумов нет. АД = 150/100 мм рт. ст. с обеих рук. Частота сердечных сокращений = пульс 68 уд. в мин., симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в мин. При пальпации живот безболезненный во всех отделах, передняя брюшная стенка справа более плотная, чем слева. Печень перкуторно не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. На освидетельствовании в хлопчатобумажных трусах. Отмечается мацерация кожных покровов в области промежности. Стойкого запаха мочи нет, видимого отхождения мочи нет. С помощью жены может присесть. Одевается и раздевается медленно, с посторонней помощью, с затруднением в связи с ограничением движений в правой ноге и отсутствием силы в правой кисти, и значительного снижения силы в правой руке. С посторонней помощью может встать, стоит с опорой на трость и посторонней поддержкой в течение нескольких секунд.

Врач-специалист (невролог)

Находится в постели. Сознание ясное. Контактен. Ориентирован правильно. Речь медленная с элементами дизартрии. Черепные нервы: зрачки D=S. Движения

глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Слабость конвергенции с 2 сторон. Сглаженность правой носогубной складки. Язык по средней линии. Симптом Маринеску-Радовичи (+) слева. Правша. Ограничение разгибание правой кисти до 125 град., разгибания правой стопы до 130 град. Движения в остальных суставах верхних и нижних конечностей в полном объеме. Нейрогенная сгибательная контрактура правых локтевого, лучезапястного суставов, правой кисти (кисть сжата в кулак). Мышечный тонус повышен в правой верхней конечности: кисть - 5 баллов, предплечье и плечо - 3 балла; в правой нижней конечности - 3 балла. Мышечная сила: левых конечностей 5 баллов, правых конечностей: верхней конечности - 0 баллов, нижней конечности: проксимально - 2 балла, дистально - 0 баллов. Сухожильные рефлексy с верхних конечностей D>S, средней живости, с нижних конечностей D>S, средней живости. Патологические знаки: (+) симптом Бабинского справа. Чувствительность: предьявляет гемигипестезию справа. В позе Ромберга не стоит, падает вправо и назад. Координаторные пробы: пальце-носовую пробу – справа не выполняет, слева - неуверенно, пяточно-коленная проба – справа не выполняет, слева - с умеренной интенцией. Менингеальных знаков нет. Пальпация остистых отростков и паравертебральных точек безболезненна. Напряжения мышц спины и шеи нет. Симптомов натяжения нет. Проба Стибора 9,0 см. (в положении сидя). Боковые наклоны туловища по 40 град. в обе стороны. Движения в шейном отделе позвоночника не ограничены. По квартире передвигается на кресле-коляске. Самостоятельно сесть в постели не может, пересесть на кресло-коляску не может. В постели может перевернуться самостоятельно. Раздевается и одевается в замедленном темпе с частичной помощью жены.

Осмотр специалиста по реабилитации: Освидетельствование на дому. Дверь в квартиру открыла представитель. Гражданин во время освидетельствования находился в комнате, лежа на кровати. Состояние удовлетворительное. Речь медленная с элементами дизартрии. Избыточного питания. Видимые слизистые чистые, нормальной влажности. Послеоперационный рубец в правой подвздошной области окрепший, без признаков воспаления. Цианотичный

оттенок правой н/к. Ограничение движения и силы в правых конечностях. Кожные покровы в области правой ноги холодные на ощупь. Язык не обложен. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумов нет. АД = 150/100 мм рт. ст. с обеих рук. Частота сердечных сокращений = пульс = 68 уд. в мин., симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в мин. При пальпации живот безболезненный во всех отделах, передняя брюшная стенка справа более плотная, чем слева. Печень перкуторно не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. На освидетельствовании в хлопчатобумажных трусах. Отмечается мацерация кожных покровов в области промежности. Стойкого запаха мочи нет, видимого отхождения мочи нет. С помощью жены может присесть. Одевается и раздевается медленно, с посторонней помощью, с затруднением в связи с ограничением движений в правой руке и отсутствием силы в правой кисти, и значительного снижения силы в правой руке. С посторонней помощью может встать, стоит с опорой на трость и посторонней поддержкой в течение нескольких секунд.

Клинико-функциональный диагноз:

основное заболевание:

код по МКБ-10 I69.1

Цереброваскулярная болезнь. Последствия перенесенного ОНМК по геморрагическому типу с образованием гематомы в левой гемисфере головного мозга с прорывом крови в желудочковую систему от 21.08.2016 г. в виде, спастического правостороннего гемипареза: значительно выраженного в верхней конечности и дистальном отделе нижней конечности и выраженного в проксимальном отделе нижней конечности, легкой псевдобульбарной дизартрии.

Сопутствующее заболевание:

Код по МКБ 10 I11, N25.0

Гипертоническая болезнь 3 ст., достигнутая артериальная гипертензия 1 ст., риск ССО 4.

OU Начальная возрастная катаракта. Ангиопатия сетчатки. Острота зрения OU 1,0 с коррекцией.

Осложнения сопутствующего заболевания:

Желудочковая экстрасистолия 3 градации по Раун.

Экспертное решение:

Заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

- нарушение языковых и речевых функций – 10%
- нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций – 90%
- нарушение функций сердечно-сосудистой системы – 30%

Заключение о степени ограничений жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию: - третья степень
- способность к передвижению: - третья степень
- способность к трудовой деятельности: - третья степень.
- Реабилитационный потенциал – низкий.
- Реабилитационный прогноз – неблагоприятный.
- Рекомендованные мероприятия по реабилитации,
в т.ч. ТСР:

Поручни (перила) для самоподнимания угловые: 1 шт.

Поручни (перила) для самоподнимания прямые (линейные): 2 шт.

Кресло-коляска с ручным приводом для управления одной рукой комнатная (для инвалидов и детей-инвалидов) (ширина сиденья: 48 см; глубина сиденья: 46 см; высота сиденья: 50 см; высота подлокотника: 20 см; высота подножки: 45 см): 1 шт. Объём бёдер: 102 см. Конкретные размеры ТСР могут отличаться от указанных в пределах 3 см.

Кресло-коляска с приводом для управления одной рукой прогулочная (для инвалидов и детей-инвалидов) (ширина сиденья: 48 см; глубина сиденья: 46 см; высота сиденья: 50 см; высота подлокотника: 20 см; высота подножки: 45 см): 1

шт. Объем бёдер: 102 см. Конкретные размеры ТСП могут отличаться от указанных в пределах 3 см.

Тутор на голеностопный сустав: 1 шт.

Ортопедическая обувь сложная без утепленной подкладки (пара): 1 пар.

Ортопедическая обувь сложная на утепленной подкладке (пара): 1 пар.

Противопролежневая подушка полиуретановая: 1 шт.

Ортопедические брюки: 1 шт.

Кресло-стул с санитарным оснащением (с колесами) (ширина сиденья: 50 см; глубина сиденья: 45 см; высота сиденья: 53 см; высота подлокотника: 20 см; высота подножки: 45 см): 1 шт.

Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта

Социально-средовая реабилитация или абилитация

Социально-психологическая реабилитация или абилитация

Социокультурная реабилитация или абилитация

Социально-бытовая адаптация

Медицинская реабилитация, включая санаторно-курортное лечение

Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски.

Установлена – первая группа инвалидности, бессрочно с учетом низкого реабилитационного потенциала, неблагоприятного реабилитационного прогноза, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия в позднем восстановительном периоде, так как в период «терапевтического» окна пациенту не была оказана комплексная высокотехнологичная медицинская помощь.

Данный пример демонстрирует наличие выраженных и стойких последствий геморрагического инсульта, которые и явились основанием считать больного нуждающимся в постороннем уходе. Учитывая низкий реабилитацион-

ный потенциал клинико-реабилитационный прогноз в данном случае неблагоприятный.

Клинико-экспертный пример 2.

Протокол № 284, гражданин К-ев Д.В., 47г., проживает с семьей, в благоустроенной квартире, экспедитор.

В 2017 г. перенес ОНМК, согласно выписному эпикризу лечился стационарно в городской больнице №40 с 07.11.2017 г. по 24.11.2017 г. с диагнозом: ЦВБ. Церебральный атеросклероз. Хроническая ишемия мозга 2 ст. ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой (П) СМА от 07.11.2017 г. с глубоким левосторонним гемипарезом до плегии в руке, дизартрией. Системный тромболизис алтеплазой от 07.11.2017 г. ГБ 3. риск 4. ИБС. Следовые реакции. При выписке: левосторонний гемипарез до плегии в руке, в ноге 3,5-4 балла. Дизартрия.

Компьютерная томография головного мозга от 08.11.2017 г.: Ишемический инсульт в бассейне центральных ветвей ПСМА. Компьютерно-томографические-признаки атрофии лобных долей.

Триплексное сканирование экстракраниальных артерий от 08.11.2017 г.- Диффузный атеросклероз. Исходя из скоростных показателей кровотока в ПВСА, больше данных за субокклюзию.

Согласно выписному эпикризу лечился стационарно в 3 неврологическом отделении городской больницы №40 с 24.12.2017 г. по 10.01.2018 г. с диагнозом: ЦВБ. Последствия ОНМК в бассейне ПСМА от 2012 г. вследствие ГБ 3 ст., церебрального атеросклероза. Хронической ишемии мозга 2 ст. с левосторонним гемипарезом, гемигипестезией. При выписке левосторонний гемипарез 2-3 балла.

В дальнейшем, с 01.07.2018 г. по 23.07.2018 г. находился в центре социальной реабилитации инвалидов.

Согласно данных ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий от 04.03.2018 г.: Сосуды в пределах возраста, признаки гемодинамически незначимого стеноза в области ПСМА, легкого стеноза правой позвоночной артерии вследствие вертеброгенных причин с вертебрально-базиллярной недоста-

точностью. Выраженная венозная дисциркуляция в вертебрально-базиллярном бассейне (больше справа) и левой периорбитальной области.

Консультирован психиатром 06.05.2018 г. – Органическое заболевание головного мозга с когнитивными нарушениями.

В 2018 г. проведено хирургическое лечение вальгусной деформации левой стопы с остеотомией.

Объективно при осмотре. Сознание ясное, контакт удовлетворительный, поведение адекватное, ориентация в пространстве, времени, в собственной личности удовлетворительная. Эмоционально лабилен, раздражителен. Речь не изменена. Передвигается самостоятельно, с дополнительной опорой на трость, походка спастико-паретическая с элементами атаксии. Раздевается, одевается самостоятельно в замедленном темпе. При раздевании, одевании пользуется левой рукой. В условиях МСЭ удерживает папку с документами и трость в левой руке, хват сохранен.

Неврологический статус. Зрачки D=S, фотореакции живые, слабость конвергенции с 2-х ст. Движения глазных яблок не ограничены. Нистагм мелкокоразмашистый горизонтальный в крайних отведениях, диплопии нет. Сглажена левая носогубная складка. Язык по средней линии.

