

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

На правах рукописи

ТАРАНЦЕВА
ВАЛЕРИЯ МИХАЙЛОВНА

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

14.01.11 – нервные болезни

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Санкт-Петербург

2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.	18
1.1 Реабилитация больных, перенесших церебральный инсульт	18
1.2 Основные принципы медико-социальной реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт.	22
1.3 Международная классификация функционирования и целесообразность её применения в клинико-экспертной практике	27
1.4 Организация реабилитационной помощи больным, перенесшим церебральный инсульт, в России.	33
1.5 Медико-социальная реабилитация инвалидов, перенесших церебральный инсульт.	40
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.	49
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ.	56
3.1 Церебральный инсульт. Особенности первичной инвалидности вследствие его последствий среди населения в возрасте от 18 до 55-60 лет в Ростовской области за 2015-2017 годы.	56
3.2 Распределение по типам инсульта контингента впервые признанных инвалидами вследствие церебрального инсульта среди населения трудоспособного возраста от 18 до 60 лет.	63
3.3 Характеристика основных категорий жизнедеятельности у инвалидов трудоспособного возраста, к которым приводит церебральный инсульт.	68

3.3.1 Распределение категорий ограничения жизнедеятельности по степеням выраженности	72
3.4. Клинико-функциональная характеристика инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта.	80
3.4.1 Клинические проявления церебрального ишемического инсульта ...	80
3.4.2 Основные нарушения функций организма вследствие церебрального инсульта с учётом степени их выраженности.	84
ГЛАВА 4. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА.	89
4.1 Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации.	89
4.2 Реабилитация постинсультных больных в учреждениях здравоохранения в Ростовской области.	93
4.3 Организация профессиональной и социальной реабилитации в Ростовской области.	98
4.4 Эффективность реабилитации инвалидов вследствие церебрального инсульта в трудоспособного возраста.	101
4.4.1. Показатели реабилитации.	101
4.4.2 Факторы, влияющие на показатели реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов, вследствие церебрального инсульта. Результаты анкетирования.	108
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	114
ВЫВОДЫ	123
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	125
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ТЕМЫ.	126
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	127
ПРИЛОЖЕНИЕ.	152

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВПИ	– впервые признанные инвалидами
ГБ МСЭ	– Главное бюро медико-социальной экспертизы
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМ	– инфаркт мозга
ИПРА	– индивидуальная программа реабилитации/абилитации инвалида
КТ	– компьютерная томография головного мозга
ЛФК	– лечебная физическая культура
МДБ	– мультидисциплинарная бригада
МКБ – 10	– Международная классификация болезней 10 пересмотра
МКФ	– Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МРТ	– магнитно-резонансная томография головного мозга
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
НАБИ	– Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом
ОЖД	– ограничения жизнедеятельности
ОНМК	– острые нарушения мозгового кровообращения
САК	– субарахноидальное кровоизлияние
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ФКУ	– федеральное казённое учреждение
ЦВБ	– цереброваскулярные болезни
ЦВЗ	– цереброваскулярные заболевания
ЦВП	– цереброваскулярная патология
ЦИ	– церебральный инсульт
ФР	– факторы риска

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

В 60-е годы прошлого столетия уровень общей смертности населения в России был ниже, чем во Франции, Германии и США. Но если в этих странах, начиная с 1970 года, началось достаточно устойчивое снижение общей смертности, то в России именно с середины 60-х годов начался длительный и скачкообразный её рост. В период с 1960 по 1980 годы наиболее вероятными факторами роста смертности могли быть урбанизация, ассоциированная с увеличением распространённости артериальной гипертензии (АГ) и атеросклероза, а также резкий рост потребления алкоголя (Бойцов С.А. и соавт., 2018). Первый выраженный скачок уровня смертности в нашей стране произошёл в период с 1990 по 1993 годы, второй – с 1998 по 2003 годы, что объясняется тяжёлым и затяжным, и, главное, тотальным, социально-экономическим стрессом.

Снижение смертности во Франции, Германии и США, наблюдаемое с 1970 года по конец 80-х годов XX века, объясняется главным образом существенным оздоровлением образа жизни населения, которое стало результатом активной его пропаганды и обеспечением соответствующих условий. Курс на здоровый образ жизни был принят в национальном масштабе в целом ряде западноевропейских стран и США на основании результатов Фрамингемского исследования (Framingham Heart Study) (Dawber T.R. et al., 1957) первые результаты которого, опубликованные в 1957 году, показали, что основными факторами риска (ФР) смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) являются высокое артериальное давление (АД), высокий уровень холестерина в крови и курение, которые ассоциируются с ишемической болезнью сердца (ИБС). Несколько лет спустя было отмечено (Kannel W.B. et al., 1965), что инсульт также является основным следствием повышенного артериального давления,

Сосудистые заболевания головного мозга в течение последних десятилетий остаются важнейшей проблемой клинической и клинико-экспертной неврологии

в нашей стране. Церебральный инсульт (ЦИ) продолжает активно изучаться исследователями всего мира. Это объясняется значительной распространенностью, высокой смертностью и инвалидизацией больных после острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), при этом отмечался рост данных показателей в течение последних лет во многих странах мира, в том числе и в России (Одинак М.М. и соавт., 2005; Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2006; Гусев Е.И. и соавт., 2007, 2013; Парфёнов В.А., Хасанова Д.Р., 2012; Ковальчук В.В. и соавт., 2014, 2016; Михайлов В.А. и соавт., 2015, 2018; Помников В.Г. и соавт., 2016; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Дудайте В.В. и соавт., 2019).

В России ежегодно отмечается 350-400 новых случаев инсульта на 100 тыс. населения в год (Суслина З.А. и соавт., 2009, 2016; Стаховская Л.В., Богатырёва М.Д., 2013; Стаховская Л.В., Котов С.В., 2014; Гусев Е.И. и соавт., 2019). 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%. 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). Имеются также данные об омоложении инсульта – с 1993-1994 годов до 2005 года средний возраст больных с первым инсультом уменьшился с 71 года до 69 лет. При этом за тот же период времени доля больных моложе 55 лет, перенесших ОНМК, увеличилась с 12,9% до 18,6% (Kissela V.M. et al., 2012).

В последние годы значительные усилия Российских учёных и Правительства в плане первичной профилактики в виде успешного лечения АГ, внедрение в диагностику инсультов нейровизуализационных методов, применение тромболитической терапии, а также успехи в создании реабилитационных центров для больных с ОНМК способствовали уменьшению летальности и инвалидизации 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;

Михайлов В.А. и соавт., 2015; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017; Бархатов Ю.Д., Кадыков Ю.С., 2017; Шальнова С.А. и соавт., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Ноздрюхина Н.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).

Тем не менее, ЦИ по-прежнему имеет значительную распространённость во всём мире, не исключая и Россию (Алфёрова В.В. и соавт., 2017; Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Candelize L.A. et al., 2007; Winstein C.J. et al., 2017).

Согласно эпидемиологическим исследованиям ежегодно в мире ЦИ переносят порядка 5,6-6,6 – 20 млн. человек. (Домашенко М.А., Пирадов М.А., 2013). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), регистрируется 1,0-3,0 случаев инсультов на 1000 населения в год. В разных странах показатель заболеваемости инсультом различен. Так, в странах Западной Европы он колеблется от 1,46 до 3,08 на 1000 жителей в год, а в различных регионах США – от 1,35 – до 2,12 на 1000 жителей (Скворцова В.И., 2007; Кадыков А.С. и соавт., 2008, 2014; Суслина З.А., Пирадов М.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2016; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Dey P. et al., 2005; Winstein C.J. et al., 2017). По сведениям А.А. Скоромца и В.В. Ковальчука, частота вновь выявленных случаев ОНМК колеблется от 1,0 до 2,0 на 1000 тыс. населения в год. Среди индустриально развитых стран этот показатель наиболее высок в Японии – 2,13, а самый низкий: в Канаде, Франции, Дании – 1,2-1,25 (Скоромец А.А., Ковальчук В.В., 1998).

Частота возникновения инсульта увеличивается с возрастом: в 50-59 лет этот показатель составляет 7,4, в возрасте 60-69 лет – 20,0 на 1000 населения. Однако отмечается увеличение распространённости ЦИ среди лиц трудоспособного возраста. (Айриян Н.Ю., 2006; Клемешева Ю.Н., 2010). В.И. Скворцова отмечала, что вероятность возникновения ЦИ у мужчин на 30% выше, чем у женщин. Это различие наблюдается в возрастной группе от 45 до 64 лет (Сквор-

цова В.И., Платонова И.А., 2002; Скворцова В.И., 2007).

Большая территориальная протяженность нашего государства, разнородность географических, экологических и этнических факторов определяют специфику цереброваскулярной патологии (ЦВП) в России. В.И. Скворцова и И.А. Платонова указывали на увеличение частоты ЦВЗ и инсульта в направлении с запада на восток, а также на влияние фактора урбанизации на эпидемиологические показатели. В крупных городах с населением более 1 млн. частота инсульта достоверно выше (Санкт-Петербург – 3,8/1000 населения), чем в городах с населением до 500 000 человек (Владимир – 2,7/1000 населения) и сельской местности (Владимирская область – 1,5/1000 населения) (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Скворцова В.И., 2007; Белова Л.А. и соавт., 2019; Ломоносова О.В. и соавт., 2019).

Показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в России, согласно официальной статистике, одни из наиболее высоких в мире. Средний показатель смертности от ЦВЗ в 15 странах Европы – членах Европейского сообщества составил 62,3 на 100 тыс. населения в год, в то время как в России в 2002г. – 306,2 на 100 тыс. (Стаховская Л.В. и соавт., 2004; Feigin V.L., 2003; Francisco G.E., 2007). Специальный анализ с помощью регистра инсульта показал, что данные официальной статистики часто в 2-2,5 раза превышают истинные показатели смертности от инсульта в разных регионах России, что подчеркивает определенную недостоверность данных показателей (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Стаховская Л.В. и соавт., 2004; Суслина З.А., 2008; Суслина З.А. и соавт., 2009; 2016).

В группе заболеваний нервной системы, приводящих к инвалидности, сосудистая патология занимает первое место (40-59%), причём в 60% случаев (в основном из-за выраженного двигательного дефекта) определяется II группа инвалидности, а в 25-30% – I группа. К труду без ограничений возвращаются 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; Макаров

А.Ю. и соавт., 2013; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Частота инсультов у лиц не старше 40-45 лет составляет в среднем 25 на 100 тыс. населения в год и достоверно не различается у мужчин и женщин. Кроме этого, на фоне явного «омоложения» инсульта обращают на себя внимание темпы роста смертности в возрасте от 30 до 50 лет. (Евзельман М.А., 2006; Гусев Е.И. и соавт., 2019).

В стране проживает более 1 млн. человек, перенесших ЦИ, причем 80% из них являются инвалидами. Этот факт ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество. По данным ВОЗ, совокупная стоимость прямых и непрямых расходов на одного больного инсультом составляет 55000-73000 \$. 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 США 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).

Таким образом, большая и растущая распространённость ЦИ в России, высокий процент инвалидизации и смертности населения вследствие данной патологии (в том числе и среди лиц в трудоспособном возрасте), наметившаяся тенденция «омоложения» ЦИ определяют актуальность данной темы (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017; Алфёрова В.В. и соавт., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Ломоносова О.В. и соавт., 2019).

Следует отметить, что создание в последние годы новых реабилитационных центров и отделений для нейрососудистых больных, деятельность мультидисциплинарных бригад при оказании помощи больным с инсультами, целенаправленное использование реабилитационных мероприятий на этапах оказания помощи этим больным, позволяют добиваться улучшения показателей реабилитации, уменьшения ограничений жизнедеятельности (ОЖД), возвращения части больных к общественно-полезному труду. (Кадыков А.С. и соавт., 2008; Ондар

В.С., 2012; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017; 2018; Скворцова В.И. и соавт., 2018). В настоящее время не хватает мер организационного характера, которые позволили бы внедрить в практику достижения ведущих учёных в области реабилитации больных, перенесших ЦИ, претворить в жизнь основные принципы реабилитации с учётом принятия нашей страной Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и Конвенции о правах инвалидов (Гусев Е.И. и соавт., 2007; Абдылдаева Н.А., 2010; Черкасова О.А., 2013; Бельская Г.Н. и соавт., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Ломоносова О.В. и соавт., 2019). Использование не самых сверхсовременных и дорогостоящих методов лечения и реабилитации, а тех, которые имеются на вооружении многих медицинских учреждений на современном этапе, при условии чёткой поэтапной организации оказания медицинской помощи в остром периоде инсульта и соблюдении принципов реабилитации в дальнейшем, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий и вернуть большее число больных, перенёсших ЦИ, к полноценной жизни без ограничений жизнедеятельности (Хатькова С.Е., 2005; Суслина З.А., Пирадов М.А., 2008; Черкасова О.А., 2013; Суслина З.А. и соавт., 2016; Гафурова Д.У., 2019). Положительные тенденции в этом направлении отмечены в отдельных регионах России с 2015-2016 годов.

Для развития системы реабилитационной помощи в 2001 году была создана существующая версия Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001; Шостка Г.Д. и соавт., 2003). Всемирная организация здравоохранения рекомендует повсеместное внедрение МКФ в практику медицинской и социальной реабилитации, сбор данных об инвалидности с использованием МКФ, создание компьютерных программ и мобильных приложений для практического использования МКФ и повышения на этой основе качества и доступности реабилитации (WHO, 2018). Данная концепция требует обязательно разработки методики практического применения МКФ в научных и научно-практических исследованиях.

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 (Мальцева М.Н. и соавт., 2015, 2016, 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 мультидисциплинарной бригады (МДБ) специалистов с немедицинским образованием – клинических психологов, логопедов, эрготерапевтов, физических терапевтов и реабилитационных медицинских сестер, которые имеют требуемые компетенции в рамках своих специальностей (Иванова Г.Е. и соавт., 2015, 2016, 2017; 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 био-психо-социальной модели инвалидности (Буйлова Т.В., 2013; Мельникова Е.В. и соавт., 2017; E.J.P.R.M, 2018).

В литературе существуют разные названия для описания работы МДБ в реабилитации. В белой книге по физической и реабилитационной медицине в Европе указано, что реабилитационная команда должна работать, используя мультипрофессиональный интердисциплинарный, основанный на работе команды подход (E.J.P.R.M., 2018). В России данный принцип называется мультидисциплинарным (Скворцова В.И., 2006).

Имеются данные литературы об эффективности использования мультидисциплинарного принципа работы реабилитационной бригады у больных с инсультом (Сычёва А.В., 2008; Шмонин А.А. и соавт., 2017; Stroke Uni, 2013). Однако исследования, в которых была бы продемонстрирована эффективность реализации всех упомянутых принципов вместе, а также с одновременным

использованием МКФ единичны (Шмонин А.А. и соавт., 2017; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., 2018).

Степень разработанности темы исследования

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

Цель исследования

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

Задачи исследования

1. Изучить клиничко-функциональные особенности ЦИ у больных и инвалидов трудоспособного возраста и определить основные категории

жизнедеятельности, к ограничению которых приводят нарушенные функции при ЦИ и степень их выраженности.

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

3. Изучить потребности больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мерах реабилитации, исследовать существующую модель реабилитации и оценить эффективность реализации индивидуальных программ реабилитации /абилитации) (ИПРА).

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

Научная новизна исследования

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

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

этапе. Выявлены существующие организационные и медико-социальные недоработки организации реабилитации больных и инвалидов после ЦИ. Усовершенствована организационная модель, позволяющая реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста после ЦИ к общественно-полезному труду с учётом положений Конвенции о правах инвалидов и МКФ.

Теоретическая и практическая значимость

На основе проведенного исследования была сформирована доказательная база, позволившая разработать и внедрить эффективные организационные технологии реабилитации, направленные на снижение инвалидности среди населения трудоспособного возраста после ЦИ с учётом принципов, заложенных в МКФ.

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

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

Методология и методы исследования

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

Положения, выносимые на защиту

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

2. В Ростовской области отмечаются в последние годы благоприятные тенденции в виде снижения I группы и роста III группы первичной инвалидности вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста, что позволяет в перспективе добиться хорошего восстановления нарушенных функций именно у инвалидов III группы.

3. В контингенте ВПИ вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт. В клинической картине лидируют пять групп нарушений: двигательный пирамидный дефект, психические нарушения, речевая патология, вестибуло-атактический синдром, бульбарный и псевдобульбарный синдромы. Ограничения жизнедеятельности наиболее часто представлены в категориях: «способность к трудовой деятельности», «способность к самообслуживанию» и «способность к самостоятельному передвижению».

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

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Основные материалы диссертации доложены и обсуждены на Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической неврологии» – Ежегодные Давиденковские чтения, (Санкт-Петербург, 2016, 2018 годы), на научно-практических конференциях неврологов Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием (г. Сыктывкар, 2016 – 2019 годы), на Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации» (г. Минск, 2017 год), на Всероссийской научно-практической конференции «Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения» (Санкт-Петербург, 2017 год), на Международном конгрессе, посвящённом Всемирному дню инсульта (Москва, 2017 год), на 11 Всероссийском съезде неврологов и 4 конгрессе Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (Санкт-Петербург, 2019 год). По теме диссертации подготовлено и опубликовано 9 печатных работ, в том числе 4 в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ для публикаций основных положений диссертаций на соискание ученой степени (1 из них в списке SCOPUS).

Внедрение результатов работы в практику

Результаты исследования внедрены в клиничко-экспертно-реабилитационную практику работы Федерального казённого учреждения (ФКУ) «Главное

БМСЭ по Ростовской области № 5». Выводы и основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации института усовершенствования врачей-экспертов (Санкт-Петербург).

Личный вклад автора в получении результатов

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

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 152 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, сведений о базе, материалах и методах исследования, 2-х глав собственных результатов исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, перспектив дальнейшего исследования темы, списка литературы и приложения. Работа иллюстрирована 19 таблицами, 3 рисунками, содержит список сокращений и условных обозначений, список литературы, включающий 217 источников, в том числе: 144 отечественных и 73 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Реабилитация больных, перенесших церебральный инсульт

Церебральный инсульт, как тяжелейшее осложнение ЦВЗ, является предметом большого числа исследований во всем мире.

Изучаются эпидемиологические аспекты, вопросы первичной профилактики, механизмы возникновения и течения ЦИ, разрабатываются методы диагностики и лечения, использование современных препаратов и их эффективность, рассматриваются организационные аспекты оказания помощи больным с инсультом и отдельные направления реабилитации.

Важной работой, посвященной решению задач лечения и реабилитации больных с инсультом, явились «Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками» от 2008 года (European Guidelines for Ischemic Stroke - 2008) (Cereb. Dis., 2008). Рекомендации охватывают разделы экстренной помощи при инсульте, первичной и вторичной профилактики, диагностики инсульта, базисной и дифференцированной терапии, лечению осложнений и реабилитации постинсультных больных.

Отдельный раздел рекомендаций посвящен проблемам реабилитации и определяет задачи реабилитации, как возможность дать людям с ограниченными возможностями достижения и поддержки на оптимальном уровне физических, интеллектуальных, психологических и/или социальных функций (WHO, 2001). При этом отмечено, что «цели реабилитации могут меняться от минимизации повреждения на начальном этапе до более сложных вмешательств, разработанных для поддержки активного участия». Европейская организация по инсульту (ESO) определила пять важнейших требований к организации реабилитации при инсульте:

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

2. Рекомендуется раннее начало реабилитации.

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

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

5. Рекомендуется увеличивать продолжительность и интенсивность реабилитации.

Данные положения расширены и конкретизированы в клинических рекомендациях по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками от 2017 года, изданными в нашей стране (Алфёрова В.В. и соавт., 2017). Всемирной организацией здравоохранения еще в 1974 г. были даны рекомендации по разработке и внедрению во всех странах мира комплексной системы оказания помощи больным ОНМК, которая предусматривает создание неврологических бригад скорой помощи, специализированных нейрососудистых отделений, реабилитационных стационаров (Богат З.И., 1990; Скоромец А.А. и соавт., 2003; Иванова Г.Е. и соавт., 2007; Колчина Э.М., 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 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

мультидисциплинарными бригадами. Восстановительное лечение продолжается в отделениях нейрореабилитации, которых в Австрии с населением 8 млн. человек насчитывается – 7 (Лихтерман Б.Л., 2009). Многими зарубежными авторами доказано, что именно невролог должен вести больного после инсульта, и его преимущества перед другими специалистами очевидны (Bogousslavsky J. et al., 2005; Dey P. et al., 2005; 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; Hara 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; Candelize 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 al., 2009; Di Pino G. et al., 2014). В настоящее время обсуждается вопрос, что понимать под «ранней реабилитацией». Известно, что прогноз восстановления нарушенных функций улучшается, если активное воздействие на заболевание 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 мультидисциплинарной бригадой (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; Dey P. et al., 2005; Dunstone C. et al., 2006).

Многие авторы изучали потребности в продолжительности пребывания в стационаре больных с ЦИ (Terent A. et al., 2009; Zhu H.E. et al., 2009). Имеются сведения, что МДБ (инсультная) даже при ранней выписке из стационара и включающая (как минимум) сестринскую помощь, ЛФК и эрготерапию, может значительно уменьшить необходимое количество койко-дней для отдельных больных с легкими или умеренными функциональными нарушениями после инсульта (Ковальчук В.В. и соавт., 2014, 2015, 2016; CDSR, 2005; Landhorne P. et

al., 2005). Но, если такой пациент остается под обычным амбулаторным наблюдением, то смертность значительно увеличивается при ранней выписке (Ronning O.M., Guldvog B., 1998).

Важным моментом является продолжение реабилитации в восстановительном периоде (Булеца Б.А., Адамчо М.М., 2009; Иванова Г.Е. и соавт., 2006, 2017, 2018; Михайлов В.А. и соавт., 2015; Пономаренко Г.Н., 2018; Francisco G.E., 2007). Авторами доказано, что продолжение реабилитации в течение 1 года после инсульта снижает риск функциональных ухудшений и улучшает активность в повседневной жизни (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Гафурова Д.У., 2019; Legg L, Langhorne P., 2004). Среди методов реабилитации, доказавших свою эффективность, многими специалистами по реабилитации отмечаются ЛФК и эрготерапия (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Пономаренко Г.Н., 2018; Lee J.H. et al., 2001; Peppen R.P. et al., 2004; Leg L.A. et al., 2006; Mehrholz J. et al., 2007; Pollack A. et al., 2007).

Появление 15 ноября 2012 года приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения» явилось важнейшим фактором официального утверждения усилий нашего общества, направленного на качественную борьбу с церебральными инсультами.

Соблюдение приведенных требований способствует снижению летальности и уровня инвалидности, улучшает функциональные исходы заболевания, что является показателями эффективности реабилитации (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Мельникова Е.В. и соавт., 2017; Пономаренко Г.Н., 2018).

Подчеркивая важность каждого разработанного аспекта лечения и реабилитации постинсультных больных, общеевропейскими рекомендациями ВОЗ (г. Хельсинборг, Швеция; 1995, 2006гг.) была поставлена цель: к 2015 году (которая не была выполнена ни в одной стране мира) необходимо создать систему реабилитации, при которой к концу месяца после развития инсульта должны выживать более 85% больных, а спустя 3 месяца после развития инсульта – 70% выживших пациентов должны быть независимы в повседневной жизни

(Евзельман М.А., 2006; ESS, 2007; Kjelstrom T. et al., 2007). Эта цель обуславливает сложность и многокомпонентность структуры реабилитации, требует включения в процесс реабилитации не только медицинского, но и психологического, педагогического, социального, организационного аспектов, позволяя в рамках нейрореабилитационного процесса достичь максимально возможного восстановления нарушенных и компенсации утраченных функций организма и активного социального функционирования больных с последствиями ЦИ. (Козелкин А.А. и соавт., 2006; Шкловский В.М. и соавт., 2006; 2017; Braini M. et al., 2004; Dobkin B.N., 2005).

1.2 Основные принципы медико-социальной реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт

В России интерес к реабилитации в целом и к нейрореабилитации – в частности, в научном обществе вырос, особенно в последние десятилетия. Это связано не только со стремлением остановить рост инвалидизации населения, но и с появлением новых технологий, позволяющих более целенаправленно и эффективно проводить реабилитационные мероприятия. (Епифанов В.А., 2006, 2014; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2008; Алфёрова В.В. и соавт., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Гусев Е.И. и соавт., 2019; Ноздрюхина Н.В. и соавт., 2020). Отметим, что успехи современной медицинской науки в развитых странах мира существенно снизили летальность при многих заболеваниях. Внедрение эффективных методов профилактики и лечения инсульта в странах Западной Европы, США, Японии, Австралии привело за 15 лет к снижению смертности от инсульта более чем на 50% (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998; Камаева О.В. и соавт., 2003; Стаховская Л.В. и соавт., 2004, 2014; Суслина З.А. и соавт., 2014, 2016; Бойцов С.А. и соавт., 2018). Это в свою очередь явилось необходимостью для разработки механизмов проведения восстановительных мероприятий всё большему числу выживших больных, но приобретших вследствие болезни различные нарушения функций.

Важным фактором также явилось стремление России шире участвовать в политической, экономической и общественной жизни мирового сообщества, что потребовало внесения существенных изменений в социальное законодательство, приведение его в соответствие с нормативными правовыми актами Европейского сообщества. Следствием этого явилось законодательное закрепление термина «реабилитация инвалидов». Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.10.1995г. №181 – ФЗ трактует реабилитацию инвалидов как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Однако этот термин правомочен в отношении больных, которые имеют в нашей стране статус инвалида.

На сегодня как в России, так и в западноевропейских странах и США нет четкого определения понятия "реабилитация", которое соответствовало бы международным требованиям и стандарту (Маккавейский П.А. и соавт., 2000; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). В понимании многих отечественных врачей-исследователей реабилитация понимается, как совокупность методов физиотерапии, ЛФК, массажа, рефлексотерапии и т.п., о чем свидетельствует употребление термина «реабилитация» во многих научных статьях именно в данном контексте. Однако механическое объединение указанных методов не имеет ничего общего с реабилитацией (Осадчик А.И. и соавт., 2005; Шкловский В.М. и соавт., 2006; Войтенко Р.М., 2007; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2008; Кадыков А.С. и соавт., 2008; Пузин С.Н., 2009; Березовская А.П., 2011; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Пономаренко Г.Н., 2018).

Эксперты ВОЗ предлагают рассматривать реабилитацию как систему мероприятий, направленных на быстрое и максимально полное восстановление физического, психологического и социального статуса больного, главной целью которой является интеграция больных в общество с достижением социальной и экономической независимости (Кадыков А.С. и соавт., 2008, 2014).

Наиболее точно и емко формулирует сущность реабилитации один из ведущих в России специалистов по нейрореабилитации В.М. Шкловский:

«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).

Изучению и разработке принципов реабилитации больных при заболеваниях нервной системы, в том числе и при инсультах, посвящено значительное число публикаций (Виленский Б.С., 2005; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2005; Гольблат Ю.В., 2006; Епифанов Е.А., 2006; Гусев Е.И. и соавт., 2007; 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; Ковальчук В.В. и соавт., 2016, 2017, 2018; Ноздрачёва Н.В. и соавт., 2020; 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.

К основным принципам нейрореабилитации относят следующие (Демиденко Т.Д., 1980; Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988; Гольблат Ю.В., 2006; Козелкин А.А. и соавт., 2006; Скворцова В.И., 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):

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 с определённым порядком оказания помощи.

5. Адекватность использование тех методов и методик, которые необходимы конкретному больному на определенном этапе заболевания – индивидуализация программы реабилитации.

6. Социальная направленность, решение социально-психологических, социально-бытовых, профессионально-трудовых проблем.

7. Активное участие в реабилитационном процессе самого больного и членов его семьи.

8. Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Реализовать указанные принципы реабилитации позволяет система этапной помощи, которая включает: 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; Макаров А.Ю. и соавт., 2013; Черкасова О.А., 2013) свидетельствуют о том, что организация этапной помощи способствует снижению летальности и улучшению качества жизни больных после перенесенного ЦИ.

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 поражённых конечностях; второй – от 3мес. до 6 мес. – восстановление сложных двигательных навыков.

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

4. Резидуальный период (после 1 года с момента развития инсульта) – период стойких последствий инсульта – по данным последних исследований у больных с незначительными и умеренными нарушениями также может продолжаться восстановление нарушенных функций при условии применения интенсивной и целенаправленной 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; Макаров А.Ю. и соавт., 2013; 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 реабилитацией. С одной стороны, лечебные и реабилитационные мероприятия проводятся одновременно, а с другой – эти мероприятия преследуют несколько различные цели. Лечение 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; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

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 ОЖД. 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)..

1.3 Международная классификация функционирования и целесообразность её применения в клинико-экспертной практике

Общее число инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в России увеличилось с 983,8 тыс. в 1999 г. до 1,0-1,2 млн. в последующие годы (Кардаков Н.Л., 2006; Клин. реком., 2013; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Ломоносова О.В. и соавт., 2019).

Отметим, что по данным Федерального БМСЭ, показатель уровня первичной инвалидности среди всех причин имеет тенденцию к снижению в последние 3-4 года и составил в 2018 году в среднем по России 54,8 на 10 тысяч взрослого населения (Орлова С.Ю., 2019).

В структуре первичной инвалидности удельный вес лиц молодого возраста колеблется в пределах 17-20%, составляет в среднем 18,2%, а лиц среднего возраста – в среднем 36,6% от общего числа инвалидов.

Инсульт является одной из лидирующих причин инвалидизации населения и накладывает особые обязательства на членов семьи больных, тем самым значительно снижает их трудовой потенциал, ложится тяжелым социально-экономическим бременем на все наше общество.

В России стоимость лечения одного больного, перенесшего инсульт, включая стационарное лечение, медико-социальную реабилитацию и вторичную профилактику (прямые расходы), составляет 127 тыс. рублей в год, т.е. общая сумма прямых расходов, связанных с инсультом составляет 63,4 млрд. руб. в год. Непрямые расходы на инсульт, оцениваемые по потере внутреннего валового продукта из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности населения, составляет в России около 304 млрд. руб. в год. По данным ВОЗ, за период 2005-2015 гг. потеря внутреннего валового продукта в России из-за преждевременной смерти больных вследствие сосудистых причин составляет порядка 8,2 трлн. руб.

Оценки, основанные на поддающихся экономическому учету данных, свидетельствуют о чрезвычайно высоких финансовых затратах в лечении и реабилитации больных ЦИ и инфарктом миокарда.

Важным этапом реабилитации больных после ЦИ является оценка степени ограничений способности к трудовой деятельности, в других категориях жизнедеятельности и рациональное трудоустройство. Это имеет не только социально-экономическое значение, но играет важную роль в дальнейшем клиническом течении болезни. Допустимые для больного виды труда, выполняемые в

соответствующих условиях, положительно влияют на течение и прогноз заболевания.

Медико-социальная экспертиза сосудистых больных в Российской Федерации (РФ) осуществляется с учётом Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы. В последние годы в нашей стране всё более очевидной становится неполноценность, дефектность существующей концепции инвалидности, основанной на игнорировании ряда положений, существующих в развитых странах мира, тем более, что наша страна в 2012 году ратифицировала «Конвенцию о правах инвалидов». В соответствии с Конвенцией к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Из этого определения следует, что основным постулатом при определении инвалидности является установление нарушений здоровья, сопровождающихся физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые препятствуют взаимодействию инвалидов с окружающей средой и тем самым мешают их участию в жизни общества.

Другой международный документ – МКФ, принятый ВОЗ в 2001 году и переведённый на русский язык в 2003 (Коробов М.В. и соавт., 2003), призван обеспечить унификацию и определение рамок для оценки показателей, связанных со здоровьем. Международная классификация функционирования утверждена 22 мая 2001г. 54-й сессией ассамблеи ВОЗ (резолюция WHA54.21; Коробов М.В., 2014; Коробов М.В. и соавт., 2015).

Данная классификация представляет собой пересмотр Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), которая впервые была опубликована ВОЗ в 1980 году, основные принципы и положения которой были использованы до недавнего времени в действовавших критериях инвалидности.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ушла от классификации «последствий болезни» (версия МКН-1980 г.), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрировали внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья принадлежит к «семье» международных классификаций, разработанных ВОЗ, которые обеспечивают общие правила кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем (например, диагноз, функционирование и ограничение жизнедеятельности, основание для обращения за медицинской помощью). Данные классификации, используя стандартизованный общий язык, позволяют специалистам общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением во всем мире в различных дисциплинах и отраслях науки.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ -10), которая определяет их этиологическую структуру. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья находят свое отражение в диагнозе.

В МКФ классифицируются функционирование и ОЖД, связанные с изменениями здоровья. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована для принятия тех или иных решений.

Международная классификация функционирования – многоцелевая классификация, разработанная для использования в различных дисциплинах и областях научной и практической деятельности. Всеобъемлющая цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком описание показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, в частности:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и определяющих их факторов;
- сформировать общий язык для описания показателей здоровья с целью улучшения взаимопонимания между различными специалистами: здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;
- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;
- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья.

Для реализации поставленных целей МКФ используется в качестве:

- статистического инструмента для сбора и накопления информации (например, при популяционных исследованиях, эпидемиологическом мониторинге или при создании информационных систем);
- инструмента исследований для оценки результатов вмешательств, качества жизни или факторов окружающей среды;
- клинического инструмента для оценки потребностей индивида в мерах медицинской реабилитации, сравнения вариантов терапии и оценки их результатов;
- инструмента социальной политики для планирования мер социальной защиты и их реализации;
- инструмента обучения для разработки учебных планов, пропаганды и проведения общественных акций.

Выступая в качестве классификации здоровья и всех обстоятельств, которые связаны со здоровьем, МКФ может применяться в следующих сферах и областях общественной жизни: здравоохранение, социальная защита, страхование, трудоустройство, образование, экономика, социальная политика, законодательство, гигиена.

Международная классификация функционирования является удобным инструментом для реализации принятых международных документов по правам человека, в том числе Декларации о правах инвалидов, а также национального законодательства. В ООН МКФ используется как одна из социальных классификаций, на которую ссылаются и с помощью которой реализуются «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности» и другие международные документы.

Многие авторы и разработчики отмечают трудности в использовании МКФ в реабилитации, поскольку МКФ – сложный инструмент, и поэтому имеется необходимость не только в особой подготовке специалистов для использования МКФ, но и обязательность в создании инструментов для использования МКФ (Шмонин А.А., 2017). Также высказывается мнение, что требуется пересмотреть и развивать МКФ (Коробов М.В., 1993, 2005, 2011; Шостка Г.Д. и соавт., 2003; Коробов М.В. и соавт., 2013; Помников В.Г. и соавт., 2012; Татарханова М.Я., 2017.; Шмонин А.А., 2017).

Международная классификация функционирования включает все аспекты здоровья человека и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, описывая их в терминах доменов здоровья, т.е. набора взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности.

Домены представлены в МКФ с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма (В-Body), 2) активности (А-Activity) и участия (Р-Participation).

Международная классификация функционирования, системно группируя различные домены человека, позволяет описывать профиль функционирования и ОЖД в связи с изменениями здоровья (например, указывает, что индивид с заболеванием или расстройством делает или способен делать).

Классификация, оставаясь в рамках широкого понимания здоровья, не распространяется на события, не связанные со здоровьем, например, на события, которые определяются социально-экономическими факторами. Так, люди могут

иметь ограничения при выполнении задач в реально существующей окружающей среде из-за расовой принадлежности, пола, религии или других социально-экономических причин, но это не будет ограничением возможности участия, связанным со здоровьем. Международная классификация функционирования применима ко всем людям, а не только к гражданам с ОЖД. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем при любом изменении здоровья, могут быть описаны с помощью МКФ. Другими словами, МКФ универсальна для оценки здоровья любого человека.

При имеющихся некоторых несовпадений взглядов на различные положения МКФ можно признать, что сопоставление моделей ОЖД на основе научных, клинических, организационных исследований и социальной политики государства, основывающейся на международных рекомендациях, позволит разработать научно обоснованные критерии реабилитации инвалидности при любой патологии (в том числе и при ЦИ) и обеспечить социально ориентированную политику в отношении инвалидов (учитывая правовые, медицинские, интеграционные и другие аспекты этого вопроса).

Учитывая, что в настоящее время в клиничко-экспертную практику службы МСЭ Российской Федерации внедряются принципы, заложенные МКФ, исследования в данном направлении являются актуальными (Коробов М.В., 2011; Помников В.Г. и соавт., 2012; Коробов М.В. и соавт., 2013; Татарханова М.Я., 2017; Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., 2018).

1.4 Организация реабилитационной помощи больным, перенесшим церебральный инсульт в России

Нарушения функций человека на фоне перенесенного ЦИ приводят больных к тяжелым социальным последствиям, поскольку в наибольшей степени влияют на основные категории жизнедеятельности (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998; Дамулин И.В. и соавт., 2008; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Houlden H. et al., 2006; Grobe M/V/ et al., 2012). Нарушается не только соматоневрологический

статус пострадавших, но и зачастую наступает длительная и тяжелая инвалидизация при наличии социальной дезадаптации, Церебральный инсульт является мультидисциплинарной проблемой и требует комплексного медико-социального подхода к реабилитации (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998; Шкловский В.М. и соавт., 2006, 2017; Подлипалин А.Ю., 2007; Захарченко Ю.И. и соавт., 2009; Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2009; Григорьева О.В., 2012; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018).

В нашей стране тактика ведения больных с ЦИ менялась трижды. До 60-х годов XX века считалось, что больной должен находиться в полном покое, поэтому госпитализация в остром периоде была показана только тем пациентам, у которых ЦИ развился в общественном месте – на улице или на работе. С 1966 года в России организуется нейрореабилитационная служба (Шкловский В.М. и соавт., 2006) и начинает формироваться взгляд на важность ранней госпитализации: больных с ОНМК начинают госпитализировать в первые часы инсульта специализированной неврологической бригадой, при этом сразу проводится инфузионная терапия показанными лекарственными препаратами (Скоромец А.А. и соавт., 2003). В 1975 году Е.В. Шмидтом разработана система этапной помощи больным инсультом, внедренная в практику приказом Минздрава СССР от 19.09.1984г. (Виленский Б.С., Кузнецов А.Н., 2004; Евзельман М.А., 2006; Виленский Б.С., Яхно Н.Н., 2008). С 90-х годов XX века стала разрабатываться новая стратегия помощи (Сорокоумов В.А., 2002; Камаева О.В. и соавт., 2003; Скоромец А.А. и соавт., 2003; Виленский Б.С., 2005; Ковальчук В.В., 2008), предусматривающая раннюю (в первые сутки) и сверхраннюю (в первые часы ЦИ) госпитализацию абсолютного большинства больных, незамедлительное проведение нейровизуализации, интенсивной терапии в остром периоде, мультидисциплинарный подход, а также применение активной ранней и преемственной реабилитации. В 1999 году в России создана Национальная Ассоциация борьбы с инсультом (НАБИ), начато формирование сети региональных центров по профилактике и лечению сосудистых заболеваний мозга, задачами которых являются создание регистров инсульта, внедрение новейших методов диагностики, лечения

и совершенствование первичной профилактики (НАБИ, 2001; Бубнова Е.В., Гусева Н.К., 2008), что и послужило основой для получения положительных результатов к настоящему времени (Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Скворцова В.И. и соавт., 2018).

В последние годы на федеральном уровне принят ряд важных нормативных документов, а также проводится активная реализация «Программы по борьбе с сосудистыми заболеваниями головного мозга, результаты которой можно считать вполне обнадеживающими (Скворцова В.И. и соавт., 2018).

Достижение оптимального эффекта при проведении реабилитационных мероприятий при ОНМК зависит от соблюдения принципов реабилитации: раннего начала реабилитационных мероприятий, систематичности, комплексности, мультидисциплинарного подхода, решения социально-психологических, социально-бытовых проблем и активного участия в реабилитации самого больного и его родственников. Реализовать эти принципы возможно при организации системы поэтапной помощи, которая включает: догоспитальный, интенсивной терапии, восстановительного лечения и диспансерный этапы. Многочисленные работы свидетельствуют, что организация этапной помощи по схеме: стационар – реабилитационное отделение – санаторий – поликлиника способствует снижению летальности и улучшению качества жизни больных, перенесших ОНМК (Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Duncan P.W. et al., 2005; Wain H.R. et al., 2008).

Лечение больных от начала заболевания в первые 24 часа должно проводиться в блоке интенсивной терапии и реабилитации, где определяется патогенетический вариант ОНМК, тактика ведения и вторичной профилактики. Ведущим специалистом является невролог, проводящий мониторинг неврологического статуса не реже чем 1 раз в 4 часа. Однако уже на этом этапе должен реализовываться мультидисциплинарный подход к ведению больных с участием следующих специалистов: кардиолога, логопеда, методиста по ЛФК, физиотерапевта, психотерапевта (Евзельман М.А., 2006; Скворцова В.И., 2007; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Ковальчук В.В., 2008; Ковальчук

В.В. и соавт., 2014, 2015, 2018; Шмонин А.А., 2017). При стабилизации состояния, ясном сознании, отсутствии грубых когнитивных нарушений, тяжелой соматической патологии больных переводят в палаты ранней реабилитации нейрососудистого отделения, где реализуется основной принцип реабилитации – раннее начало реабилитационных мероприятий (Скоромец А.А. и соавт., 2003; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2016, 2017, 2018; Шмонин А.А., 2017). Для этого необходима четкая координация действий разных специалистов, действующих как одна команда, решающая общие реабилитационные цели. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций нервной системы, проводится бригадой специалистов, включающей врачей ЛФК, восстановительной медицины, по физиотерапии, логопеда, инструктора по ЛФК, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов.

Таким образом, не подлежит сомнению, что реабилитация, начатая в остром периоде инсульта, способствует более быстрому восстановлению нарушенных функций, препятствует возникновению осложнений, позволяет улучшить психологический статус и качество жизни не только больных, но и их родственников. Конечно, всегда следует помнить о факторах, которые могут ухудшать реабилитационный прогноз и вести к неблагоприятному исходу после инсульта: пожилой возраст, женский пол, низкий уровень образования, наличие предшествующего инсульта, ишемический тип инсульта, большой очаг поражения, стволовая локализация, снижение уровня сознания, речевые и когнитивные нарушения (Гольблат Ю.В., 2006; Иванова Г.Е. и соавт., 2016, 2017, 2018; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Wit L. et al., 2007; Gatterllary M. et al., 2009; Zorowitz R., Braini M., 2011; Winstein C.J., 2017). Поэтому комплексная оценка состояния больного и включение в программу ранней реабилитации мер по предотвращению осложнений инсульта позволяет достичь её максимальной эффективности.

В соответствии со стандартом медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи) стационарный этап лечения продолжается от 7 до 30 дней в зависимости от типа инсульта, тяжести состояния,

нарушенных функций. Дальнейшие тактика ведения и реабилитация больного с ОНМК определяются врачебным консилиумом в составе заведующего отделением, лечащего врача, бригады специалистов, участвовавших в восстановлении нарушенных и зависят от соматического и физического состояния больного.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ №389н от 06.07.2009г. все больные делятся на 4 группы в зависимости от степени тяжести двигательного дефицита, нарушений психических функций, общего состояния и степени ограничения способности к самообслуживанию (Подлипалин А.Ю., 2007; Румянцева С.М. и соавт., 2008; Kong K.H. et al., 2006).

Больные с минимальным двигательным или когнитивным дефицитом, сохраненными психическими способностями направляются на долечивание и реабилитацию в поликлиники по месту жительства или во врачебно-физкультурные диспансеры.

Больные, способные к активному поддержанию вертикального положения и самостоятельному передвижению, самообслуживанию с положительным прогнозом восстановления, передвигающиеся с дополнительными средствами опоры или активно в коляске, направляются в санатории или центры, в том числе научно-практические (патологии речи и нейрореабилитации, реабилитации, ЛФК и спортивной медицины, восстановительной медицины и реабилитации, медицинской и социальной реабилитации) (Евзельман М.А., 2006; Шкловский В.М. и соавт., 2006; 2017).

Санаторный этап реабилитации дает наилучший результат у больных с начавшимся процессом восстановления и необходим для закрепления положительных результатов (Приказ Минздрава, 2006; Абдуллина Д.У., 2009; Лазарева О.А., Белопасов В.В., 2009; Приказ ФСС, 2010).

Больных с выраженными нарушениями двигательных и/или когнитивных, психических функций, передвигающихся только в коляске и требующих помощи при самообслуживании, рекомендуется направлять в отделения реабилитации

больничных учреждений различного уровня, а также специализированные больницы восстановительного лечения, курортные больницы.

И четвертая группа – наиболее тяжелые больные, самостоятельно не передвигающиеся и требующие постоянного ухода нуждаются в направлении в специализированные больничные учреждения (гериатрические), дома сестринского ухода, хосписы или выписываются домой под наблюдение медицинского работника по месту жительства.

Таким образом, 3 этап показан не всем больным, перенесшим ЦИ. После третьего этапа больные направляются на восстановительную терапию в специализированные кабинеты поликлинической сети. Завершающим звеном поэтапной реабилитации является диспансеризация. Она осуществляется на базе поликлиник и медико-санитарных частей, а в сельской местности – на базе центральных районных больниц (Демиденко Т.Д., 1980; Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г., 2004; Епифанов В.А., 2006; Черкасова О.А., 2013; Гафурова Д.У., 2019).

Следует подчеркнуть, что мультидисциплинарный принцип организации помощи должен соблюдаться на всех этапах реабилитационного процесса, проведение реабилитации должно осуществляться по заранее составленному плану с учетом состояния больного и реабилитационного диагноза и прогноза (Приказ Минздрава, 2005; Епифанов В.А., 2006; Иванова Г.Е. и соавт., 2017, 2018; Шмонин А.А., 2017). На амбулаторном этапе усилия специалистов по реабилитации в значительной степени направлены на обучение пациента достижению самостоятельности и максимально возможной независимости в повседневной жизни, на выяснение нуждаемости во вспомогательных технических средствах реабилитации и приспособлениях, на помощь в решении социальных проблем. Большое значение на этом этапе имеют социально-бытовая реадaptация, трудотерапия (эрготерапия), помощь социальных служб.

Важным аспектом является восстановление и коррекция психологического статуса, так как в 40-60% случаев у больных развиваются нарушения психических функций в виде постинсультной депрессии, тревожности, эмоциональной лабильности, что ухудшает качество жизни и замедляет восстановление нару-

шенных, особенно двигательных функций реабилитанта (Ковальчук В.В., 2008; Ковальчук В.В. и соавт., 2015, 2016, 2018; Маркин С.П., 2008; Kong K.H. et al., 2006). Семейная психотерапия способствует вовлечению родственников в процесс реабилитации, так как их участие в реабилитационном процессе и сотрудничество со специалистами имеет важнейшее значение. К сожалению, не редки случаи, когда отсутствует четкая организация этапной помощи, и больные, особенно с выраженными нарушениями функций, после выписки из неврологического стационара или специализированного восстановительного отделения, проходят лечение на дому, что существенно снижает возможности восстановления (Гафурова Д.У., 2019). В этих случаях особую роль в реабилитационном процессе играют родственники больного, задачами которых является создание здорового психологического климата в семье, уход за больным, восстановление навыков передвижения, самообслуживания, речи. Для обеспечения преемственности и непрерывности реабилитационного процесса целесообразна именно на всех этапах работа МДБ бригад, осуществляющих, в том числе, и реабилитацию в домашних условиях (Приказ Минздрава № 1705н, 2012; Приказ Минздрава № 928, 2012-2019; Kalra L. et al., 2004, 2005).