Мышечный тонус повышен в левых конечностях по пирамидному типу. Сила в левой руке снижена до 4 -х баллов, в ноге до 3-х баллов преимущественно в дистальных отделах. Сухожильные рефлексy D <=S средней живости с рук и коленные, ахилловы низкие D=S. Патологических знаков нет. Пальценосовые пробы выполняет неуверенно с 2-х сторон, слева с незначительной дисметрией. Пяточно-коленную выполняет неуверенно справа, слева с умеренной интенцией. В позе Ромберга пошатывается. Пальпация паравертебральных точек, перкуссия остистых отростков безболезненна. Напряжения длинных мышц спины не выявлено. Движения в позвоночнике не ограничены. Проба Stibora + 10 см. Симптомы Ласега (-) с 2 –х сторон. Предъявляет левостороннюю гемигипестезию. Тазовые функции контролирует.

Хирург: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. В экспертной обстановке передвигается в замедленном темпе, прихрамывая на левую ногу с дополнительной опорой на трость. На носки, пятки встает, слева с трудом, присест на корточки не полный. Разделся, оделся, разулся, обулся самостоятельно в замедленном темпе. Кожный покров физиологической окраски и влажности. Линейный окрепший послеоперационный рубец по внутренней поверхности левой стопы длиной 6 см, без признаков воспаления. Поднижнечелюстные лимфоузлы округлой формы, плотноэластической консистенции размерами 2 см в диаметре, не спаяны с окружающими тканями, другие периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не пальпируются. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Перкуссия почек безболезненна с обеих сторон. На момент осмотра гигиенически опрятен, кожные покровы промежности без мацерации. Физиологические изгибы позвоночника сглажены. Осевая нагрузка на позвоночник безболезненна. При наклоне головы вперед достает подбородком грудины, повороты головы 40/40 градусов. Движения в позвоночнике Проба Стибора 10 см. Томаера 10 см. Боковые наклоны туловища по 40 градусов. Повороты туловища в стороны – 70 градусов. Длина нижних конечностей (от пупочного кольца до наружной лодыжки) D=S. Левая стопа короче правой на 1,5 см. Гипотрофия правого бедра на уровне верхней и средней трети на 4 см, на уровне нижней трети на 3 см, левой голени на уровне средней трети на 2 см, окружность нижних конечностей на других симметричных уровнях одинакова.

Активные движения в суставах левой верхней конечности в полном объеме. Все виды схвата и удержания предметов сохранены, сила снижена. Активные движения в тазобедренном и коленном суставах слева в полном объеме, движения в левом голеностопном суставе от 140 до 100 градусов. Периферических отеков нет. Пульсация периферических артерий отчетливая. Своды стоп уплощены.

Терапевт: Передвигается в замедленном темпе с использованием трости, в обычной обуви. Манипуляции с одеждой и обувью выполняет самостоятельно в замедленном темпе без учащения частоты дыхательных движений. Кожные

покровы обычной окраски, загар, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет, Частота дыхательных движений – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 110/70 мм.рт.ст, частота сердечных сокращений – 64 в минуту. Язык влажный, у корня обложен желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Физиологические отправления: на момент осмотра гигиенически опрятен, в обычном белье.

Клинико-функциональный диагноз: Основное заболевание: Код по МКБ 10 I69.3. Цереброваскулярная болезнь. Атеросклероз церебральных сосудов. Хроническая ишемия мозга 2 ст. Последствия ОНМК по ишемическому типу в бассейне ПСМА от 07.11.2017 г. в виде левостороннего гемипареза до умеренного в ноге, левосторонней гемигипестезии, незначительных дискоординаторных нарушений.

Сопутствующее заболевание: Код по МКБ 10 I11.0, N35.0, M21.0.

Гипертоническая болезнь 3 ст, риск ССО 4. Поперечное плоскостопие левостороннее. Hallux Valgus. Корректирующая остеотомия левой стопы от 2018 г. Сложный астигматизм OU. Vis OD= 0,4 с корр. Vis OS=0,5-0,6 с корр. Ангиопатия сетчатки OU.

Экспертное решение: Заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

- нарушение сенсорных функций – 10%
- нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций – 40%
- нарушение функций сердечно-сосудистой системы – 10%

Заключение о степени ограничений жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию: - первая степень
- способность к передвижению: - первая степень
- способность к трудовой деятельности: - первая степень.
- Реабилитационный потенциал – высокий.

- Реабилитационный прогноз – благоприятный.
- Рекомендованные мероприятия по реабилитации, в том числе ТСР:

Трость опорная, регулируемая по высоте, с устройством противоскольжения: 1 шт.

Мат противоскользящий для ванны и душа: 1 шт.

Сидение для ванны и душа 1 шт.

Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта

Социально-средовая реабилитация или абилитация

Социально-психологическая реабилитация или абилитация

Социокультурная реабилитация или абилитация

Социально-бытовая адаптация

Медицинская реабилитация, включая санаторно-курортное лечение

Установлена – третья группа инвалидности по представленным медицинским, медико-экспертным документам, данным объективного обследования, комплексной оценки показателей, выявленных нарушений здоровья со 2 степенью выраженности стойких нарушений функций нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций организма, приводящее к ограничениям основных категорий жизнедеятельности: к самообслуживанию 1 степени, к передвижению 1 степени, к трудовой деятельности 1 степени, которое обуславливает необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию, в связи с высоким реабилитационным потенциалом, благоприятным реабилитационным прогнозом.

Наряду с этим, рекомендованы мероприятия по профессиональной реабилитации:

- профессиональная ориентация;
- содействие в трудоустройстве;
- социально-психологическая адаптация;
- социально-производственная адаптация.

Определены противопоказанные виды труда - виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций верхних конечностей могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. Доступны виды трудовой деятельности в оптимальных, допустимых условиях труда.

Данный пример демонстрирует наличие восстановления нарушенных функций после ЦИ. В настоящее время последствия инсульта в виде стойких умеренно выраженных нарушений привели к установлению третьей группы инвалидности у лица молодого возраста с высоким реабилитационным потенциалом. При дальнейшем качественном проведении реабилитации можно надеяться на благоприятный вариант восстановления нарушенных функций.

Таким образом, дальнейшее проведение реабилитационных мероприятий в полном объеме, с учетом высокого реабилитационного потенциала у данного больного, дает основание полагать наличие благоприятного клинико-реабилитационного прогноза с дальнейшим уменьшением степени ограничений жизнедеятельности.

5.3 Модель комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в Санкт-Петербурге с учетом показателей функционирования, жизнедеятельности и факторов окружающей среды

Организация реабилитации инвалидов в мегаполисе осуществляется в соответствии с положениями ряда нормативных правовых актов РФ.

Исходным элементом проведения реабилитационных мероприятий является проведение МСЭ больных после ЦИ и фиксация разработанных на ее основе рекомендаций в ИПРА.

Получив ИПРА, инвалид с целью ее реализации может самостоятельно обращаться в профильные организации/учреждения, где с учетом требований Закона ему обязаны предоставить соответствующие реабилитационные услуги. Имеется и иная возможная схема реабилитационного маршрута, предусмотрен-

ного установленным порядком. Согласно этой схеме информация о рекомендованных инвалиду реабилитационных мероприятиях направляется профильным уполномоченным органам исполнительной власти субъектов РФ, определенным в качестве исполнителей реабилитационных мероприятий:

- по медицинской реабилитации — в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья;
- по профессиональной реабилитации — в орган исполнительной власти субъекта РФ в области содействия занятости населения;
- по психолого-педагогической реабилитации — в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере образования;
- по социальной реабилитации — в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере социальной защиты населения;
- физкультурно-оздоровительных, занятий спортом — в орган исполнительной власти субъекта РФ в области физической культуры и спорта;
- по обеспечению инвалидов ТСР, предоставляемых инвалиду, в региональное отделение Фонда социального страхования РФ или в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере социальной защиты населения.

Органы исполнительной власти и региональные отделения фонда социального страхования в соответствии с установленным порядком в 3-дневный срок с даты поступления информации от органа МСЭ в целях реализации предусмотренных реабилитационных мероприятий должны организовать работу по разработке перечня мероприятий с указанием исполнителей и сроков исполнения мероприятий.

По завершении реализации мероприятий, рекомендованных инвалиду, зафиксированных в ИПРА, он должен обратиться в орган МСЭ для переосвидетельствования и получения новых или подтверждения целесообразности продолжения ранее полученных рекомендаций.

При выполнении данных положений и рекомендаций с учётом качественного межведомственного взаимодействия различных соответствующих служб

России возможно добиваться улучшения показателей реабилитации для значительного числа больных, перенесших ЦИ.

Предлагаемая модель комплексной реабилитации инвалидов вследствие церебральных инсультов представлена на рисунке 5.



Рисунок 5 – Организация комплексной реабилитации и абилитации инвалидов

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учётом поставленной цели и задач в диссертационной работе проведено комплексное медико-социальное, клинико-экспертное, социально-гигиеническое и статистическое исследование клинико-функциональных особенностей ЦИ, показателей первичной инвалидности вследствие ЦИ у лиц в трудоспособном возрасте (более 3 млн. лиц трудоспособного возраста в Санкт-Петербурге), и эффективности реабилитации у лиц, перенесших ЦИ, на примере мегаполиса нашей страны. Проводя данное исследование, мы посчитали необходимым, изучить показатели инвалидности вследствие ЦВП и ЦИ в течение длительного периода (2004-2018), а также рассмотреть динамику некоторых показателей, особенно на фоне изменяющихся условий и подходов к реабилитационной составляющей, по уровню которой многие страны начинают судить о цивилизации общества. Именно такой анализ, на наш взгляд, позволяет в большей мере проследить тенденции, связанные с реформированием здравоохранения и системы социальной защиты населения, внедрением принципов, заложенных в МКФ, в клиническую и клинико-экспертную практику в последние годы в России. Исследование проведено нами в указанные годы, в частности в связи с тем, что в декабре 2015 г. в нашей стране был опубликован новый приказ Минтруда России № 1024н, который посвящён «Критериям и классификациям, используемых при МСЭ.....», включающий в себя некоторые принципы, заложенные в МКФ, а в августе 2019 г. его сменил приказ №585н, который вступил в силу с января 2020 г. Наряду с этим в России уже можно говорить о результатах деятельности Программы по борьбе с сосудистой патологией головного мозга.

Анализ первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста вследствие ЦИ за эти годы выявил следующие особенности:

Несмотря на то, что показатели первичной и общей заболеваемости при ЦИ за исследуемый период увеличиваются, но уровень первичной инвалидности вследствие данной патологии снижается, с увеличением числа граждан, не

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

Вместе с тем, неуклонно увеличивается доля лиц трудоспособного возраста в структуре первичной инвалидности вследствие последствий ЦИ. Отмечается также увеличение доли инвалидов III группы после перенесенного ЦИ среди граждан трудоспособного возраста. Это объясняется, в частности, и тем, что в последние годы всем гражданам трудоспособного возраста при установлении группы инвалидности разрабатываются ИПРА, которые выполняются с тенденцией к улучшению.