Такая модель организации медицинской помощи больным с ЦИ должна быть использована на всей территории страны. Организация региональных сосудистых центров уже осуществлена на территории РФ (Евзельман Е.А., 2006; Иванова Г.Е. и соавт., 2007, 2015, 2016, 2018; Скворцова В.И. и соавт., 2018). На практике уровень медицинской помощи, организация этой помощи в соответствии с изложенными принципами и требованиями законодательства остаются различными в разных регионах нашей страны. Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом в 1999-2000 годах в России было впервые проведено крупномасштабное исследование, которое показало, что несмотря на многочисленные теоретические разработки и развитие системы организации помощи при ЦВЗ, в России госпитализировано только 59,9% общего числа больных инсультом – от 38 до 81% в разных городах, в домашних условиях лечились 34%, в стационарных учреждениях системы социальной защиты – 0,4%,

а 5,5% больных вообще не получали медицинской помощи. Для сравнения в странах Западной Европы показатели госпитализации при ОНМК составляют до 90% (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Суслина З.А. и соавт., 2009). Отметим, что по результатам последних лет данные показатели выглядят значительно лучше (Скворцова В.И. и соавт., 2018).

Однако процесс реабилитации не завершается медицинским этапом. Социальная дезадаптация, нарушение социального, профессионально-трудового статусов постинсультных больных требует включения в процесс реабилитации социальных служб, решающих проблемы проживания (адаптации жилья), трудоустройства, организации досуга, психологической и финансовой поддержки и др. (Ворлоу Ч.П. и соавт., 1998; Осадчих А.И. и соавт., 2005; Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2009; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). На данном этапе важным моментом является установление инвалидности, так как в отношении инвалидов в нашей стране определена четкая социальная государственная политика и предусмотрен комплекс мер, направленных на реабилитацию данного контингента обязательно при тесном межведомственном взаимодействии служб здравоохранения и социальной защиты (Осадчих А.И. и соавт., 2005; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Онищенко Е.Ф. и соавт., 2019).

1.5 Медико-социальная реабилитация инвалидов, перенесших церебральный инсульт

Государственная социальная политика РФ в отношении инвалидов ставит своей задачей наличие достойных условий жизни и деятельности, на реализацию свобод, на создание для инвалидов равных возможностей, обеспечивающих максимальную интеграцию в семью и общество. Приоритетным направлением в этой политике стала комплексная реабилитация инвалидов, включающая основные виды: медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию (Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Согласно действующему законодательству «инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы в соответствии с порядком и условиями признания лица инвалидом, утвержденными Правительством РФ.

С учётом методических подходов, разработанным А.Ю. Макаровым и В.Г. Помниковым (Макаров А.Ю.. 2006), показаниями для направления на МСЭ с целью установления инвалидности при перенесенном ЦИ являются стойкие нарушения статодинамических, психических, зрительных, речевых и других функций организма умеренной, выраженной или значительно выраженной степени, приводящие к ОЖД – способности к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению, контролю за своим поведением, ориентации, обучению, трудовой деятельности. Необходимо учитывать неблагоприятное течение заболевания, наличие повторных преходящих нарушений мозгового кровообращения и инсультов в прошлом, а также тяжелую сопутствующую патологию (Макаров А.Ю., 2006; Румянцева С.А. и соавт., 2008; Клемешева Ю.Н., 2010; Помников В.Г., Коробов М.В.. 2017).

После принятия решения об установлении инвалидности каждому инвалиду разрабатывается ИПРА. Индивидуальная программа реабилитации/абилитации – это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление или компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Индивидуальная программа реабилитации/абилитации содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и

услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (ФЗ №181 от 24.10.1995; Приказ Минтруда от 13 июня 2017г. № 486н; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Формирование ИПРА предусматривает проведение специалистами бюро МСЭ экспертно-реабилитационной диагностики, оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза и определения на их основе перечня реабилитационных мероприятий. По мнению А.И. Осадчих, В.Г. Помникова, М.В. Коробова и др., только комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных данных позволяет оценить вид и степень ограничений жизнедеятельности инвалида и служит основанием для определения содержания программ его медицинской, профессиональной и социальной реабилитации (Осадчих А.И. и соавт., 2005; Коробов М.В., 2006; Карасаева Л.А., 2009; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Программа медицинской реабилитации формируется специалистами БМСЭ в том случае, если не исчерпаны биомедицинский и личностный потенциал инвалида. В данный раздел включаются мероприятия восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение для лечения заболевания, явившегося причиной инвалидности), реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования, санаторно-курортного лечения, обеспечения инвалида техническими средствами реабилитации, а также медико-социальный патронаж семьи инвалида. Л.П. Храпылина подчеркивает, что разработка программы медицинской реабилитации основывается на оценке клинико-функциональных данных (нозологической формы заболевания, осложнений, стадии, характера течения, характера и степени нарушения функций, клинического прогноза); оценке «базовых» характеристик инвалида: анатомо-физиологических (конституционно-анатомические особенности, возраст, пол, уровень физического развития и физической выносливости и др.) и психологических (характеристика основных психических функций, уровень сформированности волевых качеств; эмоцио-

нальная устойчивость, личностные особенности и др.); оценке видов ОЖД; оценке клинико-функциональной (физиологической, психофизиологической и психологической) составляющей реабилитационного потенциала, т.е. совокупности сохранных функций и личностных особенностей организма, которые необходимо поддерживать и развивать в процессе проведения реабилитационных мероприятий, касающихся восстановления определенных видов жизнедеятельности (Храпылина Л.П., 2006).

Программа профессиональной реабилитации включает мероприятия по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и переобучению, содействию в трудоустройстве, обеспечению инвалида техническими средствами реабилитации для обучения и трудовой деятельности .

Разработка программы профессиональной реабилитации инвалида, базируется на оценке «профессионально-трудовой» составляющей реабилитационного потенциала, включающей определение характеристик интегральной реакции организма инвалида на трудовую деятельность, оценку их значимости для трудовой деятельности и возможности ее продолжения, определение возможности адаптации к труду, путей поддержки адекватного состояния, разработки стратегии трудовой деятельности; оценке образовательного статуса инвалида, включающей комплексный анализ социальных характеристик, связанных с образовательной деятельностью, основных характеристик образовательной деятельности, а также определения соответствия требований, предъявляемых к инвалиду в процессе обучения, его профессионально значимым физиологическим, психофизиологическим и психологическим качествам и определения развития в процессе обучения профессионально важных сенсорных, моторных и «мыслительных» навыков; оценке вида и степени ограничений жизнедеятельности (Карасаева Л.А., 2009; Лошак С.И. и соавт., 2009; Юсупова Л.С., 2010; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). Программа профессиональной реабилитации формируется специалистами БМСЭ.

Программа социальной реабилитации это мероприятия по социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации, а также технические

средства реабилитации. Данный раздел основывается на оценке социально-бытового (самообслуживание, социальные навыки, персональная сохранность) и социально-средового (социальная независимость, социальное общение, возможность решения личных проблем, возможность заниматься физкультурой, спортом, культурно-досуговой и общественной деятельностью) статусов. Сюда включается анализ основных характеристик социально-бытовой, социально-средовой деятельности, определение соответствия физиологических, психофизиологических и психических функций инвалида требованиям, предъявляемым к нему социально-бытовой и социально-средовой деятельностью (Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф., 2006; Дементьева Н.Ф., Андреева Т.В., 2009; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). Также проводится оценка «социально-бытовой» составляющей реабилитационного потенциала, включающая определение совокупности медико-биологических и социальных факторов, а также их взаимодействия с конкретными социально-бытовыми и социально-средовыми условиями, прогнозированием – когда и с помощью каких средств инвалид достигнет возможности самостоятельного обслуживания и проживания. Составной частью является и оценка «социально-средовой» составляющей реабилитационного потенциала (возможности достижения самостоятельной общественной и семейной деятельности) и оценка вида и степени ограничения жизнедеятельности.

Программа социальной реабилитации также формируется специалистами БМСЭ. По мнению Н.Ф. Дементьевой, основой для ее составления являются результаты обследования социально-бытовых условий жизни лица с ограниченными возможностями, проводимые специалистами бюро МСЭ или территориальными органами социальной защиты, данные социальной экспертно-реабилитационной диагностики, проводимой специалистами БМСЭ (Дементьева Н.Ф., Андреева Т.В., 2009).

Хотя программа психологической реабилитации не является самостоятельным разделом ИПРА инвалида, однако, психологические мероприятия входят составной частью во все разделы ИПРА (и медицинскую, и профессио-нальную, и социальную) (Осадчих А.И. и соавт., 2005; Войтенко Р.М., 2007; Помников В.Г.,

Коробов М.В., 2017).

Завершающим разделом программы реабилитации является блок, который содержит заключение о ходе выполнения программы, эффективности мероприятий, причинах их невыполнения или неполного выполнения и определяет пути своевременной коррекции с учетом изменений психосоматического, социально-средового и профессионального статусов инвалида, а также социально-экономических условий и возможностей реализации ИПРА (Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Приказ Минтруда от 13 июня 2017г. № 486н).

Программа медицинской реабилитации содержит раздел «Сведения о выполнении программы медицинской реабилитации», который заполняется медицинским учреждением. В разделе должны быть указаны сведения о видах, объемах, сроках выполнения мероприятий по медицинской реабилитации, а также данные о невыполненных мероприятиях и их причинах и результатах выполнения программы медицинской реабилитации. Оценка результатов выполнения программы медицинской реабилитации инвалидов должна быть основана на данных объективного обследования и субъективных показателях (жалобы больного, его самочувствие и др.), позволяющих определить, насколько проведенная программа позволила восстановить или компенсировать нарушенные функции и уменьшить или устранить имеющуюся социальную дезадаптацию (Осадчих А.И. и соавт., 2005; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017)..

Сведения о выполнении программы профессиональной реабилитации заполняются службой занятости, образовательными учреждениями и работодателями. В них должны быть представлены данные как о выполненных, так и невыполненных мероприятиях по профессиональной реабилитации, указаны причины невыполнения, а также результаты выполнения программы профессиональной реабилитации. Оценка результатов выполнения программы профессиональной реабилитации инвалидов должна предусматривать определение того факта, насколько проведенная программа обеспечила инвалиду возможность обучения, адаптации к трудовому процессу, а также его занятость (Юсупова Л.С., 2010; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). Сведения о выполнении программы

социальной реабилитации заполняются реабилитационным учреждением, центром технических средств и другими учреждениями, обеспечивающими лиц с ограниченными возможностями техническими средствами и услугами по социальной реабилитации. В них должны быть представлены данные как о выполненных, так и невыполненных мероприятиях по социальной реабилитации, причины невыполнения и результаты реализации программы социальной реабилитации. Оценка результатов выполнения программы социальной реабилитации инвалидов должна предусматривать определение факта, насколько проведенная программа обеспечила инвалиду возможность достижения самообслуживания, самостоятельного проживания, самостоятельной общественной деятельности (Коробов М.В., 2006; Гусева Н.К. и соавт., 2010; Мавликаева Ю.А., 2011; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

Следующим этапом реабилитации после разработки ИПРА является её реализация. В ИПРА инвалида указаны сроки исполнения реабилитационных мероприятий и конкретные исполнители тех или иных мероприятий.

Н.К. Гусева, Л.А. Карасаева, Ю.А. Мавликаева (2009-2011 годы) и др. отмечают наличие ведомственной разобщенности служб, осуществляющих реабилитационные мероприятия у инвалидов. Так, программу медицинской реабилитации инвалид реализует в учреждениях системы здравоохранения (поликлинике по месту жительства; медицинских реабилитационных центрах; медицинских организациях, осуществляющих высокотехнологические виды помощи, санаторно-курортные учреждения); программу профессиональной реабилитации – в учреждениях образования, в службе занятости населения, непосредственно у работодателя; программу социальной реабилитации – в центрах социального обслуживания населения, в реабилитационных центрах, относящихся к системе социальной защиты. Координаторами реализации ИПРА инвалида определены учреждения социальной защиты населения. Однако выполнение ими координирующей роли остается весьма сомнительным (Терещенко Т.В., 2005; Аникеева Т.А. и соавт., 2007; Алёхин Р.Ю., Коварда В.В., 2009; Карасаева Л.А., 2009; Гусева Н.К. и соавт., 2010; Мавликаева Ю.А.,

2011; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Онищенко Е.Ф. и соавт., 2019).

Важным фактором в реабилитационном процессе является активность самого инвалида и его ближайшего окружения, желание получить все реабилитационные мероприятия и достигнуть поставленных реабилитационных целей в виде устранения или компенсации имеющихся ОЖД и наибольшей интеграции в общество. В публикациях последних лет все чаще звучит термин система или принцип «одного окна». Система «одного окна» для инвалида, обратившегося для реализации ИПРА, подразумевает такую форму работы, чтобы при обращении в одно учреждение инвалид мог одновременно решить вопрос организации его реабилитации по всем направлениям, исключив при этом хождения и обращения в различные ведомства. Необходимо наличие представителей всех ведомств, занимающихся реабилитацией инвалидов, в одном месте. Другим вариантом преодоления ведомственной разобщенности при реализации ИПРА может стать организация работы с инвалидом по типу МДБ на базах различных реабилитационных учреждений.

Подводя итог обзору изученных научных данных, можно сделать вывод, что вопросы реабилитации больных в различные периоды инсульта достаточно хорошо научно проработаны и освещены как в отечественной, так и зарубежной литературе. Также они отработаны в теории и регламентированы нормативной базой. Успехи отечественного здравоохранения и достаточно высокий уровень развития медицинской науки позволяют снизить показатели смертности от ЦИ. Однако вопросам комплексной реабилитации, направленной на профилактику инвалидности, уменьшение степени двигательных, речевых, психических и других нарушений функций, бытовую, социальную и профессиональную адаптацию больных, переживших ЦИ, как показывает практика, уделяется недостаточное внимание. Мало изучен данный вопрос применительно к лицам молодого и среднего возраста, относящимся к активной части населения, обладающей трудовым потенциалом. Кроме того, решение данных вопросов зачастую носит декларативный характер и не применяется на практике. Задача повышения эффективности реабилитации больных и инвалидов вследствие ЦИ

затруднена в связи с отсутствием единой комплексной системы реабилитации, системного межведомственного взаимодействия учреждений, которые осуществляют реабилитационные мероприятия, а также отсутствием реабилитационных стандартов, отработанных алгоритмов комплексной реабилитации. Проблема осложняется и тем, что на практике отсутствует единый координатор реабилитационной программы у конкретного больного.

На территориальном уровне и внутри регионов проблема комплексной реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ остается малоизученной. Все эти обстоятельства послужили стимулом к проведению настоящего исследования.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная работа представляет собой комплексное клинико-экспертно-реабилитационное и социально-гигиеническое исследование. В соответствии с поставленными задачами исследование проводилось в несколько этапов и по нескольким направлениям.

Исследование проводилось на базе кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Федерального государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» и ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области». Единица наблюдения в настоящем исследовании - больной трудоспособного возраста (18-65 лет), перенесший ЦИ.

Непосредственно исследование проводилось в 4 этапа.

Отметим, что с учётом особенностей работы и поставленными задачами при сплошном исследовании анализировались по определённым параметрам несколько тысяч больных, признанными инвалидами после освидетельствования в БМСЭ. При изучении частных вопросов глубокому анализу подвергались, как правило, группы из 200 больных, после перенесенного ЦИ, на что мы указываем в соответствующих разделах результатов собственного исследования.

На первом этапе исследование проводилось сплошным методом, т.е. в выборку были включены все лица указанного трудоспособного возраста, которые по результатам освидетельствования впервые были признаны инвалидами за период с 2015 по 2017 годы включительно. Одновременно с установлением единицы наблюдения были определены учетные признаки:

- возраст – молодой возраст (до 44 лет – жен., до 49 лет – муж.) и средний возраст (45-54года – жен., 50-60 лет – муж.);
- пол – мужской и женский;
- место проживания – городская и сельская местность (город/село);

- установленная группа инвалидности после перенесенного ЦИ – первая, вторая, третья группа.

В соответствии с данными учетными признаками была проведена статистическая группировка данных.

В ходе первого этапа проведен анализ уровня первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста в Ростовской области в динамике за 2015-2017 годы. Также проведен анализ социально-гигиенических особенностей контингента ВПИ вследствие ЦИ с учетом возраста, тяжести инвалидности.

Для исследования показателей и социально-гигиенических особенностей первичной инвалидности вследствие ЦИ среди лиц трудоспособного возраста в Ростовской области использовались статистические сборники «Итоги деятельности Федерального казённого учреждения (ФКУ) «Главное Бюро МСЭ по Ростовской области и состояние инвалидности» за 2015-2017 годы (3 сборника), статистическая информация, представленная по запросу, электронная база данных граждан, прошедших освидетельствование в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2015-2017, а в заключении и некоторые данные за 2018 год, сформированная с помощью программного обеспечения единая автоматизированная вертикально-интегрированная аналитическая система «ЕАВИИАС», акты освидетельствования граждан в подразделениях в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» за 2015-2018 годы.

На данном этапе использованы следующие методы исследования: статистический, аналитический, аналитико-графический, экспертных оценок.

На втором этапе исследование проводилось также сплошным методом. Объем наблюдений составил 908 инвалидов. Для второго этапа были определены следующие учетные признаки:

- код диагноза в соответствии с МКБ-10 – I60, I61, I62, I63, I64, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4;
- клинико-функциональный диагноз – с указанием типа инсульта, основных инвалидизирующих синдромов и степени их выраженности;
- нарушения функций организма и их степень;

- ограничения жизнедеятельности и их степень.

В соответствии с данными учетными признаками была проведена статистическая группировка данных.

В ходе второго этапа проведен анализ клинико-функциональных особенностей ЦИ, выявлены основные нарушения функций организма и категории ОЖД, к которым приводит ЦИ у лиц трудоспособного возраста, изучена степень их выраженности.

На данном этапе исследования была использована электронная база данных граждан, прошедших освидетельствование в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2015-2018 годы, выкопировка из актов освидетельствования граждан в подразделениях в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» за 2015-2018 годы.

При этом использованы следующие методы исследования: статистический, выкопировки данных, аналитический, аналитико-графический, клинико-экспертных оценок.

На третьем этапе исследования изучались потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Использовались методы исследования: статистический, выкопировки данных, аналитический. Источники информации – ИПРА инвалидов, изучено 200 ИПРА инвалидов, прошедших повторное освидетельствование в 2017 году. Из общего числа изученных ИПРА 16 были разработаны инвалидам I группы; 121 ИПРА – инвалидам II группы; 63 ИПРА – инвалидам III группы.

В ходе 3 этапа проведено исследование организационной модели реабилитации, существующей в Ростовской области. Источники информации – доклады Департамента здравоохранения Ростовской области «О модернизации здравоохранения Ростовской области» за 2015 год; «Состояние и структурные изменения обеспечения медицинской помощью» за 2015-2017 годы; Статистические сборники «Итоги деятельности ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области и состояние инвалидности» за 2015-2018г годы (4 сборника); доклады главных

внештатных специалистов Департамента здравоохранения Ростовской области: «Организация оказания медицинской помощи больным с ЦВЗ на догоспитальном этапе» за 2015-2017годы, «Отчет о работе нейрососудистого центра Ростовской областной клинической больницы» за 2015-2017годы.

С целью изучения состояния организации медицинской помощи больным с ЦИ на территории Ростовской области на примере лиц, направленных на МСЭ, были исследованы медико-экспертные документы (Направление на МСЭ организацией оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма №088-у, акты освидетельствования в БМСЭ). Исследование проводилось методом случайной выборки. Объем наблюдений составил 100 граждан трудоспособного возраста, перенесших ЦИ в 2016 году, прошедших освидетельствование в филиалах ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2017 году. В выборку вошли как лица, признанные инвалидами, так и лица, не признанные инвалидами.

В ходе исследования учитывалась периодизация постинсультного состояния:

- Острый период – первые 3-4 недели;
- Первый подпериод раннего восстановительного периода - до 3 месяцев;
- Второй подпериод раннего восстановительного периода - от 3 до 6 месяцев;
- Поздний восстановительный период (от 6 мес. до 1 года), в течение которого может продолжаться восстановление речи, статики и трудовых навыков;
- Резидуальный период (после 1 года с момента развития инсульта) – период последствий после инсульта, в течение которого у больных с лёгкими нарушениями также может продолжаться восстановление нарушенных функций при условии продолжения интенсивных реабилитационных мероприятий.

Учетные признаки:

- место оказания медицинской помощи - на дому, в условиях нейрососудистого отделения, в условиях неврологического стационара; в больнице восстановительного лечения; санатории и др. в различные периоды после перенесенного инсульта;

- объем оказанной медицинской помощи в различные периоды после перенесенного инсульта;
- сроки направления на МСЭ – через 2-3 месяца после инсульта, через 4-6 месяцев после инсульта; через 7 месяцев до 1 года после инсульта; через 1 год и более после перенесённого инсульта.

В ходе третьего этапа проведено исследование показателей реабилитации и показателей реализации ИПРА:

– показатель полной реабилитации характеризует отношение числа лиц, которым при переосвидетельствовании инвалидность не установлена, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов;

– показатель частичной реабилитации характеризует отношение числа лиц, которым при переосвидетельствовании установлена более легкая группа инвалидности, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов I и II групп;

– показатель суммарной реабилитации характеризует отношение числа лиц, которым при переосвидетельствовании инвалидность не установлена или установлена более легкая группа инвалидности, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов.

– показатель полной реализации ИПРА характеризует отношение реализованных в полном объеме ИПРА инвалидов к общему числу выданных ИПРА;

– показатель частичной реализации ИПРА характеризует отношение реализованных не в полном объеме (частично) ИПРА инвалидов к общему числу выданных ИПРА;

– показатель невыполненных ИПРА - характеризует отношение не реализованных в полном объеме ИПРА инвалидов к общему числу выданных ИПРА;

Также проведена оценка реализации ИПРА по оценке достигнутых после выполнения реабилитационных мероприятий результатов по разделам медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Данный раздел исследования проводился методом сплошной выборки. Объем исследований – 200 инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, прошедших переосвидетельствование в экспертных подразделениях Федеральное казённое учреждение «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2016-2017 годах. Была использована статистическая база данных, а также ИПРА инвалидов. Используются методы: статистический, выкопировки данных, аналитический, аналитико-графический, клинко-экспертных оценок. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения «ЕААВИАС».

С целью изучения факторов, влияющих на полноту реализации ИПРА, был использован социологический метод. Проведено анкетирование инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, прошедших на очередное освидетельствование в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2017 году. В анкетировании, проводившемся на условиях информированного и добровольного согласия, приняли участие 200 инвалидов. Для проведения анкетирования разработана анкета совместно с О.А. Черкасовой, содержащая 5 вопросов.

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

Статистическим методом обработки полученных данных явилось построение и анализ таблицы.

На заключительном этапе проводилась статистическая обработка полученных данных с помощью программного обеспечения ЕАВИИАС, 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 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.

$T_{\text{прироста}} = \frac{\Delta}{U_{\text{баз.}}} * 100\%$, где $U_{\text{базисный}}$ – уровень показателя за предыдущий период, Δ – абсолютный прирост или абсолютная убыль ($U_{\text{ср.}} - U_{\text{баз.}}$), $U_{\text{ср.}}$ – сравниваемый уровень.

По результатам исследования сделаны выводы и практические рекомендации.

**ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ
ОБСУЖДЕНИЕ. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ,
ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДНОСТИ**

**3.1 Церебральный инсульт. Особенности первичной инвалидности
вследствие его последствий среди населения в возрасте от 18 до 55-60 лет в
Ростовской области за 2015-2017 годы**

Ростовская область относится к одной из самых больших по площади в России и расположена на границе с Северным Кавказом. Численность населения Ростовской области на начало 2018 года составила 4220452 человека. Для того, чтобы представлять реальное количество больных с ЦИ, освидетельствованных в данном регионе мы посчитали целесообразным отметить также некоторые общие сведения по инвалидности вследствие всех причин, вследствие ЦВЗ и т.п. В таблице 1 представлены данные об общем объёме освидетельствований в Ростовской области в 2015 году с выделением контингента ВПИ от всех причин.

Таблица 1 – Общий объём освидетельствований в бюро медико-социальной экспертизы Ростовской области за 2015 год

Всего освидетельствований	Впервые признаны инвалидами в абсолютных цифрах и процентах			
	Взрослое население	В возрасте от 18 до 55 лет	На 10000 человек	
В отчётный период	В отчётный период	В отчётный период	Взрослое население	В возрасте от 18 до 55 лет
			В отчётный период	В отчётный период
112259	21796 (19,4%)	13169 (11,7%)	62,6	53,5

При анализе данного раздела в работе мы исходили из того, что в наибольшей мере люди активно участвуют в трудовом процессе в трудоспособном возрасте и, как правило, в возрасте до 55 лет. За 5 лет до выхода на пенсию у значительной части населения в силу ряда причин начинается снижение процента трудовой активности. В последующем (с учётом реформы пенсионного законодательства в РФ) мы рассматривали поставленные задачи в возрастном аспекте от 18 до 60-65 лет. Все разъяснения подробно даются нами в соответствующих разделах исследования.

Отметим, что в 2015 году при общем объёме освидетельствований в 112259 человек впервые были признаны инвалидами всех трёх групп инвалидности 21796 человек (19,4%), из них в возрасте от 18 до 55 лет 13169 (11,7%), что составило 53,5 на 10000 взрослого населения или 60,4% от всех ВПИ в этом году.

В 2016 году данные показатели значительно не отличались от таковых по сравнению с показателями предыдущего года (таблица 2).

Таблица 2 – Общий объём освидетельствований в бюро медико-социальной экспертизы Ростовской области за 2016 год

Всего освидетельствований	Впервые признаны инвалидами в абсолютных цифрах и процентах			
	Взрослое население	В возрасте от 18 до 55 лет	На 10000 человек	
В отчётный период	В отчётный период	В отчётный период	Взрослое население	В возрасте от 18 до 55 лет
			В отчётный период	В отчётный период
109854	21553 (19,6%)	12704 (11,6%)	62,2	52,5

Указанные показатели претерпели значительные изменения в 2017 году по сравнению с 2-мя предыдущими годами. Так, на фоне снижения общего объёма освидетельствований до 99574 человек сократились и другие показатели, но главное, что произошло значительное снижение количества ВПИ на 10000 чело-

век среди лиц в возрасте от 18 до 55 лет до 44,9 при $P < 0,05$ по сравнению с предыдущими годами (таблица 3).

Таблица 3 – Общий объём освидетельствований в бюро медико-социальной экспертизы Ростовской области за 2017 год

Всего освидетельствований	Впервые признаны инвалидами в абсолютных цифрах и процентах				
	Взрослое население	В возрасте от 18 до 55 лет	На 10000 человек		
В отчётный период			В отчётный период	Взрослое население	В возрасте от 18 до 55 лет
				В отчётный период	В отчётный период
99574	19382 (19,5%)	10879 (10,9%)	56,0	44,9	$P < 0,05$

Примечание: P по сравнению с показателями 2015-16гг. t

Отметим также, что в России только в последние годы наблюдается стабилизация и тенденция к улучшению указанных показателей по отдельным регионам.

Наряду с указанными данными за эти годы наблюдается и снижение общего количества всех освидетельствований в Ростовской области. Так, если в 2015 году всего было 112259 освидетельствований в бюро МСЭ, то в 2016 году произошло снижение этого показателя до 109854 (на 2,1%), но в 2017 году было всего 99574 освидетельствований или снижение этого показателя по сравнению с 2015 годом на 11,3%. У данного факта имеются объяснения, к которым мы обязательно вернёмся.

После предварительно проанализированных представленных данных мы изучили также за 2015-2017 годы число впервые и повторно признанными инвалидами в возрасте от 18 до 55 лет с выделением причины болезни системы кровообращения и цереброваскулярные болезни (ЦВБ) для возможности сопоставления полученных данных в последствие с инвалидами, признанными

такowymi после перенесенных ОНМК. Следует отметить, что к ЦВБ при анализе сведений во МСЭ относят ОНМК, а также в незначительном проценте случаев и тяжёлые хронические ишемии мозга. В трудоспособном возрасте в данную графу входят в подавляющем проценте случаев именно ОНМК. В 2015 году (таблица 4) всего были признаны впервые инвалидами вследствие болезней системы кровообращения 7554, причём, в возрасте от 18 до 55 лет таких лиц было 4453. Цереброваскулярные болезни послужили причиной определения инвалидности впервые в этот год у 2653 больных, в возрасте от 18 до 55 лет таких пациентов было 1135.

Таблица 4 – Впервые признанные инвалидами в Ростовской области за 2015 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВЗ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

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

Таблица 5 – Повторно признанные инвалидами в Ростовской области за 2015 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВЗ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

Причина	Всего	В возрасте от 18 до 44 лет	В возрасте от 45 до 55 лет	Всего в возрасте от 18 до 55 лет
1	2	3	4	5
Всего	63997 (100%)	18339 (28,7%)	27105 (42,3%)	45444 (71%)

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4	5
Болезни системы кровообращения	20667 (32,3%)	2557 (4%)	11169 (17,5%)	13726 (21,5%)
ЦВЗ	5863(9,2%)	595(0,9%)	2705(4,2%)	3300(5,1%)

Аналогичные данные по повторно признанными инвалидами за 2015 год даны нами в таблице 5.

Достаточно схожие показатели по аналогичным данным имели место и за 2016 год. Так, всего ВПИ вследствие болезней системы кровообращения были 7392, из них в возрасте от 18 до 55 лет – 4287 (таблица 6), а вследствие ЦВБ всего ВПИ было 2658, из них в возрасте от 18 до 55 лет – 1098 человек. Повторно признанные инвалидами вследствие данных причин представлены в таблице 7.

Таблица 6 – Впервые признанные инвалидами в Ростовской области за 2016 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВЗ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

Причина	Всего	В возрасте от 18 до 44 лет	В возрасте от 45 до 55 лет	Всего в возрасте от 18 до 55 лет
Всего	21553 (100%)	5343 (24,8%)	7361 (34,1%)	12704 (58,9%)
Болезни системы кровообращения	7392 (34,3%)	1138 (5,3%)	3149 (14,6%)	4287(19,9%)
ЦВЗ	2658(12,3%)	210(1%)	888(4,1%)	1098(5,1%)

Несколько иная картина наблюдалась по аналогичным показателям в 2017 году (таблица 8). Так, впервые были признаны инвалидами вследствие болезней системы кровообращения 6076 человек (в 2016г. – 7392), а вследствие ЦВЗ всего ВПИ 2300 - в 2016 году – 2658 человек. В таблице 9 представлены аналогичные данные за 2017 год по повторно признанными инвалидами.

Таблица 7 – Повторно признанные инвалидами в Ростовской области за 2016 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВЗ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

Причина	Всего	В возрасте от 18 до 44 лет	В возрасте от 45 до 55 лет	Всего в возрасте от 18 до 55 лет
Всего	61996 (100%)	17894 (28,9%)	25431 (41%)	43325 (69,9%)
Болезни системы кровообращения	20321 (32,8%)	2661 (4,3%)	10728 (17,3%)	13389 (21,6%)
ЦВЗ	5782(9,3%)	582(0,09%)	2643(4,3%)	3225 (5,2%)

Таблица 8 – Впервые признанные инвалидами в Ростовской области за 2017 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВЗ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

Причина	Всего	В возрасте от 18 до 44 лет	В возрасте от 45 до 55 лет	Всего в возрасте от 18 до 55 лет
Всего	19382 (100%)	4519 (23,3%)	6360 (32,8%)	10879 (56,1%)
Болезни системы кровообращения	6076 (31,3%)	836 (4,3%)	2485 (12,8%)	3271 (17,1%)
ЦВЗ	2300 (11,9%)	167 (0,86%)	692 (0,3,6%)	859 (4,5%)

Таблица 9 – Повторно признанные инвалидами в Ростовской области за 2017 год вследствие болезней системы кровообращения и ЦВЗ в возрасте от 18 до 55 лет в абсолютных цифрах и процентах

причина	Всего	В возрасте от 18 до 44 лет	В возрасте от 45 до 55 лет	Всего в возрасте от 18 до 55 лет
Всего	54907 (100%)	15866 (28,9%)	21905 (39,9%)	37771 (68,8%)
Болезни системы кровообращения	17966 (32,7%)	2299 (4,2%)	9423 (17,2%)	11722 (21,4%)
ЦВЗ	4952(9%)	439 (0,8%)	2171 (3,9%)	2610 (4,7%)

Отметим, что до 2016 года практически на всей территории России наблюдалось увеличение показателей заболеваемости инсультом, количества ВПИ вследствие ЦИ и т.п. Только в последние годы, начиная с 2016 года стали отмечаться четкие положительные тенденции в этом направлении.

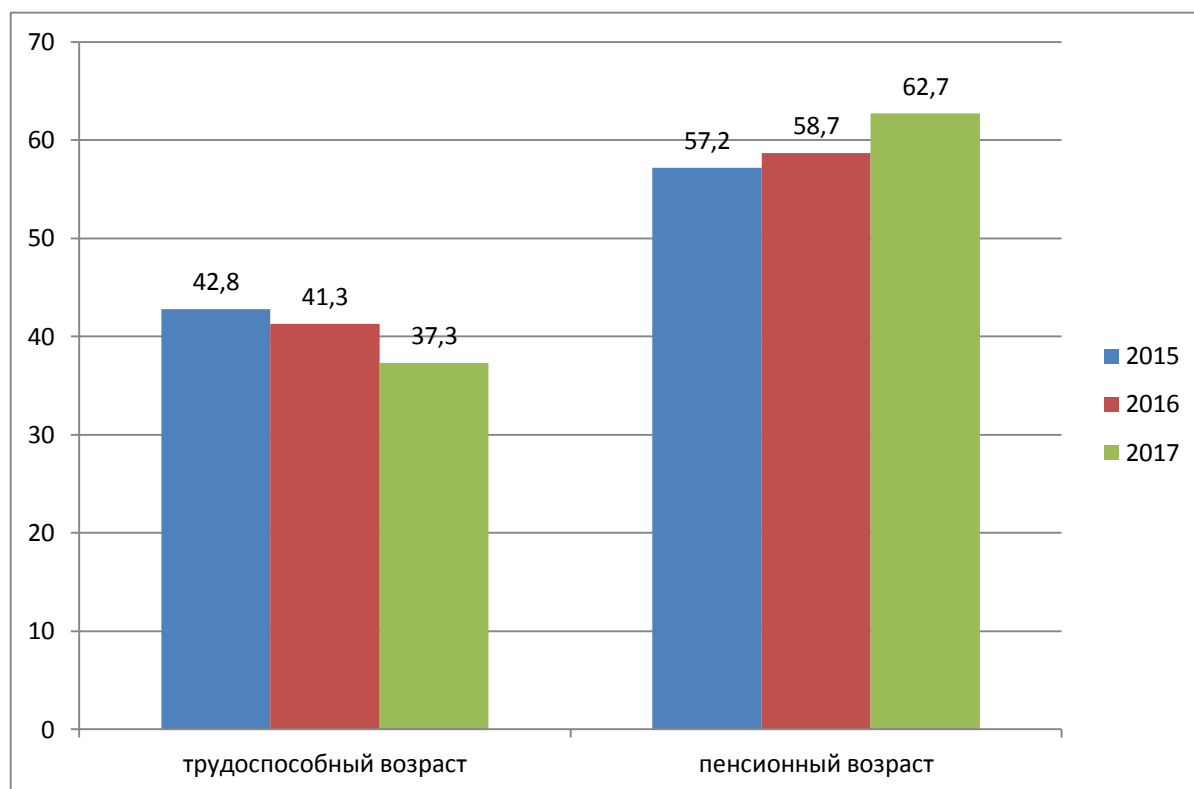


Рисунок 1 – Динамика удельного веса лиц трудоспособного возраста в общем контингенте ВПИ вследствие ЦВЗ за 2015-2017 гг.

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

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

В основу классификации ЦИ положены два механизма возникновения – кровоизлияние, приводящее к геморрагическому инсульту и ишемия, приводящая к ишемическому инсульту. В соответствии с локализацией кровоизлияния геморрагический инсульт может быть разделён на 2 типа – субарахноидальное (кровоотечение локализуется в субарахноидальных пространствах, окружающих вещество мозга, код по МКБ- 10: I60, I69.0) и внутримозговое кровоизлияние (кровоизлияние в паренхиму мозга, МКБ-10: I61, I69.1). Ишемический инсульт или инфаркт мозга также подразделяется на подгруппы на основании этиологического механизма: эмболический инсульт (закупорка церебральной артерии тромбом из полости сердца или кровеносного сосуда), лакунарный инсульт (окклюзия пенетрирующей артерии в глубине мозговой паренхимы), гемодинамический инсульт при наличии недостаточности кровоснабжения (выраженный стеноз или окклюзия крупных мозговых артерий). Однако в МКБ-10 данная классификация не нашла отражения, и все указанные состояния закодированы, как инфаркт мозга или его последствия (МКБ-10: I63, I69.3). В МКБ-10 дополнительно учитываются: другое нетравматическое кровоизлияние (его последствия) (I62, I69.2,) и инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт (его последствия) (I64, I69.4). Эти патологические состояния также были учтены при исследовании.

При анализе особенностей ЦИ в Ростовской области за 3 года выявлено, что впервые были признаны инвалидами вследствие ЦИ 3339 человек трудоспособного возраста (в среднем в год 1113 человека). В данном разделе мы

анализировали уже возрастную категорию от 18 до 60 лет с учётом реформирования пенсионного законодательства и появления данных о продлении трудоспособного возраста до 65 лет (таблица 10). Характерно, что 2015 и 2016 годы по данному показателю значительно не различаются, но в 2017 году инсультов, по сравнению с предыдущими годами, стало меньше на более 100 случаев с высокой достоверностью полученных показателей ($P < 0,05$). Аналогичные заключения могут быть сделаны и по количеству церебральных ишемических инсультов, после которых было освидетельствовано в бюро МСЭ 975 больных в 2015 году, 942 человека в 2016 году и более чем на 100 меньше – 848 – в 2017 году. Эти показатели также достоверны при $P < 0,05$.

Таблица 10 – Распределение по типам инсульта контингента ВПИ вследствие ЦИ среди населения трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) в Ростовской области за 2015-2017гг.

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

Примечание: САК – субарахноидальное кровоизлияние; К – внутримозговое кровоизлияние; ИМ – инфаркт мозга

Число больных с церебральными ишемическими инсультами, освидетельствованными за три года, в Ростовской области составило 2755 человек (в среднем за год 918). В общей структуре больных с инсультами ишемические заняли ведущее место – 82,5%. В своём исследовании мы неоднократно обращаем внимание на то, что изучаемые показатели, в частности освидетельствованные больные с ЦИ анализируются нами по годам освидетельствований, но с точки зрения их возникновения по времени эти данные были бы несколько другими. В

бюро МСЭ, как правило, освидетельствуются пациенты, перенесшие мозговую катастрофу не ранее 4-6 месяцев после её возникновения.

За 2015-2017 годы структура первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста с учётом типа инсульта представлена следующим образом: удельный вес инвалидов вследствие ишемического инсульта составляет 82,5%; вследствие внутримозгового кровоизлияния – 10,0%, доля инвалидов вследствие САК составила 4,5%. Остальную часть (3,0%) составляют инвалиды, в том числе с другим нетравматическим кровоизлиянием – 0,9% случаев и инвалиды, у которых в диагнозе не отмечен механизм развития инсульта (ишемический или геморрагический) – 2,1% (таблица 10).

Таким образом, преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт, на их долю в динамике приходится 83,0%-83,1%-81,3%. В 2015 - 2017 годах удельный вес этого вида инсульта находился практически на одном и том же уровне. Удельный вес инвалидов, перенесших внутримозговое кровоизлияние в динамике, составил 9,0%-9,3%-11,5%. До 2017 года отмечались стабильные показатели удельного веса данного вида ЦИ, однако, в 2017 году данный показатель увеличился до 11,5%, что можно объяснить улучшением диагностических возможностей на фоне появившихся новых сосудистых центров и отделений для лечения именно больных с ЦВП. Инвалиды вследствие САК составляют небольшую группу. Ежегодно их число не превышает 59 человек. Удельный вес данной категории составил за 3 года – 4,5%.

Остаётся группа больных, у которых не уточнен генез ОНМК. Их число за время наблюдения находится практически на одном и том же уровне в 25 случаев. В группу лиц с другим нетравматическим кровоизлиянием за 3 года вошли 30 – это по 7-13 человека в год, но также без статистической достоверности при сравнении данных показателей.

Следовательно, в группе инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ по результатам исследования преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт, на их долю приходится 82,5% . Удельный вес инвалидов вследствие геморрагического инсульта в целом за исследуемый период составил 10,0%.

Последующий анализ был сделан на основании изучения нами ВПИ граждан в возрасте от 18 до 55 лет, перенесших ЦИ в первые 2-3 месяца (январь-март) текущего года и признанных инвалидами вследствие нарушенных функций, приведших к ОЖД и необходимости социальной защиты и прошедших освидетельствование в бюро МСЭ до 1 июля этого же года, причём, случился инсульт именно в изучаемом году. Среди ВПИ люди указанного возраста составили за исследуемый период 225-217 и 149 человек также при $P < 0,05$ показателя 2017 года по сравнению с 2015 и 2016 годами. Всего за данный период были ВПИ 591 человек, в среднем ежегодно 197 (таблица 11).

При изучении тяжести инвалидности установлено, что число ВПИ 1 группы было невысоким и составило в динамике 25-27 и 24 человека. Всего за данный период среди лиц в возрасте от 18 до 55 лет инвалидами 1 группы было признано 76 человек (в среднем за указанный период 1 года 25 человек). Удельный вес инвалидов 1 группы по данному разделу среди изученных случаев составил 12,9%, что меньше, чем по данным аналогичных исследований (но в них рассматривался возраст от 18 до 60 лет и в более ранние годы).

Таблица 11 – Первичная инвалидность среди населения трудоспособного возраста (18-55 лет) вследствие церебрального ишемического инсульта с учётом тяжести инвалидности в Ростовской области за 2015-2017гг, свидетельствованных до 1 июля текущего года

Годы	Всего инвалидов	Из них инвалиды по группам в абсолютных числах и в процентах					
		I гр.		II гр.		III гр.	
		м	ж	м	Ж	м	ж
2015	225	19-8,4	6-2,6	81-36	54-24	39-17,3	26-11,6
2016	217	21-9,6	6-2,8	83-38,2	34-15,7	47-21,7	26-12
2017	149	19-12,8	5-3,4	54-36,2	7-4,7	44-29,5	20-13,4

Мы считаем, что чёткая тенденция к снижению указанных показателей к 2017 году связана с активно проводимыми мероприятиями в России по проведению «Сосудистой программы....» (Скворцова В.И. и соавт., 2018) , а также внедрением в клинично-экспертную практику фактически с 2016 года «Классификаций и критериев, используемых при проведении МСЭ граждан.....», которые составлены с учётом основных принципов, заложенных в МКФ. Данная классификация позволяют более качественно и объективно проводить освидетельствование граждан в бюро МСЭ с оценкой нарушенных функций, в частности вследствие ЦИ, и имеющих ОЖД. Важно, что показатели II группы инвалидности периодически также имеют тенденцию к уменьшению, а увеличение количества инвалидов III группы в 2016 году по сравнению с аналогичным периодом (73 и 65 человек) 2015 года свидетельствует об улучшении реабилитационной составляющей, что и позволяет в ближайшие месяцы после ЦИ определять чаще именно III группу инвалидности. Показатели II группы инвалидности в процентах за этот период составили 60-54 и 61%, но наиболее важно, что удельный вес III группы инвалидности за изученный период составил 29-33,6 и достиг 43% в 2017 году при $P < 0,05$. . Именно инвалиды III группы в указанном возрасте при проведении качественных реабилитационных мероприятий на всех этапах реабилитационного процесса, особенно при тесном межведомственном взаимодействии, способны к возвращению к полноценной жизни и труду вне группы инвалидности. Что касается гендерного раздела в исследовании отметим, что из 225 ВПИ в 2015 году женщин было 86 человек (38,2%), в 2016 году – из 217 человек женщин было 66 (30,4%), а в 2017 году из 149 ВПИ женщины составили 32 или 21,5%. Можно сделать лишь предварительное заключение о том, что женщины являются более дисциплинированными в плане участия в реабилитационном процессе и получения положительного результата.

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

Нами проведено изучение имеющих ОЖД у ВПИ вследствие ЦИ у лиц в возрасте от 18 до 55 лет (таблица 12). Данный показатель очень важен для системы здравоохранения и МСЭ, так как позволяет целенаправленно планировать реабилитационные мероприятия, направленные на уменьшение выраженности тех или иных ОЖД, с учётом принципов МКФ и необходимости межведомственного взаимодействия в данном направлении.

При проведении МСЭ в соответствии с действующим законодательством проводится оценка семи основных категорий жизнедеятельности. Согласно «Классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утверждённых приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от декабря 2015 г. N 1064н к основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

Способность к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены.

Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передви-

жении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом.

Способность к ориентации – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения.

Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Способность к обучению – способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми).

Способность к трудовой деятельности – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы.

Нарушенные функции, возникшие после перенесенного ЦИ, зачастую приводят к ограничениям различных категорий жизнедеятельности. Была изучена структура ОЖД у больных трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (таблица 12).

При изучении ограничений основных категорий жизнедеятельности у инвалидов в результате ЦИ установлено, что все признанные инвалидами имели ту или иную степень ограничения способности к трудовой деятельности, причём данная картина наблюдается за весь исследуемый период с 2015 по 2017 годы. Все инвалиды имели существенные затруднения в выполнении своей профессиональной деятельности и не могли выполнять прежнюю работу в соответствии с требованиями к её содержанию, объему, качеству и условиям выполнения. Второе по значимости ограничение, имевшее место у инвалидов вследствие ЦИ – ограничение способности к самообслуживанию. За исследуемый

период ограничение способности к самообслуживанию установлено также практически у всех ВПИ.

Таблица 12 – Распределение по степеням ограничений жизнедеятельности у инвалидов трудоспособного возраста в Ростовской области за 2015-2017гг.