Снижается уровень граждан, признанных инвалидами I группы и отмечается значимое повышение доли инвалидов III группы в трудоспособном возрасте.

Данная динамика отражает эффективность проводимых лечебных, реабилитационных мероприятий на современном этапе, повышение реабилитационного потенциала у лиц трудоспособного возраста в данной категории.

В структуре ВПИ вследствие инсульта по возрасту преобладают инвалиды среднего возраста (45-55 лет), на них за исследуемый период приходится более 70%.

Среди ВПИ вследствие ЦИ по полу существенно преобладают мужчины (более 70%).

Структура инвалидности по тяжести в Санкт-Петербурге, начиная с 2016 года, частично изменилась за счет изменения критериев установления I и II групп инвалидности с учётом принципов, заложенных в МКФ. Среди инвалидов трудо-

способного возраста вследствие ЦИ по результатам исследования преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт, на их долю приходится более 80%. Данные исследования согласуются с данными литературных источников. В Санкт-Петербурге за 2011-2013 годы ишемический инсульт выявлен у 85,5% больных, госпитализированных в учреждения здравоохранения (Вознюк И.А., Засухина Т.Н., 2013; Jauch E.C. et al., 2013).

Анализ динамики групп инвалидности по результатам переосвидетельствований инвалидов в трудоспособном возрасте вследствие ЦИ в 2018 г. свидетельствует о невысоком уровне частичной реабилитации инвалидов I и II группы, высоком уровне стабильности инвалидности всех трёх групп и невысоких показателях утяжеления инвалидности у инвалидов II и III групп.

Клинико-функциональная характеристика лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ, была проведена нами с учетом количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами и МКФ и включала сравнительный анализ:

- структуры и степени выраженности нарушений основных функций организма, предусмотренных количественной оценкой;
- структуры нарушений функционирования (общемозговые и очаговые симптомы);
- степени выраженности нарушений функционирования.

Проанализированы данные 345 граждан трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ. Исследуемая группа пациентов, в основном состояла из больных, находящихся в позднем восстановительном периоде ЦИ.

Церебральный инсульт у исследуемого контингента привел к следующим стойким нарушениям функций организма:

- статодинамических функций, которые развились в результате двигательных пирамидных нарушений, вестибуло-атактического синдрома, бульбарного и псевдобульбарного синдрома – у 100% ВПИ;

- речевых функций вследствие афазии и дизартрии – у 50,5% ВПИ;
- психических функций (вследствие когнитивных, аффективных, эмоционально-волевых, психотических нарушений, цереброастенического, психоорганического синдромов, имеющих клинко-экспертное значение) – у 16,5% ВПИ;
- нарушениям функций сердечно-сосудистой системы – у 70% исследуемой группы.

Как отмечалось выше, по данным литературных источников, вследствие ЦИ возникают различные функциональные нарушения (двигательные, речевые, когнитивные, эмоционально-волевые), приводящие к нарушению основных категорий жизнедеятельности (физической и социальной дезадаптации) пациента. И, несмотря на наметившиеся перспективы, вопросы восстановления нарушенных функций далеки от решения (Шахпаронова Н.В., 2011; Федеральное бюро, 2020).

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

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

речи (в 71,0% случаев). Наряду с этим, незначительные речевые нарушения по всем исследуемым доменам преобладают.

Исследование жизнедеятельности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ включало в себя изучение основных категорий жизнедеятельности и степени выраженности их ограничений по доменам активности и участия инвалидов в естественных жизненных ситуациях.

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

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

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

Проведенное исследование по доменам самообслуживания показало наличие затруднений к осуществлению заботы о себе, мытью и вытиранию, уходу за своим телом и его частями, одеванию, приему пищи и питью, заботе о своем здоровье. В исследуемой группе наиболее часто нарушения определены по домену d510 мытье (92,2%). На втором месте по частоте встречаемости, находятся

нарушения активности по домену d520 уход за частями тела (90,1%). Затруднения по домену d540 одевание определены у 88,1 инвалидов. Стойкие нарушения способностей осуществлять прием пищи и физиологические отправления зафиксированы в равном количестве наблюдений, что составило – 73,9 % соответственно.

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

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

Проведенная оценка показателей ВПИ вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста, может служить объективной основой для определения потребностей данной категории инвалидов в мерах социальной защиты и помощи, реабилитационных мероприятиях, включая мероприятия по медицинской, профессиональной реабилитации, выработки единых подходов к направлению граждан на МСЭ в рамках межведомственного взаимодействия, в том числе с медицинскими организациями в условиях дальнейшего развития и совершенствования нормативно-правового регулирования в сфере МСЭ и реабилитации инвалидов.

Важнейшим направлением деятельности специалистов ФКУ «Главное БМСЭ по Санкт-Петербургу» является активно проводимая работа по разработке ИПРА, а также по осуществлению динамического наблюдения за их реализацией. В ИПРА определяются основные виды и формы, рекомендуемых инвалиду реабилитационных мероприятий, сроки их проведения и исполнитель.

В ходе проведенного исследования, изучены потребности инвалидов трудоспособного возраста в различных видах реабилитации в сравнении с лицами старше трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие ЦИ.

Всем гражданам трудоспособного возраста, признанным инвалидами вследствие ЦИ, были разработаны ИПРА.

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

В профессиональной реабилитации нуждались – 89,2% инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ, в социальной – в 98%, в обеспечении ТСР – 65,6%, и в видах помощи (технологиях постреабилитационного сопровождения) – нуждаются 30,3% первичных инвалидов вследствие ЦИ.

В качестве ТСР инвалидам вследствие ЦИ в Санкт-Петербурге были рекомендованы преимущественно средства, компенсирующие ограничения способности к передвижению и самообслуживанию (трости, опоры, кресло-коляски, абсорбирующее белье и др).

В результате изучения состояния организации и оказания медицинской помощи больным после инсульта установлено, что в Санкт-Петербурге имеется хороший потенциал для реализации модели оказания медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии с действующим законодательством.

В Санкт-Петербурге в выявлении, диагностике и лечении ЦИ принимают участие 19 крупных медицинских организаций, имеющих в своем составе неврологические койки, койки для лечения больных с ОНМК, сосудистые койки, нейрохирургические койки, развернуто 6 первичных сосудистых отделений, в которых доступно экстренное проведение нейровизуализации, проведение тромболитической терапии, а также 8 реабилитационных сосудистых центров, в которых доступны в дополнение к перечисленному, экстренная нейрохирургическая помощь, выполнение эндоваскулярных вмешательств (селективный тромболизис, тромбоэкстракция).

В настоящее время "Городская больница № 40 Курортного района" является одним из ключевых медицинских учреждений Северо-Запада России, в котором оказывают комплексную помощь людям с различными заболеваниями. Одним из основных направлений клиники является восстановительное лечение и реабилитация больных, перенесших ЦИ.

Одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов является развитие стационаро-замещающих форм медицинской помощи (дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, стационаров на дому).

Однако в ходе исследования было доказано, что на практике не соблюдаются основные принципы эффективной реабилитации и не используются потенциальные возможности раннего восстановительного периода. Исключение составляет острый период инсульта, в котором отмечается достаточно высокий процент охвата больных стационарной помощью. Как отмечалось выше, профильная госпитализация при инсульте в течение последних трех лет превышает 90% (92,3% в 2018г.). Абсолютное число пациентов с ЦИ, госпитализированных в терапевтическое окно, ежегодно возрастает, однако доля госпитализированных не превышает 30% (2018г.). Более 60% пациентов госпитализируется позднее 3 часов после первых признаков острой церебральной ишемии.

Дальше организационные механизмы не всегда выполняются в достаточном объёме. До момента направления на МСЭ, с целью установления инвалидности, проходит от 4 до 6 месяцев и более. Это время раннего восстановительного периода часто фактически оказывается упущенным, как в плане чисто медицинской реабилитации, так и в плане комплексной реабилитации с участием специалистов немедицинского профиля. Это приводит к существенному снижению эффективности восстановления нарушенных функций у больных, перенесших ЦИ. Как отмечалось выше, осуществляемая коррекция неврологического дефицита зачастую проводится без учета психосоциальных факторов, что не позволяет оценить ключевые параметры, определяющие качество жизни больного. Процесс реабилитации должен быть структурирован в соответствии с выявленными клиническими проблемами для реализации поставленных целей и смоделирован для индивидуальных потребностей; при этом следует избегать искусственного разграничения оценки функционального статуса и потребностей в повседневной жизнедеятельности (Иванова Г.Е. и соавт., 2014, 2018).

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

Важно, что в последние годы в России, благодаря значительному вниманию Правительства и медицинского сообщества активно реализуется Программа по борьбе с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Её успехи, особенно в разделе лечения и медицинской реабилитации очевидны. С учётом внедрения в клиничко-экспертную практику принципов, заложенных в МКФ, при освидетельствовании больных, перенесших ОНМК, отмечается большая объективность и необходимость проведения комплексной реабилитации в условиях необходимости межведомственного взаимодействия. При первичном освидетельствовании больных после ОНМК в бюро МСЭ в последние годы по сравнению с 2004-2015 гг., всё чаще определяется III группа инвалидности у лиц в трудоспособном

возрасте. Данный факт является весьма важным, так как именно при III группе инвалидности у лиц после ОНМК в трудоспособном возрасте можно надеяться на значительный объём реабилитации при активной работе всех участников реабилитационного процесса (в первую очередь самого реабилитанта). В августе 2019 года Минтруд России после длительного обсуждения с представителями здравоохранения и общественности выпустил приказ о новых классификациях и критериях, которые используются в бюро МСЭ при освидетельствовании граждан с января 2020 года. В этих классификациях используется ещё большее присутствие принципов, заложенных в МКФ.

Смещая фокус от причины заболевания к его последствиям, МКФ позволяет производить оценку различных уровней здоровья по универсальной шкале здоровья и инвалидности (Коробов М.В., 2011; Коробов М.В. и соавт., 2013; Пономаренко Г.Н., 2018).

Наряду с этим, с 1 января 2021 года вступил в силу Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года N 788н, согласно которому при осуществлении медицинской реабилитации мультидисциплинарной реабилитационной командой применяется шкала реабилитационной маршрутизации, основывающаяся на диагностике реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала с применением доменов МКФ. При этом в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды могут входить могут входить: врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации, специалист по физической реабилитации, специалист по эргореабилитации, медицинский психолог/врач-психотерапевт, медицинский логопед, медицинская сестра по медицинской реабилитации, медицинская сестра палатная.

Таким образом, все большую актуальность приобретает необходимость комплексной научной разработки медико-социальных критериев определения потребности в мерах реабилитации по последствиям инсультов с применением основных положений МКФ. В этой связи, изучение медико-социальных аспектов

инвалидности и реабилитации вследствие ЦИ, представляется крайне важным, учитывая распространенность и полиморфизм дезадаптирующих синдромов в постинсультном периоде (Владимирова О.Н. и соавт., 2017; Помников В.Г. и соавт. 2020).

Учитывая новую схему реализации ИПРА отметим, что координация медицинского раздела отработана в нашей стране на сегодняшний день достаточно хорошо, хотя и требует постоянного контроля. На всех остальных этапах, начиная с области содействия занятости и до физической культуры и спорта, на наш взгляд, только при четкой контролирующей функции фонда социального страхования России можно будет надеяться на достаточное выполнение объема ИПРА, которая разработана врачами бюро МСЭ. Только такой вариант при тесном межведомственном взаимодействии может внести существенный перелом в достижении цели и задач реабилитации больных после ЦИ, и не только восстановить в достаточном объеме нарушенные функции, но и добиться существенных успехов в профессиональном, социальном, физиокультурном разделах.

На основании вышеизложенного, методологические подходы к оценке потребностей инвалида в мерах реабилитации и абилитации должны основываться на действующих нормативных правовых документах РФ, а также международных принципах, изложенных на современном этапе в Конвенции о правах инвалидов, модели инвалидности, описанной в МКФ и дополненных отечественной практикой.

Используя МКФ, можно на уровне организма, личности и общества довольно точно исследовать характер и выраженность ОЖД, в контексте влияния основных компонентов социального статуса человека (факторов окружающей среды), что, в свою очередь, позволит доказательно обосновывать необходимость и объем реабилитационных мероприятий и решения по определению потребности в тех или иных мерах реабилитации. Это позволит придать этим решениям конкретный правовой статус в соответствии с требованиями нормами

международного и российского законодательства, действующего в области социальной защиты лиц с ограничениями жизнедеятельности.

На современном этапе развития нашего общества очевидна актуальность совершенствования законодательства в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, нормативного определения порядка предоставления услуг по реабилитации инвалидов, включая медицинскую реабилитацию на различных этапах и выработки единых критериев оценки эффективности реабилитационных мероприятий. Кроме этого, необходимо дальнейшее развитие информационных систем и технологий, как на федеральном, так и на уровне субъектов РФ в целях межведомственного взаимодействия между учреждениями МСЭ и органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения в электронном виде, включая передачу направлений на МСЭ граждан, а также использование и мониторинг всех имеющихся в субъекте реабилитационных/абилитационных ресурсов независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности. Особо это заметно на примере мегаполиса с определёнными особенностями гендерного, возрастного составов, учитывая климатические и иные факторы контекста, которые широко учитываются при принятии решений, связанных с функционированием общества, в странах с развитой экономикой.

ВЫВОДЫ

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

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

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

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

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

6. Учитывая относительно высокий реабилитационный потенциал у больных трудоспособного возраста после ЦИ, формирование индивидуальных

программ реабилитации должно осуществляться с учетом клинико-функционального диагноза, периода заболевания, исходя из оценки имеющихся нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, проводимой с применением доменов МКФ, носить комплексный характер и направленность на максимальное восстановление нарушенных функций и способностей гражданина осуществлять профессиональную деятельность.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

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

3. Улучшения показателей реабилитации после перенесенного ЦИ в мегаполисе можно добиться только при наличии тесного межведомственного взаимодействия служб здравоохранения, медико-социальной экспертизы и социальной защиты.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ТЕМЫ

С учётом важности проблемы сосудистых поражений головного мозга для неврологии и медицины в целом, учитывая значительную распространённость, тяжесть патологии, высокую смертность и значительные экономические потери для любого общества, данный раздел медицины будет обязательно активно изучаться в дальнейшем. Наряду с клиническими и экспертными разделами в изучении ЦВЗ очень важна правильная организация лечебного, реабилитационного и медико-социального процесса для улучшения не только восстановления нарушенных функций после ОНМК, но и создания достойного качества жизни людей, переживших мозговую сосудистую катастрофу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алехин, Р.Ю. Совершенствование деятельности по реабилитации инвалидов / Р.Ю. Алехин, В.В. Коварда // Вестник всероссийской гильдии протезистов ортопедов. – 2009. - №3 (37). – С. 129.
2. Алфёрова, В.В. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками / В.В. Алфёрова, А.А. Белкин, И.А. Вознюк и соавт. – М., 2017. – 96с.
3. Амосов, В.Н. Инсульт. Лучшие методы реабилитации / В.Н. Амосов. – СПб.: Невский проспект; Вектор, 2007. – 120 с.
4. Аникеева, Т.А. Экспериментально-организационная модель взаимодействия службы медико-социальной экспертизы и реабилитационных учреждений в условиях административной реформы / Т.А. Аникеева, В.А. Бронников, Ю.А. Мавликаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – №1. – С. 8 – 10.
5. Базенко, Н.П. Инсульт: программа возврата к активной жизни / Н.П. Базенко, Ю.В. Алексеенко. – М.: Мед. лит., 2008. – 256 с.
6. Баранцевич, Е.Р. Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта / Е.Р. Баранцевич, В.В. Ковальчук, Д.А. Овчинников и соавт. // Артериальная гипертензия. – 2015. – Т. 21, № 2. – С. 206-217.
7. Бархатов, Ю.Д. Прогностические факторы восстановления нарушенных в результате ишемического инсульта двигательных функций / Ю.Д. Бархатов, А.С. Кадыков // Анналы клинич. и эксперим. неврологии. – 2017. – Т. 11, № 1. – С. 80-89.
8. Белова, Л.А. Эпидемиологические данные о факторах развития риска инсульта, полученные с помощью мобильного приложения «рискометр инсульта» / Л.А. Белова, В.В. Машина, Е.Ю. Котова и соавт. // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, №5. – С. 381.

9. Беловой, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и медицинских работников /под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М, «Антидор», 2002. – 430с.
10. 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 – С. 7-11.
11. Белянская, Е.Н. Реабилитация после инсульта / Е.Н. Белянская, М.А. Краснова. - М.: Научная книга, 2008. - 190 с.
12. Бирюкова, Е.В. Биомеханический анализ показателей движений в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах у больных с коксартрозом как метод функциональной диагностики / Е.В. Бирюкова, В.В. Гурьев, В.И. Зоря и соавт. //Acta Biomedica Scientifica. - 2010. - № 6. – С. 21-30.
13. Богат, З.И. К вопросу оптимизации восстановительного лечения больных с сосудисто-мозговой патологией в специализированном отделении городской поликлиники / З.И. Богат // Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте: Сборник научных трудов; под ред. О.А. Балунова, Т.Д. Демиденко. – Л., 1990. – С. 18-22.
14. Бодрова, Р.А. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС / Р.А. Бодрова, Э.Й. Аухадеев, И.В. Тихонов // Практическая медицина: Неврология. Психиатрия. - 2013. - № 1(13). - С. 98-100.
15. Бойцов, С.А. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и возможные механизмы её изменения / С.А. Бойцов, С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, №8. – С. 98-103.
16. Бронников В.А. Оценка восстановления двигательных функций у постинсультных пациентов в процессе комплексной реабилитации с

- использованием роботизированной кинезиотерапии / В.А. Бронников, В.Б. Смычек, Ю.А. Мавликаева и соавт. // Журнал неврол. и психиатр. им. Корсакова. -2016. - Т 116, №9. - С. 30-34.
17. Бронников, В.А. Характеристика стабилметрических и клинических показателей у пациентов с последствиями инсульта в процессе комплексной реабилитации / В.А. Бронников, В.Б. Смычек, Ю.А. Мавликаева и соавт. // Журнал неврол. и психиатр. им. Корсакова. - 2016. ~Т. 116, №8. - С. 65-70.
18. Бубнова Е.В. Вопросы медико-социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста / Е.В. Бубнова, Н.К. Гусева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - №3. – С. 14-17.
19. Булеца, Б.А. Пролонгированная реабилитация мозговых инсультов / Б.А. Булеца, Н.Н. Адамчо // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. - №3 (37). – С. 131.
20. Бутова, Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации I / Т.В. Буйлова. - МедиАль. - 2013. - № 2 (7). - С 26-31.
21. Верещагин, Н.В. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина. – М.: Интермедика, 2002. – 2008 с.
22. Виленский, Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13, №12. – С. 807-815.
23. Виленский, Б.С. По материалам журнала «Cerebrovascular Diseases» Европейская «Инсульт-инициатива» - рекомендации по ведению больных – 2003 / Б.С. Виленский, А.Н. Кузнецов // Неврологический журнал. – 2004. - №3. – С. 55-61.
24. Виленский, Б.С. Современное состояние проблемы инсульта / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2008. – №2. – С. 4-10.
25. Владимирова, О.Н. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, С.В. Малькова и соавт.// Вестник Всеросс. общества специалистов по медико-социальной

- экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. - № 4. – С.18-29.
26. Владимирова, О.Н. Организация системы комплексной реабилитации в Российской Федерации на основе изучения потребностей инвалидов /О.Н. Владимирова, К.П. Афонина, Г.Н. Пономаренко и соавт. // Медицина в Кузбассе. – 2018. - № 4. – С. 20-27.
27. Владимирова, О.Н. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, В.В. Лорер и соавт.// Вестник Всеросс. общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. - № 4. – С. 30-42.
28. Вознюк, И.А. Организация и развитие системы оказания помощи больным с инсультом в Санкт-Петербурге / И.А. Вознюк, Т.Н. Засухина // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2013. – Т. 12, № 4(48). – С. 4-11.
29. Войтенко, Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология/ Р.М. Войтенко. – СПб. – 2004. – С. 104.
30. Володеева, Е.А. Эффективность комплексной реабилитации пациентов, перенесших инсульт с использованием препарата Целлекс / Е.А. Володеева, С.Ю. Самарина, М.Е. Глотова и соавт. // Журнал невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т.120, №8. – С. 34-41.
31. Ворлоу, Ч.П. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / Ч.П. Ворлоу, М.С. Денис, Ж. Ван Гейн и соавт. – СПб.: Политехника, 1998. – 629 с.
32. Всемирная программа действий в отношении инвалидов. – ООН. – 1992.
33. Гайдаров, Л.Ф. Реабилитация после заболеваний. Полный справочник / Л.Ф. Гайдаров, Г.Ю. Лазарева, В.В. Леонкин и др. – М.: Эксмо, 2008. – 704с.
34. Гехт, А.Б. Новые технологии в реабилитации неврологических больных / А.Б. Гехт, Е.И. Гусев, А.И. Григорьев и соавт. // По материалам научно-практической конференции: Современные аспекты нейрореабилитации. – М., 2007. – С. 7-8.