Годы	Число инвалидов, имеющих ограничения	Способность к самообслуживанию в абсолютных цифрах и в процентах					
		1 ст.		2 ст.		3 ст.	
1	2	3		4		5	
2015	224	68	30,4 %	132	59%	24	10,6 %
2016	216	77	35,6 %	112	52%	27	12,4 %
2017	148	64	43,2 %	66	44,6 %	16	12,2 %
		Способность к передвижению в абсолютных цифрах и в процентах					
2015	209	64	30,6 %	121	57,9 %	24	11,5 %
2016	203	69	33,9 %	107	52,7 %	27	13,4 %
2017	137	58	42,3 %	55	40,1 %	24	17,6 %
		Способность к трудовой деятельности в абсолютных цифрах и в процентах					
2015	225	66	29,3 %	134	59,6 %	25	10,8 %
2016	217	73	33,6 %	117	53,9 %	27	12,5 %
2017	149	64	43%	61	40,9 %	24	16,1 %
		Способность к ориентации в абсолютных цифрах					
2015	11	6		3		2	
2016	8	5		2		1	

Продолжение таблицы 12

1	2	3		4		5	
2017	9	4		2		3	
		Способность к общению в абсолютных цифрах					
2015	32	17		8		7	
2016	34	15		18		1	
2017	32	13		11		8	
		Способность к обучению в абсолютных цифрах					
2015	7	2		3		2	
2016	2	1		0		1	
2017	1	0		0		1	
		Способность к контролю за своим поведением в абсолютных цифрах					
2015	39	37		0		2	
2016	5	4		0		1	
2017	3	1		0		2	

Удельный вес инвалидов, у которых имело место ограничение способности самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом, несколько меньше предыдущего показателя, однако, тоже достаточно высок и составляет 92,8%. В динамике не определяется чёткой тенденции роста или снижения.

8,1% инвалидов с последствиями инсульта испытывали ограничения в контроле за своим поведением. В динамике показатель с 2015г. (17,3%) имеет чёткую тенденцию к значительному снижению, что, на наш взгляд, в первую очередь связано с изменившимися подходами к этому вопросу с учётом изменения законодательной базы с 2016 года. Наименьшее число инвалидов вследствие ЦИ (4,7%) были ограничены в способности ориентироваться в месте, времени и собственной личности.

Таким образом, большое разнообразие клинических проявлений последствий ЦИ у лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами, и имеющиеся нарушения функций организма сформировали ограничения практически по всем категориям жизнедеятельности. Ведущими ограничениями, которые имеют место у данной категории инвалидов, являются – ограничение способности к трудовой деятельности (у 100% инвалидов), ограничение способности к самообслуживанию и ограничение способности к самостоятельному передвижению (более 90% инвалидов).

3.3.1 Распределение категорий ограничения жизнедеятельности по степени выраженности

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности. Основным принципом, заложенным в градации степеней ОЖД, учитывает возможность самостоятельной реализации тех или иных видов повседневной деятельности или необходимость периодического или постоянного участия посторонних лиц или использования технических средств.

1-я степень ограничения характеризуется тем, что больной может самостоятельно осуществлять основные виды жизнедеятельности, но при этом страдает существенно скорость, качество, объём, либо требуется использование вспомогательных средств или адаптация окружающей обстановки.

2-я степень ограничения предполагает осуществление основных видов жизнедеятельности с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств.

3-я степень ограничения предполагает невозможность самостоятельного осуществления основных видов жизнедеятельности и/или нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц.

Способность к самообслуживанию – важнейшая категория жизнедеятельности человека, предполагающая его физическую независимость в окружающем

мире. Для её реализации требуется интегрированная деятельность практически всех органов и систем. Оценка данного ограничения проводится по следующим основным параметрам:

- нуждается ли индивид во вспомогательных средствах при самообслуживании, требуется ли ему для этого адаптация жилья;
- нуждается ли индивид в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;
- с какой периодичностью возникает подобная нуждаемость – 1-2 раза в неделю (периодически), 1 раз в сутки (через длительные интервалы), несколько раз в сутки (через короткие интервалы), постоянная нуждаемость.

Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста, имеющих ограничение способности к самообслуживанию 1-й степени в среднем за три года наблюдения, составил 36,4% (таблица 12). У данной категории инвалидов сохранена способность к самообслуживанию, но для этого им необходима более длительная затрата времени, дробность его выполнения, вспомогательные средства, адаптация жилья и предметов обихода. За исследуемый период отмечена тенденция увеличения удельного веса инвалидов с 1-й степенью ограничения способности к самообслуживанию: с 30,2% в 2015г. до 43,2% в 2017г. с высокой достоверностью данного показателя ($P < 0,05$). Это очень важно, так как именно 1-я степень ограничения той или иной категории жизнедеятельности в наибольшей мере даёт возможность восстановления нарушения функции, приведшей к ограничению жизнедеятельности при четком межведомственном взаимодействии на этапах реабилитации больных после инсультов.

Большой удельный вес (51,8%) составили инвалиды, имеющие ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени, т.е. сохранившие способность к самообслуживанию лишь при помощи вспомогательных технических средств и частичной помощи других лиц. В динамике также отмечается уменьшение удельного веса этой категории инвалидов. Так, в 2015 году он составлял 59%, а к 2017г. уменьшился до 44,6%.

Наименьший удельный вес приходится на инвалидов, утративших способность к самообслуживанию и полностью зависимых от других лиц, т.е. имеющих 3-ю степень ограничения, наиболее тяжёлую. Их доля составила 11,7%. Значение показателя не имеет существенных колебаний. Максимальное значение отмечено в 2016г. – 12,4%, минимальное – в 2015г. – 10,6%.

Таким образом, у инвалидов, имеющих ограничение способности к самообслуживанию, чаще встречается ограничение 2-й (в 51,8%) и 1-й (в 36,4%) степеней.

Инвалиды трудоспособного возраста в определённом проценте случаев имеют ограничение способности к передвижению 1-й степени. Для самостоятельного передвижения им требуется более длительное время, дробность выполнения передвижения либо сокращение расстояния, в некоторых случаях - использование вспомогательных технических средств. Удельный вес данной категории инвалидов составил в среднем 35,6%. Минимальное значение данного показателя отмечено в 2015г. – 30,6%, максимальное значение – в 2017г. – 42,3% (таблица 12).

На 14,6% выше предыдущего показателя удельный вес инвалидов, имеющих ограничение способности к передвижению 2-й степени. 50,2% инвалидов трудоспособного возраста испытывают выраженные затруднения в передвижении и способны передвигаться лишь с помощью вспомогательных средств, адаптации жилья и предметов обихода к возможностям инвалида и привлечением другого лица при выполнении некоторых видов передвижения и перемещения в пространстве. В динамике отмечается снижение удельного веса инвалидов, имеющих ограничение способности к самостоятельному передвижению 2-й степени: с 57,9% в 2015 году до 40,1% в 2017 году

3-я степень ограничения способности к передвижению устанавливается в среднем у 14,2% инвалидов трудоспособного возраста вследствие инсульта. Это наиболее тяжёлая категория инвалидов, которые полностью утратили способность самостоятельно передвигаться вследствие значительно выраженных функцио-

нальных нарушений, преимущественно – стато-динамических. Данные показателя росли за 3 года наблюдения от 11,5% в 2015 году до 17,6% в 2017.

Таким образом, у инвалидов, имеющих ограничение способности к самостоятельному передвижению, чаще (в 50,2%) встречается ограничение 2-й степени, но ещё раз подчеркнём, что в данную выборку попали инвалиды с тяжёлым и средней тяжести ЦИ при первичном освидетельствовании в бюро МСЭ.

Рост тяжёлых ограничений способности к передвижению частично может быть объяснен трудностями именно этой категории больных получения реабилитационной помощи после выписки из стационаров, так как не всегда возможна их регулярная доставка в реабилитационные учреждения амбулаторного типа.

35,3% инвалидов трудоспособного возраста имели ограничение способности к трудовой деятельности 1 степени (таблица 12). В результате перенесённого инсульта указанная категория больных может вернуться к труду в обычных производственных условиях, но со снижением квалификации, или тяжести, или напряженности и (или) с уменьшением объема работы в своей основной профессии. Часть таких инвалидов III группы после ЦИ и проведенных реабилитационных мероприятий, не может продолжать работу по основной профессии, поэтому требуется перевод на работу более низкой квалификации. Данный показатель в 2015-2016 годах с незначительными колебаниями от 29,3% в 2015 году до 33,9% в 2016 году, и значимый рост этого показателя до 43% в 2017 году при $P < 0.05$ по сравнению с данными показателями предыдущих лет.. Это самый высокий показатель за изученные годы, что может свидетельствовать об усилении именно реабилитационной составляющей в 2017 году в Ростовской области.

Доля инвалидов, которым необходимо создание специальных условий труда, в среднем составляет 51,3%. После динамичного снижения с 59,6% в 2015 году до 40,9% в 2017 году ($P < 0,05$) можно также надеяться на сохранение этой тенденции и в дальнейшем.

Достаточно стабилен удельный вес инвалидов, имеющих ограничение способности к трудовой деятельности 3 степени с тенденцией к увеличению в

2017 году. Доля инвалидов, утративших способность к труду, составила за исследуемый период 14,2%. Этот показатель соответствует состоянию жизнедеятельности в целом наиболее «тяжёлым» инвалидам 1 группы. Увеличение этого показателя до 16,1% в 2017 году также может свидетельствовать о большем проценте выживших больных в последние годы после тяжёлых ЦИ в Ростовской области.

Таким образом, у инвалидов, имеющих ограничение способности к трудовой деятельности, преобладают первая и вторая степени ограничения.

Способность к обучению – одна из важных интегративных форм жизнедеятельности, которая зависит, в значительной степени от состояния психических функций (интеллекта, памяти, внимания, ясности сознания, мышления), сохранности систем коммуникации, ориентации и пр. Данное ограничение приобретает особую значимость у лиц трудоспособного возраста, особенно молодого, когда в результате инсульта индивид утрачивает способность работать в основной профессии и ему необходимо овладение новыми профессиональными знаниями, доступными по состоянию здоровья.

Удельный вес инвалидов вследствие инсульта трудоспособного возраста, имеющих наиболее лёгкую – 1 степень ограничения способности к обучению, составил в среднем 30,0%. Этой категории инвалидов требуется соблюдение специального режима учебного процесса, они способны овладевать знаниями, умениями и навыками в полном объёме, но за более длительное время. В динамике показатель имеет минимальные изменения (таблица 12)

. 2-я степень ограничения способности к обучению установлена у 30,0% инвалидов исследуемой группы. Этой категории инвалидов для обучения необходимо использование специальных образовательных программ и технологий, а также активная помощь третьих лиц. В динамике показатель с тенденцией к снижению, но, учитывая незначительное количество инвалидов с данной категорией, требуются дальнейшие наблюдения.

3-я степень ограничения также определяется в минимальном проценте случаев.

Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации. Общение осуществляется преимущественно за счёт средств коммуникации. Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными – чтение и письмо. Также важным условием общения служит и сохранность психических функций. Поскольку у части больных после инсульта развивается нарушение речи в виде афазии, а также имеет место нарушение психических функций, то ограничение способности к общению у данной категории становится актуальным.

Среди инвалидов, имеющих ограничение к общению, преобладают те, у кого сохранена возможность общения при снижении скорости устной и письменной речи, снижении скорости усвоения и передачи информации при понимании её смыслового содержания. 1-я степень ограничения установлена у 45,9% инвалидов (таблица 12). В динамике показатель достаточно стабилен.

У 37,8% инвалидов установлена 2-я степень ограничения способности к общению. Инвалиды данной категории сохранили способность к общению при использовании различных вспомогательных средств, нетипичных для обычного установления контактов между людьми, либо им необходима помощь других лиц при приёме и передаче информации и для понимания её смыслового содержания. В 2015 году показатель был на уровне 25,0%, а в 2016 году резко повысился до 53,0%, в 2017 году вновь уменьшился до 34,4%, но учитывая незначительные абсолютные цифры для дальнейших выводов целесообразны дальнейшие наблюдения.

16,3% инвалидов утратили способность к общению, им определена 3 степень ограничения. В 2016 году данный показатель был на уровне 3%, но к 2017 году достиг 25%. Это является наибольшим значением данного показателя за исследуемый период.

Таким образом, у инвалидов, имеющих ограничение способности к общению, преобладает 1-я степень ограничения (45,9%).

Способность к ориентации – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и

места нахождения. Основные параметры, характеризующие способность к ориентации – состояние зрения, слуха, осязания, обоняния; состояние речи, письма, чтения; способность к осознанию собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

В группе инвалидов трудоспособного возраста, имеющих ограничение способности к ориентации, наибольший удельный вес (53,6%) составляют инвалиды, имеющие наиболее лёгкую степень ограничения – 1 степень (таблица 12). Показатель за исследуемый период без четкой тенденции, имеет незначительные волнообразные колебания.

Доля инвалидов, имеющих ограничение к ориентации 2-й степени, составила в среднем 25,0%. У данной категории инвалидов снижена способность осознания себя и внешнего мира, понимания и адекватного определения себя и окружающей ситуации, поэтому для осознания собственной личности, своего положения и определения в месте, времени и пространстве им требуется помощь других лиц.

Наименьший удельный вес составили инвалиды, имеющие наиболее тяжёлую степень ограничения способности к ориентации – 21,4%. Данная категория инвалидов не способна ориентироваться в месте, времени и собственной личности и требует постоянного постороннего надзора.

Таким образом, у инвалидов, имеющих ограничение способности к ориентации, преобладает 1-я степень ограничения (53,6%).

Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм. При нарушении контроля за своим поведением нарушается способность человека в своих действиях, поступках соответствовать правовым, нравственным, эстетическим правилам и нормам, как официально установленным, так и исторически сложившимся в обществе.

Среди инвалидов, имеющих ограничение способности контролировать своё поведение, наибольший удельный вес составляет группа с ограничением 1 степени – 89,4% (таблица 12). У этой категории инвалидов ограничение

заключается в периодически возникающих затруднениях контролировать поведение в отдельных жизненных ситуациях, затруднении выполнять некоторые ролевые функции, в нарушении адаптации к меняющимся обстоятельствам.

Однако у этих лиц возможна частичная самостоятельная коррекция своего поведения. В динамике отмечалась тенденция значительного уменьшения вообще ВПИ с данным показателем, что также может свидетельствовать о расширении возможностей специализированной медицинской помощи для данного контингента больных, особенно в остром периоде инсульта.

Более выраженную 2-ю степень ограничения способности контролировать своё поведение в нашем исследовании не наблюдалась.

10,6% инвалидов, имеющих ограничение способности контролировать своё поведение, нуждаются в постоянном надзоре вследствие значительно выраженного изменения личности и не способны контролировать своё поведение. Им установлена 3 степень ограничения. Отмечен рост удельного веса данной категории с 5,1% в 2015г. до 66,6% в 2017г., но в данном году всего зафиксировано 3 больных с ограничением данной категории (таблица 12).

Следовательно, у инвалидов вследствие перенесенного ЦИ, имеющих ограничение способности контролировать свое поведение, преобладает 1 степень ограничения (59,9%).

В структуре ограничений по степени выраженности практически по всем категориям ОЖД отмечается преобладание 1 степени у исследуемого контингента инвалидов (таблица 12). Исключение составляет ограничение способности к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности, где эти показатели занимают менее 50%.

Данные показатели важны для выполнения и планирования в дальнейшем реабилитационных мероприятий с учётом принципов разумной потребности и очерёдности выполнения тех или иных мероприятий, а также экономических возможностей того или иного регионов нашей большой страны.

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

3.4.1 Клинические проявления церебрального ишемического инсульта

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

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

Двигательные нарушения, выявленные у инвалидов вследствие инсульта, имели различную локализацию и степень выраженности. Так, у 168 человек выявлялись односторонние двигательные нарушения, что составило 96,6% от числа инвалидов со статодинамическими расстройствами. У 6 человек имели место тетрапарезы, что составило 3,4% от числа инвалидов с двигательными нарушениями. Односторонние двигательные нарушения представлены двумя группами – равномерные по степени выраженности нарушения в руке и ноге, имевшие место у 97 человек (55,7%), и неравномерные по степени выраженности нарушения в руке и ноге, выявленные у 72 человек (41,4%). При этом неравномерные нарушения у 15 человек из 72 преобладали в нижней конечности, а у 57 – в верхней.

Таблица 13 – Структура по клиническим проявлениям церебрального ишемического инсульта контингента впервые признанных инвалидами среди населения трудоспособного возраста (18-60 лет) Ростовской области за 2017 г.

Клинические проявления, синдромы	Абсолютное число ВПИ, имеющих данные проявления	Удельный вес, %
Двигательные пирамидные нарушения в виде парезов, параличей	174	87,0
Нарушения речи, в т.ч.	83	41,5
афазии	61	30,5
дизартрии	22	11,0
Вестибуло-атактический синдром	63	31,5
Психические нарушения	146	73,0
Бульбарный и псевдобульбарный синдром	32	16,0
Зрительные нарушения	10	5,0
Цефалгический синдром	4	2,0
Тазовые нарушения	7	3,5,0
Эпилептические приступы	2	1,0
Паркинсонизм	2	1,0
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	2	1,0

Неравномерные односторонние нарушения представлены:

- легким монопарезом в руке и пирамидной недостаточностью в ноге – 2 человека – 1,1% от числа инвалидов с двигательными нарушениями;
- умеренным парезом в руке и легким в ноге – 9 чел. – 5,1%;
- выраженным в руке и легким или умеренным в ноге – 9 чел. – 5,1%;
- значительно выраженным до плегии в руке и выраженным или умеренно выраженным в ноге – 35 чел. – 19,9%;
- умеренным в ноге и лёгким в руке – 11 чел. – 6,3%;
- выраженным в ноге и легким или умеренным в руке – 5 чел. – 2,8%;

Равномерные односторонние нарушения представлены:

- пирамидной недостаточностью в верхней и нижней конечности - 13 чел. – 7,4%;
- легким гемипарезом – 27 чел. – 15,3%;
- умеренным гемипарезом – 20 чел. – 11,4%;
- выраженным гемипарезом – 20 чел. – 11,4%;
- Значительно выраженным гемипарезом или гемиплегией – 15 чел. – 8,5% от числа инвалидов с двигательными нарушениями;

На втором месте по частоте встречаемости оказались нарушения психической сферы, которые проявлялись в виде когнитивных нарушений вплоть до деменции (1 больной), психоорганического синдрома, эмоционально-волевых нарушений, цереброастенического синдрома. Психические нарушения установлены у 146 человек, что составило 73%, и представлены несколькими группами нарушений и синдромов:

- когнитивными нарушениями – 85 чел. – 58,2% от числа инвалидов с психической патологией,
- эмоционально-волевыми нарушениями – 17 чел. – 11,6%,
- цереброастеническим синдромом – 10 чел. – 6,8%
- психоорганическим синдромом - 24 чел.– 16,4%,
- аффективными нарушениями – 2чел. – 1,3%
- психотическим эпизодом - 1 чел.– 0,7%.

Нарушения когнитивных функций, на долю которых приходится 58,2% от числа инвалидов с психической патологией, проявляются в большинстве случаев сочетанным нарушением интеллектуальной и мнестической функции, обозначенным в диагнозе, как интеллектуально-мнестическое снижение. Данный диагноз установлен в 54 случаях, что составило 37,0% от числа инвалидов, имеющих психические нарушения. Амнестический вариант когнитивных нарушений, когда доминируют нарушения памяти, имел место у 30 инвалидов исследуемой группы, или у 20,5%.

Множественная когнитивная недостаточность – наличие сочетанного поражения нескольких когнитивных функций (памяти, интеллекта, внимания,

мышления и др.) установлена у 8 человек, и обозначена в диагнозе, как когнитивные нарушения той или иной степени, включая деменцию. Их доля в структуре психических нарушений составляет 5,5% (в т.ч. деменция – 1,4%).

Превалировали легкие психические нарушения преимущественно не психотического регистра.

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

Афазия – это системное нарушение различных сторон речи, связанное с локальным поражением речевых зон, располагающихся у правшей в доминантном левом полушарии головного мозга. При афазии наряду с нарушением речи обычно страдают чтение и письмо. Афазия выявлена у 61 человек исследуемой группы, что составило 73,5% от числа инвалидов с речевой патологией. При этом установлено, что наиболее часто встречаются различные формы моторной афазии, которая развивается при очагах в передних отделах доминантного полушария. Моторная афазия выявлена у 36 инвалидов, что составило 43,4% от числа инвалидов с речевыми нарушениями. Гораздо реже встречаются различные формы сенсорной афазии, возникающие при поражении задних отделов (кзади от сильвиевой щели) доминантного полушария. У 4 чел. установлена сенсорная афазия, что составило 4,8% от числа инвалидов с речевыми нарушениями. У 26 инвалидов исследуемой группы обнаружены признаки сенсорной и моторной афазии, обозначенных в диагнозе как сенсо-моторная афазия. Доля инвалидов с сенсомоторной афазией составила 31,3% от числа инвалидов с речевыми нарушениями. В эту группу вошли 3 человека с тотальной афазией, у них отсутствовала собственная речь и понимание обращённой речи.

В остальных случаях – у 22 человек установлен диагноз дизартрии, что составило 26,5% от числа инвалидов с речевыми нарушениями. Дизартрия

является одним из клинических проявлений бульбарного и псевдобульбарного синдрома и характеризуется нарушением произносительной стороны речи. При этом, в отличие от афазии, понимание речи, подбор звуков и слов не нарушены, также сохранена структура, как устной, так и письменной речи.

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

На долю инвалидов, имеющих после ЦИ нарушения зрительных функций, приходится 5% от исследуемого контингента (10 человек). Чуть меньше инвалидов – 7 человек, имеющих нарушения функций тазовых органов, что составило 3,5%.

В единичных случаях (у 4 и менее человек) после ЦИ развились нарушения в виде цефалгического синдрома (2,0%), эпилептических приступов (1,0%), гипертензионно-гидроцефального синдрома (1,0%) и паркинсонизма (1,0%).

Таким образом, у лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами по последствиям ЦИ, в клинической картине преобладают пять групп нарушений функций организма. Ведущее место принадлежит двигательным пирамидным дефектам и психическим нарушениям, на долю которых в исследуемой группе приходится 87% и 73% соответственно. Третье место занимает речевая патология, удельный вес которой составляет 41,5%. На четвертом месте по частоте оказался вестибуло-атактический синдром с удельным весом 31,5%. И пятую позицию занимают бульбарный и псевдобульбарный синдромы, составившие 16% от исследуемой группы.

3.4.2 Основные нарушения функций организма вследствие церебрального инсульта с учетом степени их выраженности

Согласно «Классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государ-

ственными учреждениями медико-социальной экспертизы", утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2015 г. N 1024н и вступившем в силу фактически с начала 2016 года к основным видам нарушений функций организма человека относятся:

- нарушения психических функций;
- нарушения языковых и речевых функций;
- нарушения сенсорных функций;
- нарушения статодинамических функций;
- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
- нарушения, обусловленные физическим уродством.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

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

Исходя из этого, была изучена структура нарушений функций организма, к которым привел ЦИ, и степень их выраженности. В результате исследования было установлено, что ведущие пять групп клинических синдромов и проявлений последствий инсульта приводят к следующим стойким нарушениям функций организма:

- нарушениям статодинамических функций, которые развились в результате двигательных пирамидных нарушений, вестибуло-атактического синдрома, бульбарного и псевдобульбарного синдрома. Этот вид нарушений функций установлен у 174 инвалидов исследуемой группы, что составило – 87,0%;
- нарушения языковых и речевых функций вследствие афазии и дизартрии. установлены у 83 инвалидов, или у 41,5%;

– нарушения психических функций (вследствие когнитивных, аффективных, эмоционально-волевых нарушений, цереброастенического, психо-органического синдромов. Стойкие нарушения психических функций установлены у 146 инвалидов, что составило – 73%;

– нарушения сенсорных (зрительных) функций (вследствие гемианопсии, синдрома глазодвигательных нарушений). Нарушения зрительных функций имеют место у 10 человек – 5% исследуемой группы.