35. Гольблат, Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольблат. – СПб.: Политехника, 2006. – 607с.
36. Грабовская, В.А. Опыт организации работы окружных амбулаторных реабилитационных центров / В.А. Грабовская // Четвертый международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация 2007». - Москва, 2007. - С. 99.
37. 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.
38. Гусев, Е.И. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 424с.
39. Гусев, Е.И. Неврология. Национальное руководство, 2-е изд. / Под ред Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – Т. 1,- 880с.
40. Гусев, Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных современных действий / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журн. Неврологии и психиатрии. – 2007. – №8. – С. 5-9.
41. Демиденко, Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова. – СПб.: Издательство ФОЛИАНТ, 2004. – 304 с.
42. Демиденко, Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии / Т.Д. Демиденко. – Л.: Медицина, 1989. – 256 с.
43. Доклад о состоянии инвалидности в Российской Федерации / М., ФГБУ ФБМСЭ, 2020. – 174 с.
44. Домашенко, М.А. Достижения в лечении инсульта: вчера, сегодня, завтра / М.А. Домашенко, М.А. Пирадов // РМЖ. – 2013. – Т. 21, № 30. – С. 1514-1517.
45. Дудайте, В.В. Острые нарушения мозгового кровообращения на севере – свежие данные регистра инсульта Республики Коми / В.В. Дудайте, А.С. Заславский, Г.О. Пенина и соавт. // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2019. – Т. 119, №5. – С. 399-400.

46. Екушева, Е.В. Постинсультная реабилитация: прогностические критерии восстановления двигательных функций. Учебно-методическое пособие / Е.В. Екушева, Е.С. Кипарисова. – М., 2017. – 88с.
47. Епифанов, В.А. Реабилитация больных перенесших инсульт / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
48. Желвакова, Л.Я. Центр реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Л.Я. Желвакова // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. – №3 (37). – С. 193.
49. Заболеваемость всего населения России в 2011 году: статистические материалы. Ч. 1. – М., 2012. - С. 79-83.
50. Заболеваемость всего населения России в 2013 году: статистические материалы. Ч. 2. - М., 2014. - С. 83-86.
51. Иванова, Г.Е. Как организовать медицинскую реабилитацию? / Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, А.А. Белкин и соавт. // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 2(84). – С. 2-12.
52. Иванова, Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития / Г. Е. Иванова // Consilium medicum. – 2016. – Т. 18, №. 2(2). – С. 9-14.
53. 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. // Материалы конгресса: Международный Конгресс, посвящённый Всемирному Дню инсульта. – М., 2017. – С. 179-189
54. 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. // По материалам научно-практической конференции: Современные аспекты реабилитации. – М., 2007. – С. 72-73.
55. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 560 с.
56. Камаева, О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5.

- Физическая терапия / О.В. Камаева, П. Монро, З.Ф. Буракова. – Под. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 42 с.
57. Карасаева, Л.А. Проблемы реабилитации инвалидов в Российской Федерации: взгляд изнутри / Л.А. Карасаева // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. - №3 (37). – С. 141.
58. Ковальчук, В. В. Оптимизация реабилитации пациентов после инсульта на примере деятельности центра восстановительного лечения неврологических больных / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. - №3. – С.10-13.
59. Ковальчук, В.В. Медицинские и социальные аспекты восстановительного лечения больных после инсульта / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец. - 2009. – Режим доступа: <http://www.neuromed.ru>.
60. Ковальчук, В.В. Основные теоретические и практические аспекты нейрореабилитации / В.В. Ковальчук // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. – 2018. – № 24. – С. 10-22.
61. Ковальчук, В.В. Принципы организации и эффективность различных методов реабилитации больных после инсульта: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.В. Ковальчук. – СПб., 2008. – 41 с.
62. Ковальчук, В.В. Реабилитация пациентов после инсульта / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 12-2. – С. 59-64.
63. 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.
64. Коробов, М.В. Критерии ограничений жизнедеятельности как основа медико-социальной экспертизы больных терапевтического профиля / М.В. Коробов, В.В. Сергеева, И.А. Дубинина // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 1. – С. 13-16.
65. Коробов, М.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике медико-социальной

- экспертизы при внутренних болезнях / М.В. Коробов, В.Н. Катюхин, З.Д. Шварцман и соавт. // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85, № 4. – С. 43-46.
66. Коробов, М.В. МКФ. Классификация категорий активности и участия: учебно-методическое пособие / М.В. Коробов – СПб.: СПбИУВЭК, 2011. – 32с.
67. Коробов, М.В. МКФ. Классификация функций и структур организма: учебно-методическое пособие / М.В. Коробов – СПб.: СПбИУВЭК, 2011. – 34 с.
68. Коробов, М.В. Сборник нормативных правовых актов и инструктивных материалов по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов: Учебное пособие для специалистов учреждений медико-социальной экспертизы в четырех частях (2-е) издание. Часть 3. Реабилитация инвалидов / Под ред. проф. М.В. Коробова. – СПб.: СПбИУВЭК, 2006. – 106 с.
69. 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 // По материалам четвертого международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2007». – М., 2007. – С. 47.
70. Котов, С.В. Реабилитация больных церебральным инсультом с позиции клинико-экономического анализа / С.В. Котов, Е.В. Исакова // По материалам научно-практической конференции «Современные аспекты нейрореабилитации». – М., 2007. – С. 75-76.
71. Лихтерман, Б.Л. Жизнь после инсульта / Б. Л. Лихтерман // Медицинская газета. – 2009. – №51.
72. Лорер, В.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов / В.В. Лорер, Т.Н. Жукова // Клиническая и специальная психология. – 2017. – Т. 6, № 3. – С. 106-134.
73. Люкманов, Р.Х. Интерфейс мозг – компьютер в постинсультной реабилитации: клинико-нейропсихологическое исследование / Р.Х. Люкманов, Г.А. Азиатская, О.А. Мокиенко и соавт. // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 8. – С. 43-51.

74. Макаров, А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Руководство для врачей / Под ред. А.Ю. Макарова. – СПб.: Медлайн-Медиа, 2006. – 600 с.
75. Маккавейский, П.А. Об определении понятия «реабилитация больных и инвалидов» / П.А. Маккавейский, В.П. Шестаков, К.А. Каменков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – №4. – С. 27-32.
76. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / Всемирная организация здравоохранения. – СПб: СПбИУВЭК, 2001. – 342с.
77. Мельникова, Е.В. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов / Е.В. Мельникова, Т.В. Буйлова, Р.А. Бодрова и соавт. // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – № 6(82). – С. 7-20.
78. Михайлов, В.А. Аффективные постинсультные расстройства: патогенез, диагностика, лечение / В.А. Михайлов, А.К. Дружини, Н.И. Шова // Обозрение психиатрии и медиц. психологии. – 2018. – № 1. – С. 111-119.
79. Михайлов, В.А. Динамика показателей функционального состояния постинсультных пациентов со спастическими гемипарезами на фоне комплексной терапии / В.А. Михайлов, Д.В. Захаров, Ю.И. Дягилева // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 9-17.
80. Ноздрюхина, Н.В. Метод виртуальной реальности в ранней комплексной реабилитации пациентов с острым инсультом / Н.В. Ноздрюхина, Е.Н. Кабаев, Е.В. Кирилук и соавт. // Вестник неврологии, психиатр. и нейрохир. – 2020. – № 1. – С. 39-45.
81. О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.01.2006. №44. Приложение №4. –

Режим доступа: <https://base.garant.ru/12145875/172a6d689833ce3e42dc0a8a7b3cdf9/>.

82. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 17.12.2015. № 1024н. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71309914/>.
83. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 27.08.2019г. № 585н. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/>.
84. О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.08.2005. № 534. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4181535/>
85. О порядке организации медицинской реабилитации. Приказ Минздрава Российской Федерации № 1705н от 29.12.2012. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70330294/>.
86. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.10.1995. №181. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/
87. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017). – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
88. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 – 2025: Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 01.02.2018). – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.
89. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2013 № 1662-ПП.

Федерации от 15.04.2014 № 294. – Режим доступа:
<https://base.garant.ru/70643470/>

90. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ 06.07.2009. № 389н. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4181535/>
91. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 (с изменениями на 13 июня 2019 года) № 928н. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70334856/>.
92. Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребёнка-инвалида, выдаваемых Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и их форм. Приказ Минтруда от 13.06.2017. № 486н. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71734826/>.
93. Общеввропейское согласительное совещание по вопросам ведения больных, перенесших инсульт (European Stroke Strategies. The Helsinki Declaration 2006. Final Dokument. 2006-07-03) // Неврологический журнал. – 2007. – №5. – С. 62-64.
94. Онищенко, Е.Ф. Экспертиза временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности, межведомственное взаимодействие медицинских организаций с учреждениями медико-социальной экспертизы в Российской Федерации. Руководство для врачей / Е.Ф. Онищенко, В.Г. Помников, Е.В. Кароль. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2019. – 216 с.
95. Орлова, С.Ю. Отчёт о результатах контрольного мероприятия «Проверка эффективности использования средств федерального бюджета, направленных в 2016-2018 годах и истекшем периоде 2019 года на реализацию мероприятий по совершенствованию государственной системы медико-социальной

- экспертизы» / С.Ю. Орлова // Бюллетень счётной палаты Российской Федерации. – 2019. – № 9(261). – С. 1-14.
96. Осадчих, А.И. Основы медико-социальной экспертизы / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и др. – М.: Медицина, 2005. – 448 с.
97. Осадчих, А.И. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов. Руководство / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, О.С. Андреева и соавт. – М.: Медицина, 2005. – Т.1. – 456 с.
98. Осадчих, А.И. Теоретические предпосылки структуры и содержания реабилитационно-экспертной диагностики / А.И. Осадчих // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1998. - № 3. - С. 5-7.
99. Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / К.А. Отдельнова. – Сб. трудов 2-го ММИ. – 1980. – Т. 150, вып. 6. – С.18–22.
100. Парфёнов, В.А. Место антигипертензивной терапии в профилактике повторного инсульта / В.А. Парфёнов // Справочник поликлинического врача. – 2013. – № 1. – С. 30-34.
101. Плохинский, Н.А. Биометрия. 2-е изд. / Н.А. Плохинский – М., Изд-во Моск. унив-та, 1970. – 368 с.
102. Помников, В.Г. Болезни нервной системы /В.Г. Помников, Г.О. Пенина, А.А. Прохоров// В справочнике по медико-социальной экспертизе и реабилитации. – СПб: Гиппократ, 2017. – С. 401-602.
103. Помников, В.Г. Международная классификация функционирования и её роль в оценке реабилитационных мероприятий при неврологической патологии /В.Г. Помников, Н.Л. Абазиева, В.М. Таранцева// Актуальные вопросы медицинской экспертизы и реабилитации. Сборник материалов. – Минск: Медисонт, 2020. – С. 84-85.
104. Помников, В.Г. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. В.Г. Помников, М.В. Коробов. – СПб, Гиппократ, 2017. – 1152 с.

105. Пономаренко, Г.Н. Реабилитация инвалидов. Национальное руководство / ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ПЭОТАР-Медиа, 2018. – 736с.
106. Пузин, С.Н. Пути совершенствования организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы на современном этапе / С.Н. Пузин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №2. – С. 3-6.
107. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками (2008) / 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>.
108. Савелло, А.В. Ретроспективный анализ результатов внутрисосудистой тромболектомии в каротидном бассейне за пределами 6-часового «терапевтического окна» в региональных сосудистых центрах Санкт-Петербурга /А.В. Савелло, И.А.Вознюк, Д.В. Свистов и соавт.// Журнал неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2020. – Т.120, № 7. – С. 50-55.
109. Скворцова, В.И. Значение исследования PROGRESS глазами невролога / В.И. Скворцова, И.А. Платонова // Качественная клиническая практика. – 2002. – №1. – С. 23-28.
110. Скворцова, В.И. 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.
111. 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. // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 4. – С. 5-12.
112. Скворцова, В.И. Ударное наступление на инсульт / В.И. Скворцова // Наука и жизнь. – 2007. - №8. – Режим доступа: <http://www.nkj.ru/archive/articles/11373>.

113. 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 др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.М. Корсакова. Приложение «Инсульт». – 2003. – Вып. 9. – С. 56-58.
114. Скоромец, А.А. Справочник врача-невролога / Под ред. А.А. Скоромца. – М.: МЕД-пресс-информ, 2017. – 574 с.
115. Скоромец, А.А. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / А.А. Скоромец, В.В. Ковальчук // Мир медицины. – 1998. – №9-10. – Режим доступа: <http://medi.ru/DOC/85.htm>.
116. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек // М.: Мед. лит-ра, 2009. - 560 с.
117. Сорокоумов, В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге / В.А. Сорокоумов. – СПб., 2002.
118. Стаховская, Л.В. Инсульт: Руководство для врачей / Л.В. Стаховская, С.В. Котова. – М.: МИА, 2014. – 400 с.
119. Стаховская, Л.В. Сравнительный анализ организации помощи больным с инсультом в России, Европе и США / Л.В. Стаховская, В.В. Гудкова, М.В. Колесников и соавт. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Приложение «Инсульт». – 2004. – Вып. 11. – С. 64-68.
120. Стаховская, Л.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009-2010) / Л.В. Стаховская, М.Д. Богатырёва // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, №5. – С. 4-10.
121. Суслина, З.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288с.
122. Суслина, З.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) / З.А. Суслина, М.А. Пирадов, Л.А. Домашенко // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 5-13.

123. Суслина, З.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика / З.А. Суслина, Т.С. Гулевская, М.Ю. Максимова, В.А. и соавт. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 536 с.
124. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга в России: достижения и нерешенные вопросы / З.А. Суслина // Кардиневорология: Труды I Национального конгресса. – М., 2008. – С. 7-10.
125. 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.
126. Таранцева, В.М. Церебральные инсульты и результаты реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста с учётом внедрения в клинико-экспертную практику Международной классификации функционирования: автореферат дисс.....канд. мед. наук / Таранцева В.М. – СПб., 2020. – 24с.
127. Хатькова, С.Е. Комплексный подход при осуществлении реабилитационных программ у постинсультных больных / С.Е. Хатькова // Материалы научно-практической конференции «Современные аспекты нейрореабилитации». – М., 2007. – С. 96-97.
128. Хатькова, С.Е. Реабилитационные программы при ведении постинсультных больных / С.Е. Хатькова // Материалы V Международной конференции по реабилитологии. – М.: «Златограф», 2005. – С. 71-78.
129. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация: учебное пособие / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – М.: Дашков и К, 2006. – 72 с.
130. Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов / Л.П. Храпылина. – М.: Экзамен, 2006. – 415 с.
131. 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 Национального конгресса. – М., 2008. – С. 264.

132. Черкасова, О.А. Церебральные инсульты. Особенности реабилитации у больных и инвалидов трудоспособного возраста и её влияние на состояние жизнедеятельности: Авторефер. дис. ... канд. мед. наук / Черкасова О.А. – СПб, 2013. – 26с.
133. Шахпаронова, Н.В. Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.11/ Шахпаронова Н.И. - М, 2011.-232 с.
134. Шкловский, В.М. Организация нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы: стратегия, методология, концепция (XXI век 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.
135. 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 / В.М. Шкловский, Ю.А. Фукалов, Е.М. Парцалис и соавт. – М., 2006. – 37 с. – Режим доступа: <http://www.infopravo.by.ru>.
136. Шмонин, А.А. Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом, принимающих участие в пилотном проекте: «Развитие системы медицинской реабилитации в России» / А.А. Шмонин, В.М. Касаткина, М.Н. Мальцева и соавт. // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2017. – Т.16, №2(62). – С. 17-24.
137. Шмонин, А.А. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план /А.А. Шмонин, М.Н. Мальцева, Е.В. Мельникова и соавт. // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – № 2(78). – С. 16-22.

138. Шостка, Г.Д. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия) / Г.Д. Шостка, М.В. Коробов, А.В. Шабров. – СПб: СПбИУВЭК, 2003. – 224с.
139. Шошмин, А.В. МКФ в реабилитации / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко. – СПб, 2018. – 238 с.
140. Шошмин, А.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко, А.К. Бесстрашнова и соавт. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2016. - № 6. - С. 12-20.
141. Aaronson, J.A. Diagnostic Accuracy of Nocturnal Oximetry for Detection of Sleep Apnea Syndrome in Stroke Rehabilitation / J. A. Aaronson, T. van Bezeij, J.G. van den Aardweg et al. // Stroke. – 2012. – Vol.43. – P. 2491-2493. – Режим доступа:<http://www.stroke.ahajournals.org>.
142. АНА. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. – Stroke. – 2007. – Vol.38. – 1655. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
143. Altman, D.G. Practical Statistics for Medical Research. Chapman and Hall / D.G. Altman. – CRC, 1990. - 624 p.
144. Bland, M. An Introduction to Medical Statistics, 3rd. ed. / M. Bland. – Oxford University Press, Oxford. – 2000. – P.335-347.
145. Bogousslavsky, J. Recovery after Stroke / J. Bogousslavsky, V.R. Barnes, B. Dobkin // Medical. – 2005. – 688 p.
146. Brainin, M. Organization of Stroke Care: Education, Referral, Emergency Management and Imaging, Stroke Units and Rehabilitation / M. Brainin, T.S. Olsen, Chamoro et al. // Cerebrovascular Diseases. – 2004. – Vol.17 (Suppl.2). – P.1-14.
147. 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.

148. Dajpratham, P. Walking function at 1-year after stroke rehabilitation: a multicenter study / P. Dajpratham // *J. of the Medical Association of Thailand*. – 2014. – Vol. 14, N 1. – P. 107-112.
149. Dey, P. Early assessment by a mobile stroke team: a randomized controller trial / P. Dey, M. Woodman, A. Gibbs et al. // *Age Ageing*. – 2005. – Vol. 34. – P. 331-338. – Режим доступа: <http://www.ageing.oxfordjournals.org>.
150. Di Pino, G. Modulation of brain plasticity in stroke: a novel model for neurorehabilitation / G. Di Pino, G. Pellegrino, G. Assenza et al. // *Nature Reviews Neurology*. – 2014. – Vol 10. – P. 597-608.
151. Dobkin, B.N. Rehabilitation after Stroke / B.N. Dobkin // *The New England Journal of Medicine*. – 2005. – Vol. 352. – P. 1677-1684. – Режим доступа: <http://www.content.nejm.org>.
152. Dunstone, C. The Stroke Inpatient Rehabilitation Care Pathway: Program Description / C. Dunstone, M.S. Weinstein // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 2006. – Vol. 87. – Issue 10. – P. e12. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.
153. Early Supported Discharge Trialists: Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients / *Cochrane Database Syst Rev*. – 2005. - CD000443.
154. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe/ Introductions, Executive Summary, and Methodology. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54(2). – 322p.
155. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 11. Challenges and perspectives for the future of PRM / *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 311-321.
156. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 10. Science and research in PRM: specificities and challenges / *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 287-310.

157. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 9. Education and continuous professional development: shaping the future of PRM / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 279-286.
158. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 261-278.
159. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 230-260.
160. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 6. Knowledge and skills of PRM physicians / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018 Apr. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 214-229.
161. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 5. The PRM organizations in Europe: structure and activities / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018 Apr. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 198-213.
162. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 4. History of the specialty: where PRM comes from / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 186-197.
163. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 3. A primary medical specialty: the fundamentals of PRM / Eur. J. Phys. Rehabil. Med. – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 177-185.
164. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is

- needed by individual and society / *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 166-176.
165. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM / *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 156-165.
166. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology / *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54, Iss. 2. – P. 125-155.
167. 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 Neurology*. – 2003. - №2. – P.43-53.
168. Feigin, V.L. A new approach to stroke prevention in Russia / V.L. feigin, Yu.Ya. Varakin, M.A. Kravchenko et al. // *Human physiology*. – 2016. – Vol. 42, N. 8. – P. 854-857.
169. Finger, M.E. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation / M.E. Finger, R. Escorpizo, C. Bostan et al. // *J. Occup. Rehabil.* – 2014. – Vol. 24, Iss. 3. – P. 498-510.
170. 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 / M. Gatterllary, J. Worthington, B. Jalaludin et al. // *Stroke*. – 2009. – Vol.40. – P. 10-17. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
171. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2008 / *Cerebrovasc. Dis.* – 2008. – Vol. 25. – P. 457-507.
172. Grube, M.M. Association Between Socioeconomic Status and Functional Impairment 3 Months After Ischemic Stroke: The Berlin Stroke Register / M. M.

- Grube, H.-C. Koennecke, G. Walter et al. // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
173. Grube, M.M. Evidence-Based Quality Indicators for Stroke Rehabilitation / M.M. Grube, C. Dohle, D. Djouchadar et al. // *Stroke*. – 2012. – Vol.43. –P. 142-146. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
174. Hara, Y. Brain plasticity and stroke rehabilitation / Y. Hara // *J Nippon med school*. – 2015. – Vol. 82, N1. – P. 4-13.
175. Horn, S.D. Stroke Rehabilitation Patients, practice, and outcomes (is earlier and more aggressive therapy better?) / S.D. Horn, G. Dejong, R.J. Smouted et al. // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 2005. –Vol.86. – P. 101-S 114. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.
176. Jauch, E.C. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / E.C. Jauch, J.L. Saver, H.P.Jr. Adams // *Stroke*. – 2013. – Vol. 44. – P. 870-947.
177. Jette, A.M. The Post-Stroke Rehabilitation Outcomes Project / A.M. Jette // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 2005. – Vol. 86. – Issue 12. – P. 124-125. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.
178. Kissela, B.M. Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population / B.M. Kissela, J.C. Khoury, K. Alwell et al. // *Neurology*. – 2012. – Vol. 79, N 17. – P. 1781-1787.
179. 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, N 9859. - P. 2095-2128.
180. McDonnell, M. An investigation of cortical neuroplasticity following stroke in adults: is there evidence for a critical window for rehabilitation / M. McDonnell, S. Koblar, N.S. Ward et al.// *BMC neurol*. – 2015. – Vol. 109, № 15. – Режим доступа: <http://10.1186/s12883-015-0356-7>.