Структура нарушений статодинамических функций по степени тяжести представлена следующим образом. Лёгкие (1 степени) нарушения статодинамических функций имеются у 17 человек (9,4%) исследуемой группы; умеренные нарушения (2 степени) отмечены 64 человек (35,6%); выраженные нарушения статодинамических функций обнаружены у 78 инвалидов (43,3%); значительно выраженные нарушения (4 степень) имеют место у 21 человека (11,7%) (таблица 14).

Таблица – 14. Распределение по нарушениям функций организма (с учетом степени выраженности) контингента ВПИ вследствие ЦИ среди населения трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) Ростовской области за 2017 г.

Нарушения функций организма после ЦИ	Число инвалидов, имеющих нарушения функций	в т.ч. нарушения			
		1 степени	2 степени	3 степени	4 степени
1	2	3	4	5	6
Нарушения статодинамических функций (вследствие двигательных пирамидных нарушений, вестибуло-атактического синдрома, бульбарного и псевдо-бульбарного синдрома)	174	17 (9,7%)	64(36,7%)	77(44,2%)	16(9,2%)

Продолжение таблицы 14

1	2	3	4	5	6
Нарушения языковых и речевых функций (вследствие афазии и дизартрии)	83	36(43,4%)	28(33,7%)	15(18,1%)	4(4,8%)
Нарушения психических функций (вследствие когнитивных, аффективных, эмоционально-волевых, психотических нарушений, цереброастенического, психоорганического синдромов)	146	65(44,5%)	70(47,9%)	9(6,1%)	2(1,4%)
Нарушения сенсорных (зрительных) функций (вследствие гемианопсии, синдрома глазо-двигательных нарушений)	10	2(20%)	2(20%)	6(60%)	–

Таким образом, в структуре нарушений статодинамических функций по тяжести преобладают нарушения 3 степени, на втором месте нарушения 2 степени и на третьем месте – нарушения 4 степени (значительно выраженные). Лишь 9,4% приходится на нарушения лёгкой степени, которые несущественно ограничивают жизнедеятельность и не влекут серьезных социальных последствий.

В структуре нарушений психических функций по степени тяжести удельный вес незначительных и умеренных нарушений одинаков и составляет по 41,7%; выраженные нарушения психических функций обнаружены у 23 инвалидов (14,7%); значительно выраженные нарушения (4 степень) имеют место у 3 человек (1,9%).

Таким образом, в структуре нарушений психических функций по тяжести в равной степени преобладают нарушения 1 и 2 степени, на втором месте нарушения 3 степени и на третьем месте – нарушения 4 степени. Достаточно большой удельный вес приходится на психические нарушения лёгкой степени,

которые несущественно ограничивают жизнедеятельность и не влекут серьезных социальных последствий.

Среди нарушений языковых и речевых функций вследствие дизартрии и афазии наибольший удельный вес – 43,4% составляют нарушения 1 степени, незначительные нарушения установлены у 36 человек. Умеренные нарушения имеют место у 28 человек. Удельный вес умеренных речевых нарушений составил 33,7%. Выраженные нарушения речевых функций обнаружены у 15 человек – это 18,1%; значительно выраженные нарушения речевой функции имеют место у 4 человек, что составило 4,8% от инвалидов, имеющих нарушения речевых функций. Таким образом, среди нарушений языковых и речевых функций преобладают нарушения 1 степени (43,4%).

Удельный вес умеренных и выраженных нарушений приближен по значениям с преобладанием умеренных нарушений.

Нарушения зрительных функций установлены у 10 инвалидов исследуемой группы и представлены нарушениями 1,2,3, степени. Нарушений 4 степени, т.е. значительно выраженных нарушений зрительных функций, не установлено. В исследуемой группе преобладают выраженные нарушения – у 6 человек, что составило 60% от числа инвалидов, имеющих данный вид нарушений. По 2 человека имели легкие и умеренные нарушения зрительных функций, что составило соответственно по 20%.

ГЛАВА 4. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

4.1 Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации

Медико-социальная реабилитация инвалидов является одним из важных направлений государственной социальной политики Российской Федерации. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181 – ФЗ определяет реабилитацию инвалидов как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Особую социальную значимость медико-социальная реабилитация приобретает в отношении граждан трудоспособного возраста, наиболее социально-активной группы населения.

С целью установления потребности в реабилитационных мероприятиях у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт, были изучены индивидуальные программы реабилитации (абилитации) 200 инвалидов в возрасте от 18 до 60 лет (таблица 15). При этом 22 человека (11,0%) являлись инвалидами I группы, 107 человек (53,5%) – инвалидами II группы и 71 человек (35,5%) – инвалидами III группы.

Основными разделами ИПРА, форма которой утверждена приказом Минтруда России (Приказ Минтруда от 13 июня 2017г. № 486-н), являются: «мероприятия по медицинской реабилитации», «мероприятия по профессиональной реабилитации», «мероприятия по социальной реабилитации» и «Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР)». Была изучена потребность инвалидов в каждом виде реабилитационных мероприятий.

Таблица 15 – Потребности инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мерах реабилитации

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

Согласно полученным данным среди инвалидов с последствиями инсульта определялась высокая потребность в медицинской реабилитации (в 100% случаев), что обусловлено необходимостью медикаментозной коррекции основного заболевания, послужившего причиной сосудистой катастрофы, вероятностью

восстановления нарушенных функций организма при использовании комплексного лечения.

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

Практически все инвалиды нуждались в восстановительной терапии. Наибольшая потребность была выявлена в следующих видах восстановительной терапии: ЛФК – 100%, массаж – 100%, диетотерапия – 32%, физиолечение – 26%, логопедическая помощь – 20%. Вторым, наиболее востребованным видом медицинской реабилитации, явилось санаторно-курортное лечение, потребность в котором установлена у 45% инвалидов вследствие инсульта. Данный вид реабилитации рекомендовался в основном инвалидам 3 группы, на долю которых пришлось 70% всех рекомендаций по санаторно-курортному лечению.

Последствия инсульта зачастую приводят больных к значительным ограничениям в социально-бытовой сфере. Изучение потребностей инвалидов вследствие ЦИ выявило также 100% нуждаемость их в мерах социальной реабилитации. Потребность в социально-средовой реабилитации была установлена у 90% инвалидов; у 82% инвалидов – в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий и спорте (преимущественно в адаптивной физической культуре). Достаточно высокий процент инвалидов нуждались и в социокультурной реабилитации (56%), социально-бытовой адаптации (52%), социально-психологической реабилитации (50%). Следует отметить, что в социально-средовой адаптации нуждались инвалиды 1 и 2 групп, в то время как у инвалидов 3 группы данной потребности практически не установлено.

Ведущими нарушениями при последствиях инсульта являются нарушения статодинамических функций, которые приводят к той или иной степени ограничений способности самостоятельно передвигаться и самостоятельно себя обслуживать. По результатам исследования ограничения способности к передвижению установлены у 81% инвалидов трудоспособного возраста, а ограничения способности к самообслуживанию – у 89% инвалидов. В связи с этим, важнейшим средством реабилитации и компенсации нарушенных двигательных функций

являются технические средства реабилитации (далее – ТСР). При изучении потребностей в различных видах ТСР в целом нуждались 76% инвалидов трудоспособного возраста вследствие инсульта. Среди всех рекомендаций по обеспечению ТСР свыше 70% даны инвалидам 1 и 2 групп, имеющим более выраженные ограничения в передвижении и самообслуживании. Наиболее часто исследуемый контингент инвалидов нуждался в ТСР для передвижения (74%). Также достаточно часто рекомендовалось обеспечение поручнями (28%) и ТСР для выполнения гигиенических процедур (20%).

Одно из основных мест в комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста занимает профессиональная реабилитация, основной задачей которой является восстановление конкурентоспособности инвалида на рынке труда. В исследуемой группе нуждаемость в профессиональной реабилитации была выявлена у 120 человек, что составило 60%. При этом 24,5% составили инвалиды 2 группы и 76,5% – инвалиды 3 группы. Всем нуждающимся в профессиональной реабилитации инвалидам были даны рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда. Потребность в профессиональном обучении (переобучении) выявлена лишь у 2% инвалидов молодого возраста (до 40 лет).

Таким образом, у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт, выявлена потребность:

1. В мерах медицинской и социальной реабилитации в 100%, в профессиональной реабилитации в 60%, в обеспечении ТСР в 76%.

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

3. В социальной реабилитации в виде социально-средовой реабилитации – у 90% инвалидов и адаптивной физической культуры – у 82% инвалидов.

4. Профессиональной реабилитации в 60%.

5. Различных видах ТСР – у 76% инвалидов.

Структура потребностей в мерах реабилитации инвалидов молодого и среднего возраста вследствие ЦИ разнообразна и представлена различными меропри-

ятиями, средствами и услугами, необходимыми для компенсации или уменьшения ограничений жизнедеятельности. Такая картина вполне объяснима теми функциональными нарушениями, к которым приводит церебральный инсульт. Задачей структурных подразделений МСЭ является наиболее полное определение потребностей свидетельствуемых граждан в реабилитационных мероприятиях, так как планомерная, комплексная реабилитация инвалидов может значительно снизить степень инвалидизации и улучшить качество жизни этой категории больных.

4.2 Реабилитации постинсультных больных в учреждениях здравоохранения Ростовской области

В России разработана и нормативно закреплена организационная модель оказания медицинской помощи больным, в том числе и мозговым инсультом, которая утверждена приказом Минздравсоцразвития России №389н от 6 июля 2009г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», приказом Минздрава Российской Федерации № 928н от 15. 11. 2012г. (с изменениями на 13 июня 2019г.) «Об утверждении оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», приказом Минздрава России № 1705н от 29.12.2012г. «О порядке организации медицинской реабилитации», а также постановлением Правительства России № 294 от 15 апреля 2014 года «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК 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 ОНМК, дальнейшие тактика ведения и реабилитации больного с ОНМК определяются врачебным консилиумом. По решению консилиума больной должен быть направлен в 1 из 4-х видов медицинских организаций:

- в амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники городские, центральные районные, физиотерапевтические, восстановительного лечения), врачебно-физкультурные диспансеры;

- в 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.

И только последним этапом является лечение в условиях поликлиники по месту жительства под наблюдением невролога или терапевта. Амбулаторно-поликлиническая помощь является наиболее востребованным и продолжительным этапом лечебно-профилактического процесса и оказывается населению Ростовской области в 67 учреждениях здравоохранения и 69 филиалах.

Одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов является развитие стационарозамещающих 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 ОНМК, определены поводы для вызова бригады неотложной помощи.

Департаментом здравоохранения Ростовской области на протяжении последних лет ведется работа по усилению профилактической направленности медицинской помощи, формированию структурных подразделений по профилактической работе на базе лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, в Ростовской области для лиц, перенесших ОНМК, имеется хороший потенциал для реализации модели оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в соответствии с действующим законодательством.

С целью изучения реального состояния организации медицинской помощи больным с ЦИ на территории Ростовской области были исследованы медико-экспертные документы (Направление на медико-социальную экспертизу организацией оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма №086-у), акты освидетельствования в бюро МСЭ) 100 граждан трудоспособного возраста (от 37 до 59 лет), перенесших ЦИ, прошедших освидетельствование в филиалах ФГУ «Главного бюро МСЭ по Ростовской области» в 2017 году. В ходе исследования учитывалась существующая в настоящее время периодизация постинсультного состояния, которое принято делить на 4 периода:

1. Острый период – первые 3-4 недели.
2. Ранний восстановительный период (первые 6 месяцев), в котором выделяют ещё 2 подпериода: первый (до 3 мес.), когда в основном происходит восстановление объёма движений и силы в паретичных конечностях, и второй (от 3 до 6 мес.), на который приходится пик восстановления сложных двигательных навыков.
3. Поздний восстановительный период (от 6 мес. до 1 года), в течение которого может продолжаться восстановление речи, статки и трудовых навыков.
4. Резидуальный период (после 1 года с момента развития инсульта) – период последствий инсульта, в течение которого у больных с лёгкими нарушениями также может продолжаться восстановление нарушенных функций при условии продолжения интенсивных реабилитационных мероприятий.

При изучении медико-экспертных документов установлено следующее.

В остром периоде с момента развития инсульта в течение 6-30 дней (в среднем 16 дней) 95% больных получали лечение в условиях стационара (как правило, сосудистого или неврологического отделения). Жители г. Ростова получали лечение в условиях сосудистого центра на базе неврологического отделения.

В первом подпериоде раннего восстановительного периода – на 2-3 месяца после инсульта 76% пациентов были выписаны под наблюдение участкового врача. Однако наблюдение участкового врача заключалось в периодических осмотрах, которые проводились, как правило, по инициативе больных или их родственников. В ходе осмотров рекомендовалось медикаментозное лечение, реже – курсы массажа и ЛФК. Более активные и заинтересованные в выздоровлении пациенты и их родственники организовали проведение ЛФК, массажа. Но большая часть пациентов ограничилась приёмом назначенных препаратов (если на это есть средства). В исследуемой группе лишь 25 больных продолжили более или менее активное восстановительное лечение. Из исследуемой группы 9 человек прошли повторный курс лечения в условиях стационара (в среднем 7-10 дней); 3 пациента были пролечены в областной клинической больнице восстановительного лечения (14-21 день); 8 больных получали лечение в специали-

рованном отделении санатория (21-24 дня); 5 больных прошли поэтапное лечение сначала в Областной клинической больнице восстановительного лечения, затем были направлены на долечивание в санаторий.

Во втором подпериоде раннего восстановительного периода – на 4-6 месяц после инсульта – 80 больных наблюдались участковыми врачами; лишь 19 человек продолжили восстановительные мероприятия: Лечение в стационаре - прошли каждый десятый (10 человек); 2 пациента получили курс восстановительного лечения в областной клинической больнице (14-21 день); в санатории (21-24 дня) пролечились всего 3 больных .

Также были проанализированы сроки направления на медико-социальную экспертизу: 3% больных направлены в первые 2-3 месяца после инсульта, подавляющее большинство – 58% в сроке 4-6 месяцев после инсульта; треть пациентов (32 человека) – в позднем восстановительном периоде (от 7 мес. до 1 года) и 7% – спустя более, чем 1 год после перенесённого инсульта.

Таким образом, исследование показало, 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. Это результат реализации Приказов Минздравсоцразвития, предусматривающих порядок и стандарты оказания медицинской помощи именно в остром периоде и частично в раннем восстановительном периоде. А дальше организационные механизмы не разработаны. До момента направления на МСЭ с целью установления инвалидности проходит от 4 до 6 месяцев и более. Это время раннего восстановительного периода фактически оказывается упущенным как в плане непосредственно медицинской реабилитации, так и в плане комплексной реабилитации с участием специалистов немедицинского профиля, что приводит к существенному снижению эффективности восстановления нарушенных функций у больных, перенесших инсульт.

Следует отметить, что в настоящее время в Ростовской области как среди специалистов, оказывающих специализированную медицинскую помощь боль-

ным инсультом, так и среди специалистов органов управления здравоохранением существует непонимание проблемы реабилитации в целом и специфики ее различных аспектов. Это в какой-то мере не позволяет совершенствовать сложившиеся формы оказания специализированной помощи постинсультным больным. Поскольку нет понимания, не развивается и научно-методическая стратегия, существующие в области медицинские и реабилитационные организации не укомплектовываются необходимыми кадрами (логопедами, психологами, эрготерапевтами и др.) специалистов, которые могли бы грамотно развивать это направление.

Тем не менее, в области для лиц, перенесших ОНМК, существует достаточная материально-техническая база, позволяющая реализовать разработанную на федеральном уровне систему оказания медицинской помощи. В связи с этим основной задачей органов управления здравоохранением в Ростовской области на современном этапе в отношении больных, перенесших ЦИ (особенно больных трудоспособного возраста), является отработка организационных механизмов осуществления поэтапной комплексной реабилитации с учётом существующих основных принципов и периодизации, особенно в первые 6 месяцев после возникновения инсульта.

4.3 Организация профессиональной и социальной реабилитации инвалидов в Ростовской области

Значимую роль в успешной интеграции инвалидов в общество играет социальная реабилитация инвалидов. В Ростовской области организация социальной реабилитации инвалидов строится с учетом принципа адресного подхода, что обеспечивается единой корпоративной информационной системой социальной защиты населения.

На областном уровне сформирован электронный регистр инвалидов, который позволяет иметь в актуальном режиме персонифицированную информацию об инвалидах, их потребностях в реабилитационных мероприятиях и предо-

ставлении им мер социальной поддержки и реабилитационных услуг согласно индивидуальным программам реабилитации (абилитации) инвалида (ИПРА). В настоящее время в единую корпоративную информационную систему социальной защиты населения внесена информация об инвалидах трудоспособного возраста, в том числе перенесших ЦИ. Данная информация благодаря тесному взаимодействию ФГУ «Главное бюро МСЭ по Ростовской области» и Департамента социального развития Ростовской области поддерживается в актуальном режиме.

В информационной системе органов социальной защиты населения для ведения адресной работы с семьями, в том числе с семьями инвалидов и семьями, имеющими детей-инвалидов, реализован новый объект учета – «Электронный паспорт семьи», который позволяет учитывать проблемы семьи, разрабатывать индивидуальные программы работы с семьями и осуществлять мониторинг их реализации всеми ведомствами, оказывающими социальную помощь и социальные услуги семьям, планировать и осуществлять реализацию мероприятий по реабилитации инвалидов. В области действует сеть учреждений, оказывающих услуги по реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, где инвалидам предоставляются социально-медицинские, психолого-педагогические услуги, действуют трудовые и творческие мастерские, спортивные комплексы.

Социальная реабилитация инвалидов, перенесших ЦИ проводится в организациях и учреждениях социального обслуживания, в том числе:

в центрах социального обслуживания населения с отделениями социальной реабилитации инвалидов;

- в стационарных учреждениях социального обслуживания населения;
- в областном центре реабилитации инвалидов;
- в центре социальной помощи семье и детям.

С целью содействия развитию системы реабилитации и социальной интеграции инвалидов в Ростовской области областной центр осуществляет организационно-методическое сопровождение деятельности территориальных учреждений социального обслуживания населения, оказывающих услуги по социальной реабилитации адаптации инвалидов. Основными задачами центра

является разработка и внедрение на территории области современных технологий по социальной реабилитации инвалидов, содействие повышению профессионального уровня специалистов территориальных центров, информационно-аналитическая и исследовательская деятельность.

Процесс реабилитации инвалидов многогранен, поэтому его эффективность достигается за счет слаженного, системного межведомственного взаимодействия. Данное взаимодействие обеспечивается межведомственными соглашениями, заключенными между органами социальной защиты населения, здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, а также территориальными федеральными органами исполнительной власти (ГУ – Ростовское региональное отделение Фонда социального страхования РФ, ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области»).

Комплексная социальная реабилитация инвалидов проводится в соответствии с ИПРА. Однако действующая система оказания реабилитационной помощи требует совершенствования, так как реализация ИПРА зависит в большей части от возможностей и желания инвалида и его ближайшего окружения выполнять рекомендации по реализации мероприятий реабилитационного плана, не обеспечивает в достаточной мере целенаправленную работу социальных служб по социальному сопровождению семьи с инвалидами на достижение желаемого результата. Кроме того, требуется постоянное внедрение инновационных технологий и методик по реабилитации инвалидов, в том числе с учетом межведомственного взаимодействия.

Деятельность по социокультурной реабилитации осуществляют учреждения и организации культуры, организации дополнительного образования сферы молодежной политики.

Важной задачей в реабилитации инвалидов является выявление и устранение барьеров окружающей среды, препятствующих полноценной жизнедеятельности инвалидов. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности необходим свободный доступ инвалидов к объектам социальной инфраструктуры:

жилым, общественным, производственным зданиям, сооружениям и помещениям, местам отдыха и досуга.

В области при проектировании, а также при строительстве и сдаче новых объектов социальной инфраструктуры выполняются требования по организации их доступности для инвалидов. Проводятся мероприятия по созданию условий для пребывания инвалидов в административных зданиях, организациях здравоохранения, образования, культуры, торговых центрах, которые оборудуются пандусами, поручнями, автоматическими раздвижными дверями на фотоэлементах.

В аэропорту, на железнодорожном вокзале имеются пандусы, лифты-подъемники, информационное табло и звуковое обеспечение. Ростовский автовокзал оборудован специальными пандусами, обеспечивающими инвалидам-колясочникам беспрепятственно подниматься и въезжать в здание автовокзала. Окна кассы расположены на доступной высоте для маломобильных групп населения. Разработаны и действуют специальные технологии обслуживания пассажиров, имеющих ограниченные возможности передвижения.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что в Ростовской области создана и функционирует система комплексной реабилитации, направленная на более полную интеграцию инвалидов в общество. Область располагает достаточной материально-технической базой, позволяющей реализовывать комплексные региональные реабилитационные программы, имеется хороший организационный и кадровый потенциал.

4.4 Эффективность реабилитации инвалидов вследствие церебрального инсульта в трудоспособном возрасте

4.4.1 Показатели реабилитации

Наряду с проблемой выживания в настоящее время достаточно остро стоит проблема и качества жизни больных, выживших после перенесённого инсульта,

т.к. большинство из них становятся инвалидами. В связи с этим вопросы реабилитации инвалидов приобретают особую актуальность, особенно у инвалидов трудоспособного возраста. В данном контексте важнейшим показателем является эффективность реабилитации.

Следует отметить, что в настоящее время отсутствует унифицированная система оценки эффективности реабилитации. Однако в практике медико-социальной экспертизы, для оценки эффективности реабилитации принято использовать следующие показатели: показатель полной реабилитации (характеризует отношение числа лиц, которым при переосвидетельствовании инвалидность не установлена, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов); показатель частичной реабилитации (характеризует отношение числа лиц, которым при переосвидетельствовании установлена более легкая группа инвалидности, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов I и II групп); показатель суммарной реабилитации (характеризует отношение числа лиц, которым при переосвидетельствовании инвалидность не установлена или установлена более легкая группа инвалидности, к общему числу переосвидетельствованных инвалидов). Также мы можем оценить эффективность реабилитации по показателям реализации ИПРА (характеризуют отношение реализованных (полностью или частично) ИПРА инвалидов к общему числу выданных ИПРА) и по оценке достигнутых после выполнения реабилитационных мероприятий результатов.

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

За 4 года (2015-2018) в Ростовской области среднее значение показателя полной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста составили не более 4,1%. Следует отметить, что данный показатель в динамике имеет тенденцию к улучшению, именно в последние 2 года. Так, в 2015 году он

составил 3,2%, снизившись к 3,0% в 2016 году, по итогам 2017 года он вырос до 3,5%, а по итогам 2018 года составил 4,1%. (таблица 16)

Показатель частичной реабилитации несколько выше, чем показатель полной реабилитации. Среднее значение показателя частичной реабилитации инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста составило 10,3%, т.е. такая доля инвалидов была переведена на более легкую группу инвалидности, вследствие уменьшения ограничений жизнедеятельности.

Таблица 16 – Показатели реабилитации инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, освидетельствованных повторно в 2015-2018гг.

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

В целом, в течение 4 лет показатель имел следующие значения: 10,6%-9,1%-10,3%-11,4%. Динамика показателя как полной, так и частичной реабилитации подтверждает высказанные нами ранее тезисы – с учётом наметившихся успехов деятельности сосудистой программы в России, а также и в Ростовской области, а также внедрения в клиничко-экспертную практику принципов, заложенных в МКФ – показатели реабилитации с 2017 года среди трудоспособного населения, перенесших церебральные инсульты, улучшаются. Главное, что становится больше людей трудоспособного возраста, которым при повторном освидетельствовании устанавливается совершенно справедливо и объективно более

легкая группа инвалидности, что создает возможности включения этих людей в трудовой процесс, пусть и с определёнными ограничениями.