181. 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.
182. Putman, K. Discharge Disposition After Inpatient Stroke Rehabilitation: An International Comparison / K. Putman, R. Smout, S. Horn et al. // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* – 2007. – Vol. 88. – Issue 10. - P. e18. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.
183. Res, M.A. Stroke Outcome in Clinical Trial Patients Deriving From Different Countries / M.A. Res, S. Atula, P.M.W. Bath et al. // *Stroke.* – 2009. – Vol. 40. – P.35-40. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
184. Saka, O. Cost-Effectiveness of Stroke Unit Care Followed by Early Supported Discharge / O. Saka, V. Serra, Y. Samyshkin et al. // *Stroke.* – 2009. – Vol. 40. – P.24-29. - Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
185. Saka, O. Cost of stroke in the United Kingdom / O. Saka, A. McGuire, Ch. Wolfe // *Aga and Agein.* – 2009. – Vol. 38(1). – P.27-32. – Режим доступа: <http://www.ageing.oxfordjournals.org>.
186. Salter, K. Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke / K. Salter, J. Jutai, M. Hartley et al. // *J. Rehabil. Med.* – 2006. – Vol. 38. – P.113-117.
187. Seenan, P. Stroke Units in their natural habitat: Systematic review of observational studies / P. Seenan, M. Long, P. Langhorne // *Stroke.* – 2007. – Vol. 38. – P. 1886-1892. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
188. Terent, A. Stroke unit care revisited: who benefits the most? A cohort study of 105 043 patients in Risk-Stroke, the Swedish Stroke Register / A. Terent, K.A. Splund, B. Farahmand et al. // *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* – 2009. – Vol. 80. – P. 881-887. – Режим доступа: <http://www.jnnp.bmj.com>.
189. Wang, H. Effect of Time to Rehabilitation Admisson on Stroke Rehabilitation Outcomes / H. Wang, M. Camicia, M.E. Sandel // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* – 2007. – Vol. 88, Issue 10. - P. e12. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.

190. Wang, H. Therapeutic Intensity and Functional Gains of Stroke Patients during Inpatient Rehabilitation / H. Wang, M. Camicia, J. Terdiman et al. // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. - A2303. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
191. WHO: International classification of functioning disability and health: Geneva World Health Organisation, 2001.
192. Winstein, C.J. A Comprehensive Imaging Informatics System with Decision-Support Tools for the Interdisciplinary Comprehensive Arm Rehabilitation Trial / C. J. Winstein, B. Liu, A. Dromerick et al. // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. - A2379. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
193. Winstein, C.J. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association / C.J. Winstein, J. Stein, R. Arena et al. // *Stroke*. – 2017. – Vol. 47. – P. 98-169.
194. Zhang, N.A. Risk Score Based on Get With the Guidelines–Stroke Program Data Works in Patients With Acute Ischemic Stroke in China / N. Zhang, G. Liu, G. Zhang et al. // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. – P. 3108-3109. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
195. Zhu, H.F. Impact of a Stroke Unit on Length of Hospital Stay and In-Hospital Case Fatality / 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>.
196. Zorowitz, R. Advances in Brain Recovery and Rehabilitation 2010 / R. Zorowitz, M. Brainin // *Stroke*. – 2011. – Vol. 42. – P. 294-297. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.

Список пациентов

№ п/п	Фамилия	№ протокола	№ п/п	Фамилия	№ протокола
1	А-ва Е.С.	505	44	Б-га М.С.	699
2	А-ва Н.А.	331	45	Б-ев А.В.	426
3	А-ва Н.В.	1094	46	Б-ев В.В.	326
4	А-ва Н.Ю.	1492	47	Б-ев Д.Г.	1172
5	А-ва О.А.	1733	48	Б-ев К.К.	234
6	А-ва Т.В.	468	49	Б-ев М.Б.	1712
7	А-ва У.И.	146	50	Б-ев Э.П.	124
8	А-ва Х.Р.	36	51	Б-ей Е.В.	427
9	А-ев А.В.	234	52	Б-ин А.А.	1659
10	А-ев А.П.	96	53	Б-ин А.В.	313
11	А-ев О.П.	1719	54	Б-ин В.В.	199
12	А-ев С.Н.	1572	55	Б-ич С.Б.	759
13	А-ев Ф.М.	933	56	Б-ко А.А.	1433
14	А-ев Я.С.	274	57	Б-ко А.Н.	831
15	А-их Н.С.	869	58	Б-ко А.О.	1867
16	А-ич А.А.	397	59	Б-ко С.А.	2131
17	А-ко Э.А.	1832	60	Б-ко С.А.	2131
18	А-на В.И.	414	61	Б-ов А.А.	71
19	А-на Н.В.	2057	62	Б-ов А.Н.	1047
20	А-ов А.А.	95	63	Б-ов В.Н.	759
21	А-ов А.М.	78	64	Б-ов Д.С.	1068
22	А-ов В.А.	767	65	Б-ов И.А.	17
23	А-ов В.В.	1905	66	Б-ов М.В.	14
24	А-ов В.Ю.	2149	67	Б-ов Н.Л.	627
25	А-ов И.К.	78	68	Б-ов Н.П.	225
26	А-ов Н.А.	979	69	Б-ов Р.О.	763
27	А-ов Н.В.	111	70	Б-ов С.Б.	526
28	А-ов О.А.	1880	71	Б-ов С.Г.	313
29	А-ов С.В.	1530	72	Б-ов С.Н.	399
30	А-ой С.В.	604	73	Б-юк И.В.	1274
31	А-ян А.К.	557	74	В-ва А.А.	853
32	Б-ая М.Г.	597	75	В-ва М.Ю.	636
33	Б-ая М.Э.	83	76	В-ев А.А.	59
34	Б-ва А.Е.	713	77	В-ев А.Ю.	1077
35	Б-ва И.А.	190	78	В-ев В.А.	1132
36	Б-ва И.В.	1352	79	В-ев Д.Н.	1792
37	Б-ва И.Ю.	2109	80	В-ев Д.Н.	1792

38	Б-ва Л.Б.	399	81	В-ин Д.Б.	476
39	Б-ва Н.Л.	621	82	В-ин О.А.	1631
40	Б-ва О.Б.	1481	83	В-на Л.И.	37
41	Б-ва С.Н.	961	84	В-на Н.Е.	1412
42	Б-ва С.С.	337	85	В-ов А.Ф.	173
43	Б-ва Т.Ю.	859	86	В-ов В.В.	546
87	В-ов Д.В.	351	137	З-ля И.М.	615
88	Г-ак А.Ф.	1345	138	И-ва Е.И.	189
89	Г-ар Л.Н.	398	139	И-ва И.А.	1496
90	Г-ва М.А.	1023	140	И-ва Н.Ю.	1844
91	Г-ва Н.С.	729	141	И-ва О.А.	1256
92	Г-ва Р.Ш.	584	142	И-ва Ю.В.	1010
93	Г-ев А.Н.	1367	143	И-ий В.Ю.	812
94	Г-ев В.В.	73	144	И-ин А.А.	60
95	Г-ев Д.Г.	1029	145	И-на Л.В.	75
96	Г-ев М.А.	368	146	И-ов А.Г.	483
97	Г-ев Р.В.	2768	147	И-ов А.Л.	1728
98	Г-ев С.Н.	1395	148	И-ов К.В.	1533
99	Г-ий А.В.	595	149	И-ов С.Н.	1925
100	Г-ин А.М.	324	150	К-ан Г.В.	1039
101	Г-ин С.А.	257	151	К-ва А.В.	158
102	Г-ко И.В.	383	152	К-ва Г.Л.	124
103	Г-ко Н.А.	817	153	К-ва Е.В.	1825
104	Г-ов А.И.	364	154	К-ва Е.Ю.	1794
105	Г-ов Д.И.	1161	155	К-ва Л.А.	398
106	Г-ов Е.А.	1176	156	К-ва М.Н.	1487
107	Д-ва А.А.	1044	157	К-ва Н..	85
108	Д-ва А.В.	887	158	К-ва О.И.	300
109	Д-ва И.В.	191	159	К-ва О.Н.	1732
110	Д-ва Т.Н.	1410	160	К-ва С.А.	160
111	Д-ва Ю.В.	2130	161	К-ва С.О.	743
112	Д-ев А.В.	1302	162	К-ев А.В.	725
113	Д-ев А.Р.	618	163	К-ев А.М.	180
114	Д-ий В.Н.	787	164	К-ев А.Н.	820
115	Д-ий И.О.	1287	165	К-ев А.О.	1869
116	Д-ко А.А.	1263	166	К-ев В.В.	979
117	Д-ко А.В.	1350	167	К-ев В.Н.	776
118	Д-ко В.В.	1113	168	К-ев Д.А.	636
119	Д-нт Д.Н.	2221	169	К-ев Д.В.	284
120	Д-ов В.П.	2175	170	К-ев М.Ф.	572
121	Д-ов Д.В.	361	171	К-ец Д.Г.	1109
122	Д-ов Л.Ю.	431	172	К-ий А.И.	637
123	Д-ов С.В.	651	173	К-ий И.Ю.	1252

124	Д-уа Д.Т.	1032	174	К-ий О.С.	1313
125	Е-ва Г.Ю.	451	175	К-ин В.А.	192
126	Е-ва Ю.В.	548	176	К-ин Д.В.	380
127	Е-ко М.Н.	348	177	К-ин Е.Г.	631
128	Е-ов А.А.	1300	178	К-ин С.А.	537
129	Е-ов М.А.	109	179	К-ич И.Л.	2175
130	Е-ов С.А.	507	180	К-ко М.В.	23
131	Ж-ая Н.И.	1334	181	К-ль Е.Н.	300
132	Ж-ин А.А.	1085	182	К-на М.И.	591
133	Ж-на Ю.С.	1050	183	К-на Н.В.	1374
134	З-ва В.В.	1158	184	К-на Ю.С.	1032
135	З-ва О.А.	1768	185	К-ни И.Е.	2205
136	З-ин С.Ю.	502	186	К-ов А.А.	123
187	К-ов А.В.	366	237	М-ов А.Б.	331
188	К-ов А.И.	976	238	М-ов А.В.	64
189	К-ов М.М.	40	239	М-ов В.А.	1608
190	К-ов А.Н.	1675	240	М-ов В.Л.	1839
191	К-ов Д.В.	1532	241	М-ов Д.В.	1613
192	К-ов И.Г.	513	242	М-ов М.В.	1273
193	К-ов М.Г.	1999	243	М-ов М.Ю.	458
194	К-ов Н.М.	502	244	М-ов О.Ф.	1227
195	К-ов О.К.	59	245	М-ов Э.И.	575
196	К-ов С.А.	1195	246	М-яш Ю.Б.	1755
197	К-ов С.В.	1859	247	Н-ая А.М.	1474
198	К-ов Э.В.	308	248	Н-ва З.Р.	1755
199	К-то С.Б.	1501	249	Н-ва Л.Б.	503
200	К-ун М.А.	1226	250	Н-ва Л.М.	425
201	Л-ая Е.А.	1185	251	Н-ва Н.М.	443
202	Л-ая С.Ю.	44	252	Н-ва О.В.	702
203	Л-ва Е.Р.	2719	253	Н-ва С.Н.	52
204	Л-ва Л.В.	787	254	Н-ин С.И.	351
205	Л-ва М.В.	1060	255	Н-ко А.А.	340
206	Л-ва О.Н.	896	256	Н-на Е.С.	321
207	Л-ев А.Б.	1763	257	Н-ов А.В.	2241
208	Л-ев В.Л.	1432	258	Н-ов В.А.	1316
209	Л-ев Е.В.	306	259	Н-ов Д.В.	493
210	Л-ка И.В.	2336	260	Н-ов Е.Л.	1000
211	Л-ке С.Р.	2413	261	Н-ов О.А.	477
212	Л-ко А.В.	454	262	Н-ок Е.А.	822
213	Л-на И.К.	759	263	Н-ян А.Э.	297
214	Л-на Ю.Г.	1061	264	О-ва О.В.	1407

215	Л-ов А.А.	1722	265	О-ов Д.М.	1301
216	Л-ов О.И.	1099	266	О-яд Л.В.	1899
217	Л-ов С.В.	135	267	П-ая Е.В.	1309
218	Л-ок С.Б.	1354	268	П-ва Е.В.	792
219	Л-та Л.В.	2496	269	П-ва Л.А.	1722
220	М-ва Г.Ю.	295	270	П-ва Т.Н.	335
221	М-ва Е.В.	1514	271	П-ев А.В.	242
222	М-ва И.А.	150	272	П-ев В.В.	1746
223	М-ва И.Б.	78	273	П-ий В.В.	2755
224	М-ва Т.А.	1245	274	П-ин Р.В.	1783
225	М-ва Я.В.	1255	275	П-ко О.А.	1484
226	М-ев А.В.	2196	276	П-на М.В.	162
227	М-ев В.В.	853	277	П-ов А.С.	1021
228	М-ев И.Г.	508	278	П-ов И.П.	122
229	М-ев Э.А.	902	279	П-ов К.В.	1343
230	М-ин А.В.	560	280	П-ов О.Н.	890
231	М-ин П.В.	2105	281	П-ов С.А.	812
232	М-ко В.А.	110	282	П-ов С.В.	237
233	М-ко Г.А.	69	283	П-ов С.Н.	522
234	М-ла Н.А.	251	284	Р-ас В.В.	482
235	М-на К.В.	961	285	Р-ва В.А.	607
236	М-на М.В.	631	286	Р-ва И.Н.	326
287	Р-ко Ю.В.	1428	337	У-ев В.В.	440
288	Р-на А.Б.	140	338	Ф-ая Е.А.	1914
289	Р-ов А.Б.	1790	339	Ф-ва А.В.	1439
290	С-аш А.А.	1069	340	Ф-ва А.К.	1946
291	С-ва В.В.	714	341	Ф-ва Д.Б.	251
292	С-ва Е.В.	517	342	Ф-ва С.А.	866
293	С-ва Е.П.	2177	343	Ф-ин А.А.	1402
294	С-ва Л.А.	388	344	Ф-ин А.М.	790
295	С-ва Л.М.	352	345	Ф-ов А.Б.	285
296	С-ва Н.А.	1732			
297	С-ва С.Б.	1143			
298	С-ев А.Ю.	357			
299	С-ев М.Е.	889			
300	С-ец А.Г.	226			
301	С-ий А.А.	1268			
302	С-ин Ю.Ю.	72			
303	С-ис Т.А.	664			
304	С-ич К.М.	1110			
305	С-ко А.А.	624			
306	С-ко С.И.	1978			
307	С-на Е.В.	906			

308	С-на Н.В.	156			
309	С-на Н.М.	721			
310	С-на О.В.	1514			
311	С-ов А.Е.	376			
312	С-ов А.О.	1049			
313	С-ов В.А.	248			
314	С-ов В.Р.	2181			
315	С-ов Е.А.	735			
316	С-ов И.В.	1525			
317	С-ов М.Б.	599			
318	С-ов М.Н.	489			
319	С-ов О.Е.	2340			
320	С-ов С.Н.	1294			
321	С-ой А.Г.	1865			
322	С-ын В.А.	98			
323	Т-ай А.В.	1252			
324	Т-ая Е.В.	239			
325	Т-ва В.П.	236			
326	Т-ва Е.В.	413			
327	Т-ва И.Ю.	992			
328	Т-ва С.З.	1063			
329	Т-ий И.А.	1125			
330	Т-ин А.В.	1305			
331	Т-ин Ю.К.	1384			
332	Т-ов А.С.	359			
333	Т-ов В.А.	1645			
334	Т-ов В.Н.	262			
335	Т-ов Р.Р.	174			
336	Т-ук В.В.	1328			

Утверждаю

Проректор по учебной и научной работе ФГБУ
ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России, д.м.н.,
профессор Деница Г.О.

ноября, 2020г.



АКТ

О внедрении в учебный процесс Федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства Труда и социальной защиты Российской Федерации результатов диссертации Ломоносовой О.В. на тему: «Церебральные инсульты: реабилитация больных и инвалидов трудоспособного возраста в мегаполисе»

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе председателя Команцева В.Н., профессора кафедры, доктора мед. наук и членов Крицкой Л.А., доцента кафедры, канд. мед. наук. Лейкина И.Б., доцента кафедры, канд. мед. наук, удостоверяем, что материалы диссертационного исследования О.В. Ломоносовой «Церебральные инсульты: реабилитация больных и инвалидов трудоспособного возраста в мегаполисе» внедрены и используются в учебном процессе кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России.

Председатель

Профессор

Члены комиссии

Доцент кафедры

Доцент кафедры

Команцев В.Н.

Крицкая Л.А.

Лейкин И.Б.

Подписи Команцева В.Н., Крицкой Л.А., Лейкина И.Б., заверяю

Заведующая отделом кадров

Каверина И.А.



«Утверждаю»
Руководитель ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России - Главный эксперт по медико-социальной экспертизе



А.В. Абросимов

«12» ноября 2020 г.

АКТ

о внедрении в деятельность Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации результатов диссертации Ломоносовой О.В. на тему:
«Церебральные инсульты: реабилитация больных и инвалидов трудоспособного возраста в мегаполисе»

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе председателя – заместителя руководителя ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России Е.В. Кароль, начальника отдела организации медико-социальной экспертизы с использованием информационных систем и технологий, канд. мед. наук Е.А. Белавиной, заместителя руководителя по методической работе Я.Н. Хандриковой, удостоверяем, что материалы диссертационного исследования Ломоносовой О.В. «Церебральные инсульты: реабилитация больных и инвалидов трудоспособного возраста в мегаполисе» внедрены в деятельность ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России.

Председатель, заместитель Руководителя
ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России

Е.В. Кароль

Члены комиссии:

заместитель Руководителя
ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу»
Минтруда России

Я.Н. Хандрикова

начальник отдела организации медико-социальной экспертизы с использованием информационных систем и технологий, к.м.н.

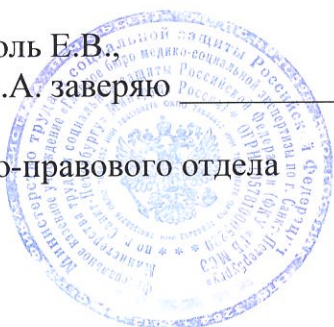
Е.А. Белавина

врач по МСЭ отдела организации медико-социальной экспертизы с использованием информационных систем и технологий

Н.В. Попова

Подписи Абросимова А.В., Кароль Е.В.,
Хандриковой Я.Н., Белавиной Е.А. заверяю

Заместитель начальника кадрово-правового отдела



Рыжова Н.А.

Минтруд России

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ ИМ. Г.А. АЛЬБРЕХТА»
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России)

ул. Бестужевская, д. 50, г. Санкт-Петербург, 195067
Тел. (812) 544-22-66; факс: (812) 544-34-19
<http://www.center-albreht.ru>
E-mail: reabin@center-albreht.ru
ОКПО 53279025; ОГРН 1037816002311
ИНН/КПП 7806104840/780601001

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор ФГБУ
ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта

Минтруда России

д.м.н., профессор,

заслуженный деятель науки РФ

Г.Н. Пеномаренко



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**результатов диссертационного исследования Ломоносовой Оксаны
Владимировны на тему: «Церебральные инсульты: реабилитация
больных и инвалидов трудоспособного возраста в мегаполисе»**

Комиссия в составе: председатель – Щербина К.К. – заместитель генерального директора – директор Института протезирования и ортезирования ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России;

члены комиссии:

- 1) Свинцов А.А – заместитель директора Института реабилитации и абилитации ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России;
- 2) Шошмин А.В. – руководитель отдела международных классификаций и систем реабилитации и абилитации (сотрудничающий центр ВОЗ);

составила настоящий акт о том, что результаты диссертационной работы Ломоносовой Оксаны Владимировны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук внедрены в практическую деятельность ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России.

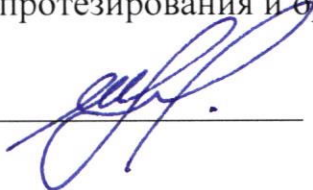
Рассмотрены и внедрены в деятельность Института реабилитации и абилитации инвалидов предложения по усовершенствованию современной модели комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебральных инсультов, разработанные на основе исследования медицинских и социальных аспектов инвалидности при данной патологии в мегаполисе с использованием принципов, заложенных в

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Использование материалов диссертации О.В. Ломоносовой направлено на совершенствование методических основ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебральных инсультов, что способствует повышению уровня социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Председатель комиссии

доктор медицинских наук, заместитель генерального
директора – директор Института протезирования и ортезирования ФГБУ
ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта
Минтруда России


_____ К.К. Щербина

Члены комиссии

кандидат медицинских наук, заместитель директора
Института реабилитации и абилитации
ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта
Минтруда России


_____ А.А. Свинцов

кандидат биологических наук, руководитель отдела
международных классификаций
и систем реабилитации и абилитации
(сотрудничающий центр ВОЗ)


_____ А.В. Шошмин

Подписи членов комиссии К.К. Щербина, А.А. Свинцова,
А.В. Шошмина заверяю.