Отметим, что в последние годы повысилась эффективность реабилитации (восстановительного лечения) больных трудоспособного возраста в остром периоде ЦИ, их лечат лучше, процессы восстановления протекают до стадии незначительных функциональных нарушений. Соответственно на МСЭ направляют только тех, у которых сформировались действительно стойкие нарушения функций. Однако, это тема для отдельного исследования.

При изучении 200 программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста было установлено, что практически по всем ИПРА (99%) были проведены реабилитационные мероприятия, однако, лишь 5% программ были реализованы полностью (т.е. все рекомендованные реабилитационные мероприятия были выполнены), 95% ИПРА реализованы частично (таблица 17).

Таблица 17 – Оценка реализации ИПРА инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, освидетельствованных повторно в 2017г.

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

Из трёх разделов ИПРА менее активно и менее полно реализуется программа профессиональной реабилитации: 19% разработанных программ

вообще не выполнены, 65,5% выполнены частично и лишь 15,5% выполнены полностью. При этом, несмотря на проведение реабилитационных мероприятий, положительные результаты отсутствуют в 84% случаев, т.е. в подавляющем большинстве случаев профессионально-трудовой статус инвалида никак не изменился.

Лидером по реализации и полноте выполнения является программа медицинской реабилитации. Данный раздел не реализован всего у 2% инвалидов вследствие инсульта; 62% медицинских программ реализованы частично и 36% реализованы полностью. Тем не менее, инвалиды, у которых положительные результаты отсутствуют, составили 58%.

Ожидать восстановления нарушенных функций через год (тем более через 2-3 года) при последствиях инсульта проблематично, поэтому на такие результаты приходится всего 2%. Положительным результатом у большинства инвалидов является достижение компенсации нарушенных функций (частичной, крайне редко – полной), эта категория инвалидов составила 40,0% (таблица 18).

Программа социальной реабилитации реализуется менее активно, чем медицинской, но более активно, чем профессиональной. 7,3% социальных программ не выполнены, 30,1% выполнены полностью, 62,6% выполнены частично. В результате полного и частичного выполнения программы социальной реабилитации у 45% инвалидов положительные результаты отсутствуют. У 32% достигнута частичная способность к самообслуживанию, у 2% – полная способность к самообслуживанию. У 1% достигнута способность к самостоятельному проживанию и восстановлены навыки бытовой деятельности частично (1%) (таблица 18).

Таблица 18 - Оценка реализации ИПРА инвалидов вследствие ЦИ
 трудоспособного возраста, освидетельствованных повторно в 2015-2017гг. по
 достигнутым результатам

Название параметра	Число оцененных ИПРА
1	2
<u>Программа медицинской реабилитации:</u>	<u>200</u>
Нарушенные функции восстановлены (полностью или частично)	4 (2%)
Достигнута компенсация утраченных функций (полная или частичная)	80 (40%)
Положительные результаты отсутствуют	116 (58%)
<u>Программа профессиональной реабилитации:</u>	<u>200</u>
Обеспечена занятость (полная и неполная)	20 (10%)
Повышен уровень профессионального образования или получена новая профессия	2 (1%)
Достигнута адаптация на прежнем рабочем месте	1 (0,5%)
Положительные результаты отсутствуют	168 (84%)
Подобрано подходящее рабочее место	5 (2,5%)
<u>Программа социальной реабилитации:</u>	<u>200</u>
Восстановлен социально-средовой статус (полностью или частично)	6 (3%)
Достигнута способность к самообслуживанию полная	4 (2%)
Достигнута способность к самообслуживанию частичная	64 (32%)
Восстановлены навыки бытовой деятельности частично	2 (1%)
Достигнута возможность самостоятельного проживания	2 (1%)
Положительные результаты отсутствуют	90 (45%)
<u>ТСР и услуги по реабилитации:</u>	<u>70</u>
Достигнута компенсация ограничений жизнедеятельности	42 (60%)

1	2
Положительные результаты отсутствуют	28(40%)

Оценка реализации по обеспечению техническими средствами реабилитации и услугами по реабилитации проведена в 70 ИПРА. Из них 50% выполнены полностью, т.е. инвалиды были обеспечены всеми рекомендованными ТСР и услугами по реабилитации; 20,8% выполнены частично, 29,2% инвалидов не были обеспечены ТСР и услугами по реабилитации.

Таким образом, в результате полной или частичной реализации ИПРА положительные результаты достигаются менее, чем у половины инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, при этом мероприятия медицинской реабилитации эффективны у 42,0% инвалидов, мероприятия социальной реабилитации – у 60,0% и мероприятия профессиональной реабилитации – лишь у 16% инвалидов трудоспособного возраста, перенёсших ЦИ. Отмечается все-таки некоторое улучшение показателей полной, частичной и суммарной реабилитации больных, перенесших ЦИ в последние годы.

Результаты исследования доказывают, что те мероприятия, которые проводятся в рамках реабилитации инвалидов вследствие инсульта, недостаточны и не дают ожидаемой эффективности, что существующая в настоящее время система реабилитации не позволяет в полной мере реализовать разработанные ИПРА. Имеется возможность лишь поддерживать течение заболевания на одном уровне, способствовать стабилизации состояния здоровья инвалидов, но не позволяет им в полной мере достигнуть социальной адаптации, материальной независимости и их интеграции в общество, т.е. тех целей, которые обозначены в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Это обусловлено рядом проблем:

– недостаточным финансированием как из федерального, так и из областного бюджета мероприятий по реализации ИПРА. Так, курсы реабилитации, которые

может получить инвалид бесплатно, короткие (7-14 дней), за этот период нельзя решить поставленных реабилитационных задач;

– при всех разработанных механизмах межведомственного взаимодействия, все же имеет место ведомственная разобщенность, которая не позволяет в достаточной мере обеспечить непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий в рамках реализации ИПРА у одного конкретно взятого больного.

Остается низким процент оснащения объектов социальной, транспортной инфраструктуры с учетом их доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения. Из введенных в эксплуатацию оборудованы в соответствии с требованиями доступности 46% административных зданий и сооружений, 63% учреждений торговли и общественного питания, 69% физкультурно-спортивных сооружений, 92% культурно-развлекательных заведений, 14% жилых зданий.

4.4.2 Факторы, влияющие на полноту реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов, вследствие церебрального инсульта.

Результаты анкетирования

Многими исследователями и специалистами в области МСЭ и реабилитации инвалидов обсуждается проблема эффективности реабилитационных мероприятий. Одним из аспектов этой проблемы является полнота реализации ИПРА. Неоспоримым является тот факт, что эффективность реабилитации во многом зависит от того, в полном ли объеме проведены реабилитационные мероприятия, рекомендованные в ИПРА. По результатам исследований установлено, что в полном объеме реализуются не более 5% разработанных ИПРА.

Поскольку участниками реабилитационного процесса, кроме самих инвалидов, являются различные учреждения и организации, то естественным было бы предположить, что каждый из участников в той или иной мере влияет на полноту реализации ИПРА. Среди участников реабилитационного процесса можно назвать: специалистов бюро МСЭ, которые разрабатывают ИПРА и дают

разъяснения по порядку её реализации; медицинские учреждения – учреждения здравоохранения и др., имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, оказывающие услуги по медицинской реабилитации; учреждения социальной защиты населения; фонд социального страхования; учреждения профессионального образования; учреждения службы занятости населения; сами инвалиды; ближайшее окружение инвалидов (родственники, осуществляющие помощь и уход).

Выяснить вклад каждого в полноту реализации ИПРА – задача достаточно сложная. Нами предпринята попытка выяснить основные причины невыполнения тех или иных реабилитационных мероприятий с учётом мнения самих инвалидов. С целью изучения факторов, влияющих на полноту реализации ИПРА, проведено анкетирование инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, пришедших на очередное освидетельствование в ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» в 2017 году. В анкетировании приняли участие 200 инвалидов.

Анкета состояла из 5 вопросов. Данная анкета использована нами с разрешения О.А. Черкасовой (Черкасова О.А., 2013). Совместно с указанным автором нами опубликовано несколько работ. Вопросы анкеты включали в себя сбор следующей информации: насколько полно специалисты бюро МСЭ оценивают потребности в реабилитационных мероприятиях; понятно ли даются разъяснения по реализации ИПРА специалистами бюро МСЭ; все ли реабилитационные мероприятия, рекомендованные в ИПРА выполнены; имелись ли у инвалидов трудности при получении реабилитационных услуг; основные причины невыполнения рекомендованных в ИПРА реабилитационных мероприятий.

Первый вопрос касался качества формирования ИПРА, насколько полно специалисты бюро оценили потребности инвалида в реабилитационных мероприятиях. По мнению 168 респондентов (84%), в ИПРА были предусмотрены все необходимые реабилитационные мероприятия и услуги. 24 респондента (12%) посчитали, что им указали в ИПРА не все реабилитационные мероприятия, в которых они нуждались, а именно, не указано: санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, массаж, ТСР. 4 человека (2%) отметили, что в ИПРА были

указаны «лишние» реабилитационные мероприятия, потребности в которых они не испытывали, например, в услугах по профориентации и содействию в трудоустройстве. Не ответили на данный вопрос 4 инвалида (2%) (таблица 19).

Таблица 19 – Результаты анкетирования инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного возраста, пришедших на очередное освидетельствование в 2017г.

Всего заполнено анкет	Число	Удельный вес, %
1	2	3
Вопросы анкеты и ответы на них	200	
1. В ИПРА, выданной Вам в 2016г., были предусмотрены все необходимые вам реабилитационные мероприятия и услуги?		
Да	168	84
Нет, дополнительно мне было необходимо...	4	2
Указаны лишние реабилитационные мероприятия, в которых я не нуждаюсь	4	2
Ответ не указан	4	2
2. Понятны ли вам были разъяснения специалистов бюро МСЭ о том, куда нужно обращаться для получения услуг по реабилитации?		
Да	180	90
Нет	6	3
Понятно частично	9	4,5
Ответ не указан	3	1,5
3. Все ли реабилитационные мероприятия, указанные в ИПР, выполнены полностью?		
Да	110	55

Продолжение таблицы 18

1	2	3
Нет, не выполнены	80	40
Ответ не указан	10	5
4. Испытывали ли вы затруднения в выполнении реабилитационных мероприятий?		
Да	106	53
Нет	86	43
Ответ не указан	8	4
5. Если у вас не выполнена часть реабилитационных мероприятий, назовите причины их невыполнения		
Было не понятно, куда, когда и зачем обращаться	16	8
Не все реабилитационные мероприятия проводятся бесплатно, нужно было оплачивать часть услуг	26	13
Реабилитационные центры находятся далеко	52	26
Не было специалиста, который проводит рекомендованное мне реабилитационное мероприятие	22	11
Не обращался, т.к. уверен, что реабилитация не поможет	30	15
Не обращался, т.к. боюсь, что лишат пенсии по инвалидности	4	2
Другая причина	32	16

На второй вопрос о разъяснениях специалистов бюро МСЭ по реализации рекомендованных в ИПРА реабилитационных мероприятий 180 опрошенных (90%) ответили, что им были понятны разъяснения специалистов бюро МСЭ, 9 человек (4,5%) выбрали ответ анкеты – «понятно частично», и 6 граждан (3%)

указали, что разъяснения специалистов МСЭ им не были понятны. 5 респондентов (2,5%) не ответили на данный вопрос.

Ответ на третий вопрос содержал информацию о мнении инвалида, насколько полно реализована его ИПРА. Большая часть опрошенных – 110 человека (55%) считают, что их ИПРА реализована полностью. Однако при изучении ИПРА этих 110 инвалидов, установлено, что лишь 20 ИПРА действительно выполнены в полном объёме.

80 человек (40%) ответили, что не все мероприятия выполнены. Среди невыполненных мероприятий отмечены: массаж, ЛФК, обеспечение ТСП (тростями, поручнями). В 7 анкетах (3,5%) ответ не указан.

При выполнении рекомендованных реабилитационных мероприятий 106 опрошенных инвалида (53%) не испытывали каких-либо затруднений, 43% по какой либо причине выполнить рекомендованные мероприятия не смогли. Из указанных причин: в 26% случаев причиной невыполнения рекомендованных реабилитационных мероприятий послужило то, что «реабилитационные центры находятся далеко»; 15% респондентов «не обращались, т.к. уверены, что реабилитация не поможет»; 13% опрошенных сообщили, что «не все реабилитационные мероприятия проводятся бесплатно, нужно было оплачивать часть услуг»; 11% указали «не было специалиста, который проводит рекомендованное реабилитационное мероприятие»; «было не понятно, куда и за чем обращаться» выбрали 8% респондентов. Из «других причин», на долю которых пришлось 16% ответов указывали: «семейные обстоятельства», «нет причин», «не получилось», «не обращался», «учёба», «постоянная работа».

Таким образом, среди причин невыполнения рекомендованных в ИПРА реабилитационных мероприятий основную группу составляют причины, касающиеся низкой обеспеченности бесплатными, приближенными к месту проживания инвалида учреждениями, занимающимися реализацией ИПРА.

Необходимо подчеркнуть, что на всех этапах реабилитации необходимо активно работать с личностью реабилитанта, формировать мотивацию на восстановление и более полную интеграцию в общество. На всех этапах реабилита-

ционного процесса важно соблюдать комплексный подход с активной работой по всем направлениям реабилитации – медицинскому, социальному, профессиональному с увеличением или уменьшением доли того или иного направления в зависимости от этапа реабилитации и периода течения церебрального инсульта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учётом поставленной цели и задач в диссертационной работе проведено комплексное медико-социальное, социально-гигиеническое и статистическое исследование клинико-функциональных особенностей ЦИ, показателей первичной инвалидности вследствие ЦИ у лиц трудоспособного возраста (от 18 до 55-60-65 лет), и эффективности реабилитации у лиц перенесших церебральный ишемический инсульт на примере Ростовской области. Проводя данное исследование мы посчитали необходимым изучить также общие показатели, связанные с инвалидностью у лиц, особенно в трудоспособном возрасте, связанной с различными причинами. Именно такой анализ, на наш взгляд, позволяет в большей мере проследить тенденции, связанные с реформированием здравоохранения и системы социальной защиты населения, внедрением элементов МКФ в клинико-экспертную практику в последние годы в нашей стране. В большей мере мы анализировали изучаемые показатели за 2015-2017 годы, но при обсуждении результатов в данной главе будем ссылаться и на некоторые аналогичные показатели 2018 года, изученные к моменту завершения данной работы. Исследование проведено нами в указанные годы, в частности в связи с тем, что в декабре 2015 года 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. Наряду с этим в России уже можно говорить о результатах деятельности Программы по борьбе с сосудистой патологией.

При населении Ростовской области более 4 млн. человек на январь 2018 года всего за 2015-2017 годы было зафиксировано 3339 человек ВПИ в возрасте от 18 до 60 лет (в среднем 1113 ежегодно, но с тенденцией к уменьшению в 2017 году – 1031 человек).

Получены следующие результаты.

В течение многих лет среди нозологических форм заболеваний среди ВПИ лиц старше 18 лет болезни системы кровообращения занимали первое ранговое

место, но по итогам 2018 года впервые злокачественные образования стали конкурентом в распределении на этом «пьедестале». По итогам 2018 года по данному показателю на злокачественные новообразования пришлось 33,4% (в 2017 году – 31,3%), на болезни системы кровообращения по итогам 2018 года пришлось 30,2% (в 2017 году – 31,3%).

Анализ первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста вследствие церебрального ишемического инсульта в Ростовской области за эти годы выявил следующие особенности:

Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста (18-55 лет) в общем контингенте ВПИ вследствие ЦИ составил 34%. Причём, в 2015 и 2016 годах процент практически не менялся (34,7 и 34,3%), а в 2017 году несколько снизился до 32,8%. Отмечался рост абсолютного числа, удельного веса, а также интенсивного показателя ВПИ вследствие ЦИ граждан трудоспособного возраста до 2015-2016 года с тенденцией к снижению в последующий период.

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

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

В структуре первичной инвалидности вследствие ЦИ по тяжести преобладают инвалиды тяжелых групп (I и II группы) более 50%, но очень важно, что удельный вес инвалидов III группы составил 29% в 2015, 33,6% в 2016 году и достиг 43% в 2017 году, так как именно инвалиды III группы в трудоспособном возрасте имеют достаточно хорошую перспективу на полную реабилитацию в дальнейшем при проведении качественных реабилитационных мероприятий в условиях межведомственного целенаправленного взаимодействия систем здравоохранения и социальной защиты.. Структура инвалидности по тяжести, начиная с 2016 года, также частично изменилась за счет изменения критериев установления I и II групп инвалидности с учётом принципов, заложенных в МКФ. Среди инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ по результатам исследования

преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт, на их долю приходится 82,2%. Удельный вес инвалидов вследствие геморрагического инсульта в целом за исследуемый период составил 13,3%; инвалидов вследствие САК – 1,9%.

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 87,5% ВПИ;
- языковых и речевых функций вследствие афазии и дизартрии – у 41,5% ВПИ.
- психических функций (вследствие когнитивных, аффективных, эмоционально-волевых, психотических нарушений, цереброастенического, психоорганического синдромов – у 73% ВПИ.
- сенсорных (зрительных) функций (вследствие гемианопсии, синдрома глазодвигательных нарушений) – у 5% исследуемой группы.

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 89,5% инвалидов) и ограничение способности к самостоятельному передвижению (у 92,8% инвалидов).

Важнейшим направлением деятельности специалистов ФКУ «Главное БМСЭ по Ростовской области» 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. У инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, выявлена потребность:

- в мерах медицинской и социальной реабилитации в 100%, в профессиональной реабилитации более 60%, в обеспечении ТСП более 70%;
- в медицинской реабилитации в виде восстановительной терапии в 100% и санаторно-курортном лечении – у 48% инвалидов;
- в социальной реабилитации в виде социально-средовой реабилитации – у 92% инвалидов и адаптивной физической культуры - у 85% инвалидов;
- в профессиональной реабилитации в виде профессиональной ориентации – у 59% инвалидов (или 93% от числа нуждающихся в профессиональной реабилитации), содействия в трудоустройстве – у 56% (или 87% от числа нуждающихся в профессиональной реабилитации).
- в различных видах ТСП – у 78% инвалидов.

В результате изучения состояния организации и оказания медицинской помощи больным после инсульта установлено, что в Ростовской области имеется хороший потенциал для реализации модели оказания медицинской помощи больным с ОНМК, в соответствии с действующим законодательством. С целью реализации гарантий прав граждан на получение качественной медицинской помощи в Ростовской области разработаны и утверждены стандарты первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи больным инсультом.

Утвержденные стандарты включают модели оказания медицинской помощи по видам: амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, дневной стационар, доврачебная помощь, неотложная помощь, выездные формы работы, скорая медицинская помощь. В основу данных документов положены нормативно-правовые акты федерального уровня. Таким образом, в Ростовской области создана нормативно-правовая база, регламентирующая оказание медицинской помощи больным ЦИ, что подчеркивает понимание данной проблемы на уровне региональной власти.

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. Далее организационные механизмы не разработаны. 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 инсульт.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что в Ростовской области также создана и функционирует система комплексной реабилитации, направленная на более полную интеграцию инвалидов в общество, позволяющая реализовывать комплексные региональные реабилитационные программы. При изучении 200 программ реабилитации инвалидов трудоспособного возраста было установлено, что практически по всем ИПРА (99,8%) были проведены реабилитационные мероприятия. Однако лишь 4,7% программ были реализованы полностью, а 95,1% 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 39,8% инвалидов, мероприятия социальной реабилитации – у 55,3% и мероприятия профессиональной реабилитации – лишь у 12,6% 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% (С.Ю. Орлова, 2019).

С целью изучения факторов, влияющих на полноту реализации ИПРА, проведено анкетирование 200 инвалидов вследствие ЦИ трудоспособного воз-

раста, пришедших на очередное освидетельствование в ФГУ «Главное бюро МСЭ по Ростовской области». В результате обработки анкет получены сведения, что среди причин невыполнения рекомендованных в ИПРА реабилитационных мероприятий основную группу составляют причины, касающиеся низкой обеспеченности бесплатными, приближенными к месту проживания инвалида учреждениями, занимающимися реализацией ИПРА.

Отметим, что 22-25 октября 2019 года сотрудниками Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России в рамках Национальной программы «Доступная среда» в г.Ростове были проведены информационно-методические семинары по распространению идей, принципов и средств формирования доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения в субъектах Российской Федерации. Данные семинары были направлены, в частности, на возможности достижения более значимых успехов при комплексной реабилитации инвалидов, в том числе и перенесших ОНМК. В этих семинарах активное участие принимали врачи (в частности и исполнитель данной диссертации) и специалисты, которые занимаются социальными и профессиональными разделами реабилитации.

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 клинику-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, которых в последние годы становится меньше, по сравнению с 2012-2015, 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 том числе и самого реабилитанта). В начале 2020 года Минтруд России после длительного обсуждения с представителями здравоохранения и общественности выпустил приказ о новых классификациях и критериях, которые будут использоваться бюро МСЭ при освидетельствовании граждан. В этих классификациях отмечено ещё большее присутствие принципов, заложенных в МКФ.

С учётом результатов наших исследований, а также данных литературы мы предлагаем использование алгоритма медико-социальной помощи больным трудоспособного возраста после церебрального инсульта (Макаров А.Ю. и соавт., 2013) с нашими дополнениями (рисунок 2).

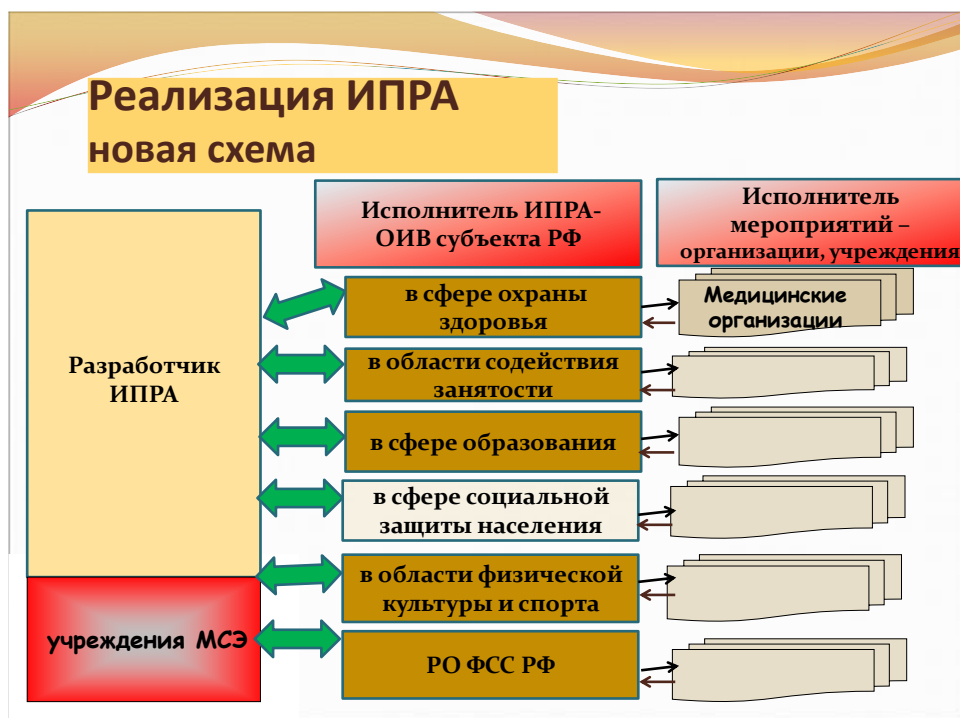


Рисунок 2 – Новая схема

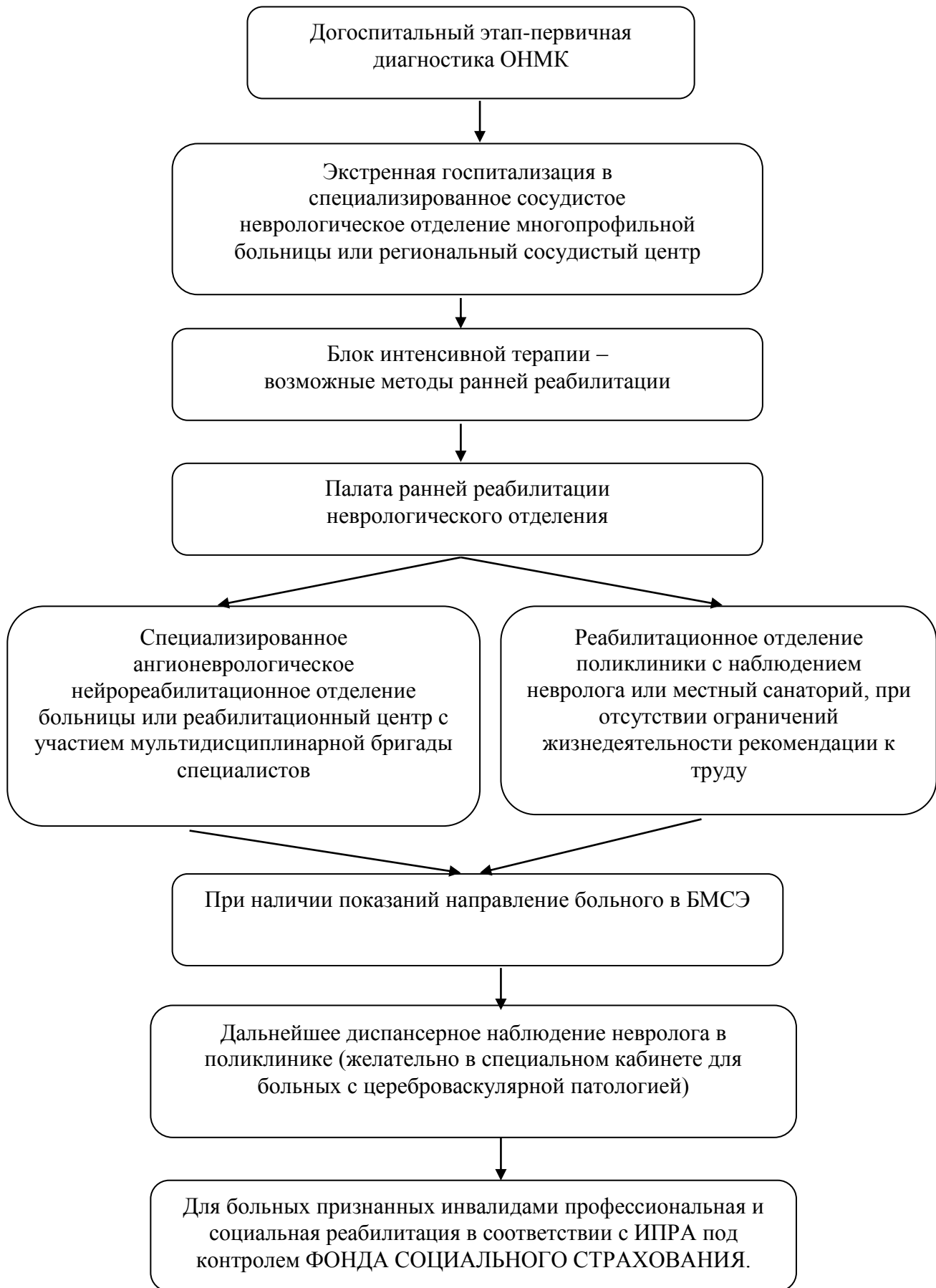


Рисунок 3 – Алгоритм медико-социальной помощи больным с ЦИ

Учитывая новую схему реализации ИПРА (рисунок 2) 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, физио-культурном разделах. Принципиально важным является участие Фонда социального страхования, как контролирующего звена именно при реабилитации лиц трудоспособного возраста или лиц пенсионного возраста, но продолжающих свою активную трудовую деятельность.

Таким образом, в результате проведенного комплексного исследования, были получены сведения, имеющие научно-практическое значение для разработки оптимальной модели комплексной реабилитации больных и инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ в условиях необходимости расширения межведомственного взаимодействия, направленного на улучшение показателей реабилитации больных, перенесших ОНМК.

ВЫВОДЫ

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

2. Большое разнообразие клинических проявлений последствие церебрального инсульта (преимущественно ишемического-82,5%) у лиц трудоспособного возраста и имеющиеся нарушения функций организма сформировали ограничения жизнедеятельности практически по всем категориям. Ведущими ограничениями, которые имеют место у данной категории инвалидов, являются – ограничение способности к трудовой деятельности (у 100%), ограничение способности к самообслуживанию и ограничение способности к самостоятельному передвижению различной степени выраженности (более 80% инвалидов).

3. Установлена высокая потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие церебрального инсульта в мероприятиях по медицинской и социальной реабилитации – в 100%, в профессиональной реабилитации – в 60% случаев, в социальной реабилитации – у 90% инвалидов и адаптивной физической культуры – у 82% инвалидов после церебрального инсульта. При переосвидетельствовании установлено, что 5% ИПРА были реализованы полностью, а 95% ИПРА реализованы частично. Мероприятия медицинской реабилитации эффективны у 42% инвалидов, мероприятия социальной реабилитации – у 55% и

мероприятия профессиональной реабилитации – лишь у 16% инвалидов. Выявлена благоприятная тенденция повышения показателей реабилитации у исследуемого контингента, особенно в 2017 и 2018 годах, по сравнению с 2015-2016 годами.

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

5. Особенностью эффективно используемой модели комплексной реабилитации больных трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт является привлечение к процессу реабилитации специалистов учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы и ресурсов социальной защиты населения в раннем восстановительном периоде ЦИ, в основе чего лежит система межведомственного взаимодействия. Важным моментом является наличие координатора выполнения реабилитационной программы, которым должен являться (после выполнения медицинского раздела) фонд социального страхования. Использование принципов, заложенных в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья позволяет пользоваться всем участникам реабилитационного процесса общими понятиями и показателями реабилитации в различных системах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Полученные результаты проведенного исследования за 2015-2018 годы могут быть использованы как доказательная база необходимости формирования целевых программ по организации комплексной реабилитации больных трудоспособного возраста, перенесших церебральный инсульт, начиная с раннего восстановительного периода с использованием ресурсов здравоохранения, социальной защиты и учреждений медико-социальной экспертизы при тесном межведомственном взаимодействии..

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

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

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная тема исследования, с учётом значимости ЦВП в заболеваемости, важности лечебно-реабилитационных и медико-социальных проблем для больных и инвалидов после перенесенных ЦИ обязательно будет продолжена. С учётом необходимости межведомственного взаимодействия различных организаций в нашей стране для успешной реабилитации больных и инвалидов, исследования в данном направлении должны быть продолжены в различных медицинских и социальн-гигиенических направлениях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллина, Д.У. Медико-социальная эффективность реабилитации больных после инсульта в условиях санатория: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.У. Абдуллина. - М., 2009. – 25 с.
2. Абдылдаева, Н.А. Обоснование комплексной реабилитации больных с ишемическим инсультом в условиях Среднегорья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Абдылдаева. - Томск, 2010. – 24 с.
3. Айриян, Н.Ю. Анализ данных эпидемиологического мониторинга инсульта в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Ю. Айриян. – М., 2006. – 24 с.
4. Алехин, Р.Ю. Совершенствование деятельности по реабилитации инвалидов / Р.Ю. Алехин, В.В. Коварда // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. - №3 (37). – С. 129.
5. Алферова, 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.
6. Амосов, В.Н. Инсульт. Лучшие методы реабилитации / В.Н. Амосов. – СПб.: Невский проспект; Вектор, 2007. – 120 с.
7. 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.
8. Базенко, Н.П. Инсульт: программа возврата к активной жизни / Н.П. Базенко, Ю.В. Алексеенко. – М.: Мед. лит., 2008. – 256 с.
9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. Березовская, А.П. Постинсультные болевые синдромы: диагностика, особенности клинического течения, реабилитация: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.П. Березовская. - Иркутск, 2011. - 22 с.

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. 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.

15. 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.

16. Булеца, Б.А. Пролонгированная реабилитация мозговых инсультов / Б.А. Булеца, Н.Н. Адамчо // *Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов.* – 2009. - №3 (37). – С. 131.

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

18. Виленский, Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13, №12. – С. 807-815.
19. Виленский, Б.С. По материалам журнала «Cerebrovascular Diseases» (2003; р. 311-317). Европейская «Инсульт-инициатива» - рекомендации по ведению больных – 2003 / Б.С. Виленский, А.Н. Кузнецов // Неврологический журнал. – 2004. - №3. – С. 55-61.
20. Виленский, Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом / Б.С. Виленский. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. – 288 с.
21. Виленский, Б.С. Современное состояние проблемы инсульта / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2008. – №2. – С. 4-10.
22. 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.
23. Войтенко, Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р.М. Войтенко. – СПб.: «МЕДЕЯ», 2007. – 97с.
24. 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.
25. Всемирная программа действий в отношении инвалидов. – ООН. – 1992.
26. Гайдаров, Л.Ф. Реабилитация после заболеваний. Полный справочник / Л.Ф. Гайдаров, Г.Ю. Лазарева, В.В. Леонкин и др. – М.: Эксмо, 2008. – 704с.
27. Гехт, А.Б. Новые технологии в реабилитации неврологических больных / А.Б. Гехт, Е.И. Гусев, А.И. Григорьев и др. // По материалам научно-практической конференции: Современные аспекты нейрореабилитации. – М., 2007. – С. 7-8.
28. Гольблат, Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольблат. – СПб.: Политехника, 2006. – 607с.

29. 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.

30. Григорьева, О.В. Комплексный подход к реабилитации двигательных расстройств в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Григорьева. - Казань, 2012. - 23 с.

31. 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.

32. Гусев, Е.И. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 424с.

33. 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.

34. 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.

35. Гусева, Н.К. Современное состояние организации реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации и Нижегородской области / Н.К. Гусева, В.А. Соколов, М.В. Дюютова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. - №1. - С. 9-12.

36. Дементьева, Н.Ф. Социокультурная реабилитация инвалидов в системе интеграции их в общество / Н.Ф. Дементьева, Т.В. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №1. – С. 28-30.

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

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

39. Домашенко, М.А. Достижения в лечении инсульта: вчера, сегодня, завтра / М.А. Домашенко, М.А. Пирадов // РМЖ. – 2013. – Т. 21, № 30. – С. 1514-1517.
40. Евзельман, М.А. Оптимизация системы этапной неврологической помощи больным с ишемическим инсультом: Учебно-методическое пособие / М.А. Евзельман. – Орел, 2006. – 200с.
41. Екушева, Е.В. Постинсультная реабилитация: прогностические критерии восстановления двигательных функций. Учебно-методическое пособие / Е.В. Екушева, Е.С. Кипарисова. – М., 2017. – 88с.
42. Епифанов, В.А. Реабилитация больных перенесших инсульт / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
43. Желвакова, Л.Я. Центр реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Л.Я. Желвакова // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. – №3 (37). – С. 193.
44. Захарченко, Ю.И. Пути совершенствования системы реабилитации на региональном уровне / Ю.И. Захарченко, Т.А. Чичерина, Т.В. Терещенко и соавт.м// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №2. – С. 13-17.
45. 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.
46. Иванова, Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития / Г. Е. Иванова // Consilium medicum. – 2016. – Т. 18, №. 2(2). – С. 9-14.
47. 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
48. 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.

49. Инструкция по медицинскому отбору больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, направляемых на долечивание в специализированные санатории (отделения) / Приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 14.09.2001г. № 190/355 «О долечивании больных в условиях санатория». – Прил. №4.

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

51. 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.

52. Камаева, О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрго терапия / О.В. Камаева, П. Монро, З.Ф. Буракова. – Под. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 40 с.

53. Карасаева, Л.А. Проблемы реабилитации инвалидов в Российской Федерации: взгляд изнутри / Л.А. Карасаева // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. - №3 (37). – С. 141.

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

55. 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

56. 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>.

57. Ковальчук, В.В. Основные теоретические и практические аспекты нейрореабилитации / В.В. Ковальчук // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. – 2018. – № 24. – С. 10-22.

58. 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.

59. 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.

60. Коган, О.Г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии / О.Г. Коган, В.Л. Найдин. – М.: Медицина, 1988. – 156с.

61. Коган, О.Г. Методологические основы диспансеризации при заболеваниях нервной системы / О.Г. Коган, И.Р. Шимдт, А.А. Толстокоров. – Новосибирск: Наука, 1987. – 254 с.

62. 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.

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

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. – 34с.

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. Лазарева, О.А. Эффективность санаторной реабилитации постинсультных больных в зависимости от психологического статуса / О.А. Лазарева, В.В. Белопасов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №4. – С.21 - 24.

72. Лихтерман, Б.Л. Жизнь после инсульта / Б. Л. Лихтерман // Медицинская газета. – 2009. – №51.

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

74. 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.

75. Лошак, С.И. Методические основы составления алгоритма программы профессиональной реабилитации инвалидов / С.И. Лошак, Ю.Л. Гусак, Л.А. Карасаева // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2009. – №3 (37). – С. 189.

76. Люкманов, Р.Х. Интерфейс мозг – компьютер в постинсультной реабилитации: клиничко-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.

77. Мавликаева, Ю.А. Модель организации комплексной реабилитации инвалидов на региональном уровне / Ю.А. Мавликаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2011. – №2. – С.3-5.

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

79. 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.

80. Мальцева, М.Н. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов / М.Н. Мальцева, А.А. Шмонин, Е.В. Мельникова и соавт. // Consilium Medicum . – 2017. – Т. 19, № 2,1. – С. 90-93.

81. Маркин, С.П. Депрессивные расстройства в клинической практике мозгового инсульта / С.П. Маркин // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т.16, №26. – С. 1753-1757.

82. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / Всемирная организация здравоохранения. – СПб: СПбИУВЭК, 2001. – 342с.

83. 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.

84. 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.

85. 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.

86. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом: история создания, настоящее и будущее // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Приложение «Инсульт». – 2001. – Вып. 1. – С. 3-6.

87. 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.

88. 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.

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

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

91. Ондар, В.С. Объективная оценка состояния равновесия и функции ходьбы и их коррекция методом биоуправления при пирамидных синдромах

больных в раннем и позднем восстановительных периодах инсульта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.С. Ондар. – Красноярск, 2012. – 24 с.

92. 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.

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

94. 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.

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

97. Подлипалин, А.Ю. Медико-социальные аспекты организации помощи больным с инсультами в г. Астрахани: Автореф. дис. ... канд мед. наук / А.Ю. Подлипалин. – М., 2007. – 25 с.

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

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

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

101. Пономаренко, Г.Н. Реабилитация инвалидов. Национальное руководство / ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ПЭОТАР-Медиа, 2018. – 736с.

102. Постановление Правительства Российской Федерации № 294 от 15 апреля 2014 года – Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

103. Приказ Минздрава Российской Федерации № 1705н от 29 декабря 2012 года «О порядке организации медицинской реабилитации». – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70330294/>.

104. Приказ Минздрава Российской Федерации № 928н от 15 ноября 2012 года (с изменениями на 13 июня 2019 года) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70334856/>.

105. Приказ Минтруда от 13 июня 2017г. № 486н «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». – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71734826/>.

106. Приказ Минтруда России от 17.12.2015г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71309914/>.

107. Приказ Минтруда России от 27.08.2019г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/>.

108. 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.

109. 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>.

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

<https://base.garant.ru/12145875/172a6d689833ce3e42dc0a8a7b3cddf9/>.

111. Румянцева, С.А. Медико-социальная проблематика постинсультной инвалидизации / С.А. Румянцева, А.И. Федин, С.П. Свищева и др. // Кардионеврология: Труды I Национального конгресса. – М., 2008. – С. 249.

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

113. 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.

114. 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.

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

116. 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.

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

118. 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>.

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

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

121. 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.

122. 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.

123. Суслина, З.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288с.

124. 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.

125. 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. – 536с.

126. 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.

127. 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.

128. Татарханова, М.Я. Церебральная сосудистая патология на фоне открытого овального окна и состояние жизнедеятельности больных и инвалидов в условиях внедрения в клинику-экспертную практику Международной классификации функционирования: автореферат Автореф. дис ... канд. мед. наук / М.Я. Татарханова. – СПб., 2017. – 24с.

129. Терещенко, Т.В. Медико-социальные аспекты инвалидности и научные основы формирования системы реабилитации инвалидов (на примере Краснодарского края): Дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Терещенко. – М., 2005. – 166 с.

130. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.10.1995г. №181 –ФЗ

131. Хатькова, С.Е. Комплексный подход при осуществлении реабилитационных программ у постинсультных больных / С.Е. Хатькова // Современные аспекты нейрореабилитации: Материалы научно-практической конференции. – М., 2007. – С. 96-97.

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

133. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация: учебное пособие / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – М.: Дашков и К, 2006. – 72с.

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

135. Цурикова, В.Э. Оценка эффективности лечения больных инсультом в общем и специализированном сосудистом неврологическом отделении / В.Э. Цурикова, Л.В. Стаховская, М.К. Бодыхов, В.И. Скворцова // Кардионеврология: Труды I Национального конгресса. – М., 2008. – С. 264.

136. Черкасова, О.А. Церебральные инсульты. Особенности реабилитации у больных и инвалидов трудоспособного возраста и её влияние на состояние жизнедеятельности: Авторефер. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Черкасова. – СПб, 2013. – 26с.

137. Шальнова, С.А. Двадцатилетние тренды ожирения и артериальной гипертензии и их ассоциации в России / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Баранова и соавт.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. –Т. 16, № 4. – С. 4-10.

138. 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.

139. 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>.

140. 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.

141. 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.

142. 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.

143. Шошмин, А.В. МКФ в реабилитации / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко. – СПб, 2018. – 238с.

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

145. 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>.

146. АНА. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. – Stroke. – 2007. – Vol.38. – 1655. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.

147. Bogousslavsky, J. Recovery after Stroke / J. Bogousslavsky, V.R. Barnes, B. Dobkin // Medical. – 2005. – 688 p.

148. 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.

149. 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.

150. 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.

151. Dawber, T.R. Coronary heart disease in the Framingham study / T.R. Dawber, F.E. Moore, G.V. Mann // Am. J. Public Health Nations Health. – 1957. – V.47. – P. 4-24.

152. 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>.

153. 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.

154. 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>.

155. Duncan, P.W. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline / P.W. Duncan, R. Zorowitz, B. Bates // Stroke. – 2005. – Vol. 36. – P.100 -143. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.

156. 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>.

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

158. 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.

159. 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.

160. 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.

161. 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.

162. 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.

163. 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.

164. 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.

165. 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.

166. 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.

167. 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.

168. 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.

169. 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.

170. 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.

171. 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.

172. 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.

173. 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, R. De Bie // J. Occup. Rehabil. – 2014. – Vol. 24, Iss. 3. – P. 498-510.

174. Francisco, G.E. Rehabilitation Access, Utilization, and Satisfaction of Poststroke Survivors / G.E. Francisco // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2007. – Vol. 88. – Issue 9. – P. e104. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.

175. 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, M. Moshin // *Stroke*. – 2009.- Vol.40. – P. 10-17. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.

176. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2008 // *Cerebrovasc. Dis.* – 2008. – Vol. 25. – P. 457-507.

177. 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>.

178. 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>.

179. Hara, Y. Brain plasticity and stroke rehabilitation / Y. Hara // *J Nippon med school*. – 2015. – Vol. 82, N1. – P. 4-13.

180. 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>.

181. Houlden, H. Use of the Barthel Index and the Functional Independence Measure during early inpatient rehabilitation after single incident brain injury / H. Houlden, M. Edwards, J. McNeil, R. Greenwood // *Clen. Rehabil.* – 2006. –Vol. 20 (2). – P. 153-159. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

182. Jauch, E.C. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association / E.C. Jauch, J.L. Saver, H.P.Jr. Adams // *Stroke*. – 2013. – Vol. 44. – P. 870-947.

183. 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>.

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

185. Kalra, L, Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial./ L. Kalra, A. Evans et al.// BMJ. – 2004. –Vol. 328 – P.10-99.

186. Kannel W.B. Vascular Disease of the Brain – Epidemiologic Aspects: the Farmingham Study / W.B. Kannel, T.R. Dawber, M.E. Cohen et al. // Am. J. Public Health Nations Health. – 1985. –Vol.55. – P. 1355-1366.

187. 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.

188. Kjellstrom, T. Helsingborg declaration 2006 on European Stroke strategies / T. Kjellstrom, B. Norrving, A. Shatchkute // Cerebrovascular Diseases. – 2007. –Vol. 23. – P. 229-241.

189. Kong, K.H. Mood, Functional Status, and Quality of Life Among Chronic Stroke Survivors Attending a Rehabilitation Clinic / K.N. Kong, S. Yang // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2006. – Vol. 87. – Issue 11. – P. e51. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.

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

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

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

193. Lee, J.H. Exercise therapy for arm function in stroke patients: A systematic review of randomized controlled trials / J.H. Lee, I.A. Snels, H. Beckerman et al. // *Clin Rehabil.* – 2001. – Vol. 15. – P.20-31.

194. 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.

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

196. Mehrholz, J. Electromechanical-assisted training for walking after stroke / J. Mehrholz, C. Werner, J. Kugler, M. Pohl // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. - CD006185.

197. 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.

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

199. Pollock, A. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke: A systematic review. / A. Pollock, G. Baer, P. Langhorne, V. Pomeroy // *Clin. Rehabil.* – 2007. – Vol. 21. – P.395-410.

200. 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](http://www.archives-pmp.org).

201. 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](http://www.stroke.ahajournals.org).

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

203. 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. - <http://www.stroke.ahajournals.org>.

204. Saka, O. Cost of stroke in the United Kingdom / O. Saka, A. McGuire, Ch. Wolfe // *Aging and Ageing*. – 2009. – Vol. 38(1). – P.27-32. – Режим доступа: <http://www.ageing.oxfordjournals.org>.

205. 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.

206. 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>.

207. 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. ASplund, B. Farahmand et al. // *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. – 2009. – Vol. 80. – P. 881-887. – Режим доступа: <http://www.jnnp.bmj.com>.

208. Wain, H.R. Patient experience of neurologic rehabilitation: a qualitative investigation / H.R. Wain, I.I. Kneebone, J. Billings // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 2008. – Vol. 89. – Issue 7. - P. 1366-1371. – Режим доступа: <http://www.archives-pmp.org>.

209. Wang, H. Effect of Time to Rehabilitation Admission 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>.

210. 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>.

211. WHO: International classification of functioning disability and health: Geneva World Health Organisation, 2001.

212. 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>.

213. 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.

214. Wit, L. Motor and Functional Recovery after Stroke / L. Wit, K. Putman, B. Schuback et al. // Stroke. – 2007. – Vol. 38.–P.2101-2107. – Режим доступа: <http://www.stroke.ahajournals.org>.

215. 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>.

216. 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>.

217. 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>.

